POLSKA

GAZETA LEKARSKA

DAWNIEJ GAZETA LEKARSKA, PRZEGLĄD LEKARSKI ORAZ CZASOPISMO LEKARSKIE I LWOWSKI TYGODNIK LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I LWOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH B. GALICJI, ZWIĄZKU LEKARZY MAŁOPOLSKI W KRAKOWIE, TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCJONALNYCH B. KONGRESÓWKI, STOWARZYSZENIA LEKARZY POLSKICH W WARSZAWIE, ZWIĄZKU LEKARZY POLAKÓW W WILNIE, KOŁA ŁUCKIEGO ZWIĄZKU LEKARZY PP., TOWARZYSTW LEK. POLSKICH ZAGRANICZNYCH W CHICAGO I DETROIT ORAZ IZB LEKARSKICH W KRAKOWIE I LWOWIE.

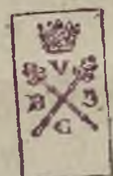
Pod redakcją przewodniczących Komitetów miejscowych:

Prof. Dr. St. CIECHANOWSKIEGO i Prof. Dr J. LENARTOWICZA (Kraków), Prof. Dr. Fr. CZUBALSKIEGO (Warszawa), Prof. Dr. W. NOWICKIEGO (Lwów) i Dr. S. STERLINGA (Łódź).

Sekretarz generalny redakcji oraz redaktor odpowiedzialny: Dr. A. KUHN (Lwów).

ROK I — 1922

LWÓW
Nakładem SPÓŁKI WYDAWNICZEJ LEKARSKIEJ Kraków, Lwów, Warszawa
Z drukarni i litografji Piller-Neumanna.
1922.



SPIS RZECZY
zawartych w I. Tomie „Polskiej Gazety Lekarskiej".

I. Prace oryginalne.

II. Z praktyki.

III. Zapiski lecznicze.

IV. Sprawozdania poglądowe.

V. Wykłady kliniczne.

VI. Oceny i sprawozdania.

V. Przegląd piśmiennictwa — w każdym numerze.

VIII. Bibliografja.

IX. Ruch w Tow. i instytucjach naukowych lekarskich — Zjazdy.

X. Medycyna społeczna.

XI. Fejleton.

XII. Sprawy zawodowe.

XIII. Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

Strona

XIV. Artykuły rozmaitej treści i korespondencje.

XV. Nekrologja.

XVI. Wiadomości bieżące — w każdym numerze.

Fundacje lekarzy i dla lekarzy:

Odznaczenia i uczczenie lekarzy i innych osobistości:

Alfabetyczny spis rzeczy.

Liczby tłusto drukowane oznaczają artykuły oryginalne.

S

Ś

SPIS AUTORÓW.

Nr. 1. 1 Stycznia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Dla lekarzy praktyków, wypełniających najważniejszy obowiązek i najistotniejsze zadania medycyny, a oddalonych od Wszechnic i Towarzystw lekarskich, są wyłącznie czasopisma lekarskie zwiastunami postępu, posłami wiedzy, drogowskazami nowych torów, pośrednikami we wzajemnej wymianie zebranego doświadczenia. Na czasopismach lekarskich ciąży też w każdem społeczeństwie wielka odpowiedzialność, bo od nich przedewszystkiem zależy doskonalenie się lub jałowienie ogółu lekarskiego, postęp lub upadek wykonawstwa lekarskiego, dobra chorych, zdrowia całej ludności, które jest przecież fundamentem ekonomicznej i militarnej siły Państwa.

Istnienie czasopism, wypełniających całkowicie zadania, ciążące na prasie lekarskiej, jest w każdym kraju miarą prawidłowego stanu i rozwoju medycyny. Naród, który czasopism takich niema, musi zapożyczać się u obcych. Żywienie się cudzą strawą sprawia zależność od cudzej myśli, osłabia napięcie i samodzielność własnej pracy i uczy lekceważenia rodzimej twórczości. Przeszliśmy to na sobie w czasach, gdy młodzież nasza, zmuszona kształcić się przeważnie w obcych szkołach i w obcych językach, nawykała oglądać się na obce tylko wzory, nie doceniając, co gorsza, nawet nie znając swojskiego piśmiennictwa, gdy patrjotyzm nakazywał — kosztem wielkich nieraz ofiar — w każdym zaborze wydawać osobne pismo lekarskie, bez względu na to, czy ono istotnie zaspokajało potrzeby czytelników.

Po odzyskaniu wolności stało się wprost narodowym obowiązkiem stworzyć taką prasę lekarską, w którejby ogół lekarzy polskich znalazł wszystko, czego potrzebuje, tak jak w swojej prasie wszystko dla siebie konieczne znajduje lekarz francuski, angielski, włoski, czy niemiecki. Dopóki wszystkie nasze Wydziały lekarskie nie dojdą do pełni swej działalności, dopóki niedostateczną liczbę lekarzy, jaka dziś jest w Polsce, przeciąża nadmiar pracy codziennej, dopóki starczy nam sił tylko na jedno takie pismo, jedno na całe Państwo.

Jedynie to tylko przekonanie, że tylko skupiając wszystkie siły przy jednym warsztacie zdołamy spełnić dzisiejsze obowiązki prasy lekarskiej polskiej, obowiązki z punktu widzenia państwowego — zdołało zwyciężyć nad wszelkiemi innemi bardzo ważnemi względami, zdołało przełamać wszelkie przeszkody, złączyć w jednomyślnem postanowieniu wysłańców wszystkich naszych Wydziałów lekarskich, Towarzystw lekarskich, Izb lekarskich i czasopism, którzy dla tej sprawy zjechali się z polskich miast uniwersyteckich w Krakowie w dniu 20. listopada ubiegłego roku. Postanowiono złączyć wszystkie dzielnice w jednem wspólnem czasopiśmie tygodniowem.

Wynikiem tym słusznie mogą się lekarze polscy chlubić, bo jestto dalszy ciąg tegosamego hasła, które w Polsce pierwsi lekarze podnieśli i świadomie przez Zjazdy ogólno-polskie w czyn wcielali. I tym razem stanęli w pierwszym szeregu hufca, który pragnie być strojem w rozstroju, w którym ponad przywiązaniem do swego gniazda, do swej dzielnicy, góruje owa „wielka rzecz" poety i myśl, że wtedy naprawdę zrosną się *„disjecta membra"* miłej Ojczyzny w potężne, nierozerwalne ciało, gdy odbuduje się jedność dusz jej obywateli. *c.*

Prace oryginalne.

Prof. Browicz. Kraków.

W sprawie klasyfikowania nowotworów.

W „zeszycie nowotworowym" Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu warszawskiego opierają autorowie szeregu spostrzeżeń nowotworowych oznaczanie nowotworów według punktu wyjścia tworu, według udziału listków zarodkowych w myśl próby klasyfikacji nowotworów prof. Hornowskiego.

W r. 1882 pomieściłem w „Przeglądzie lekarskim" rzecz o śródbłoniakach i ich stosunku do raka na podstawie czterech przypadków nowotworu, ograniczonego wyłącznie do otrzewnej tak ściennej jakoteż jelitowej bez śladu przerzutów, wogóle ognisk nowotworowych, w innych częściach organizmu. Mikroskop wykazał jako punkt wyjścia śródbłonek naczyń limfatycznych.

Wypowiedziałem wówczas pogląd: „iż ani struktura jamkowata, ani też wejrzenie histologiczne komórek ogniska tworzących, nie są wyłączną cechą nowotworów czyto nabłonkowego czy też łącznotkankowego pochodzenia. Nie są one bynajmniej pozbawione wartości rozpoznawczej, nie odmawiam również obrazowi mikroskopowemu znaczenia, słusznie posiada, ale w oznaczaniu nowotworów wogóle należy zwrócić uwagę na histogenezę i uwzględnić punkt wyjścia. Podstawę histogenetyczną uważam jako najodpowiedniejszą i najsłuszniejszą w klasyfikowaniu nowotworów w stanie obecnej naszej wiedzy „Co się tyczy pojęcia raka, nie zyska ono prawdopodobnie nigdy ścisłego określenia. Nazwa ta sprowadza podobny zamęt, jak nazwa gruźlicy, wziętej od tworu nie charakteryzującego wyłącznie jednej sprawy chorobowej. Korzystnem byłoby — jakkolwiek wobec rozpowszechnienia i utarcia się nazwy raka jest to prawie niemożliwe — wyrzucić nazwę raka z nomenklatury bodaj anatomicznej, jak to czyni Lanceraux, i oznaczać nowotwory tylko według ich histogenezy. Nie przeczę, iż znajduje się przypadki, w których oznaczanie to jest trudne a nawet niemożebne, ale przypadki takie są rzadkie. Z zapatrywania tego wychodząc, nie zaliczam śródbłoniaków tych do nowotworów rakowych, ograniczając nazwę raka, jak to najbardziej jest rozpowszechnione, do nowotworów nabłonkowych".

Pogląd ten jest analogiczny do poglądu wypowiedzianego przez prof. Hornowskiego i Jego współpracowników. Trwam i dzisiaj przy tym poglądzie.

„Pierwotnie odnoszono nazwę raka do produktów nowotworowych, charakteryzujących się szybkim wzrostem, szerzeniem się, uogólniających się w ustroju, wyniszczających tenże, z nazwą raka łączono pojęcie ściśle kliniczne. Gdy w nowszych czasach badania histologiczne wykazywały różnorodność składu i pochodzenia produktów nowotworowych, przedstawiających częściej lub rzadziej cechy kliniczne t. zw. złośliwości, zaczęto coraz bardziej zacieśniać pojęcie raka. Nigdy jednak pojęcie raka nie zostało ściśle naukowo określone i tak samo dzisiaj, jak pierwotnie, rak

przedstawia pojęcie kliniczne. Czy klasyfikacja nowotworu na tej podstawie, łącząca histogenetycznie różnorodne produkty, a rozdzielająca równorodne, przedstawia naukową wartość, wątpię".

Oto dalsze uwagi pomieszczone w mojej pracy.

Nie podlega wątpliwości, że w klasyfikacji nowotworów, szczególnie t. zw. złośliwych, istnieje dowolność, a powodem tego, zdaje mi się, bodaj to, że niemal każdy badacz dorzuca do tej klasyfikacji nową nazwę, zwiększającą ten chaos w nomenklaturze, z którym porać się musimy,

To, co nazywamy rakiem, mięsakiem, o które twory przedewszystkiem chodzi, to reprezentanci najgroźniejszych tworów tkankowych spotykanych w organiźmie, przedstawiających cechy złośliwości powyżej przytoczone.

Skład morfologiczno-chemiczny miąższu różnych komórek, systemów tkankowych, wchodzących w obręb organizmu jest różny i dopóki nie dojdziemy do ściśle nie morfologicznego, ale mikrochemicznego oznaczania jakości różnorodnych komórek, dopóty, mimo zwracania uwagi na to, jakie komórki z tego lub owego listka płodowego, czy zarodkowego (pomijam sprzeczności, jakie wobec tak arcytrudnego tematu ciągle między embrjologami istnieją) pochodzą, oznaczanie pochodzenia komórek nowotworowych szczególnie w nowotworach o niemal wyłącznie komórkowym składzie, i szybko wzrastających będzie przedstawiało trudności, nie będzie pewne; pole dla dowolności badaczy.

Kształt, wejrzenie komórek, jako podstawa do oceniania ich jakości, ma wartość tylko ograniczoną nawet w organizmie prawidłowym, np. spór o jakość komórek, wchodzących w skład grasicy. Nie można mu odmówić wszelkiego znaczenia, ale nie daje to pewnej podstawy do oceniania jakości czy pochodzenia komórek, mianowicie w nieprawidłowych warunkach życia komórek.

Pierwsze kroki ku rozróżnianiu komórek mikrochemicznemu już poczynione. Wykazano rożnoraką barwliwość ziarn miąższu białokrwinek, wskazującą na niejednakowość tychże, wyróżniono, barwiąc komórki eozynochłonne, wskazałem na różnobarwliwość barwnikami zasadowymi nakształt substancji skrobiowatej ziarn komórek, niewłaściwie na zwanych, tucznych (Biutetyn Akademji umiejętności. Lipiec 1890: O komórkach tucznych Ehrlicha). Próba klasyfikacji nowotworów oparta o rolę listków zarodkowych ma niewątpliwie naukową podstawę.

Uwzględnianie pochodzenia takich czy owakich komórek, a bądź co bądź one są podstawą jakości nowotworu, pochodzących z takiego lub owakiego listka zarodkowego, znalezionych wśród tkanki, w skład której takie komórki prawidłowo nie wchodzą, ułatwić może oznaczenie, czy w przypadkach wielości ognisk nowotworowych w różnych częściach organizmu istnieje wogóle i jaki związek pomiędzy niemi. O ile taka klasyfikacja, niejako embrjologiczna, ma podstawę naukową, teoretyczną, o tyle jednak stosowanie jej w codziennem, powiedzmy, praktycznem użyciu, zdaje mi się, mogłoby napotykać nawet znaczne trudności.

Nie jestem dzisiaj, wbrew przytoczonemu własnemu poglądowi z r. 1882, za wyrzuceniem np. nazwy mięśniaka, włókniaka, chrząstniaka i t. p., oznaczających odrazu skład i pochodzenie tych tkanek, a przedewszystkiem nie jestem za wyrzuceniem nazwy raka i mięsaka. Należałoby tylko ściśle określić, a jest to szczegół czysto konwencjonalny, co przez nazwy raka, mięsaka, należałoby rozumieć.

Jeżeli określimy np. raka jako twór nabłonkowy bezwzględnie nietypowy, a więc jako tkankę, w skład której wchodzi nabłonek, ale jako tkanką histologicznie różniącą się budową od tkanki nabłonkowej prawidłowej, co do ugrupowania komórek, wzajemnego stosunku pomiędzy niemi, stosunku gniazd komórkowych do naczyń krwionośnych (bo czy istnieją w takiej tkance naczynia limfatyczne niemniej nerwy, o tem odtąd nic nie wiemy) i tkanki łącznej (nie upieram się bynajmniej przy tem określeniu, każda bowiem definicja chromać może), a więc jeżeli zatrzymamy tę tak utartą nazwę, a dla określenia dobitniejszego czy dokładniejszego dodamy odpowiedni przymiotnik, n. p. rak rdzeniasty, jamkowaty, pasmowaty, włóknisty, płaskokostkowato-wałeczkowato-komórkowy, rak galaretowaty, barwikowy czy czerniaczkowy, to samo odnosi się do mięsaka, to nazwa ta wystarczyć może do zrozumienia, o jaki twór chodzi tak co do jego budowy jakoteż znaczenia dla organizmu. Nazwa nabłoniak (*epithelioma)* nie wydaje mi się odpowiednia. Wyraz ten oznacza twór z nabłonka złożony, obejmuje więc i wszelkie rozrosty naskórka, a nie tylko twór odpowiadający temu, co nazywamy rakiem. Jeżeli bowiem przez raka rozumieć będziemy twór nabłonkowy bezwzględnie nietypowy, jak to powszechnie dzisiaj, niemal bez wyjątku, przyjęte, to nazwy raka, śródbłoniaka otrzewny oznaczają jasno punkt wyjścia, bo skomórkowanie surowicówek tworzy przecież nabłonek.

Dobór nazwy jest nie obojętny — prudens nominatio dimidium scientiae, powiedzenie słuszne — od ścisłości nazwy zależy jasność pojęcia, jasność przedstawiania rzeczy. Nazwa powinna, o ile możności, oznaczać nie tylko istotę rzeczy, ale służyć także do porozumiewania się łatwego, należytego w celach rozpoznawczych, przepowiednich, leczniczych, a im krótsza, tem poręczniejsza, odpowiedniejsza.

Wiemy, że twór zrazu tylko miejscowy, jakkolwiek ze względu na wielkość, siedzibę, wpływ na otoczenie, jest nie obojętny, tak, że nawet przyprawiać może organizm o sprawy ciężkie, groźne, np. włókniako-mięśniak macicy (nazwa krótka, określająca odrazu skład tkankowy tworu i pochodzenia komórek) uledz może zmianie utkania. Komórki łącznotkankowe mnożnieją, młodnieją, czyli, jak się teraz wyrażają, anaplastycznieją. Twór traci swój pierwotny charakter, niknie pierwotna tkanka, a poczyna zastępować ją tkanka komórkowa, młodociana, tkanka niekiedy obficie unaczyniona, złożona z trwale młodocianych, mnożących się komórek, którą sprawę, dzięki poręcznym nazwom mięsaka, raka, jednym wyrazem oznaczyć możemy: włókniako-mięśniak mięsakowacieje, albo też rakowacieje, bo i tu, rozumiejąc przez raka, jak to dzisiaj niemal powszechnie przyjęto, twór nabłonkowy nietypowy, spotyka się w mięśniakach macicy na tle wrodzonych wtrętów nabłonka, czy wskutek nieładu w rozwoju narządu moczowo-płciowego, czy też wtrętów głęboko w ścianę mięśnia macicy wnikłych zatok nabłonkowych śluzówki macicy, rakowacenie na tle właściwości indywidualnych, konstytucjonalizmu rozwojowego, jak go nazywam (Szkice anatomiczno-patologiczne str. 114).

Mięsakowacenie, np. raka, spostrzegano i u człowieka i u zwierząt w toku kolejnego przeszczepiania raka.

W „Szkicach anatomiczno-patologicznych" nadmieniam w ustępie o pojęciu konstytucjonalizmu organizmów (Str. 111), że pojęcie nowotworu pojmowanego niewłaściwie niejako jakby jednostkę chorobową, nie jest dotąd właściwie ustalone, a różni się to, co nazywamy nowotworem i co dzielimy na łagodne i złośliwe, pod względem znaczenia, wpływu na organizm, wzrostności, a nawet pod względem własności czynnościowych np. komórek rakowych.

Nie podlega wątpliwości, że mianownictwo naukowe w miarę postępu nauki, wiedzy naszej, ze względu na jaśniejsze pojęcie nasze, jasne przedstawienie rzeczy wymaga, i w dziale medycznym, reformy (Szkice anat.-patol. str. 21), ale pamiętać należy, że wchodzi właśnie w dziale medycznym w grę także wzgląd niejako praktyczny, a to, zdaje mi się, da się pogodzić ze ścisłością i wymaganiami nauki. Próbę nowej klasyfikacji nowotworów, podjętą przez prof. Hornowskiego, powitać należy jako zapoczątkowanie pożądanej dyskusji w sprawie reformy mianownictwa lekarskiego.

Dr. Zdzisław Szczepański, adjunkt kliniki. Warszawa.

Ciężka niedokrwistość złośliwa *(anaemia perniciosa gravis)* a gruźlica.

Z kliniki chorób wewnętrzych I-szej Uniw. warszawskiego przy Szpit. Dzieciątka Jezus.
(Dyr. Prof. Dr. A. Gluziński).

Do złośliwej postępującej niedokrwistości samoistnej, *(essentialis)* zwykliśmy, idąc za Biermerem, zaliczać przypadki, w których stwierdzano coraz dalej rozwijający się

stan niedokrwistości, bez żadnej możności wykazania przyczyny, nawet przez badanie pośmiertne.

Pojęcie niedokrwistości zaczęło się w ostatnich latach zacieśniać, gdy udało się w wielu przypadkach znaleźć przyczynę powstawania choroby. Do tych przyczyn, już dzisiaj znanych, należy: bruzdogłowiec szeroki, tęgoryjec dwunastnicy, przymiot itd. W roku 1907 w *„Beiträge zur Klinik der Tuberculose“* prof. Gluziński opisał pierwszy przypadek ciężkiej i złośliwej niedokrwistości, której przyczyną była przebyta gruźlica jelit u kobiety 48 lat liczącej. Chora przez pięć lat z przerwami, przebywała w klinice lwowskiej. Prątek gruźliczy wyhodowany z jednego, stwierdzonego przez sekcję, małego, jeszcze nie wygojonego owrzodzenia w jelicie, był typu *„bovinus“*, na co autor kładzie główny nacisk, przypuszczając, że właśnie gruźlica jelit tego typu może wywoływać ciężką, złośliwą postać niedokrwistości, a więc, że przy szukaniu przyczyn dla tej postaci chorobowej, obok wyżej wymienionych, należy pamiętać i o pewnej postaci gruźliczy jelit, może typu bydlęcego.

Na potwierdzenie tego przypuszczenia, przytaczam następujący przypadek, spostrzegany w klinice chorób wewnętrznych I-szej Uniwersytetu warszawskiego:

Marja S., lat 40, bona, przyjęta do kliniki 8. XI. 1919.

Wywiady: Ojciec chorej zmarł w 1918 r., przeżywszy lat 86, na jakąś chorobę nerkową. Matka żyje i jest zdrowa, pomimo podeszłego wieku — 87 lat. Mąż chorej zmarł w 1913 r. na gruźlicę płuc, mając lat 50. Chora rodziła pięć razy, raz roniła w trzecim miesiącu ciąży. Z pięciorga dzieci, jeden syn zmarł w 21 roku życia na ostrą gruźlicę. Czworo dzieci pozostałych są zdrowe. Chora po śmierci męża, tj. sześć lat temu, leżała w szpitalu z powodu jakiejś choroby nerwowej. W r 1914 miała obfite miesiączkowanie, które przeszło po pewnym czasie w stałe krwiawienia i trwało przez cały rok. W r. 1915 poddała się wyskrobaniu macicy, poczem krwawienia i miesiączkowanie ustało i chora wróciła do zdrowja. W listopadzie 1918 r rozpoczęły się u chorej stałe rozwolnienia, miewała po kilka stolców dziennie; stan ten utrzymywał się przez pięć miesięcy. Czy gorączkowała — nie umie podać. Od kwietnia 1921 r. chora leży w łóżku, z powodu silnego osłabienia. Od dwóch tygodni ból w okolicy mostka, brak łaknienia. Od dwóch miesięcy stolce zaparte. Dopiero na kilka dni przed wstąpieniem do kliniki, ciepłota miała się podnieść do 39° C. — czy przedtem miała podwyższoną ciepłotę, nie wie. Mocz oddaje prawidłowo.

Stan obecny: Chora wzrostu średniego, budowa kośćca prawidłowa. Odżywienie średnie. Skóra na twarzy i reszcie ciała blado-żółta, woskowata, podobnie jak i widzialne błony śluzowe. Policzki lekko obrzękłe. Czaszka bez zmian. Jama ustna, oprócz bladości błon śluzowych, bez zmian. Gruczoły chłonne nie powiększone.

Klatka piersiowa prawidłowa: Ucisk na dolną część mostka bolesny. Wypuk nad szczytami, tak z przodu jak i z tyłu, mniej pełny, zresztą nad płucami wypuk jawny, w granicach prawidłowych, tylko dolna, tylna granica płuca po stronie lewej, nieruchoma. Przysłuch wszędzie bez zmian.

Uderzenie koniuszkowe serca w V-tym przestworzu międzyżebrowem, granice serca prawidłowe. Nad końcem serca szmer skurczowy bez wzmocnienia II-go tonu nad tętnicą płucną. Nad tętnicami głównemi czyste, ciche tony. U podstawy serca, nad mostkiem, lekkie tarcie osierdziowe. Tętno miarowe, dość słabo napięte, 84 na minutę.

Brzuch nieco zapadnięty; przy omacywaniu żadnych zmian w nim wykazać nie można, również wypuk nad nim bez zmian. Wątroba wypukiem powiększona, macalna, sięga trzy palce poniżej łuku. Powiększenia śledziony wykazać nie można.

Kończyny górne o mięśniach zwiotczałych, na dolnych stopy i podudzia nieznacznie obrzękłe. Układ nerwowy bez zmian, układ rodny i kiszka stolcowa również bez zmian.

Mocz barwy bursztynowej, oddziaływuje kwaśno, o ciężarze właściwym 1·010, nie zawiera białka ani cukru. Kał płynny, barwy brunatnej, oddziaływania zasadowego, bez domieszki krwi; pod drobnowidem nieliczne niestrawione włókna roślinne. Żadnych jaj pasorzytów. Laseczników gruźliczych nie stwierdzono. Treść żołądkowa oddziaływuje po wszystkich próbach obojętnie; czynność mechaniczna żołądka prawidłowa.

Badanie krwi dało następujący wynik: krew wodnista, blada, krzepliwość zmniejszona. Ciałek białych: 7200. Ciałek czerwonych: 800,000. Hemoglobina: 20. Wskaźnik: 1·2. Pod drobnowidem zabarwienie May-Grünwald-Giemsa wykazuje: Ciałka wielojądrzaste obojętnochłonne: 46%. Małe i duże limfocyty: 46%. 2%. Leukocyty jednojądrzaste 3%. Ciałka przejściowe: 3%. Ciałka eozynochłonne: Na 100 ciałek białych 2 megaloblasty i 8 normoblastów.

W chwili przybycia chorej do kliniki, ciepłota 37°, tętno 80. Chora przebyła w klinice 14 dni. Ciepłota początkowo o typie podgorączkowym w dniu 18. XI podniosła się nagle do 39° i na tej wysokości utrzymywała się przez 2 dni. Badanie w tym dniu wykazało wybitne stłumienie z tyłu klatki piersiowej po stronie lewej, sięgające od dołu do kąta łopatki. Drżenie po tej stronie zniesione, szmery oddechowe osłabione. Nakłucie próbne wykazało płyn surowiczy. Próba Rivalty dodatnia. Stan chorej stale się pogarszał. Chora uskarżała się stale na ból w okolicy mostka. Jakkolwiek objawy zapalenia opłucnej szybko mijały, a ciepłota znów była tylko podgorączkowa (37·4—37·6°), chora opadała na siłach coraz bardziej i leżała zamroczona. Obrzęki kończyn dolnych zwiększały się; w ostatnim dniu wystąpił obrzęk tułowia, a zwiększył się obrzęk na twarzy i w 14 dniu pobytu w klinice, t. j. 22. XI. 1919, nastąpił zgon.

Badania krwi dokonano jeszcze dwukrotnie. W dniu 16. XI. 1919 r.: Ciałek białych 7500. Ciałek czerwonych 720,000. Hemoglobina 20. Wskaźnik 1·3. W dniu 20. XI. 1919 r. Ciałek białych 6800. Ciałek czerwonych 730.000. Hemoglobina 18. Wskaźnik 1·2.

U chorej naszej zatem, oprócz nieznacznych zmian dawnych, a dzisiaj spokojnych szczytowych, szmeru skurczowego nad koniuszkiem, który uważaliśmy za szmer przy niedokrwistości, zapalenia surowiczego opłucnej, które wystąpiło kilka dni przed śmiercią i szybko ustąpiło, nic szczególnego nie można było stwierdzić w narządach wewnętrznych. Uderzał blado-żółty wygląd chorej, duszność, znużenie i zawroty głowy po każdym ruchu, a badanie krwi dało obraz taki, jak przy ciężkich, złośliwych niedokrwistościach. Przyczyny niedokrwistości wykazać przedmiotowo nie było można Natomiast w wywiadach uderzał jeden szczegół: oto chora podawała, że w listopadzie 1918 r. rozpoczęły się rozwolnienia, które trwały przez 5 miesięcy.

Rozpoznanie nasze kliniczne brzmiało: *Anaemia perniciosa gravis essentialis (?). Catarrhus mucosus ventriculi. Enteritis chronica in individuo cum condensatione et bronchitide apicum pr. apic. sinistri. Pleuritis exsudativa serofibrinosa sin. recens. Degeneratio musculi cordis. Tumor hepatis. Ascites et anasarca.*

Z protokołu sekcyjnego (Prosektor Dr. Paszkiewicz) podaję tylko te dane, które nas w tym przypadku interesują: W kiszce ślepej cztery ubytki błony śluzowej, zabliźnione, bliznowato powciągane na brzegach. W jelicie czczem naprzeciw krezki gwiaździsta blizna; dna w tem miejscu wyraźnie zaciągnięte, zgrubiałe W jelicie biodrowem okrężna blizna ściągająca, o dnie szarem, na zewnętrznej powierzchni do błony surowiczej przyklejona sieć. Gruczoły krezkowe: obrzmiałe, twarde, niektóre zawierają na przekroju serowate, suche masy.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: *Anaemia gravis. Cicatrices post ulcera ilei et coeci. Degeneratio caseosa glandular. lymphatic. mesenterii. Anaemia organorum. Oedema pulm. utr. Cicatrices ad apicem pulm. utr. Ascites. Hydrothorax sin. Hydropericardium. Concretio completa pleurae dextr. Atrophia mucosae ventriculi. Adhaesio pleurae, hepatis, coli et pylori cum vesica felea. Ren dex. mobilis. Coloptosis. Endometritis cystica. Anaemia cerebri. Medulla ossium rubra. Haemosiderosis hepatis et renum.*

Zatem w zupełności, jak w przypadku Gluzińskiego ciężkiej, postępującej niedokrwistości, w którym sekcja nic więcej nie wykazała oprócz kilku zagojonych wrzodów gruźliczych w jelicie cienkiem i w jelicie grubem, bez zmian w płucach, u osoby już starszej, lat 48, tak i w naszym przypadku tej ciężkiej złośliwej niedokrwistości, po wykluczeniu innych przyczyn, mimowoli nasuwa się związek przyczynowy między stwierdzoną zmianą w jelitach, a stanem krwi. Nie tych kilka stwierdzonych już blizn po wrzodach były tego przyczyną, lecz tocząca się poprzednio sprawa gruźlicza w przewodzie pokarmowym, której objawem klinicznym musiały być rozwolnienia, trwające pół roku, przed dwoma laty przed wstąpieniem chorej do kliniki. Postać gruźlicy tak uderzająco podobna w przypadku Gluzińskiego, jak i moim, zwracać musi sama przez się baczną uwagę.

Z jednej strony brak wszelkich zmian w płucach w przypadku I-szym obok tylko bliznowatych małych zaciągnięć w szczytach w przypadku II-gim, a owrzodzenia nieliczne w jelitach i zajęcie gruczołów krezkowych przemawiają za zakażeniem drogą przewodu pokarmowego — z drugiej strony dążność do gojenia się tych wrzodów, tak znaczna, że w przypadku moim stwierdziliśmy tylko zabliź-

nienia, a na otrzewnej nieliczne zrosty, zaś w przypadku Gluzińskiego zwraca uwagę to, że obok zabliźnionych także nielicznych wrzodów, istniało małe, jak ziarnko prosa, owrzodzenie, a na otrzewnej prócz zrostów tu i ówdzie kilka kępek gruzełków.

Te szczegóły, obok wyhodowania w przypadku Gluzińskiego z małego owrzodzenia prątka Kocha o typie gruźlicy bydlęcej, nasunąć musiały myśl o związku tej postaci gruźlicy z niedokrwistością ciężką — a więc gruźlicy, której punktem wyjścia jest przewód pokarmowy. Poparcie tej myśli znajduje on w przypadkach gruźlicy przewodu pokarmowego u dzieci, u których również rozwija się obraz tej ciężkiej postaci niedokrwistości, na co przykłady przytacza Gluziński.

Gluziński przypuszcza, że w różnem działaniu jadów gruźlicy ludzkiej i gruźlicy zwierzęcej należy szukać przyczyny w oddziaływaniu różnem na narządy krwiotwórcze i że właśnie gruźlica (typu *bovinus)* może wywołać ciężkie stany niedokrwistości, jak w naszym przypadku.

Z polecenia prof. Gluzińskiego w klinice lwowskiej ówczesny asystent prof. Franke wykonał pracę doświadczalną: „Badania nad wpływem i różnicą działania tuberkuliny ludzkiej a zwierzęcej na krew i narządy krwiotwórcze u zwierząt“. Wynik tych badań da się streścić w ten sposób, że, gdy tuberkulina ludzka wprowadzona w małych dawkach i przez długi czas do ustroju zwierzęcego działa drażniąco na szpik kostny, i to tak na jego istotę erytroblastyczną, jak i leukoblastyczną, i skutkiem tego zadraźnienia przychodzi w krążącej krwi do wytwarzania się nawet polyglobulji z leukocytozą wielojądrzastą, obojętnochłonną, to pod wpływem długotrwałego wstrzykiwania tuberkuliny zwierzęcej u zwierząt wytwarza się stan niedokrwistości z typem bledniczym i objawami limfemicznymi, a u świnek morskich zmniejszoną ilością białych ciałek krwi, z częściowem przeistaczaniem się szpiku kostnego. Jady laseczników gruźlicy ludzkiej działają zatem na krew i narządy krwiotwórcze wprost przeciwnie, niż jady laseczników gruźlicy zwierzęcej a przypadki ogłoszone świadczyłyby, że jady te doprowadzić mogą do tak ciężkich postaci niedokrwistości, że w całej pełni muszą one zasłużyć na miano „*Anaemia perniciosa gravis*“. Potwierdzenie tego zdania znajduje słuszną podstawę i w moim przypadku — i to jest przyczyną jego ogłoszenia.

Wobec tych spostrzeżeń zatem, we wszystkich przypadkach niedokrwistości ciężkiej i złośliwej, których tło nam jest niejasne, powinniśmy myśleć także o gruźlicy jelit jako o przyczynie tego schorzenia. W ten sposób pojęcie niedokrwistości samoistnej Biermera będzie się coraz bardziej zacieśniać i za taki przydatek, wyświetlający także powstawanie ciężkiej niedokrwistości, uważam ten przypadek.

Docent Dr. Brudzewski. Kraków.

O rzadkich postaciach niedowidzenia połowiczego. [1])

Niedowidzenie połowicze (Hemianopsia) nie jest zjawiskiem rzadkiem i w swej typowej postaci jest dobrze znane, zarówno okulistom, jak i neurologom, gdyż zdarza się często w towarzystwie innych objawów połowiczych, wywołanych schorzeniem ośrodków mózgowych. Ale może się ono zjawić i zjawia się istotnie samoistnie. Jest ono objawem podmiotowym, zatem o jego istnieniu dowiadujemy się z podań chorego. Niedowidzenie połowicze nie występuje jednakże zawsze w takiem nasileniu, by od pierwszej chwili zwracało wybitnie uwagę, t. j. by dotknięty niedowidzeniem połowiczem sam podał, iż jedną połową pola widzenia widzi źle. Za niedowidzeniem połowiczem musi lekarz wprost śledzić. Wykazanie ubytku połowiczego może być jednak trudne, jeżeli badany okazuje obniżoną inteligencję, jak to przecież bywa w przebiegu cierpień mózgu, albo ma afazję, albo nie jest zupełnie przytomny. Ale nawet, gdy tych przeszkód niema, wykazanie niedowidzenia połowiczego może być bardzo trudne, jeżeli ono się zjawi w postaci nietypowej, albo zgoła szczątkowej, co zdarza się również, chociaż te postacie niedowidzenia należą do rzadkości.

Niedowidzenie połowicze może być albo różno-imienne, to jest: ubytek w polu widzenia każdego oka istnieje tylko albo w obu połowach skroniowych, albo w połowach nosowych, albo też niedowidzenie połowicze jest równoimienne (*hemianopsja homonyma*), t. j. ubytek pola widzenia dotyczy tej samej strony w obu polach widzenia. Różno-imienne niedowidzenia zdarzają się w przebiegu schorzeń skrzyżowania nerwów wzrokowych (*Chiasma*), dla których są patognomoniczne.

Niedowidzenie połowicze równoimienne jest objawem schorzenia dróg wzrokowych śródczaszkowych, na przestrzeni ich przebiegu od skrzyżowania do ośrodków wzrokowych kory mózgowej włącznie i o tych niedowidzeniach połowiczych wyłącznie będzie mowa.

Określenie typowej postaci niedowidzenia połowiczego równoimiennego jest proste: jest niem ubytek pola widzenia bezwzględny i zupełny obydwu oczu, położony równostronnie, więc albo w obu polach po prawej stronie południka pionowego (*hem. homon. dextra*), albo po lewej stronie (*hem. homon. sinistra*), oddzielony od części pola, widzącej ostrą granicą, biegnącą wzdłuż południka pionowego. Zjawia się ono równocześnie i zazwyczaj nagle w polach obu oczu; ubytek jest bezwzględny, tj., w odpadłych połowach pola oczy nie odczuwają żadnych wrażeń wzrokowych. Gdyby odpadły górne połowy pola w obu oczach, położone powyżej południka poziomego, albo poniżej, to mielibyśmy niedowidzenie poziome (*hemianopsja horizontalis*) i to albo górne, albo dolne, jednakże te dwie ostatnie są niesłychanie rzadkiemi postaciami niedowidzenia połowiczego; obserwowano je prawie wyłącznie jako następstwa zranień części potylicznej mózgu, a więc najczęściej podczas wojny rosyjsko-japońskiej w r. 1904|5 i europejskiej ostatnich czasów.

Rany wojenne, postrzałowe, potylicy i tylnego płata mózgu przyczyniły się w niemałej części do rozszerzenia naszych wiadomości o niedowidzeniu połowiczem, a tem samem o organizacji i topografji dróg i ośrodków wzrokowych, powodując rzadkie postacie niedowidzenia połowiczego.

Można było bowiem spostrzegać klinicznie i stwierdzić anatomicznie, że w pewnych przypadkach powstają ubytki połowicze w obu oczach, a jednak nie jedno, ale dwa ogniska chorobowe ułożone w obu półkulach mózgowych są konieczne, aby one powstały. Odnosi się to właśnie do hemianopsji urazowych górnych i dolnych. Co więcej, znane są przypadki, w których ognisko chorobowe, wywołujące ubytek w polu widzenia, jest wprawdzie usadowione w przeciwległej ubytkowi półkuli mózgowej, ale ubytek ten nie zjawia się w polu widzenia obu oczu, ale tylko w jednem, zdarza się zatem niedowidzenie połowicze asymetryczne i jednooczne.

To ostatnie zdawaćby się mogło w pierwszej chwili sprzecznem z zasadą definicji hemianopsji, jako objawu połowiczego schorzeń ośrodkowych. Jednakże tak nie jest. Rzadkie zresztą przypadki, o których właśnie mowa, są tylko logiczną koniecznością organizacji ośrodka wzrokowego, którą bliżej przez wojnę poznaliśmy.

Aby jednakże to zrozumieć, należy mieć ciągle przed oczami obraz przebiegu dróg wzrokowych od kory mózgowej do siatkówek. Włókna promieniowania wzrokowego, przewodzące wrażenia wzrokowe (kończące się w korze części potylicznej mózgu) biegną coraz to zbieżniej ku tylnemu kątowi torebki wewnętrznej, zbite na stosunkowo małym przekroju, wchodzą stamtąd do zewnętrznego ciałka kolankowatego (*corpus geniculatum externum)*, a stamtąd znowu wychodzą jako zupełnie wyraźny pień nerwowy pod nazwą pasma wzrokowego *(tractus opticus)*, które, biegnąc na podstawie czaszki, zmierza stąd ku przodowi, ku linji środkowej ciała. Te drogi są symetryczne w każdej półkuli mózgowej. Dochodząc do linji środkowej ciała tworzą pasma wzrokowe, splatając się, skrzyżowanie (*C hiasma*). Każde z nich zawiera włókna nerwowe tylko ze swej połowy mózgu pochodzące. W skrzyżowaniu włókna każdego pasma rozdzielają się na dwie nierówne co do objętości części, z których większa przechodzi na drugą

[1]) Podług odczytu wygłoszonego na posiedzeniu Tow. lekarskiego krakowskiego w marcu 1921 r.

stronę linji środkowej ciała i krzyżuje się z takąż samą częścią, pochodzącą z drugiego pasma, a wyszedłszy ze skrzyżowania wchodzi do nerwu wzrokowego i wraz z nim dochodzi do gałki ocznej strony przeciwnej. Wewnątrz gałki włókna te układają się w siatkówce w ten sposób, że włókna skrzyżowane, pochodzące z pasma wzrokowego lewego, rozprzestrzeniają się w lewej, tj. nosowej połowie siatkówki oka prawego, a włókna z pasma prawego w nosowej tj. prawej połowie siatkówki oka lewego.

Druga część włókien pasm wzrokowych, która choć też do skrzyżowania wchodzi, ale w skrzyżowaniu udziału nie bierze, biegnie bokiem zewnętrznym skrzyżowania i po opuszczeniu go wchodzi do nerwu wzrokowego tejże samej strony, zatem z przewodu prawego do prawego nerwu, z lewego do lewego nerwu wzrokowego. Część ta dochodzi w nerwie do gałki i rozprzestrzenia się w skroniowej połowie siatkówki. Zatem prawy ośrodek wzrokowy połączony jest z prawemi połowami siatkówek w obu oczach, a zatem przeznaczony jest do odbierania wrażeń z lewych połów pól widzenia obu oczu, a lewy ośrodek połączony jest z lewemi połowami siatkówek, którym odpowiadają prawe połowy pól widzenia obu oczu. O ile drogi wzrokowe działają prawidłowo, nie mamy żadnych objawów świadczących o tem, że każde oko połączone jest z obydwoma ośrodkami wzrokowymi.

Sam ośrodek wzrokowy znajduje się w korze części potylicznej, w obu półkulach mózgowych i zajmuje całą powierzchnię głębokiej szczeliny znanej pod nazwą szczeliny ostrogowej (*fissura calcarina*). Ku przodowi nie dochodzi w niej do miejsca, w którem szczelina ostrogowa łączy się ze szczeliną ciemieniowo-potyliczną (*fissura parietooccipitalis*), ku tyłowi zaś sięga mniej więcej w poziomie szczeliny ostrogowej małym odcinkiem na wypukłość zewnętrzną tylnego bieguna płatu potylicznego mózgu.

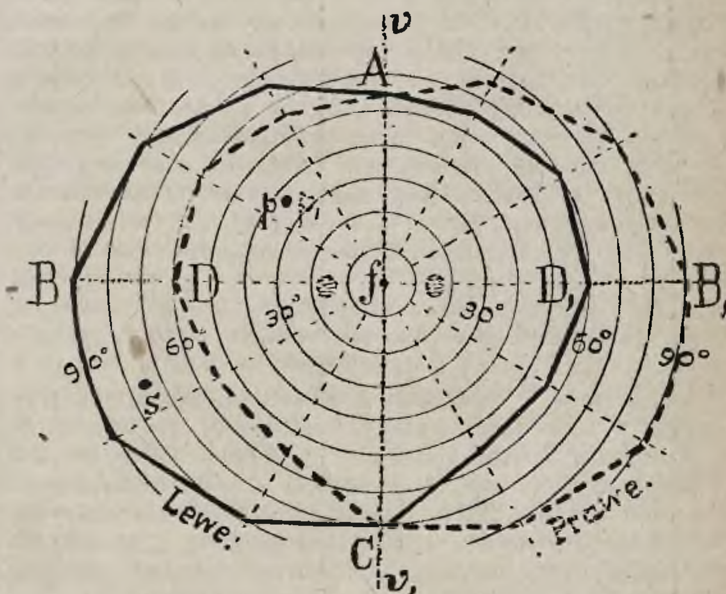
Opierając się na rozległym materjale sekcyjnym, w którym objawy wzrokowe były za życia bardzo dokładnie obserwowane, znamy dziś dość dobrze szczegółową organizację topograficzną kory wzrokowej. Można też powiedzieć, że zniszczenie zupełne całej kory, wyścielającej szczelinę ostrogową jednej półkuli, wywołuje zupełną i bezwzględną nieczułość, na światło siatkówek, tej samej strony, w obu oczach, a tem samem równoimienne ubytki połowicze po przeciwnej stronie pól widzenia. Ubytki te będą miały to samo ułożenie i ten sam charakter, w razie przerwania przewodnictwa w pasmie wzrokowem, ciałku kolankowatem, albo promienowaniu wzrokowem tejże samej strony mózgu.

Ale zdarzają się hemianopsje niezupełne, odpadają bowiem nie całe połowy pola, lecz tylko wycinki, kwadranty, z tym samym charakterem połowiczym, i to albo górne (Ryc. 2), albo dolne. I tutaj sekcje nas pouczyły, że zniszczenie górnej powierzchni tj. sklepienia szczeliny ostrogowej jednej półkuli mózgu wywołuje w obydwu polach widzenia ubytek kwadrantowy dolny strony przeciwnej, zniszczenie dolnej powierzchni, tj. dna szczeliny ostrogowej, ubytek kwadrantowy górny strony przeciwnej. Zatem ubytkowi, na rycinie drugiej przedstawionemu, odpowiadałoby ognisko chorobowe, usadowione w dolnej powierzchni prawej szczeliny ostrogowej.

Jeżeli ułożymy diagramy pola widzenia oka prawego i lewego w ten sposób, aby się punkty fiksacyjne (Ryc. 1) *f* i południki pionowe *vv*, nakryły, to otrzymamy przedstawienie graficzne całego obszaru pola widzenia obuocznego.

Na rycinie Nr. 1. ogranicza kropkowana linja, AB,CDA, obszar pola widzenia oka prawego, linja nieprzerywana ABCDA pole widzenia oka lewego. Punkt *f* jest punktem fiksacyjnym wspólnym dla pól obu oczu, zatem odpowiada plamkom żółtym obu siatkówek. Obydwa pola są co do wielkości obszaru sobie równe; ale w tem przedstawieniu widać, że nie całkowicie się nakrywają. Mają one części wspólne identyczne i ograniczone linją ADCD,A i to jest tz. jądro pola wspólnego; tak iż np. punkt p, leżący po lewej stronie południka pionowego pola prawego koresponduje dokładnie z punktem p, położonym dokładnie tak samo w polu oka lewego, i tak zachowują się wszystkie punkty obu pól, leżące w obrębie jądra. Natomiast punkt, który też leży po lewej stronie południka pionowego w polu oka lewego, niema odpowiedniego korespondującego miejsca w polu oka prawego, leżącem też po stronie lewej południka pionowego: a przecież w typowej równoimiennej hemianopsji i ten zbywający półksiężyc, ABCDA odpada!

Ryc. 1.



Ponieważ, jak widzieliśmy, kwadranty pól mają swą ściśle określoną lokalizację w korze mózgowej, należy się zatem spodziewać, że i te półksiężyce mają swoją, i że jest możliwem, aby z powodu schorzenia jakiejś części kory wzrokowej odpadł w polu widzenia tylko ten półksiężyc pola obwodowy, albo też, że przy wystąpieniu niedowidzenia połowiczego równoimiennego ten półksiężyc ocaleje i będzie zupełnie prawidłowo odczuwał światło. I istotnie w roku 1916 opisał Behr kilka takich przypadków, w których odpadł tylko półksiężyc obwodowy, AB,CD,A, na jednem oku; w innym przypadku odpadły części równoimienne obu oczu na obszarze ADC*f*A, a część ABCDA ocalała. Jedna i druga odmiana jest niewątpliwym dowodem, że tej obwodowej części pola odpowiada ściśle określony obszar kory wzrokowej. Siedziba tego obszaru dała się bliżej określić dopiero wtedy, gdy Fleischer ogłosił spostrzeżenie obwodowego półksiężycowego ubytku, jako zmiany, która wystąpiła w polu tylko jednego oka, i to lewego, po zranieniu pociskiem karabinowym, który utkwił po prawej stronie w tylnym odcinku mózgu, w pewnej odległości od linji środkowej ciała. Z rentgenogramu tkwiącej w głowie kuli i przebiegu po operacji, wykonanej w celu wydobycia kuli, można było bliżej określić położenie tej części ośrodka. Mianowicie jest nim część kory wzrokowej, która leży w głębi szczeliny ostrogowej, najbardziej obwodowo i z boku, ale przytyka bezpośrednio do reszty kory wzrokowej; gdyż przy wyjmowaniu kuli choć bardzo ostrożnem przecież reszta ośrodka musiała być obrażona, bo po operacji wystąpiła hemianopsja równoimienna, zupełna tejże samej strony, co i ubytek półksiężycowy.

Tutaj nie ulegało wątpliwości, że przeciwstronny ubytek obwodowy występujący tylko na jednem oku, przecież był następstwem zmiany ośrodkowej (centralnej).

W przypadku poprzednim, ogłoszonym przez Behra, mogła się przecież nasuwać wątpliwość, czy ubytek istotnie jest pochodzenia ośrodkowego, a nie ścieśnieniem obwodowem pola, wywołanem inną jakąś przyczyną. Behr jednakże wykazał równocześnie w tym samym przypadku, i po tej samej stronie, co ów ubytek półksiężycowy jednooczny (monokularny), brak czucia barw w obu oczach; (hemiachromatopsia) o niewątpliwym charakterze ubytku połowiczego równoimiennego, co potwierdziło z całą stanowczością pochodzenie ośrodkowe ubytku obwodowego.

Hemiachromatopsja jest także rzadką postacią niedowidzenia połowiczego. Jej zjawienie się nie dowodzi jednakże, aby istniał osobny ośrodek dla odczuwania barw, który uległ schorzeniu, ale jest ona tylko objawem utrudnienia przewo-

dzenia światła, przez wpływ schorzenia innej okolicy mózgu, sąsiadującej z drogami wzrokowemi. Obrzęk oboczny tkanki mózgowej, występujący po zranieniu albo po krwotoku, zakrzepie, może być tak rozległy, że dosięgnie włókien wzrokowych i, uciskając je, nie przerwie wprawdzie przewodzenia, ale je upośledzi, co będzie miało wyraz w utrudnieniu przewodzenia wrażeń barw do jednej połowy mózgu. Podobnież i guz śródczaszkowy, rozrastając się, może zwolna uciskać drogi wzrokowe, hemiachromatopsję należy uważać wówczas za objaw zwiastunowy postępu guza. Po pewnym czasie zmienić się ona może na hemianopsję bezwzględną, gdy guz, rosnąc dalej, zupełnie przewodzenie wzrokowe przerwie. Albo też w innym przypadku może być zejściem niedowidzenia połowiczego zwykłego, które, ustąpiwszy, zostawi jeszcze ślady utrudnionego przewodzenia. Hemiachromatopsja ta może pozostać już zmianą trwałą, ale bywa też, że z czasem zupełnie zginie. Poza tem może ona wystąpić jako objaw samoistny, np. po urazie potylicy stosunkowo niezbyt ciężkim, po którym nie zjawiają się wcale inne objawy w polu widzenia.

Jeżeli więc i kwadranty i obwodowe półksiężyce pola dadzą się w korze lokalizować, to należy się spodziewać, że i najważniejsze miejsce siatkówki, tj., plamka żółta ma też swe ściśle określone miejsce w obrębie ośrodka wzrokowego. I nie może być ten obszar małym, jeżeli się zważy, że z nim łączą się bardzo liczne włókna assocjacyjne i że jedynie przez plamkę żółtą zbieramy dokładne obrazy dla pamięci wzrokowej.

Schorzenie tego obszaru musi zatem wywołać ubytek centralny w polu widzenia, przy zupełnie prawidłowej zresztą czynności reszty pola. Dzieje się to też istotnie. Te ubytki centralne o połowiczym typie należy zaliczyć jednakże do rzadkich postaci hemianopsji. Dok. nast.

Z praktyki.

Dr. Anna Kogutowa. Lwów.

Kilka uwag o idjosynkrazji rtęciowej.

Z oddziału żeńskiego skórno-wenerycznego P. Szp. P. we Lwowie. (Prym. Doc. Dr. Roman Leszczyński).

Po stosowaniu rtęci spotykamy się niekiedy z objawami nieznoszenia (nietolerancji) tego leku ze strony ustroju. W warunkach zwyczajnych, stosując dawkę leczniczą, tych objawów nie widzimy, dopiero, jeśli nasycenie organizmu rtęcią przejdzie pewne granice, występują objawy zatrucia, nazywanego *„mercurialismus seu hydrargyrosis"*. Zdarzają się jednak osobniki tak wrażliwe na rtęć, że najmniejsza nawet dawka tejże, i to już przy pierwszem zastosowaniu, wywołuje nieproporcjonalne ciężkie objawy skórne (rumień toksyczny, zapalenie skóry, podwyższona ciepłota). Zjawiska takie obejmujemy mianem idjosynkrazji. Rozumiemy przez to wyjątkowo nadmierną wrażliwość ustroju względem danej szkodliwości. Odnośnie do idjosynkrazji rtęciowej zauważyć musimy, że określenie to bywa często nadużywanem. Stosują je bowiem do przypadków, w których objawy podrażnienia skóry (wyprysk, zapalenie skóry) pochodzą bądźto od złego składu leku (n. p. wazelina nieoczyszczona, tłuszcz zjełczały), bądźto od niewłaściwego sposobu stosowania (n. p. za silne tarcie), bądź też w końcu jako skutek stosowania rtęci na skórę już poprzednio podrażnioną, zapalnie zmienioną. Używanie w tych razach słowa idjosynkrazja jest błędnem. Zachować je należy wyłącznie dla tych rzadkich przypadków, w których wyżej wymienione okoliczności nie wchodzą w grę i gdzie jedynie okazuje się osobnicza nadczułość względem najmniejszych dawek przy pierwszem zetknięciu z lekiem.

Idjosynkrazja rtęciowa może dotyczyć: a) Całego ustroju; w takim razie występują objawy nieznoszenia przy każdym sposobie stosowania Hg., t. j. nie tylko przy stosowaniu na skórę, lecz taksamo *per os*, śródmięśniowo lub śródżylnie, a nawet przy zetknięciu się z parami rtęci. Jest to idjosynkrazja rtęciowa prawdziwa. b) Idjosynkrazja, dotycząca tylko skóry, to znaczy, że objawy nietolerancji występują przy zewnętrznem stosowaniu rtęci (endermatycznem), natomiast przy podawaniu *per os*, śródmięśniowo lub śródżylnie, nie spostrzegamy odczynu ze strony skóry.

Jesteśmy w możności objaśnić powyższe uwagi przypadkami w tym roku spostrzeganymi.

I. przypadek: chora K. S. lat 20, zgłosiła się na oddział 21. IX. 1921. Rozpoznanie: Lues florida, roseola, papulae tonsillarum, ad genitalia, ad anum, scleradenitis, graviditas V. mens. 21. IX. pierwsze wcieranie 3 g.

23. IX. rumień, który nie przedstawiał się groźnie i można go było uważać za zjawisko wywołane tarciem i złą wazeliną; zastosowano więc wstrzyknięcie 0·01 Hg. succin.

24. IX. na tułowiu, mniej na kończynach, rozlany rumień silnie czerwony, w niektórych miejscach tworzące się pęcherze. Chora została odosobniona.

25. IX. popołudniu ciepłota 40°, zmiany skórne przybrały na nasileniu, pęcherzy coraz więcej, głównie pod piersiami, na udach. W miejscach pękniętych pęcherzy sączenie. Język suchy, tętno około 100, w moczu 1‰ białka.

26. IX. i 27. IX. stan równie ciężki, złuszczenie postępowało, jednak względnie szybko narastał nowy nabłonek. Zresztą skóra silnie czerwona, napięta, w niektórych miejscach oddziela się nabłonek, nie tworząc większych pęcherzy (jak przy *dermatitis exfoliativa*). Chora dostawała kąpiele.

29. IX. stan ogólny się nieco poprawił, ciepłota 38. Obrzęk i zaczerwienienie skóry mniejsze. W niektórych miejscach pozbawionych przyskórka pojawiły się brodawkowate wybujałości. W moczu białka ¼‰.

5. X. Chora nie gorączkuje, mocz bez białka. Miejsca odsłonięte przykrywają się naskórkiem. Brodawkowatych wybujałości coraz więcej.

10. X. Miejsca pozbawione nabłonka przeważnie pokryte świeżym naskórkiem, który narasta na wspomniane wybujałości brodawkowate z wyraźną skłonnością do nadmiernego rogowacenia.

20. X. Ponieważ stan skóry chorej był zadowalający, a kiła i ciąża nakazywały leczenie, rozpoczęto próbne (celem wybadania tolerancji) podawanie rozczynu Ricorda (Hg I_2—K. I.) po jednej łyżce.

23. X. Zaczerwienienie skóry znowu się zaczyna.

24. X. wyraźny rumień rtęciowy, tak, że mieszankę Ricorda musiano odstawić.

W dalszym ciągu chora była leczona jodem i salwarsanem, które znosiła dobrze.

II. przypadek: Chora E. K. lat 43, przyjęta 24. IV. 1921 z Lues cerebrospinalis: silne bole głowy od 3 miesięcy, dyplopia od 3 tygodni, ptosis plb. sup. dx. Prawa źrenica szersza, niż lewa, obie nie oddziaływują na światło; zbieżny zez oka prawego, oczopląs lewego.

25. IV. silny rumień, jak się okazało rtęciowy, skutkiem przebywania chorej na sali, gdzie inne chore robiły wcierania. Rumień ten utrzymywał się do 2. V.

27. IV. S. R. ++

3. V. Wobec silnych bolów głowy i konieczności rozpoczęcia leczenia, zaczęto podawać rozczyn Ricorda mimo objawionej nadczułości na rtęć celem wypróbowania tolerancji i ewentualnego przyzwyczajenia chorej do rtęci. W dalszym przebiegu okazało się, że jedną łyżkę chora względnie dobrze znosiła, przy przejściu z dwóch do trzech łyżek dostawała nawrotu rumienia, a nawet biegunki tak, że leczenie trzeba było przerywać, poczem znowu rozpoczynano je od 1 łyżki. Taki sposób postępowania trzeba było kilkakrotnie powtórzyć, zanim chora zaczęła znosić 2 łyżki bez odczynu po kilka dni.

1. VI. S. R. powtórnie badana ++++.

6. VI. Rozpoczęto wlewanie Neo S., które chora dobrze znosiła. W czerwcu stan chorej wykazał znaczne polepszenie, a równocześnie stwierdzić można było przyzwyczajenie się ustroju do małych dawek rtęci tak, że 2 do 3 łyżki rozczynu Ricorda znosiła bez odczynu lub z nieznacznym odczynem. Stan skóry możnaby określić jako znajdujący się w chwiejnej równowadze. W ciągu lipca chora kończyła leczenie w domu bez przypadłości.

W pierwszym z tych przypadków mieliśmy więc do czynienia z prawdziwą idjosynkrazją skóry względem rtęci, której chora nie znosiła w żadnej postaci, t. j. ani zewnętrznie ani śródmięśniowo, ani *per os*. Nietolerancji tej nie udało nam się przełamać, przyzwyczajenie do leku nie następowało. Przypadek ten zasługuje na uwagę także z powodu występowania wspomnianych brodawkowatych wybujałości, pokrywających się przerostowym nabłonkiem. Zmiany takie nie są rzeczą rzadką przy oparzeniach. Natomiast w przebiegu zapalenia skóry rtęciowego są zjawiskiem zgoła niezwykłem.

Chora ta była w 6 miesiącu ciąży i równolegle z podrażnieniem skóry pojawiło się podrażnienie nerek po minimalnej dawce rtęci, która w zwyczajnych warunkach w żadnym razie nie mogłaby wywołać pojawienia się białka. Przypuścić musimy, że nerki, czy to z powodu ciąży, czy też

z innych przyczyn (utajone zapalenie nerek) znajdowały się na granicy sprawności i minimalne czynniki uszkadzające (obniżenie czynności skóry odrobiną rtęci) już wywołały ich niedomogę. Być może, że taka stosunkowa niedomoga odbijała się nawzajem na skórze, która, jak wiadomo, jest również narządem wydzielniczym, powodując niewytrzymałość tejże. Ciekawe jest, czy po ustaniu ciąży choraby w takisam sposób reagowała na rtęć. Będzie to można stwierdzić przy powtórzeniu leczenia w danym czasie.

W drugim przypadku objawiła się idjosynkrazja w klasyczny sposób, bo odczyn skórny wystąpił już na skutek zadziałania pary rtęci. Przy podawaniu *per os* powtarzały się zaostrzenia, skoro tylko przekroczono najmniejszą tolerowaną dawkę. W każdym razie udało się zasadniczą idjosynkrazję przełamać i przyzwyczaić chorą do przyjmowania przynajmniej małych dawek rtęci. Stanowi to odrębną cechę tego przypadku. Zarazem dowodzi, że niekiedy udaje się tę idjosynkrazję przezwyciężyć.

Jako przykład częściowej idjosynkrazji, ograniczającej się tylko do skóry (wspomnianej pod b), przytoczymy przypadek ogłoszony dawniej przez Leszczyńskiego (Lw. Tyg. Lek. 1914).

Chory z kiłą kilakową dostał po pierwszych wcieraniach ciężkiego rumienia rtęciowego (wiosna 1912). Dalsze leczenie wstrzykiwaniami kalomelu. W jesieni 1912 znowu po pierwszych wcieraniach zapalenie skóry. Znowu leczenie kalomelem. Na wiosnę 1913 leczenie dwubromkiem rtęci. W lecie 1913 spędził chory kilka tygodni na południu nad morzem i opalił się znacznie. W jesieni 1913 po powrocie rozpoczęto ostrożnie znowu wcieranie i chory zniósł je dobrze.

Przez opalenie na słońcu została zatem zniesioną nadmierna wrażliwość skóry na rtęć. Że tak było w istocie pokazało się i z tego, że na miejscach osłoniętych trykotem, nieopalonych, mianowicie na brzuchu, chory po wtarciu znów dostał rumienia, a tylko na kończynach, które były opalone, rumień nie pojawił się po wcieraniach.

Sprawozdania poglądowe.

W. Janusz, asystent zakł. anat. pat. Lwów.

Odczyn wiązania dopełniacza w obecności antygenu Besredki jako metoda serodjagnostyki gruźlicy [1]).

Niezadawalające wyniki wszelkich dotychczas znanych odczynów tuberkulinowych dla rozpoznania wczesnych okresów gruźlicy pobudzają wciąż do szukania nowych prób ułatwiających djagnostykę gruźlicy. W ostatnich czasach w piśmiennictwie francuskiem a następnie angielskiem i amerykańskiem, dużo miejsca poświęcono próbie wiązania dopełniacza według Bordet-Gengou z antygenem Besredki.

Długi zastęp uczonych, rozpoczynając od Brucka, następnie Lüdkego, Widal'a i Le Sourda, zachęceni zadawalającymi wynikami dotychczasowej serodjagnostyki kiły, próbowali zastosować metodę Bordet-Wassermanna dla stwierdzenia najrozmaitszych przejawów gruźlicy.

Po nieudałych wynikach z użyciem antygenu Arloing'a i Courmont'a (kultura laseczników gruźliczych, wyhodowanych na buljonie glicerynowym z dodatkiem peptonu), albo jak inni z zawiesiną wysuszonych i rozmiażdżonych laseczników, przygotowanych sposobem Kocha, przystąpił nareszcie Besredka do rozwiązania w sposób dość prosty przyrządzania pożywki z żółtka jaja i otrzymania odpowiedniego gruźliczego antygenu czynnego.

Przygotowanie pożywek jest tak łatwe, że przepis jego może się przydać czytelnikowi polskiemu. Z 20 sztuk jaj otrzymujemy około 350 ctm^3 żółtka, do niego dodajemy jeden litr wody przekroplonej. Besredka ostrzega, aby woda używana była zupełnie czystą o odczynie wyraźnie obojętnym i w razie kwasoty, należy ją poprzednio zalkalizować. Otrzymaną zawiesinę należy skłócić i prześwietlić przez dodanie rozczynu 1% ługu sodowego. Dodawać należy bardzo ostrożnie, gdyż nadmiar ługu powoduje pogorszenie, gatunku pożywki, a czasami nawet zupełną nieużyteczność tejże. Niedostateczna zaś ilość ługu powoduje nieodpowiednią przeźroczystość podłoża. Dlatego należy dodawać ług stopniowo, najpierw w dawkach większych, następnie zmniejszyć dawkowanie kroplami przy pomocy pipetki, aby nie przekroczyć właściwego odczynu. Pożywka nadaje się do użytku, skoro wzięta do pipetki pozostaje przeźroczystą, w grubszej zaś warstwie będzie się zawsze wydawała mętnawą. Ilość ługu, potrzebnego dla przyrządzenia i prześwietlenia pożywki bywa nie zawsze jednakową i zależy przedewszystkiem od gatunku żółtka. Aby ułatwić prześwietlanie pożywki, przytoczę ścisłą technikę Besredki. Do wzmiankowanej mięszaniny dodaje ługu w ilości połowy objętości w stosunku do żółtka, a więc 175 ctm^3 i, skłócając, dolewa po jednym 5 ctm^3 ługu. Po każdem nowem dodawaniu ługu wciąga mieszankę do pipetki celem przekonania się o stopniu prześwietlenia. Doświadczenie jego wskazuje, że należyte prześwietlenie otrzymuje się po dodaniu 10 ctm^3 ługu do poprzednich 175 ctm^3. Całą ilość płynu dopełniamy wodą do 7 litrów i w ten sposób otrzymujemy 5% rozczyn żółtka (35,0 : 7000 = 1 : 20). Gotową pożywkę rozlewa się do flaszek Roux i po ogrzaniu w T^0 110^0 w ciągu 20 minut oddaje się do użytku.

Przyrządzanie antygenu jest prostsze od przygotowywania pożywki. Składniki żółtka, rozpuszczone w wodzie, nadają się wyśmienicie na pożywkę dla laseczników gruźliczych, na której doskonale rozwijają się i rosną w głąb w postaci delikatnych, cienkich, białawych wypustek nitkowatych.

Antygen gruźliczy, używany w odczynie wiązania dopełniacza, przedstawia się jako hodowla laseczników gruźliczych na wymienionej pożywce we flaszkach Roux. Już dnia następnego po obfitym posiewie występuje wyraźny wzrost, powiększający się codziennie w rozmiarze. Czwartego dnia należy hodowlę wyjałowić przez ogrzanie i ujednostajnić przez silne skłócenie. Taką zawiesinę można przechowywać przez czas nieograniczony; nadaje się ona doskonale jako antygen do wykonywania odczynu według ogólnie przyjętych zasad wiązania dopełniacza. Co do właściwości hodowli, należy zanotować zupełny brak wydzielauia woni. Tuberkulina daje się wykryć w hodowli względnie wcześnie. Hodowla trzechtygodniowa wyjałowiona i przesączona w ilości 1,5—2 ctm^3 zabija świnkę gruźliczą przed upływem 24 godzin; po 35 dniach rozwoju przesącz zabija w dawce 1 ctm^3; 50-u dniowa hodowla sprowadza śmierć w dawce 0·5 ctm^3.

Doba dzisiejsza jeszcze nie rozstrzygnęła wyraźnej przyszłości odczynu wiązania dopełniacza w obecności antygenu Besredki i chwilowo pozostaje nam tylko zebranie dotychczasowych wyników ogłoszonych już drukiem.

Najciekawsze badania przytaczają Rieux i M-lle Bass, podając wyniki odczynu wiązania dopełniacza modo Besredki, który stosowano u 425 chorych w Wal-de-Grace wszyscy w wieku 20 lat. Technika stosowana była u wszystkich jednakowa i polegała na bezgnilnem pobieraniu krwi z żyły przedramiennej w godzinach od 6 do 10 rano. Odczyn przeprowadzono dnia następnego po wzięciu krwi.

Otrzymane wyniki skłoniły autorów do następujących wniosków: Jak w odczynie Bordet-Wassermanna nieznaną jest istota fizykochemiczna, lecz pomimo to zezwalająca klinicyście opierać się na niej dla swoich celów rozpoznawczych, tak też w odczynie z antygenem Besredki lekarze zdobyli reakcję bardziej swoistą, niż w kile, gdyż antygen Besredki pochodzi z laseczników gruźliczych.

Otrzymane wyniki w odczynie wiązania dopełniacza z antygenem Besredki są swoistymi. Dodatni wynik przemawia wogóle za gruźlicą, ujemny za jej brakiem. W porównaniu z innemi próbami (skórną, podskórną i oczną) odczyn z antygenem Besredki przedstawia się jako bardziej swoisty, ścisły i czuły. W wypadkach niepewnych, przy niewystarczających objawach klinicznych gruźlicy, w których poszukiwania lasecznika gruźliczego pozostały ujemnemi, powstaje pytanie, czy wogóle mamy do czynienia z pierwotną sprawą gruźliczą. Autorowie przyszli do przekonania, że tylko próba Besredki może rozstrzygnąć w rozpoznawaniu przypadków wątpliwych.

---

*) Wygłosił na posiedzeniu referatowem tygodniowem instytutu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie, w dniu 27. listopada 1921.

Niemniej w przypadkach pogorszenia się ogólnego stanu bez wyraźnych przyczyn, długotrwającego podniesienia się gorączki i skłonności do biegunek, może próba z antygenem Besredki przynieść nieocenione usługi lekarzowi, co też potwierdza Kuss i Rubinstein. Tego samego zdania jest Bronfenbrenner z Bostonu, gdzie w Harvard Medical School przeprowadził na 700 chorych próbę serologiczną z antygenem Besredki, podkreślając zdumiewające wyniki swoistości odczynu, występującego już w najwcześniejszych okresach choroby. Według zdania Calmette'a próba z antygenem Besredki pozostaje nietylko odczynem choroby gruźliczej, lecz przedewszystkiem występuje w znaczeniu bardziej uogólniającem jako odczyn zakażenia gruźliczego.

Zaś B. Fried, opierając swoje wywody na materjale przekraczającym 200 przypadków, twierdzi, iż odczyn wiązania dopełniacza z antygenem Besredki jest najściślejszą metodą rozpoznania gruźlicy. L. Raychman, z London Kings College, Inman z Brompton Hospital London, Debains i Jupille przyszli do wniosku, iż odczyn ujemny u chorych wskazuje albo na zupełny brak ogniska gruźliczego albo na zatrzymanie się obrażenia czynnego, zaś odczyn dodatni potwierdza istnienie czynnego ogniska gruźliczego.

Próba Besredki stosowana u zwierząt laboratoryjnych daje nadzwyczaj ścisły i pewny wynik, występujący już na czwarty dzień u świnek morskich i na 14 lub 15 dzień u królików po zakażeniu. W przebiegu tych badań zauważył Besredka, że próba wiązania dopełniacza postępowała zawsze równocześnie z odpornością organizmu, wykazując odczyn dodatni w początkowych okresach zakażenia i zmieniając się na ujemny w ostatnich dniach przed śmiercią, nie zmieniając się już do ostatniej chwili. Takie same spostrzeżenie zrobili inni autorowie na ludziach, iż dodatni odczyn wiązazania dopełniacza, który występuje wyraźnie w pierwszym i drugim okresie choroby, przemawia za tem, że organizm stara się zwalczyć proces chorobowy. Z chwilą pogorszenia się choroby odczyn dodatni zmienia się na ujemny, co wskazywałoby na wyczerpywanie się niweczników w organiźmie. Wyżej wymienione zjawisko pozwala na tem opierać lekarzowi rokowanie w przebiegu choroby.

Nadzwyczaj ciekawą pracę w tym kierunku przedstawiają wyniki Besredki i Nettera, którzy przeprowadzali odczyn z krwią dzieci chorych na gruźlicze zapalenie opon miękkich i otrzymywali zawsze wynik ujemny z odchylaniem dopełniacza w obecności antygenu Besredki. To ostatnie potwierdza ogólnie znane smutne rokowanie w przebiegu gruźliczego zapalenia opon miękkich.

Mozer i Fried, opracowując odczyn wiązania dopełnia w obecności antygenu Besredki w przypadkach gruźlicy zewnętrznej, przyszli do wniosków przeciwnych, jakie dotychczas panowały, a mianowicie, że gruźlica zewnętrzna wytwarza we krwi takie same zmiany jak i w gruźlicy wenętrznej, naco wskazuje odczyn wiązania dopełniacza sposobem Besredki, dając wynik dodatni tylko wobec niweczników swoistych.

Prócz tego wynik dodatni nasuwa myśl o istnieniu w tych przypadkach czynnego ogniska gruźliczego. Odsetek odczynów dodatnich, wysoki w początkowych okresach choroby, zwłaszcza w gruźlicy zewnętrznej, zmniejsza się stopniowo w stanach zbliznowacenia ognisk. Autorowie, posługujący się może największą liczbą, ogarniającą 1005 przypadków przeprowadzonych badań, odrzucają zupełnie możliwość istnienia jakiegokolwiek podobieństwa pomiędzy odczynem wiązania dopełniacza z antygenem Besredki i z drugiej strony próbą tuberkulinową. Gdy pierwsza zawsze pozostawała ściśle swoistą, druga dawała wyniki dodatnie w przypadkach gruźliczych i niegruźliczych.

Gruźlica skóry, badana serologicznie sposobem Besredki przez Ichok'a, Golenberg'a, i Fried'a, na 104 przypadkach, wykazała w 69 przypadkach odczyn wyraźnie dodatni, 18 razy częściowo dodatni i w 17 razach ujemny. Mała ilość przeprowadzonych badań w zakresie gruźlicy skóry nie zezwala na wyprowadzenie ostatecznych wniosków. W badaniach Ichok'a nad gruźlicą starców na 100 przypadkach w wieku 50 i 88 lat stwierdzono wśród 52 gruźliczych chorych tylko 6 razy wynik ujemny, który autor objaśnia zbliżaniem się rychłej śmierci. Podobne badania serologiczne naprowadziły na myśl Sévi do oceniania tej metody z punktu widzenia zapobiegawczego. Autor przeprowadził badania nad dziećmi w wieku 7—14 lat w 54 przypadkach i, pomimo szczegółowego wyosobnienia wszystkich podejrzanych, stwierdzono jednak w 4 przypadkach dodatni wynik. Następne kliniczne spostrzeganie, jako też zdjęcia rentgenologiczne, potwierdziły prawdziwość odczynu dodatniego. Zbierając niektóre z dotychczasowych prac nad odczynem wiązania dopełniacza w obecności antygenu Besredki, widzimy, że metoda ta nabiera znaczenia nietylko rozpownawczego, lecz też w rokowaniu i zapobieganiu.

Wreszcie pozwolę sobie wspomnieć o pracach Hruska i Pfenningera, którzy zastosowali metodę serodjagnostyki gruźlicy z antygenem Besredki u bydła, skłaniając autorów do wniosku, iż antygen Besredki wiąże aleksyny tylko w obecności surowicy gruźliczego bydła, dając wynik dodatni w 84,5%, z ogólnej liczby 304 badań, a tylko w 2,2% dał wynik dodatni bez wystąpienia zmian makroskopowych na sekcji.

Przez porównywanie wyników serologicznych z badaniami sekcyjnemi stwierdzono, iż przy gruźlicy nieznacznie posuniętej wynik dodatni występuje w 60%, w zmianach gruźliczych rozleglejszych (gruźlica płuc, opłucnej, otrzewnej) w 84—85% i przy ogólnej gruźlicy 100%.

Urbain i Fried stwierdzili w licznych spostrzeganiach na ludziach i bydlętach, iż odczyn wiązania dopełniacza z antygenem Besredki wykazuje zupełne podobieństwo z badaniami klinicznemi. U chorych z gruźlicą płuc albo innych narządów, odczyn wiązania daje wynik dodatni w 90% przypadków; u ludzi zaś niegruźliczych, to znaczy zupełnie zdrowych albo dotkniętych innem zakażeniem od gruźlicy, odsetek wyników dodatnich jest prawie nieznacznym, równającym się zeru.

Już Besredka, w początkach swoich badań, stwierdził, że jedynie surowica ludzi kiłowych przedstawia pewny wyjątek z ogólnego prawidła, i wiąże często dopełniacz z antygenem gruźliczym w obecności surowicy kiłowej. Najświeższe badania wykazały, że wiązanie dopełniacza występuje zaledwie w 30—35% z surowicą kiłową, zaś badania Bronfenbrenner'a stwierdziły, że u ludzi z kiłą odczyn z antygenem Besredki wypada ujemnie, jeśli zawczasu pozbawimy go lipoidowych związków.

Rogers, Massol, Boquet i Negrə, spostrzegali przypadki wiązania dopełniacza w związku z obecnością niweczników gruźliczych. Końska surowica przeciwgruźlicza wiąże z antygenem gruźliczym Besredki znaczną ilość aleksyn (ponad 5000 doz). Ta sama surowica w obecności innych antygenów (paciorkowców, gronkowca, lasecznika wąglika i innych) zachowuje się tak samo, jak normalna surowica, która nie wiąże zupełnie aleksyny.

Surowica koni, uodporniona najrozmaitszymi szczepami drobnoustrojów i toksyn, zmieszana z antygenem gruźliczym, nie daje widocznego odczynu wiązania, a więc zachowuje się zupełnie tak, jak surowica zwierząt normalnych. Jedynie tylko surowica antydyfteryczna daje możliwość pewnego wiązania zresztą bardzo nieznacznego w porównaniu z końską surowicą uodpornioną lasecznikami gruźliczymi.

Surowica chorych, dotkniętych gorączką tyfusową, różą albo innemi zakażeniami nie daje żadnego wiązania z antygenem gruźliczym; jedynie może tylko surowica błonicza może stanowić znowu wyjątek albo ci chorzy, w którym w przebiegu choroby parę dni temu wstrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą.

Rękojmię przyszłości odczynu wiązania dopełniacza z antygenem Besredki możemy wyrobić sobie dopiero na podstawie wyników przeprowadzonych badań w naszych pracowniach i klinikach, na które zapewne niedługo będziemy musieli czekać.

Piśmiennictwo.

A. Besredka. Urbain et B. Fried. Négre et Boquet Ann. de l'inst. Pasteur No 5. 1921 r. J. Rieux et Bass Ibidem No 6. B. Fried

et Moser. Hruska et W. Pfenninger. Ibidem. Bronfenbrenner Zeit. f. Immun. p. 221 1915. Calmette. — L'infection bacillaire 1920. Jehok C. R. Soc. de Biol. t. 83 p. 1476 — 1920. Idem. Bull. méd. p. 106 1921. Idem. Progrés méd. No 4 p. 25 1921. Jchok, Goldenberg et B. Fried C. R. Soc. de Biol. t. 83 p. 1363 1920. Kuss et Rubinstein. Bul. et Mem. Soc. des hôp. p. 1153. 1914. Rubinstein, Traité de serologie 1921 Nicolle. Les antigenes el les anticorps. 1921.

Oceny i sprawozdania.

E. S e r g e n t. **Tubereulose I. La tuberculose en général.** Str. 379. 10 rysunków i 2 tablice kolorowe. **II. La tubereulose de l'enfant et de l' adulte. Les tubereuloses viseérales.** Str. 811, 48 rysunków i 9 tablic kolorowych. Paryż 1921.

Wielkie to dzieło wyszło pod redakcją znanego klinicysty E. S e r g e n t'a przy udziale kilkunastu współpracowników.

Część pierwsza zawiera ogólną patologję gruźlicy, wyłożoną pod kątem widzenia potrzeb kliniki (w przeciwieństwie do wydanego w roku ubiegłym dzieła C a l m e t t e'a, który sprawę ujął przyrodniczo). Ten tom mówi przedewszystkiem o rozwoju objawów gruźlicy, o podstawach rozpoznawania, rokowania; potem o anatomji patologicznej i bakterjologji gruźlicy; o gruźlicy doświadczalnej; wreszcie — o higjenie gruźlicy, jej leczeniu i zapobieganiu.

Najwięcej nowego przynosi rozdział ostatni, ponieważ daje obraz walki planowej z gruźlicą we Francji, walki na wielką skalę zapoczątkowanej podczas wojny, więc mało nam dotąd znanej. Nowem jest prawo z d. 15 kwietnia r. 1916., tyczące się przychodni (Des dispensaires sociales et de préservation antituberculeuse), które przyczyniło się do rozwoju tych urządzeń we Francji. Ważniejszym jest fakt powstania szeregu sanatorjów. Przed wojną było we Francji w sanatorjach dla gruźliczych 1.162 łóżek; obecnie jest ich 8881 w 38-miu sanatorjach; jedenaście sanatorjów jest w obecnej chwili w budowie. Mniejszy postęp wykazują urządzenia lecznicze dla dzieci z gruźlicą wewnętrzną i chirurgiczną; bo też w tym jedynym kierunku. Francja była już przed wojną podjęła szerszą akcję (sanatorja nadmorskie). I w tym jednak kierunku znajdujemy postęp w czasie wojny.

Na treść tomu drugiego składają się: Gruźlica dziecka. Zołzy. Gruźlica dorosłych. Gruźlica ostra. Gruźlica nosa, gardzieli i krtani. Gruźlica płuc przewlekła. Gruźlica opłucnej. Gruźlica błon surowiczych. Odma piersiowa gruźlicza. Gruźlica śródpiersia. Gruźlica serca i naczyń. Gruźlica narządów moczowych. Gruźlica narządów trawienia. Gruźlica układu nerwowego. Gościec gruźliczy.

Niepodobna oceniać tak bogatej treści w sprawozdaniu informacyjnem. Wystarczy ogólnikowo powiedzieć, że wszystkie rozdziały stoją na wysokości kliniki francuskiej i że dzieło omówione polecić można każdemu, kto chce poznać stan poglądów panujących w danej chwili w tej klinice w zakresie nauki o gruźlicy.

Całe dzieło wyróżnia się przez wykład łatwy i potoczysty. Wielką ozdobą książki są kolorowe tablice z zakresu anatomji patologicznej gruźlicy i suchot płucnych. *Sew. Sterling* (Łódź).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Ther. Halbmonatshefte XXXV.
Z. 13. 1921.

Joh. S c h w a l b. **Dalsze doświadczenia z leczeniem zapomocą «sanarthritu» podostrych i przewlekłych schorzeń stawów.** U m b e r widzi przyczynę nagromadzenia się kwasu moczowego w «silniejszem powinowactwie« tkanek, zwłaszcza c h r z ą s t k i, do tego ciała purynowego. Na tej podstawie zaczął H e i l n e r stosować wyciąg chrząstkowy — *sanarthrit* — do leczenia przewlekłych schorzeń stawów. U m b e r zauważył w szeregu takich przypadków — zwłaszcza przy t. zw. *periarthritis destruens* prawie zawsze wielką poprawę dolegliwości chorych, a kilka razy wprost nadzwyczajną poprawę podmiotową. Inni autorzy mieli mniej dobre wyniki. Wstrzykiwania *sanarthritu* nie są wolne od działań ubocznych, nieraz bardzo ciężkich, jak zapad sercowo-naczyniowy, spadek ciśnienia krwi aż do 65 mm. Hg., dniami trwająca hematurja i t. p.

Autor przeprowadził 135 kuracji *sanarthritem*. Technika: Zaczynać o s t r o ż n i e małemi dawkami (nie podane dokładnie, ile *sanarthritu*); wstrzykiwać można podskórnie; do żyły nie wolno. W zależności od reakcji wstrzykiwać następne dawki po 3 do 7 dniach. W dzień wstrzyknięcia trzymać chorego w łóżku.

Reakcja objawia się jako: 1) ból, także puchnięcie chorych stawów, 2) ogólne osłabienie z bólami głowy i sennością, 3) podniesienie ciepłoty, zwykle krótko trwające, lecz nieraz bardzo znaczne, 4) zapad naczynioruchowy z sinicą, oraz zaburzenia sercowe, 5) białkomocz, także — choć rzadko — cięższe uszkodzenie nerek, w innych przypadkach poliurja, 6) zaburzenia skórne, jak *herpes labialis. urticaria* i t. p. Działania te uboczne zmniejszyły się znacznie w ostatnich 2 latach dzięki oczyszczeniu preparatu — to znaczy, widocznie wskutek usunięcia domieszek białka i pochodnych białka, wywołujących objawy anafilaktyczne, bo jako takie należy uważać opisane przez autora »wpływy uboczne«. Leczenie *sanarthritem* jest tylko specjalnym sposobem t. zw. pozajelitowego leczenia proteinowego. Wiadomo, że wstrzykiwania mleka lub kazeozanu (preparat z mleka firmy I. D. Riedel, Berlin, Britz) działają podobnie na schorzenia stawów, jak *sanarthrit*, lecz łagodniej, z mniej ciężkiemi objawami ubocznemi. Kwas chondroitynowy nie może być ciałem czynnem *sanarthritu*, gdyż śródżylne wprowadzenie chondroitynianu sodowego jest bez wpływu zarówno u zdrowych jak u chorych.

G. S t r o o m a n n. **Djetetyczne i lekarskie oszczędzanie przy leczeniu chorób nerkowych.** Zmniejszenie dowozu w o d y oszczędza nerki, układ naczyniowy i tkanki ustroju. Dla tego, zwłaszcza przy wodnej puchlinie, wskazanem jest ograniczenie przyjmowania płynów do 2 dawek po 200 cm.^{3} na 24 godzin, lecz tylko przez kilka dni; potem ostrożne zwiększanie do 800—1000, najwyżej do 1200—1500 cm.^{3} W przeciwstawieniu do innych autor nie widzi w mocznicy przeciwwskazania dla zmniejszenia płynu.

Ograniczenie s o l i k u c h e n n e j należy stosować tylko przy zatrzymaniu NaCl w ustroju. Djetę bezsolną przepisuje się na ogół zbyt często i zbyt schematycznie. To jest nietylko bezcelowe, lecz nieraz szkodliwe dla chorego. Co do a z o t u, to uważa autor — nawet przy ostrem zapaleniu nerek — zmniejszenie do 20—30 g. białka za dostateczne. Dużo autorów zaleca o wiele dalej idące ograniczenie białka, do 2—3 g. dziennie, a nawet dnie głodowe.

Trzeba sobie zdawać sprawę z tego, że dużo zalecanych djet dla chorych na nerki nie uwzględnia w dostatecznej mierze potrzeb ustroju.

Autor zaleca 60 g. białka dziennie jako granicę stałą przy chronicznych schorzeniach nerek — a na dłuższy czas — podczas rekowalescencji po ostrych formach. Środki moczopędne powinny być również oględnie stosowane. Autor posługuje się głównie d i u r e t y n ą i t e o c y n ą. Pierwszy środek zwłaszcza wobec sklerotycznych zmian nerek 1—8 $\times$ po 0,5, lecz ponad 4 dawki dziennie tylko wyjątkowo. T e o c y n ę stosuje się tylko co drugi dzień: 2—4 $\times$ po 0,1 do 0,3.

Wszystkie środki grupy kofeinowej — jeżeli zadawać je częściej — przestają działać a wreszcie nawet zatrzymują djurezę. We wielu przypadkach małe dawki działają o wiele silniej niż duże. (Znane doświadczenia S c h l e y e r a, R o m b e r g a i innych). N a p a r s t n i c a może również zatrzymać djurezę wskutek zwężenia naczyń nerkowych pomimo znakomitego wpływu na serce. Tutaj — tak samo jak przy nieuważnem dawkowaniu środków grupy kofeinowej — zmniejszenie dawki — lub przerwa — wywołują ponownie djurezę. Powyższe wskazówki leczenia chorób nerkowych są oparte na doświadczeniu kliniki R o m b e r g a. Umiarkowane stanowisko autora wydaje się na ogół uzasadnionem; lecz właśnie w dziedzinie chorób nerkowych trudno zgodzić się na schemat — a w praktyce nieraz trzeba będzie daleko odbiegać od przepisów autora w kierunku djetetycznym. Uwagi o środkach farmakologicznych są zupełnie słuszne i, aczkolwiek bynajmniej nie nowe, to jednak może niedostatecznie znane i dlatego godne zaznaczenia.

B. Z e l n i k. **O leczeniu ostrych kondylom.** *Pulvis frondum Sabinae*, a zwłaszcza 10% *Choleval-bolus* M e r c k a dają znakomite wyniki. Ostatnim preparatem obsypuje się co trzeci dzień grubą warstwą nowotwory. *J. M.* (Warszawa).

Anatomja patologiczna.

Virchows Archiv.
T. 232.

A. L u d w i g. **Badania nad rozmieszczeniem tkanki chłonnej odnośnie do patogenezy status lymphaticus.** Zapatrywania

na powstawanie i znaczenie stanu grasiczno-chłonnego są różne, a nawet wręcz przeciwne, tak dalece, że, gdy jedni uważają go za jedną ze zmian nieprawidłowości konstytucjonalnej lub za jedno z ogniw nieprawidowego procesu rozwojowego, to inni w stanie tym widzą przeciwnie wyraz pełnego zdrowia. Pewnym przyczynkiem do wyjaśnienia, czy rzeczywiście stan limfatyczny należy uważać za nieprawidłowość rozwojową, mogą dać badania nad zachowaniem się tkanki chłonnej w różnych narządach, czy ewentualne jej pojawianie się nie jest następstwem tylko podrażnienia zapalnego. Autor przebadał narządy kilkunastu zdrowych noworodków, które zmarły w czasie lub w krótki czas po porodzie wskutek urazu doznanego w czasie porodu i przyszedł do przekonania, że zapatrywanie o już istniejących niejako preformowanych, ogniskach limfocytów w narządach jest błędnem. Obecność owych nagromadzeń limfocytów jest tylko wyrazem swoistego oddziaływania organizmu na pewien bodziec, w następstwie którego w nadmiarze stale produkowane limfocyty dostają się do krwi o następnie i do tkanek, gdzie mogą następnie się rozmnażać. Autor jest również zdania, że osobniki ze stanem limfatycznym są mniej wartościowe; nie spotykamy ich wśród ludzi starszych, gdyż, jako mniej odporne, łatwiej giną pod wpływem najrozmaitszych, choćby mało znaczących czynników. *W. N.* (Lwów).

Virchows Archiv.
T. 132.

A. S c h ü l t z. **Przypadek athyreosis congenita (obrzęk śluzowy) ze szczególnem uwzględnieniem spostrzeganych zmian mięśniowych.** Na wstępie autor podnosi małą znajomość zmian mięśniowych u ludzi w obrzęku śluzowym, i nieliczne doświadczenia w tym kierunku na zwierzętach. Autor zbadał dokładnie mięśnie języka, przełyku, międzyżebrowe, przepony, ścian brzucha, uda i ramienia u 7 letniej dziewczynki z wrodzonym brakiem tarczycy i obrzękiem śluzowym, zmarłej z powodu zapalenia płuc. W mięśniach spostrzega żywe bujanie owłókni mięśniowej, rozpad substancji kurczliwej z zatarciem prążkowania i powstawanie grudek z pierwoszczy. Następnie pojawia się rozpad wzgl. rozpływanie się jąder i stąd zabarwienie jednostajne barwikami jądrowymi pierwoszczy lub też zbijanie się wolnej chromatyny i silne jej barwienie się. Nigdy nie wykazał śluzu w mięśniach zmienionych. Stwierdzał nadto w niektórych mięśniach zmiany tłuszczowe. W nerwach mięśni stwierdził nagromadzenie śluzu objęte przez torebkę nerwu, a w samych osłonkach rdzennych rozpad, rzadziej ich zgrubienie. Zmiany te są prawdopodobnie następstwem działania jadów niezobojętnionych przez brakującą wydzielinę tarczycy. *W. N.* (Lwów).

Hygjena i Bakterjologja.

Centralblatt f. Bakteriologie.
T. 86. (1921).

K. P e s c h. **O różnych źródłach węgla i azotu w pożywkach dla bakterji należących do grupy durowo-okrężnicowej.** Autor stwierdził, że prątki okrężnicowe nie rozwijają się wcale na pożywkach, w których jedynem źródłem węgla jest cytrynian sodowy 1%; prątki durowe i rzekomodurowe nie rozwijają się również, natomiast prątki rzekomodurowe B i G ä r t n e r a rozwijają się obficie. (Doświadczenia wykonane w pracowni sprawozdawcy nie potwierdziły tego).

B. R u s s o n. **Zarazek »posocznicy krwotocznej«.** Praca zawiera szczegółowy rozbiór bakterjologiczny zarazków, wyhodowanych z dwóch epizoocji wśród świnek morskich oraz krytyczne uwagi, dotyczące klasyfikacji drobnoustrojów, wywołujących tę kategorję chorób. Autor podkreśla brak grup naturalnych, wykazujących powinowactwo przyczynowe i niemożność uodparniania zwierząt przeciwko pasteurellozoom.

S. W e i l. **W sprawie zgorzeli gazowej.** Streszczenie pracy drukowanej w *Münch. Med. Woch. 1919. Nr. 37.* Autor stwierdza, że uszkodzenie tkanki potęguje działanie toksyczne zarazka.

H. S c h m i t t. **Zachowanie się laseczników czerwonkowych i grupy durowo-okrężnicowej na podłożach bezbiałkowych z dodatkiem lakmusu.** Kontrola pracy W e r d t a i K o p a t s c h k a (tamże T. 84) którzy utrzymywali, że na takich podłożach laseczniki czerwonkowe nie zmieniały barwy lakmusu, zaś prątki durowo-okrężnicowe zachowywały się odwrotnie. S c h m i t t nie mógł tego stwierdzić, podnosi jednak wartość pożywek o znanym składzie chemicznym dla poznania bjologji bakterji.

W. B a c h m a n n. **Odmiana pleśniawki.** Ze zwłok dziecka zmarłego z rozpoznaniem klinicznem krztuśca udało się autorowi wyhodować grzybek zbliżony do grupy *Oospora.*

E d m. H o f f m a n n. **Uwagi o leptospira dentium Hoffmanna i o krętkach jamy ustnej wogóle.** Autor zastanawia się nad pokrewieństwem *leptospira dentium* do zarazków, należących do grupy *leptospira icterohaemorrhagica* i podobnych i wypowiada się twierdząco zarówno na podstawie badania drobnowidowego preparatów barwionych, jak i na zasadzie nierozpuszczalności w saponinie.

A o k i i K a n n o. **O stosunku pomiędzy odczynem zlepnym a współzlepnym.** Część pierwsza tej pracy dotyczy własności zlepnej i współzlepnej surowicy królików uodpornionych lasecznikami duru brzusznego w stosunku do lasecznika duru rzekomego B. Doświadczenia przeprowadzone bardzo starannie na wielkiej liczbie zwierząt w celu wykluczenia wpływów osobniczych. Przy uodpornianiu autorzy modyfikowali dawkę zastrzykiwanych laseczników oraz sposoby wstrzykiwań (pod skórę, do żyły, do otrzewnej). Wyniki odznaczają się wielką stałością i przedstawiają się, jak następuje. Miano zlepne podnosi się stopniowo, poczynając od pierwszego wstrzyknięcia; miano współzlepne zaczyna się podnosić znacznie później, dopiero po kilku wstrzyknięciach. Miano zlepne podnosi się początkowo powoli, potem znacznie szybciej i w końcu może nawet dorównać mianu zlepnemu. Ułamek, wyrażający stosunek pomiędzy mianem współzlepnem a zlepnem, jest początkowo większy, potem zmniejsza się szybko, przechodzi przez minimum i wreszcie wzrasta, dochodząc nawet do I; minimum przypada na ten okres, kiedy miano zlepne dochodzi do największej szybkości przyrostu. Największą swoistość t. j. minimum stosunku pomiędzy odczynem zlepnym i współzlepnym wykazuje surowica zwierząt uodpornionych podskórnie 4 do 5 razy, poczynając od dawek średnich podnoszonych stopniowo. Praca zasługuje na staranne przestudjowanie; rozszerzenie jej na inne odczyny odpornościowe zapowiada bardzo ciekawe wyniki nawet dla praktyki np. w sprawie lecznictwa serologicznego nieswoistego.

C. P r a u s n i t z i H. K ü r t n e r. **Studja nad nadwrażliwością.** Badania przypadku idjosynkrazji na gotowane białko z mięśni prążkowanych ryb kościstych doprowadziły do wyników następujących. Chory (drugi z autorów) wrażliwy jest na wprowadzenie antygenu zarówno drogą ustną, jak śródskórnie. Substancja czynna zawarta jest tylko w mięśniach; surowica krwi, narządy wewnętrzne i ikra ryb kościstych są nieczynne. Mięso ryb chrząstkowych działa słabo. Mięso surowe jest nieczynne: produkt działający zjawia się pod wpływem gotowania. Substancja czynna nie rozpuszcza się w alkoholu i w eterze i nie djalizuje: kwasy niszczą ją szybko, ług, pepsyna i trypsyna nie osłabiają jej, chociaż odczyn jest ściśle swoisty. Surowica chorego nie zawiera ani żadnych przeciwciał, oddziaływujących *in vitro*, ani składników zobojętniających przy wstrzyknięciu śródskórnem. Anafilaksji biernej u świnki nie uzyskano. U człowieka zdrowego otrzymano wyraźny odczyn po zastrzyknięciu śródskórnem w jednem i tem samem miejscu w odstępie 24 godzin naprzód surowicy chorego, a potem antygenu: surowica normalna nie dała tego objawu. Metoda ta zawiodła w innych przypadkach nadwrażliwości, (tuberkulina, surowica końska, pyłek nasienny roślin). Wielokrotnie powtarzane wstrzykiwania śródskórne dają miejscowe osłabienie.

K. W i l k. **Odczyn Wassermanna oryginalny, modyfikacja zimna, odczyn Sachsa-Georgi'ego.** Badanie wykonane porównawczo na 2000 surowic dało wyniki następujące:

1. metoda zimna i odczyn S. G. dają wynik dodatni już w tak wczesnym okresie, kiedy oryginalny odczyn Wassermanna jeszcze zawodzi, i utrzymują się jeszcze w tych okresach, kiedy odczyn Wassermanna już ustępuje; 2. odczyn S. G. zgadza się zawsze bez wyjątku z metodą zimną i jest

od odczynu Wassermanna tańszy i łatwiejszy. Stosowana przez autora modyfikacja zimna polega na wiązaniu surowicy z antygenem i z dopełniaczem przez 30 min. w temperaturze 0°—3°. Po dodaniu krwinek uczulonych rurki idą na 30 min. do łaźni wodnej o temperaturze 37°.

G. Grijus. **Zdolność rozszczepiania glukozy w ciepłocie 46°, jako cecha nabyta.** Zauważono, że zawartość prątka okrężnicowego w zanieczyszczonej wodzie powierzchownej lub studziennej zmniejsza się z biegiem czasu i że przedewszystkiem zmniejsza się miano fermentacji w temp. 46°, potem miano fermentacji laktozy i glukozy w temp. 37°. Autor próbował rozwiązać pytanie, czy mamy tu do czynienia z odrębnymi gatunkami lasecznika, czy też tylko ze zmiennością cech. W tym celu wysiał próby wody na płytki Endo i przeszczepił pojedyńcze kolonje czerwone dwu serji do rurek Eikmana. Jedną hodował w temp. 46°, drugą 37°; te, które fermentowały tylko w 37, hodował na glukozie przez miesiąc i znalazł potem, że z 43 szczepów 11 nabrało zdolności fermentowania w ciepłocie 46°. *Z. Sz.* (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Deutsches Archiv für Klinische Medizin.
Tom 135 Zeszyt V i VI. 1921.

F. Rosenthal i P. Holzer. **Przyczynki do nauki o mechanicznych i dynamicznych odmianach żółtaczki.** (Doniesienie I.) **O ilościowym stosunku bilirubiny i cholesteryny we krwi przy różnych rodzajach żółtaczki.** Opierając się na pracach Minkowskiego i Naunyn'a, Aschaffa, Eppingera, a przedewszystkiem Hijmans van den Bergh'a autorzy stoją na stanowisku, że dwa zasadnicze składniki żółci, mianowicie barwiki i kwasy żółciowe powstają w odrębnych częściach wątroby. Według tej koncepcji barwiki wytwarzane zostają w komórkach Kupfer'a, a tylko poprzez opisane przez Browicza, Sterlinga i innych wypustki tych tworów łączące się z komórkami wątrobowemi, dostają się do miąższu, który je wydziela. Natomiast resztę substancji, wchodzących w skład żółci, szczególnie kwasy żółciowe a przedewszystkiem i cholesterynę, uważać należy za swoistą wydzielinę komórek wątrobowych. Na poparcie takiego poglądu, żądającego topicznego rozgraniczenia czynności żółciotwórczej wątroby, przytaczają autorzy nowe fakty, stanowiące istotną część ich badań.

Badania te zajmują się ilościowym stosunkiem bilirubiny do cholesteryny w surowicy. Śledząc zawartość obu wymienionych substancji w surowicy w całym szeregu przypadków żółtaczki przy częściowem zatkaniu przewodów żółciowych, autorzy stwierdzają, że raz ilość bilirubiny jest bardziej wzmożona, drugi raz bardziej ilość cholesteryny, rzadziej obie równocześnie. Dla wytłómaczenia tej dywergencji, często dość znacznej, wystarczają ich zdaniem nierównomierne zaburzenia w obrębie obu wydzielających układów, z których czasem układ wydzielający bilirubinę, czasem układ wydzielający cholesterynę silniejsze wykazuje zaburzenia. Nierównomierność tych czynnościowych zaburzeń pociąga za sobą różne rodzaje przebiegu żółtaczki mechanicznej. Natomiast inaczej należy pojmować nie tak rzadko przy całkowitem zatkaniu przewodów żółciowych napotykaną dysproporcję między ledwie zaznaczoną hypercholesterynemią a bardzo silną bilirubinemią. Niestósunek taki autorzy wyjaśniają zaburzeniami w przemianie cholesterynowej, która nie jest przejawem nienormalnych złogów cholesterynowych w różnych narządach lecz przedewszystkiem skutkiem utrudnionego wchłaniania cholesteryny w jelitach (na skutek braku żółci w układzie pokarmowym) a także zmienionego przetwarzania się cholesteryny na inne zbliżone substancje n. p. na kwasy żółciowe.

Z takiego punktu widzenia zrozumiałem wydaje się spostrzeżenie autorów potwierdzające wyniki Grigant'a, że przy t. zw. żółtaczce dynamicznej (n. p. przy niedokrwistości złośliwej lub żółtaczce hemolitycznej) ilość cholesteryny w surowicy jest prawidłowa albo nawet zmniejszona, podczas gdy liczby dla bilirubiny mogą być bardzo wysokie. Tutaj bowiem zachodzi jedynie niedomoga komórek Kupfer'a wytwarzających na skutek swoich właściwości erytrofagicznych względnie wskutek nadmiernego rozpadu krwi chorobliwe ilości bawika żółciowego, sprawność zaś układu wydzielającego cholesterynę i inne składniki żółciowe pozostaje nietkniętą. Nieprzechodzenie zaś takich substancji do krwi ułatwia, zdaniem autorów, krążenie bilirubiny w stanie związanym a temsamem trudniejsze wydalanie w moczu.

Br. Kisch. **Przyczynki do fizjologji patologicznej krążenia w tętnicach wieńcowych.** Dotychczasowe badania nad sztucznie upośledzonem krążeniem w tętnicach wieńcowych zajmowały się przeważnie reakcją komór po podwiązaniu jednego z naczyń a zwłaszcza występującem po tym zabiegu migotaniem komór. Autor natomiast postawił sobie za zadanie śledzić zachowanie się czynności zwykłych miejsc podnietotwórczych, układu przewodzenia i kurczliwości pojedyńczych odcinków serca po uprzedniem wyłączeniu prawej wzgl. lewej odnogi tętnicy wieńcowej.

Doświadczenie swoje przeprowadzał sposobem Laudendorff'a na przeżywających sercach młodych psów, w jednym przypadku także i noworodka, odżywianych roztworem Tyrode'go z dodatkiem 0·1% roztworu cukru gronowego, który u psów mieszał z całkowitą z nich otrzymaną krwią, przedtem odwłóknioną i przecedzoną. Czynność każdego z poszczególnych 4 odcinków była wykreśloną na kyreografionie sposobem Knoll'a. Zatrzymanie krwiobiegu w danej tętnicy uskuteczniano za pomocą małych kleszczyków.

Wyniki badań K'a dają się streścić następująco: Zatkanie jednej z tętnic wieńcowych pociąga za sobą przed pojawieniem się migotania naprzemienność w skurczu komór, która często dotyczy prawie wyłącznie odcinka odżywianego przez daną tętnicę, a więc przy zaciśnięciu lewej tętnicy wieńcowej przeważnie lewej komory i na odwrót.

Wyłączenie prawej tętnicy wieńcowej nie wywiera u psa żadnego wpływu na przewodnictwo. Po zaciśnięciu lewej tętnicy wieńcowej występują u psa wypady skurczów komorowych, które przy dłuższem trwaniu zacisku stają się coraz częstsze, aż wreszcie niekiedy daje się stwierdzić rozkojarzenie między pracą przedsionków i komór. Wobec tego, że po ustaniu zacisku układ przewodzenia bardzo prędko odzyskuje swoją zwykłą sprawność, K. podaje zatrzymanie krwiobiegu w całej lewej tętnicy u psa jako metodę do przejściowego wyłączenia czynności przewodzenia.

Krótkotrwałe albo dłuższe zaciśnięcie jednej z tętnic wieńcowych wywołuje u psa silne upośledzenie kurczliwości przedsionka przez tę tętnicę odżywianego, rzadziej obydwóch przedsionków. Niekiedy występuje po tym zabiegu także naprzemienność w sile skurczów przedsionkowych. Zaciśnięcie prawej tętnicy wieńcowej oddziałuje hamująco na powstawanie praworodnych bodźców (we węźle zatokowym), pobudzająco na powstawanie obcorodnych bodźców tak w przedsionkach jak i komorach. Niekiedy dochodzi przy tem do migotania przedsionków. Dla tego autor uważa zamknięcie albo silne zwężenie lewej tętnicy wieńcowej u człowieka (na skutek spraw miażdżycowych, zapalnych lub innych) jako współczynnik usposabiający wielokrotnie do powstawania niemiarowości stałej na tle migotania przedsionków i zarazem ułatwiający przejście do migotania komór, a tem samem nagłe zakończenie życia.

C. Kroetz. **W sprawie klinicznego obrazu guzkowatego zapalenia okołotętniczego** (*periarteriitis nodosa*). Do istniejącego, dotąd dość szczupłego, bo 50 i kilka przypadków obejmującego, piśmiennictwa o guzkowatem zapaleniu okołotętniczem autor dołącza nowy przyczynek. Dotyczy on 39 letniego kupca, który zakaziwszy się pół roku przedtem kiłą i przeszedłszy energiczną kurację rtęciowo-salwarsanową zapadł nagle wśród objawów prawostronnego zapalenia płuc i silnych bolów w łydkach. Po opadnięciu gorączki bóle w nogach nie zmniejszyły się, natomiast wystąpiły obok nich kurczowe bóle w brzuchu Badanie kliniczne wykazało neurytyczne zmiany w obu nogach, zwłaszcza w okolicy nerwu strzałkowego, wyraźną bladość skóry i znaczne przyśpieszenie tętna. Odczyn Wassermanna ujemny. W czasie $2^1/_2$ miesięcznego pobytu w klinice stopniowo dołączyły się do tego coraz silniejszy białkomocz, stan depresji, wzmagające się bóle po obu stronach

2 kręgu lędźwiowego, stopniowe podniesienie ciepłoty, przyśpieszenie oddychania, hypertonia naczyniowa ($^{155}/_{125}$ mm. Hg.), leukocytoza i raptowne opadanie sił. Chory zmarł bez wyraźnego rozpoznania — myślano ewentualnie o nowotworze w kręgach z przerzutami w płucach i t. d. — a oględziny pośmiertne ujawniły guzkowatość okołotętniczą z wytworzeniem się tętniaków i zawałów w wątrobie i nerkach i mniejszemi równorzędnemi zmianami w tętnicach serca, jelit, trzustki, nadnercza, płuc, mięśniach nogi i tętniczkach odżywiających nerw kulszowy.

Na podstawie tego własnego spostrzeżenia i reszty opisanych przypadków autor omawia następnie etjologję, anatomją patologiczną, klinikę, różniczkowe rozpoznanie i przebieg guzkowatego zapalenia okołotętniczego. Etjologja zachorzenia jest nieznana, ale prawdopodobnie odgrywa tu rolę swoiste (nieluetyczne) zakażenie, które się v. Hann'owi udało przeszczepić na świnki morskie. Usposabia do umiejscowienia i rozwinięcia się zakażenia niedorozwój układu naczyniowego i przebyte choroby zakaźne.

Patologiczno-anatomiczny obraz znamionują guzowatości dotyczące przeważnie mniejszych naczyń i ułożone zwykle różańcowato w średniej albo zewnętrznej wartwie tkanki naczyniowej. Skutkiem związanych z tem przeobrażeniem ścianki tętniczej światło naczyniowe jest albo zwężone przez sprawę zakrzepową albo aneuryzmatycznie rozszerzone. Zależnie od umiejscowienia zmian naczyniowych występują zaburzenia we wszystkich możliwych narządach. Dotyczą one najczęściej skóry, gdzie zaznaczają się w postaci przejściowych rumieni, plam i guzów, w mięśniach tułowia, w nerwach obwodowych, gdzie doprowadzają do neurytów, i w nerkach. Ciepłota jest zwykle podgorączkowo wzmożona odpowiednio do zakaźnej względnie zapalnej natury cierpienia. Tętno jest przeważnie przyśpieszone (około 120 na minutę), drobne i mało napięte o ile nie zachodzi powikłanie ze strony nerek; w przeciwieństwie bowiem do miażdżycy naczyń tętnice nie ujawniają znaczniejszej sztywności i pobudliwości wazomotorycznej i raczej skłonne są do porażnego rozszerzenia. Tem się też tłómaczy przekrwienie układu nerwów trzewnych, częstość tętna i brak objawów angiospatycznych jak n. p. dusznica bolesna. Dopiero przy wyraźniejszem zajęciu nerek spotyka się mniejszą lub większą hypertonię z przerostem lewej komory. Takie naruszenie miąższu nerkowego wyraża się w zwykłych oznakach mieszanego zapalenia nerek, do których w pewnej ilości przypadków dołącza się mocznica. Śledziona bywa często powiększona. Na zachorzenie zapadają najczęściej mężczyźni (80%), przeciętnie około 30-tego życia.

Co się tyczy rozpoznania, to ze względu na rzadkość zachorzenia, długość utajonego stanu i brak znamiennych objawów sprawia ono wielkie trudności. Do klinicznego podejrzywania guzkowatego zapalenia okołotętniczego uprawniają: 1) ostro powstające guziki w tkance podskórnej; 2) zespół objawów: kolki w nadpępczu + zapalenie nerwów obwodowych + zapalenie nerek. Przebieg zachorzenia jest niejednolity i doprowadza do przejściowych obostrzeń, przejawiających się w podwyższonej temperaturze i częstszem tętnie. Przeciętna długość trwania zachorzenia wynosi w dotychczasowych przypadkach do 7 miesięcy. Śmierć następuje zwykle skutkiem spraw związanych z zachorzeniem naczyń (pęknięcie większego naczynia, perforacja niedokrwionego odcinka jelit, mocznica). Tylko w $^1/_{12}$ przypadków doszło do klinicznego wyleczenia. Wobec tego rokowanie jest nagół niedobre.

Swoistego leczenia dotąd brak.

Mściwój Semerau (Warszawa).

Zeitschrift für klinische Medizin.
Tom 91. Zeszyt 3—6. 1921.

1. Harry Koenigsfeld. **Badania nad przemianą materji i zmianami we krwi przy naświetlaniu sztucznem słońcem wyżynnem.** Autor badał przemianę materji na sobie i dwóch chorych po naświetlaniach lampą kwarcową Bacha i stwierdził, że działanie podobne jest do działania wysokiego położenia w górach. Mamy wzmożenie ogólnej przemiany materji, bilans z początku ujemny (spadek wagi), wskutek tego wzmożenie apetytu, a następnie podnoszenie się i stanu odżywienia. Zwłaszcza żywszą jest przemiana białkowa. Zmian ilościowych krwinek oraz ilości hemoglobiny nie skonstatowano; po naświetlaniu zwiększa się ilość leukocytów. Leukocytoza opada szybko i po 3—4 dniach dochodzi do normy; eozynofilja utrzymuje się czas dłuższy. Ciśnienie krwi przeważnie zmniejsza się i ciepłota skóry oraz ciepłota mierzona w odbytnicy spada.

2. Ernst Mosler i Gwido Werlich. **Wyniki fizykalnego badania nerwn błędnego w chorobach uważanych za wagotoniczne.** Autorzy badali objawy Czermaka, Ashnera, Erbena oraz niemiarowość oddechową u 50-ciu chorych na choroby uważane za wagotoniczne, jak na chorobę Basedowa, dychawicę oskrzelową, wrzód peptyczny, nieżyt spastyczny okrężnicy itd., przyczem nie skonstatowali, by silna reakcja na jeden ze sposobów pobudzenia nerwu błędnego wykazywała równoległe zwiększenie się takowej przy innych.

3. Fritz Henke. **O skazie krwotocznej w przebiegu zimnicy z przyczynkiem do zagadnienia trombopenji.** Autor opisuje powstawanie osutki plamistej w przebiegu zimnicy na zasadzie 7 przypadków. Osutka występuje najczęściej na kończynach, zwłaszcza dolnych; poza skórnemi krwawieniami mogą takowe występować pod okostną długich kości i w stawach, zwłaszcza kolanowym, śródmięśniowo, oraz w błonach śluzowych żołądka, jelit, w nerkach i płucach. W stadjum krwotocznem znikają płytki krwi, by w czasie rekonwalescencji pojawić się znowu.

4. Hans Werner Wollenberg. **O znaczeniu klinicznem obrazu zmian jądrowych leukocytów.** Autor opiera się w swej pracy na wzorze podanym przez Schillinga (Zeitschr. f. Klin. Medizin, tom 89 z 1920 roku), który dzieli obojętnochłonne leukocyty na: 1. myelocyty, 2. młode leukocyty z dobrze zbudowanemi jądrami w kształcie kiełbasy, 3. pałeczkowate z jądrem w kształcie cienkiego, zakrzywionego pręta, oraz 4. leukocyty z jądrem segmentowanem. Wystarcza obliczenie 200 białych ciałek przy odpowiedniej technice. Przesunięcie obrazu jest ważnym objawem przy wielu chorobach zakaźnych. Stosunek procentowy jest ważniejszy od absolutnych liczb, o ile wahania dzienne są duże. Badanie serjami pozwala na wgląd, w jaki sposób szpik kostny wywiązuje się ze swego zadania w przebiegu procesu zakaźnego.

5. Benno Schilsky. **Wyniki badań klinicznych nad zachowaniem się płytek krwi według teorji ich erytrocytarnego pochodzenia.** Autor uważa teorję Wrighta powstawania płytek krwi z olbrzymich komórek szpiku kostnego za nieudowodnioną. Teorja Schillinga, że płytki są to zmienione jądra krwinek, jest zgodna z klinicznemi badaniami. Autor badał zachowanie się płytek w stanach normalnych (40—60 pro mille, liczby absolutne 200,000—300,000) oraz patologicznych. Choroby można podzielić na przebiegające ze zwiększeniem ilości płytek (*hypererytropoesis*) i na choroby ze zmniejszoną ich ilością (*hypoerytropoesis*). Po utracie krwi np. po porodzie, jednocześnie z reperacyjną hyperglobulją wzmaga się raptownie ilość płytek; każda płytka przedstawia młodą krwinkę; im więcej płytek, tem więcej młodych krwinek. Przy wielu chorobach zakaźnych np. durze brzusznym występuje zmniejszenie się ilości płytek równolegle do przebiegu choroby. Po zastrzyku tuberkuliny zdrowi oraz chorzy z nieczynną gruźlicą reagują spadkiem ilości płytek, a po 24 godzinach następuje zwiększenie się ich liczby. U chorych z czynną gruźlicą spadek trwa dłużej i dopiero po 72 godzinach następuje zwiększenie się ilości płytek.

Badając chorych podejrzanych o gruźlicę, należałoby najpierw zastosować odczyn Pirqueta, a w razie dodatnim badać zachowanie się płytek, by stwierdzić czynność lub nieczynność przebiegającego procesu.

6. Werner Lueg. **Stosunek między dychawicą oskrzelową, a gruźlicą płuc.** Opis 3 przypadków, w których po wystąpieniu objawów dychawicy oskrzelowej proces gruźliczy nieczynny przeszedł w stadjum czynne.

7. H. Braun. **Przyczynek do etjologji krwawej biegunki.** Flexner wyhodował prątek, różniący się serologicznie oraz swem zachowaniem na pożywkach z mannitem i maltozą od

prątka Shiga-Kruse. His i Russel wyosobnili prątek Y. różniący się od poprzednich. Kruse i jego szkoła udowodnili, że zachowanie się w stosunku do pożywki z maltozą jest cechą zmienną i wprowadzili podział na prątki krwawej biegunki i pseudodyzenterji (10 szczepów oznaczanych A...J). H. Braun odrzuca i ten podział, proponując wyosobnienie szczepów 1. Shiga-Kruse, 2. prątków grupy coli od colitis podobnych oraz prątków, które w pierwszych dniach wzrostu łudząco podobne są do grupy coli (E). W drugiej grupie mieściłyby się szczepy A—H, wykluczywszy E; wykazuje ona zmienność odczynu aglutynacyjnego. Ilości odmian serologicznych tej grupy obecnie ustalić nie można.

8. Hermann Full. **Przyczynek do sprawy samoistnego rytmu tętnic, jakoteż do sprawy wymiany płynów między naczyniami a tkankami.** Na zasadzie doświadczeń nad zachowaniem się odcinków tętnic zanurzonych w płynie Locke'a po dodaniu dekstrozy, adrenaliny, chinidyny itd., autor przychodzi do wniosku, że istnieje w ustroju mechanizm powolnego wzmagania się i opadania ciśnienia. Przy wzmaganiu się ciśnienia płyny przechodzą z naczyń do tkanek, przy jego osłabieniu rozrzedza się krew płynem limfatycznym.

9. Ernst Fryderyk Müller. **O imunoterapji nieswoistej grzybic gronkowcowych.** Autor omawia dodatnie wyniki zastrzykiwań aolanu w przypadkach grzybic, wywołanych przez gronkowce. Dr. *A. Stefanowski* (Warszawa).

Wiener Archiv für innere Medizin.

T. II. Zeszyt 2.

Hitzenberger i Richter-Quittner: **Przyczynek do przemiany materji przy hypertonji naczyniowej.** Zarówno przy pierwotnej jak i przy wtórnej hypertonji naczyniowej napotyka się zazwyczaj hyperglikemję. Różni się ona tem od hyperglikemji cukrzycowej, że jest niezależną od czynnika pokarmowego. Polega ona zatem nie na zaburzeniu asymilacji cukru, lecz na trwałej hyperprodukcji cukru. Przy powikłaniu hypertonji naczyniowej z cukrzycą bywa hyperglikemja wyższą, aniżeliby to odpowiadało wydzielaniu cukru. Przy hypertonji naczyniowej często bywa też hyperurikemja. Przy pierwotnej hypertonji nie zachodzi zatrzymanie kwasu moczowego w ustroju, gdyż czynnik zarówno endogeniczny jak egzogeniczny wydzielania kwasu moczowego jest raczej podwyższony, a przy obciążeniu pokarmami purynowemi występuje szybko wzmożenie wydzielania kwasu moczowego. Hyperurikemja różni się zatem zasadniczo od prawdziwej skazy moczanowej. Nie jest rzeczą wykluczoną, że zespół, hypertonja, hyperglikemja i hyperurikemja, polega na spotęgowanem wydzielaniu adrenaliny.

Richter-Quittner: **O rozdziale wapnia między krwinki a osocze oraz w sprawie zachowania się wapnia krwi po karmieniu wapnem.** Oznaczenie wapnia we krwi daje się uskutecznić — zdaniem autorki — tylko w takiej krwi, której krzepliwość zniesiono przy pomocy hirudyny. Dodatek cytrynianu lub szczawianu sodowego sprawia częściowe wypadanie soli wapniowych z krwi, tak iż z osocza otrzymuje się za niskie cyfry. Przy krzepnięciu wypada część soli wapniowych. Krwinki czerwone człowieka, wołu i kota (natomiast nie u gęsi) nie zawierają wapnia ani w prawidłowych, ani w chorobowych warunkach. Przez podawanie wewnętrzne soli wapniowych podwyższa się znacznie ogólna zawartość soli wapniowych we krwi. W tych warunkach wnika wapń do krwinek.

Löwy i Dimmel: **O zakaźnych podrażnieniach szpiku kostnego.** W przebiegu ciężkich, posoczniczych zakażeń występują we krwi stany białaczkowate oraz podobne do niedokrwistości złośliwej, jak również mononukleozy znacznego stopnia. Stan narządów, dokładne badanie krwi i przebieg kliniczny wykluczają białaczkę i niedokrwistość złośliwą. Przez porównanie obrazu krwi u różnych osób można zestawić teoretyczny szereg od septycznej polinukleozy aż do białaczkowatego obrazu krwi. Przyczyną tych zmian krwi, a także mononukleoz, jest konstytucjonalnie różna zdolność oddziaływania narządu krwiotwórczego. W przewlekłej zimnicy znajdują się postacie przejściowe od myeloblastów aż do jednojądrowych, dlatego należy je uważać za pochodzące ze szpiku kostnego.

Leist i Weltmann: **Z patologji wydzielania żołądkowego.** Sondowanie żołądka na czczo za pomocą zgłębnika Einhorna-Bondiego stanowi cenne uzupełnienie innych sposobów badania żołądka. Przy nadmiernej kwaśności żołądkowej uwydatnia ta metoda lepiej niż inne ilość wydzielonego soku i stosunki kwaśności poszczególnych porcji. Tą metodą można lepiej stwierdzić stany bezkwasu i braku soku żołądkowego (*achylia*), przy których pompowanie po śniadaniu próbnem często nie dopisuje. Dodatkowo stosowali autorowie próbę mleczną, obserwując krzepnienie mleka ewentualnie po dodaniu Ca Cl_2 w przypadkach bezkwasu i braku soku. Metodę tę można też stosować tam, gdzie jest przeciwwskazanie do stosowania cewnika żołądkowego. Systematyczne badanie różnych spraw połączonych z obrzękami, wykazało istnienie przytem obniżonej kwaśności lub bezkwasu w żołądku.

Elias: **Stan morfologiczny, jako przyczynek do wyjaśnienia »szmeru Flinta«.** Flint doniósł w r. 1862, że w niektórych przypadkach niedomykalności tętnicy głównej występuje przedskurczowy szmer, jak przy zwężeniach zastawki dwudzielnej, a później anatomicznie zwężenia takiego stwierdzić nie można. Bardzo wielu autorów fakt ten potwierdziło. Wynik sekcyjny w przypadku autora przemawia zatem, że w takich przypadkach przy rozkurczu, krew wracająca z tętnicy głównej wypukla żagiel zastawki dwudzielnej, tak iż ten, zamiast przylegać do ściany serca, sterczy do ujścia żylnego i wywołuje w ten sposób funkcjonalne zwężenie ujścia żylnego lewego.

Rösler: **Obraz krwi i płytek krwi pod wpływem dożylnych wstrzykiwań wapnia.** Pod wpływem wstrzykiwań wapnia następuje przybytek 6—18%-owy leukocytów neutrochłonnych wielojądrzastych kosztem limfocytów, przyczem ogólna liczka leukocytów albo się wcale nie zwiększa, albo nieznacznie. Ta neutrofilja trwa kilka godzin. W płytkach krwi zachodzą zmiany morfologiczne i ilościowe, wskazujące na szybszy ich rozpad. Wraz ze zmniejszaniem się liczby płytek, niekiedy aż do trzeciej części, występowało po wstrzykiwaniach równoległe skracanie się czasu krzepnięcia.

Antonius i Czepa: **O znaczeniu spraw zakaźnych na korzeniach zębów dla powstawania chorób wewnętrznych.** Autorowie wykazują, że przez systematyczne badanie rentgenologiczne na dużym materjale chorych bardzo często stwierdza się zupełnie utajone sprawy zakaźne na korzeniach zębów i twierdzą, że te sprawy wchodzą w rachubę pod względem etjologicznym, podobnie jak przewlekłe zapalenie migdałków przy licznych chorobach wewnętrznych, jak zapalenie nerek, przewlekłe posocznicze zapalenie wsierdzia, gościec stawowy i mięśniowy itp.

Klein: **O zapaleniu wielu nerwów po grypie.** Autor spostrzegał 6 przypadków zapalenia wielu nerwów (*polyneuritis*) po grypie, które pojawiały się średnio w 3 tygodnie po ustaniu ostrych objawów grypy. We wszystkich przypadkach. cierpienie dotyczyło kobiet, w trzech członków tej samej rodziny (babka, matka i córka). We wszystkich stwierdzono samoistne bóle, bolesność uciskową mięśni i pni nerwowych i zaburzenia odruchów. W ciężkich przypadkach zachodziły symetryczne wiotkie porażenia z częściowym odczynem zwyrodnienia. W 3 przypadkach była kombinacja zapalenia nerwów z objawami zapalenia mózgu (*encephalitis*). Leczenie polegało na stosowaniu ciepła, leków napotnych i salicylu — później faradyzacji, galwanizacji i masażu. Chore bardzo dobrze oddziaływały na leczenie. *M. Blassberg* (Kraków).

Gruźlica.

Revue de la Tuberculose.

Serja III. T. II. Nr. 1 1921.

F. Bezançon i S. J. de Jong. **Postacie kliniczne, patogeneza i leczenie krwiopluć gruźliczych.** Autorzy odróżniają: 1. krwioplucia, tak zwane początkowe: a) krwioplucia bez dalszego rozwoju sprawy chorobowej; są one jedynym przejawem gruźlicy skrytej dotychczas, która i nadal klinicznie taką pozostaje. b) krwioplucia ostrzegawcze; zjawiają się wraz z postępem sprawy chorobowej w przebiegu różnych postaci gruźlicy płuc. 2. krwioplucia rzadkie w przebiegu gruźlicy rozpadowej. 3. krwioplucia powtarzające się. A) po-

stacie krwotoczne, o długich przerwach: a) powtarzające się bez postępu choroby w przerwach między krwiopluciami, b) zjawiające się wraz z postępem sprawy chorobowej. B) Postacie w przebiegu gruźlicy włóknisto-serowatej u ludzi o ustroju łatwo pobudliwym. 4. krwoplucia w przebiegu gruźlicy ostrawej krwotocznej. 5. krwoplucia u ludzi dotkniętych postacią jamistą gruźlicy płuc. Momentami, sprzyjającymi powstawaniu krwopluć, są zakażenia dwoinkami, wpływ toksyn, powstających przy postępie sprawy chorobowej, czasami wzmożone ciśnienie przed samem krwopluciem, warunki meteorologiczne, klimatyczne, pewne warunki fizjologiczne (obfite odżywianie, stosunki płciowe).

Autorzy zapatrują się sceptycznie na wszystkie prawie środki farmaceutyczne. Pewne znaczenie przypisują naparstnicy, ipece, żelatynie i pituitrynie, która wzmaga ciśnienie krwi ogólne, a jednocześnie zmniejsza je w obrębie tętnicy płucnej oraz zwiększa krzepliwość krwi.

R. Burnand. **Gruźlica skryta. Stan zakażenia gruźliczego przewlekły.** Ze zbyt obszernego pojęcia gruźlicy skrytej wyodrębnia osobną postać, której głównymi objawami są: 1) Stan podgorączkowy, który trwa przez miesiące i nawet lata. 2) Stan przewlekłego niedomagania. 3) Obciążenie dziedziczne i odpowiednia budowa. 4) Długotrwała skrytość cierpienia, jego nieuchwytność. Często nie możemy wykryć żadnych zmian w płucach i innych narządach. Roentgen najczęściej też nic nie wykrywa. Czasami chory miewa bóle w piersiach, w krzyżu, cierpi na bezsenność, miewa bóle głowy, dolegliwości żołądkowe. Kobiety miewają nieprawidłowości w miesiączkowaniu. Autor przypuszcza, że cierpienie opisywane, jest raczej charakteru zapalnego, niż wytwórczego o przebiegu łagodnym, wywołanym przez laseczniki o małej zjadliwości. Autor nie widział ani jednego zgonu, ale nie widział również zupełnego wyleczenia. Jako środki lecznicze radzi helioterapję, tuberkulinę i pobyt na wsi.

F. Dumarest i F. Parodi. **Kilka uwag co do morfologji i fizjologji patologicznej śródbłonka opłucnowego.**

Bernard i Debre: **Dziecko zakażone gruźlicą w pierwszych dniach życia, którego cierpienie pozostawało skrytem aż do śmierci.** Dziecko matki gruźliczej, które przebywało z matką tylko w przeciągu pierwszych 6 dni życia jedynie podczas karmienia. W 5-tym mięsiącu życia nagle zmarło. Badanie pośmiertne wykryło gruźlicę płuc; zmiany gruźlicze w wątrobie i gruczołach oskrzelowych.

I. Rieux i A Bass. **Odczyn wiązania dopełniacza a gruźlica.** Jest to odczyn swoisty, dodatni prawie we wszystkich przypadkach gruźlicy płuc, ujemny przy braku gruźlicy. W przypadkach klinicznie wątpliwych wynik dodatni tego odczynu przemawia za gruźlicą.

Corone. **Postacie laseczników kwasoodporne, znalezione w plwocinach i tkankach płucnych dwóch chorych. Spostrzegania i badania pośmiertne.**

E. Fernbach i G. Rullier. **Działanie soku żołądkowego sztucznego i oddzielnych jego części na laseczniki gruźlicze wzięte z hodowli.**

M. Hervé. **Ciąża i odma piersiowa sztuczna.** Trzy przypadki chorych, u których podczas ciąży prawie do samego rozwiązania podtrzymywano założoną dawniej odmę piersiową sztuczną. Wszystkie chore znakomicie zniosły ciążę i urodziły zdrowe dzieci; po roku matki i dzieci czują się dobrze.

A. Tennenbaum (Łódź).

Położnictwo.

Surgery, Gynaecology i Obstetries.

Tom XXXII.

George L. Brodhead i Edwin C. Langrock. **Łożysko przodujące; omówienie stu przypadków.** Rzecz opracowana jest statystycznie; podajemy tu tylko główne liczby. Ze 100 chorych, 78 było wieloródkami, 17 pierwiastkami (w 5 przypadkach nie podano tego szczegółu). Łożysko przodujące brzeżnie widziano 58 razy, całkowicie 25 razy, bocznie (częściowo) 12 razy. Kobiet zmarło po porodzie 9, z tych jedna na gruźlicę, jedna na posocznicę, inne z powodu skrwawienia się. We wszystkich tych przypadkach stosowano przy porodzie obrót na nóżkę. Dzieci urodziło się nieżywo 66. Od tej dużej liczby odciąga jednak autor 39 przypadków, w których albo dzieci były już nieżywe przed rozpoczęciem leczenia, albo tak niedonoszone, że uratowanie ich, nawet gdyby matki nie miały były łożyska przodującego, było mało prawdopodobne. W ten sposób otrzymuje autor 27% śmiertelności płodów. Jest to śmiertelność nieznaczna, bo wszakżeż dzieci te rodziły się przeważnie w położeniu miednicowem, wywołującem i bez przodującego łożyska 15 do 20% śmiertelności dzieci.

Co do wyboru sposobu leczniczego, to autor sądzi, że w przeważnej części przypadków obrót na nóżki jest sposobem najlepszym; przy zbyt wąskiem ujściu stosować należy przedtem balon gumowy (metreurynter). Wspomina też o przerwaniu błon, potępia ostro ręczne forsowne rozszerzenie szyjki i wypowiada przekonanie, że cięcie cesarskie powinno być stosowane częściej. Przedewszystkiem nadają się do cięcia cesarskiego pierwiastki, bliskie kresu ciąży z wąską szyją i te skrwawione wieloródki, które dla dobra dziecka dobrowolnie zabieg ten wybiorą.

Samuel H. Geist. **Rozpoznanie i leczenie nabłoniaka kosmówkowego.** Geist nie uznaje jednolitego typu nabłoniaka kosmówkowego, podobnie jak Ewing; podział jego, a szczególnie nomenklatura, są jednak od Ewing'owskiej odmienne. Geist sądzi, że rozróżniać tu należy dwa typy nowotworów i jeden stan, dający się zaliczyć raczej do przerostów, niż do nowotworów. W grupie nowotworów odróżnić należy typowe »*chorio-epithelioma*«, któremu Geist daje nazwę »*chorio-carcinoma*« od atypowego, które nazywa »*syncytioma*«. Pomiędzy temi dwoma rodzajami nowotworów istnieją liczne przejścia. Poza grupą nowotworów umieścić należy t. zw. «*hyperplasia syncytialis*», stan, który tłómaczyć należy, jako nadmierny odczyn tkanek na ciążę. (Geist ma tu na myśli zjawianie się *syncytium* w warstwie mięsnej macicznej, zjawisko raczej prawidłowe). Rozpoznanie drobnowidowe z wyskrobin jest bardzo trudne, chyba, że przypadek jest niezwykle wybitny. W związku z tem i rokowanie jest niepewne, jeśli opiera się na takiem badaniu drodnowidowem. Operować należy, zdaniem Geista, tylko w przypadkach „*choriocarcinoma*«, natomiast tam, gdzie rozpoznaje się »*syncytioma*“, należy wyczekiwać. Tylko ciężki przebieg kliniczny usprawiedliwia w przypadkach »*syncytioma*« operację. Operować należy przez brzuch, nie przez pochwę. Usunięcie macicy, jeśli na czas wykonane, daje dobre wyniki w „*choriocarcinoma*“, niezawodne zaś w »*syncytioma*«, które nie tworzy przerzutów.

Henry M. Ray. **O pierwotnej ciąży jajnikowej i pierwotnej ciąży brzusznej.** Ray opisuje jeden przypadek niewątpliwej wczesnej ciąży jajnikowej i jeden przypadek niewątpliwej pierwotnej ciąży brzusznej, oraz omawia możność zagnieżdżenia się zapłodnionego jajka w pęcherzyku Graafa, względnie w ciałku żółtem, lub na otrzewnie. Polemizuje przytem z autorami, którzy sądzą, że jajko nie może się zagnieździć tam, gdzie niema tkanki doczesnej. Zdaniem Ray'a doczesna, a raczej wytworzenie się komórek doczesnej w tkance łącznej, w niczem nie ułatwia zagnieżdżenia się, które się odbywa czynnie bez udziału doczesnej. Doczesna jest raczej objawem odczynu, wywołanego przez ciążę i powstaje na szerokiej przestrzeni, i to nietylko w miednicy małej, ale, zdaniem Ray'a, nawet w klatce piersiowej. Także w wyrostku robakowatym, usuniętym podczas ciąży, znalazł autor zmiany doczesnowe w tkance łącznej.

Pomiędzy przypadkami pierwotnej ciąży brzusznej nie uwzględnia Ray przypadków Czyżewicza i referenta.

A. Goldspohn. (Chicago). **Leczenie częściowego i całkowitego pęknięcia krocza.** Autor omawia i tłómaczy rysunkami budowę trzech warstw mięśniowych kobiecego sromu i krocza. Zgodnie z powszechnie przyjętem zapatrywaniem sądzi autor, że zbliżenie do siebie oddalonych brzegów mięśnia dźwigacza odbytu (*m. levator ani*) i to tuż ponad odbytnicą, jest niezbędne, jeśli nowo wytworzone ma stanowić silną podporę i uchronić kobietę przed wysuwaniem się pochwy i macicy na zewnątrz. Do mięśnia dźwigacza dochodzi w ten sposób, że cięcie prowadzi poprzecznie na granicy tylnej ściany pochwy i krocza i podnosząc w górę płat tylnej ściany pochwy preparuje tkanki przeważnie na tępo, aż do

miejsca, gdzie czuje brzegi mięśnia dźwigacza. Mięśnia tego nie wypreparowuje z otaczającej go z obu stron powięzi, sądząc słusznie, że to osłabićby musiało czynność mięśnia, który razem ze swojemi powięziami stanowi całość anatomiczną i fizjologiczną. Odsuwając przednią ścianę kiszki ku tyłowi palcem i chroniąc ją w ten sposób przed okaleczeniem, zeszywa autor dwoma szwami mięśnie ze sobą. Kończy operację przez założenie dalszych szwów bez wycięcia jakichkolwiek tkanek.

Tom XXIII.

Arthur I. Nyulasy. **O aparacie utrzymującym macicę w prawidłowem położeniu.** Główną i najważniejszą podporą macicy, chroniącą ją przed obniżeniem i wypadnięciem, są t. zw. *„ligamenta cardinalia“*, inaczej *„ligamenta transversa cervicis“*. Są to pęczki jędrnej, włóknistej tkanki łącznej i mięśni, rozpinające się na poprzek od szyji macicznej na wysokości ujścia wewnętrznego aż do brzegów miednicy. (Autor przyjmuje nazwę *„lig. cardinalia“*, mylnie sądząc, że przymiotnik oznacza ich ważność, gdy tymczasem pochodzi on od *„cardo“* zawiasa i tłómaczony być powinien »więzadło zawiasowe«). Obok tego więzadła ważną rolę odgrywają więzadła maciczno-krzyżowe. Mięsna podstawa miednicy razem z mięśniem dźwigaczem odbytu odgrywać mają rolę dodatkową. Autor opisuje szczegółowo historję rozwoju i anatomię więzadła zawiasowego i podaje operację, mającą na celu przywrócenie jego jędrności w przypadkach obniżenia macicy. Operacja polega na otwarciu jamy brzusznej, przecięciu otrzewnej w zagłębieniu pęcherzowo-macicznem, odpreparowaniu pęcherza od szyjki macicznej i pochwy i uwidocznieniu w ten sposób więzadła. Włókna tego więzadła należy oddzielić od tylnej blaszki więzadła szerokiego, przeprowadzić poza więzadło zawiasowe nitkę i pociągnąć ją ku przodowi. Tak wypuklone ku przodowi miejsce więzadła oddalone na kilka centimetrów od brzegu szyjki macicznej, należy przyszyć do tego brzegu, skracając w ten sposób rozciągnięte włókna więzadła. W podobny sposób skraca się więzadło krzyżowo-maciczne. Wyniki nawet odległe (8 lat) mają być doskonałe.

A. Rosner (Kraków).

Dermatologja.

Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie. Nr. 7. 1921.

G. Thibierge i R. Rabut. **Pęcherzyca nawrotowa z torbielkami przyskórkowemi.** Przypadek dotyczy dziewczyny 19-letniej. Choroba trwa od urodzenia, a objawia się występowaniem pęcherzy różnej wielkości, i to okresowo, na miejscach narażonych na drażnienie i ucisk. Paznokcie palców rąk, bądź to zniekształcone i zanikłe, bądź też zastąpione przez blizny. Na skórze owłosionej głowy liczne blizny, tak jak po strupniu woszczynowatym; włosy tylko na brzegu utrzymane. W okolicy stawu nadgarstkowego ręki prawej od strony dłoniowej drobne torbielki przyskórkowe. Znamion kiły wrodzonej, ani też wybitniejszych cech zaburzeń wewnętrznego wydzielania nie stwierdza się. Odczyn Wassermanna ujemny. Przypadek ten jest podobny do przypadku przedstawionego w r. 1919, przez Hudelo i Montlaur, tylko, że tam kiła wrodzona była pewną i były objawy ze strony gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu.

W dyskusji: Leredde żąda zbadania płynu mózgowo-rdzeniowego, bo badanie to mogłoby wykazać związek z kiłą.

Hudelo przedstawia jako uzupełnienie dwa takie same przypadki, dotyczące brata i siostry zrodzonych z ojca, dotkniętego tem samem cierpieniem. Tylko u chłopca odczyn Wassermanna jest słabo dodatni. Niema tu zboczeń w wewnętrznem wydzielaniu. Leczenie przeciwkiłowe i organoterapia są dotąd bez skutkn

Jeanselme, Burnier i Joannon. **Przypadek wrodzonej pęcherzycy z torbielkami przyskórkowemi, powtarzający się dziedzicznie w rodzinie.** Przypadek niemal identyczny z wyżej przytoczonym, różny o tyle, że blizny po pęcherzach występujących okresowo i od urodzenia w miejscach narażonych na ucisk lub tarcie, nie wszędzie wyglądają jednakowo. Są blizny starsze (na brzuchu) przeważnie białe, lśniące, zanikowe i blizny świeże czerwone, lub czerwono sine na łokciach, kolanach, grzbiecie rąk itp. W tych bliznach na rękach widoczne grupy torbieli przyskórkowych podobne do *milium*. Na dłoniach wyraźna keratodermja. Paznokcie bądź to zmienione, ścieńczałe, bruzdkowane i niedokształcone, bądź też zupełnie zniszczone. Odczyn Wassermanna ujemny. Nieznaczne zmiany w składzie krwi. Na uwagę zasługuje dziedziczność i wielokrotność przypadków w rodzeństwie. Załączona tablica genealogiczna wykazuje, że chorobą tą dotknięte były 4 pokolenia z rzędu i to ze strony ojca, a tradycja rodzinna wspomina o 7-miu lub 8-miu pokoleniach, tą samą chorobą obarczonych. Małżeństw w blizkiem pokrewieństwie nie było.

Thibierge i Hufnagel. **Nabłoniak w wielkiej plamie w okolicy krzyżowej naśladujący chorobę Pageta.** Opis przypadku nabłoniaka w okolicy lędźwiowo-krzyżowej, który klinicznie miał wiele podobieństwa do choroby Pageta. Badanie drobnowidowe wykazało, że w danym przypadku chodziło o *epithelioma basocellulare*.

W dyskusji zwraca uwagę Civatte, że przypadek ten należy zaliczyć do rzędu tych, które Darier nazwał *epithelioma-pagetoide*. Darier zapytuje czy w danym przypadku ognisko chorobowe powstało ze zlania się ognisk drobniejszych, jak przyjmują autorowie, bo tak nie przebiega ani choroba Pageta, ani *epithelioma*, podnosi przy tem, że choroba Pageta, obok zwykłego jej usadowienia w okolicy sutka napotyka się i na częściach rodnych, na kroczu i pośladkach. Przypadek przez autorów przedstawiony, jest oporny na leczenie roentgenowskie.

Civatte i Pierre Charpy. **Przypadek botryomycosis wargi dolnej, wyleczony promieniami pozafioletowemi.** Opis przypadku, w którym autorzy rozpoznawali początkowo naczyniaka wargi i leczyli ognisko chorobowe elektrolizą i promieniami Röntgena bez skutku. Badanie histologiczne wyciętej cząstki skłoniło do zmiany rozpoznania. Zastosowano leczenie lampą kwarcową i uzyskano zupełne wyleczenie. Autorowie sądzą, że tego sposobu leczenia dotąd nikt nie stosował i że sposób ten ma pewną wyższość nad stosowanem zwykle leczeniem chirurgicznem, po którem zdaniem ich, bywają częste nawroty. Pracę uzupełnia szczegółowy opis techniki naświetlania.

W dyskusji podnosi Darier, że w danym przypadku posługiwano się także rentgenizacją, trzeba ostrożnie oceniać wynik leczniczy. Leczenie chirurgiczne jest pewne, o ile zmiany usuwa się cięciem głębokiem. Thibierge uważa leczenie chirurgiczne za niepewne. Częste nawroty zmuszają do ponownych zabiegów.

G. Thibierge i Hufnagel. **Rumień plamisty zanikowo-twardzinowy.** Pod tą nazwą opisują autorowie przypadek z piśmiennictwa dotąd im nieznany, a charakteryzujący się licznemi plamami. rozsianemi na tułowiu, kończynach, a częściowo i twarzy. Jeden rodzaj plam ma wybitne cechy zaniku skóry, drugi zbitością i wejrzeniem odpowiada twardzinie skóry i ten drugi rodzaj plam należy do wykwitów starszych. Powstanie obu rodzajów plam poprzedza rumień. Nie można tu myśleć ani o zwykłej twardzinie, ani o *erythromelji* ze względu na porządek, w jakim plamy występują. Świeże okazują cechy zaniku, starsze cechy twardzinowe. Przyczyna choroby nieznana, nazwa narazie jest czysto opisową.

Milian, Thibaut i Périn. **Wykwity kiłowe plamicowo-zanikowe.** Opis przypadku kiły, w którym zmiany kiłowe trzeciorzędne przedstawiały się bądź to w postaci wybroczyn o charakterze plamicy, bądź w postaci zaniku skóry, ale zaniku powstałego skutkiem wessania nacieku. Do opisu klinicznego dołączają autorowie szczegółowy opis histologiczny zmian, dowodzący niewątpliwie, że przyczyną zmian jest kiła. Zmiany zanikowe w kile drugorzędnej są znane, natomiast w kile trzeciorzędnej, zdaniem autorów, zmian podobnych dotąd nie opisywano.

Sabourand. **W sprawie leczenia figówki ropiejącej dożylnemi wstrzykiwaniami płynu Grama.** S. zauważa, że trzeba w przypadku ogłoszonym przez Ravaut *(Ann. de Dermat. 1921 Nr. 5)*. uwzględnić czas trwania sprawy chorobowej i sposób leczenia. W przypadkach przeciętnych okres 4 mie-

sięczny wystarcza do wyleczenia przy użyciu jakichkolwiek stosowanych dotąd sposobów. W przypadku Ravaut doza epilacyjna promieni Roentgena była niewystarczająca, naświetlanie nie było robione równocześnie na obu policzkach, co jest błędem. Przetwory jodowe mogą dać wyniki korzystne przy stosowaniu ich wewnętrznem, niekoniecznie drogą wśródżylną. Zdaje się, że działają tu raczej sole jodowe (jodek potasu), niż jod czysty. Nadają się do leczenia głównie postacie ropne, z wyraźnym odczynem zapalnym. Stosowanie dożylne jodu w jodku potasu wydaje się być usasadnione, należy się zatem posługiwać niem, ale dobierając odpowiednie przypadki.

W dyskusji: Milian widział lepsze wyniki po pędzlowaniu nalewką jodową nierozcieńczoną; rozcieńczona zadrażnia ogniska chorobowe. Sabourand przeciwnie zadrażnienia odnosi do nalewki nierozcieńczonej. Simon zaznacza, że od r. 1917 popiera usiłowania dożylnego stosowania jodu w jodku potasu i wita nową metodę z zadowoleniem.

Andrain i Malouvrier **Przypadek kiły rodzinnej.** Kobieta 43-letnia ma wybitne oznaki kiły wrodzonej i objawy wiądu rdzenia. Odczyn Wassermanna +++ Mąż zmarł na porażenie postępujące. Chora rodziła 7 razy. Troje pierwszych dzieci żyje. Potem trzy poronienia lub porody przedwczesne. Ostatnie dziecko zmarło w 2 dni po urodzeniu. U dwojga żyjących dzieci w wieku 20 i 17 lat odczyn Wassermanna wybitnie dodatni i cechy kiły wrodzonej. Przypadek ten ma służyć za przykład kiły rodzinnej, przez dłuższy czas rodzinie nieznanej. Leczenie chorej salwarsanem wywołało wybitne zaostrzenie bólów, co autor uważa za objaw Herxheimera, dosyć charakterystyczny dla sprawy kiłowej, choćby chodziło o kiłę wrodzoną z późnemi objawami. Zaostrzenie bólów zniechęca często chorych do dalszego leczenia, to też w **dyskusji** radzi Leredde uprzedzać chorych o początkowem zaostrzeniu, a leczenie przeprowadzać konsekwentnie tak, jak w kile świeżej.

Desaux, Bauxis-Lagrave, Boutelier i Barbier. **Acetonurja w przebiegu erytrodermji łuszczących się poarszenikowych.** Autorowie badali 8 przypadków osutek skórnych, występujących po zastosowaniu salwarsanu lub związków od niego pochodnych i zadali sobie pytanie, czy objawy zatrucia, napotykane na skórze, najczęściej w postaci zaczerwienienia obrzęku i następowego łuszczenia, nie stoją w związku z zaburzeniami czynności wątroby, i to głównie jej czynności proteolitycznej. Badania krwi i moczu wykazały: 1) w moczu bardzo znaczne zwiększenie się związków ketonowych, bo aż do ilości 550 mgr. na dobę (w przeciwieństwie do ilości prawidłowych 5—80 mgr.). 2) wybitną acetonemją. — Czy ta zwiększona kwaśność krwi i moczu towarzysząca objawom na skórze, nie jest przyczyną osutek skórnych, autorowie nie chcą rozstrzygać, stwierdzają tylko fakty.

W dyskusji zaznacza Milian, że on sam już dawniej zwracał uwagę na to, iż przyczyną zatruć arseno-benzolowych jest zwiększona kwaśność krwi. Intolerancja na arseno-benzol pozostaje w odwrotnym stosunku do zasadowości krwi.

Barthélemy i Bruant. **Przypadek kiły neuro-dermozwrotnej.** Zakażenie kiłowe przed laty 30. W pierwszym roku częste nawroty zmian na błonach śluzowych ust i odbytnicy. W 10 lat po zakażeniu zanik nerwu wzrokowego obustronny, poczem zupełna ślepota. W 12 lat bóle przeszywające i przełomy żołądkowe. W 18 lat bóle wiądowe w stawie kolanowym. Przed 6 miesiącami (a więc przeszło 29 lat po zakażeniu) dwa kilaki na podniebieniu twardem, po nich głębokie owrzodzenia. Przed 2 miesiącami porażenie połowicze. Obecnie zmienione odruchy, bezład, zaburzenia w czuciu i oddawaniu moczu. Odczyn Wassermanna dodatni. Chory nie leczył się nigdy przedtem ani rtęcią, ani arsenem. Przypadek ten jest znamiennym przykładem kiły, nagabującej nerwy i skórę zarazem.

Na zapytanie C. Simona, czy przebicie podniebienia poprzedzało okres kilakowy i czy nie chodzi w danym przypadku o *malum perforans*, odpowiada B., że okresy przedwstępne kilakowe widział, a przytem nie ma tu wypadania zębów, które zwykle towarzyszy *malum perforans*.

E. Pringault i P. Vigne. **Przypadek sporotrichozy u szczura.** Do opisanych dotychczas przypadków sporotrichozy zwierzęcej dodają autorowie nowy, spostrzegany u szczura, a różny o tyle od opisanych dotąd, że zmiany chorobowe nie dotyczyły skóry, stawów i gruczołów chłonnych, a rozsiane były we wszystkich niemal narządach wewnętrznych pod postacią drobnych guzków, zbliżonych do gruzełków gruźliczych. Hodowle wykazały jedną z odmian *sporotrichum Beurmanni*. Autorowie sądzą, że chore zwierzęta (psy, konie, muły, koty, szczury) rozsiewają zarodniki po polach i łąkach i tam tworzą nowe źródła zarażenia.

J. Montpellier i M. Beraud. **La filario-reaction chez les sujets atteins de »Galefilarienne« (Onchocercose dermique).**

J. Montpellier, Gouillon i A. Lacroix. **Guzek grzybicy madurskiej na ramieniu; wszczepienie cierniem.** Opis przypadku z podaniem wyniku badań histologicznych i serologicznych, z których wynika, że chodzi o rzadką odmianę grzybicy madurskiej, zaszczepionej cierniem, a rozwijającej się bardze wolno. *Lenartowicz*, (Kraków).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach polskich:

Rozprawy Akademji Nauk Lekarskich: K. Orzechowski. O składniku porażnym zaburzenia myotonicznego. F. Krzyształowicz. Uwagi o schorzeniach pęcherzowych skóry. S. Dąbrowski i S. Kozłowski. O wyjałowianiu się jelit podczas głodu. S. Przyłęcki. Wymiana wody i soli u płazów.

Gazeta lekarska Nr. 15. K. Noiszewski. Zaćma kurczowa (*Cataracta spastica*). — W. H. Melanowski. Kilka uwag w sprawie racjonalnego objaśnienia zjawisk skiaskopji. — A. Maciesza. Rozpowszechnienie jaglicy w Płockiem i konieczne środki zaradcze przeciw tej klęsce wogóle. — M. Starorypińska-Lewenstam. Przyczynki do czerniaków pierwotnych oka. — J. Ruszkowski. Uwaga krytyczna do pracy prof. A. Cangego: Ostre zapalenie szpiku kostnego małych skrzydeł kości klinowej. — W. Arkin. O uczuleniu w chorobach ocznych. W. H. Melanowski. Zapalenie siatkówki nerkowe.

Nowiny lekarskie Nr. 12. W. Jezierski. Nowa metoda badania funkcji serca. — Rondouly. Choroby symulowane.

Lekarz wojskowy Nr. 46. Owczarewicz. O działaniu chloropikryny na wesz odzieżową. — M. Likiernik. Operacja gradówki. Nr. 47. B. Żakliński. Teorja odcinków, a zadania oficera korpusu sanitarnego. D. Nisenson. Trzeci przyczynek do statystyki chorób zakaźnych w m. st Warszawie w okresie siedmioletniej wojny europejskiej. Nr. 48. M. Dobulewicz. Luxatio centralis femoris traumatica. — J. Danielski. O alkoholizmie i jego zwalczaniu w wojsku.

Książki: Tadeusz Browicz. Szkice anatomiczno-patologiczne. Nakładem Akademji Nauk Lekarskich 1921. — Roman Nitsch. Surowice i szczepionki. Nakładem kasy Mianowskiego.

B. Piśmiennictwo francuskie.

(za październik 1921, — zupełne C. d.)

Gérard (A.), — Traitement de la Tuberculose en clientèle par le vaccin B de Bossan. In-8 (16,5×25), 128 p. 7 fr.

Gibert (Dr. Louis). — L'Anesthésie régionale en stomatologie. In-8 (16,5×25,5), 72 p. avec 16 fig. 5 fr.

Gilbert et Weinberg. Traité du sang. 2 vol. in-8 (16,5×25), 1 400 p. avec fig. et pl. coloriées. 80 fr.

Hall (H. C.) — La Dégénérescence hépato-lenticulaire. Maladie de Wilson. Pseudo-sclérose. In-8 (15,5×23,3), 362 p., 45 fig. 25. fr.

Lavier (G.). — Les Parasites des invertébrés hématophages. Parasites qui leur vout propres Parasites qu'ils transmettent aux vertébrés. In-8 (16,5×25), 217 p. 15 fr.

C. Piśmiennictwo niemieckie.

Poehlmann Aug. **Die Technik der Wassermannschen und d. Sachs-Georgi-Reaction.** München 1921 (106 stron) 8⁰. 9.60.

Pönitz K. **Die klinische Neuorientierung zum Hysterieproblem unter d. Einflusse d. Kriegserfahrungen.** Berlin. 1921. (IV. 72 stron) 4⁰. 24. —

Schäffer Jean. **Die Therapie der Haut u. venerischen Krankheiten.** 5. Aufl. Berlin. 1921 (XVI 485 stron) 8⁰. 45. —

Scherb R. **Die Analyse d. Hüftgelenkbewegungen am Lebenden.** Stuttgart. 1921. (117 stron) 4⁰. 30. —

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 21 października 1921 r. Przewodniczy kol Nowicki. Obecnych 75.

Przewodniczący zawiadamia kolegów o terminie zapisywania pism francuskich wydawnictwa Massona w Paryżu, dzię-

kuje w imieniu członków Twa kol. Nowickiemu i całemu komitetowi redakcyjnemu za pomyślne doprowadzenie do skutku wydawnictwa „Polskiego Czasopisma Lekarskiego".

1. Kol. H. Sochański (autoreferat) przedstawia: a) przypadek twardziny skóry u kobiety 22-letniej: Choroba trwa od 5-ciu lat. Zrazu zauważyła chora cierpnienie i drętwienie w palcach rąk i nóg, sinawe ich zabarwienie, oraz bóle w stawach, od roku zaś (2 lata po przebyciu duru brzusznego) pojawiły się zmiany w skórze, pod postacią znacznego jej stwardnienia i wyraźnego zbrunatnienia. Mowca przychodzi do wniosku, że w przedstawionym przypadku ma do czynienia z następstwami „dyshormonii", ze szczególnym udziałem tarczycy (dysfunkcja) i układu chromochłonnego (hypofunkcja). Leczenie fibrolizyną nie dało wyników; po adrenalinie zaznaczała się tylko chwilowa poprawa; obecnie, w myśl Hammera, stosuje się energiczne naświetlania promieniami Roentgena grasicy w nadziei, że przez wpływ na nią będzie można uzyskać poprawę czynności tarczycy i układu chromochłonnego, a stąd zadziałać leczniczo na zmiany w skórze i inne zaburzenia stwierdzone w ustroju chorej b) Przypadek konstytucjonalnej otyłości u osoby 17-letniej. Choroba trwa lat 15. Chora mimo prawie normalny wzrost waży aż 85.8 kg. Chorą leczono dotychczas w klinice wstrzykiwaniami podskórnemi wyciągów z tylnego płatu przysadki i uzyskano pewien spadek wagi ciała. Obecnie zażywa thyreogen. W dyskusji kol. Parnas zapytuje o zachowanie się cukru we krwi w podobnych przypadkach.

2. Kol. Meisels przedstawia chorą która przed 4 miesiącami zgłosiła się z okazałym guzem pod pachą prawą, w którym histologicznie stwierdzono mięsaka chłonnego. Chirurgowie uznali ten guz za nienadający się już do operacji. Po przeprowadzeniu leczenia roentgenowskiego guz zmalał poniżej 1,6 swej pierwotnej wielkości. Mimo to w pasze po stronie przeciwnej wystąpiły guzki, zdaje się natury przerzutowej. Mówca przytacza statystykę 2 klinik, w Erlangen i Tübingen, według których ponad 50% przypadków tego mięsaka ustępuje zupełnie w leczeniu promieniami Roentgena. Kol. Schramm zauważa, że *lymphosarcoma* jest znany jako najpodatniejszy do leczenia naświetleniami, jakkolwiek odsetek nawrotów jest duży. Przy sposobności przypomina, że w lwowskich instytutach medycznych niema ani jednego sprawnie działającego aparatu Roentgena, mimo iż Warszawa posiada je w znacznym nadmiarze. Powierza tedy zarządowi Twa myśl wystosowania odpowiedniego apelu do M. W. R. i O. P.

3. Kol Seidler przedstawia preparat macicy, w której w ciągu trzech tygodni rozwinął się z zaśniadu groniastego złośliwy nabłoniak kosmówkowy. Przypadek ten dostarcza oparcia tym z położników, którzy nawoływują do natychmiastowego usunięcia macicy, z chwilą stwierdzenia obecności zaśniadu.

4. Kol. Gröer wygłasza odczyt p. t. „Z dziedziny najnowszych badań nad odrą". (Rzecz ukaże się w druku, jako sprawozdanie poglądowe.

A. Zakrzewski, sekr.

Towarzystwo lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie naukowe z dnia 16 listopada 1921.

I. Kol. Kummach 1) Przedstawia chorego po wycięciu połowy żołądka (pokaz preparatu). Chory lat 68, cierpi od dwóch lat, wychudł, wymiotnje. Rozpoznano raka wątroby. Operacja pod znieczuleniem miejscowem (powłok metodą Finsterera, nerw. trzewiowych metodą Brauna). Operacja potwierdziła rozpoznanie; znaczne zmiany były wskazaniem do wycięcia, które pomimo podeszłego wieku chory zniósł doskonale. Zagojenie przez rychłozrost Wszelkie objawy chorobowe ustąpiły;

2) przedstawia chorego po wycięciu stercza (pokaz preparatu). Chory lat 66. Przerost stercza, obfite krwotoki. Krjoskopja krwi 0,66 (niedomoga czynnościowa nerek). Cewnika „na stałe" nie znosi. Operacja wykonana dwuczasowo. D. I IX. w znieczuleniu miejscowem założenie przetoki pęcherzowej (*sectio alta*). Krwawienie ustało po trzech dniach. Do 13 IX seton, mocz czysty, krjoskopja 0,58. Tego dnia w znieczuleniu parasakralnem, usunięcie stercza sposobem Freyera. 8 X chory wychodzi ze szpitala. Obecnie mocz czysty, oddaje bez trudności, zwieracz pęcherza działa sprawnie, stan ogólny dobry;

3) przedstawia wyrostek robaczkowy zawierający cztery kamienie kałowe. Przed 2 i pół miesiącami nacięcie ropnia, obecnie usunięcie na zimno wyrostka.

II. Kol. Goldberg wygłasza referat: Stan obecny leczenia promieniami Roentgena. (Streszczenia nie dostarczono)

Dyskusja: Kol. Sterling nie rozumie, jak można jednym i tym samym czynnikiem zadziałać leczniczo na ognisko chorobowe złożone z tak różnych tkanek, jak to się dzieje w gruźlicy, gdzie obok siebie mamy sprawy wytwórcze i sprawy wysiękowe. Lecząc gruźlicę, możemy dążyć jedynie do pobudzenia rozrostu tkanki łącznej, by otoczyła ognisko, a wcale nie do rozmiękczenia i zniszczenia samych tkanek gruźliczych W przypadkach białaczki widywał poprawę, w przypadkach nowotworów śródpiersia żadnej lub zaledwie od rozmiękczenia guza, więc przemijającą.

Kol. Sonnenberg. Zarówno w syfilidologji, jak i w roentgenoterapji stosują obecnie dawki wielkie W leczeniu roentgenem najradykalniejsi są ginekolodzy, którzy usiłują zastąpić tą metodą operacje krwawe O-tatnio jednak właśnie stosowaniu zbyt mocnych dawek przypisują nawroty cierpienia leczonego; upatrują wartość tego leczenia nie w zniszczeniu tkanki chorej, lecz w pobudzaniu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem i pobudzaniu rozrostu tkanki łącznej. Kol. Maybaum. W przypadku białaczki szpikowej, leczonej promieniami R., ilość Hb. wzrosła z 50% do 82%, liczba czerwonych ciałek krwi z 2.830 000 do 4.410.000, a białych ciałek zeszła z 326.000 do 23.700. Poprawa stanu ogólnego, zmniejszenie się śledziony. W tym okresie nastąpiła śmierć nagła (krwiotok mózgu?). Kol. Kryszek wspomina o nowych poglądach na działanie energji promienistej, sprowadza się ona bądź do pierwotnego podrażnienia komórek, bądź do rozpadu ciał białkowych. Z tego stanowiska powinno się rozpatrywać dyskutowaną sprawę skutków głębokiego naświetlania. Kol. Goldberg w odpowiedzi zaznacza, że roentgenoterapja gruźlicy ma właśnie na celu bliznowacenie. O wynikach leczenia sądzi na podstawie danych klinicznych. W białaczce wyniki pomyślne są rzeczywiście czasowe, trwają jednak w poszczególnych przypadkach długo.

Towarzystwo Chirurgów Polskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 19 listopada 1921 r. (w klinice chir. Nr. I. przy szpit. Dziec. Jezus w Warszawie).

Przewodniczy B. Sawicki. Obecnych 32 członków.

1. Biske Pokaz chorego z **uszkodzeniem pęcherza moczowego po postrzale brzucha.** Przed 6-ciu miesiącami ślepy postrzał rewolwerowy z wlotem na prawo i ku dołowi od pępka. Po 12 tu godz. operacja (Sawicki). Znaleziono ostre zapalenie otrzewnej i dwa przedziurawienia jelita cienkiego; wycięcie odcinków uszkodzonych. Na ścianie pęcherza stwierdzono zadraśnięcie w kształcie rynny, jak się wydawało — bez obrażenia błony śluzowej. Na ranę tę nałożono szew jednopiętrowy. Worek Mikulicza. Na razie przebieg pomyślny; trzeciego dnia wymioty, uzależnione od przedziurawienia pęcherza i wylewu moczu do jamy brzusznej. Operacja powtórna. Na miejscu szwu pęcherzowego okazało się przedziurawienie, które tym razem zaszyto szczelnie szwem dwupiętrowym i wprowadzono cewnik na stałe. Gładkie wyleczenie. Przedstawiony obecnie chory ma w bliźnie powłok brzusznych punkt, z którego czasami pokazuje się kilka kropel moczu.

W dyskusji Sawicki tłómaczy, iż bardzo możliwe, że śluzówka pierwotnie nie była przerwana, lecz nastąpiło to wtórnie. Wniosek praktyczny, iż w podobnym razie należy zranienie traktować, jak całkowicie drążące. Rechniowski podaje ze swej praktyki podobny przypadek: po postrzale brzucha z kilkanastu przedziurawieniami lelit operacja w dwie godziny po wypadku, trzynaście szwow kiszkowych, pęcherz wydawał się nieuszkodzony. W kilka dni potem przetoka moczowa Ostatecznie wyleczenie

2. Cz. Jankowski Pokaz chorego po **operacji tętniaka urazowego tętnicy łokciowej.** Przed rokiem postrzał okolicy łokcia. z wytworzeniem wielkiego tętniaka. W 10 miesięcy potem operacja sposobem Suboticza: pod opaską uciskającą podłużne rozszczepienie worka, wyszukanie otworów naczynia (odległych jeden od drugiego o $4^{1}/_{2}$ ctm.) i wytworzenie ponad nimi przy pomocy ciągłego szwu Lembertowskiego kanału ze ściany worka. Wnet po operacji zjawiło się tętno, którego przedtem nie było, na tętnicy promieniowej. Obecnie tętno to jest również wyczuwalne, choć o zmiennej sile.

W dyskusji J. Rutkowski zaznacza, że dla utrzymania kończyny wystarczało podwiązanie naczynia Jankowski mimo to widzi wyższość w przywróceniu prawidłowego krwiobiegu.

3. Sawicki i Judt. Pokaz chorej z **chorobą Pageta.** 15-letnia dziewczyna przed 8-miu laty poczęła doznawać bólu w prawej dolnej kończynie i chromać. Wywiady podówczas wskazywały na upośledzone odżywianie. Przed kilku laty nastąpiła chwilowa poprawa podmiotowa, lecz ostatnio stan znacznie się pogorszył (większe bóle, chromanie i przykrócenie). Roentgen (Judt) wykazuje rzucające się w oczy zmiany tak w budowie jak i kształtach główki, szyjki oraz części górnej trzonu kości udowej: wyolbrzymienie i zniekształcenie zagęszczenia kości przy jednoczesnem nadłamaniu w dwóch miejscach: na szyjce i krętarzu wielkim. Ruchy w stawie biodrowym znacznie upośledzone, zwłaszcza odprowadzanie Przykrócenie około 5 ciu ctm. W pozostałym kośćcu zmian niema. Jest to niewątpliwy przypadek *morbus Pageti*. Zmiany są tu prawie identyczne z *ostitis fibrosa*. Początkowo spostrzegamy wchłanianie beleczek warstwy zbitej i zamianę rdzenia tłuszczowego na włóknisty; później powstaje zagęszczenie kości. Chorobie ulega najczęściej kość udowa. Ostatecznie powstaje raczej wydłużenie, niż skrócenie kończyny. W przypadku niniejszym skrót zależy od zmiany kąta między szyjką a trzonem (*coxa vara*). S. zaznacza że sprawa ta obejmuje przeważnie wiele kości, często umiarowo, dając podudzia szablowate, wielką głowę itp. Uprzywilejowany wiek choroby jest między 20 a 40 rokiem

W dyskusji Makowski robi przypuszczenie iż, być może, sprawa rozwija się na tle zaburzeń gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem i zapytuje, czy nie próbowano leczenia wyciągami z narządów. Sawicki: Do tej pory niema w piśmiennictwie podobnych danych.

4. Temler. Pokaz chorego ze **spondylitis typhosa.** Młody żołnierz w lipcu 1920 r. przechodził dur brzuszny, we wrześniu — już po spadku ciepłoty — wystąpiły bóle w krzyżu, objawy lekkie ucisku rdzenia i garb w dolnej części lędźwiowej. Obecnie po wielu miesiącach leżenia w unieruchomieniu gipsowem chory poprawił się wybitnie: chodzi swobodnie, wykrzywienie i bolesność kręgów lędźwiowych zginęły. Wogóle jest to sprawa o przebiegu

długim, lecz zupełnie dobrem rokowaniu. Roentgen wykazuje zbliżenie trzonów kręgów IV. i V. lędźwiowych na skutek zaniku chrząstki i liczne nawarstwienia kostne przy nieobecności odwapnienia.

W dyskusji Szerszyński opisuje zupełnie podobny przypadek, zaznaczając, że próba krwi Vidala w pół roku po skończonym durze dała bardzo wysokie miano aglutynacyjne (1 2000 a być może i więcej). W sprawie tej zdarzają się również ropienia. Mesz. Na oddziele nerwowym szpitala żydowskiego leczy się wielu chorych z objawami uciskowymi rdzenia na tle zmian kostnych w kręgosłupie, podobnych do opisanych (zniesienie przestrzeni międzykręgowych przy prawie zdrowych trzonach). Kryński Podobne schorzenie kostne jest możliwe po każdej innej chorobie zakaźnej; laseczniki Eberta należą do ropotwórczych, to też ropienie w sprawach kostnych durowych, nb o charakterze „zimnym“ może być z góry przewidywane; nie przeszkadza to dobremu zejściu sprawy. Sawicki zwraca uwagę na zasadzie własnego spostrzegania, że schorzenie, o którem mowa, w razie późnych urazów ma skłonność do nawrotów To też żołnierz po raz przebytem *spondylitis typhosa* już nie jest zdatny do dalszej służby wojskowej. *E. Lewenstern.* (C. d. n.)

Stulecie Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego.

Uroczysty obchód jubileuszowy najstarszego Towarzystwa lekarskiego w Polsce, bez przerwy czynnego, odbył się, jak już donosiliśmy, dnia 6. grudnia z. r. Obchód ten był prawdziwem świętem dla Towarzystwa, któremu też, uznając jego zasługi naukowe i zawodowe, składano życzenia przedewszystkiem ze wszystkich stron Polski. Uroczystość rozpoczęła się nabożeństwem w kościele św. Krzyża. Następnie odbyło się uroczyste posiedzenie w sali Tow. higienicznego, które zagaił prezes Tow prof. Dmochowski, poczem nastąpiły przemówienia delegatów: Ministerstwa zdrowia, Komisji zdrowia p. Sejmu Magistratu m. Warszawy, Akademji lek., Wydziałów lekarskich wszystkich naszych wszechnic, Towarzystw i Związków lekarskich, redakcji pism lek. i w. i. Po tych przemówieniach odczytał przewodniczący nazwiska nowomianowanych członków honorowych, którymi zostali z Warszawy Prof. Głuziński Ant. Dr. Kamocki Walenty, Dr. Pawiński Józef, Prof. Przewoski Edw.; z Krakowa: Prof Browicz Tadeusz, Prof. Kostanecki Kazimierz; ze Lwowa: Prof Machek Emanuel, Prof. Szymonowicz Władysław; z Poznania: Prof. Jurasz Antoni; z Wilna: Dr. Zahorski Władysław, prezes Tow. Przyjaciół Nauk, z Paryża: Prof. Achard; Prof. Babiński Józef, Prof. Chauffard A., Prof. Letulle Maurice, Prof. Lejars Felix, Prof. Roger Henri Prof. Richet Charles; z Londynu: Prof. Albutt Thomas, Prof. Wright Almroht E.; z Padwy: Prof. Golgi Camillo, Prof. Forlanini Carlo.

Posiedzenie zakończył odczyt prof Dmochowskiego na temat: „Rzut oka na działalność Warsz Tow. Lek. w ciągu stu lat jego istnienia“, w którym mowca roztoczył dzieje Towarzystwa na tle stosunków politycznych całego stulecia.

Po południu odbyło się posiedzenie naukowe w sali Tow. lekarskiego, na którem dr. Szumlański odczytał opracowany przez prof. Sokołowskiego, nieobecnego z powodu choroby, przyczynek do dziejów Towarzystwa p. t. „Wybitni członkowie Warsz Tow. Lek. w ciągu stulecia“, następnie dr. Józef Pawiński wygłosił interesujący wykład „Zarys historyczny pojęć o t. zw. sile żywotnej (*pneuma. spiritus vitalis*)“.

Obchód zakończyło towarzyskie zebranie licznych uczestników w salach Resursy kupieckiej, gdzie wśród serdecznego nastroju wygłoszono szereg mów i toastów.

Wśród licznych adresów i telegramów od instytucji i osób nadeszły m. i. pisma od Akademji lekarskiej w Paryżu, Towarzystw lekarskich w Paryżu, Lyonie, Montpellier, Lille, Strasburgu, Jugosławji, Tow. lekarskich serbskich i i.

Medycyna społeczna.

Józef Wiczkowski. Lwów.

Sprawa akcji zwalczania gruźlicy w Polsce.

Bilans zdrowotny za czas wielkiej wojny światowej potwierdził w zupełności doświadczenie z wojen poprzednich. Wielkie ostre epidemje przeleciały jak huragan przez Państwa, na których terenie wojna się toczyła, zabrały hekatomby ofiar i zniknęły nawet prędzej, jak poprzednio, dzięki nowym zdobyczom naukowym ostatnich lat dziesiątek. Natomiast choroby zakaźne przewlekłe, jak gruźlica i kiła, spotęgowały się w swej złośliwości i ogarnęły szerokie warstwy społeczeństwa. Co rozum stanu i nauki zbudowały, to się zachwiało w swych podstawach pod wpływem wojny światowej i jej nieodstępnych trabantów. Statystyka dostarcza nam na to ścisłych dowodów. Zajmę się tylko gruźlicą i przedstawię dostępne mi cyfry. Wedle Kirchnera, „*Zeitschrift für Tuberculose*“ na 100.000 mieszkańców zmarło z gruźlicy w Niemczech:

w r. 1913 — 274.6
w „ 1914 — 278.9
w „ 1915 — ˷90.6
w „ 1916 — 317·6
w r. 1917 — 413.5
w „ 1918 — 463.8
w „ 1919 — 433.7

Na Węgrzech i w Austrji podwoiła się ilość zgonów z gruźlicy; we Wiedniu w roku. 1914 — 28.6 na 10.000 ludzi, r. 1919 40.0 na 10.000, przy śmiertelności dzieci od 1—5 lat 66.3 na 10.000.

	Warszawa	— Kraków	— Lwów	— Łódź — na 10.000.
1913	30.56	— 48.7	— 48.0	
1914 —	31.17	— 47.3	— 58.6	
1915 —	40.98	— 48.0	— 74 1	
1916 —	60.04	— 75.0	— 62.2	
1917 —	97.54	— 90.8	— 66.5	— 116 0
1618 —	78 38	— 84.5	— 63.5	— 77.5
1919 —	59.32	— 61.8	—	— 60 4
1920 —	33.66			

Najbardziej niepomyślnym był dla Warszawy rok 1917, zmarło bowiem w tym roku 8.167 osób przy ogólnej śmiertelności 34.693 i zaludnieniu 837.234. W okresie przedwojennym w Warszawie na każde 17 zgonów przypadały dwa zgony z powodu gruźlicy; w czasie zaś wojny na 7 zgonów, 2 zgony z gruźlicy. A stosunek zgonów z gruźlicy do liczby ludności był 5 razy większy. (Sokołowski).

Wzrost śmiertelności na gruźlicę w czasie wojny w znacznej mierze zależy od zwiększonej śmiertelności dzieci.

Nie posiadamy dotąd statystyki śmiertelności z całego Państwa naszego — ale, opierając się na powyższych danych, musimy spodziewać się, że liczby śmiertelności z gruźlicy wypadną wysokie. Wszak nasze Państwo było terenem wojny przez lat siedm, przez nasze Państwo przewaliły się miljonowe armje; a więc ludność umęczona fizycznie i moralnie, tułactwo wśród najniepomyślniejszych warunków, odżywianie liche i niedostateczne pod względem ilości i jakości, chłód i głód, oto stosunki, które stworzyły doskonałe podłoże dla rozwoju lasecznika gruźliczego zwłaszcza, że stan walki z gruźlicą w naszych dzielnicach przed wojną był jeszcze w kolebce, a w statystyce światowej dzielnice Polski były na szarym końcu, co do śmiertelności z gruźlicy.

Kiedy dzisiaj stanęliśmy u progu samodzielnego życia Państwa zjednoczonego, należy nam uprzytomnić sobie, jakie drogi wytyczyła walka z gruźlicą w innych państwach, a wzorując się na dobrych przykładach, jak zwalczać u nas skutecznie największego wroga ludzkości. Wspomnę tylko o kilku państwach, w których racjonalnie ta walka przeprowadzona zmniejszyła procent śmiertelności z gruźlicy.

Pierwsze miejsce należy się Anglji. Już w połowie zeszłego stulecia prawodawstwo parlamentarne zarządziło cały szereg zasadniczych środków zaradczych przeciwko chorobom zakaźnym wogóle. Burzono setki domów, przeprowadzono nowe ulice widne i słoneczne, pobudowano domki dla robotników, zakładają ogrody, wodociągi i kanalizację w całem Państwie, a zwłaszcza w większych miastach, tak, że dzięki tym zarządzeniom stosunki zdrowotne na ogół znacznie się polepszyły, a równocześnie i śmiertelność z gruźlicy znacznie spadła. W Edynburgu (w Szkocji) w r. 1887. powstała pierwsza poradnia w Europie, a twórcą jej był sir Robert Philip. W Anglji założono pierwszy nadmorski szpital w roku 1791 w Ranesgate dla dzieci zagrożonych gruźlicą, w roku 1814 w Londynie powstaje pierwszy szpital dla gruźliczych. Bodington 14 lat przed Broehmerem głosi o uleczalności gruźlicy i poleca leczenie świeżem powietrzem, odpowiedniem odżywianiem i wprowadza system dawkowanej pracy fizycznej. W roku 1912 za inicjatywą Lloyd George'a ustawowo wprowadzono społeczne ubezpieczenie na wypadek choroby i niezdolności do pracy i odtąd znacznie się wzmogła akcja przeciwgruźlicza. Tak więc początkowo zainicjonowana profilaktyka w wielkim stylu, a później racjonalne leczenie, odniosły świetny tryumf. Nic dziwnego, że miasto Londyn w r. 1912, wykazuje śmiertelność z gruźlicy tylko 12.0 na 10.000 ludności, a w całem państwie 13.4 na 10.000.

Francja rozpoczęła akcję przeciwgruźliczą od zakładania poradni systemu Calmetta. Wielką uwagę zwrócono na wychowanie przeciwgruźlicze — i to we wszystkich szkołach od klasy najwyższej do najniższej, które się dalej prowadzi na konferencjach, przez afisze, pocztówki ilustrowane, przez obrazki itp. Ochrona dzieci przed gruźlicą czyni znaczne po-

stępy dzięki instytucji zwanej »l'oeuvre Grancher«. Ona to zabiera rodzicom gruźliczym, naturalnie za ich zezwoleniem, zdrowe dzieci w wieku od 3—10 lat, umieszcza je po wsiach u zdrowych rodzin za pewną opłatą i tam je zostawia do 13 roku i dłużej. Z pomiędzy dzieci z Paryża z rodzin gruźliczych umieszczonych po wsiach w ilości 2300 było tylko 7 przypadków gruźlicy. Gdyby te dzieci zostały były przy rodzicach, oblicza Armand Delille, że ilość zachorowań byłaby wynosiła 60 na 100, a ilość zgonów 40 na 100. Natomiast wśród dzieci »L'oeuvre Grancher« zachorowań było 0·03 na 100, a zgonów 0·01 na 100. I ze stanowiska ekonomicznego są to rezultaty bardzo interesujące — bo za czas utrzymania jednego dziecka przez rok na wsi w ilości 1000 fr. zyskuje się materjał ludzki zdrowy i wartościowy. Podczas wojny akcja przeciwgruźlicza znacznię się wzmogła. Rząd i społeczeństwo podają sobie ręce i zakładają sanatorja nadmorskie dla dzieci skrofulicznych, otwierają zakłady i szpitale dla otwartej gruźlicy i pomnażają ilość poradni, tak, że niema prawie miasta większego, któreby nie posiadało przynajmniej jednej poradni. Wielką pomoc finansową podaje Francji fundusz Rockefellera i Amerykański Czerwony Krzyż. We Francji umierało z gruźlicy 177·6 na 10.000 ludności, a w roku 1920 jest już znaczna zniżka bo 62·326.

O ile w Anglji we Francji hołdują więcej profilaktyce, o tyle w Niemczech zaczęto od leczenia gruźliczych. Ustawa o ubezpieczeniu społecznem na wypadek choroby w r. 1884 i ubezpieczenie na wypadek nieudolności do pracy r. 1891 dały silną podstawę do akcji przeciwgruźliczej. Dość powiedzieć, że zakłady ubezpieczeń robotników w r. 1910 pobrały sumy blisko miljarda Marek. Nic więc dziwnego, że zbudowano 150 sanatorjrów ludowych o 16.000 łóżkach dla dorosłych. Dla dzieci z wybitną gruźlicą jest przeszło 20 sanatorjów o 2.000 łóżkach a w stu zakładach z około 9.000 łóżek mieszczą się dzieci skrofuliczne i zagrożone gruźlicą. Ilość schronisk leśnych i dla pobytu przez dzień wynosi przeszło 100, szkół leśnych 16, między niemi jedna szkoła wyższa w Charlottenburgu dla chorych z otwartą gruźlicą, 150 schronisk, jakoteż specjalne oddziały przy szpitalach. A chociaż ciągle wzrasta ilość łóżek dla chorych z otwartą gruźlicą, to przecież jest wielka ich część zmuszona zostać w domu i tu jest izolowana. Opieka nad nimi przypada w udziale poradniom, których liczba wynosi 720. 45 poliklinik przyjęło na siebie obowiązki poradni. Głównym fundatorem tych wspaniałych zakładów są Kasy chorych i zakład ubezpieczenia społecznego na wypadek choroby lub niezdolności do pracy. Ponadto nie zaniechano tutaj uświadomienia społeczeństwa przez odczyty, druki, muzea gruźlicze. Desinfekcja pomieszkań po gruźliczych odbywa się ustawowo.

W Danji, liczącej 3 miljony ludności, łożyło Państwo rokrocznie przed wojną $1\frac{1}{2}$ miljona marek na zwalczanie gruźlicy czyli $\frac{1}{2}$ marki na każdego mieszkańca; przeto każdy chory na gruźlicę jest leczony kosztem państwa Mały ten kraj miał przed wojną największą stosunkowo ilość sanatorjów, a mianowicie 7 szpitali nadmorskich z 436 łóżkami dla dzieci skrofulicznych, 1 szpital nadmorski na 100 łóżek dla dzieci ciężej chorych, 13 sanatorjów ludowych z 1000 łóżek dla początkowej gruźlicy, a 32 szpitali dla gruźlicy otwartej. Obok tego jest wiele domów dla rekonwalescentów i wielka ilość poradni; prawie każde miasto przynajmniej jedną posiada. Są laboratorja, gdzie bezpłatnie bada się plwociny, to też nie dziw, że śmiertelność z gruźlicy wynosi tam 8 na 10.000 mieszkańców; w całej Danji umiera rocznie około 2.400 osób na gruźlicę, a w samym Lwowie w roku 1907 umarło ich 1.200. Jest ustanowiona kontrola nad sprzedażą masła, mleka i innych środków spożywczych Szkoła i schroniska dziecinne są pod nadzorem lekarskim: żadne dziecko przed 16 rokiem nie może pójść do roboty, a przed przyjęciem musi się wykazać świadectwem zdrowia. Każdego urzędnika, chorego na gruźlicę pensjonuje się, zostawiając mu $\frac{2}{3}$ jego poborów. Żołnierz, który się nabawił gruźlicy podczas wojny, jest leczony kosztem państwa. Obowiązkowem jest doniesienie o każdym wypadku gruźlicy a desinfekcja odbywa się kosztem gminy.

C. d. n.

Sprawy zawodowe.

W sprawie nowej ustawy o Izbach lekarskich i o wykonywaniu praktyki lekarskiej.

Myśl wprowadzenia Izb lekarskich w Państwie Polskiem powstała jeszcze za czasów Regencji. Już wówczas szef Sekcji w Ministerstwie Zdrowia śp. docent dr. Jaworski w porozumieniu z Krakowską Izbą lekarską przygotował szkic ustawy o Izbach lekarskich. Z chwilą odzyskania niepodległości szkic ów po wielokrotnych naradach z krakowską Izbą lekarską (Lwów był wówczas odcięty), zamienił się na projekt ustawy, która, mojem zdaniem, byłaby zadowolniła lekarzy. Był to projekt ustawy ramowej o Izbach lekarskich, nie zawierający żadnych postanowień z dziedziny deontologji lekarskiej, przez co przyszłe Izby lekarskie miałyby możność zastanowienia się nad przepisami o prawach i obowiązkach lekarzy, oraz uzgodnienia dotąd bardzo rozbieżnych zapatrywań poszczególnych dzielnic na te kwestje. Projekt ów, jako rządowy, miało wnieść Ministerstwo Zdrowia do Sejmu. Przyczyny, dla których to nie nastąpiło, nie są mi znane.

Sejmowa Komisja Zdrowia, w szczególności przewodniczący poseł Dr. Rottermund, przygotował inny projekt ustawy, oparty na „projekcie ordynacji lekarskiej, normującej stosunki zawodu lekarskiego“, uchwalonym w marcu roku 1919 przez Wydział lwowskiej Izby lekarskiej. Podzielił ustawę na dwie części tj na ustawę o Izbach lekarskich i na ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej i przekształcił projekt lwowski w sposób odmienny. Postanowienia zawarte w tym projekcie Komisji Zdrowia Publicznego spotkały się jednak z silną opozycją w sferach lekarskich i w małopolskich Izbach lekarskich tak, że trzecie czytanie ustawy w Sejmie doznać musiało znacznego odroczenia. Po wielu poniekąd zasadniczych zmianach i przeróbkach obie ustawy uchwalił Sejm w trzeciem czytaniu dnia 2-go grudnia 1921 roku.

Pominę pewne usterki formalne, które okazać się muszą w przyszłości przy praktycznem stosowaniu ustawy, a na które niejednokrotnie wskazywały obydwie małopolskie Izby lekarskie; pragnę tylko podać najważniejsze przepisy ustawy, ich zalety lub wady.

Najbardziej poruszyły umysły i słusznie najsilniejszy wywołały sprzeciw postanowienia o przymusowej służbie cywilnej lekarzy na wypadek epidemji. Tu jednak trzeba stwierdzić, że pierwsze zaczątki takiego postawienia kwestji zawierał wspomniany projekt lwowskiej Izby lekarskiej z marca 1919 r. albowiem § 37 tego projektu brzmi dosłownie:

Ministerstwo Zdrowia może zobowiązać lekarzy do użycia ich w publicznej służbie zdrowia na wypadek nadzwyczajnych stosunków, jeżeli do tego zmuszą względy zdrowotne, zwłaszcza potrzeba zwalczania chorób zakaźnych. Zarządzenie takie wyda Minister. Zdrowia po wysłuchaniu odnośnej Izby lub wiecu Izb“.

Krakowska Izba lekarska była stanowczo przeciwną temu pomysłowi. Sejmowa Komisja Zdrowia posunęła się natomiast w pierwszych dwóch redakcjach ustawy jeszcze znacznie dalej, przyznając Ministerstwu Zdrowia wyraźnie prawo przesiedlania lekarzy celem pełnienia publicznej, cywilnej służby zdrowia. Wskutek usilnych zabiegów obydwu małopolskich Izb lekarskich i Zrzeszeń lekarskich b. Królestwa i Wielkopolski, Komisja Zdrowia zmodyfikowała znacznie te przepisy. W uchwalonej przez Sejm ustawie o wykonywaniu praktyki lekarskiej, art. 16, zawarte są następujące postanowienia: „W wyjątkowych wypadkach, wywołanych koniecznością zwalczania epidemji lub gromadnych zachorzeń, występujących na skutek klęsk elementarnych, na czas trwania takich wyjątkowych warunków, a to w razie niemożności zadość uczynienia potrzebom przez urzędowy personal lekarski i wobec stwierdzonej niemożności zdobycia dostatecznej liczby lekarzy drogą dobrowolnych zgłoszeń, może być każdy lekarz, o ile nie przekroczył 40 roku życia, powołanym do publicznej cywilnej służby zdrowia; zasady, na jakich to może nastąpić, określi oddzielna ustawa, zgodnie z ogólnemi przepisami o osobistych świadczeniach obywateli państwa“. O przesiedlaniu lekarzy przez władze niema tam mowy. Tak więc powołanie do publicznej służby zdrowia uzależnionem zostało w ustawie od tylu warunków, a przedewszystkiem od uchwalenia w przyszłości oddzielnej ustawy, że postanowienia art. 16 ustawy o praktyce lekarskiej bynajmniej nie są tak groźne, jak o tem krążą wieści. Niemniej artykuł ten należy uważać za zgoła niepotrzebny.

Art 14 tejże ustawy postanawia, że lekarz praktykujący winien dać pomoc lekarską w każdym nagłym wypadku, grożącym choremu śmiercią, jeżeli nie zachodzi poważna przeszkoda; odmówienie w takich wypadkach pomocy, o ile nie podlega przepisom ustawy karnej, pociągnie za sobą dochodzenie ze strony Izby lekarskiej. Zaniepokojenie z powodu tego postanowienia, objawione przez grono lekarzy sanockich w odezwie zawartej w Nrze 11 „Polskiego Czasopisma Lekarskiego“, jest nieuzasadnione, albowiem według dotąd obowiązującej ustawy karnej austrjackiej lekarz może być karanym, jeżeli z powodu odmówienia pomocy chory dozna szkody na zdrowiu lub życiu (§ 335 u. k.) a nawet w wypadkach, kiedy odmowa złych skutków nie sprowadziła, ale sprowadzić mogła (§ 431 u. k.). Analogiczne postanowienia zawierają ustawy karne obowiązujące w innych dzielnicach (§ 22? u. k. niem. i art. 497. k. k. ros.). Tak więc art. 14 nowej ustawy o praktyce lekarskiej nie wprowadza żadnej zmiany

na niekorzyść stanu lekarskiego, przeciwnie, poddając sprawy te przeważnie orzecznictwu Izby lekarskiej, a więc władzy fachowej, stwarza właściwie dla lekarzy sytuację korzystniejszą. Ponadto art. 15 znosi wyraźnie przymus leczenia, którego istnienie było poniekąd sporne.

Niekorzystne są postanowienia art. 21 o ogłaszaniu „cennika poborów lekarskich przez właściwy urząd wojewódzki po zasięgnięciu opinji Izby lekarskiej" Mimo starań nie można było uzyskać dla Izb lekarskich prawa ustanawiania taryfy. Ponieważ jednak w myśl postanowień tegoż artykułu lekarz tylko wówczas jest obowiązany do przyjęcia honorarjum według taryfy, jeśli nie zawarł oddzielnej umowy z pacjentem, przeto w razie niesprawiedliwej taryfy wszyscy lekarze mogliby, jak sądzę, oświadczyć, że tylko według oddzielnej umowy leczą. W razie sporów przysługuje stronom prawo zwrócenia się do Izby lekarskiej. Posady stałe natomiast lekarze mają obowiązek obejmować na podstawie umów z uwzględnieniem „skali płac", ogłoszonej przez Izbę lekarską (art. 22.).

Art. 11 mówi o obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, ustanawiając tyle wyjątków od tego obowiązku, że uzasadnioną jest obawa, aby taka kazuistyka nie osłabiła tak bardzo koniecznej zasady dotrzymania tajemnicy przez lekarza.

Tytuł „lekarza" chronią art. 7—9 ustawy o praktyce lekarskiej, przewidując kary w drodze administracyjnej za nieuprawnione używanie tego tytułu. Jestto wielki postęp, gdyż dotąd nie było żadnej ochrony w tym kierunku. Jednocześnie art. 8. orzeka, że lekarze, którzy przed listopadem r. 1917 otrzymali dyplomy lekarskie na Uniwersytetach rosyjskich, mogą nadal mocą nabytego prawa używać tytułu „doktor", chociaż stopnia doktora na uniwersytecie nie uzyskali. Nie wolno im jednak używać tytułu „doktora medycyny". Ustawodawcy wychodzili z założenia, że w państwie rosyjskiem tytuł „doktor" był równoznaczny z tytułem „lekarz" i oznaczał raczej zawód, a nie godność uniwersytecką. Jestto przepis dziwaczny, ale przyznać trzeba, że brak jego w ustawie mógłby narazić cały szereg lekarzy byłego zaboru rosyjskiego na represje z powodu używania zwyczajowego tytułu doktora. Zresztą sprawa ta z biegiem czasu stanie się bezprzedmiotową.

Ustawa o Izbach lekarskich wprowadza dość skomplikowaną organizację, rozróżnia bowiem Izbę lekarską radę Izby lekarskiej, Zarząd Izby lekarskiej i Sąd Izby lekarskiej. Wybory do rady ważne są na lat trzy, do Zarządu i Sądu Izby wybory odbywają się corocznie Zarząd Izby wybiera ze swego grona naczelnika Izby, zastępców tegoż, pisarza i skarbnika. Sąd Izby wybiera z pośród siebie przewodniczącego, zastępców tegoż, oraz generalnego pisarza. Sąd Izby ma prawo stosowania kar aż do odjęcia prawa wykonywania praktyki na określony przeciąg czasu, lub na stałe. Oczywiście od wyroków przysługuje odwołanie.

Zupełnie nową a niezbyt fortunną koncepcją, jest wprowadzona w ustawie „Naczelna Izba lekarska", składająca się z przedstawicieli poszczególnych Izb lekarskich, a urzędująca w Warszawie. Ciało to zbyt ciężkie, aby mogło sprawnie funkcjonować, uposażone jest na mocy ustawy w zbyt daleko idące uprawnienia. Naczelna Izba lekarska ma być bowiem nietylko instytucją opiniodawczą w sprawach, dotyczących wykonywania praktyki, ale także nadzorującą poszczególne Izby lekarskie w sprawach „związanych z prawomocnością i sprawnością ich działania", jakoteż powołana do kierowania działalnością poszczególnych Izb w sprawach przekazanych Izbom, a nie objętych wyraźnymi przepisami ustawy o Izbach. Jest również instytucją odwoławczą, w razie sporów między Izbą, a należącymi do niej lekarzami, oraz Izbami pomiędzy sobą. Naczelna Izba lekarska wybiera Sąd naczelnej Izby jako instancję odwoławczą od wyroków Sądów poszczególnych Izb.

Ustawa o Izbach lekarskich zawiera dwa bardzo doniosłe postanowienia, a mianowicie stwierdza niedwuznacznie, że Izby są powołane do strzeżenia praw i interesów stanu lekarskiego (art. 1), i że do uprawnień Zarządu Izby należy występowanie wobec czynników zewnętrznych w obronie praw i dobra członków stanu lekarskiego (art. 25.). Ponadto przyznaje Izbom prawo do zakładania i prowadzenia instytucji, mających na celu zabezpieczenie lekarzy na wypadek choroby, starości, stałej niezdolności do pracy i zabezpieczenie wdów i sierot, oraz nałożenia na lekarzy obowiązku przystąpienia do tych instytucji (art. 4.) Te postanowienia stanowczo należą do bardzo dodatnich stron ustawy. Brak ich w dawnych ustawach państw zaborczych paraliżował najważniejsze akcje Izb lekarskich.

Ustawa o Izbach lekarskich nie jest wprawdzie doskonałą. Byłaby lepszą, gdyby sejmowa Komisja Zdrowia przyjęła była rady i propozycje obydwóch Izb lekarskich małopolskich, propozycje oparte na długoletniem doświadczeniu. Mimo to dobrze się stało, że nareszcie przez uchwałę Sejmu otrzymała moc prawa. Sądzę, że niedaleka przyszłość okaże, jak bardzo jest potrzebną dla stanu lekarskiego. Wreszcie trzeba stwierdzić, że przeprowadzenie ustawy w Sejmie jest zasługą posła Dra Rottermunda, który z podziwu godną wytrwałością, niezrażony rozlicznemi trudnościami, ze wszystkich stron, a nawet osobistemi przykrościami, dążył do celu, który sobie w zrozumieniu jego ważności wytknął.

Schoengut - Strzemieński.

Do artykułu Dra M. Landsberga w 1 i 2 Numerze „Polskiego Czasopisma Lekarskiego".

Otrzymujemy od kol. Marcelego L a n d s b e r g a następujące pismo z prośbą o umieszczenie:

W Nr. 14 „Gazety Lekarskiej" kol. Juljan G o l d b e r g, streszczając podaną w 39 Nr. „Münch. Med. Wochenschrift" pracę F a l t y, H ö g l e r a i K n o b l o c h a „O pokarmowej urobilinogenurji", zamieścił przypisek, iż analogiczna praca została podana przezemnie w Nr. 1—2 „Polskiego Czasopisma Lekarskiego". Wobec powyższego uprzejmie upraszam Sz. P. Redaktora o zamieszczenie następującego wyjaśnienia:

Badania nad „próbą żółciową" były zapoczątkowane na klinice Prof. R z ę t k o w s k i e g o w r. 1919, o czem zresztą wspominam w ogłoszonej w tymże Nr. 14 „Gazety Lekarskiej" (r. b.) pracy p. t. „O drogach wchłaniania z odbytnicy" (podana do Gazety 10.I. 1920). W maju r. b. podczas mego pobytu w Wiedniu w rozmowie z prof. F a l t ą wspomniałem o mojej próbie żółciowej. Sprawa ta zainteresowała prof. F a l t ę oraz jego asystenta Dra H ö g l e r a, z którym wspólnie miałem przeprowadzić próbę tę nad chorymi prof. F a l t y. Wyniki badań miały być ogłoszone wspólnie, t. j. przezemnie i prof. H ö g l e r a.

To też ku wielkiemu memu zdziwieniu przeczytałem wyżej wspomniany artykuł wiedeńskich autorów, w którym nawet nie wspomniano o autorze „próby żółciowej".

Po dosyć ożywionej wymianie listów zgodził się prof. F a l t a na to, iż „stała mi się krzywda" i obiecał sprostować swą „pomyłkę" w najbliższej publikacji, dotyczącej tej samej sprawy.

Od Redakcji. Współpracowników naszego pisma i autorów uprasza się o nadsyłanie rękopisów na ręce redakcji miejscowych. Ze względu na znaczne podrożenie składu w razie nieczytelnych rękopisów, co niestety jest rzeczą dość zwykłą, uprasza się o nadsyłanie rękopisów czytelnie pisanych, możliwie na maszynie. Nieczytelne rękopisy będą b e z w a r u n k o w o zwracane autorom.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Prof. Dr. Władysław B y l i c k i mianowany został członkiem honorowym Towarzystwa ginekologicznego lwowskiego.

N a f u n d u s z k o n k u r s o w y za najlepszą pracę wygł odczyt w Tow. lekarskiem lwowskiem złożył doc. dr O s t r o w s k i 10.000 Mkp., dr. Roman H i n z e, dyrektor powsz. Szpitala w Rzeszowie, 10.000 Mkp.

T o w a r z y s t w o g i n e k o l o g i c z n e l w o w s k i e wybrało nowy Zarząd na rok 1922 w następującym składzie: Prezes: Prof. Dr. Wł. Bylicki, wiceprezes: Doc. Dr. S. Bocheński, sekretarz: Dr. M. Seidler, skarbnik: Dr. L. Daum, komisja szkontrująca: Dr. Wł. Hojnacki, Dr. St. Kwiatkiewicz i Dr. H. Wein.

Poznań.

W y d z i a ł L e k a r s k i U n i w e r s y t e t u P o z n a ń s k i e g o jak „Nowiny Lekarskie" donoszą, rozpoczął swą działalność w szerszym zakresie, niż w zeszłym roku szkolnym, przez uruchomienie wykładów klinicznych. Choroby wewnętrzne wykłada prof. Jezierski, chirurgję prof. Jurasz młodszy, położnictwo część teoretyczną rektor Święcicki, część kliniczną Dr. Kowalski, choroby ócz Dr. Kapuściński, choroby dziecięce Dr. Szulczewski, choroby skórne i płciowe Dr Karwowski, choroby nerwowe i umysłowe Dr. Piotrkowski (w Dziekance), choroby krtani i uszu prof. Jurasz starszy. Inne przedmioty na Wydziale lekarskim wykładają: medycynę sądową prof. Horoszkiewicz, hygjenę prof. Gantkowski, historję medycyny, propedeutykę lekarską i antropologję dziekan prof. Wrzosek, anatomję opisową i embrologję prof. Markowski, histologję prof. Gajewska, biologję prof. Niezabitowski, fizjologję prof. Dąbrowski, fizykę prof. Denizot i chemię Dr. Browiński.

Warszawa.

Dr. Alfred S o k o ł o w s k i, wieloletni zasłużony długoletni sekretarz stały Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, w uznaniu swych zasług naukowych, został wybrany h o n o r o w y m c z ł o n k i e m T o w a r z y s t w a n a u k o w e g o w Warszawie.

Z p o w o d u 25-tej r o c z n i c y otrzymania drogą konkursu stanowiska ordynatora Szpitala Dzieciątka Jezus doc. dr. Władysław J a n o w s k i złożył w naszej redakcji warszawskiej 25.000 Mk. na nagrodę za najlepszą pracę z dziedziny patologji ogólnej, anatomji patologicznej lub medycyny wewnętrznej, ogłoszoną w „Polskiej Gazecie Lekarskiej" w ciągu r. 1922 i 1923 przez autora, który do tego czasu nie przekroczy 50 lat życia. Skład sądu redakcja poda 1. stycznia 1924 r., a motywowany jego wynik ogłosi 1. kwietnia 1924 roku — Nagroda nie może być podzielona.

A k a d e m j a n a u k l e k a r s k i c h w Warszawie ma zamiar utworzenia przy Akademji f u n d a m e n t a l n e j b i b l j o t e k i ze wszystkich dziedzin nauk lekarskich, do czego ważną pomocą byłoby przekazywanie Akademji przez kolegów lekarzy oddzielnych dzieł lub zbiorów dla nich zbędnych, a także zachowanie dla Akademji prawa pierwokupu bibljotek przez nich likwidowanych.

Nr. 2. 8 Stycznia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Anna Mikiewiczówna i Stanisław Progulski. Lwów.

O zmianach w płynie mózgowo-rdzeniowym w najwcześniejszym okresie kiły wrodzonej.

Z kliniki pedjatrycznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, Prof. Dr. F. Groer.

Pogląd, że kiła jest chorobą zakaźną ogólną a nie wyłącznie skóry i błon śluzowych, zrodził potrzebę dokładniejszego badania różnych organów w różnych okresach tej choroby. Przedmiotem szczególniejszego zainteresowania stał się okres pierwszych zmian wysypkowych jako termin zmian najwcześniejszych, będących wyrazem uogólniania się zarazka w ustroju. Wiadomo bowiem, że w tym okresie zalew organizmu krętkami jest już dokonany, wobec czego możliwość uszkodzeń poszczególnych narządów wewnętrznych i odczynu z ich strony jest bardzo prawdopodobna. W kile wrodzonej opanowanie ustroju przez zarazek dokonywuje się w sposób niezwykle energiczny, a skutki tegoż przypadają na czas najżywszego rozwoju organizmu.

Ożywione rozważania w ostatnich czasach na temat t. zw. nerwowych nawrotów (neurorecydywy) i stosunku ich do terapji salwarsanowej zwróciły uwagę na zachowanie się środkowego układu nerwowego we wczesnych okresach zakażenia. Badania te wykazały, że układ nerwowy już w czasie pierwszych zmian wysypkowych na skórze, a nawet przed ich wystąpieniem, dotknięty jest poważnemi zmianami chorobowemi. Częstość ich, wedle przeprowadzonych dotąd obliczeń, ma wynosić 20—40% wszystkich przypadków dotkniętych kiłą wczesną. Mimo to uchodziły one dotychczas najczęściej klinicznemu spostrzeganiu, a to dlatego, że brak im było dość wyraźnego ujawnienia na zewnątrz, a powtóre i dlatego, że w badaniu kiły wczesnej, wyznać to trzeba, zanadto przyzwyczajeni byliśmy do rozpatrywania przedewszystkiem zmian na skórze i błonach śluzowych. Nadto stwierdzanie zaburzeń ze strony układu nerwowego u osobników z kiłą wrodzoną w okresach najwcześniejszych, należy do zadań zazwyczaj trudnych. Dotyczy ono bowiem niemowląt, u których z natury rzeczy pierwsze objawy zmian nerwowych bywają mało uchwytne. Odpada tu przedewszystkiem możność zużytkowania objawów podmiotowych chorego, jakie dla rozpoznania u dorosłych mają pierwszorzędne znaczenie, a więc bóle głowy, zachowanie się stanu psychicznego, zaburzenia ze strony narządów zmysłowych itd. I tak badanie słuchu u niemowląt usuwa się prawie zupełnie z zakresu możliwości, podczas gdy zmiany ze strony ucha wewnętrznego u dorosłych z wysypką kiłową należą do bardzo częstych; wedle zestawień Becka, spotyka się je w 80% przypadków. Bardziej już dostępnem, jakkolwiek tylko dla wprawnych specjalistów, jest wziernikowe badanie narządu wzrokowego. Hirschberg zwrócił uwagę na bardzo wcześnie pojawiające się pierwotne zapalenie siatkówki i nerwu ocznego u dzieci kiłowych. Japha żąda wprost, aby w każdym przypadku podejrzanym na kiłę wrodzoną dokonywać badania dna oka. Heine stwierdza już bardzo wcześnie w 81% kiłowych osesków zapalenie nerwu wzrokowego i to nawet u kilkunastodniowych noworodków. Nerw oczny jest częścią tkanki nerwowej, pod względem rozwojowym bierze on swój początek z układu nerwowego środkowego, to też częstość jego zmian chorobowych świadczy o częstości schorzeń kiłowych w tymże układzie w ogólności.

Do stosunkowo częściej spotykanych objawów nerwowych u niemowląt kiłowych zaliczyć należy pozornie nieuzasadnione krzyki, zwłaszcza w nocy, na jakie użalają się matki. Już dawniej zwracał na nie uwagę Fereira i Sisto. Nieraz bywały one wczesną zapowiedzią zmian kiłowych na skórze, które dopiero później się ujawniały. U wszystkich „krzyczących" dzieci stwierdzał Heine zapalenie nerwu wzrokowego.

Podobnie jak i klinicysta, także i anatom-patolog nie wiele nam mówił o zmianach tkanki nerwowej w wczesnej kile, prawdopodobnie dlatego, że nie często miał sposobność spostrzegania ich na stole sekcyjnym. Nie bywały one przyczyną zejścia śmiertelnego, leczone, zaś rychło ustępowały. Dlatego opisów dotyczących niemowlęcego wieku jest na ogół nie wiele, a zwłaszcza brak takich przypadków, któreby za życia zdradzały się jakimikolwiek objawami nerwowymi. Dawniejsze opisy Toblera, Rankego i Weyla, ograniczające się do niewielu przypadków, stwierdzają, że opony miękkie mózgu bywają w różnych obszarach zgrubiałe, a w naciekach spotyka się wielkie komórki okrągłe, częściowo limfocyty, rzadziej leukocyty. Nacieki te obejmują również pochewki naczyń limfatycznych. Podobne zmiany zauważono i w samej tkance mózgowej; w sąsiedztwie ich leżące komórki nerwowe ulegały zwyrodnieniu. Badania z nowszych czasów pochodzące wykazują nadto, iż zmiany dotyczą również błony wewnętrznej naczyń krwionośnych, jakoteż ich opon mózgowych, gdzie tworzą się przeważnie nacieki limfocytarne, bądź składające się z komórek plazmatycznych. Główną ich siedzibę stanowi podstawa mózgu, okolica mostu i skrzyżowania nerwów wzrokowych. Następstwem zadrażnienia tkanki nerwowej przez wtargnięcie krętków kiły ma być, zdaniem Königsteina i Spiegla, bujanie gleji w poszczególnych drogach nerwowych, co przypomina już zmiany, jakie zwykły się zjawiać w późniejszych okresach kiły n. p. wiądu rdzenia.

W badaniach doświadczalnych spostrzegał Steiner u zakażonych kiłą królików z objawami jawnymi zmiany zapalne w pochewkach naczyń chłonnych tak w tkance mózgowej, jak i w oponach mózgowo-rdzeniowych. Jakob potwierdził powyższe wyniki. Zmiany te były podobne do zmian spotykanych u chorych ludzi z meningoencephalitis luetica.

Wszystkie opisane powyżej schorzenia tkanki nerwowej, dające jednak tylko czasami objawy kliniczne, stają się zrozumiałe wobec stwierdzonego faktu, że krętki dostają się do tkanki nerwowej i nerwów obwodowych bardzo wcześnie, gdyż już na kilka tygodni przed zjawieniem się zmian wysypkowych i że za pomocą płynu mózgowo-rdzeniowego, pochodzącego z wczesnych okresów kiły drugorzędnej, można przeszczepić zakażenie.

Pomocnym środkiem badania, pozwalającym nam w danej chwili wglądnąć w stosunki, jakie rozgrywać się mogą w układzie nerwowym za życia chorego, jest nakłucie lędźwiowe [1]). W braku objawów klinicznych badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nabiera tem większego znaczenia. Z wynikami tych badań w przebiegu kiły zaznajomiły nas, począwszy od r. 1901, pierwsze prace autorów francuskich Sicarta, Widala i Ravaut. Piśmiennictwo z tego zakresu jest już dzisiaj olbrzymie. Pierwszym, który u niemowląt kiłowych oznaczał w płynie mózgowym ilość białka i ciałek, był Tobler. Stwierdził on w 85·7% przypadków kiły wrodzonej większą zawartość limfocytów. Badaniem podobnem zajmował się również Baran. Potwierdzając wyniki poprzednich pracowników przypuszczał on, tak jak i Tobler, iż może nakłucie lędźwiowe i obraz cytologiczny posłużą do wczesnego wykrywania kiły wrodzonej w przypadkach zaledwie podejrzanych lub w okresie przedwysypkowym, co w czasach, kiedy nieznano jeszcze odczynu Wassermanna, mogło mieć doniosłe znaczenie. Dawniejszym już autorom wiadomo było, że na samem badaniu płynu

[1]) Nakłuciem lędźwiowem nie należy wypuszczać u niemowląt więcej płynu nad 2—3 cm^3, upusty większych ilości mogą wywołać objawy podrażnienia oponowego.

mózgowo-rdzeniowego polegać nie można, gdyż ani większa ilość białka, ani stwierdzona limfocytoza nie jest ich stałą cechą w kile, a przypadki z ujemnym wynikiem nie wykluczają zmian swoistych w środkowym układzie nerwowym. Z drugiej zaś strony podobne zmiany, jak w płynie kiłowych, towarzyszyć mogą zupełnie odmiennym sprawom chorobowym. Merzbacher stwierdził limfocytozę w zapaleniu gruczołu przyusznego, w półpaścu itp. Sami spostrzegaliśmy znaczną limfocytozę u dziecka siedmiomiesięcznego doskonale rozwiniętego, u którego z wyjątkiem dodatniego odczynu skórnego Pirqueta brak było wszelkich danych do wytłómaczenia tego zjawiska. W ogólności pamiętać należy, iż zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym są często przelotnej przyrody, ustępować mogą nawet bez leczenia, i już po kilku tygodniach ponowne nakłucie może nie dawać tego samego obrazu. W miarę, jak technika badań płynu mózgowo-rdzeniowego wzbogaca się w coraz to nowe odczyny biochemiczne, służące do wykrywania kiły, badanie płynu bywa bardziej pouczającem a nieraz staje się koniecznością, środkiem kontrolnym, bez którego, jak to żąda Kyrle, nie można orzekać o stanie zdrowia chorego.

W badaniach naszych, których wynik poniżej zestawiamy, chodziło nam przedewszystkiem o stwierdzenie, jak zachowuje się płyn mózgowo-rdzeniowy u niemowląt dotkniętych kiłą wrodzoną w okresie jak najwcześniejszym ich życia, a więc u osesków kilkotygodniowych zgłaszanych po raz pierwszy do leczenia z powodu zmian na skórze.

Szczególniejszą uwagę zwróciliśmy na wiek najmłodszy, gdzie stosunkowo najkrótszy czas upłynął od zakażenia, pominęliśmy natomiast wyniki, jakie nam dało nakłucie u starszych niemowląt, które już były leczone, bądź zgłaszane tak późno, że zmiany na skórze należało oceniać jako nawroty wysypek.

Z przedstawienia powyższego okazuje się, że do najczęstszych zmian w płynie mózgowym u kiłowych niemowląt należy zjawianie się większej ilości limfocytów (*pleocytosis*). Stwierdzić to można było tak w pierwszej jak i w końcowej ilości dobytego płynu. Na ważność takiego badania zwraca uwagę Weigeldt i żąda obliczenia, a przynajmniej podania, w których porcjach płynu wypływającego policzono ilość ciałek. Zawartość ich bowiem może być różna, końcowa część zazwyczaj skąpsza w składniki stałe. Płyn przedstawia się jak woda, często mimo wszelkich ostrożności przy ukłuciu zawiera niewielką przymieszkę ciałek czerwonych, niewidocznych gołem okiem, dających się jednak odróżnić przy podbarwianiu fioletem metylowym dla policzenia limfocytów. Zawartość globulin, tak znamienna dla płynów z późniejszych okresów kiły drugorzędnej, nie była zazwyczaj w naszych przypadkach zwiększoną. Dwukrotnie tylko wystąpiła opaliscencya, a w jednym przypadku wyraźne zmętnienie. Ujemnie też wypadała próba Pandy'ego i odczyn Wassermanna z miareczkowanym dopełniaczem (0.1—0.5) [1]), w przeciwieństwie do zachowania się jego we krwi, gdzie występował on stale dodatnio. Z nowszych prób tylko w dwóch [2]) przypadkach dokonana próba Langego z koloidalnym rozczynem chlorku złota dała wynik dodatni. Natychmiast wystąpiło fiołkowe zabarwienie w rozcieńczeniu 1:10 i 1:80. Możliwe jest, że próba ta okaże się bardziej czułym odczynnikiem w wykazywaniu zmian w płynie mózgowym.

Zmiany powyżej zestawione wskazują, że płyn mózgowy u niemowląt kiłowych w najwcześniejszych okresach ich życia nie bywa tak wybitnie zmieniony, jak to zazwyczaj bywa u dorosłych już w kilka miesięcy po zakażeniu. Jedynie objaw pleocytozy powtarza się stale, gdyż w wszystkich 14 przypadkach i po większej części jest on wybitnie zaznaczony. Znaczne różnice co do ilości limfocytów spotykanych przez nas, a przez innych badaczy, przypisać można zapewne tej okoliczności, że badane przez nas przypadki dotyczyły bardzo młodych osobników, nieledwie w pierwszej chwili wysypek, kilka tygodni życia liczących i dotychczas nigdy nie leczonych. Wobec zmienności płynu mózgowego, zwłaszcza w wieku dziecięcym, zdarzyć się może, iż nakłucie dokonane w późniejszych okresach choroby, nie wykaże już tych zmian, jakie mogły istnieć na początku. Nie jest wy-

T A B L I C A

Nazwisko	Wiek	Zmiany kiłowe	Ilość limfocytów w 1 mm³		Odcz. Wasserm. w płynie	Nonne-Appelt	Inne odczyny	Wassermann w krwi
			w I. porcji	w ostatniej				
Dz.	2 tyg.	sapka, skąpa wysypka twarzy	67		—	±		±
K. J.	3 „	nacieki podeszw i dłoni, wysypka guzkowa ud	50	56	—	—		++++
S. K.	4 „	nacieki dłoni i podeszw	10		—	—	z chlorkiem złota ++	++++
J. K.	4 „	obfita wysypka guzkowa, popękanie warg	196		—	—		++++
Now.	4 „	naciek dłoni, guzki ud	121	83	—	—		+++
Ka	7 „	skąpa wysypka guzkowa	77	34	—	—		++++
R. S.	3 „	pęcherzyca obrzęk nóg	67		—	±		+++
Sm.	8 „	skąpa wysypka na całem ciele	2380	134	—	+		+++
Cie	7 „	obfita wysypka guzkowa	30	29	—	—		++++
O.	6 „	nacieki podeszw, sączące guzki twarzy	10		±	—		++++
S. R.	5 „	nacieki warg, guzkowa wysypka ud		34	—	—		++++
Ko	4 „	ziemista barwa skóry, nacieki podeszw	8	4	—	—		++++
M. S.	3 „	mierna wysypka tułowia	15	9	—	—	z chlorkiem złota ++	++++
J. K.	4 „	wysypka sącząca ud	11	8	—	—	Pandy —	+++

[1]) Wszystkie odczyny Wassermanna, jakoteż z koloidalnym chlorkiem złota, przeprowadzał zakład higjeny Uniw. lwow. (Doc. Dr. Steusing).

[2]) Powojenne trudności zaopatrzenia się w materjał, konieczny do sporządzania płynu (brak szkła jenajskiego) stanęły na przeszkodzie częstszemu zastosowaniu tej próby.

kluczone, że rozpoczęte leczenie wywrzeć już mogło pewien wpływ na zachowanie się płynu, jakkolwiek pod tym względem zaznacza się wybitna różnica zapatrywań. Zdaniem niektóryeh lekarzy leczenie nie wpływa bynajmniej na poprawę w zachowaniu się płynu, nie brak nawet i takich, którzy twierdzą (Fleischmann i Pette z kliniki Nonne'go), że u kiłowych, nawet dokładnie leczonych, płyn mózgowo-rdzeniowy może zwiększać swe cechy chorobowe. Leczenie niedokończone lub niedostateczne, może nań oddziałać prowokująco. Dawniejsi autorowie, przeważnie francuscy, którzy pierwsi tych badań dokonali, widząc niewielkie zmiany w płynie mózgowym, woleli je raczej określić nie wiele mówiącą nazwą „podrażnienia oponowego". Tymczasem nowsi badacze jak Nissl, Weyl, Kyrle, Nonne uważają je już za postacie zapalne kiły mózgu, w których następstwie pojawiają się i zmiany mikroskopowe. Zjawienie się limfocytów w większej ilości w płynie opływającym przestrzenie pajęczynowate, w którym w warunkach fizjologicznych przypada co najwyżej 5 ciałek na 1 mm^3, należy uważać za czuły odczyn obronny ustroju wobec wtargnięcia krętków. Limfocytom przypadać ma szczególniejsze zadanie rozszczepiania i pożerania komórkowego zarazka kiłowego. Rola ta znaną jest z podobnego zachowania się ciałek białych wobec różnych drobnoustrojów, w tym zaś przypadku, zdaniem Bergela, czynne wystąpienie limfocytów z naczyń i ich zdolność rozpuszczania, związana jest z ich biologicznemi właściwościami, występującemi wówczas, gdy działa szczególniejszy charakter (lipoidy) antigenu, jakim jest kiła. Obecność limfocytów dowodzi więc zakażenia środkowego układu nerwowego, z którem one do walki wystąpiły. Jest to pierwszy początek „przemiany" płynu mózgowego w wczesnym okresie kiły, którą możliwie wstrzymać mogą zabiegi lecznicze (Kyrle). Zmiany anatomiczne spostrzegane w tkankach środkowego układu nerwowego u zmarłych osesków wszędzie w przypadkach „dodatniego" płynu mózgowego, jak to stwierdzają Königstein i Spiegel, świadczą, że ma się już do czynienia ze skutkami zapalenia. Zmiany te są długotrwałe, utrzymywać się mogą mimo, że charakter płynu powrócił już do stanu prawidłowego. Steiner zdołał wykazać podobne stosunki anatomiczne u królików zakażonych kiłą z objawami jawnymi. Takie same zmiany płynu dało się osiągnąć doświadczalnie u kiłowych królików. Plaut dokonywał w kilkunastu kroplach płynu mózgowego za pomocą mikrochemicznej metody przez siebie obmyślanej, tych samych prób co u ludzi. Okazało się, że u 1|3 królików zakażonych pojawiała się większa ilość limfocytów częścią i zwiększenie białka, chociaż inne odczyny jak np. Wassermann w płynie wypadały stale ujemnie, natomiast w krwi próba Wassermanna była zawsze dodatnią. W ogólności podobieństwo w zachowaniu płynów mózgowych u niemowląt kiłowych i sztucznie zakażonych królików jest bardzo daleko idące.

Sprawa badań płynu mózgowego w kile dziedzicznej nie doczekała się jeszcze tego opracowania, co w kile nabytej u dorosłych. Ilość spostrzeżeń z tego zakresu jest dosyć nieliczna, a i tu jeszcze uwzględniany bywa raczej wiek dzieci starszych i szczególnie dotkniętych już wyraźnemi cierpieniami układu nerwowego, (Przedpełska, Kretschmer i inni). Uderza więc mnogość dodatnich odczynów bądź znamion chorobowych. Breuer, badając płyny mózgowe u 42 dzieci z kiłą wrodzoną w wieku przeciętnie lat 8, już wyleczonych, stwierdził u 30 z nich wybitne zmiany (wzmożone ciśnienie, limfocytoza, Nonne—Appelt, Pandy i td., jedynie Wassermann ujemny). Natomiast u kiłowych niemowląt, bez względu na zabiegi lecznicze, nie wykazał żadnych zmian w płynie mózgowym Ilości tych przypadków autor nie podał. Tezner, poddawszy badaniu 16 dzieci dotkniętych kiłą w 1 r. życia, przekonał się, iż płyn mózgowy bywał zmieniony najczęściej u niemowląt starszych nad 6 miesięcy życia. U 10 z nich tj. w 62.5 % płyn przedstawiał się chorobowo, 8 razy miał odczyn Wassermanna dodatni, 5 razy pleocytosis, 5 razy Nonne-Appelt. Nie znaleziono natomiast zmian u osesków w pierwszych 2 ½ miesiącach życia. Nadmienić jednak należy, że wszystkie przypadki były przedtem poddane leczeniu swoistemu, wysypki zaś kiłowe nosiły cechy cofania się. Również stwierdził zmiany w płynie mózg. (Wassermann dodatni) Wohlwill u 3 niemowląt i Przedpełska u 6 ½ miesięcznego dziecka z nawrotem zmian skórnych (wybitna limfocytoza).

Badania płynów mózgowych u dzieci dotkniętych kiłą wrodzoną przynoszą praktyczną wartość, okazując po pierwsze, iż tkanka nerwowa zakażonego ustroju, podobnie jak inne organy, bardzo już wcześnie objęta bywa zmianami chorobowemi, a powtóre, że nawet w przypadkach leczonych bardzo energicznie neosalvarsanem i rtęcią i wyleczonych (Müller i Singer), na co wskazywałyby ujemne odczyny tak we krwi, jak w płynie mózg., przez całe lata i brak jakichkolwiek objawów klinicznych, mimo to stwierdzić można było w płynie mózg. inne zmiany chorobowe, jak wzmożone parcie, pleocytosis i td. Co gorsza, zmianom tym towarzyszyły ograniczenia inteligencji. Wedle obliczeń Breuera 39.2 % tych dzieci okazywało upośledzenie władz psychicznych.

Podobne zestawienia nasuwają poważne wątpliwości co do skuteczności naszej dotychczasowej terapji zwłaszcza w odniesieniu do układu nerwowego środkowego. Z kolei zaś rzeczy słuszną wydaje się konieczność poddania przepatrzeniu dotychczasowych zapatrywań o uleczalności kiły wrodzonej, w każdym zaś razie wykazane przez nas w tak wczesnym okresie zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym u niemowląt kiłowych wskazują na doniosłość jak najszybszego rozpoznania kiły wrodzonej, oraz na konieczność jak najwcześniejszego poddania jej energicznemu leczeniu.

Streszczenie: Układ nerwowy środkowy u niemowląt z kiłą wrodzoną już bardzo wcześnie, gdyż w okresie pierwszych zmian wysypkowych doznaje zmian chorobowych. Najczęstszym objawem zmienionego płynu jest limfocytosis (pleocytosis w wszystkich 14 przypadkach), znacznie rzadziej występują inne odczyny (Nonne-Appelt, odczyn z chlorkiem złota i td. Na 14 przypadków 6 razy). Pojawiają się one częściej dopiero w późniejszych miesiącach życia u niemowląt kiłowych.

Piśmiennictwo.

Beck przyt. przez Weigeldta. — Baron. Jahrb. t. Kind T. 69. Str. 25. — Bergel. Ergebn. f. i. Med. u. Kind. T. 20. — Breuer. D. m. W. 1921. Z. 43. — Fereira. ref. Mon. f. Kind. 1908. Str. 311. — Fleischmann. Deut. Zeitschr. f. Nerv. 1921. Str. 180. — Hirschberg. D. m. W. 1906. Str. 743. — Heine. J. f K. 1910. T. 72. Str. 334. — Japha. D. m. W. 1911. Str. 543. — Königstein i Spiegel. Zeitschr. f. d. ges. Neur. 1920. Str. 144, i Wien. kl. W. 1921. Str. 292. — Kretschmer. D. m. W. 1907. Str. 1901. — Kyrle. Uber den derzeit. Stand. d. Lehre von d. Patol. u. Ther. d Syfilis 1919. — Merzbacher przyt. przez Barona. — Nonne. Syfilis u. Nervensyst. 1921. — Plaut i Mulrer. Münch. m. W. 1921. Nr. 27. — Przedpełska. Przegląd pedjatr. 1914. T. IV. Z. 1 — Pette. Zeitsch. f. d. g. Neur. 1920. T. 62. — Ranke Neur. Zsch. 1907. Z: 3 i 4. — Steiner. przyt. przez Plauta. — Tezner. M. f. K. T. 22. Z. 1. — Tobler J. f. K. 1906. T. 64. — Weyl. J. f. K. T. 68. Z. 4. — Weigeldt. D. m. W. 1921. Nr. 27. Str. 1019. — Wohlwill przyt. przez Teznera. — Müller i Singer Arch. f. Kind T. 67 Z. 3 i 4.

Dr. Tadeusz Wretowski, major, ord. Szpit. okr. mokot. Warszawa.

Kilka słów w sprawie tegorocznej epidemji zimnicy.

(Według odczytu wygłoszonego 1/VII 1921 na posiedzeniu szpit.)

W szeregu spraw zakaźnych, spostrzeganych wśród ludności cywilnej i wojska podczas i po ukończeniu wojny europejskiej, od 2½ lat wysuwa się stopniowo na pierwszy plan zimnica, cierpienie, które w ostatnich dziesiątkach lat przed wojną spotykało się u nas w Polsce bardzo rzadko i nigdy prawie nagminnie.

Przemarsze przez nasz kraj wielkich ilości najróżnorodniejszych wojsk, pozostawanie przez czas dłuższy żołnierzy w okopach, zakładanie u nas przez Niemców specjalnych szpitali dla chorych na zimnicę (w korpusie kadetów w Warszawie, Konstancinie, Kalwarji i Nowym Sączu), przyczyniły się niezmiernie do rozpowszechnienia epidemji. Z drugiej strony ciężkie położenie ekonomiczne, zniszczenie

wielu urządzeń kanalizacyjnych i wodociągowych, zarośnięcie, zasypanie lub uszkodzenie wielu połączeń wodnych, kanałów, a nawet rowów przydrożnych, odprowadzających stojące wody, zapuszczenie wielu stawów oraz zmniejszenie się ilości ryb, wpłynęły znakomicie na nadmierne zwiększenie się ilości komarów, a w ich rzędzie specjalnie nas obchodzących widliszy. Nadto zmniejszenie się ilości bydła, (krów, koni i td.) spowodowało, że widlisze, które chętnie przebywają w stajniach i oborach, obecnie więcej napastują ludzi.

Jak wykazują dane statystyczne, przytoczone przez kol. Trenknera i Korzona (posiedzenie w Tow. Hyg. 17/VI 1921), niema u nas w Polsce obecnie takiego zakątka, gdzieby zimnica nie była notowana; wobec zaś braku planowej akcji, mającej zapobiegać wzmaganiu się zimnicy, o ile lato będzie gorące, spodziewać się można na przyszły rok jeszcze większego wzrostu epidemji. W tym roku zaczęliśmy spostrzegać zwiększającą się stopniowo ilość zasłabnięć na zimnicę od początku kwietnia, w maju nasilenie zimnicy wystąpiło tak wybitnie, że znaczna część oddziału wewnętrznego (kierownik ppułk. Dr. Bronowski) w naszym szpitalu zapełniła się chorymi zimniczymi, wobec czego wyznaczono oddzielną salę na 50 łóżek dla zimnicy, zaopatrzoną w odpowiednie siatki ochronne na okna.

Nie będę się tutaj zastanawiał dłużej nad etjologją zimnicy, jej postaciami klinicznemi, nad sprawą szerzenia się epidemji, ani podawał sposobów walki z nią. Są to rzeczy znane i w ostatnich czasach na szeregu posiedzeń specjalnych szeroko były omawiane. Zajmę się tylko stroną kliniczną cierpienia, oraz leczeniem i spróbuję zgrupować dane w tym kierunku w szeregu punktów.

Jako leczenie przyjęliśmy, opierając się na badaniach Nochta i Ochsnera, Ziemanna, Mühlensa, Wernesa oraz Hirszfelda, Janowskiego, Gluzińskiego, Korzona i in., następujący sposób podawania chininy: W ciągu 4 dni 6 proszków dz. po 0,3, następnie 2 dni 4 razy dz. po 0,3, lub w b. ciężkich przypadkach przez 6 dni po 7 proszków a 0,3, dalej 3 dni przerwy i znów 2 dni 4 razy dz. po 0,3, 4 dni przerwy, 4 dni 4 razy po 0,3, 5 dni przerwy i 2 dni 4 r. po 0,3. A zatem na okres leczenia jednego chorego wypada 16,4 chinin. mur. lub wyjątkowo 19,8. Leczenie trwa 24 dni. O ile podczas leczenia wystąpią nawroty zimnicy, wtedy zaczynamy od początku całkowite lub nieco skrócone leczenie, zależnie od stopnia nasilenia cierpienia. W połowie leczenia chininą zaczynamy podawać dla ogólnego wzmocnienia żelazo i arszenik lub też kombinację arszeniku z chininą według Aufrechta, (*Ac arsenic. 0.3, chinin. mur. 5,0, pulv. r. Liquir. 4,0, succi Liquir. qu. s. ut f. pill N. 100. D. s. 3 r. dz. po 2 pig.).*

W innych przypadkach, które stanowią zaledwie 2 do 5 % całego materjału szpitalnego, stosujemy błękit metyle nowy, modyfikując nieco metodę Wernesa, w ilości 1 grna dzień w 5 porcjach w ciągu 4—6 dni, podając go naj. chętniej w przerwach chinowych. Robimy też zastrzykiwania według przepisu Laverana (*Acid muriat. 0,5, Antipyri n. 0,3, aq. destill. 4,0*), raz dziennie śródmięśniowo w ciągu 5 do 7 dni.

Poczynając od drugiej połowy leczenia, to znaczy najmniej po dwóch tygodniach po ostatnim napadzie, w celach prowokacyjnych stosujemy zimne kąpiele lub prysznic w ciągu 5 minut jednorazowo lub przez parę dni z rzędu, naprzemian z naświetlaniami słonecznemi w godzinach południowych, wysiłki fizyczne, bieganie po schodach, jak również zastrzykiwanie wyjałowionego mleka (5—10 gr.) lub adrenaliny (1 gr.). Obecnie mamy zamiar, stosownie do zaleceń Aladasa Henszelmana, wypróbować benzol po 0,1 do zastrzykiwania.

Dotychczas nie mieliśmy przypadku (na 200 chorych), aby tak prowadzone leczenie zawiodło. Chorzy po wypisaniu z oddziału otrzymują polecenie przyjmowania w domu jeszcze w ciągu dwóch tygodni jednego proszku chininy po 0,5 na noc co drugi dzień dla podtrzymania działania chininy.

Tego rodzaju leczenie, jako nietrwające zbyt długo, nie wywołuje zarówno przyzwyczajenia się pacjenta do działania chininy, jak również nie zdąży uodpornić pasorzytów zimniczych przeciwko działaniu chininy. Nasycenie organizmu ludzkiego chininą w ilości stosowanej przez nas okazało się w znakomitej większości przypadków wystarczające dla zapobieżenia nawrotom zimnicy, co się równa wyleczeniu zimnicy. Pod wyleczeniem bowiem zimnicy rozumiemy wyleczenie w sensie klinicznym, gdy chorzy najmniej od dwóch tygodni nie mają nietylko napadów zimnicy, ale nawet najmniejszych podniesień ciepłoty, przy braku plasmodjów we krwi, badanej kilkakrotnie po zastosowaniu środków prowokacyjnych. O wyleczeniu zimnicy doszczętnem za pomocą t. zw. *sterilisatio magna* organizmu, podobnie jak o całkowitem wyleczeniu przymiotu, mówić stanowczo jeszcze nie można, gdyż nie mamy dotychczas takiego sprawdzianu, któryby stanowczo świadczył o wyjałowieniu organizmu zupełnem. Sądzę, że dla zimnicy dopiero brak nawrotów w ciągu kilku lat może pozwolić myśleć o zupełnem wyleczeniu.

Ze spostrzeżeń nad obecnem nasileniem epidemji zimnicy wyprowadzić można do obecnej chwili szereg następujących spostrzeżeń i wniosków.

Jak dotychczas, mamy do czynienia wyłącznie z postacią trzeciaczkową zimnicy o przebiegu niezbyt ciężkim. Innych pasorzytów zimnicy w pracowni naszego szpitala (kierownik mjr. lek. Modrzewski) nie wykryto.

Nawet u chorych, którzy po raz pierwszy zapadli na zimnicę na froncie włoskim (nad Piawą), w Albanji, na Kaukazie, nawet w Afryce, jeden w Colombo, obecnie wykryte plasmodje są typu *pl. tertianae.*

Zimnica występuje jako typowa trzeciaczka, czasem jednak mamy do czynienia z dwoma cyklami (rzadziej więcej) rozwoju pasorzytów zimnicy i wtedy napady zimnicze występują codzień, a nawet mieliśmy możność spostrzegania kilkakrotnie dwóch napadów w ciągu doby.

W szpitalu mamy najmniej jeden napad, rzadziej dwa, a już bardzo rzadko więcej napadów, niejednokrotnie chorzy w szpitalu wcale już napadów nie mają, natomiast nieraz bywa kilka niewielkich podniesień ciepłoty z gorszem samopoczuciem, bólem głowy lub ogólnem niedomaganiem, jako wyraz niepełnego ataku zimnicy.

Bardzo ważne jest, szczególniej w pierwszym tygodniu choroby, aby pacjent, przyjmując chininę, pozostawał w łóżku, gdyż ruch i wogóle wszelkie wysiłki fizyczne, a nawet umysłowe wpływają ujemnie na przebieg leczenia. Widziałem wielu żołnierzy, leczonych ambulatoryjnie w swych oddziałach, gdzie nieraz, mimo dosyć intenzywnego leczenia chininą, napady nie ustępowały i dopiero po zatrzymaniu chorego w łóżku następowała szybko poprawa.

Plazmodje zimnicy w początkach choroby można wykryć najczęściej niezależnie od podawania chininy.

Niejednokrotnie znajdowano pasorzyty zimnicy we krwi chorych nie mających od dłuższego czasu ani napadów, ani podniesień ciepłoty (przenosiciele zarazy). Najczęściej wtedy mamy postacie stare (gamety).

Po zastosowaniu prowokacji często znaleźć można na nowo we krwi pasorzyty o całą dobę lub dwie wcześniej, niż wystąpi napad zimniczy.

Znakomita większość obecnych przypadków zimnicy to nawroty dawnego cierpienia, które trwa rok, dwa lub więcej.

Pewną część świeżych przypadków powiązać można z upałami, które panowały u nas w końcu maja b. r., znaczną większość zaś etjologicznie połączyć można z rokiem przeszłym, — zimnica jednak istniała do obecnego pojawienia się napadów w postaci utajonej lub też pierwotnie dała tak znikome objawy, że chorzy nie zwrócili na nią uwagi, ewentualnie przed rokiem nie była rozpoznaną jako zimnica.

W ciągu 2½ lat spostrzegaliśmy w szpitalu Okręgowym Mokotowskim z górą 600 przypadków zimnicy i, jak dotychczas, nie widzieliśmy ani jednego przypadku charłactwa zimniczego, bardzo zaś rzadko wybitne stopnie niedokrwistości.

Śledziona bywa zwykle umiarkowanie powiększona,

najczęściej zaledwie macalna, rzadziej powiększona w dół o jeden do dwóch palców, górna granica podniesiona o jedno żebro. Badanie chorych w pozycji na boku z podniesioną prawą ręką na głowę, lewą zaś opuszczoną wzdłuż ciała nieraz ułatwia wyczucie śledziony. Zwraca uwagę stała bolesność w okolicy śledziony i klatki piersiowej na wysokości 9—11 żebra zarówno przy macaniu jak i przy opukiwaniu.

Nieraz chorzy sami uskarżają się na żywy ból w dolnej części klatki piersiowej z lewej strony przy ruchach lub oddechu, co może być powodem omyłki rozpoznawczej (jak np. zapalenie opłucnej)

Język podczas zimnicy, nawet w okresie ostrych napadów, bywa zwykle zupełnie normalny (wilgotny, czerwowy), co może być ważną wskazówką rozpoznawczą przy różniczkowaniu zimnicy i durów.

Zwróciliśmy uwagę na mały odsetek powikłań: najczęściej jeszcze spostrzegaliśmy wypryski na wargach lub nosie, czasem nieżyt oskrzeli, kilkakrotnie wzmożoną wrażliwość w okolicy ślepej kiszki, wymioty, biegunki, krwawienia z nosa; parę razy żółtaczkę o typie nieżytowym i lekkim przebiegu; względnie częściej bóle w kończynach, stawach lub mięśniach.

Ze środków prowokacyjnych na pierwszem miejscu należy postawić adrenalinę, następnie mleko, wysiłki fizyczne i w końcu zimne kąpiele powtarzane kilkakrotnie. Po adrenalinie i rzadziej mleku występuje w trzeciej części przypadków bądź atak, bądź tylko podniesienie ciepłoty na drugi lub trzeci dzień z poprzedzającem zjawieniem się ponownem plasmodjów we krwi.

Łatwe nawroty zimnicy po upływie paru tygodni do dwóch miesięcy, o ile leczenie było prowadzone niedostatecznie: podawanie zbyt małej ilości chininy, zbyt krótki okres leczenia, zły gatunek chininy. Chinina poznańska, pochodzenia niemieckiego z r. 1918, w pastylkach, działa przynajmniej o 50% słabiej. Najczęściej wtedy występowały nawroty przy końcu urlopów, związane nieraz z różnemi nadużyciami ze strony chorych na chwilowej wolności.

Zaznaczyć należy, że przy stosowaniu dużych dawek chininy o stałych porcjach (po 0,3) nigdy nie widziałem niepożądanego ubocznego działania lub zbyt silnego odczynu organizmu.

Małe ilości chininy (0,05 - 0,1) służą nieraz jako środek prowokacyjny, wywołując czasem nawroty zimnicy. Spostrzegałem fakt taki dwukrotnie. Covi stosował podobny sposób prowokacji w armji włoskiej.

Nieraz uporczywy brak poprawy zimnicy tłómaczyć można nie odpornością pasorzytów przeciw działaniu chininy, względnie błękitu metylenowego, a brakiem zrozumienia u niektórych chorych potrzeby przyjmowania pełnej ilości przepisanych lekarstw.

Jako siedlisko zarazy w Warszawie i okolicy uważać należy: lotnisko w Mokotowie, koszary łazienkowskie, Powązki, Cytadelę i Jabłonną — stąd bowiem otrzymywaliśmy większość chorych. U innych, chorujących po raz pierwszy, w wywiadach odnotowywaliśmy pobyt przed rokiem w błotach Pińskich, nad Bugiem, Berezyną, pod Kijowem, na Kaukazie itp.

Przy badaniach laboratoryjnych daje się zauważyć: brak uchwytnych zmian w preparatach drobnowidowych krwi co do ilości płytek Bizzozera; stale zwiększoną ilość limfocytów (najczęściej 35—42%); nieco zwiększoną ilość postaci przejściowych (6—9%); brak wybitniejszych odchyleń co do własności barwikowych czerwonych ciałek krwi, przy niezbyt wielkiem najczęściej zmniejszeniu ich liczby (3,500.000—4,500.000).

Odczyn Wassermanna, wykonywany w różnych okresach zimnicy, a więc przed, w czasie i po napadzie zimnicy, zarówno jak przed, w czasie i po leczeniu chininą, stale dawał wynik ujemny. Wynik dodatni otrzymywaliśmy tylko wtedy, gdy w wywiadach u chorego była niewątpliwa kiła, najczęściej niedostatecznie leczona.

Dotychczasowe w niewielkiej jeszcze ilości przeprowadzone badania nad obecnością w moczu urobiliny nie pozwalają wyciągnąć ściślejszych wniosków, brak bowiem odczynników dla dokonania odczynu aldehydowego na urobilinogen pozbawia nas możności przeprowadzenia prób w tym kierunku. Autorowie niemieccy (z pracy Morawitza) zwrócili uwagę na brak zapadnięć na zimnicę u chorych, którzy przebyli świeżo leczenie przeciwprzymiotowe wlewaniami salwarsanu lub neosalwarsanu. Stąd też stosowano salwarsan w leczeniu zimnicy. Stoi to w sprzeczności z naszemi spostrzeganiami, mamy bowiem trzy przypadki, gdzie jeden chory podczas leczenia salwarsanem po czterech wlewaniach w tydzień dostał pierwszego napadu zimnicy; drugi dostał na trzeci dzień po trzeciem wlewaniu i trzeci w miesiąc po skończonem leczeniu. Podkreślić należy, że zakażenie nie mogło nastąpić w tych przypadkach w tym roku, gdyż chorzy od końca kwietnia przebywali w szpitalu wenerycznym. W zeszłym zaś roku jeden z nich przebywał na froncie ukraińskim, gdzie jak twierdzi, nie miał zupełnie napadów zimnicy nawet w postaci szczątkowej; drugi zaś, rok temu był na froncie małoruskim. Leczenie salwarsanowe w danych przypadkach nie zdołało zapobiedz wybuchowi utajonej zimnicy, a przeciwnie salwarsan wystąpił, być może, nawet jako prowokator.

Podobnież rtęć, nie mając wpływu leczniczego na zimnicę, może zapewne sprowadzić nawrót zimnicy, o czem świadczy przypadek kiły leczony swoiście rtęcią, gdzie przy końcu leczenia wystąpiła zimnica. Zwolennicy leczenia zimnicy salwarsanem (Mühlens - Verner) zalecają podawanie jednocześnie przy wlewaniach salwarsanu, chininy. Metoda ta ma dawać specjalnie dobre wyniki przy trzeciaczce. Przy tak postawionem leczeniu nie mamy żadnego sprawdzianu, czy salwarsan ma jakikolwiek wpływ leczniczy na zimnicę; sądzę, że raczej wtedy mobilizuje on zarówno plazmodje jak i istoty obronne organizmu.

Spostrzeżenia nasze zgadzają się zupełnie ze spostrzeżeniami Munka, Mühlensa i Wernera: mianowicie widzieliśmy większe nasilenia zimnicy w końcu maja i pierwszych dniach czerwca; od tego czasu do obecnej chwili (sierpień) mamy wyraźne zmniejszenie zachorzeń. Schorzenia majowe są spowodowane bądź nawrotem dawniejszego cierpienia, bądź wystąpiły jako zakażenia świeże, skutkiem kąsania widliszyc, które w sprzyjających warunkach przezimowały.

Ponowne nasilenie zimnicy, a specjalnie świeże zasłabnięcia, spodziewane w drugiej połowie lipca łącznie z rozwojem drugiego pokolenia komarów, nie wystąpiło, co tłómaczyć można tem, że jednak olbrzymia większość naszych komarów nie jest jeszcze zakażona zimnicą; suche zaś lato wpływa na wybitne zmniejszenie się ilości komarów.

Osobiście miałem możność spostrzegania olbrzymich ilości komarów w drugiej połowie maja i w pierwszych dniach czerwca nad brzegami Wisły podczas panujących wtedy upałów. Śród tych komarów widziałem wiele widliszy. Zarówno mnie jak i towarzyszy moich wieczornych wycieczek gryzły wielkie ilości komarów, mając łatwy dostęp do ciała, dzięki kostjumom sportowym; nikt z nas jednak na zimnicę nie zachorował, jak również nie zachorował nikt z członków klubu wioślarskiego, ani służby, spędzającej cały czas łącznie z rodzinami nad wodą. Świadczyć to może, że młode pokolenie widliszy w okolicach Warszawy nad Wisłą nie jest jeszcze zakażone.

Ostatnio skróciliśmy leczenie do dwóch tygodni dla tych, którzy podczas pobytu na oddziele nie mieli ani jednego napadu zimnicy lub tylko jeden w okresie pierwszej doby i przytem nie mieli ani razu szczątkowych napadów w postaci niewielkich podniesień ciepłoty. U tej kategorji chorych już po kilku dniach leczenia plasmodjów we krwi wykryć nie można, wszelkie zaś metody prowokacyjne pozostają bez skutku. Tacy chorzy kończą leczenie w domu według danych im wskazówek,

Co się tyczy wskazań odnośnie do zapobiegania szerzeniu się zimnicy, uważamy za najważniejsze wypisywanie żołnierzy dobrze wyleczonych, bezwarunkowo nie mających plazmodjów we krwi i zawsze po zastosowaniu prowokacji. W miejscowościach zaś obfitujących w komary ludzie winni

zaprzestawać pracy na godzinę przed zachodem słońca, zaczynać zaś nie wcześniej jak w godzinę po wschodzie słońca, gdyż widlisze najchętniej i prawie wyłącznie kąsają w nocy. Sypiać w lokalach zamkniętych lub posiadających siatki ochronne w oknach. Wieczorem wypędzać komary z pokojów lub rozpylać w mieszkaniach zwykły proszek perski, poczem można rano zamieść uśpione lub nieżywe komary.

Prof. Browicz. Kraków.

W sprawie zmian pozimniczych.

W numerze 8—9 »Gazety Lekarskiej« z r. 1921 znajduje się referat p. Dr. Paszkiewicza o zmianach anatomicznych w zimnicy, do którego dodaję następujące uwagi:

W r. 1875 opracowałem temat o zmianach pozimniczych w wątrobie, śledzionie i szpiku kostnym. Publikacja ta młodzieńcza ukazała się podobnie, jak pierwsza moja publikacja, dotycząca mikrobu tyfusowego, w »Rozprawach« młodocianej wówczas naszej Akademji umiejętności (1876), obie publikacje tylko w polskim języku.

Stwierdziłem wtedy na materjale charłaczym pozimniczym, co w końcu roku 1874 (Virchowa Archiwum t. 61) Arnstein podał, — stały udział szpiku kostnego w zmianach pozimniczych. Nadto, zanim odkryto pasorzyta zimniczego, nagabującego krwinki czerwone, wypowiedziałem wówczas pogląd zgodnie z Arnsteinem, że wszystko »przemawia za pierwotną zmianą krwi, a względnie ciałek krwi czerwonych i następowem dopiero uwiązaniem barwika pochłoniętego przez ciałka białe krwi w rozmaitych a mianowicie w trzech głównie narządach, w wątrobie, śledzionie i szpiku kostnym«. Wypowiedziałem ten pogląd w czasie, gdy jako źródło barwika uważano wybroczyny w różnych tkankach powstające.

Nadto podałem w tej publikacji szczegół ważny ze względu na zdarzające się w toku zimnicy przypadki ślepoty chwilowej, iż mikroskopowo stwierdziłem zatory barwikiem naczyń siatkówki, co podówczas nie było jeszcze stwierdzone. W przypadku, w którym to stwierdziłem, znajdował się barwik pozimniczy w naczyniach w białokrwinkach, a może w pasorzycie zimniczym, którego, ani sposobu wszczepiania go, wówczas nie znaliśmy. Naczynia siatkówki były zatorowane barwikiem pozimniczym.

Obecność barwika w naczyniach krwionośnych w zwłokach z charłactwem pozimniczem, bo taki był mój materjał badawczy, podówczas bardzo częsty, wskazuje, że istniał nawrót zimnicy bezpośrednio przed śmiercią, czy wskutek ponownego wszczepienia pasorzyta z zewnątrz, czy wskutek uruchomienia, ponownego wprowadzenia pasorzyta do krwi ze składów, w których, podobnie jak mikroby, jak to dzisiaj wiemy, tkwić mogą w organizmie utajone ale żywotne, działalne pasorzyty zimnicze. Uruchomiania w różny sposób wywoływanego używa się dzisiaj w celach rozpoznawczych i leczniczych zimnicy utajonej.

W każdym przypadku, gdy nasuwa się podejrzenie co do zimnicy złośliwej, czy charłactwa pozimniczego, należy w zwłokach badać także szpik kostny, gdyż nie w każdym przypadku we wszystkich narządach, w których zwykł się składać barwik pozimniczy, zmiana barwy narządu, szara, łupkowa, równie jest wyraźna.

Dr. Tadeusz Bal, kierownik Szpitala pow. Łask.

Pęknięcie śledziony podczas napadu zimnicy.

Artykuł kol. Janusza w Nr. 10. »Polskiego Czasopisma Lekarskiego« »W sprawie mechanizmu pęknięcia śledziony« przypomniał mi ciekawy przypadek, którego dotąd nie ogłosiłem.

Jesienią roku 1919 przywieziono na mój oddział chirurgiczny szpitala wojskowego w Wadowicach chorego szeregowca z oddziału wewnętrznego tegoż szpitala, umieszczonego czasowo w klasztorze, o 1·5 km. od budynku głównego.

Wywiady stwierdziły, że od miesiąca powtarzają się u chorego ataki zimnicy nabytej w r. 1918 na froncie albańskim. Przed kilku godzinami miał silny napad dreszczy zimniczych, wśród których rzucał się po łóżku. Badanie wykazało objawy krwiotoku wewnętrznego i dało wskazanie do zabiegu chirurgicznego.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdziłem znaczny krwiotok, pochodzący z pęknięcia śledziony w okolicy wnęki. Śledzionę usunąłem, chory jednak zmarł po 1 godzinie od wykonania zabiegu chirurgicznego. Śledziona była znacznie powiększona, wiotka, pęknięcie drążyło w głąb miąższu i powstało, według wywiadów, w łóżku, przed paru godzinami (2—3 godz.); spowodowane tylko rzucaniem się w dreszczach.

Docent Dr. Brudzewski. Kraków

O rzadkich postaciach niedowidzenia połowiczego.

(Dokończenie).

Te ubytki mogą się zjawiać jako jedyne zmiany w polu widzenia, ale także jako zupełnie odosobniony i samoistny objaw schorzenia ośrodkowego, bez równoczesnych porażeń połowiczych, afazji, itd. Ubytki są zwykle bardzo małe, bezwzględne, występują nagle i równocześnie w obu oczach, są ułożone albo po lewej, albo po prawej stronie południków pionowych pól, w obrębie pola mniej więcej w promieniu 10^0 dookoła punktu fiksacyjnego położonego, do którego sięgają zazwyczaj wązkim zębem. Wielkość ich waha się około 3^0 do 5^0 średnicy i jest na obu oczach identyczna, jeżeli odpowiedzi badanego są istotnie dokładne. Powodem ich zjawienia się są zazwyczaj maleńkie zakrzepy w korze wzrokowej, ale może je wywołać także uraz w potylicę, jak tego dowodem są doświadczenia ostatniej wojny.

I właśnie uraz, choć nie wojenny, pozwolił na dokładne oznaczenie topograficzne miejsca, gdzie się znajduje ośrodek związany z czynnością plamki żółtej. Przebicie czaszki w okolicy potylicy, nieco po stronie lewej od linji środkowej ciała w okolicy, odpowiadającej tylnemu biegunowi mózgu, gwoździem spadającej rolety, który wbił się w korę mózgową, nie wywołało żadnych innych trwałych objawów mózgowych, jak tylko ubytek (*scotoma*) równoimienny połowiczy po stronie prawej w obu polach widzenia i zajmujący tylko dolną część centralnego obszaru pola widzenia. Ubytek dosięgał w przypadku tym tylko jednym rogiem punktu fiksacyjnego i pozostał już niezmieniony i bezwzględny, jako zmiana trwała. Przypadek ten dowodzi istotnie, że plamka żółta ma w korze miejsce wyłącznie jej odpowiadające i że leży ono, jak dowodzi rana w tylnym biegunie mózgu, sięgając na jego wypukłość.

Ale ubytek połowiczy może zjawić się i trwać nietylko jako zmiana stała bez następstw; albowiem jego zjawienie się może być również zwiastunem późniejszego większego ubytku połowiczo-równoimiennego, jak to objaśni następująca krótka historja choroby.

A. G., lat 55, zjawił się 28 kwietnia 1917 roku, podając, że okularami, które dotychczas były dobre, nie może od dni kilku czytać.

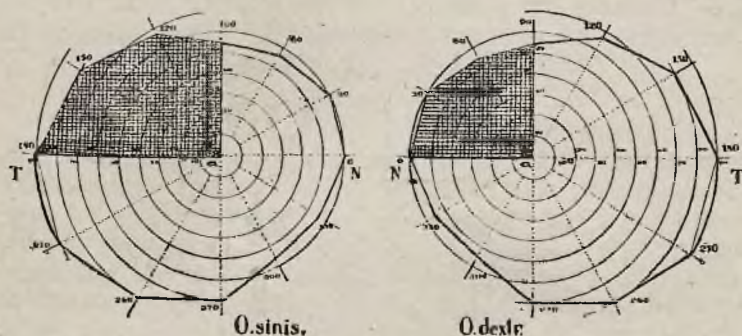
Wobec bystrości $V = {}^6/_6$ na obu oczach i zupełnie prawidłowego obrazu dna oka wykazał perymetr połowiczo-równoimienny ubytek centralny (scotoma) maleńki, bezwzględny i bardzo ostro ograniczony, kształtu trójkątnego, sięgający kątem do obu punktów fiksacyjnych, 3^0 długi, leżący po lewej stronie południka pionowego. 13/7 1917 zjawia się A. G. powtórnie i podaje, że przed kilku tygodniami miał zawrót głowy i nudności, i że czytanie stało się jeszcze trudniejsze, ale i na ulicy nie zawsze może rozpoznać znajomych.

Liczne zranienia mózgu w ostatniej wojnie zwiększyły ilościowo bardzo skromne dotychczas opisy ubytków połowiczych pochodzenia ośrodkowego.

Znajdowano je tylko po zranieniach najbardziej ku tyłowi leżących potylicznej części mózgu. Te doświadczenia wojen. potwierdzają przypuszczenia, że ośrodek dla plamki żółtej należy istotnie lokalizować w tylnym biegunie płata potylicznego mózgu.

Ale rany postrzałowe głowy wywołały jeszcze i inne niesłychanie dotychczas rzadkie ubytki pola widzenia, które ze swej strony przyczyniły się do utrwalenia tezy jak najściślejszej lokalizacji w zakresie ośrodka wzrokowego w szczeli-

nie ostrogowej i tylnym biegunie mózgu, bronionej przeciw Monakowowi przez Wilbranda, Uhthoffa, Lenza, Henschena i i. I śmiało można wraz z nimi nazwać korę wyścielającą szczelinę ostrogową wprost siatkówką korową. Jeżeli rana postrzałowa raniła tylną część mózgu tylko po jednej stronie linji środkowej ciała, to zjawiała się hemianopsja równoimiennie w polu widzenia po stronie przeciwnej, typowa lub nie, zupełna lub nie, zależnie od wielkości zniszczonego obszaru kory lub promieniowania wzrokowego,



Ryc. 2.

I tym razem $V - {}^6/_6$ na obu oczach, ale w polu widzenia zamiast ubytku centralnego wykazać można typową hemianopsję kwadrantową lewą górną, w której obrębie ubytek ów zginął. Ryc. 2, litera a oznacza w niej miejsce i kształt pierwotnego ubytku (scotoma), a ubytki równoimiennej częściowej hemianopsji (kwadrantowej) lewej, które się następowo zjawiły są zakreskowane.

a ubytki nie przekraczały południka pionowego, a zatem nie wchodziły na połowy widzące. Jednakże rany biegnące skośnie, albo poprzecznie, tj. w płaszczyźnie czołowej, mogą dotknąć obie półkule, a tem samem oba ośrodki: jedna i ta sama rana wywołać może zatem ubytek w polu nietylko obustronny, tj. na obu oczach, ale będzie on zajmował pole po obydwu stronach południka pionowego, i to albo w dolnych, albo w górnych połowach pól obu oczu, jako hemianopsja inferior lub superior (*horizontalis*). Powstania takich zmian nie można sobie inaczej wytłumaczyć jak tylko schorzeniem obydwu dolnych, albo obydwu górnych połów szczeliny ostrogowej. W hemianopsji dolnej możemy sobie wyobrazić, że cały ten ubytek składa się z dwu hemianopsji kwadrantowych równoimiennych, tj. że odpadły oba kwadranty dolne prawe i oba kwadranty dolne lewe. Aby się to mogło zdarzyć, muszą być schorzałe sklepienia, t. j., górne połowy szczeliny ostrogowej w obu półkulach mózgowych.

Oczywiście takie same ubytki mogłyby i musiałyby powstać po symetrycznem zranieniu obu promieniowań wzrokowych obu ciałek kolankowatych lub obu przewodów wzrokowych. Ale rany podobne musiałyby tak wiele innych dróg nerwowych ważnych dla życia po drodze zniszczyć, że człowiek skaleczeń tych nie mógłby przeżyć.

Istotnie hemianopsje poziome spostrzegano tylko przy zranieniach potylicy i wszystkie one przedstawiały hemianopsje dolne. W całej literaturze wojennej znany jest tylko jeden przypadek, opisany przez Uhthoffa hemianopsji górnej. Bo, aby ubytek ten powstał, musi być zranioną dolna połowa szczeliny ostrogowej; pocisk biegnąć musi wtedy tak blizko głównych zatok żylnych i móżdżku, że wyjątkowo tylko ich nie rani, a rana tych części układu nerwowego jest śmiertelna, stąd brak hemianopsji górnych w opisach. Oczywiście w ten sam sposób wytłumaczyć się daje powstanie ubytków centralnych, leżących po obu stronach południka pionowego. Dowodzą one również, że ośrodek dla całej plamki żółtej nie jest położony w górnej półkuli mózgowej; pole centralne nie jest więc wyjęte z reguły ogólnej i trzeba je lokalizować tak, jak resztę pola.

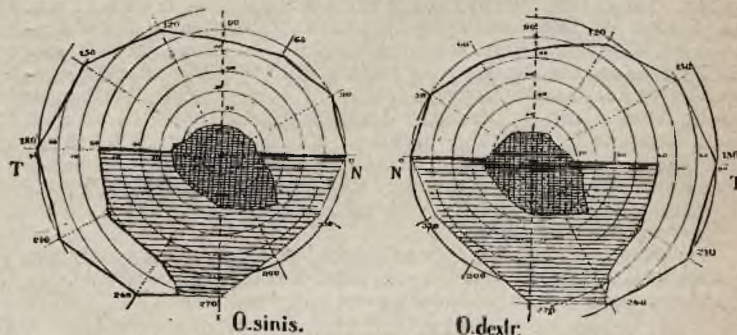
Jeszcze przed wojną, w roku 1914, Barbazan, opierając się na materjale klinik paryskich, doszedł do przekonania, że hemianopsja pozioma jest zmianą wojenną, a niewątpliwie przyszła wojna wykaże, że tylko hemianopsja dolna będzie częsta, bo rana, któraby mogła wywołać hemianopsję górną będzie śmiertelną. Wojna europejska w całości potwierdziła jego zapatrywanie. Tych hemianopsji poziomych dotychczas nie stwierdzono nigdy jako następstwa zakrzepu albo zatoru: aby ją wywołać, musiałoby bowiem ognisko chorobowe usadowić się albo w obu półkulach mózgowych, albo w dalszych drogach wzrokowych i to równocześnie i symetrycznie, albo też z jednej strony dotknąć dróg wzrokowych, a z drugiej strony korę potylicy równocześnie! Symetrja i równoczesność podobna jest mało prawdopodobna i istotnie dotychczas nie były nigdy stwierdzoną.

W roku ubiegłym miałem jednak sposobność spostrzegać wspólnie z Doc. Dr. Borowieckim na oddziale chorób nerwowych szpit. św. Łazarza niesłychanie rzadki przypadek nagłego pojawienia się hemianopsji poziomej u młodego człowieka, bez zranienia wojennego potylicy, powstały z powodu przyczyny całkiem niezwykłej.

S. C., lat 22, operowany dnia 2/7 1921 z powodu uwięźnięcia przepukliny pachwinowej w uśpieniu eterowem. Pod koniec operacji ciężka, bo około pół godziny trwająca asfiksja, na drugi dzień chory niezupełnie przytomny i niespokojny. Silne wymioty i ślepota obu oczu! 4/7 wzrok powraca, ale choremu ciągle się przed oczami miga (*Scotoma scintillans?*), przytem mowa utrudniona o typie opuszkowym i ból potylicy głowy. Dnia 6/7 chory wypadł z łóżka (niespokojny), poczem na drugi dzień powtórnie wystąpiła ślepota. Badanie wziernikiem wykazało zupełnie prawidłowe dno oczu. Aż do dnia 16/7 chory jest niespokojny, nie widzi i źle mówi. 17/7 wraca poczucie światła, a dopiero w miesiąc później, tj. w połowie sierpnia zauważył chory, że widzi większe przedmioty, oraz barwy, jednakże tylko wtedy, gdy znajdują się w górze. Chód o typie bezładu móżdżkowego, mowa ciągle opuszkowa.

Doc. Dr. Borowiecki stwierdził wtedy poziomą hemianopsję dolną na obu oczach. Gdy 2/10 1920 chorego poraz pierwszy badałem, stwierdziłem brak wszelakich zmian na dnie oka. Chory widzi źle, bo zaledwie liczy palce do 1 mtr., jednakże tylko górną połową pól widzenia i aby je zobaczyć, albo gdy się porusza, patrzy stale w dół, by w ten sposób nastawić dolne widzące połowy siatkówek na przedmiot uwagi. Oznaczenie obszaru pola widzenia na perymetrze, bardzo trudne wobec ekscentrycznej i niepewnej fiksacji, wykazało istotnie bezwzględną i zupełną hemianopsję poziomą dolną na obu oczach, przyczem i w górnej połowie pól widzenia wypadł zupełnie obszar okolicy plamki żółtej sięgając do 12° promienia od punktu fiksacyjnego ponad południk poziomy, zatem duży ubytek centralny.

Powtarzane stale co kilka tygodni badania pola widzenia wykazały, że stan ciągle się poprawia. Mianowicie na obwodzie obu pól zaczynają się wyjaśniać skroniowe odcinki (Rycina 1. BCDB i B,CD,B,) które zwolna tak objęły czynność, że sam chory podał, iż znacznie lepiej orjentować się może przy chodzeniu. Również ubytek bezwzględny dolnej połowy zaczął zwolna tracić swe wysycenie; znaczki perymetr. 10° mm białe zaczęły oczy w dolnej połowie pola rozpoznawać i tylko ubytek centralny nie zmienił się i został stale bezwzględnym.



Ryc. 3.

Wynik ostatniego badania pola z dnia 18/9 1921 r., zatem w 14 miesięcy po oślepnięciu przedstawia rycina 3. Dno oka bez zmian. Bystrość wzroku 2/60 ekscentrycznie, barwy rozpoznaje dobrze w górnej połowie pól. Ślad mowy opuszkowej i bezładu móżdżkowego.

Przypadek ten jest ze wszech miar zjawiskiem odosobnionem, nietylko z powodu hemianopsji poziomej, ale i jej etiologji. Nagłą ślepotę musi się uważać za następstwo asfiksji. Podczas tak długiej asfiksji, przy dobrze bijącem sercu, krew do mózgu dopływa dobrze, natomiast z powodu nizkiego ułożenia głowy i niedostatecznego odpływu krwi żylnej, z powodu jej wadliwej aspiracji przy oddechu, musiało w najniższem miejscu głowy powstać silne przekrwienie bierne. A że

najniższem miejscem w tem położeniu głowy jest okolica tylnego bieguna sklepienia, tj. górnej powierzchni szczeliny ostrogowej, więc wobec przepełnienia naczyń powstała tam wybroczyna zrazu mała, która jednak 3-go dnia się powtórzyła. Dotknęła ona obie części potyliczne mózgu symetrycznie, inaczej bowiem jak tylko przez schorzenie górnych części obu szczelin ostrogowych tej hemianopsji dolnej wytłumaczyć sobie nie można. Że zaś bieguny tylne leżą najniżej, więc i tam wybroczyna była najsilniejsza, stąd te dwa centralne ubytki. Zdjęcie pola centralnego, wykonane sposobem Bierum'a (projekcja na ścianę z odległości 1 metra małemi znakami 10 mm), wykazało identyczną wielkość ubytków środkowych dla obu oczu. Rycina 3 bardzo wyraźnie okazuje, jak symetrycznie ten ubytek jest ułożony po obu stronach południka pionowego, przyczem i jego charakter hemianopsji jest zachowany.

Dalej potwierdza ten przypadek, że ośrodki części obwodowych pól widzenia leżą istotnie na obwodzie reszty kory wzrokowej. Przemijające zniesienie ich czynności było objawem sąsiedzkim, wywołanym czy to obrzękiem obocznym, czy uciskiem krwi wylanej, dlatego wyjaśniły się pierwsze i wyjaśniły się zupełnie. Objawy mowy opuszkowej i bezładu móżdżkowego można wytłumaczyć równolegle powstałem równoczasowem ogniskiem w móżdżku albo rdzeniu przedłużonym; w przebiegu hemianopsji zdarzają się objawy móżdżkowe, wybroczyny do szczeliny ostrogowej tego nie powodują.

Ubytek centralny całego obszaru plamki żółtej jest niesłychanie rzadkiem zjawiskiem, a znany jest tylko jeszcze jeden jedyny, podobny do naszego przypadek, opisany po wojnie rosyjsko-japońskiej przez japończyka Inouye. Tam jednak przyczyną była rana potylicy, zadana pociskiem karabinowym, obwodowe półksiężyce nie były zachowane, a hemianopsja dolna była i została zupełną i bezwzględną. W naszym przypadku pole widzenia przedstawiając równocześnie trzy rzadkie postacie niedowidzenia połowiczego, potwierdza tezę o ścisłej lokalizacji ośrodka wzrokowego w korze mózgowej potylicznej części mózgu, tezę Wilbranda contra Monakow. Równocześnie przypadek ten jest przykładem etjologji niedowidznia połowiczego, dotychczas nie znanej.

Piśmiennictwo. *)

Abelsdorf. Klin. Monatsbl. f. Aug. 1916. Beiderseitige centrale Skotome. — Axenfeld. Klin. Monatsbl. f. Aug. 1915. Hemianop. Gesichtsfeldstörung nach Schädelschuss. — Barbazan. These de Paris 1914. Les hemianopsies dans les traumatismes. — Behr. Klin. Monatsbl. f. Aug. 1916. Die homon. Hemian. m. einseitigem Defekt. — Fleischer. Heidelberger Bericht 1916. Uber den Ausfall des sichelförmigen Aussentheils ect. — Fleischer. u. Endinger. Klin. Monatsbl. f. Aug. 1920. Homonyme Hemian. Gesichtsfeldstörung nach Schädelschuss. — Henschen. Spez. Sympt. u. Diagnostik der Sehbahnaffectionen. — Lewandowski. Handbuch der Neurolog. 1912. — Inouye. Sehstörung nach Schädelverletzung. Leipzig 1909. — Szily. Atlas der Kriegsaugenheilkunde I. Stuttgart 1916. — Uhthoff. Heidelberger Bericht 1916. Uber d. Verletz. des Sehzentrums. — Uhthoff. Graefe Sämisch. Handb. der Gesamt. Augenheilk. 1902. II Aufl. Band. XI. — Wilbrand. Verletzung. der Sehbahn. Wiesbaden 1918. — Wilbrand. Neurolog. des Auges Wiesbaden. 1917. VII. Band.

*) Piśmiennictwo tego przedmiotu jest olbrzymie, ograniczam się więc tylko do najważniejszych prac, które są w bezpośrednim najściślejszym związku z omówionym tematem.

Z praktyki.

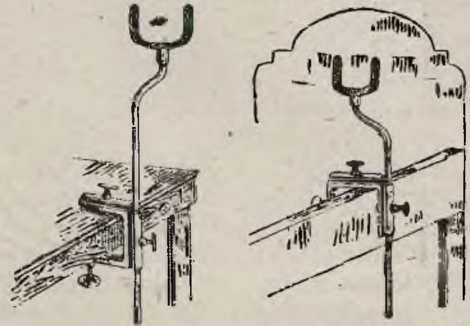
Dr. Eugeniusz Waygiel, asyst. kliniki. Lwów.

Model przenośnych trzymadeł do nóg.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K
Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

Zasadniczą cechą tego modelu jest klamra z dwiema rurami, zaopatrzonemi w śruby do ujęcia i ustalenia właściwych trzymadeł. Rury te na zewnętrznych powierzchniach dwóch ramion klamry umocowane są pod kątem prostym do siebie; wobec tego można przytwierdzić klamrę jużto do stołu jużto do boku łóżka, a trzymadła w obu razach będą w tej samej płaszczyźnie pionowej — jak to z ryciny wynika.

Klamry od strony wewnętrznej opatrzone są w płytki gumowe dla ściślejszego przylegania do gładkiej powierzchni (n. p. politurowanej), a zarazem i nie rysowania tejże. Przy zastosowaniu klamer do boków łóżek żelaznych należy umieścić deszczułki dla wyrównania grubości ścian boków w stosunku do ich grzbietu, lub dla wypełnienia przestrzeni drabiniastych boków łóżka. Kabłąki trzymadeł powleczone skórą dają się odjąć od prętów żelaznych, na które nasadzone są zapomocą zamknięcia t. zw. bagnetowego. Pręty żelazne dla zmniejszenia objętości przy pakowaniu, dają się w połowie rozkręcać. Możność zastosowania trzymadeł czy to do stołu, czy to przy t. zw. poprzecznem łóżku, w praktyce prywatnej — tłumaczy ich zaletę.



W końcu słów parę zmuszony jestem dorzucić do historji powyższego przyrządu. Model ten, według mego pomysłu jeszcze w r. 1902, wykonała dla mnie firma Georgeon i Trepczyński we Lwowie. W r. 1907 był on umieszczonym na wystawie przyrodniczo-lekarskiej, atoli nie znalazł się w spisie exponatów. W tym czasie po mnie jedynie firma francuska Flicotaux et Co. przedstawiła model trzymadeł o podobnym celu, lecz bardziej skombinowany. W ostatnich latach firma Juljan Trepczyński we Lwowie, ul. Dominikańska 9, zaczęła bez mej zachęty wyrabiać ten model we większej ilości i znajduje on stosunkowo bardzo wielu chętnych nabywców pośród kolegów lekarzy.

Dogodność więc jego w praktyce stwierdzoną niechaj poznają i inni, których zainteresuje ten model i dlatego go ogłaszam, zanim, jak zwykle niestety, gotowi uczynić to obcy.

Ig. Grundzach. Warszawa.

O stosowaniu wewnętrznem jodyny.

Już od dawna lekarze francuscy, amerykańscy i rosyjscy stosują jodynę, jako dobry, pewny i tani preparat jodowy. Dawka, jaką stosują, zależy od celu, jaki się pragnie osiągnąć. W stwardnieniu tętnic pożądane są małe i średnie dawki, a np. w sprawach gośćcowych przewlekłych — średnie i duże. Francuzi kładą nacisk na to, aby w nalewce jodowej (1 : 10) nie było jodku potasu, zwykle w drobnych ilościach dodawanego dla lepszej rozpuszczalności jodu w wyskoku.

Co do dawki, kilkoletnie doświadczenie przekonało mnie, że najwłaściwsze są dawki małe i średnie, dużych nie stosowałem. Małą nazywam 1 do 5 kropel 3 r. dziennie, średnią od 5 do 15 kropel tyleż razy, wyższe stanowią 20 do 30 kropel, a Francuzi dochodzą do 60 kropel (łyżeczka) 2 razy dziennie. Chorzy znoszą jodynę doskonale; przy powolnem wzrastaniu dawki (codziennie o 1 kroplę za każdym razem) ani razu nie zauważyłem t. zw. jodyzmu. Chorzy z cierpieniem żołądka i kiszek (nieżyty) znosili jodynę bez zarzutu. Przeciwwskazania są natury ogólnej: dwaj starcy (rozedma płuc wraz z przew. nieżytem oskrzeli i sklerozą, musieli po 2—3 dniach (czyli po 6—9 kroplach) jodynę zarzucić z powodu duszności i kaszlu, a w jednym przypadku — przemijającej sinicy, tu więc zalecać należy ostrożność.

Co do nośnika (*vehiculum*) po mleku, wodzie osłodzonej, wypróbowałem na sobie osłodzoną herbatę średniej mocy w ilości $^1/_4$—$^1/_2$ szklanki i uznaję ją jako najlepszą w tym celu. Herbata z jodyną, wypijana tuż po jedzeniu, posiada smak araku, wcale przyjemny. Tworzy się związek jodu z garbnikiem (*jodum tannicum*) a związek ten, jak wiemy, należy do najlepiej znoszonych (jak w zachwalanym Vin Girard). Zapisywać należy: *T. jodi purissimae pro usu*

interno 10,0 lub *15,00*, i stosować np. 10 dni od 1 do 5 kropel (3 X dziennie) i odwrotnie od 5 do 1-ej, lub dni 20 1 do 10 i vice versa, w zależności od cierpienia i czynić 10—14 dniowe przerwy w tem leczeniu. Można też dodawać nieco *T. gallarum* (1 : 10).

W czasach drożyzny leków tak dobry preparat jodowy winien znaleźć szerokie zastosowanie.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Edmund Rosenhauch. Kraków.

O mechanizmie samoochrony i zdolności przystosowawczej oka ludzkiego*).

(Z uwzględnieniem własnych badań).

P i P. Będę mówił o mechanizmie samoochrony i zdolności przystosowawczej oka ludzkiego. Krótkość czasu i chęć nieznudzenia Panów sprawiły, iż temat traktować będę eklektycznie. Starałem się wybrać objawy ciekawsze, ale z konieczności wspominać będę o wielu szczegółach z codziennego życia ogólnie Panom znanych, napozór prostych i jasnych. Nie zastanawiacie się Panowie nad nimi, bo są, zda się, same przez się, zrozumiałe. Przy dokładniejszem jednak spostrzeganiu przekonamy się, że te niby najprostsze objawy są nader skomplikowane, że trzeba było dużo czasu i dużo pracy, oraz wielu badań, aby dojść do zrozumienia całego mechanizmu samoochrony oka.

Przyroda stworzyła dla oka ludzkiego, tego najcenniejszego ze zmysłów, szczególną oprawę: Oko ludzkie spoczywa w jamie oczodołowej jak gdyby w puszce kostnej. Silne kości brzegów oczodołu tworzą potężną ochronę od boków, góry i dołu i unicestwiły niejedno uderzenie, niejedno cięcie. Tylko dolno-wewnętrzny brzeg kostny oczodołu stanowi nieco mniejszy występ. Ale ma to też swoje szczególne znaczenie, gałka może się w tę stronę, tj. na zewnątrz bardziej przesunąć, co przyczynia się do znacznego zwiększenia pola widzenia. Na skórze ponad oczodołem umieszczone rzęsy zatrzymują pot spływający z czoła. Powieki z sprężystą chrząstką powiekową na brzegach wolnych urzęsione, dzięki odruchowemu mruganiu, chronią oko przed pyłem i przeszkodziły nie jednej muszce, która do oka chciała się dostać; jeśli mimo to, czy to ciało obce martwe czy owad, dostanie się do worka spojówkowego, następuje natychmiast odruchowo wzmożone łzawienie, które ma na celu usunięcie ciała obcego, albo też rozcieńcza szkodliwe substancje i łagodzi ich działanie.

Mechanizm ochronny łzowy zasługuje na osobną uwagę. Jak wiadomo wydobywają się łzy z gruczołu łzowego, umieszczonego w zagłębieniu kostnem pod zewnętrznym końcem górnego łuku oczodołowego, skąd spływają ku szparze powiekowej. Powieka, przylegając do gałki ocznej, tworzy rodzaj naczynia, względnie szpary włosowatej, w którą łzy na podstawie znanych praw fizycznych podchodzą ku górze. Dochodzą one 1—2 mm. ponad górny brzeg chrząstki powiekowej, jak o tem łatwo się przekonać przez wkroplenie jakiegokolwiek barwnika do worka spojówkowego. Wskutek ruchu powiek, a częściowo wskutek ciężkości, łzy ponownie spływają w dół do szpary powiekowej. Dzięki szczególnemu sposobowi zamykania się powiek, które najpierw następuje od zewnątrz a potem dopiero posuwa się ku nosowi, kierunek prądu łez skierowuje się ku wewnętrznemu kątowi worka spojówkowego, do tak zwanego jeziorka łzowego. W jeziorku tem zanurzone są ujścia kanalików łzowych, które wraz z woreczkiem i przewodem nosowo-łzowym stanowią niejako lewar (W e b e r). Przypuszczano, że dzięki włosowatości kanalików łzowych (M o l i n e l l i) łzy dostają się do woreczka łzowego, skąd dzięki własnej ciężkości spływają do nosa. A r l t sądził, że przy zamykaniu powiek, woreczek łzowy bywa naciśnięty, co powoduje odpływ łez do nosa. Wszystkie te przypuszczenia okazały się jednak mylne, albowiem z jednej strony, gdy ruch powiek wstrzymamy, łzy do nosa niemal nie spływają, niema też żadnego specjalnego mięśnia, któryby uciskał woreczek łzowy. Nowsze badania (S c h i r m e r) wykazały, że głównym czynnikiem popędzającym łzy ku nosowi jest ruch powiek. Każdy z nas przypomni sobie, że, jeśli np. wskutek wzruszenia łzy nam zaczynają do oka napływać, a chcemy je powstrzymać, wystarczy wykonać kilkanaście szybkich mrugnięć, ażeby je zepchnąć do nosa. Przy kurczeniu się mięśnia okrężnego powieki ulega napięciu więzadełko kątowe wewnętrzne, które, ponieważ jest zrośnięte z przednią ścianą woreczka łzowego, odciąga ją ku przodowi i nieco na zewnątrz. Ponieważ zaś tylna ściana woreczka łzowego, jest nieruchomo zrośnięta z okostną, pojemność woreczka się powiększa i działa jako pompa ssąca, wydobywająca za pomocą kanalików łzowych łzy z jeziorka łzowego. Z chwilą ustąpienia skurczu mięśnia okrężnego, woreczek łzowy, dzięki sprężystości swej ściany, wraca do pierwotnej objętości, przyczem łzy ulegają zepchnięciu do nosa. Łzy wzgl. normalna wydzielina worka spojówkowego przedstawiają się jako płyn wodojasny o składzie chemicznym następującym.

Na 100 części łez przypada:

wody	99.06
nabłonków komórkowych	0.14
białka	0.08
śluzu, tłuszczu	0·30
soli (sól kuchenna, fosforany wapniowe, magnezja i i.)	0.42

Badania wykazały, że łzy nie posiadają ani zdolności hemolitycznych ani bakterjolitycznych, antytoksycznych ani aglutynacyjnych. — Sam, zajmując się badaniami nad zapaleniem pryszczykowem oka, starałem się wybadać, czy łzy zawierają własności opsoniczne, które przyczyniałyby się do ochrony narządu wzrokowego przed zakażeniem. W tym celu badałem sposobem W r i g h t a własności opsoniczne normalnej wydzieliny spojówkowej wobec gronkowca białego, złotego, prątków okrężnicy, gruźlicy, błonicy i xerozy i mogłem się przekonać, że działanie opsoniczne łez wzgl. wydzieliny prawidłowego worka spojówkowego jest prawie żadne i równa się działaniu opsonicznemu fizjologicznej soli kuchennej. Inaczej ma się sprawa w przypadkach zapalenia spojówki. Chcąc przekonać się o tem experymentalnie, wywołałem na spojówce zwierzęcia (morska świnka, królik) zapalenie przez wtarcie jadowitej hodowli gronkowca złotego i mogłem stwierdzić, że wydzielina zapalna, po usunięciu części upostaciowanych zapomocą wirówki, oddziaływała opsonicznie na różne rodzaje mikrobów, jednakże najwybitniej na mikroby, które dane zapalenie wywołały, tj. gronkowce złote.

Wobec tych danych działanie łez w normalnym worku spojówkowym, polega głównie na mechanicznym czynniku, opłukującym gałkę. Łzy są tylko złą pożywką dla mikrobów, a nie wywierają nawet hamującego wpływu na ich rozrost. Głównym ich celem jest utrzymanie przeźroczystości rogówki, która nie zwilżana, wystawiona na działanie powietrza (w ostrych chorobach gorączkowych, na zwłokach), szybko mętnieje. Ponieważ podczas snu, powieki ustawione są niemal nieruchomo, a szpara powiekowa dość często nie jest dość szczelnie domknięta, mogłaby rogówka uledz częściowemu wyschnięciu. Przyroda i na to znalazła sposób: Oto podczas snu, gałka posuwa się nieco ku górze, tak, że rogówka kryje się w zupełności popod górną powieką. Dzieje się to zupełnie automatycznie, bez naszej wiedzy i woli.

Worek spojówkowy ma styczność bezpośrednią ze światem zewnętrznym. Zrozumiałą przeto jest rzeczą, że łzy stale parują. Mogłoby na pozór dojść do tego, że woda z łez wyparowałaby, temsamem zagęściłby się i zmienił znacznie skład chemiczny łez. By temu zapobiedz, stworzyła przyroda znowu aparat samoregulujący: w miarę parowania łez występują pomiędzy workiem spojówkowym, a naczyniami krwionośnemi spojówki prądy dyfuzyjne i osmotyczne, które w miejsce wyparowanej cieczy doprowadzają nową. W ten sposób tłumaczy się, że pomimo ciągłego parowania łez pod wpływem zmiany temperatury i warunków zewnętrznych skład chemiczny wydzieliny prawidłowego worka spojówkowego, ulega tylko bardzo nieznacznym wahaniom. Zdarza się czasem, że czy to wskutek nowotworu, czy wskutek ropienia, gruczoł łzowy ulega zniszczeniu. Zdawałoby się, że wobec tego rogówka narażona jest na niechybne wyschnięcie. Przyroda i na to znalazła radę: Oto umieściła wzdłuż górnego

*) Wykład w Tow. lek. krak. 16. lutego 1921.

brzegu chrząstki powiekowej cały szereg drobniutkich dodatkowych gruczołków łzowych (Krausego), które w razie zaniku głównego gruczołu ulegają przerostowi i obejmują zastępczo czynność wydzielania łez. Prócz gruczołów łzowych istnieje w powiekach cały szereg innych gruczołów (Meiboma, Molla, Zeissa), których wydzielina wraz ze łzami tworzy rodzaj smaru, ułatwiającego ruch powiek.

Gałka oczna spoczywa na sprężystej tkance tłuszczowej, dzięki której może się przesunąć na boki i ku tyłowi i tym sposobem złagodzić siłę uderzenia. Dzięki wężykowatemu przebiegowi nerwu wzrokowego w jamie oczodołowej oraz rozciągliwości i sprężystości mięśni ocznych, gałka ma możność przesunięcia się także nieco ku przodowi. Nerw wzrokowy niewyciągnięty ma długość od wejścia do oczodołu aż do gałki 26 mm., wyciągnięty 30 mm. W razie np. krwotoku pozagałkowego może się gałka zatem posunąć ku przodowi o całe 4 mm. bez uszczerbku dla swej czynności. Rzecz naturalna, ze przesunięcia gałki ku przodowi mogą być bez znaczniejszego zaburzenia czynności oka o wiele znaczniejsze, o ile nie występują nagle i temsamem oko ma możność przystosować się do zmienionych warunków (nowotwory pozagałkowe, przewlekłe ropienia jam bocznych nosa).

Gałka oczna, jako całość, przedstawia kulę, której warstwy od przodu ku tyłowi są przeźroczyste. Trzeba jednak o tem pamiętać, że przeźroczystość ta nie od początku embrjologicznego zawiązku oka istniała. Wiadomo, że rogówka, podobnie jak i soczewka, otoczone są pierwotnie całą siecią naczyń, które dopiero później zanikają, że zarówno rogówka, pochodząca embrjologicznie z tego samego listka zarodkowego, co i nieprzeźroczysta twardówka, jak i soczewka, są pierwotnie tworami nieprzeźroczystemi. Podobnie ma się też sprawa z ciałem szklistem, które, jak wiadomo, zrazu obficie unaczynione, w ciągu rozwoju traci te naczynia, rzadko tylko zachowując szczątkowe zmętnienia (*arteria hyaloidea* s. *Cloqueti*). Nabłonek rogówkowy jest embrjologicznie tego samego pochodzenia co skóra i dopiero w czasie rozwoju ulega odpowiedniej zmianie, stając się przeźroczystym. Wszystko tu jak widzimy przystosowuje się i przygotowuje do tego wielkiego misterjum, jakiem jest akt widzenia.

Gałka oczna przedstawia się jako pęcherz wypełniony płynem. Ścianę tego pęcherza stanowi włóknista twardówka i rogówka, która posiada tylko nieznaczny stopień elastyczności.

Ciśnienie wśródgałkowe wynosi 24 — 26 mm. Hg; do wywołania zgniecenia lub pęknięcia potrzeba zatem dość znacznej siły. Ciśnienie wewnątrz-gałkowe zależy w pierwszym rzędzie od części płynnych gałki, tj. od cieczy wodnej, ciałka szklistego, a przedewszystkiem od krwi, która krąży w naczyniach wewnętrznych błon oka. Każde wzmożenie się lub obniżenie ciśnienia krwi w tych naczyniach, musi wywołać w następstwie odpowiednią zmianę w ciśnieniu wśródocznem. Także i inne czynniki, jak np. zmiana objętości tęczówki i mięśnia rzęskowego, ucisk powiek i zewnętrznych mięśni ocznych i t. d, mogą wpływać na zmianę ciśnienia ocznego. Zdawałoby się, że wobec tego ciśnienie to ulega znacznym wahaniom. Tymczasem spostrzeżenie uczy nas, że przeciwnie, ciśnienie wśródoczne w warunkach fizjologicznych jest ilością dość stałą. A dzieje się to dzięki urządzeniu samoregulującemu. Jeśli np. z jakiegokolwiek powodu wystąpi podniesienie się ciśnienia w systemie naczyniowym ogólnym, to rzecz naturalna, ciśnienie to podnosi się także i w naczyniach oka, co znowu powoduje wzmożenie się ciśnienia wśródocznego; w tej samej jednakże chwili to wzmożone ciśnienie wypycha z gałki płyny wśródoczne, tak że ciśnienie wkrótce wraca do normy. Odwrotnie, jeśli z jakiegokolwiek powodu np. z powodu wypuszczenia cieczy wodnej z przedniej komory ciśnienie wśródoczne się obniży, natychmiast napływa większa ilość krwi do naczyń oka, występuje obfitszy wysięk płynu do gałki ocznej (sekrecja); równocześnie zmiejsza się także odpływ płynów ocznych (exkrecja) przez drogi limfatyczne, ponieważ ciśnienie, pod którego wpływem pozostają płyny wśródoczne, zmiejszyło się. Tym sposobem ciśnienie znowu wraca do normy. Dok. n.

Oceny i sprawozdania.

L. Bernard. **La Tuberculose pulmonaire.** *Etudes de phtisiologie clinique et sociale.* Paris 1921. str. 255. Autor spisał swe świetne wykłady szpitalne. Nie nazwał książki podręcznikiem, ponieważ chodziło mu głównie o podkreślenie poglądów, które w chwili obecnej dominują w nauce o suchotach płucnych.

W rozdziale pierwszym jest mowa o ogólnej „koncepcji" gruźlicy. Akceptuje poglądy panujące w szkole niemieckiej aż do uznawania zarażenia w latach dojrzałych za zależne zawsze od *superinfectio*.

W rozdziale o postaciach anatomicznych gruźlicy płuc podaje Bernard następujący podział postaci przewlekłych: 1) *Tuberculosis pulm. ulcero-caseosa extensiva*; są to suchoty postępujące. 2) *Tuberculosis pulm ulcerosocaseosa localisata*; suchoty o małej dążności rozwojowej. 3) *Tuberculosis pulmonum fibrosa extensiva*; jest to *phtisis fibrosa* ogólnie przyjęta. 4) *Tuberculosis pulm. fibrosa localisata*; do tej postaci zalicza stwardnienie szczytu bez dalszego rozwoju (terminologji Barda nie używa, ale postać jest jednak ta, którą wyodrębnił Bard). 5) *Tuberculo-bronchitis.* Postacie ostre ogólnie przyjęte. Zanotowania godnem jest, że tak częste w rozpoznaniu kliniki francuskiej nawały płuca (*congestio pulm.*), pod którem rozumie się zresztą bardzo różne sprawy (łagodne zapalenie płuc, to znów *spleno-pneumonia*) Bernard uważa za *cortico-pleuritis tuberculosa*, przynajmniej w większaści przypadków. Ta postać, zaliczona do gruźlicy ostrej, niemo zupełnie tych cech złośliwości, jakie łączymy z tem pojęciem patologicznem.

Krótki, ale jędrny jest opis objawów podmiotowych miejscowych. To samo trzeba powiedzieć o rozdziale poświęconym rokowaniu.

Rozdział szósty mówi o przewlekłych zapaleniach oskrzeli pochodzenia gruźliczego. Rozdział ósmy o *adenopathia tracheo-bronchitica tuberculosa*. Na czele rozdziałów poświęconych lecznictwu umieszcza autor rozdział o leczeniu odmą płucną, której jest wielkim zwolennikiem.

Najciekawsze rozdziały ostatnie opisują to, co obecnie Francja podjęła w walce z gruźlicą oraz na polu wykonawstwa higjeny publicznej i prywatnej. *Sew. Sterling* (Łódź).

Jean Félix. **Du scepticisme en médecine. Essai sur la méthode.** Paris. Baillière 1921 str. 74. Cena 4 fr.

W dziedzinę sceptycyzmu w medycynie wprowadziła autora, który jest lekarzem w Tuluzie, poprzednia jego praca o dwóch filozofach - sceptykach, a zarazem lekarzach i profesorach medycyny w Tuluzie; „*Deux médecins - philosophes à l' Université de Toulouse, Raymond Sébond* (... — 1432), *Francisco Sancher 1550 - 1623*)", drukowana w czasopiśmie *Toulouse Médical* 1919 Nr. 6. Prócz tego autor jest pod wyraźnym wpływem znanej rozprawy fizjologa francuskiego Claude Bernarda „*Introduction à l' étude de la médecine experimentale*". Wreszcie, zaczynając swoje wywody od "zwątpienia", wchodzi autor na historyczną drogę, którą kroczył był niegdyś wielki Kartezjusz.

Rozwijając tym sposobem myśli francuskie, autor w sposób elegancki porusza szereg tematów filozoficzno medycznych i dochodzi do prawideł i rad w rodzaju następujących; „Mieć stale w umyśle przekonanie, że każde zjawisko może być urzeczywistnione prawie zawsze przez rozmaite grupy warunków, bez możności ustalenia napewno, z którą grupą jest związane". Albo: „Badać każde zjawisko bez z góry powziętego poglądu; hipoteza powinna tylko kierować badaniem" itp.

Rady te są niewątpliwie całkiem trafne. Porównywując jednak myśli autora z poglądami naszych lekarzy, którzy kierunek filozoficzny w naszej medycynie rozwijali, zauważymy rychło, żeśmy w Polsce już dawno podobne tematy znacznie bardziej pogłębili. Biegański nie wołał "trzeba wątpić i wątpić", ale docierał do jądra zagadnień, wykazując, dlaczego tak trudno w biologji uchwycić związek przyczynowy i co trzeba robić, żeby go jednak uchwycić, a Chałubiński uczył o wskazaniach lekarskich w sposób równie głęboki pod względem filozoficznym, jak i ważny pod względem praktycznym.

Praca dra Félixa jest raczej cenną charakterystyką współczesnego stanu umysłów lekarzy francuskich, aniżeli pogłębieniem i jasnem sformułowaniem zagadnień filozoficzno - medycznych. Niewątpliwie jest przytem sprawiedliwą przestrogą dla lekkomyślnych badaczy. *Szumowski* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Deutsche med. Wochenschrift.
1921. Nr. 36.

W. Lasch. **O działaniu «sztucznego słońca wyżynnego» na przemianę.** U 3 osesków cierpiących na krzywicę w wieku od 2 do 3 miesięcy przeprowadził autor badania przemiany materji, celem stwierdzenia działania promieni pozafjoletowych na bilans wapnia i fosforu. Z badań tych wynika, że sztuczne promienie ultrafjoletowe wywołują u dzieci krzywiczych po kilku zaledwie naświetleniach przyrost wchłaniania wapnia i fosforu i że przyrost taki trwa jeszcze przez pewien czas po klinicznem wyleczeniu krzywicy. Działanie to

można wytłumaczyć albo jako skutek zmiany w układzie koloidalnym krwi, tak, że jest ona w stanie związać więcej wapnia, lub też jako działanie na wytwarzanie się w organizmie pewnych osobliwych czynników (»*Kalkfänger*« wedle Freudenberga).

H. i E. Dawidsohn. **Dalszy przyczynek do sprawy zębów *Hutchinsonowskich*.** Z trzech głównych objawów kiły wrodzonej obecnie jedynie zęby *Hutchinsonowskie* mają znaczenie patognomoniczne, gdyż dwa inne t. j. zapalenie rogówki i głuchota, bardzo rzadko występują, prawdopodobnie na skutek leczenia. Ząb *Hutchinsonowski* jest charakteryczny przez zgrubiałą postać korony zębowej, na krawędzi zaś siecznej posiada wyraźne półksiężycowate wydrążenie. Leczenie swoiste nie wpływa nań zupełnie. Autorowie znaleźli go w 40% przypadków kiły wrodzonej.

Beumer. **Wśródżylne wstrzykiwanie chlorku wapniowego w tężyczce osesków.** Wychodząc z założenia popartego doświadczalnemi badaniami, że objawy tężyczki pozostają w ścisłym związku z zubożeniem organizmu pod względem wapnia, uważają dziś stosowanie wapnia przeciwko tężyczce obok tranu i fosforu za jeden z najważniejszych postępów w dziedzinie pedjatrji. By zaś sprowadzić natychmiastowe działanie lecznicze przy objawach skurczu głośni lub napadu eklampsji, należy wprowadzić wapń do obiegu krwi w postaci wstrzyknięć śródżylnych, jak to się oddawna stosuje przy krwiopluciu. Autor przytacza przypadek tężyczki wraz z bronchotetanją w groźnym stanie eklamptycznym, który na skutek dożylnego wstrzyknięcia chlorku wapniowego w 20%-wym roztworze natychmiast ustąpił, jako zachętę do powyższego sposobu leczenia.

G. Stern i W. Schultz: **O związku między odczynem Pirqueta a hygieną gospodarstwa mlecznego.** Stwierdzono na poliklinicznym materjale w Rostocku, że odczyn Pirqueta częściej i silniej występuje przy użyciu tuberkuliny „*typus bovinus*", aniżeli przy tuberkulinie „*typus humanus*". Badania autorów potwierdziły w zupełności te wyniki na materjale 500 dzieci, jednakowoż wykryły równocześnie, że przyczyną tego zjawiska jest opłakany stan hygjeny tamtejszego gospodarstwa mlecznego. W osadzie mleka stwierdzono chorobotwórcze laseczniki gruźlicy typu bydlęcego.

F. Koester. **Zachowanie się szczytów płuc przy zapaleniu opłucnej i płuc.** Wedle licznych rentgenogramów okazuje się przy jednostronnem zapaleniu opłucnej lub płuca większe zaciemnienie szczytu po stronie chorej aniżeli po stronie zdrowej, co wskazuje na to, że w zapadzie tkanki płucnej wskutek ucisku lub procesu zapalnego bierze również udział i odnośna część szczytowa płuca. Należy w takich przypadkach pewne stłumienie szczytu odnieść do objawu uciskowego.

L. Zippert i F. Stern. **Współczesność pierwotnej zmiany kiłowej z ropniem okołocewkowym.** Opisany przypadek jest o tyle znamienny, że na skutek zarażenia mieszanego krętkiem bladym i rzeżączką wytwarza się ropień okołocewkowy, który pęka w miejscu charakterystycznem dla pierwotnej zmiany kiłowej t. j. w wieńcowym rowku żołędzi, gdzie też następnie występuje wrzód twardy. Przypadek ten nasuwa myśl, że jeszcze przed widocznymi klinicznymi objawami kiły pierwotnej, występują w tkance łącznej pewne zmiany, które ułatwiły w danym wypadku ujście ropy na zewnątrz, jako w miejscu mniejszego oporu.

R. Spiegelberg. **Błonica skóry w praktyce wiejskiej.** Opisanie 11 przypadków.

D. Ehlers. **Mitigal, nowy środek leczniczy przeciwko świerzbowi u niemowląt.**

G. Neugebauer. **Rzadki przypadek zatrucia arszenikiem.** Śmiertelne zatrucie na skutek połknięcia wkładki arszenikowej w zębie spróchniałym. Autor przestrzega dentystów przed niebezpiecznemi w rodzaju powyższym następstwami leczenia zęba pastą arszenikową.

Paul Biernath. **Kazuistyka gruźlicy żołądka.** Wedle danych statystycznych gruźlicze choroby żołądka należą do rzadkości. Tak na 258 wykonanych operacji żołądkowych znalazł Eiselsberg tylko 2 przypadki wrzodów gruźliczych. Wrzody gruźlicze odznaczają się tem, że występują w okolicy odźwiernika, mają brzegi wybujałe, na dnie zaś są czasem makroskopowo widoczne gruzełki prosówkowe, rzadko prowadzą do zabliźnienia. Forma naciekowa objawia się w zgrubieniu ściany żołądka z nacieczeniem tkanki otaczającej. Wreszcie opisują postać włóknistego raka ściany żołądka, prowadzącą do zwężenia światła. Co do sposobu zakażenia, to najwięcej zwolenników posiada teorja zakażenia drogę krwionośną; inni (Virchow, Rokitansky) przyjmują drogę naczyń chłonnych. Leczenie sprowadza się tylko do zabiegów operacyjnych, czy to resekcji żołądka, czy to zespolenia żołądkowo-kiszkowego. Następuje opisanie przypadku wrzodu gruźliczego żołądka, wyleczonego operacyjnie.

M. Klostermann i W. Weisbach. **Skład chemiczny osadu przy odczynie na kiłę Sachsa i Georgi'ego.**

L. M. Weber. **W sprawie należytych orzeczeń lekarskich co do wojennych neuropatów.** Nie należy używać wyrażenia «wstrząs nerwowy« ani w orzeczeniu lekarskiem, ani też wobec chorego. Nie przedstawia bowiem ono nic określonego. Jeśli t. zw. »zasypanie« spotkało chorego przed 2 lub więcej laty, trudno przypuścić, by następstwa tegoż utrzymywały się jeszcze czas tak długi, czy to pod postacią drżenia, czy to podobnych objawów. Zbyt często nadużywa się określenia »neurastenji« lub »ogólnego osłabienia nerwowego«, lub «hysterji« tylko dlatego, iż skargi chorego nie pozostają w żadnym stosunku do przedmiotowych wyników badania. Im dawniejszy uraz psychiczny, im pomyślniejszy stan ogólny, im mniej objawów pobudliwości i wyczerpania nerwowego, tem ostrożniejsi powinniśmy być z rozpoznaniem »osłabienie nerwowe«.

H. Sachs i H. Sahlman: **O własnościach osadu powstającego przy odczynie Sachsa i Georgiego.**

Friedemann: **O kamicy żółciowej ze stanowiska lekarza praktycznego.** Na podstawie bogatego materjału (214 przypadków) przedstawia autor cenne doświadczenia odnoszące się do rozpoznania, przebiegu i leczenia kamicy żółciowej. Podaje wskazanie operatywnego leczenia w zakresie względnie szerokim: należy operować (podobnie jak przy zapaleniu kątnicy) zapobiegawczo przy mniej ostro i bez powikłań przebiegających przypadkach. Statystycznie wykazuje autor najlepsze wyniki (1% śmiertelności) po zapobiegawczem leczeniu operatywnem.

H. Riese. **O kamicy żółciowej i chirurgji dróg żółciowych.**

R. Hinz. **O przedpiersiowej plastyce przełyku.** Znaczne przewężenie przełyku skutkiem zażycia ługu potasowego wyleczono operatywnie drogą plastyki, polegającej na wszczepieniu jelita cienkiego w miejsce wyciętej części zwężonego przełyku, przed klatką piersiową. Operację tę wykonano w siedmiu etapach, w przeciągu przeszło 1 roku i to z dobrym wynikiem. Ze względu na niebezpieczeństwo, połączone z leczeniem drogą zgłębnikowania przełyku, operacja ta jest godną uwzględnienia.

H. Riese. **a) Rzadki przypadek uzazowego wytrzeszczu tętniącego. b) Niezwykła anomalja tętnicy szyjnej.**

Wład. Nyáry. **Wczesny nawrót kiły układu nerwowego pod postacią odosobnionego porażenia nerwu bloczkowego (*trochlearis*).** W miesiąc po ukończeniu leczenia przeciwkiłowego, składającego się z 12 wstrzyknięć rtęci, a 4 neosalvarsanu, wystąpiły objawy ze strony systemu nerwowego w postaci zeza i podwójnego widzenia na skutek porażenia mięśnia zewn. oka lewego, mimo iż tego rodzaju nawroty w przypadkach nieleczonych salvarsanem należą do rzadkości. Nonne przypisuje je też błędnej lub niedostatecznej metodyce leczenia salvarsanem.

R. Spiegelberg. **Parasyphilis czy też Plaut Vincent?**

W. Wolfheim. **Pasyphilis a krętki jamy ustnej.**

B. Freyschlag. **O amyostatycznej grupie objawów przy nagminnem zapaleniu mózgu.** Przedstawiony obraz chorobowy jest analogiczny do opisanej przez Westfala i Strümpla t. zw. „*pseudosclerosis*" i odpowiada nazwanej przezeń amyostatycznej grupie objawów „*Amyostatischer Symptomenkomplex*"). Polega ona na zahamowaniu i opaźnianiu wszelkich ruchów dowolnych, sztywności mięśni, maskowatości wyrazu twarzy, chodzie wolnym i ciężkim, wlokącym się, lecz

nie ataktycznym, sztywności postawy, czasowem drżeniu rąk i nóg. Objawy te są następstwem zajęcia zapalnego zwojów podstawowych mózgu. Rokowanie, aczkolwiek niezbyt pomyślne, jednak nie beznadziejne. Przebieg bardzo przewlekły, skłonny do nawrotów. Nie możemy jednakże wykluczyć wedle dotychczasowych spostrzeżeń możliwości całkowitego wyzdrowienia.

P. Rosenstein. **O ciałach obcych w kątnicy (*coecum*).**

Hescheles (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Anatomja patologiczna.

Virchows Archiv.
T. 232. 1921.

A. Beutler. **O torbielach z wyściółki w trzeciej komorze mózgowej jako przyczynie śmierci.** U 43 letniego mężczyzny ze zmieniającymi się objawami chorobowymi ze strony mózgu bez określonego umiejscowienia, ale świadczącymi o guzie mózgu, nagła śmierć po 2 latach. Sekcja wykazała w trzeciej komorze torbiel wielkości czereśni, pozostającą w związku ze splotami naczyniowymi, idącymi do komór bocznych. Drobnowidowe badanie, jakoteż stosunek torbieli do splotu naczyniowego, każe przyjąć, że ma się do czynienia w danym przypadku z torbielą wyściółkową. Komory boczne w następstwie zamknięcia wodociągu były znacznie rozszerzone. Autor omawia pochodzenie torbieli, spotykanych w mózgu, zaznaczając, że niejedna torbiel mózgu opisana należy do torbieli wyściółkowych mimo zaliczania ich do torbieli innego pochodzenia. Charakterystyczne, że spotykano je głównie w trzeciej komorze, i że bardzo często nie dają żadnych objawów i mogą istnieć przez szereg lat a może nawet są pochodzenia wrodzonego. Określanie ich umiejscowienia za życia jest trudne, gdyż zwykle nie dają miejscowych objawów, a wcale charakterystyczną dla nich jest zmienność nasilenia i wogóle występowania objawów chorobowych, których może czasowo nawet nie być, a zależnem to jest w znacznym stopniu od przemijającego zamknięcia wodociągu i stąd zastoju płynu mózgowo-rdzeniowego. Niewątpliwie ma tu znaczenie położenie chorego, przemijające przekrwienia mózgu itp. Śmierć nagła może nastąpić już to po latach choroby, już to po kilku tygodniach.

R. Ganter. **Obwód tętnicy głównej i ciężar serca według danych sekcyjnych u padaczkowych i głupowatych (idjotów).** Za wskaźnik szerokości tętnicy głównej, mierzonej tuż nad zastawkami, przyjął autor w swych obliczeniach liczbę otrzymaną z podzielenia liczby, oznaczającej ciężar serca (w gr.) przez liczbę szerokości mierzonej tętnicy (w mm.). Na podstawie przebadanych 240 przypadków i danych z piśmiennictwa przychodzi autor do następujących wniosków: wskaźnik 3 lub 4 świadczy o prawidłowo szerokiej tętnicy głównej, poniżej 3 stosunkowo za szerokiej tętnicy w stosunku do serca, powyżej o wąskiej tętnicy. U całkiem młodych osobników (do 10 lat) ze wskaźnikiem 1, tętnica jest za szeroka w stosunku do serca, następnie w miarę starzenia się wskaźnik waha się między 3 i 4. Za wąska tętnica główna w stosunku do serca może być następstwem jego przerostu, lub też może być wrodzoną. Obwód tętnicy sam dla siebie (a zatem nie w stosunku do serca) zwiększa się w miarę wieku, u kobiet jest stale mniejszym, niż u mężczyzn. W podobny sposób i ciężar serca się zwiększa z wiekiem, spada jednak po 60 roku. Między długością ciała, jego ciężarem i ciężarem serca nie można stwierdzić jakiegoś stałego stosunku. Serce niedorozwinięte stwierdził autor w naszym materjale w 8%.

E. Kratzeisen. **Pozamostkowa przepuklina przeponowa.** Opis przypadku przepukliny w części mostkowej przepony nieco na lewo od linji środkowej, zawierającej część jelita grubego we worku przepuklinowym u osobnika, u którego klinicznie rozpoznano miażdżycę i nerkę marską. Niewątpliwie w związku z uciskiem stwierdził znaczne zmniejszenie lewego płata wątroby. W zakresie wypuklenia brak włókien mięsnych przepony. Zdaniem autora ma się do czynienia z wrodzonem niewytworzeniem się mięśnia przepony w jej części mostkowej, co też było warunkiem do wytworzenia się przepukliny.

W. N. (Lwów).

Hygjena i Bakterjologja.

Zeitschrift für Hygiene u. Infectionskrankheiten.
T. 93. Z. 1 1921.

R. Otto i F. Winkler. **Uwagi o doświadczalnym durze osutkowym u morskich świnek, szczurów i królików.** Sprawa *Rickettsji*. Do doświadczeń używano 3 szczepów duru osutkowe o. Na świnkach, oprócz już znanych zmian, spostrzegali autozy wybroczyny na skórze, a w jednym przypadku na otrzwnej. Dotychczas djagnoza duru osutkowego u świnki mo skiej przy życiu polega na podniesieniu ciepłoty i spadku na wadze; badania hematologiczne dały zaś autorom wyniki ujemne. Szczury i króliki przechodzą dur osutkowy bez podnesienia ciepłoty, jednakże mózg ich wzięty w tym okresie, kiedy u świnki jednocześnie zastrzykniętej zaczyna się podniesienie ciepłoty, jest zakaźny dla świnki. Odczyn Weil-Felix'a u królików zakażonych mózgiem świnki wypadł dodatnio w połowie badanych przypadków (3 na 7); miano $^1/_{40}$—$^1/_{80}$. Autorzy próbowali hodować Rickettsje metodą Kuczyńskiego (rurka szklana z surowicą krwi w otrzewnej świnki morskiej) i otrzymali drobnoustroje podobne do otrzymanych przez Kuczyńskiego. Jednakże twierdzą, że te wyhodowane drobnoustroje nie są Rickettsjami. Hodowlami temi udało się autorom tylko w jednym przypadku zarazić świnkę durym osutkowym.

Hoffmann, Anton. **Tworzenie aglutynin po dożylnem zastrzykiwaniu i działaniu nieswoistych ciał proteinowych na aglutynacyjne miana.** Zastrzyknięcie nieswoistych ciał proteinowych nie wpływa na miano aglutynacyjne.

Mnuter, Hans. **O oddzielaniu się niweczników od drobnoustrojów nasyconych aglutyninami.**

Wreschner, Hans. **O niebezpieczeństwie używania środków zakaźnych do tępienia myszy i szczurów.** Między szczepami jadowitemi dla myszy i szczurów autor znajduje szczepy paratyphus B (w 10 przypadkach na 52). Wobec szkodliwości dla ludzi autor poleca, aby preparaty zawierające laseczniki nie były wyrabiane ani stosowane w miejscach, gdzie znajdują się produkty żywnościowe.

Lange, Bruno. **Dalsze badania nad kwasoodpornymi saprofitami pokrewnymi lasecznikom gruźliczym.** Saprofity kwasoodporne często spotykają się w rurach metalowych (instrumenty muzyczne, rury wodociągowe) i u zwierząt zimnokrwistych (ryb, żab). Rozwijać się one mogą przy ciepłocie nieco wyższej od 0°. Saprofity kwasoodporne są wcale albo bardzo mało jadowite dla zwierząt ciepłokrwistych. Jednakże po zastrzyknięciach w ciągu kilku tygodni znajdowano saprofity kwasoodporne nie tylko w miejscu zastrzyknięcia ale i w naczyniach chłonnych. Przeciwciała (aglutyniny, wiązanie dopełniacza) wytwarzane pod wpływem saprofitów kwasoodpornych wykazują pewne pokrewieństwo z lasecznikami gruźliczymi. Jednakże przez zastrzykiwanie saprofitów kwasoodpornych nie udało się zabezpieczyć zwierzęcia przeciw gruźlicy.

Wreschner, Hans. **Badanie nad biologicznem znaczeniem otoczki u *micrococcus tetragenus*.**

Baumgarten W. **Zastrzykiwania przecinkowców cholery do otrzewnej i doświadczenie Pfeiffera na myszy.** Badania autora potwierdzają pogląd Pfeiffera, że surowica ochronna przy cholerze nie jest antytoksyczną; działanie jej następuje tylko w obecności dopełniacza niezbędnego do rozpuszczenia drobnoustrojów. U myszy dla otrzymania zjawiska Pfeiffer'a trzeba stosować mniejsze dawki mątwika cholery, wobec mniejszej ilości dopełniacza u tych zwierząt. Dla zwiększenia ilości dopełniacza autor radzi zastrzykiwać buljon w przeddzień doświadczenia; w tym przypadku otrzymano systematyczniejsze wyniki.

Sznitzer R. i F. Munter. **O zmianach, którym podlegają paciorkowce w ustroju zwierzęcym.** Autorzy w tej pracy poruszają zagadnienie mutacji paciorkowców, które z hemolizujących zjadliwych szczepów przechodzą w formy nie hemolizujące (wytwarzają zielone kolonje na pożywkach z krwią). Te zmiany w szczepach paciorkowców autorzy otrzymali przeprowadzając je przez białe myszy. Jednocześnie z utratą własności hemolizujących zjadliwość tych szczepów zmniejsza się do minimum W niektórych przypadkach po dłuższym okresie

czasu (do 5 miesięcy) szczepy odzyskiwały swoje własności hemolityczne po przeprowadzeniu ich przez białe myszy.

Hippke E. **Nowe próby nad znaczeniem kropelkowego zakażenia w szerzeniu się suchot.**

Doerr R. i W. Berger. **Zawartość swoistego białka we krwi.** Ilość białka swoistego nie jest charakterystyczna dla rodzaju. Autorowie przypuszczają na mocy swoich doświadczeń, że zwiększenie własności antygenowych surowicy zależne jest od zwiększenia ilości globulinów. Dlatego też surowice odpornościowe nie powinny być identyfikowane z surowicą normalną w doświadczeniach nad nadczułością. Zdolność niektórych surowic wywoływania surowiczej choroby może polegać na zwiększeniu grobulinów.

F. Przesmycki (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Archive des maladies du cour et des Vaisseaux. N. 2—8. 1921.

Laubry, Mougeot et Giroux. **Szybkość przesuwania się fali tętniczej.** Obszerna praca autorów dotyczy stanów normalnych, zmniejszonego ciśnienia krwi, zwiększonego ciśnienia krwi przy sercu działającem sprawnie oraz przy niesprawności sercowej, wad zastawkowych, zmian miażdżycowych w tętnicy głównej i płucnej, tętniaków tętnicy głównej, miejscowych zwężeń tętniczych, zmiennego napięcia tętnic, oraz kilku innych stanów chorobowych. Zamiast opisu i motywowania metodyki autorów, podajemy ją na przykładzie. Zdjąwszy za pomocą polygrafu krzywe tętnicze w różnej odległości od serca, autor odmierza dokładnie różnicę w czasie powstawania każdej z tych krzywych, i dalsze wyliczenie prowadzi w następujący prosty sposób. Jeżeli np. odległość od tętnicy podobojczykowej do promieniowej wynosi 56 cm., a różnica w czasie powstania odnośnych fal tętniczych była 0.04 sek., to szybkość przesuwania się fali (V) wynosi 14 metrów na sekundę. Następnie przy odległości danego miejsca ramienia od łydki równej 80 cm. i różnicy w czasie powstawania odpowiednich krzywych tętniczych równej 0,08 — V równa się 10 metrom na sekundę. We wszystkich przypadkach autor określał ciśnienie skurczowe (Mx) i rozkurczowe (mn) krwi.

Otrzymane przy tem wnioski są następujące: W stanie fizjologicznym szybkość posuwania się fali tętniczej wynosi w kończynach górnych 8 metrów na sekundę, w dolnych zaś 9 metrów na sekundę. W stanach chorobowych szybkość posuwania się fali tętniczej wzrasta w stosunku prostym do zwiększenia się ciśnienia skurczowego (Mx), o ile tylko sprawność mięśnia sercowego zostaje zachowana. Jeżeli zaś sprawność lewej komory ulega czasowemu lub trwalszemu zaburzeniu, w takim razie szybkość przesuwania się fali tętniczej nie jest proporcjonalną do stopnia przyrostu Mx, mianowicie jest w stosunku do tego ostatniego zmniejszoną. Przy utracie sprężystości tętnic występują znaczne różnice w szybkości posuwania się fali krwi w tętnicach kończyn górnych i dolnych, mianowicie w tych ostatnich jest ona większa. Zwężeniu ujścia tętnicy głównej, oraz jej tętniakom towarzyszy zmniejszona szybkość przesuwania się fali tętniczej. W chorobie Basedowa wyniki badania były zmienne, co zależy, zdaniem autora, od niezawsze jednolitej przyczyny tego cierpienia.

Follet i E. Caille. **Przypadek zupełnego zwężenia części piersiowej tętnicy głównej.** W pewnym przypadku krwotocznego zapalenia opon mózgowych autorowie stwierdzili znaczne rozszerzenie powierzchowych tętnic górnej części tułowia i niezmiernie żywe tętno na kończynach górnych przy zupełnym braku tętna na tętnicach udowych.

Ciśnienie, wzięte z tętnic promieniowych (przyrządem Pachon'a), wynosiło: Mx 21, mn. 12, podczas gdy na kończynach dolnych Mx wynosiło 11, a mn 9. Potarcie skóry ponad pępkiem dawało linię czerwoną, na kończynach zaś dolnych — linię białą. Lewe serce znacznie powiększone. Pierwszy szmer u ujścia tętnicy głównej i wzdłuż prawego brzegu mostka, aż do wyrostka mieczykowatego. Badanie pośmiertne wykazało niezmierne zwężenie tętnicy głównej tuż pod miejscem odejścia od niej tętnicy podobojczykowej. Światło tętnicy głównej przepuszczało w tem miejscu zaledwie szpilkę. Zwężenie światła zależało od tak niesłychanego zgrubienia błony węwnętrznej tętnicy bez znaczniejszego udziału w tej sprawie pozostałej części ścian naczyniowych. Autorowie rozpoznali w tym przypadku za życia znaczne zwężenie części piersiowej tętnicy głównej i uważają na zasadzie swego wyjątkowo wybitnego przypadku, że symptomatologja kliniczna podobnego stanu da się streścić w następujących pięciu punktach: 1) podniesione ciśnienie krwi w kończynach górnych; 2) niskie ciśnienie krwi w kończynach dolnych przy bardzo nikłem na nich tętnie; 3) powstanie dodatkowego krążenia tętniczego w tętnicach łopatkowych, sutkowych wewnętrznych i nadbrzusznych; 4) szmer skurczowy w tętnicy głównej, idący wzdłuż mostka; 5) przerost komory lewej serca.

J. Yacoel. **Klasyfikacja napadowych częstoskurczów serca** Materjał doświadczalny i kliniczny pozwala obecnie na ustalenie trzech postaci częstoskurczu napadowego serca, zależnie od ich podstawy anatomicznej.

1) Postać najtypowsza, w której częstoskurcz dotyczy komory. Jest to choroba Bouveret-Hoffmana. Ognisko znajduje się w pobliżu węzła Aschoff-Tawara'y. Tętno tętnicze i żylne są przytem jednakowo i jak wiadomo, niesłychanie szybkie. Za pomocą krzywej elektrokardjograficznej można ustalić z łatwością, czy ognisko chorobowe znajduje się tuż ponad wspomnianym węzłem, w nim samym, czy też tuż pod nim. W pierwszym razie krzywa EKG wykazuje jeszcze niezmiernie słaby załamek P, dowodzący trwającego jeszcze minimalnego udziału przedsionka w pracy serca. W drugim zaś i trzecim razie załamka tego brakuje zupełnie, lub jest on odwrócony, gdy skurcze komory przechodzą dopiero wtórnie na przedsionek.

2) Postać przedsionkowa częstoskurczu, czyli choroba Mac Williams'a nazwana przez Anglików «auricular flutter», czyli trzepotanie przedsionkowe. Ognisko chorobowe znajduje się przytem w przedsionku, który kurczy się wskutek tego bardzo szybko, co daje tętno żylne bardzo szybkie, podczas gdy częstość skurczów komory, a więc i tętna tętniczego, pozostają normalne. Znaczna liczba skurczów przedsionkowych nie przechodzi na komorę, czyli jak się to powszechnie mówi, zostaje zahamowana. Najczęściej stosunek skurczów przedsionków do skurczów komory wynosi stale 2 : 1 do 3 : 1. Jest to więc postać miarowa trzepotania przedsionków. W innych przypadkach stosunek ten nie jest prawidłowy. Powstaje więc wtedy trzepotanie przedsionków nieprawidłowe.

3) Postać zatokowa częstoskurczu serca, jedyna niezwiązana w swojej nazwie z żadnym autorem. Powstaje ona wskutek ogniska w walce żylnej, czyli w ośrodku Keith-Flack'a, lub w bezpośrednim jego sąsiedztwie. Krzywa EKG zachowuje wtedy, rzecz jasna, swój prawidłowy skład z trzech głównych załamków PRT.

4) Wszystkie te trzy postaci częstoskurczu serca różnią się zasadniczo od napadu zupełnej niemiarowości tętna, cechującej się zupełnie niemiarowem trzepotaniem (*fibrillatio*) przedsionków, ujawniającem się na krzywej EKG w postaci drobniutkich nieprawidłowych drgań, tak jak to ma miejsce przy stałem trwaniu tej postaci niemiarowości.

R. Lutenbacher. **Polygraf kliniczny zapisujący optycznie.** Zapisywanie krzywych na okopconym papierze wymaga tarcia, które znieczula pióro. Pozatem papier ma długość nieznaczną. Pragnąc uniknąć tych wad, autor zbudował łatwo przenośny przyrząd, zapisujący drgania tętnic optycznie. Piórka od bębenków Marey'a są ustawione na przebiegu snopu promieni światła, wychodzącego z lampy o sile 5 volt, zasilanej przez odnośny element suchy lub prąd miejski, osłabiony przez odpowiednie oporniki. Cień pióra pada na szparkę, pod którą z szybkością, regulowaną przez odnośny zegar, przesuwa się filma 10 metrów długa i 8 cm. szeroka. Otrzymana w ten sposób krzywa jest niezmiernie wyraźna dzięki nadzwyczajnej czułości przyrządu. Autor wykazuje to na pewnym przypadku trzepotania przedsionka, który kurczył się 380 razy na minutę, (przy normalnej liczbie skurczów komór), a pomimo to, dawał, jak to widać na krzywej autora, wspaniałe fale żylne, odpowiadające każdemu z tych jego

skurczów. Również wspaniałe krzywe żylne otrzymuje autor w ten sposób nawet w przypadkach zupełnej niemiarowości tętna, w których trzepotanie niemiarowe przedsionka można było dotąd uwidocznić tylko za pomocą elektrokardyografu. Taki sam przyrząd o szerokości filmy 10—12 cm., może służyć do wszelkich celów w pracowniach fizycznych i fizjologicznych. *Władysław Janowski.* (Warszawa).

Chirurgja.

Journal de Chirurgie.
Tom XVI. Nr 5. 1920.

H a r t m a n: **O uchyłkach przełyku.** Autor wypowiada zdanie, że uchyłki przełyku nie zdarzają się tak rzadko, jakby sądzić można było z przypadków ogłaszanych. Często są nierozpoznawane, a objawy, na jakie chory narzeka, przypisywane są raczej innym cierpieniom, np. zwężeniom lub spazmowi przełyku. Osobiście przyznaje się H a r t m a n do 2 błędnie rozpoznanych przypadków. Jeden dotyczył lekarza lat 65, który miewał dolegliwości przy połykaniu. Zgłębnik wkładany do przełyku, jednego dnia trafił na opór, drugiego zupełnie swobodnie przechodził do żołądka. H a r t m a n, jak również i P e r i e r rozpoznali przejściowy kurcz przełyku. W istocie rzeczy jednak był to uchyłek, na tle którego w 10 lat później rozwinął się rak i dokonano gastrostomji. W drugim przypadku chodziło o człowieka lat 60 zupełnie wyniszczonego, który od kilku dni nic nie połykał. Przypuszczając raka przełyku, dokonano gastrostomji; na sekcji stwierdzono uchyłek przełyku i tutaj przyznaje H a r t m a n, że właściwie powinno się było rozpoznać uchyłek, chory bowiem podawał w wywiadach, że od 8 lat miał uczucie zatrzymywania się pokarmów w przełyku i często wymiotował zaraz po jedzeniu. Dziś, gdy, rozporządzamy promieniami X, pomyłki takie nie powinny się zdarzać, nie mniej jednak zdarzają się, i tutaj przytaca H a r t m a n historję chorego, który w kwietniu r. b. został przyjęty do kliniki. Chory ten uskarżał się na niesmak, nieprzyjemne uczucie w jamie ustnej, oraz odbijanie, które już trwa od $3\frac{1}{2}$ lat. Specjalista, badając go stwierdził, że proszek bizmutowy, posuwając się w przełyku, naraz zatrzymywał się na pewien czas, poczem znów posuwał się dalej; lekarz przypuszczał tu kurcz przełyku. H a r t m a n, badając tego chorego, stwierdził jeden objaw, który odrazu nasuwa myśl o uchyłku przełyku, a mianowicie, uciskając na tchawicę od przodu ku tyłowi, odnosił wrażenie kruczenia, zależnego od opróżnienia się uchyłka; objaw ten znikał z chwilą gdy uchyłek został opróżniony i chory nie przyjął pokarmu. Radjografja wykazała później uchyłek na wysokości VI kręgu szyjnego. Omyłki tego rodzaju są wykluczone, jeżeli uchyłek jest duży, jak np. w następującym przypadku: kobieta, l. 61, od 9 lat miewa trudności przy połykaniu; chora ta podaje, że gdy uciśnie ręką szyję, wywołuje szmer, jak przy odbijaniu. Wkrótce chora ta stwierdziła, że szmer ten pojawia się często podczas jedzenia przy połykaniu. Od 8 lat miewała nocami napady kaszlu, przyczem zwracała pokarmy; raz zwróciła proszek weronalu, zażyty przed 40 godzinami. Od $1\frac{1}{2}$ roku zauważyła, że gdy położy się na bok, wówczas jak gdyby opróżniała się jakaś kieszeń, a wówczas chora miewa uczucie, że będzie wymiotowała; natychmiast kładzie się na wznak i objawy ustępują. Od 2 lat chora ta straciła 23 kg. Badanie stwierdziło co następuje: Jeżeli chora stoi z głową pochyloną ku przodowi, to nic szczególnego stwierdzić nie można, jeżeli zaś głowę podniesie do góry, wymiotuje, wówczas z lewej strony szyji u dołu widać wzniesienie; ucisk w tem miejscu wywołuje szmer kruczenia. Chora zaznacza, że często pokarmy wracają do jamy ustnej, i po raz drugi są przeżuwane. Rentgenoskopja stwierdza uchyłek, w kształcie owalnej kieszeni, usadowionej pośrodku szyji, dolna granica kieszeni na wysokości mostka. Przy połykaniu kieszeń ta przesuwa się ku górze i ku dołowi na szerokość palca.

H a r t m a n odróżnia dwa rodzaje uchyłków przełyku: podług Z e n k e r a i Z i e m s e n a uchyłki z pociągania i z wypuklenia. Uchyłki z »pociągania« (Traktionsdivertikel) są dosyć częste. F i e d e m a n n na 433 przypadków sekcyjnych znalazł 4% takich uchyłków u dorosłych; zazwyczaj są one małe, rzadko dochodzą wielkości orzecha, usadowione bywają w okolicy podziału tchawicy, prawie zawsze są zrosłe z którymś z gruczołów śródpiersia. Kierunek ich, skośnie i ku górze idący, sprawia, iż pokarmy nie zatrzymują się w nich; klinicznie nie dają takie uchyłki żadnych objawów. Siedziba ich wyklucza myśl o operacji.

Dla chirurga mają znaczenie t zw. uchyłki z »wypuklenia« (Pulsionsdivertikel), usadowione w górnej części przełyku. Przebieg kliniczny tych uchyłków opisują w następujący sposób: Z początku chory skarży się na znaczne ślinienie i suchość w gardle, co nasuwa myśl o nieżycie gardła, później zjawiają się dolegliwości przy połykaniu, uczucie zatrzymywanie się ciała obcego w przełyku, wymioty, co wskazuje na pewnego rodzaju zwężenie. Stopniowo rozwijają się charakterystyczne objawy uchyłka przełyku: w czasie jedzenia chory miewa uczucie zatrzymywania się pokarmów, swego rodzaju ból, wymioty, poczem znów swobodnie może jeść dalej. Nieraz się zdarza, że chory może połykać tylko w pewnem położeniu ciała. Chory N e u k i r c h a połykał, leżąc na prawym boku; uchyłek, znajdujący się po prawej stronie, przestawał wtedy uciskać na przełyk. Ucisk na uchyłek wystarcza nieraz, aby go opróżnić. Oględziny stwierdzają, co następuje: jeżeli uchyłek jest znaczny, to zwykle daje się stwierdzić w postaci wzniesienia przeważnie po lewej stronie szyji u dołu. Ucisk w tem miejscu wywołuje szmer kruczenia, bełkotania lub odbijania. Zgłębnik rzadko udaje się wprowadzić do żołądka. Najprostszym i najlepszym sposobem jest badanie za pomocą promieni X, pozwala ono bowiem widzieć uchyłek w położeniu przednio-tylnem, bocznem, jak również i stosunek uchyłka do przełyku. Cierpienie to, pozostawione samemu sobie, sprowadza zejście śmiertelne wskutek stopniowego wyniszczenia ustroju, powikłań płucnych, lub wtórnego raka. Co do leczenia chirurgicznego, to we Francji zadowalano się jedynie środkami paljatywnemi, gastrostomią lub zgłębnikowaniem. Jeszcze w 1909 r. w Towarzystwie chirurgów paryskich D e m o u l i n s zalecał zgłębnik i nikt z obecnych chirurgów nie zaproponował leczenia za pomocą operacji. Dziś jest rzeczą jasną, że zgłębnikowanie wogóle jest trudne i udaje się tylko z początkiem choroby, kiedy zwężenie wywołane uchyłkiem przełyku, jest nieznaczne. Jeżeli uchyłek jest większy, to jedynie operacja może dać jakieś wyniki. Chirurgów powstrzymywała tutaj także obawa przed szybkiem, niepomyślnem zakończeniem choroby, której przebieg bez operacji jest przewlekły i dość długi, i obawa przed zakażeniem śródpiersia. Pośród różnych zabiegów niektórzy, aby osłabić możliwość zakażenia, zalecają zmniejszenie uchyłka za pomocą szwów zewnętrznych, tworząc fałdy, aż wreszcie zupełnie wgłębiają uchyłek do światła przełyku; tak np. operuje G i r a r d, podobnie B e r o n. Inni znów, jak G o l d m a n, operują dwuczasowo: najpierw oddzielają uchyłek od otoczeczenia, podwiązują go u podstawy, wyciągają na zewnątrz i umocowują w biegunie górnym rany, tamponując dokładnie otoczenie rany. Po 8 dniach następuje zgorzel uchyłka, pozostaje przetoka, która się łatwo goi. M u r p h y oddziela uchyłek, skręca go i tak skręcony wszywa w ranę; po 15 dniach, gdy rana pokrywa się ziarniną, odcina uchyłek. M a y o wyciąga uchyłek na zewnątrz, przyszywa przełyk do rany skórnej u podstawy uchyłka, po 12 dniach resekuje uchyłek, a brzegi zaszywa, wgłębiając je ku wewnątrz. H a r t m a n jest zwolennikiem jednoczasowego postępowania, a mianowicie resekcji uchyłka i natychmiastowego zaszycia. W i t t S t e t t e n podaje 55 takich przypadków, przyczem w 5 przypadkach wykonano poprzednio gastrostomję. H a r t m a n uważa gastrostomję za wskazaną z jednej strony, by podnieść stan odżywienia wyniszczonego głodem ustroju, i powtóre, by zwolnić przełyk od przeprowadzania pokarmów w pierwsze dni po operacji. *Dr. L. Dengel* (Kraków).

Położnictwo.

Monatsschrift f. Gynaekologie.
T. LIV.

D. H e r r m a n n. **Wpływ ciałka żółtego względnie lipoidu łożyskowego na krwawienia typu miesiączkowego i zanik czynności.** Według podanej przed 5 laty metody H e r r m a n n a

można ze świeżego ciałka żółtego krowy jakoteż z ludzkiego łożyska otrzymać chemicznie ciało lipoidowe, które ma niezmierny wpływ na narząd rodny i gruczoły mleczne podrastających samiczek królika. Po 5 wstrzyknięciach w ciągu 10 dni u 8 tygodniowych króliczek, narządy rodne dosięgają rozwoju 25—30 tygod. Na narządy rodne męskie wpływ tej substancji działa hamująco, a nawet je uszkadza. Różne doświadczenia robione na jajnikach dowodzą, że mała ilość wstrzyknięć pobudza dojrzewanie pęcherzyków jajnikowych, częste zaś wstrzykiwania hamują lub zwalniają je; osiągnięte wyniki można nazwać próbnemi, bo pewników dotąd brak. U kastrowanych i niekastrowanych zwierząt lipoid w jednakowej mierze działa na rozrost narządów rodnych. Ponieważ częste wstrzykiwania obok rozrostu narządów rodnych, hamują dojrzewanie pęcherzyków, przeto powinno się je stosować w chorobach spowodowanych nadmierną czynnością. Herrmann stosował w 73 przypadkach, a mianowicie: w 8 przypadkach zbyt częstych miesiączek, w krwotokach miesiączkowych 15, krwotokach macicznych przy sprawach zapalnych 16, krwotokach przy prawidłowych narządach rodnych 15, krwawieniu młodych 5, krwotoku w okresie przekwitania 4, przy zaniku czynności 12. Z 53 przypadków krwawienia ustały w 15 po jednem wstrzyknięciu, w 13 po dwóch, w 7 po trzech, w 9 po czterech, a w dalszych 9 po 5—9 wstrzyknięciach. W 83% przypadków przeciętnie po 4 wstrzyknięciach. Przy krwawieniu natury jajnikowej uzyskał z 73 przypadków, w 95% dobrą chwilową poprawę, w 74% dobrą trwałą poprawę. Najlepiej działały wstrzyknięcia w krwotokach miesiączkowych i macicznych, krwawienia u młodych cofały się. W okresie przekwitania szybka ale nietrwała poprawa. Zanik czynności przez leczenie znacznie polepszono albo usunięto całkowicie.

Hiess. **O granicach działalności dzisiejszej terapji łożyska przodującego.** Wśród materjału łożysk przodujących Hiess stwierdził u 15% uprzednio poronienie, u 11% spędzenie płodu przez wyskrobanie z gorączkowym przebiegiem, w 11 przypadkach ręczne wydobycie łożyska, w tem trzy razy u tej samej chorej. U wieloródek w 88%, pierwiastek w 12%, w tem *plac. praevia margin.* 13%, *partialis* 78%, *totalis* 9%; najczęściej, bo 25·6% między 36—40 r. życia i częściej u słabszych konstytucji. W 49% przypadków przy pierwszem krwawieniu następuje poród, w 15·6% następuje poród do 8 dni, w 35·4% krwawienie występuje na parę tygodni przed porodem. Co do postępowania, to albo natychmiast rozwiązuje się ciężarną, albo wyczekuje się. Głównym celem niedopuścić do skrwawienia się matki, dlatego wykonywa się przebicie pęcherza i obrót; ekstrakcję natomiast zarzucono. Śmierć matki przy obrotach powstaje albo wskutek skrwawienia się przed obrotem, albo wskutek pęknięcia szyjki (przy wydobyciu płodu), albo wskutek atonii mięśnia. Śmiertelność płodów przy obrocie znaczna, lecz pochodzi z różnych przyczyn. W przypadkach łożyska przodującego, gdzie ujście jest znacznie rozszerzone, spotykamy się z daleko cięższym przebiegiem dla matki (skrwawienie) dla płodu jednak wynik korzystniejszy, szybciej może się odbyć poród samorodny, z drugiej zaś strony istnieje pokusa wydobycia płodu zaraz po obrocie, co odbija się niekorzystnie na matce. Przy 105 obrotach 87% śmierci płodu, z tego 80·4% nieżywo urodzonych. Trzy matki zmarły z powodu krwotoku. Metreuryza: Jeżeh balon dobrze założony i obciążony, wypełnia on dobrze swe zadanie, podobnie jak pośladek płodu po obrocie i wywołuje bóle porodowe. Na materjale kliniki wiedeńskiej metreuryza wystarczała w 20%, zaś w 80% musiano potem wykonać obrót, który dzięki uprzedniej metreuryzie był łatwy. Według Schweitzera śmiertelność płodów przy metreuryzie wynosi 34·5%, matek 5·8%. Tamponada dobrze przeprowadzona jest trudną i grozi zakażeniem. Sposób Momburga stosowano bez powodzenia. Wycięto macicę w Wiedniu w 5 przypadkach, z tego 4 razy śmierć; jeśli wogóle ma się ten zabieg robić, to wcześnie i szybko. Do cięcia cesarskiego musi być płód żywy, można wykonać klasyczne, pozaotrzewnowe (Sellheim) i pochwowe (Bumm, Döderlein). Z 13 przypadków cięcia cesarskiego pochwowego żadna matka nie zmarła, lecz wszystkie gorączkowały, płodów zmarło 4. Ogólna śmiertelność matek przy łożysku przodującem 3·1%, płodów 62·7%. Wszystkie przypadki powinny być kierowane do zakładów leczniczych.

Pogonowski (Kraków).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach:

Lekarz wojskowy Nr. 49. Stulecie Towarzystwa lekarskiego. — W. Osmolski. Sport, jako czynnik walki z chorobami wenerycznemi. — J. Mund. Przyczynek do rzeżączki przewodów przycewkowych. — S. Świątecki. 21 wrzodów pierwotnych u jednego pacjenta.

Nr. 50. A. Wizel. O cierpieniach psychicznych reaktywnych albo psychopochodnych. — J. Morawski. Organizacja ewakuacji i pomocy umysłowo chorym w armji rosyjskiej w czasie wojny 1914—18.

B. Piśmiennictwo francuskie.

(za październik 1921 — zupełne. C. d.)

Leredde (E.). — Nouvelles Etudes sur la syphilis. Domaine, diagnostic, traitement, prophylaxie. In-8 (16 × 24), 444 p. 26 fr.

Marchadier (L.-A.) et **A. Goujon**. — Les Poisons méconnus In-12 (12 × 19), 288 p. Bibliothèque de philosophie scientifique. 7 fr. 50

Marion (G.). — Traité d'urologie. 2 vol. in-8 (17,5 × 24,7) 1.050 p. avec 413 fig. et 15 pl. Rel., 120 fr.

Martinier et Villain. — Principes généraux appliqués aux différentes prothèses. In-16 (11,5 × 17,5), 308 p., 75 fig. 40 fr.

Mary (Albert et Alexandre). — Dictionnaire de Biologie physiciste. Gr. in-8 (16,5 × 25,5), 406 p., 72 fig. 40 fr.

Murtrie (Douglas C. Mc.). — Les Mutilés de la guerre. In-8 (14,5 × 23), 189 p. 6 fr.

C. Piśmiennictwo niemieckie.

Schlagintweit Felix. **Urologie des praktischen Arztes** Mit 39 Abb. München 1921 (135 stron) 8° 15 —

Simon Artur. **Zahnärztliche Kronen- u. Brückenarbeiten.** Mit 278 Abb. Berlin 1921 (VIII. 227 stron) 8° 100 —

Strahlentherapie. **Die physikalischen u. technischen Grundlagen d. Messung u. Dosierung d. Röntgenstrahlen** v. W. Falta.

Sudhoff Karl. **Geschichte d. Zahnheilkunde.** Mit 125 Abb. im Tekst Leipzig. 1921 (VII, 206 stron) 8° 75 —

Toldt Karl. Anatomischer Atlas B. 2. Berlin 1921 4° 72 —

Trumpp Josef. **Körperl. Entwicklung u. Körperpflege d. Kindes im 2-7 Lebensjahre.** 2 Stuttgart. 1921 (XV, 173 stron) 8° 12 —

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXX. Posiedzenie naukowe w dniu 26 października 1921 r.

Przewodniczy kol. Rosner, członków obecnych 78.

W poczet członków przyjęto kol. Rybickiego Jana, Biernackiego Henryka i koleżankę Enochową.

1. Kol. Ciechanowski, zdając sprawę z przedsięwziętej akcji połączenia wszystkich czasopism lekarskich polskich, proponuje imieniem Zarządu Towarzystwa zwołanie celem ostatecznego porozumienia się w tej sprawie w Krakowie zjazdu delegatów Towarzystw lekarskich, Izb lekarskich, Wydziałów lekarskich i kierowników wszystkich czasopism lekarskich i zwraca się jednocześnie do kolegów z apelem, aby zechcieli zasilać pracami swemi nowo powstałe „Polskie Czasopismo lekarskie". Wniosek Zarządu uchwalono.

2. Kol. Ciechanowski przedstawia imieniem Zarządu T-wa odezwę nadesłaną przez Towarzystwo Wydawnicze „Ignis", które podjęło się wydawania „Gazety lekarskiej", zapraszającą do brania udziału w subskrybowaniu akcji tego Towarzystwa.

3. Z okazji dwudziestopięciolecia pracy dydaktycznej dzisiejszego prelegenta kol. Wachholza przewodniczący powitał go, podnosząc w gorącem przemówieniu jego uczynność i serdeczny stosunek do Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego.

4. Kol. Wachholz w krótkiem przemówieniu podziękował zebranym za okazaną mu życzliwość i wygłosił odczyt pt. **Z kazuistyki otruć zbrodniczych.**

Otrucia solami miedzi należą do wyjątkowych rzadkości. Poza literaturą francuską, nigdzie nie spotykamy wzmianki o otruciu temi solami. Preparaty przedstawione przez prelegenta dotyczą przypadku samobójstwa. Sole miedziowe w przypadku otrucia ostrego należą do tych trucizn, które obducent może łatwo, częstokroć już na stole sekcyjnym, rozpoznać.

Zbrodnicze otrucia w ostatnich czasach wzmagają się znacznie i grożą wprost epidemją. Trucicielstwem zajmują się przeważnie kobiety i przez długi czas prym tu dzierżyły, jednak i mężczyźni nie pogardzają tą bronią, z tą tylko różnicą, że idą oni za postępem wiedzy i używają częstokroć trucizn nawskroś postępowych, jak hodowle i toksyny bakteryj itp.

Mowca opisuje szczegółowo 2 przypadki otrucia zbrodniczego solami miedziowemi mężów przez żony. W obu tych przy-

padkach z powodu wadliwie przez obducentów wykonanej sekcji, badanie lic sądowo-lekarskich nie mogło dać dobrych wyników. Trzeci omawiany przypadek dotyczy usiłowania otrucia męża i szwagra. W treści żołądkowej wykazano sole barowe. I w tym przypadku sekcję wykonano niedokładnie, gdyż nie oglądano zupełnie żołądka i jelit. Zestawiając powyżej omawiane trzy przypadki, mowca stwierdza, że takie niedokładne wykonywanie oględzin lic sądowo lekarskich jest wprost przestępne, gdyż utrudnia sądowi wymierzenie sprawiedliwości.

5. Kol. Olbrycht przedstawia preparaty z przypadków 1) **Hernia diaphragmatica congenita,** 2) **anencephalia,** 3) **cyclopia** i omawia szerzej tę anomalję rozwojową. Przypadki cyklopji można, według Schwalbego, podzielić na trzy grupy. Pierwszą stanowią przejścia od anencefalji do cyklopji, to zn., istnieją oba oczodoły z gałkami ocznemi, lecz tak blisko siebie, że nos znajduje się nie między oczodołami, lecz nad niemi. W przypadkach drugiej grupy znajdujemy jeden oczodół, który zawiera dwie gałki oczne, najczęściej zrośnięte ze sobą (cyclopia incompleta). Wreszcie w przypadkach trzeciej grupy znajdujemy jeden oczodół, zawierający jedną gałkę oczną (cyclopia completa). Przypadek przedstawiony przez mowcę należy do drugiej grupy, nadto okazywał on zupełny brak prawej małżowiny usznej, lewa zaś była wielkości łebka dużej szpilki, u ręki lewej szósty nadliczbowy palec złożony z 2 członków. Sierp opony twardej nierozwinięty, nerw wzrokowy jeden, pozatem bliższych szczegółów w mózgu z powodu dalekc posuniętego gnicia nie można było stwierdzić. Stosunki w klatce piersiowej i jamie brzusznej prawidłowe.

W dyskusji kol. Wachholz zaznacza, iż potwory zyskują znaczenie sądowo lekarskie w przypadkach dzieciobójstwa na nich popełnionego, w szczególności, że zabicie przez matkę dziecka urodzonego jako potwór, choćby ono nie było zdolne do samodzielnego życia, jest istotnie dzieciobójstwem i było już, jak to stwierdza przypadek Krattera, werdyktem przysięgłych karane.

Szancenbach, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXV. Posiedzenie naukowe z dnia 28. października 1921 r.

Przewodniczy: Kol. Franke. Obecnych 63.

1) Kol. Leszczyński przedstawia chorą z kiłą w okresie drugorzędnym z **rzeczywistą idjosynkrazją do rtęci.** Ponieważ chora równocześnie jest w ciąży (obecnie 8 miesiąc) zachodzi pytanie, czy owa idjosynkrazja nie jest zjawiskiem przejściowem, związanem z okresem ciąży? Być może, że liczne normalnie podczas ciąży w ustroju krążące toksyny sprowadzają względną niedomogę wydzielniczą nerek; wówczas rola skóry, jako ważnego pomocniczego narządu wydzielania, staje się ważniejszą i stąd nieprawidłowe oddziaływanie jej przy podawaniu rtęci.

2) Kol. Schusterówna przedstawia preparaty anatomiczne: a) serce z przypadku **zapalenia rzeżączkowego wsierdzia** na zastawkach półksiężycowych tętnicy płucnej (ukaże się w druku).

b) **Mózg z guzem** dużych rozmiarów, który przy badaniu histologicznem przedstawiał **utkanie guza gruźliczego.** Znaleziono go podczas sekcji kobiety, zmarłej nagle w kilka dni po porodzie. Już przed porodem stwierdzono u chorej objawy porażenia połowiczego. Ciekawem jest niewykazanie zmian gruźliczych w narządach innych.

c) Dwa przypadki **pierwotnego mięsaka żołądka.** W obu przypadkach t. j. u 33 letnich kobiety i mężczyzny bujanie nowotworowe złośliwe wychodziło z okolicy odźwiernika.

W dyskusji nad obu pokazami kol. Pisek przypomina przypadek zapalenia zastawek tętnicy płucnej, opisany przez siebie w r. 1883 i późniejszy Kučery. Kol. Sołowij, Rencki i Leńko omawiają kliniczny obraz przedstawionych przypadków. Kol. Nowicki podkreśla niezwykłą rzadkość wrzodziejącego zapalenia zastawek tętnicy płucnej, zwraca uwagę, że i w dwóch podobnych przypadkach Węgrzynowskiego również był brak zmian makroskopowych w drogach płciowych, drobnowidowe zaś były bardzo nieznaczne.

3) Kol. Teliga wygłasza odczyt p. t. **„O właściwościach biologicznych przeszczepianych tkanek“** (Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Schramm nie godzi się z wnioskami autora, jakoby biologicznie odpowiednie tkanki miały się zawsze przyjmować przy homeoplastyce. Doświadczenie bowiem poucza, że i przy autoplastyce, wzorowo przeprowadzonej, często spotykamy się z wynikami ujemnymi. Ponadto przemawiali kol. Pisek, Franke i Stauber. *A. Zakrzewski*, sekretarz.

Doroczne Walne Zgromadzenie z dnia 30 grudnia 1921.

Przewodniczy kol. Nowicki, protokołuje kol. Bocheński.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego przewodniczący przedstawia w ogólnych zarysach działalność Towarzystwa w upływającym roku tak na polu naukowem, jak i społecznem. Podnosi fakt zjednoczenia naszych pism lekarskich tygodniowych, które w bardzo znacznej części należy zawdzięczać zrozumieniu i gorącemu poparciu członków Towarzystwa. Dla dalszego rozwoju Towarzystwa niezbędną jest budowa własnego domu, co też musi być szczególną troską już nowowybranego zarządu; opracowaniem planu urzeczywistnienia tego zajmuje się przewodniczący komisji budowy domu kol. Rencki. Kończąc przemówienie dziękuje za współpracę i poparcie członkom Wydziału i ogółowi kolegów.

1. Przewodniczący zawiadamia o ufundowaniu przez Tow cegiełki wawelskiej.

2. Sekretarz stały kol. Bocheński odczytuje sprawozdanie doroczne.

3. Następnie zdają krótkie sprawozdanie: kol. Trzcieniecki, jako gospodarz, kol Rencki, jako przewodniczący budowy domu i administrator starego domu Towarzystwa, zaznaczając, że z projektami, dotyczącymi budowy domu przyjdzie na jedno z następnych posiedzeń, kol. Gröer, jako bibliotekarz, kol. Schusterówna, jako zarządczyni czytelni.

4. Na rok 1922 zostali wybrani: Prezes kol. M. Franke, wiceprezes kol. M. Świątkiewicz, sekretarz doroczny kol. Kmietowicz, gospodarz kol. Trzcieniecki, sekretarz stały kol. Bocheński, skarbnik kol. T. Zalewski, bibljotekarz kol. F. Gröer.

Przewodniczący komisji budowy domu kol. R. Rencki.

Przewodniczący komisji przemysłowo-lekarskiej kol. K. Krzyżanowski.

Przewodniczący komisji sanitarnej kol. J. Papée.

Redaktor organu Towarzystwa kol. W. Nowicki.

Komisja redakcyjna: koledzy Bednarski, Gröer, Leszczyński, Papée, Pisek, Ruff i Zakrzewski.

Komisja rewizyjna: koledzy St. Kwiatkiewicz i B. Zaorski.

Delegaci do Rady zawiadowczej Tow. lek. pol. b. Galicji kol. Machek i Rencki.

Delegat do kontroli rachunków Tow. lek. pol. b. Galicji kol. Kohlberger.

Delegaci na Walne zgromadzenie Tow. lek. pol. b. Galicji koledzy Bocheński, Hornung, Krzyżanowski, Mańkowski, Papée, Rothfeld, Sabatowski, Sieradzki, Świątkiewicz, Świątkowski, Szusterówna, Trzcieniecki i Zalewski. Ich zastępcy: koledzy Allerhand, Domaszewicz, Kotiers i Zaorski

Bocheński, sekretarz stały.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji

Sekcja rzeszowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 17. grudnia 1921.

Przewodniczący kol. Hinze przedstawia:

1) mężczyznę lat 60 po wypiłowaniu szczęki górnej z powodu **raka jamy Highmora.** Operację dokonano w półuśpieniu w ułożeniu siedzącem. Chory odplułwał krew podczas zabiegu doskonale, tak, że do płuc nic się nie przedostało. Sposób ten pozostaje, zdaniem mowcy, na równi z nowoczesną nauką prof. Brauna, który radzi znieczulić II. pień nerwu trójdzielnego wyjścia z czaszki przez otwór okrągły. Chorzy, nie mając świadomości zabiegu operacyjnego, nie są narażeni na przygnębienie i wstrząs psychiczny, którego również lekceważyć nie można.

Ciężką rzeczą po wyleczeniu jest sprawa protezy. Wykonanie nawet najprostszej protezy — jakto obecnie prof. dr. Cieszyński ze Lwowa opisał — jest dla chorych szpitalnych zbyt kosztowne. Nam doskonale usługi oddaje tampon z gazy jodoformowej wsunięty w ubytek kostny, który za przykładem prof. dr. Schramma naszemu choremu założyliśmy. Tampon ten może sobie chory sam zmieniać.

W dyskusji kol. Natter radzi użycie parafiny do sporządzenia tymczasowej protezy;

2) mężczyznę 27 letniego **wyleczonego z rany klatki piersiowej i płuca** oraz z groźnego krwotoku płucnego szwem. Operację musiano wykonać bez przyrządu Sauerbrucha, dlatego też rany nie zeszywano tylko sączkowano i gojono per secundam;

3) położnicę, u której po ciężkim porodzie z powodu zaniedbanego położenia poprzecznego powstała **przetoka moczowo-dowa** Ze względu na miejscowe stosunki musiano usunąć nerkę;

4) **preparat anatomo-patol.** uzyskany drogą operacyjną, który się składał z **wyrostka robaczkowego, przydatków macicznych i macicy** zrośniętych razem i zmienionych w trudne do rozpoznania wielkie guzy o utkaniu włóknistem;

5) chorego z rozległą **zgorzelą lewego uda** powstałą **po zapędzlowaniu jodem nacieku ropnego.** Mowca przestrzega przed stosowaniem jodu na skórę w razie nacieków zapalnych.

W dyskusji kol. Szumski odnosi szkodliwe działanie do alkoholu metylowego, którego niesumienni aptekarze używają niekiedy do nalewek.

Sprawy zawodowe.

Kol. Hinze przedstawił sprawę 2 ustaw, tyczących się lekarzy, tj. o Izbach lek. i o praktyce lek. Nadmienił, iż pierwotne projekty tych ustaw, jako t. zw ordynację lekarską, ułożyła Izba lek. lwowska; została ona jednak przez sejmową kom. Zdrowia publ. znacznie i niekorzystnie zmieniona. Ponieważ ustawy potrzeb lekarzy nie zadowalają a nawet ukrócają wolność zawodu, Izba lek. lw. z Izbą krak. wniosły do Sejmu i komisji Zdrowia memorjał o konieczności usunięcia poczynionych zmian.

Wywiązała się dłuższa dyskusja wśród której przeczytano punkta sporne ustawy. W dyskusji kolejno zabierali głos koledzy: Jabłoński, Godłowski, Dziubek, Nieć, Starzewski i Przysłópski, poczem uchwalono co następuje:

Lekarze wolno praktykujący Sekcji rzeszowskiej Tow. lek. polskich b. Galicji, obejmującej powiaty rzeszowski, łańcucki, strzyżowski i kolbuszowski, po przeczytaniu ustaw o Izbach lek. i praktyce lek na posiedzeniu Sekcji, odbytem w Rzeszowie dnia 17 grudnia 1921, uchwalili przyłączyć się do memorjału Izby lek. lwowskiej i krakowskiej przeciwko zmianom w powyższych ustawach i upoważnić Izby lekarskie, w szczególności lwowską,

do organizowania akcji przeciwnej wśród wszystkich sekcji lekarzy polskich byłej Galicji i aby, opariszy się na ogólnej opinji, przedłożyły ją sejmowej komisji Zdrowia publ. i Sejmowi z protestem. Zgromadzenie odnosi się do Izby lek. lw. z prośbą, aby zawiadamiła wszystkie Twa lek. b. Gal o stanie rzeczy.

Podpisy.

Na zakończenie postanowiono zapraszać kolegów z prowincji na każde posiedzenie, na czem posiedzenie zamknięto.

Dziubek, sekretarz.

Towarzystwo chirurgów polskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 19 listopada 1921.

(w klinice chir. N. 1 przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie).

(Dokończenie).

Przewodniczy B. Sawicki. Obecnych 32 członków.

5. Ambrożewicz. Pokaz dziecka po operacji **torbieli trzustki** 13 sto letni chłopiec przed 9-ma miesiącami uderzył się w brzuch. Przemijające boleści i powolne wytworzenie się guza wielkości główki dziecka na prawo od pępka, guz nie chełboczący (?). Rozpoznano torbiel trzustki. Operacja przed 3 ma tygodniami; ścianę torbieli wszyto w powłoki brzuszne i wprowadzono sączek do odprowadzania wydzieliny. Przebieg pooperacyjny kłopotliwy z racji rozejścia się otworu i zropienia zawartości torbieli, co powoduje stan gorączkowy i każe przewidywać operację powtórną.

W dyskusji Mesz opisuje podobny swój przypadek, przy pierwszym zabiegu wszył guz w powłoki brzuszne, a dopiero po tygodniu otworzył go. Dla przyspieszenia leczenia zastosował naświetlanie promieniami X; o wyniku nic jeszcze orzec nie może. Kryński podkreśla trudności rozpoznawcze i kłopotliwość gojenia przetok po torbielach trzustkowych, przyczem opiera się na przypadku własnym, jaki pierwszy bodaj w Polsce. operował przed laty trzydziestu. Zaleca przemywanie jamy rozczynami lapisu. Lewenstern potwierdza te trudności rozpoznawcze na zasadzie jednego przypadku, gdzie u 9-cio letniego chłopca rozpoznano niezbicie bąblowca wątroby i dopiero operacja wykazała, iż guz torbielowaty, wychodzący górnym obwodem z pod prawego łuku żebrowego odsuwał wątrobę mocno ku górze. Mówiąc nawiasem, w torbieli, idącej od trzustki, poza zawartością płynną znaleziono obfitość mas galaretowatych, które anatomopatolog rozpoznał jako gruczolakoraka Gojenie utrudniało obżeranie skóry przez wydzielinę. lecz ostatecznie po trzech miesiącach rana się zabliźniła. Dziś (po upływie 7-miu miesięcy) pacjent jest zdrów, bez śladu guza. Radliński: Torbiel trzustki rozmaitemi drogami dochodzi do ściany brzusznej, tak iż stosunek jej do żołądka i poprzecznicy bywa różny. Chełbotanie przeważnie daje się wyczuwać. Leczenie przetok ułatwia djeta beztłuszczowa i bezwęglowodanowa Vohlgemuta, tj. czysto białkowa. Leśniowski przypomina, że zdarzają się torbiele wrzekome, wylewające się przez otwór Winslowa na prawo pod wątrobę. Wówczas rozpoznanie jest istotnie bardzo trudne. W pierwszych okresach pooperacyjnych obżeranie jest słabe, później z chwilą przyłączenia się ropienia, dzięki wytworzeniu się trypsyny pod działaniem białka ropy, wydzielina poczyna trawić tkanki, powodując obżarcia.

Leśniowski. W sprawie szwu **kiszkowego jednopiętrowego** (o czem już przemawiał na 1-em posiedzeniu T. Ch P przedstawia szereg chorych świeżo w ten sposób operowanych, wskazując na dodatnie wyniki przezeń osiągane najlepiej przemawiają za wartością gorąco przez niego zalecanej metody, która zresztą została obecnie przyjęta z uznaniem przez wielu chirurgów. Chorzy ci są następujący: 1) kobieta w trzy tygodnie po zespoleniu żołądkowo-jelitowem, 2) kobieta po rozległem wycięciu roka kątnicy, 3) kobieta po częściowem wcięciu żołądka na skutek wrzodu przy mocnych zrostach z trzustką. 4) kobieta, u której wskutek przetoki kałowej kątniczej (w następstwie usunięcia wyrostka gdzieindziej dokonanego), zrobił z dobrym wynikiem zespolenie jelitowo-poprzecznicowe. 5) mężczyzna, u którego w przypadku nieoperacyjnym raka kątnicy przeprowadził zespolenie jak wyżej. Wreszcie pokazuje preparat zespolenia żołądka z jelitem, gdzie śmierć nastąpiła dnia 9-go po operacji na skutek powikłań płucnych, szew jest zupełnie szczelny i trzyma się mocno W technice szwu jednopiętrowego L zastosował ostatnio modyfikację amerykanina Soresi, polegającą na tem, iż szew ciągły prowadzi się wkłuwając igłę równolegle do brzegów rany w ten sposób, by linja szwu układała się falisto. Przeciw krwawieniu z naczyń podśluzowych należy bądź przepalać śluzówkę, bądź podkłuć dobrze widoczne nieliczne drobne naczynia.

W dyskusji Kryński wypowiada się przeciw szwom jednopiętrowym. Zysk czasu nie opłaca mniejszej pewności świeżo zastosowanego uproszczenia. Chorych, którzy nie mogą znieść kilkunastominutowego przedłużenia operacji, nie należy bodaj operować wcale. Pozatem przypomina, że jedynie racjonalny jest szew ciągły — wprowadzony przez Rydygiera. Radliński przekonawszy się z własnej praktyki o zawodności szwów wielopiętrowych, stosuje obecnie jednopiętrowy, który nie daje wcale przestrzeni zamkniętych, gdzie gromadzić się może krew lub ropa, pozpychając linję szwu. Całe 10 lat stosowania jednego piętra, poparte czasami oględzinami sekcyjnemi, upewniło go o wartości tego rodzaju szwu. Nie uznaje wyższości sposobu „amerykańskiego", który, marszcząc błonę surowiczą, szkodzi szczelności zażycia. Ciechomski broni szwu wielopiętrowego, przeprowadzając analogję do powłok brzusznych, które dawniej też szyto jednem piętrem. Makowski sądzi, że szew jednopiętrowy bardziej odpowiada wymogom aseptyki. W celu zapobieżenia krwawieniu błony śluzowej można dodatkowo jeszcze nałożyć na nią szew ciągły.

Jankowski nie uznaje obaw wynikających z zamkniętych przestrzeni szwu wielopiętrowego, gdyż wszelka wydzielina łatwiej przedostaje się do światła kiszki, niż na zewnątrz. Rechniowski w przypadku ciężkiego przedziurawienia żołądka zastosował raz jeden szew jednopiętrowy z wynikiem dobrym. Leśniowski w ostatniem swem słowie bezwzględnie odpiera wszelkie zarzuty, zaznaczając, że możność wykonania *gastroenterostomji* w dwadzieścia kilka minut stanowi wielki plus dla chorego.

7. Grosserowa przedstawia **2 kamienie usunięte ze ślinianki podżuchwowej**. Kamieniom tym towarzyszyła przetoka, wskutek czego całość miała wielkie podobieństwo do ropiejących gruczołów gruźliczych.

Ciechomski przypomina efektowny przypadek. gdzie, przystąpiwszy do operacji kamienia ślinianki, znalazł kulę rewolwerową, o obecności której nie wiedział pacjent, postrzelony w plecy 10 lat przedtem podczas napadu bandyckiego.

8) Rechniowski przedstawił preparat **guza tarczycy**, usuniętego u 27 io letniego mężczyzny. Guz wielkości małej pięści, twardy jak kość, okazał się *chondro-osteo-sarcomal* jak badał prof. Hornowski. Rzecz ciekawa, że nie dał on żadnego charłactwa. a wyłuszczenie nie nastręczało żadnych trudności, przyczem naczynia odżywiające go były w zaniku, częściowo zaczopowane.

9) Szerszyński, przedstawił następujący przypadek sekcyjny: 35 letni mężczyzna oddawna miał objawy typowe dla wrzodu żołądka. Przed 6-ciu tygodniami pogorszenie z objawami przedziurawienia. Po przywiezieniu do szpitala znaleziono, co następuje: stan ogólny bardzo ciężki, płyn w jamie brzusznej, brak kwasu solnego w treści żołądkowej, zwężenie okolicy odźwiernikowej o cechach przypominających nowotwór. We krwi neutrochłonność. potwierdzająca przypuszczenie **ropienia (na tle przedziurawienia owrzodzenia żołądka)**. Operacja wykazała potężne zrosty między żołądkiem i wątrobą, na powierzchni ostatniej wypuklający się guz miękki (ropień ?). Wykonano zespolenie żołądka z jelitem. W trzy dni po operacji śmierć. Wysoce ciekawe objaśnienie odnośnie do zmian żołądkowych opisanego przypadku podaje L. Skubiszewski: na błonie śluzowej poza starem owrzodzeniem, częściowo zabliźnionem i zrostami wieloletnimi — na krzywiźnie małej znajduje się świeże długości 10 ctm. bardzo głębokie, do błony surowiczej sięgające owrzodzenie. Idzie ono linją rozdwajającą się w kierunku typowym dla biegu naczynia krwionośnego i jest niewątpliwie wynikiem zaciśnięcia tętnicy przez dawniej powstałą bliznę. Szczegóły badania drobnowidowego — dziś jeszcze nie skończonego — będą podane póżniej.

E. Lewenstern.

Towarzystwo chirurgów we Lwowie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 4 grudnia 1921.

Przewodniczy prof Schramm.

1. Kol. Hilarowicz przedstawia przypadek **dwukrotnego skrętu jądra** około jego osi poprzecznej w kanale pachwinowym prawym. Chorego 16-letniego przywieziono do kliniki chirurgicznej z objawami przepukliny uwięzgniętej od 4 dni trwającymi. Operacyjnie usunięto jądro z powodu jego wysoko posuniętej zgorzeli. Jądro lewe było w worku mosznowym.

2. Kol. prof. Schramm przedstawia przypadek **luxatio coxae iliaca inveterata**, w którym rozpoznanie roentgenologa wahało się między *luxatio coxae pathologica* a *luxatio traumatica*. Podczas operacji znaleziono całą panewkę wypełnioną masą wyrośli kostnych, Między talerzem biodrowym a główką kości udowej zrost był tak silnym, że musiano główkę oddłutować i po przecięciu ścięgien *m. tensoris fasciae latae* i *mm. adductorum* za pomocą wyciągu sprawadzić szyjkę do uwolnionej z wyrośli kostnych panewki. Zabieg krwawy w takim przypadku jest zabiegiem może i delikatniejszym, aniżeli tępe odprowadzenie za wszelką cenę.

W dyskusji nad oboma przypadkami zabierali głos koledzy: Ostrowski, Ruff, Węgłowski, Laskownicki.

Kolegów, chcących wpisać się w poczet członków Tow., uprasza się o ustne lub pisemne zgłoszenie się w Zarządzie Tow. w klinice chirurgicznej.

Towarzystwo stomatologów polskich w Krakowie.

Sprawozdanie roczne za rok 1921.

Prezesem był prof. dr. W. Łepkowski, wiceprezesem dr. T. Meronowicz, skarbnikiem Dr. M. Haber, sekretarzem dr. S. Tomczyk.

W roku 1921 Towarzystwo odbyło 8 posiedzeń. W tym czasie po ożywionej dyskusji, uważając dentystykę za część całokształtu wiedzy lekarskiej, uchwalono wysłać protest przeciw utworzeniu Szkoły Dentystycznej dla kształcenia lekarzy-dentystów do Ministerstwa Zdrowia Publicznego, do Ministerstwa Wyz. Rel. i Ośw. Publ., do dr. Meissnera posła do Sejmu.

Celem utworzenia związku zawodowego ku zwalczaniu niesumiennej konkurencji przez niefachowców zainicjowano zrzeszenie się lekarzy stomatologów z Małopolski.

Odczytów wygłoszono 6.

1) Dr. L. Grabczak „Zęby a wewnętrzne wydzielanie“.

2) Dr. J. Piątkowski „O przestrzeni międzyzębowej“.

3) Dr. S. Tomczyk „O sporządzaniu mostków bez łączna sposobem prof, Łepkowskiego“.

4) Dr. B. Steinberg „O utajonem zakażeniu“.

5) Dr. B. Steinberg „O trujących własnościach metalu Randolpha“.

6) Dr. J. Piątkowski „O zastosowaniu jodu i jego przetworów w dentystyce“. *H. Tomczyk*, sekretarz.

Kółko naukowe Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

II. Posiedzenie z dnia 2. czerwca 1921.

I. Dr. Byków na przedstawia chorego z ojawami myastenji. F. S., mężczyzna lat 52., atletycznie zbudowany, chory od 7—8 mies., zgłosił się głównie z powodu rwy kulszowej, osłabienia rąk, nóg i oczu. Chory ponadto źle oddycha, źle gryzie, połyka i odpluwa, niechodzi prawie zupełnie, źle siada, przyczem głowa opada ku przodowi, nie może utrzymać lekkiego nawet przedmiotu w rękach dłużej jak 2—3 min. Obok stałego częściowego opadnięcia powiek i niedowładu m. prostego zewnętrznego na oku lewem i mięśni, zaopatrzonych przez nerwy łokciowe (ręka szponotowata), ma niedowład zmienny (myasteniczny) we wszystkich prawie mięsniach ustroju, występujący już po 2—3 min. pracy danego mięśnia lub grupy, a dochodzący nawet do zupełnego porażenia, trwającego kilka minut w obrębie mięśni pasa barkowego i miednicowego. Zmęczenie myasteniczne wykazać można także na zwieraczu źrenic. Elektrycznie wykazano bardzo wybitny odczyn myasteniczny w mięśniach, zaopatrywanych przez nerwy łokciowe. Odczyn Wassermanna ujemny. Grasica bardzo duża, wykazana wypukiem i rentgenem.

II. Dr. Zaczek. (Oddz. chir.) omawia *a*) przypadek **wrzodu modzelowatego żołądka** (*Ulcus callosum*), u kobiety lat 25. W czasie operacji stwierdzono rozległe zrosty z sąsiednimi narządami. Mimo tego udało się dokonać wycięcia schorzałego odcinka (poprzeczne wycięcie żołądka). Z powodu wysokiego usadowienia wrzodu nie można było myśleć o założeniu połączenia żołądkowo-żołądkowego lub żołądkowo-jelitowego. Chora, wycięczona długotrwałem cierpieniem i krwawieniami, ciężkiego zabiego nie zniosła i zmarła nazajutrz. Na wyciętej części stwierdzono owrzodzenie 6—8 cm. długie, 4 cm. szerokie. Prelegent omawia rodzaje wrzodów i ich leczenie, w szczególności wrzodu modzelowatego, w którym leczenie wewnętrzne w 50% przypadków (Bamberger) nie prowadzi do celu. W wyborze sposobu operacyjnego, o ile chodzi o wrzody oddalone od odźwiernika, przyznaje mowca słuszność zapatrywaniem Payra i poprzeczne wycięcie żołądka uważa za zabieg najodpowiedniejszy.

W dyskusji przemawiają dr. Zasowski, prof. Barączi dr. Vrabetz.

III, Dr. Zasowski, przedstawia jako rzadkość przypadek **Tendovaginitis fibromatosa,** pod postacią zgrubień wielkości grochu do orzecha laskowego w przebiegu ścięgien na grzbiecie rąk i palców.

IV. Dr. Füllenbaumówna przedstawia:

a) Chorą z objawami **pęcherzyzy** pod postacią, stojącą na pograniczu między pęcherzycą zwyczajną, a **swędzącą** Ciężkie objawy i wyniszczenie znikły w krótkim czasie pod wpływem leczenia chininą, a mianowicie wlewań śródżylnych co 2 dni od 0.15 do 0.30 chin. mur. na 200 Uq. dest. ster, z dodatkiem 1. 75 Natrii chlor. Stan ogólny obecnie zadowalniający, chora czuje się bardzo dobrze, a pęcherze od dłuższego czasu ograniczyły się do pojedynczych.

b) Chorą, która przedstawia rzadki objaw prawdziwej **idiosynkrazji do rtęci.** Już przez samą resorbcję rtęci przez skórę wystąpiło u niej silne zapalenie skóry, które następnie stale występywało przy wprowadzaniu do ustroju rtęci w jakiejkolwiek postaci i choćby po mniejszych dawkach.

V. Dr, Schneiderowa przedstawia chorą z **twardziną skóry.** Osoba 1. 29, dziedzicznie nie obciążona, chorób żadnych nie przebywała, czuła się tylko „nerwową“. Obecne schorzenie odnosi do przypadku, jakiego była świadkiem w r. 1915. Mianowicie granat w jej oczach zabił matkę. Doznała wówczas rodzaj odrętwienia i zaraz potem uczuła dolegliwości w stawach, następnie innych stawach rąk, a także nóg. Z tego powodu przebyła leczenie w Piszczanach, bez widocznego wyniku. Czuła się coraz bardziej osłabioną, wychudła, pomimo dobrego odżywania się, od 7 miesięcy zauważyła brunatne zabarwienie skóry, jakoteż zesztywnienie stawów rąk i barków. Badanie wykazuje na skórze zmiany, odpowiadające stwardzinie w okresie zaniku, szczególnie na obu rękach, na barkach, stopach, karku i twarzy. Prócz tego drobne ogniska świeższego nabiegu na grzbiecie. Skóra w miejscu zmian zabarwiona brunatno. Ruchomość w stawach górnych silnie upośledzona. Części miękkie w okolicy tych stawów ścieńczałe, stwardniałe, nieprzesuwalne. Gruczoł tarczycowy niemacalny. Zdjęcia wykazują zanikowe zmiany w kościach końcowych członów palców, nadto zaś jak gdyby nasadzenie pierwszych falang obu palców wskazujących na kości śródręcza, co mogłoby być spowodowanem przez ucisk ze strony napiętych i twardniejących części miękkich.

Dyskusja:

Prym. Ziembicki porusza sprawę **stosunku twardziny skóry do wewnętrznego wydzielania** i streszcza sprzeczne poglądy autorów na tą sprawę. W przedstawionym przypadku możnaby np. małe wymiary rąk i palców (*Akromikria*) odnieść do zaburzeń w przysadce (w myśl przypuszczeń Strümpla), możnaby zmiany barwikowe odnieść do zaburzeń w układzie chromochłonnym, możnaby wreszcie zanikłą, niemacalną tarczycę wprowadzić w związek przyczynowy z objawami. Szczegóły te, które można dosyć dowolnie mnożyć, świadczą tylko o tem, że nic pewnego w sprawie stosunku sklerodermii do wewnętrznego wydzielania nie da się powiedzieć.

Medycyna społeczna.

Józef Wiczkowski. Lwów.

Sprawa akcji zwalczania gruźlicy w Polsce.

Ciąg dalszy.

Zdaje mi się, że wystarcza to krótkie zestawienie akcji przeciwgruźliczej w czterech powyższych państwach, raz, aby porównać je ze stanem walki z gruźlicą w naszem Państwie, powtóre, aby módz wzorować się na tych świetnych przykładach. Polska przedwojenna dzieliła losy państw, pod których zaborem się znajdowała; a więc ks. Poznańskie korzystało ze wspaniałych niemieckich urządzeń przeciwgruźliczych, Królestwo Polskie traktowane przez rząd po macoszemu, skazane było po największej części na dobroczynność prywatną; w b. Galicji akcja przeciwgruźlicza była przez rząd bardzo skąpo zasilana.

W obrębie Rzeczypospolitej mamy w chwili obecnej 16 sanatorjów dla chorych na suchoty płuc (wedle Sterlinga).

Otwock pod Warszawą, 1) sanatorjum dla dzieci Rady Głównej Opiekuńczej — istnieje od roku 1919. Miejsc 100. 2) Sanatorjum m. st. Warszawy (od roku 1918 w gmachu Tow. przeciwgruźliczego »Brijus«). Miejsc 120. Mienia pod Warszawą 3) Oddział szpitala św. Ducha w Warszawie. Miejsc 50. Rudka, pod Warszawą st. kol. Mrozy. 4) Sanatorjum im. Teodora Dunina. Istnieje od 1908. Miejsc 60. Zakopane 5) Sanatorjum Towarzystwa »Odrodzenie«. Miejsc 50 w zimie, 80 w lecie. 6) Sanatorjum Towarzystwa »Pomoc bratnia«. Istnieje od 1901 r. Miejsc 45. 7) i 8) Dwa schroniska dla dzieci po 45 miejsc. 9) Sanatorjum im. Br. i St. Dłuskich. Istnieje od roku 1902. Miejsc 120. 10) Sanatorjum Czerwonego Krzyża. Miejsc 550. Zajęte częściowo przez wojsko. Sucha. 11) Sanatorjum Czerw. Krzyża. Miejsc 200. Zajęte przez wojsko. Rajcza. 12) Sanatorjum Czerwonego Krzyża. Miejsc 130. Zajęte przez wojsko. Hołosko. 13) Sanatorjum Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie. Miejsc 100. Zajęte przez wojsko. 14) Kowanówko, pod Obornikami. Sanatorjum Poznańskiej ubezpieczalni krajowej dla mężczyzn. Miejsc 250. 15) Smukała pod Bydgoszczą. Sanatorjum Towarzystwa przeciwgruźliczego w Województwie Poznańskiem dla kobiet. Miejsc 250 300.

Od roku 1917 istnieje pod Łodzią, w Chojnach szpital dla lekko gruźliczych m. Łodzi. Miejsc 80. Tamże od roku 1919 w ciągu pięciu miesięcy letnich sanatorjum letnie dla dzieci szkół początkowych m. Łodzi do lat 12. Miejsc 90. 16) Prądnik Biały pod Krakowem — 85 łóżek.

Poradnie posiadają: Warszawa 4, Lwów 2, reszta miast po jednej, jak: Poznań, Łódź, Lublin, Radom, Kalisz; w województwie krakowskiem: Kraków, Oświęcim, Tarnów, Nowy Targ, Zakopane; w województwie lwowskiem: Rzeszów, Brzozów, Lisko, Jarosław, Przemyśl, Drohobycz, Sambor, Łańcut, Jaworów, Gródek Jagielloński, Żółkiew, Sokal (wielka część tych poradni powstała dzięki gorliwości Dyr. woj. urzędu zdrowia Dra Mikołajskiego). Województwa Stanisławowskie i Tarnopolskie nie posiadają poradni.

Szpital dla gruźliczych posiadają: Warszawa w szpitalu św. Ducha, Oddział gruźliczy na 12 łóżek.

Łódź szpital miejski 80—100 łóżek.

Łódź szpital poznański ma Oddział gruźliczy — łóżek 25.

W budowie szpital w Gałkówku pod Łodzią — 100 łóżek.

Kolonie dla dzieci: Warszawa dla 3.000 dzieci.

Łódź, Lublin, Radom, Kraków dla 285 dzieci; w Małopolsce były: Tuchla, Worochta, Poręba wielka dla 1.000 dzieci.

W Rymanowie 20 łóżek, Rabka dla 180 dzieci, a w Rabce dla izraelitów 40 łóżek.

W Warszawie, Lublinie, w Krakowie i we Lwowie instytucja »Kropla mleka«.

Ogródki dla dzieci: w Warszawie im. Raua, w Krakowie 830 ogródków, w których pracuje około 3.000 osób. Nadto jest w Warszawie instytut hygjeniczny dla dzieci bar. Lenvala.

Cztery są Towarzystwa przeciwgruźlicze: w Warszawie, Krakowie, Lwowie, Łodzi — oraz Koła walki z gruźlicą we Lwowie i wszędzie tam, gdzie są założone Poradnie.

Znamiennym dla dotychczasowej walki z gruźlicą w naszem Państwie jest fakt, że najbardziej żywotnemi okazały się usiłowania samego społeczeństwa a w niem wybitną rolę inicjatorów odegrali śp. Dr. Dunin, Dr. A. Sokołowski w Warszawie, Dr. Sterling w Łodzi, Dr. Gantkowski w Poznaniu, Dr. Janiszewski w Krakowie i Towarzystwo walki z gruźlicą we Lwowie.

Jeżeli więc zestawimy dobytek nasz obecny na polu walki z gruźlicą z dobytkiem Państw wyżej przytoczonych, poznamy, ile nakładu pracy, energji i funduszów łożyć nam potrzeba będzie w tej akcji już nie tylko filantropijnej, ale społeczno-ekonomicznej. Powinniśmy wyzyskać doświadczenie innych, aby odpowiednio do naszych stosunków, do naszych sił i zasobów ratować ludność od tej choroby społecznej. Przedewszystkiem przyświecać nam powinien przykład Anglji i główną uwagę zwrócimy na profilaktykę. Anglja burzy tysiące domów, aby do nowo budujących się domków robotniczych wprowadzić słońce i świeże powietrze. Nam wojna zburzyła domy, miasta i wsie, zostaje więc nam dzisiaj tylko odbudowanie wedle zasad ogólno-hygjenicznych a dawne gniazda zarazków infekcyjnych przeobrażą się w gniazda zdrowia. Ale z całą ścisłością musi być zastosowana rozumna ustawa budowlana, a w Komisji budowlanej niech zasiada lekarz-higjenista, któremu nie obcem jest zdanie, że gruźlica jest chorobą mieszkania.

Słuszne, jest oraz ustalone twierdzenie, że gruźlica jest chorobą dziecka. — Gruźlica nie jest chorohą dziedziczną, lecz dziecko rodziców gruźliczych jest więcej predysponowane do tej choroby. Im większa odporność ustroju dziecięcego, tem łatwiej w walce z prątkami odnosi się zwycięstwo. Pierwszym etapem prątka gruźliczego u dziecka są zołzy — stan, który daje nadzieję wyleczenia. Państwa zachodnie dobrze zrozumiały dobro społeczeństwa, ratując przedewszystkiem dzieci. Pod tą egidą powstają sanatorja dla dzieci nad morzem, w górach, w okolicach lesistych, dalej kolonie, półkolonie wakacyjne, szkoły leśne, a w czasie wojny hasło »Dzieci na wieś«, znalazło szlachetny oddźwięk w misjach angielsko-amerykańskich.

I nasze wybrzeże morskie, cudowne okolice, szczególnie w Małopolsce, zaroić się powinny od młodych istot.

Korzystny wpływ słońca i czystego powietrza, zresztą powszechnie znany, znajduje poparcie w datach statystycznych z Niemiec.

W r. 1914 na 100.000 lud. zmarło z gruźlicy:

	w miastach	160,1	na wsiach	118,8
w r. 1916	»	184,3	»	132,7
w r. 1918	»	282,6	»	181,2
w r. 1919	»	268,6	»	168,1

Pułkownik Hutchison z Indji podaje, że w pewnej kolonii zamieszkałej przez 20 miljonów ludzi, zmarło z gruźlicy po wsiach na 100.000 — 63, a z ludności miejskiej 223, a w niektórych miastach cyfra doszła do 700.

Wysyłka więc dzieci z wielkich zbiorowisk ludzi choćby tylko na czas wakacyjny przyczynia się do uodpornienia młodego ustroju, do wzmocnienia allergji.

Nadto idźmy za przykładem Francji i wprowadźmy we wszystkich szkołach od najniższych do najwyższych naukę hygjeny, która będzie obowiązkiem lekarzy szkolnych. Ftysiologia winna być na Wydziale medycznym przedmiotem obowiązkowym.

M. Rist z Paryża dzieli się z członkami kongresu międzynarodowego, który się odbył w lipcu b. r. w Londynie, smutnem doświadczeniem z czasów wojennych, że ludzie z gruźlicą byli na front wysyłani, a bez gruźlicy byli leczeni w sanatorjach. Temu złemu, które się i w innych krajach nie rzadko wydarzało, zaradzić można przez obowiązkową, specjalną naukę o ftysiologii.

Dalszym nader ważnym środkiem zapobiegawczym jest niszczenie plwocin. W tym kierunku należy społeczeństwo wychować przez wykłady, pisma i pouczenie ustne — a zadanie to przypada w udziale instytucji poradni. Ta placówka jest jedną z najtańszych a oraz i najważniejszych. Dobrze urządzona przyjęła na siebie dewizę walki z gruźlicą t. j. dać leczenie chorym, a ochronę zdrowym. Wówczas spełni ona należycie swe zadanie, gdy na jej czele stoi lekarz ftysiolog, pracujący z ideą i również opiekunka inteligentna, odpowiednio ukwalifikowana i należycie wyposażona, gdy poradnia jest rzeczywiście opieką dla biednych chorych i ręką pełną datków przynosi pomoc w odżywianiu szczególnie w obecnych trudnych warunkach bytu.

Wiemy, że głównym rozsadnikiem choroby jest człowiek. Lecz jest jeszcze drugie źródło infekcji gruźlicy, to jest gruźlica bydła. Nie można sobie lekceważyć następującego orzeczenia Ortha: »Gruźlica po zniszczeniu nawet wszystkich laseczników typu ludzkiego nie może zniknąć u ludzi, jak długo lasecznik perlicy może być przeniesiony ze zwierzęcia na człowieka. A nawet ptasia gruźlica może zarazić ssaka i naodwrót«. Np. w Edinburgu w Szkocji, gdzie 30 krów na 100 było uznanych za gruźlicze (*tyrpus bovinus*) w 16 porcjach mleka na 100 rozdanych po mieście znajdowały się prątki gruźlicze. Znajdowano prątki *typi bovini* w 50—90 na 100 przypadków gruźlicy kostnej i gruczołów.

Kontrola więc krów, mleka i środków spożywczych jest naszym środkiem profilaktycznym w zwalczaniu chorób infekcyjnych a więc i gruźlicy. Władze również winny żądać doniesienia o chorych na gruźlicę i przeprowadzać przymusowo desinfekcję po gruźliczych.

Dalszym środkiem zapobiegawczym jest odosobnienie chorych na otwartą gruźlicę. Już Koch wskazał nam sposób niszczenia choroby w słowach, które w walce z gruźlicą nie powinny wyjść z pamięci: Gruźlica jest chorobą zakaźną i jako taka winna być zwalczana sposobem i środkami stosowanymi do innych chorób zakaźnych.

Naturalnie chorych z otwartą gruźlicą, a bezdomnych lub biednych, obarczonych liczną rodziną, a szczególnie inwalidów wojennych, należałoby izolować i umieścić w odpowiednich szpitalach *ad hoc* urządzonych lub też po fermach systemu Bodingtona. Lecz niema państwa tak bogatego, któreby mogło tych wszystkich chorych pomieścić w szpitalach. N. p. w b. Galicji w r. 1906 zmarło z gruźlicy 29.000. Chorzy na otwartą gruźlicę mniej więcej przez trzy lata są niezdolnymi do pracy, lub nawet przykutymi do łóżka. W przybliżeniu ilość tych chorych otrzymamy mnożąc ilość zgonów przez trzy, a więc w Galicji 87.000 powinno być umieszczonych w szpitalach lub przynajmniej połowa. Obecnie chorzy z otwartą gruźlicą zalegają nasze szpitale — sami nie doznają odpowiedniej pomocy, a innych chorych zarażają.

Towarzystwo walki z gruźlicą we Lwowie wniosło prośbę do demobilu o przydzielenie baraków niepotrzebnych dla wojska, w których mieliśmy zamiar po pewnych adaptacjach pomieścić chorych z otwartą gruźlicą chociażby na razie tylko we Lwowie. Prośbę naszą dotąd zbyto milczeniem. Cała więc opieka nad tymi roznosicielami gruźlicy pozostała zadaniem poradni. Towarzystwo lwowskie zamierza na gruncie dwudziestomorgowym podarowanym przez ks. Arcybiskupa Bilczewskiego założyć fermę systemu Bodingtona. D. n.

Sprawy zawodowe.

W sprawie lekarzy okręgowych w Małopolsce.

W odpowiedzi na mój artykuł w Czasopiśmie lek. Nr. 5 pod tyłułem „Położenie lekarzy okręgowych Małopolski“ twierdzi dr. Mikołajski w Czasopiśmie lek Nr. 7. że tak O. U. Z. jak również Min. Zdr Publ. starały się usilnie o załatwienie regulacji płac lekarzy okręgowych, niestety, jak sam przyznaje „bezskutecznie“ i że tak O. U. Z. jak i Min Zdr. Publ. „natrafiły na niepokonalne przeszkody“.

Sprawa ciągnie się rok trzeci i lekarze okręgowi nie uzyskali nic oprócz obietnicy ze strony Min. Zdr. Publ. z dn 10 marca 1921 Nr. XI I. 39769|5960|20 w formie: „Ażeby przyjść z pomocą lekarzom okręgowym w okresie przejściowym M. Z. P. uzna-

jąc konieczność wydatnego podwyższenia ich uposażenia, wdrożyło odpowiednią akcję itd“. i obecnie dopiero otrzymaliśmy ze strony Min. Zdr. Publ odpis: do Tymczasowego Wydziału Samorządowego we Lwowie z dn. 15 paźdz. 1921 Ad 29421/935/1921 w tem brzmieniu: „Załączając pismo Związku lekarzy okręgowych Małopolski z dn. 26/XI. r. 1921 l. 117 Min. Zdr. Publ. uprasza o przedstawienie odpowiedniego wniosku co do wysokości uposażenia lekarzy okręgowych w Małopolsce za zwrotem aktu. Za Ministra (—) Grodecki“. Przyzna więc sam dr. Mikołajski, że sprawa lekarzy okręgowych wlecze się żółwim krokiem bardzo opieszale a lekarze okręgowi nie wiedzą zgoła, z jakich przyczyn i muszą nolens volens obwiniać o to wprost swoje najwyższe Władze O. U. Z. i Min. Zdr. Publ, a wielka szkoda, że dr. Mikołajski, stając w obronie Min. Zdr. Publ., nie wymienił, skoro w tej sprawie jest dobrze poinformowany, gdzie to napotyka się na niepokonalne trudności, czy w samym Rządzie, czy też specjalnie w Min. Skarbu, ale to widać jest tajemnicą urzędową. Ja sam dowiedziałem się dopiero w październiku z. r., że Województwo lwowskie w dniu 16 września 1921 L. 16645 9317 wniosło pismo do Min. Zdr. Publ.: „Zauważa się, że obecnie na 196 okręgów sanitarnych — obsadzonych jest tylko 66, a rozpisywane konkursy w znacznej mierze nie odnoszą żadnego skutku właśnie z powodu zbyt niskich poborów służbowych dla poszczególnych okręgów — w załączeniu przedkładam odpis Wydziału powiatowego w Chrzanowie z dn. 30 lipca 1921 L. 1935 i Dr Bednarskiego, lek. okręg. w Alwerni, z dn. 10 czerwca 1921 L. 58 z prośbą o przyśpieszenie załatwienia tutejszego wniosku co do regulacji płac lekarzy okręgowych, przedłożonego tutejszą relacją z dnia 26 listopada 1920 L. O. U. Z. 24649/20. Nie wątpimy w życzliwość i przychylność O. U. Z i Min. Zdr. Publ. ale sprawa zanadto długo się wlecze i lekarze okręgowi widzą, że skutku ich starania i zabiegi żadnego nie odnoszą, a przecież wiedzieć nie mogą, gdzie leży przyczyna tej opieszałości i zwracają się wprost całkiem naturalnie jedynie do swoich Władz. Wyczerpali już wszystkie prawne drogi, a mój artykuł jedynie i głównie miał na celu, by sprawę lekarzy okręgowych popchnąć z martwego punktu i by ogół się dowiedział, jak sprawa lek. okręg. stoi — cieszy mię więc, że już pierwszy dr. Mikołajski głos zabrał, tylko niepotrzebnie trochę w tonie rozdrażnionym. Co do ostatniej uwagi dr. Mikołajskiego w formie admonicji pod adresem lekarzy okręgowych, to zaznaczyć muszę, że lekarze okręgowi doskonale znają przepisy i ustawy sanitarne, tylko trudno od nich żądać, by za marną płacę, za ponoszenie z własnej kieszeni opłat pocztowych, za papier, druki, koperty za nędzne djety, nie stojące w żadnej mierze do dzisiejszej drożyzny i do gruntu zmienionych stosunków stosowali się i wykonywali polecenia Władz. Do pracy, za którą samemu wyżyć nie można, nikt zgoła nikogo zmusić nie może, chyba terorem i gwałtem i lekarze okręgowi czekać będą jeszcze cierpliwie jakiś czas, czy sprawa regulacji ich płac w jak najkrótszym terminie nastąpi. Pragnąłbym, by, o ile Szan. Redakcja Czasopisma lek. łamy swe otworzy, zapisało się do głosu w sprawie lek. okręgowych więcej kolegów. Dr. *Józef Bednarski*, Sekr. Związku lek. okr. Małopolski

Św. p. Aleksander Stromfeld.

Wspomnienie pośmiertne.

Św. p. Aleksander Stromfeld, urodzony w r. 1840, był wychowańcem b. Akademji Medyko-chirurgicznej i Szkoły Głównej Warszawskiej.

Brał czynny udział w organizacji powstania w roku 1863, wskutek czego był aresztowany i więziony w cytadeli, razem z Jeziorańskim. Osiadłszy później, jako lekarz-praktyk w Mławie, rozwinął tam niezmiernie dodatnią działalność społeczną, dążącą do uzdrowotnienia i podniesienia miasta i jego kultury wogóle.

Osobiste przymioty Zmarłego, a zwłaszcza zacność charakteru i wielka skromność, cechująca Go do zgonu, zjednały Mu wielkie uznanie okolicznego obywatelstwa i mieszkańców Mławy. Gdy opuszczał miasto, żegnano Go z żalem: pierwsi ofiarowali Mu na pamiątkę złoty puhar — a miasto dyplom honorowy.

W Warszawie zajmował ś. p. Stromfeld przez lat wiele stanowisko lekarza przy Urzędzie Zdrowia i, pomimo nader ciężkich ówczesnych warunków współpracy z władzami i otaczającemi go osobistościami, przechował nieskazitelność charakteru i świadczył ludziom wiele dobrego.

W uczczeniu tych zasług został w r. 1918 członkiem honorowym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Tytułem tym obdarzono wówczas kilkunastu lekarzy, członków Towarzystwa, którzy odznaczyli się nietyle pracami naukowemi, ile na polu działalności społecznej i narodowej, oraz kilku uczestników powstania styczniowego.

Ostatnie lata spędził ś. p. Stromfeld w zaciszu domowego ogniska, a wierny Swej skromności, wyraził przed śmiercią życzenie, aby pogrzeb odbył się jak najciszej, bez ogłoszeń, nabożeństwo żałobne zaś w oktawę zgonu. Rodzina zastosowała się do woli Zmarłego, a koledzy i przyjaciele dowiedzieli się dopiero wtedy o Jego śmierci.

Cześć Jego pamięci. *J. Pawiński.*

Wiadomości bieżące.

W skład Komitetu redakcyjnego miejscowego naszego pisma w Warszawie wchodzą, prócz przewodniczącego prof. Hornowskiego, prof. Czubalski, doc. Janowski i dr Szumlański; w Łodzi zaś, prócz przewodniczącego dra S. Sterlinga, dr. A. Mikulski, dyrektor Szpitala, dr. S. Skalski, dyr. wojew. Urzędu zdrowia, doc. F. Venulet, dyr. państw. zakładu epidemjologicznego.

Przewodniczącymi komisji redakcyjnej zostali wybrani przez Towarzystwo lekarskie w Krakowie prof. Ciechanowski i Lenartowicz, we Lwowie prof. Nowicki.

Kraków.

Przewodniczącym Tow. lekarskiego na rok 1922 został wybrany dr. Bruno Wojciechowski.

Lwów.

Przewodniczącym Tow. lekarskiego lwowskiego został wybrany prof Marjan Franke.

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji zwraca się do swych członków z prowincji, by jak najrychlej wyrównali zaległe wkładki za IV kwartał z ubiegłego roku w wysokości 1200 Mkp. jak również, aby wkładkę za I. kwartał 1922 r. zechcieli nadsyłać z góry pod adresem skarbnika Towarzystwa (Dr. Trzcieciecki, Asnyka 1). Wkładka za I. kwartał 1922 wynosi 2000 Mp., w co wchodzi już opłata za pismo, koszta administracyjne, jakoteż pogłówne na wdowy i sieroty. W miarę spadku cen druku i papieru wkładka ulegnie odpowiedniej redukcji.

Zalegającym z wkładkami wysyłanie pisma będzie bezwarunkowo wstrzymane.

Towarzystwo lekarskie lwowskie. Wkładka na rok 1922 wynosi 2000 Mp. kwartalnie. Towarzystwo opłaca za członków Polską Gazetę lekarską. Wkładka ma być uiszczona z góry w pierwszych dwóch miesiącach każdego kwartału.

Skarbnik urzęduje przed każdem posiedzeniem od godziny $5^3/_4$. Można też przesyłać pocztą pod adresem: Prof. Dr. Zalewski, Sykstuska 49.

Z dniem pierwszym trzeciego miesiąca kwartału na zalegające wkładki wysłane będą listy zaliczkowe z doliczeniem 100 Mp. za każdy kwartał.

Wydział Lwowskiego Tow. higienicznego, które z powodu wypadków związanych z wojną światową zawiesiło czasowo swoje czynności, postanowił w r. 1922 podjąć swoją działalnośc i w tym celu zaprasza swych członków na Walne Zebranie, które odbędzie się dnia 10. stycznia 1922 r. tj. w wtorek o godz. 5-tej wieczorem w sali Polikliniki przy ulicy Lindego l. 5. Zaprasza również Wydział na to zebranie, wszystkie te osoby ze sfer lekarskich, technicznych i nauczycielskich, które rozumieją i należycie occniają doniosłość zadań Towarzystwa higjenicznego, zwłaszcza w dobie budowania życia państwowego wolnego narodu. Na porządku dziennym będzie zdanie sprawy z działalności Towarzystwa higjenicznego od ostatniego Walnego Zgromadzenia w r. 1913 odbytego — omówienie najpilniejszych zadań Towarzystwa, tudzież przeprowadzenie wyborów nowego Wydziału.

Za sekretarza: *Dr. Jan Opieński* w. r. Zast. Prezesa: *Dr. Mikołajski* w. r.

Towarzystwo lekarskie lwowskie 1922. I. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 13. b. m. w Poliklice (ul. Lindego 5). Porządek dzienny: 1) kol. Musiał, Strzałkowski: Przedstawienie chorych. 2. a) kol. Allerhand: Wrodzony brak zębów z pokazami (wykład); b) kol. Bocheński: Postępowanie przy łożysku przodującem ze szczególnem uwzględnieniem cięcia cesarskiego z przedstawieniem chorej. (Wykład).

Kmietowicz sekretarz. *Franke* przewodniczący.

Warszawa.

Konferencja w sprawie zwalczania duru osutkowego na obszarze m. Warszawy odbyła się dnia 31. z m. w Ministerstwie Zdrowia Publicznego pod przewodnictwem kierownika tegoż Ministerstwa dr. Witolda Chodzki. W konferencji tej uczestniczyli dr. G. Sztolcman, kierownik Nacz. Nadzw. Komisarjatu do spraw walki z epidemjami p. W. Bożęcki, komisarz rządowy na m. st. Warszawę, dr. Świętochowski, naczelny lekarz Ministerjum Kolei Żelaznych, oraz dr. Henryk Trenkner, nadzw. komisarz do spraw walki z epidemjami na terenie Warszawy oraz powiatu warszawskiego. Wynikiem konferencji było ustalenie zasad rozporządzenia, jakie wyda w najbliższym czasie komisarz rządu na m. Warszawę w sprawie tłumienia epidemji. Rozporządzenie przewiduje wysokie kary administracyjne za zaniedbanie przepisów sanitarnych.

Z Małopolski.

Według spóźnionego, doręczonego nam pisma z datą 17 grudnia z r. Zgromadzenie lekarzy powiatu drohobyckiego uchwaliło jednomyślnie protest przeciw projektowi ustawy o Izbach lek. i wykonywaniu praktyki lekarskiej, i przedsięwzięcie kroków celem zapobieżenia uchwaleniu tejże ustawy. (Jak wiadomo ustawa została już uchwalona. Red.)

Nr. 3. 15 Stycznia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Jan Kiełkiewicz, ordynator oddziału. Warszawa.

Technika operacyjna prostatektomji.

Z oddziału chirurgiczno-urologicznego w szpitalu Przemienienia Pańskiego.

W sprawie leczenia przerostu gruczołu krokowego panuje najzupełniejsza zgoda, iż cierpienie to najpewniej i najskuteczniej daje się usunąć na drodze operacyjnej; istnieje natomiast różnica zdań co do wyboru samej metody operacyjnej. Prawie powszechnie przyjęto, iż metodą najprostszą i dającą najlepsze wyniki jest metoda nadłonowa, poprzezpęcherzowa. Zdawałoby się, iż jest ona tak wydoskonalona i wykończona, że już nic się o niej nie da powiedzieć, a jednak od wyboru chorego, od przygotowania do operacji i wreszcie od samej techniki operacyjnej niejednokrotnie zależy cała przyszłość i los chorego.

Prostatektomję wykonywamy u ludzi w wieku podeszłym ze słabem sercem i płucami i nadszarpniętemi nerkami, nie może więc być obojętnem, czy takich chorych będziemy operować w uśpieniu chloroformowem bądź eterowem, po których występuje wstrząs i zatrucie, częstokroć jedyna przyczyna śmierci. Wydaje mi się, że w tych przypadkach najwłaściwszem i jedynem powinno być znieczulenie miejscowe. Niestety, w znieczuleniu miejscowem dotrzeć możemy doskonale do pęcherza, lecz samo wyłuszczenie guza musimy wykonać w znieczuleniu ogólnem i dlatego ta druga część operacji musi być wykonana nadzwyczaj szybko, wprawnie, aby czas uśpienia sprowadzić do minimum. Zanim przejdę do samej techniki operacyjnej, pozwolę sobie powiedzieć kilka słów o tem, jak chorzy powinni być przygotowywani do operacji. Pierwszą rzeczą po stwierdzeniu przerostu gruczołu krokowego i zakwalifikowaniu w zasadzie do operacji jest zorjentowanie się w stopniu zatrucia krwi mocznikiem. Skargi chorego, świadczące o tem zatruciu, mogą być tak małe, nikłe, że właściwie badanie krwi powinno być tylko miarodajnem. Dlatego też każdy chory zakwalifikowany do prostatektomji powinien mieć zbadaną krew na mocznik. Ilość zawartego we krwi mocznika rozstrzyga, czy operacja może być wykonaną bezzwłocznie, czy też należy uprzednio odtruć chorego. Ilość mocznika, zawartego we krwi, jest dla rokowania rzeczą pierwszorzędną. Wysokie cyfry, np. 2⁰/₀₀ (dwa pro mille), nie rokują nic dobrego, w każdym razie wskazują wstrzymanie się od zabiegu doszczętnego. Powyżej 1⁰/₀₀ nie należy operować. Jak sobie tedy radzimy, jeżeli zatrucie wyraża się w liczbach powyżej 1⁰/₀₀? Kierujemy się stopniem zakażenia pęcherza. Jeżeli mamy duże zakażenie pęcherza, ewent. górnych dróg moczowych, prostatektomję wykonywamy dwuczasowo: Na jednem posiedzeniu otwieramy pęcherz, a dopiero po upływie najmniej trzech tygodni przystępujemy do wyłuszczenia nowotworu. Jeżeli zaś mamy pęcherz mało zakażony, to zadawalamy się założeniem cewnika na stałe na 7—10 dni i jednocześnie wyznaczamy choremu odpowiednią djetę ubogą w substancje azotowe, najlepiej mleczną i jarzynową. Chorzy tak traktowani poprawiają się nadzwyczaj szybko i najczęściej po upływie 2—3 tygodni badanie krwi wykazuje wybitne zmniejszenie się mocznika. Jeżeli odtrucie jest niedostateczne, wstrzymujemy się od operacji na razie, trzymając się dotychczasowego postępowania jeszcze jakiś czas. Nie bacząc na dobry wynik badania krwi, każdego chorego przed operacją, przynajmniej na kilka dni, skazujemy na djetę ubogą w pokarmy azotowe. Azocica dla chorych po operacji jest zabójcza, a po zabiegu niewątpliwie wzmaga się ona wydatnie. Te 3—4 tygodnie zużywany nie tylko na odtrucie chorego, lecz i na przygotowanie terenu, na którym ma się odbyć druga operacja. A więc stosujemy codziennie przemywania pęcherza, w przypadkach zaś zaniedbanych stałe przemywania, wreszcie podajemy leki sercowe i odkażające drogi moczowe. Wszystko to razem niewątpliwie poprawia ogólny stan chorego i jednocześnie stwarza lepsze warunki operacyjne. Jeżeli pomimo wszelkie starania i zabiegi ilość mocznika krwi nie zmniejsza się, raczej należy uchylić się od operacji, aniżeli narażać chorego na niechybną śmierć.

Pierwszą część operacji wykonywamy w znieczuleniu miejscowem, używając do tego ½% nowokainy bez domieszki adrenaliny, która wywołuje wzmożenie ciśnienia. Do znieczulenia używamy długiej cienkiej igły. Igłę wkłuwamy tuż nad spojeniem łonowem i pogrążamy ją w przestrzeń przedpęcherzową, Zastrzykujemy tu 3 ctm³, a następnie wyciągamy nieco igłę i wprowadzamy ją tuż pod skórę, zastrzykując 3—4 cm.³, na przestrzeni 5—10 ctm. w zależności od tuszy chorego, a następnie 2—3 ctm³ znieczulamy warstwy tkanki podskórnej, leżące bliżej powięzi. Po zastrzyknięciu płynu należy przeczekać 5 min. w celu osiągnięcia zupełnego znieczulenia, aby w ten sposób na samym wstępie zdobyć zaufanie chorego i nie zrazić go do dalszego ciągu operowania bez uśpienia. Cięcie robimy podłużne, możliwie małe, u osób szczupłych nie przekraczające 5 ctm., u osób otyłych 10 ctm. Jednem pociągnięciem noża przecinamy skórę i tkankę podskórną. Przybliżamy się do mięśni prostych brzucha. Zastrzykujemy nieco płynu w mięsień piramidowy brzucha i w mięśnie proste a następnie znieczulamy pochewkę mięśni prostych. Przeczekawszy 2 do 3 minuty, przecinamy pochewkę mięśni prostych i staramy się trafić odrazu w przestrzeń między obu mięśniami; przecinamy nożyczkami mięśnie piramidowe brzucha. W razie niemożności odnalezienia odrazu tej przestrzeni idziemy wprost przez mięsień piramidowy. Po rozchyleniu mięśni ukazuje się cienki listek tylnej pochewki mięśni prostych. Zastrzykujemy tu kilka ctm.³ płynu. Nacinamy w kierunku podłużnym pochewkę tylną i w tym dopiero momencie asystent przez uprzednio założony cewnik, napełnia pęcherz powietrzem, nabranem do strzykawki poprzez płomień lampki spirytusowej; wystarczą 2 lub 3 strzykawki 150 gram. Kiedy mamy pęcherz nadęty, dwa rozwieracze odsuwają mięśnie proste na zewnątrz, trzeci zaś, najważniejszy, zabezpiecza uchyłek otrzewnowy. Obracamy się tedy w przestrzeni czworokątnej ograniczonej od dołu kością łonową, z boku rozwieraczami i od góry trzecim rozwieraczem. W tej oto przestrzeni, nie przekraczającej 4 cm.³, warstwa leżąca tuż nad pęcherzem od dołu znieczulona jest na początku operacji, dodatkowo wstrzykujemy płyn znieczulający w tkanki leżące w górnej połowie czworokątu i rozcinając warstwę za warstwą docieramy do właściwej ściany pęcherza, łatwo dającej się odróżnić po swoistem unaczynieniu. Kiedy już mamy pęcherz wyraźnie przed oczyma, dwoma nakłuciami z prawej i z lewej strony czworokątu znieczulamy ścianę pęcherza w tych miejscach, gdzie mamy przewlec nitki, mające na celu pociąganie pęcherza ku górze. Po środku pomiędzy obu przewleczonemi nitkami wstrzykujemy jeszcze 1—2 cm.³ płynu i w tem miejscu nożem z ostrym końcem przecinamy ścianę pęcherza. Nacięcie wykonywamy małe, 2—3 cm. tj. tak wielkie, aby mógł przedostać się palec ewent. dwa palce do pęcherza. Aby w przyszłości łatwo było odnaleźć brzegi rany pęcherza, przewlekamy z obu stron przez całą grubość pęcherza po grubej nitce jedwabnej. Pierwsza część operacji skończona — pęcherz otwarty, tj. wszystko, co można zrobić przy znieczuleniu miejscowem. Wprowadzonym ostrożnie do pęcherza palcem u większości chorych możemy zbadać wewnątrz pęcherz, a mianowicie: zorjentować się co do rozmiarów guza, stwierdzić obecność kamieni, nie wyrządzając choremn jakichś nadzwyczajnych dolegliwości czy bólu.

Samo wyłuszczenie guza wymaga krótkiego uśpienia. Stosujemy zazwyczaj chloroform. W tym czasie, kiedy nakładamy rękawiczkę na lewą rękę, asystent zaczyna dawać chloroform. Do odbytnicy wprowadzamy jeden, lepiej jeszcze dwa palce, celem ustalenia gruczołu krokowego. To samo czynimy z wskazującym i średnim palcem prawej ręki, dwoma palcami pewniej i sprawniej działamy. Po wprowadzeniu palców do pęcherza zaczynamy wyłuszczanie. Większość chirurgów czyni to w ten sposób, iż rozcina pęcherz szeroko, udostępniając dla wzroku okolicę szyji pęcherza i dopiero pod kontrolą oka rozcina śluzówkę na największej wyniosłości guza w odległości 1—1½ cm. od wejścia do cewki. Od szeregu lat wyzbyłem się ciekawości oglądania szyji pęcherza i rozcinania śluzówki nożem. Wprowadzone do pęcherza palce służą mi za oko i nóż. Najważniejszą rzeczą, ułatwiającą szybkie wyłuszczenia guza, jest natrafienie odrazu na *plan de clivage* czyli warstwę, w której palec najłatwiej drąży. Gdzie mamy tej warstwy szukać? Rzecz naturalna, że w szyji pęcherza a właściwie w części sterczowej cewki, znajdujemy ją bowiem tuż pod śluzówką. Muszę przypomnieć, że nowotwory te wyrastają z gruczołków okołocewkowych podśluzówkowych, otaczających cewkę tylną, w rzeczywistości więc nowotwór oddzielony jest od światła cewki tylko cienką bardzo śluzówką, która na guzie jest jakby naciągniętą. Wystarczy mocniejsze naciśnięcie końcem paznogcia, aby śluzówkę przeciąć i trafić odrazu w odpowiednią warstwę. Tak też zawsze postępujemy. Zaczynamy wyłuszczenie guza, nacinając końcem paznogcia wskazującego palca śluzówkę na bocznej lub tylnej ścianie cewki i odrazu trafiamy na odpowiednią warstwę. Po odnalezieniu *plan de clivage* z łatwością wyłuszczamy najpierw lewą, a później prawą połowę guza. Jeżeli mamy do czynienia z guzem średniej wielkości, wyłuszczamy go en bloc, jeżeli guz jest duży, wyłuszczamy najpierw jeden, a potem drugi zraz. W przypadkach łatwych wystarcza 2—3 obrotów palcem, aby guz mieć na wierzchu. Niejednokrotnie po wyłuszczeniu guz trzyma się jeszcze na cewce. Przecięcie cewki, również zapomocą paznogcia powinno być wykonane nadzwyczaj ostrożnie, tuż przy samym guzie, aby nie rozerwać cewki znacznie niżej, niżby się tego pragnęło. Wyłuszczony guz, a leżący już swobodnie w pęcherzu, wydobywa się z łatwością jednym lub dwoma palcami. Wszystkie te manipulacje, długo opisywane, nie powinny trwać dłużej, niż 2—3 min., a niekiedy przy łatwych guzach, kilkanaście sekund. Po wyłuszczeniu guza natychmiast usuwamy chloroform. Palców z odbytnicy nie wyjmujemy. Natychmiast długimi pasami gazy tamponujemy łożysko po usuniętym guzie. Wybiera się skrzepy krwi z pęcherza, a następnie 2—3 paskami gazy dług. 20 cm., zaopatrzonymi w długie nitki jedwabne, tamponujemy b. starannie i dość mocno łożysko. Krwawienie ustaje natychmiast. Nitki przeciągamy przez gruby sączek F r e y e r a i wprowadzamy go do pęcherza. Na pęcherz od góry i od dołu celem dokładnego i ścisłego przylegania pęcherza do sączka nakładamy 1—2 szwy katgutowe. Dwa, trzy szwy powięziowe i skórne, i operacja skończona.

Po wykonanej w wyżej opisany sposób operacji nie widzimy nigdy wstrząsu, chorzy jeszcze na stole operacyjnym rozmawiają. Chorego układamy w łóżku odrazu w pozycji siedzącej. Krwawienie bywa minimalne, w każdym razie nie niepokojące. Jeżeli chory nie ma podniesienia ciepłoty, a pęcherz był stosunkowo mało zakażony, przez pierwsze dnie opatrunku nie zmieniamy i nie przemywamy pęcherza. Na trzeci dzień chory dostaje środek czyszczący. Czwartego dnia, najdalej piątego, z wielką ostrożnością wyciągamy pasy gazy. Niekiedy po usunięciu pasów daje się widzieć mniejsze lub większe krwawienie, które z łatwością daje się opanować przy pomocy gorących przemywań. Bardzo chętnie zamiast sączka F r e y e r a stosujemy sączek M a r i o n a. Jest to ten sam sączek F r e y e r a z przyklejoną cienką rurką gumową, przez którą, nie wyjmując szklanego kolanka i nie zmieniając opatrunku, z łatwością w każdej chwili można przepłukać pęcherz lub urządzić stałe przemywanie, jak to miewa miejsce w przypadkach mocno zakażonego pęcherza. Sączek F r e y e r a po 7-miu dniach usuwamy i zamieniamy go na inny mniejszy lub wprost zakładamy sączki G u y o n a lub cewnik P e t z e r a. 10—11 dnia usuwamy wszelkie sączki i zakładamy cewnik przez cewkę. Około 18—20 dnia pęcherz zakleja się. Pozostaje ziarninująca rana. Cewnik w końcu usuwamy i chory zaczyna oddawać mocz w sposób naturalny.

W opisany sposób wykonaliśmy dotąd 91 prostatektomji na ogólną liczbę 193. Od czasu, kiedyśmy poczęli zwracać baczniejszą uwagę na stopień zatrucia mocznikiem i stosować z tego powodu metodę dwuczasowego operowania, wreszcie, kiedyśmy użycie chloroformu ograniczyli do minimum, wykonując pierwszą część operacji w znieczuleniu miejscowem, procent śmiertelności spadł z 18 na 10.25.

Dr. Robert Quest, prymarjusz oddziału. Lwów.

O patogenezie nagminnego zapalenia mózgu.

Z Oddziału chorób wewnętrznych Szpitala św. Zofji dla dzieci.

Nagminne zapalenie mózgu, panujące od 5 lat w różnych krajach, posiada dziś już bardzo pokaźne piśmiennictwo, a wielka rozmaitość objawów klinicznych, z których pewne w niektórych okresach wybijają się na pierwszy plan w obrazie chorobowym, spowodowała, jak wiadomo, cały szereg nazw, jak *Encephalitis lethargica*, *choreiformis*, *myoclonica*, *le hoquet epidemique* itd. Różnorodność objawów klinicznych ze strony ustroju nerwowego zależna jest od tego, w jakich odcinkach tego ustroju zarazek choroby jest umiejscowiony. Stosownie do tego widzimy zmiany anatomo-patologiczne rozsiane tak w oponach mózgowych, jak w mózgu, w rdzeniu przedłużonym a czasem i rdzeniu kręgowym. W oponach mózgowych znajdujemy nacieki drobnokomórkowe wzdłuż ścian naczyń krwionośnych. W mózgu znajdujemy charakterystyczne zmiany w szarej istocie, przeważnie jąder trzonu mózgowego, wodociągu Sylwiusza, mostu Varola, jąder rdzenia przedłużonego i w przednich rogach rdzenia kręgowego. Na ostatnią okoliczność zwracają uwagę w najnowszych publikacjach E c o n o m o[1]) i S t a d e l m a n n[2]), którzy twierdzą, że mamy tutaj wprost obraz zapalenia przednich rogów szarej substancji rdzenia.

Drobnowidowo stwierdzić można, jak wiadomo, w szarej substancji wybroczynki, nacieki drobnokomórkowe i swoistą dla tej spraw y neuronofagję. Znamienny dla tej choroby jest fakt wielkiego powinowactwa domniemanego jadu do szarej substancji nerwowej. Istota tego jadu jest jednak dotychczas nie ustalona i wyjaśnienia w tym kierunku możnaby oczekiwać tylko z badań bakterjologicznych i serologicznych i każdy przyczynek w sprawie patogenezy tej choroby jest tutaj pożądany.

Pierwsze badania bakterjologiczne nagminnego zapalenia mózgu przeprowadził W i e s n e r[3]) w przypadkach E c o n o m a i wyhodował rodzaj *„diplostreptococcus polymorphus“*, który uważa za swoisty dla tej choroby. Większość badaczy nie podziela tego zdania i twierdzi, że drobnoustroje te są swoiste dla grypy, a wiemy, że z początku uważano zapalenie mózgu jako następowe powikłanie tej choroby. W i e s n e r przeszczepił także zawiesinę mózgu, z przypadku zmarłego na *Polioencephalitis epidemica* podoponowo na małpę, która zginęła po 46 godzinach wśród objawów mózgowych. Chodzi tu jednak według zdania innych autorów o inną przyczynę śmierci, gdyż jak dalsze badania, szczególnie autorów amerykańskich, S t r a u s s a, H i r s c h f e l d a i L o e w e g o[4]) wykazały, małpy są bardzo odporne na tę chorobę, a najlepiej nadają się do tego króliki i świnki morskie. Badacze ci stwierdzili, że zarazki chorobotwórcze nagminnego zapalenia mózgu podobne są do drobniutkich ziarenek, jak zarazki wywołujące ostre zapalenie przednich rogów rdzenia.

[1]) E c o n o m o. W. kl. W. 1920. Nr. 16, 17.
[2]) S t a d e l m a n n. Monatschr. f. Kinderheilk. 1921 Nr. 4.
[3]) W. Kl. W. 1917. Nr 30 i 1918 Nr. 41.
[4]) Według Stadelmanna l. c.

Zarazki te przechodzą przez sączki porcelanowe. Strauss i Loewe zdołali także otrzymać czystą hodowlę tych drobnoustrojów. Nasuwa się tutaj pytanie, czy dwie te choroby, *Polioencephalitis epidemica i Poliomyelitis acuta anterior* różnią się co do obrazu klinicznego a pod względem etjologicznym są identyczne lub bardzo spokrewnione.

Bardzo liczne i szczegółowe badania doświadczalne na zwierzętach zawdzięczamy autorom francuskim. Levaditi i Harvier[1] wykazali, że u królików można wywołać typowe objawy nagminnego zapalenia mózgu z charakterystycznym obrazem anatomo-patologicznym przez przeszczepianie zawiesiny, pochodzącej z mózgu zmarłych na tę chorobę, i to drogą domózgową a w najnowszych publikacjach [2]) podają, że udało im się to osiągnąć także przez przeszczepianie tejże zawiesiny śródmięśniowo i śródotrzewnowo, natomiast po zaszczepieniu śródskórnem, nie zauważyli u królików i morskich świnek żadnych zmian, ani miejscowych, ani ogólnych.

Doświadczenia tą ostatnią metodą zastosowane u człowieka mają być później ogłoszone.

Bardzo ciekawe są wyniki przeszczepienia jadu na rogówkę za pomocą skaryfikacji tejże i wstrzykiwania go do przedniej komory oka. Tu jad wywołuje miejscowe zapalenie rogówki i spojówek i przechodzi drogą nerwu wzrokowego tak szybko do mózgu, że wyłuszczenie gałki ocznej w 24 godzin (skaryfikacja) względnie 48 godzin (wstrzyknięcie do przedniej komory) po zaszczepieniu nie chroni zwierząt od zakażenia. Spojówka oka prawidłowa nie przepuszcza jadu, natomiast wystarczy podrażnienie tejże, aby ją uczynić podatną na zakażenia. Jad dostaje się do ustroju prawdopodobnie zazwyczaj przez nieżytową błonę śluzową gardła i nosa drogą nerwów węchowych. Zakażenie drogą podskórną, dożylną, przez drogi oddechowe, przewód pokarmowy i ślinianki nie udało się.

Zarazki, wywołujące tę chorobę, są bardzo drobne, przechodzą przez sączki porcelanowe, zachowują swą żywotność w glicerynie, giną przy 56° C. i w kwasie karbolowym, a zachowują swą jadowitość do 2 dni po śmierci zakażonych zwierząt. Jad suchy da się przechować przez 40 dni, w mleku 92 dni przy temperaturze pokojowej.

Żółć niszczy jad nagminnego zapalenia mózgu podobnie jak i jad wścieklizny ,a środki znieczulające, jak chloroform, eter, chloral zmniejszają odporność komórek nerwowych i przyśpieszają przez to zakażenie, skrócając okres wylęgania się choroby.

Zarazek znajduje się w mózgu i w rdzeniu, natomiast nie można go wykazać w zwojach międzykręgowych, albowiem *virus* jest w nich zawarty prawdopodobnie tylko w ilościach niedostatecznych, niezdolnych do wywołania zakażenia. Nie znaleziono go również we krwi, w płynie mózgowo-rdzeniowym i innych narządach. Zawiesina mózgu działa jeszcze w rozcieńczeniu 1 : 1000 i nawet bardzo energiczne centryfugowanie nie usuwa jadu z płynu.

Autorowie znaleźli u królika padłego na nagminne zapalenie mózgu ciałka podobne do opisanych przez Negri'ego przy wsciekliźnie i nazwali je *„Neurocorpuscules encephalitiques"*. Znajdują się one przeważnie w jądrach komórek nerwowych (w zakręcie hippokampa), mają postać okrągłą, owalną, lub z konturami niekształtnymi, z pozorną otoczką i są wielkości 1—5 mikrom. Czasem widzi się te ciałka i w pierwoszczu komórek. Za pomocą szczepionek można otrzymać pewną, ale nie bezwzględną odporność. Surowica zwierząt uodpornionych szczepionką nie działa ani zabójczo na zarazek in vitro, ani zapobiegawczo. Surowica uzdrowieńców neutralizuje *virus* tylko rzadko i częściowo przy przeszczepianiu domózgowem, natomiast działa neutralizująco przy zaszczepieniu na rogówkę lub do przedniej komory oka. Surowica normalna zachowuje się pod tym względem obojętnie a właściwość tę chcą autorowie zastosować w celach rozpoznawczych (*Keratodiagnostic*). Okres wylęgania się choroby, wywołanej przez przeszczepienie jadu drogą domózgową zaznacza się podwyższeniem ciepłoty do 41° C już na drugi lub trzeci dzień po zaszczepieniu, a gorączka ta utrzymuje się aż do chwili, kiedy występują już wybitne objawy chorobowe.

Wtedy można już stwierdzić zwiększoną ilość ciałek białych we krwi do 18.000 i to głównie wielojądrzastych.

W zachowaniu się jąder nagminnego zapalenia mózgu widzimy pewne podobieństwo do jadu wścieklizny.

Pomimo tych ciekawych wyników powyższych doświadczeń, badań tych nie możemy jeszcze uważać za ukończone, gdyż rola, jaką odgrywają ciałka *„encephalitiques"*, jakoteż stosunek jadu zapalnego do nich, czeka jeszcze bliższych wyjaśnień. Płyn mózgowo-rdzeniowy w nagminnem zapaleniu mózgu jest, według różnych autorów, (Levaditi i Harvier[1]), Piltz[2]), Orzechowski[3]) i inni) jałowy. Pod względem chemicznym zachowuje się także prawidłowo a więc zawiera ślad białka i cukru. Próba Nonne-Appelta wypada z małymi wyjątkami (Stadelmann) ujemnie. Pod względem cytologicznym znajdują prawie wszyscy autorowie pleocytozę, w której biorą udział przeważnie limfocyty.

Zadaniem, jakie sobie postawiłem, było zbadanie płynu mózgowo-rdzeniowego chorych na nagminne zapalenie mózgu w kierunku serologicznym. W tym celu posługiwałem się metodą podaną przez Mantoux'a[4]), dla rozpoznania gruźlicy. Metoda ta polega na tem, że cienką, krótko i ostro zakończoną igłą wstrzykuje się śródskórnie 0,05 najwyżej 0,10 tuberkuliny w rozcieńczeniu 1 : 5000. W miejscu wstrzyknięcia powstaje mały, biały, silnie napięty bąbel z widocznymi otworami skóry (przeziewnikami). Odczyn dodatni występuje już po 8 godzinach w postaci zaczerwienienia i nacieku skóry w miejscu wstrzyknięcia. Guz ten powiększa się do 30 godzin, a po 48 godzinach zaczyna pomału znikać, pozostawiając często po sobie pigmentację skóry. Metoda ta ma tę zaletę, że tuberkulina wywołuje tu odczyn miejscowy już w rozcieńczeniach, w jakich wstrzyknięta podskórnie, żadnego nie dawałaby odczynu. Metodę tę wprowadzili również Römer i Schick do badań nad odpornością przy błonicy.

Doświadczenia przeprowadziłem na 3 przypadkach *Polioencephalitis epidemica.* I. przypadek dotyczył 6-letniej dziewczynki, przyjętej do szpitala już w 14 dniu choroby, a więc przypadek świeży; II. chłopca 9 letniego, w 1¼ roku od zachorowania, a więc w bardzo późnym okresie t. zw. postencefalitycznym, a III. chłopca 10-letniego w czwartym miesiącu choroby, z oddziału III. Szpitala państwowego, którego mogłem obserwować dzięki uprzejmości kol. Domaszewicza, kierownika tego oddziału.

Świeżych przypadków tej choroby w ostatnich miesiącach nie zauważono we Lwowie i dlatego musiałem ograniczyć moje badania do wspomnianych przypadków, a nim przejdę do własnych doświadczeń pozwolę sobie podać krótko odnośne historje chorób.

I. Przypadek. Helena P., lat 6, przyjęta 15. III. 1921. zachorowała przed 14 dniami z gorączką do 40° C, stale się utrzymującą, z objawami ogólnego niepokoju. Lekarze rozpoznawali u niej dur drzuszny, w ostatnich kilku dniach, kiedy gorączka spadła prawie do normy, przychylili się do rozpoznania zapalenia opon mózgowych. Od tygodnia dziecko nie może stanąć na nogach, usiąść i przestało mówić, wydaje z siebie tylko czasem niezrozumiałe dźwięki. Wymiotów nie było. Stolec w ostatnich dniach zaparty. W dzień dziecko śpi, natomiast w nocy jest bardzo niespokojne, rzuca się, majaczy i szczególnie niepokój ten skłonił matkę do oddania go go szpitala. Dziecko miernie odżywione, z silnymi wypiekami na twarzy, gruczoły szyji macalne. Nad płucami nieliczne świsty i furczenia. T. 37·2°. Tętno 86, regularne. Silny tężec karku i grzbietu. Ogólny niepokój, potęgujący się przy zbliżaniu się do chorej. Źrenice równe, silnie rozszerzone, oddziaływują leniwie na światło. Odruchy brzuszne po obu stronach bardzo żywe. Odruchy kolanowe wzmożone. Kernig wybitny. Brudziński zaznaczony. Babiński dodatni.

16. III. T. 36·8°. Dziecko nie jest zupełnie przytomne, senne, było w nocy bardzo niespokojne, pomimo chloralhydratu rzucało się przez całą noc w łóżku, krzyczało i stękało. Ogólna przeczulica. Szczególnie zwracają uwagę ruchy lewej górnej kończyny, którą chora wciąż zgina i rozgina w stanie łokciowym, uderzając ręką w nos.

[1]) Levaditi i Harvier. Annales de l'Inst. Pasteur 1920 Nr 12

[2]) Levaditi i Harvier. Compt. Rend. d. Séances de la Société de Biologie, Fevrier 1921. i Levaditi, Harvier i Nicolan ibid. Mars 1921.

[1]) Levaditi i Harvier l. c.

[2]) Piltz. Przegląd lek. 1921. Nr. 2.

[3]) Orzechowski Tyg. lek. 1920. Nr. 3.

[4]) Mantoux. Presse médic. 1910 Nr. 976.

17. III. T. 36·4° w nocy cri encephalique. Silne wypieki na policzkach. Tężec karku i grzbietu ustąpił, natomiast wystąpiła w jego miejsce ogólna hypotonja mięśni. Chora nie może utrzymać głowy. Głowa opada bezwładnie. Odruchy brzuszne wzmożone, tak samo kolanowe. Babiński po prawej wybitniejszy. Nakłucie lędźwiowe wykazuje ciśnienie prawidłowe. Wypuszczono 5 cm³ płynu przeźroczystego. Płyn zawiera ślad białka i cukru. Liczba limfocytów zwiększona (22 na 1 cm³). Płyn jałowy.

18. III. T. 36·6°, 36·8°. W nocy trochę spokojniejsza. Stolec i mocz oddaje pod siebie. Źrenice oddziaływują mniej leniwie na światło. Odruch kolanowy po prawej wzmożony, po lewej opieszały. Pirquet ujemny.

19. III. T. 36·8°. Lekki zez zbieżny. Kończyny dolne spastycznie napięte. Odruchy brzuszne mniej żywe niż poprzednio.

21. III. Stały niepokój w nocy. Ruchy lewej kończyny górnej opisane powyżej utrzymują się. Stale stan bezgorączkowy.

26. III. Lepiej sypia, mniej krzyczy, rozumie znacznie lepiej i zaczyna wymawiać szeptem oddzielne wyrazy.

29. III. T. 38°—38·6, gardło silnie zaczerwienione. Ubiegłej nocy spała już dobrze i upomina się o jedzenie. Siada sama. Nakłucie lędźwiowe.

2. IV. Zapalenie nieżytowe gardła przeszło Zaczyna stać i chodzić. Chód chwiejny. Odruchy brzuszne i kolanowe prawidłowe.

12. IV. Apetyt znacznie lepszy. Stoi i chodzi lepiej.

16. IV. T. 37·5°. Na policzkach, na rękach i podudziach obfite jasno czerwone guzki, wielkości ziarnka soczewicy i nieco większe, trochę swędzące.

21. IV. Wysypka zbladła.

21. IV. Matka zabrała ją do domu w stanie dobrym.

II. Przypadek. Chaim B., lat 9, przyjęty z oddziału III. szpitala państw. 29. III. Ojciec podaje, że dziecko przebyło dur brzuszny w styczniu 1920, a z początkiem marca zaczęło skarżyć się na bóle w lewej górnej kończynie i w lewym boku, w nocy dziecko nie mogło zasnąć. Stan ten trwał przez całe lato, z końcem października dziecko dostało drgawek na całem ciele, poczem nastąpił okres kikutygodniowy, kiedy dziecko spało dniem i nocą, przestało chodzić a równocześnie zaczęło się zachodzić, piać.

Dziecko dobrze odżywione, lekko oszołomione, ale odpowiada na pytania. T· 37·5. Opistotonus, górne i dolne kończyny spastycznie zgięte, a w lewej górnej kończynie myokloniczne drgania. Źrenice równe, okrągłe oddziaływują dobrze na światło i akomodację. Dermografja wybitna. Chwostek wyraźny, szczególnie po prawej, skurcz głośni wybitny. Odruchy brzuszne wzmożone tak samo kolanowe, szczególnie po prawej. Objawy Babińskiego i Brudzińskiego ujemne, tak samo objaw Kerniga.

2. IV. T. 37·2°. Oczopląs. Połykanie utrudnione. Drżenie obu rąk. Przy nakłuciu lędźwiowem wypuszczono około 5 cm³ płynu przeźroczystego pod ciśnieniem prawidłowem wypływającego. Płyn normalny zawiera ślad białka i cukru. Pleocytoza. Bakterjologicznie badany okazuje się jałowy.

3. IV. T. 36·8°. 37·1°. Apatja. Częste napady skurczu głośni. Chwostek stale się utrzymuje. Charczenie. Oddaje mocz pod siebie.

8. IV. Tężec karku utrzymuje się stale tak samo spastyczny skurcz kończyn górnych i dolnych. Stale monotonne ściskanie i rozwieranie pięści.

13. IV. Lekkie porażenie, podniebienia miękkiego, nosowy dźwięk głosu płyny wypływają nosem.

19. IV. Na żądanie rodziców opuszcza szpital.

III. Przypadek. Marjan K. l. 10, zachorował z począt. lutego z. r., miał bóle głowy, wymioty, zauważono, że miał zrywanie, był apatyczny i spał dużo. Nie chce jeść i skarży się na ból brzucha. Nie gorączkował

Na oddziele nerwowym stwierdzono u niego *Polioencephalitis epidem* z typowymi napadami czkawki.

5. III. z. r. był przedstawiony przez Dr. B y k ó w n ę na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego; obok zrywań przepony występują także zrywania w mięśniach zginających przedramię i to więcej po lewej stronie niż po prawej. Wieczorem ogólny niepokój motoryczny później 28. III. przyłączają się do tego drgawki, występujące wieczorem, ataki skurczu głośni, tremor w rękach i nogach. W połowie kwietnia stan jego zaczyna się poprawiać.

W przypadku I. płyn mózgowo-rdzeniowy, wypuszczony 17. III. tj. w 19 dzień choroby (I a) i bezpośrednio potem wstrzyknięty śródskórnie na prawem przedramieniu w ilości 0,10, daje już po ośmiu godzinach wybitny odczyn, a po 24 godzinach guz silnie zaczerwieniony o średnicy 18 mm, który utrzymuje się przez 3 dni, a potem pomału blednieje i znika. Normalny płyn mózgowo-rdzeniowy wstrzyknięty jako kontrola nie daje żadnej reakcji.

29. III. tj. w 28 dzień choroby, kiedy stan chorej już znacznie się polepszył, powtórzono nakłucie lędźwiowe, przyczem zaznaczyć należy, że płyn ten z wyjątkiem pleocytozy, żadnych zmian patologicznych nie wykazywał. Ciśnienie normalne. Autoseroreakcja intracutanea wykonana tym płynem [3] (I b.) daje guz mały o średnicy 3 mm., a więc odczyn ledwie zaznaczony.

[3]) Zawsze w ilości 0,10.

1. IV. tj. w 31 dzień choroby wykonano próbę płynem z pierwszego nakłucia, a płyn ten daje guzek wypukły, czerwony o średnicy 10 mm. i to już po ośmiu godzinach, a po 24 godzinach zaczerwienienie jeszcze silniejsze, guz ten utrzymuje się przez 2 dni, a potem zwolna znika.

Płyn I a badany 2. IV. drobnowidowo i w hodowli (Doc. Dr. S t e u s i n g) okazał się zupełnie jałowy.

W II. przypadku u chorego Ch. B. wykonano nakłucie lędźwiowe 3. IV. Płyn oprócz pleocytozy zupełnie normalny. Wstrzyknięcie śródskórne własnego płynu mózgowo-rdzeniowego (II) daje wynik zupełnie ujemny.

4. IV. powtórzono u niego wstrzyknięcie śródskórne płynu własnego (II), płynu normalnego i płynu chorej H. P. (I a) wywołującego u niej silną reakcję. Wszystkie 3 próby wypadły ujemnie.

5. IV. Płyn chorego Ch. B. (II) wstrzyknięty u chorej H. P. wykazuje już po 7 godzinach wybitny odczyn, a po 24 godzinach guzek owalny 9 : 11 mm., silnie zaczerwieniony, o wzmożonej rezystencji, który dopiero po 3 dniach zaczyna pomału znikać.

W III. przypadku u cho.ego M. K. 29. IV. płyn jego własny (III) wstrzyknięty daje po 8 godzinach guzek o średnicy 8 mm., po 24 godzinach wielkość guzka ta sama, tylko zaczerwienienie silniejsze.

Guzek zaczyna znikać już po 36 ciu godzinach. Płyn normalny daje wynik ujemny. Płyn (I a) daje po 8 godzinach naciek o średnicy 15 mm., silnie zaczerwieniony, znikający po 3 dniach. U dwóch chorych (jeden z padaczką, a drugi ze strupieniem woszczynowatym) próba z płynem (III) daje wynik zupełnie ujemny.

Z wyników przytoczonych doświadczeń można wysnuć następujące wnioski:

1. W płynie mózgowo-rdzeniowym w przypadkach nagminnego zapalenia mózgu można wykazać za pomocą autoseroreakcji śródskórnej ciało antygenowe.

2 Ciało to znika z płynu równocześnie z poprawieniem się stanu chorego, a utrzymuje się w przypadkach o przewlekłym przebiegu choroby, w których można je wykazać jeszcze po roku.

3. U tych ostatnich autoseroreakcja śródskórna wypada pomimo dobrego stanu odżywienia ujemnie, gdyż prawdopodobnie brak im odnośnych antyciał.

4. W początkach choroby kiedy rozpoznanie, według ogólnego zdania autorów, jest trudne, odczyn ten może nam dać pewne wskazówki rozpoznawcze. (W 1 przypadku *meningitis cerebrospinalis* odczyn ten wypadł 2 razy ujemnie).

5. Osłabienie natężenia wybitnego przedtem odczynu i znikanie jego daje dobre rokowanie.

Zdaję sobie dobrze z tego sprawę, że spostrzeżenia moje mogę z powodu braku odnośnego materjału oprzeć tylko na 3 przypadkach, oraz, że w przypadkach tych, jak to przy odczynach biologicznych bywa, może wchodzić w grę obok innych czynników także pewna osobista wrażliwość u danego chorego, jednak wyraźne wyniki tych doświadczeń jako też aktualność sprawy zniewalają mnie do ogłoszenia ich już teraz, bo potwierdzenie ich w dalszych przypadkach posłużyłoby do wyjaśnienia nieustalonej dotychczas patogenezy choroby nagminnego zapalenia mózgu, jakoteż stosunku jej do spokrewnionych chorób, jak ostrego zapalenia przednich rogów rdzenia i wścieklizny.

J. Lenartowicz. Kraków.

Prosty sposób wykrywania krętka bladego.

Pod powyższym tytułem opisałem wspólnie z P o t r z o b o w s k i m [1]) sposób wykazywania krętka bladego, polegający na utrwalaniu badanego materjału parami $^1/_2$—2% kwasu osmowego i następowem barwieniu rozczynem fuchsyny Ziehla. Między zaletami tego sposobu podnieśliśmy wówczas na pierwszem miejscu tą, że »sposób ten jest prosty, łatwy i dla każdego dostępny«. Posługując się odtąd stale, obok

[1]) J. L e n a r t o w i c z i K. P o t r z o b o w s k i, Lwów. Tyg. lek. 1910 r, Nr. 26.

innych sposobów, i tym sposobem wykrywania krętka bladego, doszedłem do przekonania, że ze względów praktycznych należałoby sposób ten jeszcze bardziej uprościć, a przez to uczynić dostępniejszym dla lekarza praktyka. E. Hoffmann[1]), przytaczając metodę przez nas podaną wśród licznych sposobów barwienia na czwartem miejscu, nazywa ją również prostą »lecz mniej nadającą się dla praktyka«, nie uzasadniając zresztą bliżej powodów tego poglądu. Jedyna trudność, jaka się mogła nastręczyć lekarzowi-praktykowi, o ile chciał się do celów rozpoznawczych posługiwać sposobem przez nas podanym, to konieczność utrwalania preparatów kwasem osmowym, drogim, trudnym do nabycia i ulegającym łatwo rozkładowi, a przez to nieprzydatnym. To skłoniło mnie do zastąpienia kwasu osmowego innym środkiem utrwalającym, tańszym, łatwiejszym do nabycia i trwalszym. Środek taki, po szeregu prób, znalazłem w nierozcieńczonej formalinie (40% formaldehyd) i przekonałem się, że ta odmiana podanego przez nas pierwotnie sposobu nie zmienia w niczem obrazu mikroskopowego, pierwotną metodą uzyskiwanego, a ma nad nią bezsprzeczną wyższość przez zastąpienie kosztownego kwasu osmowego tanią formaliną. Zauważam, że formalina nawet stara, około roku w zamkniętych flaszkach przechowywana, da się użyć z równym pożytkiem, jak świeża. Zresztą zmiana małej ilości formaliny (20—50 cm^3), choćby co miesiąc, na formalinę świeżą, nie przedstawia większych trudności.

Sposób postępowania jest następujący:

1) Szkiełko przedmiotowe dobrze odczyszczone, bez śladów tłuszczu, kładzie się na szyjkę otwartej flaszeczki, zawierającej 30—50 cm^3 formaliny 40%, tak, aby otwór flaszeczki był szczelnie szkiełkiem przykryty i pozostawia się je w tem położeniu przez 1/2—1 minuty.

2) Przygotowaną już na oczku platynowem surowicę (możliwie czystą, bez domieszki krwi!) rozciera się **szybko i w cienkiej** warstwie na tem miejscu szkiełka, które było wystawione na działanie par formaliny.

3) Po raz wtóry, jak pod 1), wystawia się na działanie utrwalające formaliny przez przeciąg 1 minuty, uważając, by roztarta surowica znajdowała się nad otworem flaszki, a nie poza nim.

4) O ile surowica nie zaschła, czeka się chwilę aż do jej podeschnięcia i następnie

5) polewa się preparat fuchsyną Ziehla, działając nią przez 15—30 sekund.

6) Następuje opłukanie wodą, osuszenie bibułą, olejek cedrowy i badanie bez szkiełka nakrywkowego, przy użyciu immersji.

Obrazy, tym sposobem utrwalania otrzymane, nie różnią się, jak już wyżej wspomniałem, w niczem od obrazów, uzyskanych przy użyciu kwasu osmowego. Krętki blade występują wybitnie, jako twory białe (niezabarwione) na czerwonem lub ciemno-czerwonem podłożu, krętki załamujące światło i bakterje barwią się ciemno-czerwono. Szczegółem bardzo ważnym w sporządzaniu preparatu jest jak najcieńsze rozprowadzenie badanego materjału, w warstwach bowiem grubszych preparatu silnie czerwono zabarwione podłoże surowicy przesłania krętki blade, a odblask czerwony otoczenia udziela się i krętkom bladym, utrudniając ich odszukanie. Preparat dobrze sporządzony powinien po zabarwieniu okazywać gołemu oku powierzchnię **lśniącą**, nie matową.

Tego uproszczonego, opartego na pierwotnym, sposobu wykrywania krętka bladego używam od kilku lat; jeśli dziś sposób ten ogłaszam, to czynię to jedynie w tym celu, by go zalecić lekarzom praktykom nawet tym, którzy do badań posługują się metodą tuszową Burriego. Pierwszym zasadniczym warunkiem udania się metody Burriego jest dobry tusz, a o ten dziś trudniej, niż o dobrą formalinę. Nadto w sposobie Burriego **rozcieńczamy** materjał, bo mieszamy kroplę tuszu z kroplą surowicy, co przy małej ilości krętków nie jest obojętne, bo utrudnia ich odszukanie. Z badań Oelzego[1]) wiadomo, jak ważną jest rzeczą, jakiego sposobu używamy do wykrywania krętka bladego. Żadna ze znanych dotąd metod barwnych, z wyjątkiem może podanej w ostatnich czasach przez Hoffmanna[2]) »metody obrazów świetlnych« (*Leuchtbildmethode*), nie uwidacznia tej ilości krętków bladych, jaka się istotnie znajduje w materjale badanym, a jaką widzimy w pełnej ilości jedynie w ultramikroskopie. Według Oelzego, sposobem Burriego uwidoczniamy zaledwie 7% krętków bladych, sposobem Giemsy 15%, jeśli utrwalamy mieszanką alkoholowo-eterową, 60 do 70%, jeśli utrwalamy kwasem osmowym, sposobem kollargolowym 30%. Jakkolwiek wartości opisanej wyżej metody sposobem Oelzego, a więc ściśle ilościowo, ze względów technicznych, dotąd wypróbować nie mogłem, to jednak na podstawie badań porównawczych tego samego materjału, badanego sposobem Giemsy, Burriego i wyżej opisanym przyjąć mogę, że odsetek znalezionych tym sposobem krętków bladych przewyższa dwa pierwsze. W sposobie Giemsy słabe zabarwienie krętków, w sposobie Burriego rozcieńczenie materjału utrudnia badanie, gdy w sposobie opisanym z jednej strony wyrazistość i wielkość krętków, z drugiej zagęszczenie materjału (nierozcieńczanie go) odnalezienie krętków tylko ułatwia.

[1]) E. Hoffmann. Ätiologie der Syphilis. Handbuch der Geschlechtskrankheiten von Finger, Jadassohn, Ehrmann, Gross. Bd. II. Str. 801.

[1]) Oelze. Über die Ergiebigkeit verschiedener Darstellungsmethoden der Spirochaeta pallida. Derm. Wochenschr. 1920. Nr. 42.

[2]) E. Hoffmann. Die Bedeutung der Leuchtbildmethode zur Darstellung der Mikroorganismen. Dermatolog. Zeitschrift. 1921. T. XXXIII. Z. 1/2.

Z praktyki.

Dr. F. Mieczyński. Mława.

W sprawie zapobiegania szerzeniu się duru osutkowego.

(Notatka epidemjologiczna).

Z powodu grasującej epidemji duru osutkowego, z którym od 7-miu lat każdy z nas spotyka się, nastręczyła mi się jedna uwaga, którą podzielić się muszę z szerszem kołem kolegów, mając na względzie obronę ich zdrowia otoczenia, personalu lekarskiego i otoczenia chorego.

Otóż przez cały czas praktyki mej od 1895 r. miałem styczność z chorymi durowymi, najpierw w Chorzelach (ziemi Płockiej) do r. 1914, następnie szlakiem wojny w Baranowie i Ostrołęce 1914 i 1915, a gdy mnie fala wojny wyrzuciła do Rzeczycy Mińskiej w 1915, 1916 i 1917, powierzyło mi Ziemstwo prowadzenie baraku zakaźnego dla wygnańców, uchodźców i robotników Urzędu budowlanego (inżynierji polowej). Od 3 lat osiadłem w Mławie, gdzie też w okolicy stale panuje dur osutkowy.

W ochronie własnego zdrowia, swej rodziny, personalu lekarskiego zacząłem szukać sposobu ochronienia się przed tą infekcją, tembardziej, że wśród wojny, na tułaczce, żyliśmy w nader niehigjenicznych warunkach po hotelach.

Już w Chorzelach od r. 1906—1912 panowała prawie endemja duru osutkowego, brzusznego, o typie Liebermeistra, które opisałem w »Czasopiśmie Lekarskiem« w 1912 czy 1913[3]) z zaznaczeniem specjalnej jakiejś epidemji (około 300 przypadków), odnośnie do której nie mogłem się zorjentować, bo wystąpiła jednocześnie z durem brzusznym i osutkowym (typowymi), bardzo nietypowo. Choroba zaczynała się nagle, trwała 12—14 dni, lecz osutka występowała w pierwszej dobie, trwała 2 do 3 dób, jako »rasch« lub wybroczyny i nagle prawie ginęła, pozostawiając dalszy przebieg duru.

W 1905 r. notowano podobną epidemję z wojny japońskiej (tyfus mandżurski), następnie Brill w Ameryce spostrzegał wśród wychodźców z Polski pewną odmianę duru osutkowego, referowaną przez W. Puławskiego w 1914 roku w »Gazecie Lekarskiej« jako »chorobę Brilla«. Ogłoszenia te zbiegały się z moją obserwacją, jakkolwiek ogłosiłem ją jako endemję duru brzusznego. Muszę zanotować 3 fakty, które nasunęły mi samoobronę:

1) Wtedy już właśnie wyczytałem notatkę w wiadomo-

[3]) Podczas wojny poginęły mi pisma lekarskie, wskutek czego nie mogę ściśle podać źródeł, o jakich wspominam.

ściach drobnych w »Gazecie Lekarskiej« czy »Medycynie« z prasy amerykańskiej, że s y f i l i t y c y, l e c z e n i r t ę c i ą, n i e z a p a d a j ą n a t y f u s p l a m i s t y.

2) Mając styczność blizką z apteką (mieszkałem bowiem przez sień) zauważyłem, jak różni włóczędzy kupowali stale szarą maść rtęciową przeciw robactwu. Nacierali oni sobie koszule przeciw robactwu; nie zauważyłem, by ci ludzie pomimo epidemji i najniehigjeniczniejszych warunków, nierządu i brudu, kiedykolwiek chorowali na dur osutkowy, choć nocowali nieraz w domu kachalnym, gdzie leżeli chorzy durowi. Może zresztą już chorowali dawniej.

3) Trzeci fakt, który mi się nasunął pod uwagę, to ten, żc leczonym rtęcią nie przyjmowała się ospa ochronna, pomimo kilkakrotnych szczepień. Wobec tego zacząłem sam w czasie epidemji nosić woreczek W e l a n d e r a z małą ilością 1,0 szaruchy, lub w razie nasilenia epidemji wcierać 2 razy na tydzień, około ziarnka fasoli szaruchy w piersi. W obawie sprowadzenia zakażenia do domu stosowałem tosamo rodzinie swej i służbie w czasie wojny w Ostrołęce i w Kalinkowicach w szpitalu epidemicznym dla wygnańców 1915—16 i 17 r. Stosowałem to też u personalu szpitalnego, studentkom, sanitarjuszom, służbie szpitalnej, praczkom (oprócz felczera, który już dawniej na dur chorował). W przeciągu dwóch lat stosowałem dokładnie ten zabieg w postaci szkaplerza W e l a n d e r a z maścią rtęciową, lub minimalnych wcierań co parę dni. Ponieważ szpital był mieszany, a ciasny, sklecony tymczasowo z desek podwójnych, pomiędzy deski sypano trociny, wskutek czego nie można było robactwa wyplenić, stosowałem szaruchę innym chorym dla uniknięcia wewnątrzszpitalnego zakażenia.

Przez cały ciąg mej praktyki nie chorowałem ani ja, ani nikt z rodziny mojej, domowników, personalu lekarskiego, oraz służby szpitalnej, wewnątrzszpitalnej infekcji nie było, żadnego też zatrucia przy minimalnem stosowaniu maści szarej nie zauważyłem, prócz 2 przypadków nieznacznego obrzmienia dziąseł. Spotykałem się czasem z oporem przeciw temu sposobowi (maść brudzi bowiem), wtedy zgodzono się nosić woreczki z maścią rtęciową.

W roku 1917 porzuciłem posadę lekarza epidemicznego w Kalinkowicach i przeniosłem się do Rzeczycy. Szpital pozostał nadal pod opieką studentki i felczera. Ponieważ z niedowierzaniem spoglądano na zabiegi moje, przestano je stosować nadal po mem ustąpieniu.

Dowiedziałem się, bo miałem łączność z dobrze mi znajomym personalem, że, niestety, ze służby chorowały wszystkie służące i pielęgniarki, 2 praczki i wśród chorych zdarzały się wewnątrzszpitalne zakażenia. Przyznano mi wtedy rację. Obecnie nadal stosuję ten zabieg. Na zasadzie 27-letniego doświadczenia nasuwa mi się myśl, że jednak musi mieć jakiś wpływ ten zabieg z rtęcią, jakąś wartość zapobiegawczą w przenoszeniu się zarazków, czy przez dowiedziony już wpływ trujący na wszy (unieruchomienie ich, pewien wstręt robactwa do szaruchy), czy na same zarazki, jak w przymiocie na krętek blady S c h a u d i n a, a w danym przypadku na Rickettsia Provazeki, czy jakie pierwotniaki (S t e r l i n g — dur wysypkowy *Etjologja*). W ostatnim czasie stosuję trochę szaruchy na samych chorych w celu unieruchomienia robactwa lub zatrucia go, względnie odstraszenia od kąsania chorych i tem samem zapobiegania przenoszeniu zazarazków. Nie przesądzam kwestji, czy spostrzeżenie to jest słuszne, wobec jednak dłuższej obserwacji tego zabiegu z dodatnim wynikiem w ciągu długoletniej walki z klęską, wypleniającą naszą ludność i naszą brać lekarską, śmiem wnieść to nie dorywcze już spostrzeżenie na forum publiczne, prosząc kolegów epidemjologów ze szpitali zakaźnych i wszystkich tych kolegów, którzy mają styczność z durem osutkowym, by ten niewinny środek poddali pod krytyczną obserwację i próby, i, o ile potwierdziliby moje spostrzeżenia i wnioski, ogłosić raczyli wyniki swych spostrzeżeń.

Dr. Konrad Kozłowski, lek. okr. i miejski. Dobczyce.

Płyn Willessa.

Płyn W i l l e s s a, czyli roczczyn Boraksu, Phenolu i Formaliny (patrz Ars Medici Nr. 10 rok 1919) według wzoru:

Rp.

Boracis	*15.0*
Phenoli	*30.0*
Formalini	*29.0*
Aquae dest.	*1000.0*

Mds.: Reagens Willess-i

jest znakomitym płynem odkażającym, stosowanym przezemnie od 2-ch przeszło lat do odkażania narzędzi lekarskich wszelkiego rodzaju, w praktyce lekarskiej prywatnej używanych, jak np. narzędzi chirurgicznych, kleszczy dentystycznych, noży do szczepienia ospy, a szczególnie strzykawek »Rekord«, używanych do wstrzykiwań wśródżylnych i innych.

Narzędzia te mogą być stale przechowywane w powyższym płynie. Należy jednak co 2 tygodnie go odnowić; instrumenta lekarskie po każdorazowem ich użyciu muszą być dokładnie oczyszczone w sposób mechaniczny (za pomocą ciepłej wody, szczotki i mydła), zanim zostaną włożone z powrotem do płynu W i l l e s s a. Narzędzi przechowywanych w tym płynie nie należy w zamkach oliwić (np. nożyce), ponieważ w tych miejscach mogą uledz rdzewieniu. Zresztą w ten sposób przechowywane narzędzia nie tylko, że nie rdzewieją, przeciwnie zachowują stale swój połysk, są zawsze czyste i pewne, a gotowe do użycia.

Drugą zaletą tego płynu jest, że nie zawiera on składników drogich, jak np. spirytusu lub eteru, powszechnie dziś używanych do celów lekarskich, a w handlu trudnych do nabycia.

Dla orjentacji podam, że płyn W i l l e s s a kosztował do niedawna 150 Mkp. 1 l., a obecnie kosztuje 250 Mkp. 1 l. i może wystarczyć dla lekarza praktyka conajmniej na 3 miesiące.

Strzykawki »Rekord« wraz z igłami przed użyciem należy przestrzyknąć rozcieńczonym alkoholem (wystarczy 20%) celem zapobieżenia tworzeniu się niepożądanego osadu.

Nieocenione usługi oddaje mi ten płyn w praktyce lekarskiej i to tak prywatnej, jak również i szpitalnej.

Ubiegłej zimy jako kierownik państwowego szpitala epidemicznego N. N. K. w Dobczycach, w czasie wielkiej epidemji duru osutkowego, używałem tego płynu W i l l e s s a w szpitalu; strzykawek i narzędzi wcale nie gotowałem i miałem bardzo dobre wyniki; nigdy nie miałem żadnych ropni, ropowic i t. p. nawet i tam, gdzie personal szpitala na moje zlecenie sam wykonywał injekcje chorym.

Z uwagi na trudności, z jakiemi połączone jest wyjaławianie narzędzi lekarskich w praktyce wiejskiej, uwzględniając okoliczność, że narzędzia obecne sporządzone są przeważnie z bardzo lichego materjału i po jednorazowem gotowaniu nikiel czernieje, a szkło w rekordach naczęściej pęka, płyn odkażający W i l l e s s a jest nieocenionym środkiem w zupełności zastępującym gotowanie narzędzi lekarskich i dlatego też jako lekarz-praktyk gorąco polecam wszystkim Kolegom Praktykom do codziennego użytku płyn W i l l e s s a.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Edmund Rosenhauch. Kraków.

O mechanizmie samoochrony i zdolności przystosowawczej oka ludzkiego.

(Z uwzględnieniem własnych badań).

(Dokończenie).

Wspomniałem już, że rogówka celem przepuszczania promieni świetlnych staje się przeźroczystą, naczynia, które gęstą siecią w całości ją pokrywały ustępują coraz bardziej ku obwodowi i tworzą tam przybrzeżną sieć naczyniową (*Randschlingennetz*). Stamtąd przybywają drogami chłonnemi międzykomórkowemi części odżywcze dla rógówki. Jeśli teraz wystąpi zapalenie rogówki (np. *keratitis parenchymatosa)*, a naciek wypełni przestwory chłonne, rogówka nie mogłaby się dostatecznie odżywiać — wtedy to od brzegu występują miotełkowate, głębokie naczynia i pokrywają niemal całą tylną ścianę rogówki, niosąc ratunek.

Albo: na powierzni rogówki powstał ubytek, trudno się goi. Oto znów od obwodu wypełzają powierzchowne naczynia

w kierunku ubytku, z naczyń występują komórki wędrowne, jedne z nich zabierają resztki zniszczonej tkanki i jako niepotrzebny balast z obrębu miejsca chorobowego usuwają, drugie przynoszą materjał potrzebny do odbudowy. Praca ta trwa tak długo, aż ubytek się wypełni, wygładzi. W tej samej chwili, kiedy owe gałązki naczyniowe spełniły swe zadanie, cofają się one z powrotem ku obwodowi i pozostają w stanie utajonym gotowe na każde wezwanie.

Rogówka częściowo czerpie także swe pożywienie z cieczy wodnej, która jest płynem wodojasnym i w normalnym stanie zawiera bardzo nieznaczną ilość białka. Ciecz ta ma źródło przeważnie w wypustkach ciałka rzęskowego i stale się odnawia, chociaż bardzo powoli.

Znacznie prędzej, aniżeli w warunkach fizjologicznych, następuje wydzielanie cieczy wodnej, jeśli ją np. przez nakłucie rogówki odpuścimy. Już po kilku minutach przednia komora znów jest wypełniona cieczą. Do szybkiego odtworzenia się cieczy wodnej przyczynia się także i to, że po jej odpływie ciśnienie wśródoczne znacznie się obniża. Krew wpada przeto w znacznej ilości do naczyń tęczówki i ciałka rzęskowego, które uwolnione od ciśnienia, znacznie się rozszerzają, a to pozwala na obfitsze przesiękanie płynu. Ten płyn, który po odpływie cieczy wodnej gromadzi się w przedniej komorze, różni się znacznie od cieczy wodnej, która mieści się w przedniej komorze w stanie fizjologicznym. Chemicznie można w nim wykazać znaczną ilość białka. Płyn ten zawiera też substancje, znajdujące się w surowicy krwi, a więc antytoksyny, bakteriolizyny, aglutyniny i. i. Znane jest doświadczenie, w którem udało się zapomocą podspojówkowego wstrzyknięcia roztworu fizjologicznej soli kuchennej lub paracentezy rogówki u zwierzęcia przed tem «uodpornionego» przeciw czerwonym ciałkom krwi, spowodować przejście substancji hemolitycznych z krwi do cieczy wodnej oka. Wiedzą o tem dobrze okuliści i stosują metodę odpuszczania cieczy wodnej, jako sposób leczniczy w przypadkach owrzodzeń rogówkowych z ropą w przedniej komorze *(hypopion)*

Niema w tem jednak nic nowego.

Naśladujemy tu tylko sposób, który przyroda bez naszego współdziałania celowo w czyn wprowadza. Znane są każdemu z okulistów praktyków przypadki trudnego gojenia się owrzodzeń rogówkowych n. p. przy zapaleniu wiewiórowem. Dopiero od chwili przebicia (pęknięcia) takiego owrzodzenia następuje poprawa w stanie chorobowym. Punkcja przedniej komory przez nas wykonywana, zastępuje właśnie takie pęknięcie owrzodzenia; ale przyroda idzie dalej: po pęknięciu owrzodzenia i odpływie cieczy wodnej zamyka tęczówką niby korkiem miejsce przebicia, nie pozwalając na dalszy odpływ cieczy wodnej.

Rogówka przechodzi ku tyłowi w twardówkę, której grubość nie wszędzie jest jednakowa. Wynosi ona w okolicy nerwu wzrokowego 0.8 mm., w równiku 0.4 mm. a w okolicy ciałka rzęskowego z powodu przyczepu mięśni 0.6 mm. W tem to właśnie miejscu jest ona poprzerywaną całym szeregiem naczyń krwionośnych, tutaj znajduje się zatoka żylna (kanał Schlemma). Miejsce to stanowi *punctum minoris resistentiae* twardówki. W tem miejscu zwykle przy urazach twardówka pęka. Mechanika urazowych pęknięć oka, to osobny dział stanowiący bardzo ciekawe zagadnienie mechaniczne. Mamy tu do czynienia tak jak przy pęknięciach czaszki z pęknięciami pośredniemi i bezpośredniemi. Bezpośrednie pęknięcie występuje, jak wiadomo, w miejscu zadziałania urazu, pośrednie zaś po przeciwnej stronie, wskutek zbyt wielkiego napięcia ściany. Przy pośredniem pęknięciu czaszki pęka z reguły najpierw wewnętrzna blaszka kostna i może się zdarzyć, że na tem się skończy.

W oku dzieje się podobnie. Dajmy na to, że uraz zadziała na gałkę od dołu. Wskutek ucisku na nią ulega nadmiernemu rozdęciu część oka, znajdującą się po przeciwnej stronie. Ulegając naporowi pękają kolejno warstwy gałki ocznej, idąc od wewnątrz ku zewnątrz. Pęknięcie to odbywa się bardzo często właśnie we wspomnianym powyżej punkcie słabszego oporu. Pęka najpierw więzadło grzebieniowe tęczówki, potem twardówka, wreszcie na koniec spojówka. Jeśli nacisk trwa dalej, wówczas gałka zmuszona jest zmniejszyć swą objętość i pozbyć się z swego wnętrza jakiejś części. Zazwyczaj poświęca ona tę część, którą najłatwiej jest zastąpić tj. soczewkę. Przypadki takie nie należą do rzadkości. Sam miałem sposobność spostrzegać kilka takich przypadków [1]). — Chorego krowa zraniła w oko; nastąpiło pęknięcie twardówki w wyżej opisanem miejscu, soczewka wydostała się na zewnątrz. Oko się zagoiło. A skorośmy brak soczewki zastąpili okularami, tj. soczewką szklaną, chory miał dobrą bystrość wzrokową. Przypadek [2]) zupełnie podobny do poprzedniego spostrzegałem również u żołnierza, przysłanego do stwierdzenia bystrości wzrokowej. Stwierdziłem bliznę twardówkową, regularną szparę tęczówkową ku górze oraz brak soczewki. Zmiana powstała wskutek uderzenia kopytem końskiem. Podobne przypadki spostrzegał Wicherkiewicz, Majewski i i. Römer opisuje chorego, któremu krowa «usunęła» w ten sposób soczewkę najpierw z jednego oka, a w rok potem także i z drugiego oka, pozostawiając dobrą bystrość wzrokową. Nie zawsze jednak pękają wszystkie błony oka. Zdarza się, że pękną tylko wewnętrzne, a spojówka utrzyma się w całości, chroniąc wnętrze gałki przed wniknięciem mikrobów. Jako typowy przykład takiego pęknięcia może posłużyć podspojówkowe zwichnięcie soczewki. Widzimy z tego, że przypadki pęknięć gałki w okolicy kanału Schlemma są stosunkowo dość częste, że to miejsce słabszego oporu w twardówce jest niejako utajonym czynnikiem ochronnym, jakby klapą bezpieczeństwa gałki ocznej.

O źrenicy i o jej automatycznem zwężaniu i rozszerzaniu się pod wpływem światła nie będę się zbytnio rozpisywał. Tak samo wspomnę tylko o znanym ogólnie fakcie akomodacji, tym par excellence przykładzie przystosowania.

Soczewka, jak już wyżej wspomnieliśmy, przystosowuje się do aktu widzenia, stając się przeźroczystą; bierze udział w akcie akomodacji i jest tak zbudowaną, że, choć jest tworem dość twardym, może zmieniać swoją postać. Chroni ona obok źrenicy siatkówkę przed urazami świetlnymi i, o ile źrenica zwężając się nie dopuszcza do siatkówki nadmiernej ilości promieni widma, chroniąc ją przed urazem świetlnym, to soczewka powstrzymuje promienie pozafioletowe (Schanz i Stockhausen).

Nie posiadając naczyń czerpie soczewka swe odżywienie poprzez swą torebkę z płynów w otoczeniu. Gdyby torebka przepuszczała płyn z przedniej komory i ciałka szklistego całkowicie do wnętrzna, soczewka ulegałaby zmętnieniu i stała się nieprzeźroczystą, tak jak to obserwujemy w przypadkach czy to urazowego czy to operatywnego rozerwania torebki.

Przyroda, chroniąc soczewkę przed zmętnieniem, chcąc zachować jej przeźroczystość konieczną do aktu widzenia, obdarzyła torebkę soczewkową szczególną własnością. Własność ta polega na zdolności elektywnego przepuszczania do wnętrzna soczewki cząstek odżywczych, a nieprzypuszczania czynników szkodliwych.

Ubytek ciałka szklistego bardzo szybko się odtwarza. Znane są przypadki ubytków wskutek urazu czy to podczas operacji zaćmy, które tak zupełnie się odtwarzają, że czynność oka wraca do normy.

Sam spostrzegałem ciekawe przypadki z tego zakresu, o których mówiłem na zebraniu okulistów w Heidelbergu w r. 1918.

Szeregowiec zraniony przypadkiem przez towarzysza bagnetem w rowie strzeleckim w prawe oko [3]). Rana spowodowała przebicie spojówki i twardówki w okolicy ciałka rzęskowego wypadnięcie ciałka szklistego z następowem pogłębieniem przedniej komory. Bystrość wzrokowa zranionego oka wynosiła 6/36± n. l. W kilka dni potem, kiedy ciałko szkliste zdołało się odtworzyć a przednia komora wróciła do normy, bystrość wzrokowa wynosiła — 3.0 D. 6/18.

Poniżej zestawiam zmiany refrakcji w przebiegu leczenia tego przypadku.

13/12 1914 6/36± n. l.

---

[1]) Medycyna i Kronika lakarska Nr. 39. z roku 1918.
[2]) Oba przypadki przadstawiłem w Tow. lek. Krak.
[3]) Przypadek przedstawiony w Tow. Lek. Krak. Medycyna i Kronika lek. Nr. 39. z r. 1918.

17/12 „ —3.0 D 6/18
25|1 1915 —2.0 D 6/18
5/2 „ —1·5 D 6/18—12
17/2 „ —1.0 D 6/12
2/3 „ —0.5 D 6/8

Zranienie spowodowało przecięcie wszystkich warstw gałki ocznej aż do ciałka szklistego tuż poza ciałkiem rzęskowem albo w jego odcinku najdalej ku tyłowi położonym. Przytem uległy przecięciu w poprzek na pewnej przestrzeni podłużne włókna mięśnia rzęskowego (wiązka Brückego). Zadaniem tych podłużnych włókien mięśnia rzęskowego jest wspomaganie czynności włókien okrężnych. Pierwsze mają przedni przyczep stały na granicy rogówko-twardówkowej, podczas gdy ich tylny koniec gubi się w przesuwalnej naczyniówce. Przy skróceniu (skurczeniu się) tych włókien ulega płaska część ciałka rzęskowego i przedni odcinek naczyniówki przesunięciu ku przodowi. To ułatwia zluźnienie napiętych nitek więzadełka Cinniusza, które pozostają w związku z wewnętrzną powierzchnią ciałka rzęskowego. Wskutek zluźnienia wspomnianego więzadełka zmniejsza się napięcie torebki soczewkowej, tak że soczewka, dzięki swej elastyczności, może przyjąć więcej wypłukłą postać (Fuchs). To, co w oku prawidłowem tworzy część aktu akomodacji, to stało się w naszym przypadku wskutek przecięcia w poprzek mięśnia rzęskowego. Część podłużnych włókien wspomnianego mięśnia leżąca ku przodowi od rany, zbliżyła się po zranieniu bardziej ku przedniemu odcinkowi gałki, co spowodowało zluźnienie włókien więzadełka, a w następstwie także i torebki soczewki, która przybrała bardziej wypukłą postać.

To tłumaczenie wystarczy do wyjaśnienia krótkowzroczności w naszym przypadku. Jedno należy jednak jeszcze wyświetlić: dlaczego krótkowzroczność nie wystąpiła bezpośrednio po zranieniu? Wszak mięsień Brückego uległ przecięciu w chwili zranienia!

Jak już wyżej wspomniałem zranienie spowodowało przecięcie wszystkich warstw gałki ocznej, skutkiem czego nastąpił dość znaczny ubytek ciałka szklistego, tak, że soczewka uległa przesunięciu ku tyłowi a przednia komora się pogłębiła. Wskutek tego przesunięcia się soczewki nastąpiło zmniejszenie się siły refrakcyjnej, ponieważ główne ognisko całego łamiącego systemu przesunęło się wraz z soczewką ku tyłowi. To zmniejszenie się siły refrakcyjnej (wskutek przesunięcia się soczewki ku tyłowi) wyrównało wzmożenie się siły refrakcyjnej (wskutek zluźnienia się torebki soczewkowej). Oko było podobne pod względem refrakcji do normalnego.

Po odtworzeniu się ubytku ciałka szklistego przednia komora (po zranieniu bardzo głęboka) stała się znowu normalnie głęboka. Ubytek ciałka szklistego został quoad volumem uzupełniony, soczewka wróciła do normalnego położenia, pozostało jednakże jeszcze zluźnienie torebki soczewkowej, a wraz z tem zwiększone wypuklenie soczewki, co zyskało wyraz w owych —3.0 D. Dopiero z czasem, jak z zestawienia wynika, zmniejszała się stopniowo krótkowzroczność. Stało się to najprawdopodobniej wskutek bliznowatego zespolenia przeciętych włókien mięsnych i następczego kurczenia się blizny, co spowodowało stopniowe napinanie więzadełka Cinniusza, a wraz z tem także i poprzednio zluźnionej torebki soczewkowej.

Prócz opisanego przypadku spostrzegałem kilka podobnych. Na wspomnianym kongresie zarzucono mi, że przyczyną wystąpienia krótkowzroczności nie są zmiany anatomiczne, o których mówiłem, ale że powoduje ją zapalenie tęczówki, które, zagęszczając ciecz wodną, przyczynia się do wzmożenia siły refrakcji oka (Stock). Nie mogłem wówczas dostatecznie obronić swego stanowiska (chociaż wystąpili mowcy zgadzający się z mem zapatrywaniem), albowiem brakło mi przypadku podobnego zranienia, przebiegającego bez zapalenia tęczówki.

Przypadek taki nie długo dał na siebie czekać.

9|8 1920 zgłosił się do mnie podpor. C. W. lat 24 z jazdy ochotniczej mjr. Jaworskiego (L. prot. 1·.155 okręg. szpit. wojsk. w Krakowie) i podał, że podczas jazdy konnej w lesie nocą nabił się na suchą gałąź i zranił oko lewe.

Badanie wykazało: dolna powieka obrzmiała, lekko krwawo podbiegnięta. światłowstręt, na spojówce gałki krwawe wybroczyny. Dołem nieco na zewnątrz 4 mm. od rąbka rogówki rana lekko łukowata, równoległa do rąbka 3½ mm. długości, 1 mm. szerokości, lekko ziejąca. Lekkie nastrzyknięcie rzęskowe, rogówka czysta. P. K. płytsza, źrenica 2.5 mm. średnicy, oddziaływa dobrze, dolno-zewnętrznym odcinkiem (odpowiadającym rance) nieco gorzej.

Dno w lekkiej mgle prawidłowe. T= — 1.

Bystrość wzrokowa:

9|8 pr. 0. 6/6
l. 0 6/60; — 2.5 D = 6|18; —2.5 D cyl $-1.5^{170°}$ = 6/12 n. c.
13|8 l. 0. 6|24; —2 0 D = 6|12 cyl n. l.
14/8 l. 0. 6/18; —1.5 D + 6|8
16/8 l. 0. 6/8 ; —1.0 D = 6/6
17 8 l. 0. —0.5 D = 6|6
20/8 l. 0. - 0 25 D = 6/5
30|8 l. 0. 6|5
31/8 uzdrowiony.

Przypadek ten można wytłumaczyś zupełnie analogicznie do poprzednio opisanego. Potwierdza on w zupełności moje poprzednie zapatrywanie, że przyczyną zmiany refrakcji w tych przypadkach jest zmiana anatomiczna, polegająca na przecięciu mięśnia rzęskowego i zwolnieniu więzadełka Cinniusza, w następstwie czego soczewka przybiera bardziej kulistą postać.

W drugim przypadku wystąpiła ponadto lekka niezborność soczewkowa, która powstała najprawdopodobniej wskutek nieznacznego nadwichnięcia, lub przybrania nieco nieregularnej postaci soczewki wskutek urazu. Zarówno tę niezborność soczewkową, jak i powstałą po urazie krótkowzroczność, wyrównał sam ustrój niemal bez naszego współdziałania, całe nasze leczenie bowiem polegało, zwłaszcza w ostatnim przypadku, na opłukiwaniu oka i opasce.

Siatkówka i nerw wzrokowy, te najczulsze części narządu wzrokowego, są też zupełnie szczególnie chronione. Chroni je, jak już wspomniałem źrenica, chroni soczewka. Ale prócz tego posiadają one w znacznym stopniu zdolność przystosowawczą. Znane są przypadki, że wskutek urazu ulegnie siatkówka wstrząśnieniu (*commotio retinae* Berlin). [1]) Zmiany przy badaniu wziernikiem bardzo rozległe. Mimo to czynność oka zupełnie prawidłowa, tak dalece, że często przypadkowo tylko zmianę tę w oku można odkryć, gdyż przeważnie chorzy na zaburzenia wzrokowe się nie użalają. Albo wskutek n. p. nowotworu mózgu występuje tarcza zastoinowa. Zmiana dająca się wziernikiem wykazać, bardzo znaczna: tarcza nerwu wzrokowego wyniosła, granice zatarte, naczynia silnie pokręcone, rozdęte. Zdawałoby się, że o normalnej funkcji nerwu wzrokowego w tym stanie mowy być nie może, a jednak mimo to, badanie sprawności oka, prócz nieznacznego powiększenia plamki Mariotte'a, często nie wykazuje nic nieprawidłowego. Podobnie przystosowuje się także nerw wzrokowy w wypadkach trzeszczu gałki.

O zdolności przystosowawczej siatkówki w przypadkach przejścia z ciemności do jasności i na odwrót wspomnę tylko, jest to sprawa bowiem zupełnie znana. Każdy z nas doświadczył tego na sobie, że, jeśli z jasnego pokoju wejdziemy do ciemnego, to z razu nic nie widzimy, ale już po chwili zaczynamy rozróżniać zarysy przedmiotów w tym ciemnym pokoju się znajdujących i stopniowo orientujemy się coraz to lepiej.

Możemy przez ćwiczenie zdolność percepcyjną naszego oka znacznie poprawić. Znane są przypadki zeza, który występuje na oku słabszem. Przez ćwiczenie tego oka i zastosowanie odpowiednich szkieł możemy nietylko zez usunąć, ale jesteśmy w stanie bystrość wzrokową tego słabszego oka znacznie poprawić. Udaje nam się to najłatwiej u dzieci. Ale można także i u starszych przez odpowiednie ćwiczenia dojść do znacznej poprawy wzroku.

Porucznik L. Z. przybył do szpitala 18|11 1914. Kula karabinowa zraniła go w prawą skroń i wyszła w okolicy wewnętrznego kąta oka lewego. Prawy nerw wzrokowy przestrzelony, krwotok do gałki ocznej, brak poczucia światła, oko na dotyk bolesne, tak, że musiano gałkę wyłuszczyć. Lewe oko posiadało tylko poczucie światła z powodu ropnego zapalenia rogówki z zapaleniem tęczówki i ropą w przedniej komorze. Po kilkumiesięcznem leczeniu udało się doprowadzić do tego, że lewe oko mógł chory zachować, jednakże na rogówce pozostała plama Nieszczęście chciało, że pacjent stracił oko prawe, które było niemal zupełnie prawidłowe; lewe oko od dzieciństwa było słabsze. Dzięki uprzejmości prof. Majewskiego otrzymałem odpis z jego prywatnej księgi ordynacyjnej.

Porucznik L. Z. był przez prof. Majewskiego badany 3 lata przed zranieniem, a bystrość wzrokowa wynosiła, wówczas:

7/XI. 911 p. 0. 6 8-6 + 1. 25. D. Sn. 0.5 c + 1.5. D.
l. 0. 6/60; 6/24 + 3 5. D. Sn. 1 0 c + 3.5. D. z trudem.

Porucznik miał w chwili zranienia 31 lat.

Zwykle mawiał, że gdyby przypadkiem stracił prawe oko byłby najnieszczęśliwszym z ludzi, nie mógłby bowiem lewem okiem jako profesor szkoły realnej wykonywać swojego zawodu, do którego był bardzo przywiązany. Skoro owrzodzenie lewej rogówki po zranieniu się zabliźniło i gdy już wszystkie możliwe środki wyjaśniające wyczerpałem, bystrość wzrokowa wynosiła 6|36. Sn. 1.5 z trudem. Wtedy rozpocząłem ćwiczenia tego oka. Zrazu dość silnemi szkłami powiększającemi, potem coraz słab-

[1]) Rosenhauch. Postęp okul. 1908. Archiv. f. Augenk 1909. Z. 3.

szemi. Po upływie 8 miesięcy bystrość wzrokowa lewego oka wynosiła: 6/18 — 12 + 3.5 D. Sn. 0.5 c + 8. Poprawa to bardzo znaczna, jeśli się weźmie pod uwagę, że oko po przebytem zapaleniu rogówki wykazywało dość rozległą plamę, oraz ze względu na wiek chorego. Porucznik L. Z. pełni obecnie obowiązki swego poprzedniego zawodu bez najmniejszej trudności.

Wspomiałem powyżej, że bystrość wzrokową oka zezującego możemy przez ćwiczenie poprawić. Wspomiałem również, ze przez ćwiczenie możemy zez usunąć. Teraz chcę rozpatrzeć sprawę, która stanowi osobny dział w mechanizmie samoochrony oka, a nad którą niemal zupełnie się nie zastanawiamy: dlaczego nie zezujemy?

Wyda się to może dziwnem jeśli powiem, że wogóle niema idealnie ustawionej pary oczu, że raczej u wszystkich ludzi istnieje wiele warunków, na podstawie których musieliby, względnie mogliby zezować. Wystarczy wykonać następujące drobne doświadczenie: uciśnijmy jedną gałkę oczną od zewnątrz palcem, natychmiast wystąpi podwójne widzenie. albowiem przez ucisk wywołaliśmy zaburzenie w równowadze oczu. Już to drobne mechaniczne przesunięcie jednego oka w stosunku do położenia drugiego wystarcza do wywołania zaburzenia we współpracy obu óczu, wystarcza do wywołania zeza. Jeśli ze stanowiska lekarza obserwujemy rysy twarzy ludzkiej, to zauważymy nawet u ludzi klasycznie pięknych pewną asymetrję w obu połowach twarzy. Ta asymetrja odnosi się przedewszystkiem do ustawienia oka w oczodole. Wszystko to tylko na pierwszy rzut oka widoczne osobnicze różnice. Do tego dodać musimy jeszcze inne ważne a niewidoczne nieprawidłowości w siłach anatomiczno-mechanicznych: Jużto podściółki tłuszczowe są rozmaicie rozwinięte, jużto mięśnie oczne wykazują różnice objętościowe, ich ścięgna, przyczepy, fascje i t. d. Krótko mówiąc nie ma idealnego ustawienia naszych oczu.

Należałoby się wobec tego spodziewać, że przeważna ilość ludzi, mniej lub więcej zeznje. Dlaczego jednak mimo tych różnic w mechanicznych czynnikach ustawienia oczu, przeważna ilość ludzi nie zezuje? Odpowiedź brzmi: ponieważ wzajemne położenie naszych oczu nie zależy tylko od owych anatomiczno-mechanicznych czynników, ale ponieważ pozostaje ono pod wpływem regulacyjnym nerwowego narządu okoruchowego.

Czynnikami, które na drodze nerwowej wpływają na ustawtenie naszych óczu, są: nasza wola, napięcie naszych mięśni ocznych dążenie do fuzji oraz związek pomiędzy akomodacją i konwergencją. Gdy patrzymy na jakiś przedmiot, znajdujący się w pewnej odległości, wówczas obraz tego przedmiotu odbija się na siatkówce, zarówno jednego jak i drugiego oka. Punkt w który się wpatrujemy odbija się w plamce żółtej, wszystkie inne punkty na symetrycznych miejscach siatkówki. Obrazy powstałe na obu siatkówkach zlewają się w mózgu do tego stopnia, że otrzymujemy wrażenie jednego obrazu. I jest to najważniejszem prawem obuocznego widzenia, że równoczesne zadrażnienie obu plamek żółtych i każdych innych, odpowiadających sobie symetrycznych miejsc siatkówki, wywołuje stale pojedyńcze wrażenie. Oko w takim wypadku widzi obuocznie, lecz pojedyńczo. Zależy to naturalnie od ruchowego unerwienia mięśni ocznych.

W normalnych stosunkach unerwienie to występuje zawsze równomiernie w obu oczach. Jeśli z powodu jakichkolwiek zaburzeń w unerwieniu czy też w mechaniczno-ruchowej czynności, obraz widzianego przedmiotu pada na różne, nieodpowiadające sobie, asymetryczne miejsca siatkówek, wówczas otrzymujemy podwójne widzenie.

Oko ludzkie bez naszej wiedzy i woli unika podwójnego widzenia, chroni się przed niem, dąży do zlania obrazów powstałych na obu siatkówkach i wykonuje w tym celu odpowiednie ruchy, t. zw. ruchy fuzyjne. Pozostaje ono niejako pod przymusem fuzji. Te ruchy fuzyjne są właśnie czynnikiem poprawiającym stale nieprawidłowości ustawienia naszych óczu, czynnikiem chroniącym przeważną ilość ludzi przed zezem. Do najważniejszych ruchów fuzyjnych należy ruch zbieżny, czyli konwergencja, oraz jej związek z akomodacją, które na drodze nerwowej regulują ustawienie naszych oczu.

Jeśli wpatrujemy się w jakiś blizki punkt, wówczas oczy wykonują ruch zbieżny. Równocześnie z tem występuje odpowiedni ruch akomodacyjny, gdyż inaczej nie dostrzeglibyśmy wspomnianego punktu. Istnieje zatem ścisły związek pomiędzy konwergencją i akomodacją. Prawie stale, przy silniejszej konwergencji występuje wzmożona akomodacja i odwrotnie. Przyroda utworzyła jednakże w interesie obuocznego pojedyńczego aktu widzenia szczególny aparat regulujący, na podstawie którego posiadamy zdolność izolowanego wzmożenia czy to konwergencji, czy to akomodacji.

Jeśli normalnie widzącemu człowiekowi, emmetropowi założymy okulary ze szkłami wklęsłemi i każemy mu spojrzeć na świecę, to oczy jego wykonają wzmożony ruch akomodacyjny, celem przezwyciężenia założonych szkieł. Wobec istniejącego związku pomiędzy akomodacją a konwergencją, powinniśmy zarazem wykonać odpowiedni ruch zbieżny. Ale wówczas wystąpiłby zez i widzielibyśmy podwójnie. Doświadczenie uczy, że w podobnym wypadku widzimy pojedyńczo. Dzieje się to zaś tylko dzięki temu, że przyroda stworzyła w interesie pojedyńczego widzenia możność rozluźnienia tego związku pomiędzy akomodacją a konwergencją; przy niezmienionej konwergencji możemy wykonać mniejszy lub większy ruch akomodacyjny.

W poprzednim przykładzie wykonały oczy wzmożony ruch akomodacyjuy przy niezmienionej konwergencji, w przykładzie następującym wykażę, że oko jest w stanie wykonać wzmożony ruch zbieżny przy niezmienionej akomodacji.

Jeśli obuocznie patrzymy na świecę, widzimy ją pojedyńczo. Jeśli teraz ustawimy, n. p. przed lewem okiem, pryzmat podstawą zwrócony ku skroni, to przez chwilę widzimy świecę podwójnie. Pryzmat bowiem odchyla promienie ku swej podstawie, tak, że nie padają one już na plamkę żółtą lewego oka, lecz na miejsce siatkówki położone nieco bardziej ku skroni.

Obraz świecy pada na nieodpowiadające sobie, asymetryczne, miejsca siatkówki obu óczu, widzimy go przeto podwójnie. Ale to podwójne widzenie trwa bardzo krótko, bo już w następnej chwili widzimy świecę pojedyńczo. Cóż się stało? Oto lewe oko samorzutnie wykonało ruch zbieżny tak dalece, aż obraz świecy także i w lewem oku padł na plamkę żółtą. Widzimy go więc pojedyńczo.

Ten przedziwny aparat regulacyjny, ten związek między konwergencją i akomodacją i tę niezwykłą własność rozluźnienia tego związku, zdolność izolowanego wzmożenia w miarę potrzeby raz konwergencji, to znów akomodacji stworzyła przyroda w celu ochrony oka przed zezem. A dodać trzeba, że dzieje się to wszystko bez naszej wiedzy i woli.

Jak choćby z tego pobieżnego przedstawienia sprawy widać, posiada oko ludzie m e c h a n i z m o c h r o n n y s t a ł y t. j. stale funkcjonujący, do którego należy anatomiczna budowa otoczenia gałki (powieki, podściółka tłuszczowa, ściany gałki, mechanizm łzowy, torebka soczewki, samoregulacja ciśnienia wśródocznego, ruchy źrenicy, ochrona przed zezem i podwójnem widzeniem itd.) oraz m e c h a n i z m o c h r o n n y u t a j o n y tj. pewien zasób sił ochronnych rezerwowych, które występują w szranki dopiero w chwili grożącego niebezpieczeństwa. Do tych należą: dodatkowe gruczoły łzowe i ich przerost w razie zaniku gruczołu głównego, wężykowaty przebieg nerwu wzrokowego, punkt słabego oporu w twardówce, występowanie naczyń *(Pannus reparatorius)* na rogówce przy owrzodzeniach i t. d.

Wszystko tu jest tak misternie zbudowane, tak celowo i w najdrobniejszych nawet szczegółach *sit venia verbo* «obmyślane«, że odnosi się wrażenie, jakby przyroda chciała do nas przemówić: Oto daję Wam oko, ze zmysłów ten największy skarb, jaki posiadam.

Oceny i sprawozdania.

T a d e u s z B r o w i c z. **Szkice anatomiczno-patologiczne Serja I. Str. 116. Nakład Akademji nauk lekarskich. Warszawa 1921 r.**

„Szkice te piszę w duchu metody i poglądów, jakiej się trzymałem i jakie wypowiadałem w moich wykładach uniwersyteckich. Uwzględniam przedewszystkiem powstawanie i znacze-

nie zmian patologicznych w myśl zdania strasburskiego patologu Lobsteina: Ce n'est pas l'organe altéré, mort, que le médecin veut connaitre, c'est l'organe vivant, agissant, exercant les fonctions, qui lui sont propres" — te słowa zasłużonego w nauce badacza a czcigodnego mego doświadczonego nauczyciela z góry określają sposób przedstawienia szeregu już to rozdziałów, już też specjalnych tematów z anatomji patologicznej, które stanowią treść omawianej książki. Niektóre z nich zostały już przedtem, bodaj częściowo, ogłoszone w naszych pismach lekarskich.

Pierwszy rozdział obejmuje „Zapalenie". Po przedstawieniu i omówieniu zasadniczych zmian i objawów tego bodaj najwięcej interesującego procesu w fizjologji patologicznej przechodzi autor typy wysięków, według których dzieli anatomiczne rodzaje zapaleń, natomiast występuje przeciw rozróżnianiu odmian, jak zapalenia wyrodniającego (alteratywnego), strupieszającego, zgorzelinowaciejącego, jako stanów, przedstawiających raczej powikłania, zależne od czynnika zapalnego. Przedstawiając też zapalenie jako odczyn naczyniowy, objawiający się przekrwieniem i wysiękiem, uważa za najodpowiedniejsze ograniczenie pojęcia (anatomicznego zapewne) zapalenia do tych obu kardynalnych objawów.

W rozdziale „Zwłóknienie tkanek" omawia na licznych przykładach stany, w których spotykamy się z bujaniem tkanki łącznej, a może ono być następstwem zniszczenia komórek miąższowych, zapełniania powstałych ubytków, jakoteż działania czynników fizykochemicznych — wszystko to działa pobudzająco na energję komórek i prowadzi do rozrostu tkanki. Objawy twórczości w toku zapalenia są niejako dodatkowem, naprawczem zjawiskiem; autor też do pewnego stopnia występuje przeciw przyjmowaniu pojęcia zapalenia wytwórczego (*itis productiva*). Bardzo słuszne są uwagi co do nadużywania określenia i nazywania zapaleniem zmian, czy stanów, które nic z niem nie mają wspólnego, albo, co najwyżej, są jego zejściem (zrosty, blizny i t. p.). Dodatek „*pathia*" (polecany przez Aschoffa) do źródłosłowu, celem odróżnienia od procesu zapalnego, jest słusznie, zdaniem autora, „bałamutnym". Co do tego winno się (i to zawsze w mych wykładach z naciskiem podnoszę) wpajać w słuchaczy, że zasadniczo błędnem jest określanie nazwą zapalenia przewlekłego (*itis chronica*) zmian pozapalnych, uspokojonych, skończonych. W następnych rozdziałach: Zakrzep, Zator, Krwiotok i Krwinkotok, Martwice, Martwienie, Skrzepy krwi w stanach chorobnych organizmu i ich znaczenie rozpoznawcze — podkreśla autor własne zapatrywania, wiąże omawiane zmiany, sposób ich powstawania z uwagami fizjologicznemi i kliniką.

W rozdziale specjalnym „Stwardnienie a miażdżyca tętnic", po krótkiem przedstawieniu zmian histologiczno-anatomicznych, licznych badań doświadczalnych w temacie, co do którego zresztą i dziś akta nie zostały zamknięte, precyzuje autor określenie miażdżycy tętnic, jako stan o charakterze rozpadowym, destruktywnym, wywołanym nadwerężeniem sprawności ściany tętnicy wskutek zmiany jej warstwy środkowej w następstwie działania czynników chemicznych, czy też mechanicznych, nerwowych, psychicznych, podnoszących ciśnienie wewnątrz naczynia — w każdym razie piętnem miażdżycy, jak autor mówi, jest rozpad, destrukcja.

Rozdział „Zwłóknienie przedsionka lewego w toku wad zastawek serca i jego znaczenie" znany jest z Tygodnika lek. 1921. „Powstawanie wrzodu żołądka" pozostaje w związku z anatomiczną cieśnią tych właśnie jego części, w których te wrzody najczęściej się spotyka; stąd łatwiejsze ich uszkodzenie przez czynniki mechaniczne, chemiczne i cieplne; poważne znaczenie ma tu niedokrwienie błony śluzowej z przyczyn różnych (miażdżyca rzadko), uiemniej chorobliwe stany systemu wegetatywnego (*dispositio spastica*). Niedokrwistość osobnika utrudnia gojenie. Sprawa powstawania wrzodu jest zatem w związku z ogólnym stanem chorego.

W rozdziale „Powstawanie zapalenia wyrostka robaczkowego" porusza szereg znanych i przyjmowanych czynników etjologicznych lub usposabiających. Wreszcie w ostatnim rozdziale „Powstawanie i usadawianie się mięśniaków macicy oraz kilka słów o pojęciu konstytucjonalizmu organizmów" na początku zaznacza, że podnietą do tego szkicu była dlań praca prof. Rosnera „O mięśniakach macicy i ich usadawianiu się w świetle nauki o konstytucji narządów płciowych kobiecych" a w szczególności pytanie, jakie R. na końcu swej pracy sobie zadaje, „dlaczego niedomoga konstytucjonalna ma ułatwiać rozwój guzów podsurowiczych, a niemal wykluczać istnienie guzów podśluzowych?" Autor odnosi powstawanie mięśniaków, w myśl dawnych swych poglądów, a dziś wogóle uznawanych, do zawiązków pochodzenia płodowego, rozwojowego, wzgl. specjalnych właściwości pewnych komórek, czy też ich grup lub systemów, jednem słowem uważa je za wyraz konstytucjonalizmu rozwojowego, powstałego w czasie życia płodowego. Nadto co do usadowienia mięśniaków macicy, to każdy jest początkowo śródściennie usadowiony, a dopiero w miarę wzrostu w kierunku najmniejszego oporu staje się podsurowiczym wzgl. podśluzowym. — Tyle co do treści.

Niewątpliwie w szlachetnym celu zapoznania czytelników z ojczystem piśmiennictwem przytacza autor wszędzie nazwiska swojskie.

Prof. Browicz, jako jeden z autorów „Słownika lekarskiego" i bez przerwy pracujący i myślący o oczyszczeniu i tworzeniu polskiego słownictwa lekarskiego, w książce swej przestrzega go na każdym kroku. Sądzę jednak, że niekoniecznem jest i wskazanem zastępowanie przyjętych, utartych i dobrych polskich terminów nowymi, tak n. p. niedorozwój (hypoplasia) zastępuje autor słowem niedorost, oskrzela—odetchy, wgłobienie jelit—zagłoba jelit, zastój żółci— zastawanie się żółci i i. Te liczne przez autora w książce wprowadzone i używane miana mogą nawet utrudniać zrozumienie niejednego zagadnienia, zwłaszcza czytelnikowi mniej obznajomionemu z omawianym tematem.

Książka czcigodnego autora jest I. Serją szkiców, a więc po niej pójdą zapewne dalsze; stanowi ona w naszem ubogiem polskiem podręcznikowem piśmiennictwie anatomo-patologicznem dorobek, obejmujący przynajmniej pewne działy, z którego będą mogli do pewnego stopnia korzystać lekarze i uczniowie, tem więcej, że wyszła ona z pod pióra nietylko uczonego, lecz wytrawnego i doświadczonego nauczyciela *Nowicki* (Lwów).

Dornblüth-Bachem. **Środki lekarskie współczesnej medycyny.** Lipsk (Nakł. Curt Kabitsch). Wydanie 13. (1922) stron 507.

Wśród mnóstwa środków lekarskich, wytwarzanych przez postępy chemji i wśród niezliczonych t. zw. specyfików coraz trudniej jest się orjentować, zwłaszcza wobec nadawanych nowym środkom nazw albo nic, albo przeciwnie — za wiele mówiących. Podręcznik Dornblütha-Bachema okazał się widocznie dobrym drogowskazem, skoro w krótkim czasie osiągnął 13 wydań. Może on też zastąpić kalendarzyk lekarski, bo oprócz alfabetycznie ułożonego głównego rozdziału o lekach, zawiera też tabele dawek, krótki „podręcznik terapeutyczny", wiadomości o leczeniu wodą, światłem, djetą i t. p. (Cena 48 Marek niem.).

R.

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

The Lancet
N. 18. (1921).

Mc Leod i P. Govenlock: **O wytwarzaniu substancji bakterjobójczych przez drobnoustroje.** Punktem wyjścia poszukiwań autorów był fakt znany od dawna, że hodowle drobnoustrojów na sztucznych podłożach mogą ułatwiać albo powstrzymywać następczy rozwój innych drobnoustrojów lub nawet tego samego gatunku. Marmorek stwierdził, że paciorkowiec przestaje się rozwijać w przesączu własnej i świeżej hodowli, chociaż przesącz ten dla innych drobnoustrojów może być wcale niezłem podłożem. Analogiczne fakty wielokrotnie stwierdzali różni badacze. Najlepiej obmyślane pod względem technicznym i najwięcej przekonujące są badania Eijkmana, który posługiwał się podłożami stałemi (agar). Autor ten doszedł do wniosku, że hodowle bakterji wytwarzają jakieś substancje hamujące, któremi agar się nasyca. Niektórzy badacze późniejsi zwrócili uwagę, że zwiększanie się kwaśności podłoża jest właśnie tym czynnikiem hamującym. W innym nieco kierunku potoczyły się badania d'Herelle'a, który posługiwał się podłożami płynnemi i to samo zjawisko opisał pod nazwą teorji bakterjofagów. Teorja ta już dzisiaj liczy wielu przeciwników. Chcąc rzecz sprawdzić, autorowie podjęli badania nad dwoinkami zapalenia płuc, posługując się odmianą metody Eijkmana. Z pośród różnych doświadczeń zasługuje na uwagę następujący sposób badania. Agar płynny, posiany dwoinkami, wylewa się na płytkę Petri'ego, Po stężeniu zrasza się powierzchnię agarem roztopionym (80°—90° C.), który spływa, pozostawiając na głębszej hodowli bardzo cienką i jałową warstwę. Po dłuższym lub krótszym czasie na górnej warstwie dokonywa się również posiewu dwoinek. Szczepiąc obie warstwy agaru różnemi odmianami dwoinek, można określić zdolność wytwarzania substancji hamujących, oraz stopień oddziaływania na nie poszczególnych odmian. W innej serji doświadczeń badali autorzy wpływ ciepłoty na owe domniemane ciała i ponowne szczepienia. W ten sposób stwierdzono, że substancje, powstrzymujące dalszy rozwój dwoinek, ulegają zniszczeniu przy 80°—85° C. Swobodny dostęp tlenu zdaje się być koniecznym warunkiem ich wytwarzania. Fakt ten w pewnym stopniu tłomaczy leczniczą wartość tlenu w zapaleniu płuc. Jaka jest istota tych tajemniczych substancji, dotąd niewiadomo. Być może, że są to swojego rodzaju enzymy. Jakkolwiek trudno przesądzać o przyszłym kierunku tych badań, trzeba liczyć się z niemi przy rozstrzyganiu niektórych zagadnień patologicznych i bakterjologicznych, między innemi, przełomu w zapaleniu płuc, oraz przewagi pewnych typów drobnoustrojów w różnych częściach przewodu pokarmowego.

A. Plimmer. **Jakość białka, a jego wartość w odżywianiu.**

Nr. 21.

H. Gauvain. **O zachowawczem leczeniu gruźliczy chirurgicznej.** Autor wychodzi z założenia, że gruźlica chirurgiczna nie jest tylko miejscowem cierpieniem kości, stawów i gruczołów, ale przedewszystkiem wyrazem ogólnego schorzenia ustroju W przeciwieństwie do leczenia doszczętnego, które zmierza do zupełnego usuwania miejscowych ognisk gruźliczych, leczenie zachowawcze polega na wyzyskaniu wszystkich czynników, które mają na celu poprawę stanu ogólnego, zwiększenie odporności w walce z zakażeniem gruźliczem i wygojenie chorego narządu. Należą tu wpływy klimatyczne, higjeniczne, djetetyczne, farmakologiczne, wychowawcze, wreszcie leczenie miejscowe, przeważnie ortopedyczne, liczące się z indywidualnością i psychologją chorego i mające na celu zapobieganie lub poprawę zniekształceń. Oczywiście leczenie zachowawcze nie wyłącza zabiegów chirurgicznych w poszczególnych przypadkach, zwłaszcza u dorosłych. Czasami może być ono konieczne w leczeniu zesztywnień i zniekształceń, powstałych wskutek wadliwego traktowania początkowych okresów choroby. W każdym razie pole właściwej chirurgji zwęża się coraz więcej z wielkim dla chorych pożytkiem. Autor szczególnie podkreśla, że ropnie pochodzenia kostnego nie powinny być nigdy otwierane, gdyż aspiracja najzupełniej wystarcza. W ostatnich latach ważną rolę w leczeniu zachowawczem gruźlicy chirurgizznej grają następujące metody pomocnicze: leczenie słoneczne, balneoterapja, hemoterapja i wakcynoterapja, naświetlanie promieniami Roentgena i elektroterapja. Wszyscy chorzy, nawet po wyzdrowieniu, powinni podlegać stałej i ścisłej obserwacji lekarskiej. Każdy zakład, przeznaczony dla gruźlicy chirurgicznej, o ile ma stać na wysokości zadania, powinien posiadać oddział dla chorych przychodnich, w którym ozdrowieńcy mogliby być okresowo badani i odpowiednio leczeni. Własne spostrzeżenia autora dotyczą 2487 przypadków, leczonych w zakładzie od czasu otwarcia w 1908 r. do 31 stycznia 1921 r. Poprawę dającą możność powrotu do zwykłych warunków życia, spostrzegano w 1931 przypadkach; śmiertelność wynosiła 2.54 %. Główną przyczyną śmierci, występującej przeważnie w gruźlicy kręgów, było zapalenie opon mózgowych (26 przypadków) i posocznica (18 przypadków.)

L Harris. **Wpływ naparstnicy i atropiny na obwodowe ciśnienie krwi.** Jeszcze przed kilku laty sądzono, że naparstnica w dawkach leczniczych zwiększa ciśnienie krwi. Istotnie wpływ ten przejawia się zaraz po zastosowaniu naparstnicy, później jednak następuje obniżenie ciśnienia rozkurczowego, czasami skurczowego, oraz zwiększenie ciśnienia tętna. Obniżenie ciśnienia roskurczowego jest poniekąd zjawiskiem paradoksalnem, ponieważ wskutek zwiększonego rzutu skurczowego serca tętnice w jednostce czasu otrzymują więcej krwi, niż w zwykłych warunkach. Rozważając możliwe przyczyny tego zjawiska, wyłącza autor rozszerzenie tętnic i sądzi, że zachodzi tu zwiększone i przyśpieszone opróżnianie układu tętniczego. Ponieważ poszczególny rzut serca nie równoważy dostatecznie zwiększonego odpływu z tętnic, ogólna ilość krwi w układzie tętniczym w jednostce czasu jest mniejszą. Natomiast serce przy rozpoczynającym się skurczu zawiera więcej krwi, niż przedtem. Przyśpieszenie tętna, spostrzegane w późniejszych okresach działania naparstnicy, powstaje wskutek tego, że ciśnienie wewnątrz-sercowe szybciej niż zwykle, osiąga poziom, dostateczny dla wywołania skurczu.

Co do atropiny, to małe dawki od $^1/_{75}$ do $^1/_{100}$ gr., zamiast porażenia, wywołują podrażnienie nerwu błędnego i zwolnienie tętna. Ciśnienie skurczowe i ciśnienie tętna stają się mniejsze. Pod wpływem dawki większej, $^1/_{50}$ gr., następuje porażenie zakończeń nerwu błędnego i przyśpieszenie tętna, któremu towarzyszy niższe ciśnienie skurczowe i tętna. Okres rozkurczu jest krótszy i serce napełnia się gorzej. Objawy ze strony ciśnienia krwi są wskaźnikiem upośledzonego z powodu atropiny rzutu skurczowego serca.

K. Rozenfeld. (Częstochowa).

Deutsche med. Wochenschrift.

Nr. 40 1921.

Prace poświęcone pamięci Virchowa z okazji 100-letniej rocznicy urodzin:

L. Aschoff. **Rudolf Virchow.**

J. Orth. **Zasługi Virchowa około nauki o gruźlicy.**

C. Kaiserling. **Znaczenie Virchowa dla nauki o nowotworach.**

Bencke. **Znaczenie Virchowa dla higjeny i dobrobytu społecznego.**

G. Mamlock. **Virchow w świetle współczesnych.**

H. Virchow. **Anatomiczne obserwacje na starych, wyleczonych złamaniach kości promieniowych.**

F. Marchard. **Obecny stan nauki o zapaleniu.** Po krótkim historycznym przeglądzie nauki o zapaleniu, począwszy od Celsusa, przedstawia autor najnowsze kierunki badań tego dotychczas niezupełnie wyświetlonego zagadnienia.

A. Bornstein: **Farmakologiczne spostrzeżenia u zdrowych i chorych. Atropina u diabetyków.**

Edward Boecker. **W sprawie rozmieszczania się chininy w ustroju.** Chinina wydziela się nietylko zwykłymi narządami wydzielniczymi, jak nerką, gruczołami ślinowymi i potowymi, lecz gromadzi się też w płucach i daje się wykazać w plwocinie po podaniu pozajelitowem.

A. Blascho i B. G. Gross. **W sprawie rozpoznania wyleczenia rzeżączki u kobiet.**

Seelert. **Wykładanie snów na podstawie psychoanalizy.**

Teodor Kulenkamp: **Z praktyki.**

1. **Samoistna perforacja kamienia żółciowego na zewnątrz.**
2. *Foetus papyraceus.*
3. **Łuszczyca wskutek działania promieni słonecznych.** Pod działaniem promieni słonecznych występowała co lata łuszczyca na częściach ciała nieokrytych i kończyła się ostro granicami wyciętej sukni na karku i na ramionach.

H. Rosin. **O wzmożonem ciśnieniu krwi wedle obecnego stanu wiedzy. II. Część praktyczna.**

G. Ledderhose. **Chirurgiczne wskazówki dla praktyków. Mowa o tamowaniu krwi.**

Hescheles (Lwów).

Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 39.

Hamburger. **O zakażeniu gruźliczem i zachorowaniu na gruźlicę.** Autor przychodzi do wniosku, że zakażenie gruźlicą może nastąpić bezpośrednio z człowieka na człowieka, na odległość, z jakiej się zwykle prowadzi rozmowę, przez wykaszlanie kropelek plwociny. Nietylko u dzieci do 2 lat, ale i u starszych może w następstwie zakażenia rozwinąć się czynna gruźlica.

Kienböck. **O rozpoznawaniu guzów kości i stawów zapomocą promieni Röntgena.**

Maurer. **W sprawie rozpoznawania zniekształcenia, opisanego przez Sprengel'a.**

Kireli. **O łącznem leczeniu kollargolem i peptonem.** Nawiązując do dawniej przeprowadzonych prób leczenia ciałami białkowemi autor starał się zastosować jednocześnie 2 różnorodne substancje, a mianowicie pepton i koloidalne srebro. Pepton stosował podskórnie w rozcieńczeniu 1 : 10, 1 : 100, 1 : 1000, rozpoczynając od najsłabszego i zastrzykując co drugi dzień. Najwyższa dawka wynosiła 2 cm.^{3} rozcieńczenia 1 : 10. Kolargol stosował pod postacią wlewań do odbytnicy 20—30 cm.^{3} 1—2% roztworu. Chorzy znosili to leczenie bardzo dobrze bez zbytnich wahań ciepłoty. Stosowano je w przypadkach ostrego reumatyzmu stawów, zapalenia wsierdzia i niegruźliczego zapalenia opłucny i osierdzia. Autor przytacza kilka przypadków, w których podane wyżej leczenie dało wynik pomyślny.

Lehner Grete. **Przyczynek do rozpoznania różniczkowego pomiędzy jąkaniem pochodzenia psychicznego i zwolnionym biegiem myśli.**

Hesse. **W sprawie pozwoleń lekarskich na zawarcie związku małżeńskiego u kiłowych.** *Wanda Fido* (Lwów).

Münchener Medizinische Wochenschrift.

Nr. 36. 1921.

Kayser Petersen. **Zapalenie mózgu po grypie i nagminne zapalenie mózgu z punktu widzenia historycznego.** Autor podaje wyjątki z piśmiennictwa lat 90-tych, z których wy-

nika, że i w owych czasach w przypadkach nagminnego zapalenia mózgu stwierdzono objawy śpiączki (*Encephalitis lethargica*), nie będące podobnie, jak zjawiska pląsawicze, istotą zachorzenia, lecz tylko jednym z jego licznych objawów. Ówczesne historje chorób podają również influenzę jako chorobę poprzedzającą bezpośrednio zapalenie nagminne mózgu. Spostrzeżenia powyższe, przeprowadzone podczas epidemji grypy w latach 90-tych, nie obalają zatem przypuszczenia, że istnieje łączność między influenzą a nagminem zapaleniem mózgu. Jeśli sięgnąć do doświadczeń z dawniejszych jeszcze epidemji, o czem autor w dalszych doniesieniach zamierza pisać, to zdanie powyższe jeszcze więcej zostanie potwierdzone.

Bergel. **Znaczenie limfocytów ze względu na kiłę i odczyn Wassermanna.** Autor podaje następujący pogląd na znaczenie limfocytów ze względu na kiłę: limfocyty odgrywają wśród środków ochronnych ustroju rolę biologicznych odczynników na substancje tłuszczowate. Krętki kiły zawierają ciała tłuszczowate lub wydzielają jad tłuszczowaty. Antygeny w odczynie Wassermanna posiadają charakter tłuszczowaty. Odczyn miejscowy, wywołany w ustroju przez krętki lub ich jad, polega na skupieniu limfocytów wzgl. komórek plazmatycznych, t. zn. pochodnych limfocytów. Znajdujemy je nietylko w zmianie pierwotnej, lecz również w zmianach kiłowych wszystkich narządów i w każdym okresie (różyczka, guzki, kilaki). Podobnie i przy sztucznem zakażeniu kiłowem królików czy małp powstaje silna reakcja limfocytowa najpierw w miejscu zakażenia, następnie we wszystkich ogniskach chorobowych ciała i wyraźna limfocytoza we krwi. Surowica krwi chorych odznacza się wzmożoną zdolnością rozszczepienia tłuszczów, która zdaje się wzrastać równolegle z powstawaniem niweczników. Lipaza, pochodząca z limfocytów i jako dwuchwytnik działająca, okazuje wobec tłuszczowatego wywoływacza kiły charakter swoisty. Surowica kiłowa posiada według zapatrywań autora, zaczyny o charakterze dwuchwytnika, pochodzące z limfocytów wzgl. gruczołów chłonnych, które oddziaływują swoiście na tłuszczowe antigeny kiłowe, a przy odczynie Wassermanna zostają uczynnione przez dopełniacza i jako takie atakują lipoid kiłowy, który je absorbuje podobnie, jak czyni to lipoid czerwonych ciałek krwi przy hemolizie.

Z pomocą powyższych danych można wytłómaczyć i kliniczne doświadczenia z odczynem Wassermanna. W pierwszych trzech tygodniach po zakażeniu niema wybitnego odczynu chorobowego, odczyn Wassermanna jest ujemny. Skoro się następnie utworzy zmiana pierwotna przymiotowa, przeważnie z limfocytów, Wassermann jest we krwi jeszcze ujemny, mimo obecności krętków tak w ognisku zakażenia, jak we krwi; w surowicy, uzyskanej po podrażnieniu zmiany pierwotnej, znajdujemy jednak często dodatni odczyn. Ujemny Wassermann nie wyklucza zatem obecności krętków, podaje jedynie, że brak w danej chwili swoistych niweczników, rozszczepiających tłuszcze, które pochodzą z limfocytowych ognisk zapalenia; a z drugiej strony dodatni Wassermann jest jedynie wyrazem tego, że utworzyły się niweczniki. Tak więc np. przy kile złośliwej Wassermann jest często ujemny, gdyż brak wspomnianych niweczników wskutek niedostatecznego odczynu limfatycznego ze strony organizmu. Podobnie i w przypadku kiły utajonej mamy odczyn Wassermanna ujemny, jeśli krętki znajdują się w ustroju bez wywołania limfocytowego odczynu w tkankach; z chwilą, gdy gdzieś takie odczyny zostaną wywołane, mamy dodatni Wassermanna. Po wyleczeniu kiły Wassermann staje się ujemny, gdyż przymiot nie pozostawia żadnej odporności, a więc znikają równocześnie z ustąpieniem zapalenia i swoiste amboceptory. Odczyn Wassermanna jest zatem biologicznym wyrazem odczynu zapalnego ze strony limfocytów, a przeciwko lipoidowi kiłowemu. Przy powstawaniu odczynu Wassermanna, który polega na działaniu swoistą lipazą, zużywa się tłuszczowaty antygen, a przy rozszczepianiu tworzą się zdaniem autora kwasy. Odczyn Wassermanna znajdujemy poza kiłą w takich chorobach, których zarazki zawierają lipoid, zapewne podobny do kiłowego, i którę wykazują również limfocytozę odczynową, jak trąd, zimnica, framboezja itd. W dalszem następstwie podanego wytłómaczenia odczynu Wassermanna, należy pod względem rokowania uważać dodatni Wassermanna za objaw korzystny, gdyż wykazuje, iż organizm znalazł dość siły, by wydobyć środki ochronne stojące mu do dyspozycji, w danym wypadku, oddziałać limfocytozą na zakażenie. Odczyn Wassermanna jest bowiem dopiero pośrednio wskaźnikiem zakażenia kiłowego, a przedewszystkiem wyrazem biologicznym tego, że w organiźmie wytworzyły się niweczniki przeciwko wywoływaczom kiły.

Chrysospathes. **Osobliwe skrócenia kości śródstopia i śródręcza.**

Dubs. **O zaniku kości po oparzeniu.** W 7-miu przypadkach znalazł autor po lekkiem oparzeniu (1 do 2 stopnia) bez powikłań (ropienie itp.) zanik kości stopy, polegający na zmianach od nieznacznego wyjaśnienia nasady do wybitnego odwapnienia kości. Chorzy byli po oparzeniu w 3—4 tygodnie znowu zdatni do pracy, a dopiero później, zazwyczaj w 3—4 tygodnie, skarżyli się na bóle w stopie i szybkie zmęczenie. W danym przypadku nie można było stwierdzić bezpośredniej zawisłości zaniku kości od umiejscowienia oparzenia części miękkich. Autor wskazuje na podobieństwo z przypadkami zaniku po odmrożeniu, które opisali Hitschmann i Wachtel. Właściwy powód zaniku nieznany. Autor uważa, że podobnie, jak w przypadkach Hitschmanna i Wachtla, należy zanik ten odnieść do uszkodzenia pierwotnego przez gorąco i wywołane tem zaburzenia odżywcze nerwów. Prawdopodobnie i zaniku kości w przypadkach ciężkiego oparzenia nie można odnieść jedynie do ropienia, lecz i tutaj winno się przyjąć współdziałający moment uszkodzenia przez gorąco, jednak może w tych przypadkach zachodzą już zmiany raczej chemiczno-biologiczne w składzie związków wapniowych kości. Sprawa sama ma wybitne znaczenie w postępowaniu ubezpieczeniowem.

Picard. **Przyczynek do teorji i praktyki leczenia naświetlaniem. »Komora« do naświetlania sztucznem światłem.**

Gade. **Pylica płucna połączona z dychawicą u robotników zajętych przy piłowaniu drzewa.** Autor zestawia 8 przypadków pylicy płucnej z dychawicą na 20 badanych robotników, zajętych w tartaku. We wszystkich przypadkach stwierdził autor nieżyt ciężki oskrzeli jako skutek pylicy drzewnej, połączony z napadami dychawicznymi, które nie ustępowały, gdy chorego usunięto z warsztatu przepełnionego pyłem. Ponieważ w żadnym przypadku nie zachodziła dyspozycja dziedziczna do dychawicy oskrzelowej ani nie było w młodości objawów skazy wysiękowej, a tylko w trzech przypadkach stwierdzono eozynofilję (w jednym do 18%), uważa autor wspomniane napady dychawiczne jako skutek wdychania pyłu drzewnego i przewlekłego nieżytu oskrzeli, który znowu powstał również wskutek wdychania pyłu. W dalszym ciągu uważa autor, że wobec powyższych danych nie można dychawicy oskrzelowej uważać jak dotychczas za cierpienie wybitnie konstytucjonalne, wywołane wnętrzną czysto przyczyną, gdyż może powstać i na skutek wybitnie i jedynie zewnętrznych powodów. Ze względów praktycznych doświadczenia powyższe nakładają obowiązek zastosowania i w przemyśle drzewnym środków ochronnych przeciwko niebezpieczeństwom wdychania pyłu drzewnego (wentylacja, maski, zwilżanie itp.).

Spieth. **Błonica przyranna.** Autor podaje opis przypadku błonicy przyrannej u 16-letniego ucznia szewskiego na przetokach przy przewlekłem zapaleniu szpiku kostnego prawego piszczela. Chory po operacji przychodził do szpitala raz na tydzień do przewinięcia, przyczem po 4 tygodniach zauważono, że ujścia przetok powiększyły się i pokryły brudnym, mazistym nalotem, a w okolicy powstało zaczerwienienie i obrzmienie. Mimo rady, by pozostał w szpitalu, chory ze względów materjalnych musiał odmówić. W 8 dni później przyjęto go jednak do szpitala, gdyż »czuł się źle i nie mógł chodzić«. Przetoki, jak poprzednio, powiększone, pokryte mazistym, miejscami szarym nalotem, okolica w promieniu kilku centymetrów zaczerwieniona, temp. 38,6. Następnego dnia skarżył się chory na ból gardła przy łykaniu, który odczuwał już i poprzedniego dnia, choć w znacznie mniejszym

stopniu. Badanie kliniczne i bakterjologiczne migdałków i przetok wykazało błonicę i prątki Löfflera. Po zastrzyknięciu surowicy błonica gardła miała normalny przebieg bez komplikacji, a i rany na nodze oczyszczały się pod pędzlowaniem jodyną i suchemi opatrunkami. Równocześnie z przyjęciem chorego do szpitala zachorował na błonicę gardła 6-letni syn, w dwa dni potem $1^1/_2$-roczna córeczka, a w tydzień później i służąca rodziny, u której pierwszy chory mieszkał. Przebieg i tu był normalny bez powikłania, jedynie $1^1/_2$-roczna córeczka uległa chorobie wskutek nagłego ustania serca. Tak więc wskutek zbyt późnego rozpoznania przyrannej błonicy przyszło do zakażenia samego chorego jak i 3 innych osób z otoczenia na błonicę gardła. Autor podaje powyższy przypadek jako przyczynek do doświadczeń nad błonicą przyranną i wskazuje na to, że nie tylko w szpitalu, lecz i w praktyce ogólnej należy się obawiać skutków nierozpoznanej błonicy przyrannej, jak poucza przytoczony przypadek.

Noeggerath. **Opukiwanie klatki piersiowej po podwieszeniu.** Przy opukiwaniu klatki piersiowej u dzieci stwierdzić można często przytłumienie, któremu jednakowoż nie odpowiadają przy badaniu Roentgenem żadne zmiany płuc, czy wnęki płucnej. Przytłumienie to spowodowane jest lekkiem bocznem skrzywieniem kręgosłupa. Celem wyrównania tegoż stosuje autor wynaleziony przez siebie zabieg, t. zw. opukiwanie po podwieszeniu. W tym celu staje pomocnik twarzą do twarzy dziecka i lekarza, ujmuje ostrożnie obiema rękami płasko po prawej i lewej stronie głowę dziecka i lekko podnosi je tak, by unosiło się ponad podłogą, wówczas dokładnie można zauważyć, jak skrzywienie się wyrównuje. Przy stosowaniu powyższej metody opukiwanie nie wykazuje już wyżej wspomnianych błędów, i autor oraz jego współpracownicy stosują ją od 2 lat z doskonałym skutkiem. Autor podaje dalej krótko wytłómaczenie powodów przytłumienia wskutek skrzywienia kręgosłupa oraz praw fizykalnych tegoż.

Clemens. **Uproszczona metoda aspiracyjna, połączona z sączkowaniem jamy opłucnowej.**

Kaufmann. **Połączenie sztuczne żołądka z jelitem czy wycięcie przy wrzodzie żołądka okrągłym.** Z 20 operowanych w r. 1920 przypadków w 11 zastosował autor połączenie sztuczne żołądka z jelitem (*gastroenterostomia*), a w 7 wycięcie. Z pierwszych 2 umarło na zapalenie płuc, 5 opuściło zakład zupełnie wyleczonych, a 3 wykazały po pewnym czasie nawrót; z przypadków z wycięciem żadnego autor nie stracił. Na podstawie tak nikłej liczby przypadków rozstrzyga autor stawione u początku pytanie na korzyść wycięcia.

Piechowski (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Choroby wewnętrzne.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie. Tom 33. Zeszyt 3.

Karol Pichler. **Ustawienie palców przy zastarzałych sprawach stawowych, a ręka ciężko pracujących Wilhelma Braune'go.** Autor opisuje zmiany w ustawieniu palców ręki u ludzi ciężko pracujących fizycznie, które już w roku 1887 opisał anatom Wilhelm Braune, a przy których może nie być cierpień stawowych.

Erwin Becher. **Dlaczego płuco ma też działanie podtrzymujące ścianę klatki piersiowej niezależnie od wywieranego na nią ciągu.** Autor omawia pracę Drachtera i wyjaśnia, że płuco ma działanie wzmacniające ścianę klatki piersiowej wskutek ciągu, wywieranego na poszczególne odcinki klatki.

Wilhelm Gundermann. **O zatorze powietrznym.** Autor nawiązując do poprzedniej pracy swej, w której wyjaśniał powstawanie t. zw. »bruit de moulin«, omawia drogi, któremi może się dostać powietrze do serca. Są to żyły międzyżebrowe, oskrzelowe, płucne oraz żyły zewnątrz klatki piersiowej leżące. Zator powietrzny prawego płuca spowodować mogą żyły międzyżebrowe, oraz poza klatką piersiową zator lewego serca żyły płucne; oskrzelowe zaś żyły mogą mieć znaczenie tak w pierwszym, jak i w drugim przypadku.

Autor dokonał szeregu eksperymentów na psach celem przestudjowania objawów zatoru powietrznego lewego serca. Dokonał 7 doświadczeń, wpuszczając od 100 do 1 ctm powietrza do żyły płucnej; zator powietrzny lewego serca jest znacznie groźniejszy, niż prawego; małe ilości powietrza już powodują zejście śmiertelne. Autor stwierdził ustawanie czynności serca wcześniej, niż wstrzymanie oddechu, tak, że śmierć następowała wcześniej, niż zator w naczyniach mózgowych. Znajdował stale zatory powietrzne w tętnicach wieńcowych, a dwa razy i w żyłach wieńcowych oraz raz też w żyle nerkowej, pozatem w tętnicach tak mózgowia, jak i innych narządów. Nie spotkał ani razu powietrza w prawem sercu i tętnicach płucnych. Omawia dawniejsze doświadczenia Richtera na koniach, który uważa płuco jako naturalną ochronę przed powietrzem, które dostało się do żył. Nieprawdopodobne jest, by powietrze mogło się przedostać z prawego serca do lewego, gdyż część jego znika, łącząc się z krwią żylną, reszta zaś wydziela się wraz z bezwodnikiem węglowym w płucach. Omawia prace autorów, którzy zajmowali się sprawą nieszczelności płuca przy zwiększeniu ciśnienia wewnętrznego; nabłonek pęcherzyków oraz śródbłonek naczyń włosowatych stać się może przepuszczalnym dla powietrza, zależnie od panującego ciśnienia. Wykazały to prace Ewalda i Koberta, którym się udało wykazać powietrze w lewem sercu przy zwiększonem stałem ciśnieniu wewnątrzpłucnem. Jeszcze prędzej jednak niż we krwi można wówczas wykazać powietrze w jamie opłucnej. Przy operacjach płucnych pod zwiększonem ciśnieniem nie możemy stwierdzić tego, gdyż jama opłucna jest wówczas otwartą; zresztą czas potrzebny do wykazania powietrza we krwi wynosi u zwierząt od 1 do 5 godzin, podczas gdy operacje płucne nigdy tak długo nie trwają.

Autor omawia dalej powstawanie »bruit de moulin«, który to szmer jest charakterystyczny dla zatoru powietrznego prawego serca. Przypadki zejścia śmiertelnego przy operacjach płucnych tłómaczy autor zatorem powietrznym, nie zaś odruchem opłucnej. Toż samo nastąpić może przy zwykłem nakłuciu klatki piersiowej lub przy stosowaniu odmy, gdyż żyły płucne, dosyć grube, znajdują się już na głębokości 1—2 cm od powierzchni płuca. Omawia dalej pracę Kleinschmidta, który badał, jak duża ilość powietrza może być wciągnięta przy wdechu przez żyłę otwartą (15 ccm u psa); omawia analogje istniejące pod tym względem między człowiekiem a zwierzętami. Niebezpieczeństwu zatoru prawego serca można zapobiegać zmianą położenia, przeciwko zatorowi lewego serca nic uczynić nie jesteśmy w stanie, prócz podtrzymywania samej czynności serca.

N. Wołkowicz (z Kijowa). **Przyczynek do objawu mięśniowego przy przewlekłem zapaleniu wyrostka robaczkowego.** O ile przy ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego mamy zwiększenie napięcia mięśni brzucha, o tyle w przypadkach zapalenia przewlekłego oraz w czasie międzynapadowym mamy zwiotczenie ścianki brzusznej, większe po stronie prawej; jednocześnie mamy do czynienia z wyraźnem zmniejszeniem objętości mięśni. Można to skonstatować przy pomocy obmacywania. Mięśnie po stronie chorej są też mniej sprężyste, jak gdyby więcej włókniste; można stwierdzić w pewnym stopniu objawy zanikowe. Badania dokonywane przy pomocy tonometru Exnera i Tandlera nie dały wyników zadowalających. Autor omawia dalej boczne skrzywienie kręgosłupa, scoliosis habitualis, jako objaw przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego zwłaszcza u dzieci.

K. Behne i K. Lieber. **O niebezpieczeństwach przetaczania krwi ludzkiej wskutek działania izoaglutynin i izolizyn oraz o możliwości zapobieżenia temu działaniu.** Autorzy omawiają nowsze piśmiennictwo, odnoszące się do przetaczania krwi; zwracają uwagę, że zapał początkowy przy stosowaniu wlewań rozczynu fizjologicznego soli z dodatkiem adrenaliny i ewentualnie digalenu też minął. Niektórzy klinicyści, n. p. Opitz, uważają nawet ten ostatni zabieg za wręcz szkodliwy, gdyż poprawa jest tylko krótkotrwała, jak i zwiększenie ciśnienia, ponieważ Na Cl szybko z naczyń do tkanek przechodzi. Anastomoza naczyniowa jest zabiegiem trudnym; wlewanie zaś krwi z dodatkiem 1% cytrynianu sodu powodować może bardzo poważne zaburzenia. Autor omawia dwa przypadki z kliniki położniczej Opitza we Fryburgu, z któ-

rych jeden skończył się zejściem śmiertelnem. W obu przypadkach wystąpiło wkrótce po przetoczeniu krwi drżenie, niepokój, brak tchu, kaszel, temperatura wysoka, wreszcie zapaść z nikłem tętnem, wymiotami i hemoglobinurją w jednym przypadku, a zmianami, wykazującemi obecność substancji białkowej w kanalikach nerkowych (na autopsji), drugiego przypadku. W obu przypadkach miało się do czynienia z gwałtownym rozpadem czerwonych ciałek krwi. Autorzy omawiają dalej działanie heterolyzin i heteroaglutynin oraz izolyzin i izoaglutynin w ustroju. Podkreślają, że przypadki zejścia przy przetaczaniu, np. też przy niedokrwistości złośliwej Biermera, są wywołane działaniem izolyzin, podczas gdy objawy aglutynacyjne mniej dobitnie się manifestują. Omawiają dalej prace Kusama i Ficka; zastanawiają się nad możliwością aglutynacji erytrocytów w płynącej krwi. Przychodzą do przekonania o słuszności twierdzenia Bordeta, że aglutynacja jest krokiem wstępnym do hemolizy; wreszcie na zasadzie serji doświadczeń przychodzą do wniosku konieczności przeprowadzenia próby aglutynacyjnej przed zastosowaniem przetaczania krwi, gdyż i stosowanie t. zw. próby bjologicznej, polegającej na obserwacji stanu chorego po przetoczeniu próbnem 20 ccm krwi do żyły jest i szkodliwe i niewystarczające.

Autorzy proponują następującą drogę postępowania, przyczem badanie nie trwa dłużej niż $1\frac{1}{2}$ godziny: Choremu oraz kilku osobom zdrowym biorą 5 ccm krwi; z każdej próbki 3 ccm wydzielają celem otrzymania surowicy, resztę zaś należy odwłóknić i następnie zastąpić surowicę płynem fizjologicznym soli. Sporządzamy z każdej krwi 5% zawiesinę czerwonych ciałek w rozczynie solnym, a z surowic też rozcieńczenia 1:10. Samo badanie na aglutynację przedstawia się następująco: 0,2 ccm 5% zawiesiny krwinek chorego łączymy z 0,2 surowicy normalnego człowieka (bez rozcieńczenia i w rozcieńczeniu 1:10) oraz naodwrót 0,2 ccm surowicy (nierozcieńczonej i w rozcieńczeniu 1:10) chorego mieszamy z 0,2 ccm 5% zawiesiny krwinek normalnych po dokładnem zmieszaniu zawartości probówek, 1 godzina w termostacie przy 37°, poczem odczytywanie. Dla kontroli robimy dwie próby: 0,2 ccm 5% zawiesiny krwinek chorego z 0,2 ccm rozczynu NaCl i 0,2 ccm 5% zawiesiny krwinek normalnego człowieka z 0,2 ccm NaCl. Samoistna aglutynacja zdarza się, lecz bardzo rzadko, o ile rozczyn soli jest przygotowany bez zarzutu. Aglutynacja uwidacznia się tem, że pojawiają się złogi zbitych krwinek w jasnym płynie; jednolicie czerwony kolor wykazuje brak takowej. Ciała aglutynujące występują rzadziej we krwi osób spokrewnionych z chorą osobą. Autorzy uważają, że zabiegu tak poważnego, jak przetaczania krwi, bez tej próby dokonywać nie należy.

Hans Knorr. **O wstrząsie** (ze specjalnem uwzględnieniem teorji Crile'go). Autor omawia szczegółowo piśmiennictwo przedmiotu. Quénu twierdził, że wstrząs jest wywołany działaniem trucizn, powstałych wskutek rozpadu białka i tłuszczu, odróżniał też wtórny wstrząs na początku zakażenia od wstrząsu bezpośredniego z objawami nerwowymi.

Dale przeprowadzał badania nad rozszerzaniem się naczyń włosowatych i przepuszczalnością ich ścianki po wstrzyknięciu histaminy — objawy jak przy wstrząsie. Autor omawia dalej prace Rogera, Fischera, Höbera, który drażnił otrzewnę środkami chemicznemi i termicznemi, by wywołać wstrząs. Thannhauser zwracał uwagę, że objawy przy wstrząsie nie są dokładnie odgraniczone od objawów przy zapadzie i próbował przeprowadzić linję graniczną. Zatrzymuje się autor szczegółowo nad pracami Crile'go i Dolley'a, którzy wykazali zmiany typowe w komórkach zwojowych zwierząt silnie zmęczonych i wystraszonych. Crile zbudował teorję »kinetyczną« wstrząsu i zastosował swe wyniki do praktyki chirurgicznej; twierdzi on, że podczas operowania mamy do czynienia z wstrząsem, potęgowanym tylko przez stosowanie chloroformu i eteru bez względu na to, że podrażnienia nie dochodzą do świadomości. Pewna ilość śmiertelnych wyników pooperacyjnych jest tem uwarunkowana. Proponował on reformę w sposobie operowania t. zw. *„shockless operation"* — znieczulenie miejscowe nowokainą, gaz rozweselający do narkozy, psychiczne przygotowanie, by chory nie mógł zauważyć momentu rozpoczęcia zabiegu, wreszcie na godzinę przed operacją skopolaminę z morfiną. Amerykańscy chirurdzy np. Moynihan uznali teorje Crile'go za wielkie odkrycie naukowe o doniosłem znaczeniu praktycznem. Autor dokonał szeregu badań eksperymentalnych celem stwierdzenia zmian w komórkach zwojowych przy wstrząsie i zmęczeniu. Badał komórki Purkinjego w móżdżku, stosując podział tych komórek analogiczny do podziału Nissl'a; omawia zmiany t. zw. *apyknomorfję*, *para-* i *pyknomorfję* tych komórek oraz t. zw. *chromofilję*. Zmian przy wstrząsie autor nie skonstatował, za to zmiany przy zmęczeniu, analogiczne do zmian opisanych przez Nissla.

Antoni Stefanowski (Warszawa).

Choroby oczne.

Revue générale d'ophtalmologie.
5. maj 1921.

M. Amsler, (Lozanna). **O keratoskopji.** Autor przypomina zalety keratoskopu Placida, który niesłusznie w wielu klinikach wychodzi z użycia. Keratoskop ten przy pewnej wprawie pozwala rozpoznać astygmatyzm prawidłowy nawet 1—1, 50; w wielu przypadkach, jak n. p. u dzieci bojaźliwych, małointeligentnych, przy amblyopji, przy środkowym ubytku pola widzenia *(scotoma centrale)*, jest o wiele praktyczniejszy, niż oftalmometr Javala, jest wreszcie wprost niezastąpiony w przypadkach astygmatyzmu nieprawidłowego. Przy pomocy keratoskopu możemy też wykryć najmniejsze nawet uszkodzenia nabłonka rogówkowego, jak również zmiany na powierzchni rogówki przy takich schorzeniach, jak miąższowe zapalenie rogówki i ostra jaskra.

6. czerwiec 1921.

Dr. Hairi. (Klinika okulistyczna w Genewie). **O różnych postaciach widzenia podwójnego.** Wszystkie nasze kliniczne metody badania widzenia podwójnego są niewystarczające i nie pozwalają odrazu ściśle określić, jakie mięśnie są porażone Przyjęto, że istnieje 6 klasycznych postaci widzenia podwójnego, w rzeczywistości jednak, analizując dokładnie czynności poszczególnych mięśni i przyjmując, że porażenia różnych mięśni mogą kombinować się ze sobą, jak również z zezem czynnościowym ukrytym lub jawnym, dochodzimy do przekonania, że postaci tych jest o wiele więcej. Autor, przytaczając wszelkie możliwe kombinacje porażeń mięśni ocznych, podaje 44 rodzaje widzenia podwójnego.

7. lipiec 1921.

K. Karelus. (Klinika okulistyczna w Krakowie). **O wartości leczniczej sklerotomji krzyżowej Wicherkiewicza w przypadkach jaskry przewlekłej.**

H. Hairi. (Klinika okulistyczna w Genewie). **Wziernikowanie bez wziernika.** Autor przedstawia korzyści lampy »Sclera« profesora Lange'a, która bez użycia wziernika pozwala każdemu nawet początkującemu, zobaczyć dno oka z wszystkiemi jego szczegółami. Przy badaniu dna oka w obrazie prostym umieszcza się lampę w ten sposób, że jej zagięty koniec znajduje się w odległości 1 cm. od powierzchni rogówki i promień światła przez dolną część rozszerzonej źrenicy dostaje się w głąb oka. Przy badaniu w obrazie odwróconym między okiem badającego, a lampą, umieszcza się soczewkę wypukłą.

8 sierpień 1921,

D. Gourfein. (Klinika okulistyczna w Genewie). **Operacja zaćmy wtórnej i nowe narzędzie do jej wykonania.** Autor podaje opis i rysunek narzędzia, które zamknięte przypomina igłę Bowmana, otwarte zaś igłę lancetowatą Stillinga. Igłę tę zamkniętą wprowadza się do przedniej komory, następnie przy ucisku na sprężynkę, znajdującą się w rękojeści, igła się otwiera i przecina z łatwością bez uszkodzenia tęczówki najbardziej nawet zgrubiałą i oporną zaćmę wtórną. Po dostatecznem przecięciu zaćmy wyprowadza się igłę zamkniętą z przedniej komory.

Gourfein-Welt, Redaille. (Genewa). **Niedowidzenie połowicze w kwadrancie górnym. Badanie kliniczne i anatomiczne.** Chora 54 letnia zgłasza się 19. listopada 1919 r. podając, iż dnia poprzedniego nagle zaczęła gorzej widzieć. Badanie kliniczne: Dno oka obustronnie prawidłowe. Badanie pola widzenia:

Hemianopsia homonyma dextra, w kwadrancie górnym z zachowaniem widzenia centralnego jak również w południkach poziomym i prostopadłym. Badanie ogólne nic nie wykrywa. Próba Wassermanna we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemna. Dnia 9. stycznia 1920 r. porażenie połowicze prawostronne. Dnia 12. lutego 1920, pole widzenia bez zmian. Dnia 25. marca 1920 r. chora zmarła. Badanie anatomo-patologiczne: „W lewej półkuli mózgu cztery ogniska rozmiękknienia w przebiegu tętnicy mózgowej tylnej i jej rozgałęzień, zmiany w ścianach tychże naczyń. Rozpoznanie: Przewlekłe zapalenie opon podstawy mózgu, prawdopodobnie przyrody kiłowej. Cztery ogniska rozmiękknienia są rozmieszczone w sposób następujący: Ognisko pierwsze, którego obraz anatomiczny wskazuje, że jest najstarsze, zajmuje częściowo ośrodek korowy wzroku, a mianowicie brzeg dolny szczeliny ostrogowej. Ognisko to było przyczyną niedowidzenia połowiczego. Ognisko drugie, zajmujące tylną część torebki wewnętrznej i niszczące włókna wzrokowe i włókna ruchowe, spowodowało porażenie połowicze. Ognisko trzecie zajmuje częściowo ciałko kolankowate zewnętrzne, ognisko czwarte niszczy częściowo pasmo wzrokowe. Ogniska drugie, trzecie i czwarte są późniejsze. Fakt, że ogniska w torebce wewnętrznej i w ciałku kolankowatem nie wpłynęły na zmianę charakteru niedowidzenia połowiczego, tłómaczy się tem, że w torebce wewnętrznej pozostał mostek istoty białej, łączący ciałko kolankowate zewnętrzne, z górnym nieuszkodzonym brzegiem szczeliny ostrogowej i że część samego ciałka kolankowatego pozostała nienaruszona. Przypadek ten, bardzo pouczający, upoważnia do następujących wniosków:

1) *Hemianopsia homonyma dextra* w kwadrancie górnym, spowodowana zniszczeniem dolnego brzegu szczeliny ostrogowej, dowodzi, że dolnej części siatkówki odpowiada w mózgu ów zniszczony dolny brzeg.

2) Zachowanie widzenia w południkach poziomym i prostopadłym dowodzi, że południki te otrzymują podwójne unerwienie (unerwienie przez oba płaty potyliczne dla południka prostopadłego, przez oba brzegi szczeliny ostrogowej dla południka poziomego).

3) Nieuszkodzenie tylnej części szczeliny ostrogowej przemawia za teorją, według której okolicy plamki żółtej odpowiada w mózgu tylna część szczeliny, a nie przednia. zniszczona, jak to twierdził Henschen.

Sauvineau (Paryż). **Ośrodki ponad-jądrowe i drżenie gałek ocznych.** Autor przytaczając ściśle fakty i daty stwierdza, że on pierwszy, nie zaś Parnaud, już w roku 1892 wskazał w tezie swej «*sur les ophtalmoplegies*« na istnienie ośrodków ponad-jądrowych skojarzonych ruchów mięśni ocznych. Parnaud, poraz pierwszy dopiero m r. 1900 na zebraniu »*Societé de neurologie*« oświadczył się za istnieniem ośrodków ponad-jądrowych, a mianowicie w istocie szarej, w ścianach trzeciej i czwartej komory i w okolicy ciał czworaczych, powtarzając tylko to, co Sauvineau już w r. 1892 dowiódł w swej tezie.

9 wrzesień. 1921.

Gourfein-Welt. (Klinika okulistyczna w Genewie). **Zapalenie siatkówki w następstwie zapalenia kości sitowej.** Kobieta 40-letnia, leczona od pewnego czasu na cierpienie nosa, zauważyła, że od sześciu tygodni po jednem posiedzeniu nadzwyczaj bolesnem, zaczęła znacznie gorzej widzieć na oko lewe. Badanie kliniczne dnia 6 grudnia 1920 r.: lekkie wysadzenie lewego oka, gałka zwrócona na zewnątrz, ból przy ucisku w kącie wewnętrznym oczodołu; chora liczy palce na 1 m.; *scotoma centrale*. Badanie dna oka: Jedno ognisko zapalne w okolicy plamki żółtej, drugie na zewnątrz od niego, gałązka skroniowa dolna środkowej żyły siatkówki rozszerzona, liczne wybroczyny, brodawka nerwu wzrokowego bez zmian. Badanie rynologiczne: Polipy w zatoce sitowej z obu stron, zapalenie ropne zatoki sitowej lewej. Leczenie: wycięcie polipów, oczyszczenie zatok sitowych. Dnia 4 stycznia bystrość wzroku 1|10. Dnia 6 marca bystrość wzroku 1|6, środkowy ubytek pola widzenia znikł, natomiast pojawia się ubytek przyśrodkowy (*scotoma paracentrale*) od strony nosowej. Ognisko w plamce żółtej znacznie mniejsze, ognisko zaś położone zewnątrz od niego powiększyło się. Przytoczony przypadek zapalenia siatkówki jest bez wątpienia następstwem ropnego zapalenia zatoki sitowej, czego dowodem wysadzenie lewej gałki, ból przy ucisku wewnętrznego kąta oka, wreszcie natychmiastowa poprawa bystrości wzroku po zastosowaniu odpowiedniego leczenia zapalenia zatoki sitowej. Zajęcie oczodołu mogło nastąpić albo wskutek przedziurawienia blaszki papierowatej, albo wreszcie drogą żylną wskutek połączeń, jakie istnieją pomiędzy żyłami sitowemi i żyłami wzrokowemi. Co się zaś tyczy zapalenia siatkówki, trudniej jest określić ściśle, jaką drogą zakażenie dosięgło okolicy plamki żółtej, nie uszkadzając nerwu wzrokowego i jego brodawki. Być może, że chodziło tu o zator wsteczny (*embolia retrograda*) z punktem wyjścia z zapalenia żyły sitowej, ze względu na połączenia między żyłami sitowemi, wzrokowemi i środkową żyłą siatkówki. Dr. *Jadwiga Trószyńska.* (Kraków).

Choroby skórne i weneryczne.

Dermatologische Wochenschrift.

Tom 73. Nr. 35.

Oelze. **O sposobach badania w ciemnem polu widzenia.**

Bergmann. **Przypadek moczówki zwyczajnej na tle kiłowem.** Po przeprowadzeniu leczenia swoistego, nastąpiło wygojenie wrzodu pierwotnego, pojawiła się moczówka zwyczajna, która ustąpiła pod wpływem jodu i rtęci. Autor uważa w opisanym przypadku moczówkę za jedyny objaw kiły wtórnej.

Weber i Hillenberg. **Salvarsanian srebrowy i neosarvarsanian srebrowy.** Autorowie wstrzykiwali salvarsan srebrowy w 56 przypadkach (462 wstrzykiwań), a salvarsan neosrebrowy w 45 przypadkach (400 wstrzykiwań). Ujemny odczyn Wassermanna uzyskali po 3 g. salvarsanu srebrowego a 1,1—2,4 g. salvarsanu neosrebrowego. Salvarsan neosrebrowy łatwiej prowadzi do celu, do zaniku wykwitów kiłowych i wyniku ujemnego odczynu Wassermanna, wywołuje objawy osutki, żółtaczkę i objawy angioneurotyczne i dlatego nie nadaje się jeszcze do praktyki prywatnej.

Rózsavölgyi. **Leczenie „*trichophytia profunda*“ hodowlą grzybka strzygącego.** Autor stosował w 100 przypadkach roztwory stężonej hodowli grzybka strzygącego z fabryki Höchst i Dra Papaia, wstrzykując 4—5 razy dziennie po 0,10 cm^3 wśródskórnie przez 3 tygodnie z dodatnim wynikiem.

E. Delbanco. **Sprawozdanie z II. kongresu niemieckiego towarzystwa dermatologicznego w Hamburgu.**

Nr. 36.

Kumer. **Przyczynek w sprawie rumienia arsenowego.** W dwóch przypadkach występuje rumień na dłoniach pod wpływem *sol. arsenic. Fowleri.* W jednym przypadku występował rumień pod wpływem *Sol. Fowleri*, a nie występował pod wpływem *pil. asiaticae.* Nie była to tedy idjosynkrazja wobec arsenu, tylko nieznoszenie pewnego przetworu arsenowego.

Sato. **Leukoderma przy parałuszczycy.** Opis leukoderma w przypadku *parapsoriasis Brocq* wzgl. *Pityriasis lichenoides chronica.* Rozpoznanie wahało się między kiłą a parałuszczycą. Wywiady jednak, przebieg kliniczny, ujemny Wassermann, bezskuteczność leczenia kiłowego ustaliło rozpoznanie.

Wagner. **Istota znamienia niedokrewnego** *(naevus anaemicus).* Autor dopatruje się przyczyny tego schorzenia w zaburzeniu nerwów naczyniowych.

Buschke-Freymann. **Dalszy przyczynek w sprawie rumienia po salwarsanie.**

Autorzy opisują trzeci przypadek rumienia, wywołany przez salvarsan a przypominający swym wyglądem liszaj płaski czerwony (*Lichen ruber planus*). Przeciwko rozpoznaniu prawdziwego liszaja przemawia obraz histologiczny i szybki zanik rumienia po przerwaniu leczenia.

P. Unna (młodszy). **II. Kongres niemieckiego towarzystwa dermatologicznego w Hamburgu.** Do krótkiego referatu się nie nadaje. *Mierzecki* (Lwów)

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo francuskie.

(za październik 1921 — zupełne. C. d.)

Oliver (Georges). — Études sur la Pression du sang. Traduction française sur la 3-e édition française. Préface du prof. E. Gley In-8 (25×16·5), 160 p avec. fig. 40 fr.

Richet (Charles) et Ch. **Richet fils** — Traité de Physiologie médico-chirurgicale 2 vol. gr. In-8 (16,5×25,5), 1500 p. avec fig. 75 fr.

Schrumpf et Pierron. — Diagnostic cardiologi qu e. In-8 (47×25) 310 p., 332 fig. 24 fr.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Ceny w markach niemieckich.

Ischirsel A. Handbuch d. Pharmakognosie. Bd. 3. Lfg. 2. (S. 65-128 mit Fig. 1 Taf.) Leipzig 1921 4°. 10·—.

Tuberkulose Bibliotek. Die Lungentuberculose im Röntgenbilde v. Lydia Rabinowitsch.

Ulrici Helmuth. Kritische Wertung d. Friedmann-Mittels. Mit 5 [3] farb Taf. Leipzig 1921 (46 str.) 16·— Mk.

Umnus Otto. Künstliche Höhensonne u. ihre Heilwirkung. Berlin 1921 (32 str. 1 Taf.) 8°. 5·— Mk

Verhandlungen d. Aerztlichen Gesellschaft f. Mechanotherapie. Berlin 1921 (VIII. 84 str. 1 Titelb.) 8° 15·— Mk.

Veröffentlichungen d. Balneologischen Gesellschaft in Berlin 1921 (XVI. 200 str.) 8°. 30·— Mk.

Veröffentlichungen aus d. Gebiete d Medizinalverwaltung. Bd. 13. H. 5. Gesundheit u. Gewerbliche Arbeit.

Wächter Wilhelm. Vademecum f. Sammler v. Arznei u. Gewürzpflanzen. Leipzig 1921 (75 stron) kl. 8°. 5· — Mk.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXI. Posiedzenie naukowe z dnia 9 listopada 1921 r.

Przewodniczący kol. Rosner wita jako gościa kol. Rydera, lekarza powiatowego z Będzina. Członków obecnych 72.

1. Poddano pod głosowanie wniosek Zarządu, aby p. Curie Skłodowską mianować członkiem honorowym Towarzystwa lekarskiego Krakowskiego. Wniosek jednomyślnie przyjęto.

2. Kol Piltz wygłosił odczyt pt. **O stanach psychopatologicznych, występujących w życiu jednostkowem i takich, które powtarzają się przez szereg pokoleń.**

(Streszczenie własne).

Prelegent przedkłada próbę biologicznej klasyfikacji psychjatrycznej, a mianowicie dzieli wszystkie stany psychopatologiczne na takie, które pod wpływem czynników chorobotwórczych występują w czasie życia jednostkowego i takie, które powtarzają się przez szereg pokoleń. Do pierwszej kategorji zalicza prelegent np. psychozy zakaźne, opilcze i kiłowe, a do drugiej psychopatje konstytucjonalne i psychozy maniakalno-depresyjne.

W związku z tą klasyfikacją podnosi prelegent co następuje:

1. Biologiczna klasyfikacja psychjatryczna wydaje się już dzisiaj dostatecznie uzasadniona, a jest dla celów dydaktycznych niezmiernie pożyteczna.

2. Punktem wyjścia dla proponowanej biologicznej klasyfikacji jest z jednej strony czynnik etjologiczny, wywołujący stany psychopatologiczne, a z drugiej czas ich występowania w życiu jednostkowem i ich przebieg w życiu jednostkowem i rodowem.

3. W sprawie badań nad działaniem szkodliwych czynników zewnętrznych klasyfikacja biologiczna pobudza do pamiętania o tem, że najróżnorodniejsze szkodliwe czynniki wywierać mogą swój wpływ albo bezpośrednio na jedno pokolenie lub też przez kilka pokoleń z rzędu np. gdy i dziadek i ojciec i syn byli przed ślubem alkoholikami albo pośrednio np. w ten sposób, że szkodliwy wpływ tych czynników może się ujawnić np. w życiu jednostkowem, dopiero po upływie pewnego czasu, a z drugiej strony w życiu rodowem albo tylko w jednem pokoleniu albo w kilku następnych generacjach.

4. Biologiczna klasyfikacja psychjatryczna uwzględnia to, 1) że istnieją takie choroby psychiczne, które są niejako bezpośrednim wynikiem działania pewnych szkodliwych czynników na jednostkę i występują i ustępują w jej życiu indywidualnem, 2) że czasami zewnętrzne czynniki szkodliwe tylko osłabiają układ nerwowy, stwarzając usposobienie osobnicze do chorób psychicznych i 3) że wpływ szkodliwych czynników zewnętrznych może nieraz sięgać tak głęboko, w szczególności jeżeli działanie ich na plazmę zarodkową powtarza się przez kilka pokoleń (np. gdy i dziadek, i ojciec i syn byli alkoholikami przed ślubem), że ostatecznie prowadzi do trwałych patologicznych zmian plazmy zarodkowej, które to zmiany powtarzają się już potem przez szereg pokoleń albo w postaci pewnego usposobienia do chorób psychicznych, charakteryzującego się m. i. zwiększoną ogólną wrażliwością układu nerwowego i zmniejszoną jego odpornością, albo też w postaci rodowych stanów psychopatologicznych czyli dziedzicznych.

5. Usposobienie do chorób psychicznych może powstać albo w życiu jednostkowem np., pod wpływem ciężkich chorób ogólnych i istnieć tylko przez pewien okres życia jednostkowego lub już do końca życia, albo być objawem wrodzonym, lecz niekoniecznie przechodzącym na następne pokolenia, albo też przenosić się z pokolenia na pokolenie. W pierwszych dwóch przypadkach jest to usposobienie osobnicze czyli jednostkowe, a w trzecim usposobieniu rodowe.

6. Wszystkie stany psychopatologiczne, występujące w życiu indywidualnem, nazywamy osobniczem czyli jednostkowem, lecz nie przenoszące się jako takie na następne pokolenia, nazywamy chorobam osobniczemi. Przykład: choroby zakaźne.

Wszystkie zaburzenia psychiczne, psychozy i anomalje psychiczne, które powtarzają się przez szereg pokoleń, nazywamy chorobami rodowemi. Przykłady: 1) psychopatje konstytucjonalne, które są niejako dalszym ciągiem czy przedłużeniem anormalnego charakteru przodków poprzez kilka pokoleń; 2) psychozy maniakalno depresyjne, następujące w postaci przemijających stanów psychopatologicznych, również powtarzających się peijodycznie przez kilka pokoleń.

7. Biologiczna klasyfikacja psychjatryczna (którą się prelegent posługuje już od szeregu lat) ma jeszcze i tę dobrą stronę, że jest krótka i jasna i że pozwala ogarnąć już teraz prawie wszystkie stany psychopatologiczne z jednego, a mianowicie biologicznego punktu widzenia i wreszcie, że w każdym poszczególnym przypadku pobudzać będzie zawsze do zastanowienia się nad czynnikiem etjologicznym spostrzeganego stanu psychopatologicznego i nad przebiegiem tego stanu w życiu jednostkowem i w życiu rodowem i nad jego znaczeniem zarówno dla zdrowia danej jednostki, jak i dla zdrowia jej potomstwa.

W dyskusji kol. Kostanecki zaznacza, iż w klasyfikacji podanej przez prelegenta nie odczuł pierwiastka biologicznego Ze stanowiska biologa musi żądać ściślejszego rozgraniczenia pomiędzy czynnikami czysto zewnętrznemi, a wewnętrznemi. Mówca stwierdza, że pojęcia ontogeneza i fylogeneza zostały nieodpowiednio przez Forela użyte w zastosowaniu do chorób umysłowych, proponuje zamiast nich *„emphytiogenesis“* przy stanach dotyczących pokoleń i *„emmonogenesis“* przy stanach dotyczących jednostek.

W odpowiedzi kol. Piltz zaznacza że zdaniem jego przedłożona klasyfikacja, nie opierająca się ani na podstawach anatomicznych, ani też na podstawach psychologicznych, natomiast stojąca w ścisłym związku z życiem jednostkowem i rodowem i uwzględniająca, przy powstawaniu zaburzeń psychicznych, z jednej strony znaczenie i wpływ czynników chorobotwórczych na plazmę zarodkową, na płód w czasie życia płodowego i na indywiduum w czasie rozwoju ontogenetycznego i wogóle w czasie całego jego życia jednostkowego, a z drugiej strony uwzględniająca przy powstawaniu rodowych stanów psychopatologicznych czynnik dziedziczności, jest klasyfikacją biologiczną. Co do propozycji prof. Kostaneckiego, ażeby stany lub sprawy psychopatologiczne, występujące w życiu jednostkowem, nazywać emmonogenetycznemi, a powtarzające się nieraz przez kilka pokoleń, emphytlogenetycznemi, to prelegent uważa ją za praktyczną i możliwą do przyjęcia, oczywiście, o ile tylko jest ona etymologicznie uzasadniona. (Streszczenie własne). *Szancenbach*, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXVI. Posiedzenie naukowe z dnia 4 listopada 1921 r.

Przewodniczy: kol Nowicki. Obecnych 64.

Przed porządkiem obrad kol. Nowicki zawiadamia, że w połowie listopada odbędzie się w Krakowie konferencja w sprawie zjednoczenia tygodniowych pism lekarskich polskich.

1. Kol. Sołowij przedstawia drugi z rzędu przypadek pomyślnie wykonanej plastyki pochwy przy pomocy wyosobnionej części jelita cienkiego. Przypadek niniejszy o tyle był różny od pierwszego, że miast zupełnego braku pochwy istniał tu uchyłek ślepo się kończący, długości około 5 cm. W dyskusji kol. Beck zapytuje, czy w wydzielinie przeszczepionego jelita stwierdzono obecność zaczynów trawiennych i zdolności chłonienia, właściwe błonie śluzowej przewodu pokarmowego? Prelegent odpowiada, iż brak dotąd badań w tym kierunku przeprowadzonych.

2. Kol. Musiał przedstawia chorą, która od 3 l. była ślepa na oko lewe. Rozpoznano starczą, rozmiękłą zaćmę i usunięto ją pomyślnie zabiegiem operacyjnym przed 8 dniami. W prawem oku zauważono drżenie źrenicy, czarnej w świetle padającem. Mikroskop rogówkowy wykrył w niej obecność klinowatej błonki, pokrytej plamkami złogów soli wapniowych. Przy badaniu świecką spotykamy w źrenicy jeden obrazek, zamiast normalnych trzech. Mamy więc do czynienia z brakiem soczewki. Ponieważ ani w wywiadach, ani przedmiotowo nie stwierdzono na oku prawem śladów przebytej operacji, a chora podaje, że mniej więcej od półtora roku znów odzyskała wzrok na oku prawem, należy przypuścić, że w tym czasie nastąpiło samoistne wessanie zaćmy. W podobnych, na ogół rzadkich przypadkach, zwykłą przyczyną wessania soczewki zmienionej zaćmą bywa uraz, który soczewkę wyważa z jej normalnego położenia i wciska w przednią komorę oka, gdzie powoli ulega wessaniu. I w tym przypadku stwierdzono przerwanie więzadełek Zinniusza, jakkolwiek chora nieprzypomina sobie doznania jakiegoś urazu.

W dyskusji kol. Reis zauważa, że przypadki samoistnego wessania zaćmy starczej stwierdzają teoretyczną możliwość i nieoperacyjnego leczenia zaćmy. Zjawiska chemiczne, warunkujące wessanie, nie są jeszcze dostatecznie poznane. Badania własne mówcy i Markowskiego stwierdziły wyjaśnianie się początkowej zaćmy przy wstrzykiwaniu podspojówkowem roztworów jodku potasu. Kol. Moraczewski sądzi, że raczej nadawałyby się do doświadczeń alkaliczne połączenia jodu, lub zaczyny trawiące białka.

3. Kol. Moraczewski wygłasza odczyt pt. **„O katalazie krwi“.** Mówca zdaje sprawę ze swych doświadczeń nad ilością ka-

talazy we krwi. Zależność ilości katalazy od ilości ciałek czerwonych jest tylko częściowa. Mała ilość ciałek od 1 do 3 milionów daje przeciętnie mniejszą ilość katalazy i większy index. (Stosunek liczbowy ilości cm.^{3} nadmanganianu pomnożonych przez 2, a podzielonych przez liczbę ciałek czerwonych). Duża ilość ciałek czerwonych daje większą ilość katalazy i mniejszy index. Pozatem przy tejsamej ilości ciałek bywają różne ilości katalazy i tejsamej katalazie odpowiadać mogą rozmaite ilości ciałek. Podobnież zachowują się ciałka białe, ilość ich nieznacznie wpływa ze względu na poważniejsze czynniki, od których katalaza jest zależna. Nie przeczy temu fakt, że, jak skądinąd wiadomo, białe ciałka mają zdolność katalizowania wodorotlenku wody.

Najpoważniejszym czynnikiem, wpływającym ujemnie na ilość katalazy jest gorączka, która może ją zmniejszyć o połowę przy jednoczesnem zachowaniu niezmienionej ilości ciałek czerwonych. Drugim czynnikiem jest pożywienie, którego brak; badany w chorobie cukrowej wpływał wyraźnie na obniżenie katalazy, bez zmniejszania ilości ciałek czerwonych. Podawanie tłuszczu podnosi ilość katalazy, białko i węglowodany raczej tę ilość obniżają, jeżeli badanie wykonywamy w najbliższym czasie po podaniu pokarmu. Czynniki uruchamiające cukier, jak florydzyna, podnoszą ilość, adrenalina, mimo pozornego przeciwieństwa z florydzyną, bo powiększa ilość cukru we krwi działa także powiększająco na katalazę. Pilokarpina, która ilość cukru we krwi obniża, zmniejsza katalazę. Atropina raczej obniża. Barwiki rozpuszczone we krwi, jak fenolftaleina nieznacznie powiększają ilość katalazy. Upust krwi wyraźnie ją zmniejsza. Strychnina zachowuje się szczególnie, bo obniża tylko w chorobach serca lub niewydolności jego (astma, rekonwalescencja), w innych razach niema wpływu. Obniżenie to nie jest wynikiem podniecenia, bo koffeina, naparstnica i wdechanie tlenu raczej zwiększają ilość katalazy. Hemoklastyczny wpływ białka obcego wpływa obniżająco, jeżeli wywołuje gorączkę. Przy małej reakcji może być bez wpływu, lub nawet powiększa ilość (autoreferat).

W dyskusji kol. Franke zapatruje się sceptycznie na brak zależności ilościowych stosunków katalazy od ciałek białych. Kol. Beck zauważa, że pomiary ilościowe katalazy możnaby przeprowadzać i „in vitro“, badając osobno osocze, warstwę białych i czerwonych ciałek krwi. Ponadto przemawiali kolega Gröer i Nowicki.

A. Zakrzewski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 23 września 1921 r.
Obecnych członków 19.

I. Kolega W. Kohn podał krótkie sprawozdanie ze Zjazdu lekarskiego francusko-polskiego w Warszawie.

II. Kolega Bram wygłosił odczyt: „**O zastosowaniu radu w lecznictwie**“. Na wstępie mówca opisał zmiany, zachodzące w tkance prawidłowej i chorobowej pod wpływem działania radu, a następnie na podstawie obfitego materjału z piśmiennictwa przedstawił pomyślne, a niekiedy świetne wyniki naświetlań radowych w leczeniu nowotworów złośliwych. Powołując się na poglądy całego szeregu autorów, oraz na własne spostrzeżenia w klinice Charité w Berlinie, wyraża kol. Bram nadzieję, że dzięki dalszym udoskonaleniom technicznym rad odegra wybitną rolę w leczeniu wielu chorób, które obecnie uważamy za nieuleczalne.

W dyskusji przemawiali kol.: E. Kohn, Szaniawski, S. Kohn, Batawia i Rozenfeld. Zdaniem kol. Batawji zbyt małe dawki radu mogą sprawiać pogorszenie w sprawach nowotworowych, wywołując bujanie komórek. Naogół leczenie operacyjne daje wyniki pewniejsze. W przypadkach, niedających się operować rad jest środkiem niezastąpionym. Kol. Rozenfeld wylicza nowsze wskazania do stosowania radu: chorobę Basedowa choroby zakaźne (naświetlanie śledziony), przerost migdałków, wreszcie mówi o leczeniu białaczki dożylnem wlewaniem mezotoru.

Uwaga. Przypadek porażenia postępowego, omówiony przez kol. Brama na posiedzeniu w dniu 20 maja br. (Nr. 11 Czasop. Lekarskiego), był leczony surowicą krwi chorego na dur powrotny w Krakowie, lecz nie w klinice prof. Piltza.

K. Łokczewski, sekretarz.

Sprawozdanie z posiedzenia klinicznego w szpitalu św. Ducha w Warszawie dnia 17 kwietnia 1921 r.

1. Dr. K. Wagner przedstawił przypadek **choroby Banti'ego** z oddziału dra Pawińskiego. Przypadek dotyczył młodej kobiety, która przybyła do szpitala z powodu grypy. Objawy grypy wkrótce przeszły. Natomiast chora zasługuje na uwagę z powodu zespołu objawów, charakterystycznych dla choroby Banti'ego: wielka śledziona wątroba twarda, mało wyczuwalna, erytropenia, leukopenia (stosunek białych ciałek normalny). Choroba zaczęła się od 7 go roku życia. Przez dłuższy czas chora mało na nią zwracała uwagi; od kilku lat leczy się z przerwami. Obecny stan chorej jest w okresie poczynającej się marskości wątroby.

W dyskusji: Dr. Pawiński omawia istotę choroby Banti'ego i przedstawia trzy okresy w przebiegu tego cierpienia: 1-szy niedokrwisty, 2-gi żółtaczkowy, kiedy sprawa chorobowa przechodzi na wątrobę, i wreszcie 3-ci z objawami marskości wątroby i obrzękami. Przedstawiona chora jest w okresie 3-cim choroby Bantiego. Dr. Bełkowski, wychodząc z założenia, że w chorobie Banti'ego są jakieś czynniki, wpływające niszcząco na krążki czerwone krwi, i mające związek z tkanką limfatyczną wogóle, a przedewszystkiem ze śledzioną, byłby zdania, że usunięcie w chorobie Banti'ego śledziony, jak to już dawniej proponowano, ma teoretyczne uzasadnienie. Usuwanie śledziony w cierpieniu poniekąd pokrewnem, *Icterus haemoliticus*, dawało w ostatnich czasach u lekarzy francuzkich wyniki zadowalniające, również dobry wynik otrzymano w jednym przypadku *icterus haemoliticus* z 2-ej kliniki wewnętrznej. Przypadek dra Wagnera, jako daleko posunięty, nastręcza wątpliwości co do wskazania zabiegu operacyjnego.

Dr. Kołodziejski i dr. Rutkowski, omawiając trudności operacyjne tego rodzaju przypadków z powodu możliwych krwawień, zwracają uwagę na konieczność podniesienia krzepliwości krwi za pomocą chlorku wapnia i surowicy.

2. Dr. Kołodziejski przedstawił przypadek **wycięcia poprzecznego całego odcinka żołądka od małej do dużej krzywizny z powodu wrzodu okrągłego żołądka**. Przypadek dotyczył 44-letniego mężczyzny, który obecnie jest w okresie zdrowienia.

3. Dr. Rutkowski przedstawił przypadek **przedziurawienia wrzodu dwunastnicy**. Rozpoznanie nastręczało możliwość istnienia ostrego cierpienia wyrostka robaczkowego, dlatego też przy okazji usunięto i wyrostek. Dalsze badanie otwartej jamy brzusznej wyjaśniło istotny stan rzeczy i dokonano odpowiedniego zabiegu. Po operacji stan chorego w początkach był ciężki, lecz po pewnym czasie chory stopniowo zaczął wracać do zdrowia.

W dyskusji dr. Kołodziejski wspomina o przypadku zapalenia otrzewnej z powodu przedziurawienia wrzodu dwunastnicy, operowanym przeszło przed dwoma dniami z dobrym skutkiem. Dr. Kołodziejski wspomina o zespole objawów wrzodu dwunastnicy, podanym przez Moynikana.

4. Dr. Sokołowski (klinika chirurgiczna) przedstawił: a) przypadek **wrzodu goleni, leczony** z wynikiem pomyślnym **za pomocą przesadzania**. Przypadek ten wkrótce po zabiegu był przedstawiony przez prof. Radlińskiego na jednem z posiedzeń poprzednich; b) przypadek wycięcia pęcherzyka żółciowego z powodu kamicy żółciowej. Przypadek pochodzi z oddziału dr. Otto. Wynik operacji pomyślny.

J. Bełkowski, sekretarz.

Kółko Naukowe lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

III. Posiedzenie, dnia 9. czerwca 1921 r.

1) Dr. Węgrzynowski omawia przypadek **wścieklizny ludzkiej**. Po omówieniu etjologji i symptomatologji, oraz patologji cierpienia, przedstawia historję choroby przypadku: młodego parobka lat 23, skaleczył pies przed 4 miesiącami, pierwsze objawy przed przebyciem do szpitala trwały pięć dni i charakteryzowały się skurczem mięśni połykowych już na sam widok wody. Na ten objaw chory sam zwracał uwagę. Śród zupełnej przytomności, dopiero na 4 dzień pobytu w szpitalu, a więc 9 dnia choroby, wystąpiły pierwsze objawy psychiczne, a w końcu objawy ruchowe. W 13. dniu choroby zmarł wśród objawów porażennych. Ciekawem w tym przypadku było dość długie trwanie wścieklizny, bo aż dni 13. U chorego zastosowano w szpitalu wstrzykiwania pasteurowskie, a dla zmniejszenia skurczów mięśniowych, wlewania śródżylne 25% siarkanu magnezowego w ilości 3—4 gr. in substantia 3 razy dziennie. Działanie uśmierzające tego środka było niewątpliwe, tak, że chory mógł w 10—15 minut po wstrzyknięciu przełknąć nieco płynów.

2) Dr. Begleiterówna przedstawia chorego z **wolem sercem**.

3) Prym. Ziembicki przedstawia: a) chorą, u której rozpoznaje **podwójny wrzód żołądka**, a mianowicie dawniejsze owrzodzenie, powodujące zwężenie odźwiernika i rozstrzeń żołądka z upośledzeniem czynności motorycznej i świeższy wrzód poniżej wpustu o właściwościach wrzodu modzelowatego;

b) chorą z **guzem** niezwykłych rozmiarów **w jamie brzusznej**, przeznaczoną do operacji.

Dyskusja Dr. Wiczyński: omawia ten sam przypadek guza z punktu widzenia ginekologicznego, rozpoznając **torbielogruczolaka brodawczakowatego** ze złośliwem bujaniem.

4) Dr. Bykówna przedstawia przypadek **uszkodzenia ogona końskiego rdzenia**. Mężczyzna lat 26., raniony przed 6 laty kulą szrapnelową; wstrzał przy krętaczu wielkim lewego uda, wystrzał na wysokości V. kręgu lędźwiowego, na 2 palce na prawo od linji środkowej. Oddawanie moczu i kału utrudnione, akt płciowy nie możliwy. Przy wysiłku fizycznym samowolne odchodzenie moczu i kału. Zaników mięśniowych brak. Czucie bólu i ciepłoty w obrębie części płciowych, na pośladku lewym i na wązkim pasie na udzie lewem po stronie zginaczy podudzia lewego, prawie zupełnie zniesione, po stronie lewej w obrębie części płciowych i na pośladku obniżone, na udzie prawidłowe. Czucie dotyku silnie obniżone, może nieco mniej aniżeli czucie bólu i temperatury, — nie zniesione. Odczynu zwyrodnienia na zwieraczu rzyci nie stwierdzono. Pobudliwość faradyczna mięśni po stronie lewej obniżona, po prawej prawidłowa. Prelegentka poru sza sprawę ewentualnego zabiegu operacyjnego.

Dyskusja: Dr. Zaczek sądzi, że widoki operacyjne wobec 6-letniego cierpienia są małe, zwłaszcza, gdy i sam zabieg (*laminectomia*) jest ciężki.

Dr. Domaszewicz powołuje się na Oppenheima, który przytacza cały szereg przypadków wyleczonych chirurgicznie, mimo długiego trwania choroby.

Dr. Zasowski oświadcza się również przeciw operacji, sądząc, że można raczej choremu przynieść nową szkodę.

Dr. Jarocki wspomina o fibrolizinie, której możnaby spróbować wobec tak beznadziejnego stanu.

5) Dr. Duczymińska omawia przypadek zaśniadu groniastego, ciekawy pod względem rozpoznawczym.

Dyskusja: Dr. Wiczyński podnosi nowsze zapatrywania na etjologję tego cierpienia. Na tle pokazu odpowiednich preparatów drobnowidowych omawia zachowanie się komórek luteinowych w jajniku w ciąży prawidłowej i przy zaśniadzie groniastym.

Medycyna społeczna.

Józef Wiczkowski. Lwów.

Sprawa akcji zwalczania gruźlicy w Polsce.

(Dokończenie).

Wybitnie celom leczniczym służą sanatorja dla początkowej gruźlicy. Jeżeli dzisiaj pracujemy pod hasłem: «Gruźlica jest uleczalna", myślimy o jej stadjum początkowem. Tutaj jednak potrzeba dokładnych znajomości djagnostycznych, aby nie popaść w błędy niektórych sanatorjów niemieckich; Meixner i Hort przy okolicznościowych sekcjach chorych sanatoryjnych nie mogli wykazać żadnej gruźlicy.

Praktyczny zmysł niemiecki wyszedł z założenia, że dla instytucji ubezpieczenia na wypadek choroby i niezdolności do pracy korzystniej jest zapobiegać chorobie, choćby wielkim kosztem, aniżeli przez szereg lat płacić rentę.

Wedle Gebhardta, dyrektora hanzjatyckiego instytutu ubezpieczenia od choroby i niezdolności do pracy, który się oparł na statystyce ostatnich lat minionego stulecia, z 12,600,000 obowiązkowo ubezpieczonych mniej niż połowa mężczyzn w wieku od 20—30 i rentę pobierających, pobiera ją z tytułu gruźlicy, a liczba osób bytem swoim związanych z gruźliczymi, pobierającymi rentę, wynosi przeszło 12-ście miljonów. Dla zapobieżenia więc temu złemu wydały urzędy zabezpieczeniowe do dnia 31 grudnia 1920 r.: Na budowę higjenicznych mieszkań 316 miljonów; na budowę własnych sanatorjów 57 miljonów. W roku 1913 z ogólnej liczby 112 ludowych uzdrowisk, 29 należało do urzędów ubezpieczenia, 12-cie zaś do kas chorych.

W powyższych uwagach starałem się wykazać drogi, jakie, mojem zdaniem obrać, powinna akcja walki z gruźlicą w Państwie polskiem. Akcja taka, na szerokich podstawach podjęta i obejmująca całe Państwo, wymaga nakładu ogromnych funduszów. Zapewne zwalczanie gruźlicy jako choroby społecznej infekcyjnej, należy do obowiązków Rządu. Rząd nasz jednak temu sprostać nie może, mając na oku różne ważne problemata ogólno-państwowe do rozwiązania. Tylko drogą właściwego rozłożenia ciężarów i obowiązków na rząd, gminy i na siły społeczne może się pomyślnie rozwijać akcja walki z gruźlicą. Zanim taki rozdział się zorganizuje, zanim wyjdzie ustawa społeczna na wypadek choroby i niezdolności do pracy, który tak przekonywująco poleca Dr. Kuczewski pozostaje nam na razie oprzeć się w naszych celach na dwu instytucjach, zakrojonych na wielką skalę.

Pierwszą taką instytucją są Kasy chorych. One mają objąć około 60 % ludności, a tem samem mają nadzieję zgromadzenia znacznych funduszów z pomocy własnej. Towarzystwo walki z gruźlicą we Lwowie zrobiło pierwszy krok, nawiązało stosunki z Kasą chorych m. Lwowa i objęło ich chorych piersiowo w swą opiekę. Podstawę materjalną daje nam Kasa chorych, a Towarzystwo nietylko ich leczy, lecz nadto ma sposobność spełnienia swej misji przez swoją poradnię tj. zwalczanie gruźlicy.

Próba wypadła dobrze; możemy przeto gorąco polecić wszystkim Kasom chorych w Państwie istniejącym połączenie się z Kołami Towarzystwa rozsianemi po prowincji, a tem samem zdobędzie się podwaliny pod zakładanie poradni wzorowych, sanatorjów, kolonij itp.

Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża jest drugą instytucją, na której pomoc liczyć możemy. Na zebraniu Ligi Stowarzyszenia Czerwonego Krzyża postawiono jako jedno z głównych zadań pokojowych walkę z gruźlicą. Skarb narodowy narazie ubogi, ale obywatele polscy są zasobni. Czerwony Krzyż musi, umie i powinien sięgnąć do skarbony wszystkich obywateli, bo wszyscy mieszkańcy polscy powinni podobnie jak w Ameryce być członkami tego Stowarzyszenia. Co taka solidarność, takie poczucie obowiązku zdziałać może, dowodzi Czerwony Krzyż Amerykański, dowodzi i Polski Czerwony Krzyż swoją chlubną akcją podczas wojny mimo skromnych funduszów. Towarzystwo walki z gruźlicą we Lwowie wkrótce połączy się z Czerwonym Krzyżem, jako sekcja nie tracąc nic ze swej autonomji.

Że ta myśl symbiozy z Czerwonym Krzyżem jest obecnie realną, dowodzi fakt, iż biuro kongresu międzynarodowego przeciwgruźliczego ma obecnie swoją siedzibę w Lidze Stowarzyszeń Czerwonego Krzyża w Genewfe.

Dalej należy nam wejść w bliższy kontakt z Towarzystwem dla inwalidów polskich im. Tadeusza Kościuszki. Stosownie do słów przewodniczącego jenerała Hallera, będą zupełnie oddzielnie zakładane osady dla inwalidów gruźliczych, które winny stać się wzorem zakładania na szeroką skalę uzdrowisk dla chorych na gruźlicę.

Może to nie ubliży naszej godności narodowej, jeżeli uzyskamy względy Zarządu funduszu Rockefellera. Wszak Francja i Czechy, państwa bogatsze od naszego, z tego funduszu czerpią na budowę sanatorjów, otrzymują całe urządzenia szpitalne, a nawet przyrządy dla celów naukowych.

Aby te plany w czyn wprowadzić potrzeba jednolitej, a celowej organizacji. Gdy Ministerstwo Zdrowia, mimo naszych przedstawień i gotowych projektów, nie zabrało dotąd głosu w tej sprawie, przedkładam wniosek, aby w Małopolsce akcja walki z gruźlicą wychodziła z miast uniwersyteckich ze Lwowa i Krakowa i objęła resztę Województw.

W ostatnich dniach Tow. walki z gruźlicą we Lwowie zajęło swą siedzibę pod wspólnym dachem z Polikliniką lwowską. Pewne ważne względy skłoniły nas do tego kroku. Z uwagi, że nie ma narządu, któregoby gruźlica nie zaatakowała, będziemy w danych przypadkach szukali pomocy na miejscu u dzielnych specjalistów, ordynatorów Polikliniki; a nadto dwaj jej specjaliści, chirurg i laryngolog, wejdą w skład ordynatorów naszej Poradni. Tu jest miejsce na urządzenie pracowni chemiczno-bakterjologicznej, która ma służyć zarówno dla celów lekarskich praktycznych jakoteż dla celów ściśle naukowych. Żywimy przeto nadzieję, że tu można będzie stworzyć warunki do powstania Instytutu gruźliczego. A wreszcie zależało nam na tem, aby tak pożyteczna instytucja, jaką jest poliklinika, niosąca bezpłatną pomoc przeważnie niezamożnej inteligencji, dla braku środków utrzymania nie zmarniała.

Na podstawie powyższych uwag pozwalam sobie przedstawić następujące wnioski.

I. Akcja walki z gruźlicą powinna być planowo ujęta w pewne ramy i jednolita w całem Państwie Polskiem. W tym celu Ministerstwo Zdrowia zasięgnie opinji znanych działaczy na tem polu z Królestwa, Litwy, Poznańskiego, ze Szląska górnego, Cieszyńskiego i z Małopolski.

II. Główny kierunek akcji winien być profilaktyczny w najogólniejszem tego słowa znaczeniu. Stosownie więc do naszych obecnych warunków ogólno-państwowych najpierw winny być zakładane koła Towarzystwa przeciw-gruźliczego i poradnie wzorowe z opiekunką fachową i wyposażoną odpowiednio do jej pracy i stanowiska.

Dalej czynić zabiegi o budowę szpitali dla otwartej gruźlicy i o budowę sanatorjów dla chorych z początkową gruźlicą.

III. Założyć wyższą szkołę kształcenia zawodowych pielęgniarek-opiekunek z uwzględnieniem nauki o socjalnej opiece.

IV. Obowiązek dostarczenia funduszów rozłożyć na rząd, powiaty, gminy i na społeczeństwo, a na razie:

1. przez odpowiednie czynniki w Sejmie spowodować uchwałę ogólnego, społecznego ubezpieczenia na wypadek choroby i niezdolności do pracy;

2. nawiązać stosunek z kasami chorych na wzór, jak to we Lwowie się stało;

3. złączyć się z oddziałami Towarzystwa Czerw. Krzyża z zachowaniem własnej autonomji (we Lwowie wkrótce to nastąpi).

Wreszcie nie od rzeczy będzie, gdy podam wnioski zapadłe na konferencji przeciwgruźliczej międzynarodowej odbytej w lipcu br. w Londynie.

A. Ponieważ śmiertelność z gruźlicy, mimo, że się zmniejsza, przecież jeszcze jest wysoka i ponieważ bardzo wiele życia w wieku największej użyteczności dla społeczeństwa pada ofiarą tej choroby, kongres międzynarodowy obejmujący przedstawicieli czterdziestu narodów zgromadzonych w Londynie domaga się od rządów, aby przeznaczyły znaczne kredyty dla rozwinięcia środków profilaktycznych celem zwalczania gruźlicy.

B. Kongres międzynarodowy przeciwgruźliczy w Londynie, wykazawszy wogóle niedostateczną znajomość tej choroby u lekarzy, a z drugiej strony przywiązując wielką wagę do tej wiedzy, przedkłada wniosek, aby we wszystkich szkołach lekarskich wszystkich krajów gruźlica była przedmiotem specjalnie traktowanym celem wykształcenia lekarzy w ścisłej djagnostyce i w znajomości wszystkich środków dla zwalczania gruźlicy».

A ja od siebie dodaję: aby wykształcić nie tylko przyszłych kierowników sanatorjów, szpitali dla gruźliczych i poradni, lecz wszystkich lekarzy, tak aby każdy pokój ordynacyjny, każda wizyta lekarska w danych przypadkach przyczyniała się do wytępienia lasecznika gruźliczego.

Sprawy zawodowe.

W sprawie organizowania i regulaminu biur pośrednictwa pracy przy Związku Lekarzy Państwa Polskiego.

Do najpilniejszych zadań w dziedzinie regulowania stosunku pomiędzy pracą najemną i kapitałem należy, w chwili obecnej, organizacja racjonalnego pośrednictwa pracy.

Zjawisko ekonomiczne braku pracy od zamierzchłych czasów Państwa Rzymskiego, kiedy, z powodu przymusowej pracy niewolników w latifundjach, nadmiar rąk stwarzał niepożądane współzawodnictwo dla rolnika, poprzez mroki średniowiecza dotrwało aż do najbujniejszego rozkwitu przemysłowego najnowszej doby, snując się, jak nić czerwona na kanwie dziejów ludzkich.

Dla zapobiegania i walki z t. zw. przymusowem bezrobociem z braku pracy, różnemi czasy, stosowano różnorodne środki i zarządzenia, które w swych istotnych zarysach przechodziły od układu stosunków na rynku w okresie, poprzedzającym społeczną organizację pośrednictwa pracy, przez okres pośrednictwa prywatnego (zarobkowego), filantropijnego, zawodowego i społecznego aż do zenitu swego rozwoju, t. j. utworzenia państwowych urzędów, ku temu celowi służących.

Biura pośrednictwa pracy powstawały w rozmaitych krajach pod różnemi nazwami, jak np. Bourses du travail, Chambres syndicales, Arbeiterkammern, Arbeitsämter, Arbeitsbörse, Camere del lavoro itd. Najstarsza giełda pracy powstała w r. 1832 dzięki angielskiemu ekonomiście Owen'owi. Pierwsza giełda pracy (Arbeitsbörse) w Niemczech powstała w Stuttgardzie, potem dopiero w Wiedniu, Berlinie, Amsterdamie. We Francji pierwsze biuro pracy w Paryżu, w r. 1887. Do r. 1900 powstała już cała sieć podobnych organizacji w liczbie 57, obejmując w sobie 1065 oddzielnych związków zawodowych. Wszystkie są utrzymywane na koszt gmin. W Belgji giełda pracy ukazała się w r. 1889 w Brukseli. We Włoszech znane są pod nazwą izb pracy (camere del lavoro). Od 1887 r. powstają miejskie organizacje pod nazwą urzędów pracy (Arbeitsämter) początkowo w Szwajcarji (St. Gallen, Bern, Bazylea) w Belgji (Leodjum), a następnie także w Niemczech (Esslingen 1894). W r. 1895 Wirtembergja pierwsza z tych urzędów pracy stworzyła centralny związek. W Bawarji od 1900 r. urzędy gminne stworzyły związek centralny osiadły w Mnichowie. W 1898 r. w Niemczech powstał narodowy związek pod nazwą „Verband deutscher Arbeitsämter", który raz do roku urządza zjazdy. W Luxemburgu poczta spełnia obowiązki biur pośrednictwa pracy. W Ohio od 1890 r., a w Montana od 1895 r. istnieją państwowe urzędy pracy, tak samo w Nowej Zelandji i w kolonjach australijskich.

Państwowe przedstawicielstwo klasy robotniczej, t. zw. Arbeiterkammern, odpowiada izbom handlowym i rolnym. Izby robotnicze w ścisłem znaczeniu i równoznaczne izby (paritätische Arbeiterkammern), dokąd wybierają swych przedstawicieli zarówno pracodawcy, jak i pracobiorcy. Pierwsze przedstawicielstwo robotników w Belgji uznane zostało przez prawo w r. 1887. W roku 1903 powstały rady przemysłowe i robotnicze (conseils de l'industrie et travail). WHollandji izby robotnicze (Kammersarbeid) na mocy prawa w 1897 r. Od r. 1900 rady pracy (conseils de travail) we Francji. Od 1904 r. we Włoszech t. zw camere del lavore, w takich miastach, jak Bolonja, Medjolan, Parma, Rzym, Florencja, etc. (nie państwowe). W Szwecji państwowe biuro pracy w Helsingborg (1902). W Norwegji w 1893 r. w Christianji i Bergen. W Stanach Zjedn. A. P. w Ohio (1890) urzędy państwowe, zwane free public employement offices, później w New Jorku i Connecticut. W Angjli na razie z prywatnej zachęty powstał urząd (Labour Bureau) w Eghan (1885), a następnie przy pomocy gminy w 1902 r. (Concils of Metropolitain Bouraghels).

Pomijając wykaz dalszej ewolucji tych urzędów za granicą, trzeba zaznaczyć, iż w Polsce, w r. 1918 Min. Pracy zaprojektowało zorganizowanie w większych miastach i ośrodkach przemysłowych terytorjalne biura pośrednictwa pracy. Na razie zamierzeniom tym przeszkodziły władze okupacyjne niemieckie. W okupacji austrjackiej jednakże powstało kilka urzędów państwowych z centralą w Lublinie, wkrótce też po wypędzeniu okupantów, powstały takie urzędy i w b. Kongresówce, między innemi w Warszawie, z oddziałem specjalnym dla inteligencji zawodowej.

Według F. M. Szczeblewskiego (Pośrednictwo pracy 1920) państwowe urzędy pośrednictwa pracy dla swego pomyślnego rozwoju powinny dążyć do usunięcia istniejącego dotychczas jeszcze procederu pośrednictwa płatnego oraz zainteresować ruch zawodowy przez powołanie do życia Rad Nadzorczych, złożonych z przedstawicieli central związkowych obydwóch stron, jak pracodawców, tak samo i pracobiorców, którzy działaliby jako organ doradczy przy Urzędach, a także powinny „zastosować bezwzględną zasadę obsadzenia wszelkich wakansów (za wyjątkiem specjalnych) w instytucjach państwowych, komunalnych i gminnych za pośrednictwem urzędów". W poczuciu wielkiej ważności współdziałania z państwowym urzędem pośrednictwa pracy, a niezależnie od tego, dążąc w kierunku ewolucji własnej ku osiągnięciu najwyższego szczebla swego rozwoju, Zarząd Zw. Z. L. P. P. uznał za wskazane i dla społeczeństwa lekarskiego wielce pożyteczne zająć się organizacją własnego biura pośrednictwa pracy na zasadach regulaminu poniżej podanego.

Regulamin Okręgowego Biura Pośr. Pr. przy Zw. Z. L. P. P. (w Warszawie).

§ 1. Każdy Okręg organizuje swoje odrębne biuro pośrednictwa pracy.

§ 2. Okręgowe biura pośrednictwa pracy mają swoją autonomję na wewnątrz (obsadzanie posad w swoim okręgu) i na zewnątrz (w stosunku do państwowego urzędu p, p.), z warunkiem obowiązku zawiadamiania Wydziału Wykonaw. Zw. (Centrala) o swojej działalności, co najmniej raz na 3 miesiące.

§ 3. Sekretarz biura okr. p. p. codziennie (lub rzadziej) udziela w godzinach ściśle określonych wszelkich informacji, a także przyjmuje zapisy kandydatów lub zgłoszenia miejsc i posad lekarskich, kolejno, do dziennika, w oddzielnych rubrykach lub księgach „podaży" i „popytu".

§ 4. Zarząd biura okr. p. p. pozostaje pod osobistym kierunkiem przewodniczącego zarządu okręgowego zw., lub jego zastępcy.

§ 5. Kandydaci, korzystający z pośrednictwa okręg. biura p. p. obowiązani są:

a) należeć do Związku L. P. P.,

b) podporządkowywać się uchwałom i zarządzeniom Związku;

c) zawiadamiać Okręgowe biuro Związku o objęciu wakujących stanowisk.

§ 6. Sprawy wchodzące w zakres działalności okr. biur pośr. pracy są rozstrzygane na posiedzeniu Okr. Zarządu Związku., w razach zaś wyjątkowo nagłych przez przewodniczącego Zarządu i jego zastępcę (wspólnie)

Wobec rozpoczętej demobilizacji lekarzy wojskowych, a więc przewidywanej wzmożonej podaży i popytu na pracę lekarską, Zarząd Zw. Z. L. P. P. postanowił niezwłocznie, bez straty czasu, przystąpić do wcielenia swych zamiarów w konkretne kształty organizacyjne własnego biura p. p. Jednocześnie Główny Zarząd Z. L. P. P. projekt powyższy rozesłał do wszystkich istniejących już okręgów przy Związku, zalecając przyjąć go za normę dla nowopowstających biur pośrednictwa pracy. *E. O.*

---

†

Dr. WACŁAW LASOCKI

Zmarł w Nałęczowie w grudniu z. r. w 84 roku życia śp. dr. Wacław Lasocki, wybitny lekarz i działacz społeczny. Pochodził ze znanej rodziny ziemiańskiej na Wołyniu, medycynę studjował w Kijowie, gdzie stał na czele młodzieży polskiej, ożywionej tradycjami filareckiemi. W czasie powstania za przewożenie i rozpowszechnianie t. zw. złotej hramoty, obiecującej ludowi ukraińskiemu wolność i zachęcającej do zniszczenia jarzma moskiewskiego, przez tenże lud wydany władzom rosyjskim, został skazany na śmierć. Dowiedziawszy się o tem ojciec śp. Wacława odebrał sobie życie. Lasockiemu zamieniono karę śmierci na dożywotnie ciężkie roboty na Syberji. Odbył tę drogę etapem do Ursola razem z towarzyszami, wśród których byli śp. Wohl i ks. Wł. Czetwertyński. Na wygnaniu, które z nim dzieliła świeżo poślubiona małżonka (z domu Mianowska), śp. Lasocki potrafił zorganizować życie towarzyskie dla pokrzepienia serc towarzyszów niedoli.

Życie to, z szerokiem uwzględnieniem tła ówczesnej epoki, opisał barwnie i z talentem, opatrzył luźnemi ilustracjami i autentycznymi dokumentami w pamiętniku, którego rękopis przekazał Akademji Umiejętności z dodaniem funduszu na wydanie tegoż po swojej śmierci. Według opinji Bolesława Prusa jest to dzieło pierwszorzędnej wartości. Po powrocie z Ursola Lasocki, nie mogąc wrócić wprost do kraju, na pewien czas osiedlił się w Kostromie, gdzie zdobył olbrzymią praktykę i uznanie wśród mieszkańców. Po powrocie do kraju otrzymał miejsce lekarza na-

czelnego kolei nadwiślańskiej, gdzie odznaczył się sumienną pracą i talentem organizatorskim. Jako jeden z założycieli, a raczej wskrzesicieli zakładu leczniczego w Nałęczowie, wspólnie z śp. dr. Nowickim i Chmielewskim, włożył dużo pracy i poświęcenia dla dobra tego zakładu, jako długoletni prezes Rady zarządzającej. Tu się osiedlił po wysłużeniu emerytury i z całym zapałem oddał się uporządkowaniu bardzo bogatej bibljoteki swojej (dział historyczny polski), którą następnie ofiarował Akademji Umiejętności. Część bibljoteki (dział ludowy) i zbiory etnograficzne i przyrodnicze ofiarował do Muzeum Nałęczowskiego, którego był kustoszem i mecenasem do końca życia. W Nałęczowie opiekował się znowuż szkołą koszykarską i szkołą rolniczą. Jakże się cieszył swoją czapką weterańską i swoim orderem „Polonia restituta“, symbolem zmartwychwstania Ojczyzny, której służył wiernie i czynnie przez całe życie. Był to jeden z najszlachetniejszych typów lekarza patrjoty i obywatela polskiego. Cześć Jego pamięci!

A. Puławski.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Prof. dr. Walery Jaworski został mianowany profesorem honorowym.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskego w dniu 28. XII. 1921 wybrano Zarząd na rok 1922. Prezesem wybrany został dr. Bruno Wojciechowski, wiceprezesem doc. dr. Franciszek Walter, sekretarzem dorocznym dr. Piotr Wysocki. Ustępujący z końcem swej kadencji redaktor organu Towarzystwa prof. Ciechanowski prosił o zwolnienie z urzędu, jednakże na żądanie Towarzystwa pozostaje na nim czas pewien ze względu na obecny przejściowy okres. Zostali przeto wybrani redaktorami „Polskiej Gazety Lekarskiej“ prof. Ciechanowski i prof. Lenartowicz. Pozostają do końca swych kadencji bibliotekarz, sekretarz stały i gospodarz „Domu Towarzystwa“. Wybrano nadto komisję redakcyjną i delegację do Tow. lek b. Galicji, których skład podamy w numerze następnym.

Lwów.

Walnego Zgromadzenia Tow. higjenicznego odbyło się dnia 7 b. m. Bliższe szczegóły podamy w następnym numerze.

Posiedzenie naukowe Tow. lek. lwowskiego odbędzie się dnia 20. stycznia 1922 w **Klinice lekarskiej** ul. Pijarów 1. 4.

Porządek dzienny:

1) Kol. Rencki. Przedstawienie przypadków:
a) niedokrewności złośliwej,
b) mięsaka żołądka.
2) Kol Grek: Twardziny skóry.
3) Kol. Sochański: Akromegalji.
4) Kol Czeżowska: Zmiękniania kości.
5) Kol. Meisels: *Eventratio* do klatki piersiowej.
6) Kol. Meisels. O sztucznej odmie otrzewnowej w celach rozpoznawczych i leczniczych z pokazem.

Warszawa.

Orderami „Odrodzenia Polski“ zostali odznaczeni 1. stycznia 1922 następujący lekarze: order drugiej klasy: prof. dr. Emil Godlewski (Kraków); trzeciej klasy: prof. dr. Paweł Gantkowski (Poznań), prof. dr. Antoni Gluziński (Warszawa), prof. dr. Alfred Sokołowski (Warszawa). Wśród 46 odznaczonych zajmują więc lekarze poczestne miejsce, wysuwając się do pierwszego szeregu tych, którzy najpożyteczniejsze Państwu oddali usługi.

W Warszawskiem Towarzystwie Lekarskiem wybrani zostali na rok 1922 prezesem prof. A. Gluziński, wiceprezesem dr. W. Starkiewicz i sekretarzem dorocznym dr. Wacław Kowalski.

W dniu 29. grudnia r. ż. odbyło się zebranie organizacyjne Towarzystwa otolaryngologicznego. Na prezesa wybrano prof. Erbricha, na wiceprezesów dr. Dobrowolskiego i Guranowskiego, sekretarzem został dr. Tuz.

Komitet konkursu im. Grzegorza Piramowicza, wyłoniony przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie do nagrodzenia najlepszej pracy z jakiegokolwiek bądź działu higjeny szkolnej, wydanej lub nadesłanej Towarzystwu w r. 1921, odznaczył pierwszy polski zbiorowy podręcznik dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych p. t. „Higjena szkolna“. Redaktor i współpracownicy przeznaczyli nagrodę na powiększenie funduszu konkursowego na rok następny.

Rada ministrów na posiedzeniu w dniu 3. stycznia 1922 wysłuchała sprawozdania o rozwoju epidemji w ostatnich czasach i o przedsięwziętych przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego środkach walki z niemi oraz zaaprobowała te środki całkowicie.

Również odbyła się pod przewodnictwem nadzwyczajnego komisarza dla spraw zwalczania chorób zakaźnych dra Chodźki konferencja w sprawie akcji przeciwko zawleczeniu do kraju duru osutkowego. Wydane zostanie rozporządzenie, nakładające wysokie kary na przyjeżdżających lub goszczących, którzy zaniedbają obowiązek meldunku sanitarnego. Odnosi się to również do organów, obowiązanych do takiego meldunku. Najsurowszej karze podlegają w tym względzie lekarze.

Naczelnik wydziału zdrowia publicznego miasta Warszawy dr Bogucki stwierdza w prasie znaczne pogorszenie się zdrowotności stolicy, zwłaszcza skutkiem szerzenia się duru osutkowego. Dość powiedzieć, iż w miesiącu grudniu do 27. stwierdzono 112 przypadków duru osutkowego i 86 przypadków duru powrotnego, podczas gdy w listopadzie zarejestrowano 43 wypadki duru osutkowego i 38 powrotnego. Jedną z głównych przyczyn obecnego stanu rzeczy jest nieuregulowanie dotychczas sprawy dozoru sanitarnego podczas akcji repatrjacyjnej. Należy bowiem stwierdzić, iż prawie wszystkie przypadki duru stwierdzone zostały u osób, przybyłych z Rosji lub śród otoczenia tych ostatnich. W związku z tem znacznem powiększeniem się ilości przypadków duru w Warszawie p. dr. Chodźko, jako nadzwyczajny komisarz do zwalczania chorób zakaźnych, mianował dra Henryka Trenknera nadzwyczajnym komisarzem do zwalczania duru osutkowego na miasto i powiat Warszawę. Dr. Trenkner obejmuje równocześnie funkcje kierownika okręgowego urzędu zdrowia w Warszawie.

Warszawskie Tow. higjeniczne rozesłało następującą odezwę:

Warszawskie Tow. Higjeniczne, założone w r. 1898, od chwili założenia swego zajęło główne stanowisko w propagandzie społecznej zdrowia publicznego, zorganizowało szereg oddziałów prowincjonalnych w b. Królestwie kongresowem, budowało zakłady sanitarne, urządzało szereg zjazdów, wreszcie wydało projekt Prawa o zdrowiu publicznem w Polsce.

W okresie wojny, który zaledwie minął i którego następstwa jeszcze odczuwają się dotkliwie, działalność Towarzystwa, a zwłaszcza oddziałów jego, została przytłumioną, tembardziej, że obok ciężkiego stanu kraju wogóle, na widownię wystąpiły instytucje państwowe i samorządowe, w których zdrowie publiczne domagało się oddawna oczekiwanego uwzględnienia. Obecnie sprawy różniczkują się i podział prac pomiędzy instytucjami państwowemi a wolnemi zrzeszeniami społecznemi staje na porządku dziennym. Musi nastąpić nowy okres współpracy i Towarzystwo Higjeniczne musi odegrać w podziale tym przynależną mu rolę.

Ustawa Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego w nowej redakcji została już zatwierdzoną przez Ministerjum Spraw Wewnętrznych. Przewiduje ona połączenie wszystkich Towarzystw higjenicznych w jedno, oraz tworzenie nowych oddziałów, przyczem każdy oddział zachowuje zupełną samodzielność zarówno w działalności, jak w zarządzie, w funduszach, składkach itp., jedynym zaś łącznikiem jest Rada, złożona z delegatów wszystkich oddziałów i Zarządu Głównego w Warszawie. Atrybucje Rady odnoszą się li tylko do ogólnego programu działalności Towarzystwa, do rozważania projektów ustaw państwowych, do urządzania zjazdów i wogóle do spraw higjeny całej Polski.

Celem ukonstytuowania całości Towarzystwa, założenia nowych oddziałów, omówienia programu działalności oraz przedewszystkiem zasadniczej roli Towarzystwa i stosunku jego działalności do działalności organów państwowych i samorządnych Rzeczypospolitej Rada Towarzystwa urządza w Warszawie dnia 5 lutego 1922 r. zebranie Delegatów Towarzystw higjenicznych różnych dzielnic Polski, Przedstawicieli Oddziałów swych oraz higjenistów z dzielnic kresowych.

Do udziału w zebraniu tem Rada zaprasza Delegatów Towarzystw higjenicznych.

Oprócz spraw powyższych, dotyczących organizacji Towarzystwa, na porządku dziennym postawiliśmy omówienie projektu Zjazdu i wystawy w sprawie zaopatrzenia w wodę i asenizacji miast i wsi. Sekretarz: Dr. W. Dąbrowski, Prezes: Dr. J. Polak.

Wybory do Zarządu Kas chorych unieważniło Min Ochrony pracy i Opieki społ. i poleciło dotychczasowemu komisarzowi pełnić nadal obowiązki oraz przystąpić bezzwłocznie do zarządzenia nowych wyborów.

Z różnych stron.

Do jakiego stopnia dochodzi zaślepienie nienawiści, dowodzi sprawozdanie prof. Sobotty w Nr. 50 „Münchener medizinische Wochenschrift“ z r. o najnowszem niemieckiem wydaniu „Histologji“ Szymonowicza, którą dawniejsze niemieckie recenzje niezmiernie pochlebnie oceniały. Sprawozdanie to kończy się bowiem następującem zdaniem:

„W każdym razie nie ma książka polskiego histologa żadnych istotnych zalet w porównaniu z innemi, a podręczniki autorów niemieckich są większej wartości. Interes narodu niemieckiego wymaga conajmniej pewnej wstrzemięźliwości w zalecaniu książki, która wprawdzie ukazuje się po niemiecku i w niemieckim nakładzie, a której autor, jak tuszymy, potępia haniebne czyny swych rodaków na górnym Śląsku; niemniej należy on do narodu, którego zachowanie się w czasach ostatnich podaje jego należenie do narodów kulturalnych więcej niż w wątpliwość“.

Nr. 4. 15 Stycznia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Józef Hornowski. Warszawa.

Przyczynek do podziału nowotworów wedle ich pochodzenia z listków zarodkowych.

Z Zakładu Anatomji patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego

W pracy mojej, pod tytułem «Rola listków zarodkowych w klasyfikacji nowotworów« (Zeszyt prac z Zakładu Anatomji patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego r. 1921) podnosiłem, iż sprawa klasyfikacji nowotworów musi być zrewidowana i oparta na pochodzeniu ich z tego lub innego listka zarodkowego.

Jako dowód przytoczyłem cały szereg własnych spostrzeżeń, oraz spostrzeżeń Kolegów Asystentów Zakładu Anatomji patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, które wykazywały, jak mało można polegać na morfologji komórki i obrazach mikroskopowych przy rozpoznawaniu nowotworów.

W myśl tego zaproponowałem podział nowotworów na: *ektodermomata, entodermomata, mesodermomata i mesenchymomata*, tem bardziej, iż badacze, opierający się na dzisiejszej klasyfikacji, z chwilą, gdy nie mogą wybrnąć z trudności zaliczenia pewnego nowotworu do raków lub mięsaków, szukają również dróg nowych, uwzględniając w głównej mierze pochodzenie nowotworu z tego lub innego listka zarodkowego.

W tejże pracy wysunąłem pewne cechy charakterystyczne dla poszczególnych, a proponowanych przezemnie grup nowotworowych.

Tak więc dla grupy *mesodermomata* uważam za najbardziej charakterystyczne:

1. brak zupełny tkanki łącznej podścieliskowej,
2. wielopostaciowość komórek,
3 przyjmowanie przez komórki bądź cech komórek łącznotkankowych, bądź nabłonkowych.

Do tych cech charakterystycznych mogę dodać obecnie jeszcze jedną, którą wiążę z badaniami Lamberta i Hanesa z roku 1912 nad wzrostem nowotworów na pożywkach sztucznych.

Wedle tych badaczów komórki nowotworów złośliwych posiadają samoistne ruchy pełzakowe, przyczem komórki rakowe pełzają grupami, zaś mięsaków oddzielnie każda komórka

Należałoby się spodziewać, iż *mesodermomata*, które, w myśl moich wywodów, stoją na granicy nowotworów nabłonkowych a łącznotkankowych, mogą posiadać wzrost i ruchy pełzające zarówno komórek oddzielnych, jak też ich grup.

Niestety do czasu, gdym pisał pracę poprzednią, poszukiwania moje w tym kierunku nie dały wyników, dlatego też nie wspomniałem nawet o tem przypuszczeniu.

Trudność badań tych polega na tem, iż:

1. bądź nader rzadko możemy spotkać *mesodermomata* w początkowych okresach ich rozwoju,

2. bądź też trudno nawet na obwodzie większych nowotworów wyszukać takie miejsce, w którem byłyby, jak gdyby pierwsze próby nowotworu, przenikania do tkanek.

Znalezienie więc odpowiedniego miejsca może być uzależnione tylko od przypadku, w związku jednak z ciągłem poszukiwaniem odpowiednich obrazów. W ostatnich tygodniach poszukiwania moje zostały uwieńczone wynikiem, potwierdzającym moje przypuszczenia.

W preparatach raków istotnych, tj. *ectodermomata i entodermomata maligna* znaleźć miejsca takie nie trudno; jeden z takich preparatów przedstawiam na rysunku 1.

Przypadkowo w zaczynającym się mięsaku, który makroskopowo przedstawiał się jako guzek wielkości główki od szpilki, stwierdziłem typową budowę dla mięsaka okrągło-wielko-komórkowego, zaś w obwodzie znalazłem obrazy, które przedstawiam na rysunku 2. Widzimy tu, iż komórki nowotworowe wrastają do tkanki zupełnie oddzielnie, rozproszone, jak śruciny wystrzelone z daleka.

Obraz ten przemawiałby, na materjale ludzkim, za spostrzeżeniami Lamberta i Hanesa o wzroście mięsaków — mezenchymomatów na pożywkach sztucznych oddzielnemi komórkami.

Wreszcie w dwu preparatach, jednym, gdzie, według dzisiejszej klasyfikacji, należało rozpoznać zaczynającego się raka macicy, który właściwie jest mezodermomatem z pochodzenia, drugi w preparacie nowotworu z jajnika, co do którego trudno się było zorjentować, czy jest to rak, czy mięsak, a który również może być tylko mezodermomatem, znalazłem obrazy, które przedstawiam na rysunku 3, wziętym z «raka« macicy.



Widzimy tu bardzo wyraźnie, iż komórki nowotworowe wrastają do tkanki i oddzielnie i grupami.

Zatem będzie to czwarta cecha charakterystyczna i odróżniająca *mesodermomata* od innych grup nowotworowych. Czasami może się nam udać stwierdzić ją, szczególniej, jeżeli obrazów takich będziemy poszukiwać bądź na obwodzie nowotworu, bądź nawet w tkance sąsiedniej, makroskopowo jeszcze niezmienionej.

Jeszcze jedna uwaga, stojąca w związku z pracami Lamberta i Hanesa. Jeżeli komórki nowotworowe posiadają ruchy pełzakowe, to czy nie mogą one przechodzić przez ścianę naczyń względnie nieuszkodzonych w odwrotnym do leukocytów kierunku? Czy nie objaśniałoby nam to najczęstszych, zwykłych dróg szerzenia się raków (*ectodermomata i entodermomata*), nowotworów nabłonkowych, drogą naczyń limfatycznych, zaś mięsaków (*mesenchymomata*), nowotworów łącznotkankowych, drogą naczyń krwionośnych?

Raki szerzą się przez grupowe pełzanie komórek, którym trudno przeniknąć do naczyń bez ich uszkodzenia, łatwiej im jednak przenikać do naczyń limfatycznych, które bezpośrednio komunikują z przestrzeniami międzytkankowemi, w których się rak rozwija, stąd też szerzenie się raków głównie drogą naczyń limfatycznych.

Natomiast mięsaki szerzą się drogą naczyń krwionośnych dlatego, iż pojedyncze ich komórki, pełzając, przechodzić mogą przez ścianę drobnych naczyń włosowatych krwionośnych, lub nawet większych naczyniek. Wreszcie *mesodermomata*, jak to w pracy swej już podnosił Czarnocki (»O nowotworach ze środkowego listka zarodkowego». Zeszyt prac z Zakł. Anat. patol. U. W. r. 1921) szerzą się równo-

cześnie i drogą naczyń krwionośnych i limfatycznych, co stać może w związku z pełzaniem ich komórek oddzielnie i grupami.

Dr. Karol Rozenfeld. Częstochowa.

Grypa hiszpańska i gruźlica płuc.

Od dawna w piśmiennictwie lekarskiem utarło się zdanie, że grypa nagabuje przeważnie słabe, mniej odporne narządy ustroju, że jest ona chorobą, szczególnie usposabiającą do rozwoju suchot. Biegański [1]) mówi, że grypa wpływa najczęściej fatalnie na istniejącą poprzednio gruźlicę, że sprawy przewlekłe, wygasłe lub zatrzymane w rozwoju, po przebyciu grypy wybuchają w postaci ostrej i często kończą się śmiercią. Sokołowski [2]) przyznaje, że ciężkie postacie grypy pogarszają wybitnie stan suchotników i powodują nieraz szybki rozwój sprawy, jednakże występuje przeciw zbyt krańcowym poglądom i zastrzega, że u ludzi zdrowych grypa, nawet najcięższa, rzadko kiedy wywołuje gruźlicę.

Pogląd Biegańskiego i Sokołowskiego, zgodny ze zdaniem większości lekarzy praktyków, zdawał się wyczerpywać całą treść zagadnienia, dotyczącego stosunku między gruźlicą i grypą, i sprawę ostatecznie rozstrzygać. Atoli pod wpływem ostatniej pandemji tak zw. hiszpanki, której grozę przeżywał niedawno świat cały i którą słusznie czy niesłusznie większość autorów utożsamia z grypą, zagadnienie to, poniekąd już zapomniane, wypływa znowu na widownię i staje się przedmiotem dyskusji. Zanim rozpatrzę najważniejsze głosy, poświęcone tej sprawie zagranicą, pozwolę sobie opisać w krótkości wrażenia osobiste, oparte na spostrzeżeniach z przebiegu epidemji grypy hiszpańskiej w Częstochowie w 1918|19 r.

Już podczas epidemji jesiennej 1918 r., którą cechowały najcięższe powikłania płucne i wielka śmiertelność, zwracało powszechną uwagę, że głównie ofiarą choroby byli ludzie młodzi, poniżej lat 20—25, przeważnie dotychczas zdrowi. Złośliwe, piorunujące postacie zapalenia płuc i oskrzelików zdarzały się często u osób, które nie miały wyraźnych chorób organicznych i które z powodu swojej budowy, odżywienia, wyglądu uchodziły w oczach rodziny i lekarzy domowych za okazy zdrowia. Ileż razy na naradach lekarskich zdarzało mi się słyszeć zdanie, że chory, walczący ze śmiercią na 3—4 dzień choroby, nigdy przedtem nie zasięgał porady lekarza. I odwrotnie, czasami osoby szczupłe, wątłe, nawet chorowite, znosiły doskonale chorobę i nieraz z bardzo ciężkich epidemji rodzinnych wychodziły zwycięsko. Spostrzeganie przebiegu epidemji w wielu rodzinach gruźliczych utwierdziło mnie w przekonaniu, że wbrew utartym pojęciom o mniejszej odporności narządów słabych, anatomicznie zmienionych, suchotnicy nie tylko nie okazywali szczególnej skłonności do zapadania na grypę hiszpańską, ale przeciwnie chorowali rzadziej od ludzi zdrowych i ciężkie powikłania płucne były wśród nich rzadkością. Zdarzały się przypadki, że, kiedy cała prawie rodzina leżała pokotem, suchotnicy mimo ciągłej styczności z chorymi i oddawania im wszelkich posług, nie zarażali się wcale. Chociaż fakty czerpane z praktyki prywatnej trudno ująć w ramy ścisłych obliczeń, miałem wrażenie, że im więcej była posunięta w rozwoju gruźlica, im większe zmiany anatomiczne w płucach, tem rzadziej występowała grypa hiszpańska i jej powikłania. Charakterystyczne, że z pośród kilkudziesięciu suchotników, znajdujących się stale pod moją opieką, nie straciłem na grypę ani jednego chorego w drugim i trzecim okresie choroby. W czasie dwuletniej epidemji spostrzegałem 37 przypadków ciężkiej grypy, powikłanej zapaleniem płuc i oskrzelików, z których 21 skończyło się śmiercią. Otóż w liczbie tej było tylko 5 osób z gruźlicą pierwszego stopnia, czasowo powstrzymaną w rozwoju.

W jednym przypadku panna lat 22, nie gorączkująca od roku, w okresie znacznej poprawy ogólnej zapadła na obustronne zapalenie płuc i oskrzelików i zmarła w piątym dniu choroby, wśród objawów ciężkiej posocznicy. Siostra jej i szwagier ze zmianami gruźliczemi, rozwiniętemi w stopniu znacznie większym, nie ulegli wcale zakażeniu, chociaż znajdowali się stale przy łóżku chorej i spełniali wszystkie niezbędne czynności.

W drugim przypadku mężczyzna lat 30 ze stwardnieniem prawego szczytu i rzężeniami po kaszlu, w okresie bezgorączkowym zapadł na zapalenie płuc, po którem nie wrócił do zdrowia. Gorączka i objawy nacieku dolnej części płuca trwały bardzo długo. Powoli w szczycie prawym zaczęły ukazywać się objawy rozpadu, wystąpiła uporczywa biegunka. wytworzyła się przetoka stolcowa i chory zmarł po 9 miesiącach od czasu grypy.

W mojej praktyce był to jedyny przypadek śmierci z gruźlicy, która rozwinęła się w sposób ostry w następstwie zapalenia płuc grypowego. Inni domownicy chorowali w stopniu nieco lżejszym; żona chorego z gruźlicą rozwiniętą, czynną, pozostała od wszelkiego zakażenia wolną. Sądzę nawet, że jej cierpienie płucne mogło się przyczynić do wybuchu ostrej gruźlicy u męża.

W trzech innych przypadkach, w których przeważały zmiany włókniste, zapalenie płuc miało przebieg dosyć burzliwy i okres zdrowienia trwał kilka tygodni. Wreszcie zmiany zapalne w płucach rozeszły się całkowicie, w starych ogniskach nie stwierdzono wcale pogorszenia i stan tych osób do dziś dnia jest zupełnie dobry. U jednej z nich po roku wystąpiło małe krwioplucie, które przeszło bez śladu.

Przypadki te dowodzą, że u niektórych osobników z gruźlicą przewlekłą nawet ciężkie postacie zapalenia płuc mogły przebiegać bezkarnie dla sprawy gruźliczej. W tych razach możliwe są błędy rozpoznawcze. Zmiany, pozostałe po zapaleniu, trwając tygodniami, wobec gorączki i współistnienia starych ognisk szczytowych, budziły czasami podejrzenie świeżej sprawy gruźliczej. Jedna chora z powodu obszernego stłumienia i rzężeń była skierowana do Rudki w czwartym miesiącu choroby z rozpoznaniem gruźlicy, a tymczasem niepokojące objawy fizyczne po kilku tygodniach ustąpiły prawie zupełnie. W takich przypadkach za pozostałościami grypy hiszpańskiej przemawia charakterystyczne usadowienie sprawy zapalnej w dolnej części płuca oraz brak laseczników gruźliczych w plwocinie.

Uważam za konieczne podkreślić, że wśród wymienionych wyżej 37 przypadków ciężkiego zapalenia płuc nie było ani jednego chorego z gruźlicą czynną, więcej posuniętą w rozwoju. Trudno upatrywać w tem tylko szczególny zbieg okoliczności. Jeśli fakt ten będziemy rozpatrywać nie w oderwaniu, ale w związku z innemi danemi epidemjologicznemi, jeżeli zastanowimy się nad przebiegiem epidemji w większych środowiskach gruźliczych, mimowoli nasunie się wniosek, że zmiany gruźlicze płuc stanowiły pewnego rodzaju tamę dla ciężkich i złośliwych powikłań grypy hiszpańskiej.

Podczas najzjadliwszych okresów epidemji 1918 roku grypa występowała u suchotników bardzo rzadko i przybierała najczęściej postać łagodną i lekką. Najważniejszem powikłaniem był nieżyt oskrzeli ze świstami lub rzężeniami wilgotnemi, który po krótszym lub dłuższym czasie ustępował bez śladu i nie wywierał widocznego wpływu na sprawę gruźliczą. Tę postać grypy spostrzegałem u 6 osób z przewlekłą gruźlicą pierwszego i drugiego stopnia. Olbrzymia większość moich prywatnych chorych była wolną zupełnie od grypy. Oczywiście przypadki lekkie z powodów zrozumiałych były niedostępne dla kontroli lekarskiej, nie mogło więc być mowy o prawidłowej rejestracji chorych i porównawczem określeniu częstości tej sprawy u suchotników i zdrowych. W dodatku spostrzeganie dorywcze utrudniało ściśle rozpoznanie. Czasami jakieś małe poruszenie gorączkowe, bliżej nieokreślone albo zależne od sprawy gruźliczej budziło podejrzenie »hiszpanki«, a dalszy samoistny rozwój cierpienia płucnego niesłusznie był uważany za jej bezpośrednie następstwo. To też w ocenie stosunku między grypą hiszpańską i gruźlicą płuc z powodu możliwych błędów rozpoznawczych trzeba zachować niemałą ostrożność.

Wrażenia moje, skreślone tutaj zaledwie w zarysie ogólnym, tak dalece odbiegają od utartych pojęć o stosunku między gruźlicą i grypą, że, chcąc sprawdzić ich słuszność i wyłączyć pierwiastek przypadkowości, wystosowałem odpowiedni kwestjonarjusz do kilku kolegów miejscowych. Wiadomości, dostarczone mi przez kol. E. Kohna, Stawnickiego, Szaniawskiego i Wasilewskiego, potwierdzają w zasadniczych punktach wyniki moich spostrzeżeń. Wśród 60 przypadków zapalenia płuc i oskrzelików, które skończyły

się śmiercią, nie było ani jednego suchotnika z gruźlicą otwartą, więcej rozwiniętą. Zanotowano kilka przypadków obustronnego zapalenia płuc u osobników, gorączkujących poprzednio, z większemi lub mniejszemi zmianami płucnemi, ale choroba zawsze kończyła się pomyślnie i pozostawała bez wpływu na dalszy przebieg gruźlicy. Spostrzegano również kilka przypadków lekkiej grypy bez żadnych powikłań. Bardzo ciekawe spostrzeżenie zakomunikował mi lekarz naczelny szpitala żydowskiego kolega Batawia. W szpitalu tym, liczącym 80 łóżek, suchotnicy w liczbie 40 zajmują pierwsze piętro, reszta chorych mieści się na parterze. W czasie epidemji 1918 r., kiedy grypa hiszpańska grasowała na oddziale chorób wewnętrznych i z powodu powikłań płucnych zabrała 4 ofiary, wśród suchotników nie stwierdzono ani jednego przypadku tej choroby.

Dzięki uprzejmości kol. Dobrowolskiego, zarządzającego obecnie sanatorjum dla chorych piersiowych w Rudce, mogę przytoczyć najważniejsze fakty z przebiegu epidemji wśród chorych Zakładu. W okresie od września do końca grudnia 1918 r. było w Sanatorjum 95 chorych. W czasie tym zanotowano tylko 2 przypadki grypy hiszpańskiej: jeden u chorego ze sprawą gruźliczą o charakterze zapalenia odoskrzelowego w okresie trzecim, drugi, u chorego ze sprawą włóknistą w okresie drugim. Obydwa przypadki skończyły się pomyślnie i chorzy opuścili Zakład z poprawą ogólną i miejscową. W czasie epidemji zimowej 19|20 r. wśród chorych zakładu nie było ani jednego przypadku grypy.

D. n.

Dr. Maksymiljan Blassberg. Kraków.

Uwagi nad objawem Dra Motyki w durze osutkowym.

W roku 1919 opisał lekarz krakowski Dr. Ludwik Motyka (Przegląd lekarski 1919. Nr. 4). charakterystyczny objaw skórny, występujący w początkowych okresach wysypki w durze osutkowym. Po dość silnem uciśnięciu plamki opuszką palca, plamka nie znika pod uciskiem, a otoczenie plamki przez czas trwania ucisku bieleje. Po chwili skóra wraca do pierwotnego stanu, wszelako przy dalszej obserwacji tego samego miejsca zauważa się, że po upływie $^1/_2$ do 1 minuty pierwotnie zbielałe miejsce na nowo staje się białe, a zbielenie to zatacza nieraz coraz szersze kręgi, dochodząc do wielkości srebrnej austrjackiej jednokoronówki, a czasem nawet dwukoronówki. Przyczyn powstawania tego objawu Motyka nie rozpatruje.

Śledząc w licznych przypadkach duru osutkowego, podczas panującej wówczas epidemji, za tym objawem, przekonałem się, że zjawisko to istotnie bardzo wyraźnie i prawie stale występuje, tak, iż objaw ten stanowi, mojem zdaniem, faktyczne cenne wzbogacenie naszego dotychczasowego arsenału rozpoznawczego w durze osutkowym.

Zastanawiając się nad patogenezą tego objawu, dochodzi się do przekonania, że wchodzić tu musi w grę nieprawidłowy stan skurczowy drobnych naczyń krwionośnych skóry, związany ze szczególnemi warunkami, zachodzącemi w durze osutkowym. Jak wiadomo, zachodzą w drobnych naczyniach krwionośnych w przebiegu duru osutkowego swoiste zmiany chorobowe, opisane poraz pierwszy przez Eugenjusza Fränkla, a polegające na bujaniu komórkowem w zewnętrznej błonie tętniczki i tworzeniu się nacieków, które mogą się zlewać i mogą uciskać lub nawet zupełnie zaciskać światło naczynia. Równocześnie śródbłonki błony wewnętrznej naczynia pęcznieją i ulegają rozpadowi, a niekiedy powstaje na pewnej przestrzeni martwica błony wewnętrznej. Otóż, jak wynika z badań Erba, Potaine'a, Romberga i Ortnera, pod wpływem bodźców, działających na chorobowo zmienione naczynia, powstaje nieprawidłowe nadmierne podrażnienie nerwów zwężających i czynny skurcz naczyń, do którego już chorobowo zmieniona ściana naczyniowa sama przez się usposabia. W następstwie takiego skurczu może powstać bezwzględne miejscowe niedokrwienie (*ishaemia*), połączone z silnem zbledniçciem danej okolicy ciała. Zdaniem niektórych autorów (Fleisch), czynnikiem działającym pobudzająco w takich przypadkach jest miejscowe nagromadzenie kwasu węglowego, względnie brak tlenu w tkance dokoła naczyniowej.

W sposób powyżej opisany tłumaczą przytoczeni autorowie kurcz naczyń przy chromaniu przestankowem czyli kulaniu przerywanem (*claudicatio intermittens*) w przebiegu stwardnienia tętnic. W tych przypadkach pod wpływem czynności mięśni powstaje bodziec, który działa na zmienione naczynia i pociąga za sobą czynny skurcz naczynia, a nadto ból ischemiczny, zniknięcie tętnienia w stopie, uczucie zimna oraz widoczne niedokrwienie, połączone z trupio bladą barwą odśrodkowego odcinka kończyny (Ortner). Także i przy dusznicy bolesnej przypuszczają niektórzy autorowie (Neusser) nieprawidłowy skurcz naczyniowy, powstający w naczyniach chorobowo zmienionych.

Główną różnicę w tych zjawiskach analogicznych stanowiłby w takim razie charakter zmian naczyniowych, które w stwardnieniu tętnic są przewlekłe i trwałe, a nieprawidłowy kurcz naczyniowy powstaje pod wpływem czynności mięśni i obejmuje cały narząd lub jego części, gdy natomiast objaw naczyniowo-kurczowy Motyki dotyczy tylko niewielkich przestrzeni skórnych w okolicy wysypki, a ucisk palca wywołuje kurcz w naczyniach, zmienionych pod wpływem ostrego zakażenia durem osutkowym.

Dr. Ryszard Rodziński. Lwów.

Przyczynek do nowotworów złośliwych jądra.

Z Kliniki chirurgicznej we Lwowie. (Dyrektor prof. Schramm).

Rzadkość przypadku oraz trudności rozpoznawcze, jakie się nam nastręczyły, skłaniają mnie do jego opisania.

Sprawa chorobowa dotyczy mężczyzny 34 l., żonatego, bezdzietnego. Obarczenia dziedzicznego brak. Chorób poważniejszych dotychczas nie przebywał. Obecna choroba rozpoczęła się przed 1 $^1|_2$ rokiem nagle gorączką, wymiotami i bólami w prawej stronie jamy brzusznej, promieniującemi do prawego uda oraz ku krzyżom. Lekarze, rozpoznawszy zapalenie wyrostka robaczkowego, doradzali choremu zabieg operacyjny, na który jednak chory się nie zgodził. Wkrótce objawy chorobowe ustąpiły, chory zauważył zaś z czasem w prawej stronie jamy brzusznej guz z początku wielkości jabłka, który stale powiększał się, aż doszedł do wymiarów, jakie stwierdziliśmy, przyjmując go na klinikę.

Stan obecny: Mężczyzna wzrostu średniego, blady, źle odżywiony. Narządy wewnętrzne bez zmian. Zwraca uwagę obustronne wnętrostwo. W dolnej części jamy brzusznej stwierdzamy wypukiem i dotykiem guz wielkości głowy dorosłego człowieka, sięgający od spojenia łonowego do pępka. Guz ten o spoistości twardej, powierzchni gładkiej, na dotyk niebolesny, z podstawą silnie zrośnięty, nieprzesuwalny. Badaniem przez odbytnicę stwierdzamy oporność, pochodzącą od guza wypełniającego jamę Douglasa, a zlewającą się z miąższem gruczołu krokowego. Badanie wziernikiem i cewnikiem niewykonalne z powodu oporu, jaki napotykaliśmy w części sterczowej cewki moczowej. Mocz bez zmian. Wassermann ujemny. Badanie promieniami Roentgena wykazuje obecność guza w jamie brzusznej, nie można jednak określić miejsca jego wyjścia. Rozpoznanie kliniczne brzmiało: mięsak sterczа.

Zabieg operacyjny (prof. Dr. Schramm) wykonano w znieczuleniu eterowo-morfinowem. Jamę brzuszną otworzono cięciem w linji środkowej poniżej pępka. Sieć zrośnięta z guzem tamuje dostęp do niego. Po podwiązaniu i odcięciu jej na szerokiej przestrzeni od guza, oddzielono od tylnej powierzchni przyrośniętą tam pętlę jelita cienkiego, przyczem nie udało się uchronić od naddarcia surowicówki kiszki cienkiej. Ubytek w ten sposób powstały zeszyto natychmiast. Mimo to dostęp do wyłuszczenia guza okazał się niedostatecznym, tak, iż musiano dodać do cięcia pierwotnego cięcie poprzeczne na lewo, przecinające mięsień brzuszny prosty. Dopiero teraz udało się wyważyć guz wklinowany w miednicę małą, przyczem stwierdzono, że od guza biegnie szypuła, gubiąca się w kanale pachwinowym prawym. Po upewnieniu się, że tylna ściana guza, wykazująca wybitne chełbotanie nie jest pęcherzem moczowym, wydobyto guz wiszący ciągle jeszcze na szypule z jamy brzusznej, po podwiązaniu jej guz odcięto. Po usunięciu guza spostrzeżono drugie jądro zdrowe, leżące wolno w jamie brzusznej na lewym talerzu biodrowym, umieszczone na długiem stosunkowo mesorchium. Wygląd jądra i kształt wykazywały typowy obraz raniku. Jamę brzuszną zaszyto na głucho. Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Dwunastego dnia po operacji opuścił chory łóżko.

Po 4-ech miesiącach zgłasza się chory powtórnie do kliniki w stanie bardzo ciężkim z powodu niedrożności przewodu pokarmowego, trwającej według zapodania rodziny, od 5 dni. Badanie kliniczne stwierdziło rzeczywiście niedrożność mechaniczną. W uśpieniu eterowo-morfinowem wykonano laparotomię i przekonano się, że powodem objawów niedrożności były postronki łączące bliznę pooperacyjną z kreską jelita. Po przecięciu ich

i uwolnieniu jelit z ucisku i przywróceniu temsamem drożności, okazało się, że jama brzuszna (otrzewna ścienna i jelitowa) były pokryte guzkami rozmaitej wielkości, których przyrodę nowotworową (przerzuty) stwierdziło później badanie mikroskopowe. Rana zgoiła się rychłozrostem. Przebieg pooperacyjny powikłany był ciężkiemi objawami nieżytu jelit. Chory opuścił jednak klinikę w stanie polepszenia i dotychczas nic o nim nie wiadomo.

Guz wycięty ważył 7 kg. Oglądaniem, jakoteż po przecięciu go, guz przypominał zupełnie stosunki normalne jądra i przyjądrza, jedynie w 30 lub 40 krotnem powiększeniu. Istota jądra spoistością swą i burzą różniła się wybitnie od wyglądu przyjądrza. Podczas gdy przyjądrze barwy białej miało spoistość twardą, więcej zbliżoną do prawidłowej, jądro miało barwę o odcieniu brunatnym, a spoistość miękką, podobną do spoistości narządów zwyrodniałych miąższowo. Ta okoliczność była przyczyną zjawiska chełbotania, które wyczuwaliśmy podczas operacji, tak dalece, że nasuwała się nam nawet wątpliwość, czy nie mamy do czynienia z nowotworem, wychodzącym z pęcherza moczowego. Powierzchnia zewnętrzna części nowotworu, odpowiadająca jądru, gładka, podczas gdy odpowiadająca przyjądrzu guzowata, nierówna. Na dolnym końcu przyjądrza była widoczna szypuła, przypominająca zupełnie wyglądem sznurek nasienny z naczyniami.

Celem badania histologicznego powycinano z rozmaitych miejsc, a mianowicie: części środkowej, odpowiadającej jądru, i części obwodowej, odpowiadającej przyjądrzu, kawałki tkanki, również z miejsc odpowiadających wnęce wyciętego guza. Kawałeczki utrwalono w formalinie, zatopiono w parafinie, a skrawki barwiono hematoksyliną i eozyną.

1. Część środkowa, odpowiadająca jądru, okazuje utkanie przeważnie zrazikowe, alweolarne, przyczem treść zrazików stanowi tkanka złożona z bardzo obfitych jednakowych komórek krągłych, o skąpej pierwoszczy, okrągłem jądrze z wyraźnym zrębem chromatyny. Gdzieniegdzie stwierdza się nieliczne typowe figury karyokinetyczne. Między komórkami można dopatrzeć się skąpej włókienkowej substancji międzykomórkowej, niewątpliwie do niej też należy odnieść brak i wypadanie komórek z poszczególnych alweoli. Przegródki wytworzone są z tkanki łącznej włóknistej, bardzo często mniej lub więcej obficie nacieczonej drobnokomórkowo. Grubość przegródek nie jest wszędzie jednakowa, obok bardzo cienkich stwierdza się grubsze, włókniste pasma tkanki łącznej.

Gdzieniegdzie przebiegają duże włókniste grube pasma tkanki łącznej, barwiące się wybitnie eozyną, a dzielące utkanie nowotworu na większe pola. Naczyń krwionośnych wśród tego utkania prawie się nie stwierdza.

2. Część obwodowa, odpowiadająca niewątpliwie przyjądrzu, okazuje podobne do opisanego wyżej utkanie, z tą tylko różnicą, że owe przegródki tkanko-łącznowe są znacznie grubsze, a tem samem same alweole z mniejszej ilości komórek wytworzone.

Tak część środkowa, odpowiadająca zmienionemu jądru, jak i część odpowiadająca przyjądrzu, otoczone są zgrubiałą włóknistą błoną tkanko-łącznową.

3. W skrawkach, odpowiadających wnęce samego guza, znajduje się tkanka łączna wiotka i tkanka tłuszczowa, a wśród niej obfite naczynia tętnicze i żylne różnej grubości. Niektóre o ścianach nieco zgrubiałych, a w świetle żył spotyka się gdzieniegdzie tkankę nowotworową o typie opisanej, tylko nie zrazikowej budowy.

Nadto stwierdza się poprzecznie przekrojony przewód o ścianach nacieczonych nowotworową tkanką, i wskutek tego o świetle nieregularnem, nieposiadającem żadnej wyściółki, a w zewnętrznej warstwie okazującem tu i ówdzie utrzymaną mięśniówkę. Przewód ten może odpowiadać przewodowi nasiennemu częściowo nowotworowo nacieczonemu.

4. Kawałek tkanki uzyskanej przy powtórnej operacji wykazuje utkanie podobne do opisanego wyżej, z tą tylko różnicą, że komórki okazują pewną znaczną wielopostaciowość. Utkanie całego guza odpowiada zrazikowemu mięsakowi wielko-krągło-komórkowemu. Podobne utkanie guzów wtórnych. Typ komórek odpowiada komórkom stwierdzanym w mięsakach wychodzących z jądra i przypominającym komórki nabłonkowe, co, jak wiadomo, było powodem, że niektórzy uważali nowotwory te za guzy rakowe.

W przypadku opisanym jednak zarówno wygląd komórek, jakoteż obecność włókienkowej międzykomórkowej substancji, a dalej miejscami występujące zatarcie utkania zrazikowego, pozwala na wykluczenie utkania rakowego, a natomiast na rozpoznanie typowego mięsaka zrazikowego.

Odnośnie do naszego przypadku należy podnieść, iż nowotwory jądra pachwinowego są bardzo częstem zjawiskiem, podczas gdy nowotwory jądra brzusznego należą do wielkiej rzadkości. I tak do r. 1906 zdołał w swej dokładnej pracy zebrać Blanck z literatury 18 przypadków nowotworów jądra brzusznego, która to liczba wraz z przezeń opisanym dają sumę 19. Jeżeli do tego dodamy liczbę 3 zebranych od r. 1906 przezemnie i nasz czwarty przypadek, otrzymamy liczbę 23 przypadków. Na wszystkie powyższe przypadki dobre rozpoznanie postawiono tylko 6 razy. Dwóch badaczy (Sabella, Benenati) nie podają, czy rozpoznanie przed operacją postawiono. Eigenbrodt myślał o możliwości istnienia nowotworu jądra brzusznego, nie postawił jednak pewnego rozpoznania. Souligoux i Lecéne, sądząc, że operują jądro pachwinowe, natrafili na pakiet porozszerzanych żył w kanale pachwinowym i dopiero, rozszerzywszy cięcie, natrafili na nowotwór jądra brzusznego. W naszym przypadku postawiono rozpoznanie mięsaka stercza.

Innych przypadków albo zupełnie nie rozpoznano, względnie rozpoznała istotę cierpienia sekcja.

Na podstawie tych trudności rozpoznawczych doszedł Eigenbrodt do wniosku, że w przypadkach guza jamy brzusznej u mężczyzn, którego wyjście nie odpowiada pochodzeniu z jakiegoś narządu umieszczonego prawidłowo w jamie brzusznej, a u których stwierdzamy wnętrostwo, że tam powinniśmy myśleć o nowotworze jądra brzusznego.

Z zestawienia Blancka wynika, że najczęściej dotknięci byli powyższem cierpieniem ludzie pomiędzy 31 a 40 rokiem życia, co i w naszym przypadku odpowiada. W większości przypadków rozpoczynała się choroba nagle bolami w jamie brzusznej, którym towarzyszyły, jak w opisanym przypadku, objawy podrażnienia otrzewnej (gorączka, wymioty). U naszego chorego n. p. rozpoznano ostre zapalenie wyrostka robaczkowego; i Le Conte i Crispin rozpoznali mylnie *apprendicitis perforativa* i dopiero po otwarciu jamy brzusznej odkryli pomyłkę. Jedynie tylko Eigenbrodt miał sposobność odkryć nowotwór z chwilą wystąpienia bolów, inni autorowie odkryli go w tygodnie, a nawet w miesiące po pojawieniu się pierwszych objawów. Z innych dolegliwości opisywanych u tych chorych należy wymienić zaparcie stolca, częste parcie na mocz, bole przy chodzeniu, ogólne osłabienie. Wyjątek stanowi przypadek Riedla, którego chory od 4 lat sam zauważył stałe powiększanie się objętości jamy brzusznej, bole zaś wystąpiły na 8 tygodni przed operacją, wśród której rozpoznano dopiero istotę choroby.

Dotychczas opisane guzy były zazwyczaj umiejscowione na talerzu kości biodrowej, tak, iż nawet w przypadkach, kiedy guz przekraczał linję środkową ciała, można było łatwo domyśleć się miejsca jego wyjścia.

Wyjątek stanowi przypadek Eigenbrodta i nasz, gdzie nowotwory leżały symetrycznie po obu stronach linji środkowej ciała. Dopiero brak jądra w opowiedniej połowie moszen w przypadku Eigenbrodta, a obecność jądra lewego w naszym przypadku wskazywały, z której strony nowotwór wychodzi. Tylko w przypadku Kaeppelina, Le Conte'a i Crispina, jakoteż i w naszym, można było stwierdzić szypułę gubiącą się od wewnątrz w kanale pachwinowym. Wielkość nowotworu wahała się od wielkości jaja kurzego. Największy był prawdopodobnie guz operowany przez Johnsona, dochodzący wagi 16 funtów. Guzy opisane były wszystkie słabo, lub prawie zupełnie nieprzesuwalne względem swego otoczenia. Wyjątkiem jest nowotwór Berlina, który stwierdził guz bardzo ruchomy pomiędzy prostnicą i sterczem, a w 4 tygodnie później podczas operacji znalazł go na prawym talerzu biodrowym. Ta nieprzesuwalność spowodowana krótkiem *mesorchium* może mieć znaczenie rozpoznawcze w odróżnieniu od innych guzów jamy brzusznej.

Badanie przez odbytnicę, wykonane pięciokrotnie, dało dodatni wynik, dwa razy stwierdzając obecność guza w *cavum Douglasii*, podobnie jak u nas, gdzie oporność tam natrafioną odnieśliśmy jako pozostającą w związku ze sterczem. Trudności operacyjne przedstawiały się rozmaicie. Marchand musiał poprzestać na laparotomji, gdyż oddzielenie guza od pęchera moczowego i kiszek nie dało się wykonać. Maydl i Riedel musieli wyciąć kawałek jelita cienkiego, a Riedel miał jeszcze trudności techniczne z dwoma naczyniami krwionośnemi, wchodzącemi od żyły i tętnicy biodrowej do guza. Meiser musiał oddzielać pęcherz moczowy ściśle z nowotworem zrośnięty, a inni i my mieli również liczne trudności do pokonania.

Guzy dotychczas badane okazały się 13 razy mięsakami, 5 razy rakami, dwa razy nowotworami mięszanym t. zn. mięsakami o komórkach nabłonkowych charakteru ra-

kowego. Kahlden opisuje swój nowotwór jako mięsak śluzakowo-wielkokomórkowy, Spencer Wells nie podaje wyniku badania anatomo-patologicznego, a Benenati stwierdza istnienie mięśniaka prążkowano-komórkowego (rhabdomyoma).

Jak już wyżej wspomniałem zwyrodnienie nowotworowe jądra brzusznego jest rzadkością w porównaniu do zwyrodnienia jądra pachwinowego. Przyczynę upatruje wielu badaczy w tem, że jądro ukryte w jamie brzusznej nie jest narażone na urazy, jak jądro pachwinowe. Eigenbrodt tłumaczy zaś przyczynę tem, iż wnętrostwo brzuszne zdarza się znacznie rzadziej, aniżeli pachwinowe. I rzeczywiście, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że według obliczenia Blancka i Tedénata stosunek nowotworów jądra brzusznego do nowotworów jądra pachwinowego wynosi 1 : 5·3, a stosunek jądra brzusznego do pachwinowego 1 : 5·6, musimy dojść do przekonania, że stosunek częstości nowotworów jądra brzusznego i częstości nowotworów jądra pachwinowego pokrywa się w zupełności z wnętrostwem brzusznem i pachwinowem.

Dowiedzioną jednak jest rzeczą, że pewna część nowotworów jądra brzusznego przecież wzięła początek z jądra pachwinowego, a to w ten sposób, iż nowotwór jądra pachwinowego, rosnąc, wsunął się do jamy brzusznej.

Z drugiej strony zaś znane są przypadki nowotworu jądra brzusznego (Mathieu, Maydl, Pike, Meiser), w których w drugim kanale znajdowano jądro pachwinowe zdrowe. Jednem słowem kwestja jest niewyjaśnioną, gdyż brak statystyki stwierdzającej, jak często spotyka się w wypadkach nowotworu jądra pachwinowego niezmienione jądro brzuszne.

W przypadku naszym drugie jądro wolno leżące w jamie brzusznej robiło wrażenie bardzo zanikłego. Niestety nie można było odważyć się na wycięcie z niego skrawka celem badania histologicznego. Chory nasz był żonaty, bezdzietny. To ostatnie wraz z prawdopodobnie widzialnym zanikiem organu dowodzi, że i drugie jądro, chociaż leżące wolno w jamie brzusznej, przecież było nieprawidłowe.

Skłaniałbym się zatem (o ile oparcie się na jednym przypadku może mieć jakie znaczenie) do zdania Eigenbrodta, który powód zwyrodnienia jąder wnętrostwowych widzi nie w ich umiejscowieniu, lecz w przyczynach nieznanych, sprawiających zatrzymanie się ich w drodze zstępowania do moszen.

Dr. Henryk Goldberg. Łódź.

Przyrząd do automatycznej regeneracji lamp roentgenowskich.

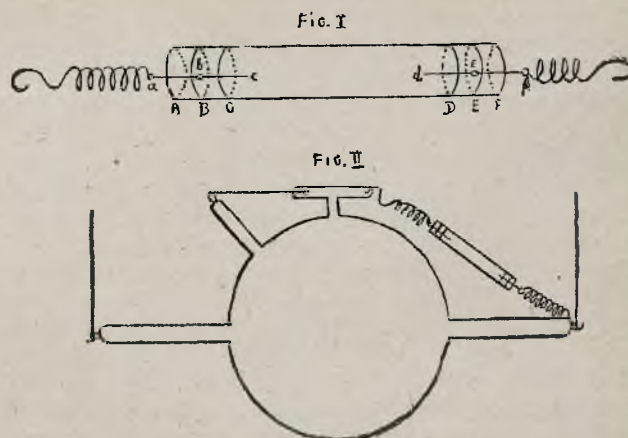
Mechaniczna regeneracja lamp Roentgenowskich (typu Gundelacha i podobnych) posiada słabe strony, o ile idzie o regenerację stałą, np. przy prześwietlaniach, a szczególniej w lecznictwie.

Zwykłe odsuwanie na pewną odległość drucika od katody jest niedogodne, gdyż, nie bacząc na daleko odsunięty kabel katodalny, iskra bije nietylko w guzik, uszko lub pokrywę katody, lecz również w przewodnik lub części sąsiednie, wobec czego regeneracja odbywa się nieprawidłowo, a przy twardych lampach bardzo wolno, grożąc jednocześnie przebiciem lampy.

Pomyślałem zatem, czyby nie można było tej iskry, dowolnej długości, przenieść na inny odcinek drogi pomiędzy katodą i regeneratorem. W tym celu zbudowałem prosty automatyczny regenerator, którego rysunek załączam. (Fig. I.)

Biorę rurkę szklaną, średnicy koło $1\frac{1}{2}$ ctm, w którą wprowadzam dwa korki gumowe, szczelnie pasujące do rurki, grubości koło $\frac{3}{4}$ ctm każdy. Przez środki korków gumowych wprowadzam wewnątrz rurki druciki a b c i d e f, zagięte w postaci uszka w punktach b i c. Zagięcie robię w celu unieruchomienia drucików. Przestrzeń AB i EF zalewam gipsem, umocowując w ten sposób druciki ostatecznie. W punktach a i f. druciki kończą się uszkami, do których przymocowane są sprężynki, zakończone haczykami. Sprężynki zastosowałem, chcąc się uniezależnić od odległości uszka katodalnego od katodalnego końca regeneratora, która to odległość w poszczególnych lampach jest rozmaita.

Zastosowanie przyrządu uwidocznia rysunek Fig. II.



Przekonałem się na podstawie doświadczenia, że ten sposób regeneracji posiada następujące zalety:

1. Niema zewnętrznej iskry, deprymującej wrażliwych chorych, gdyż iskra wewnątrz rurki, szczelnie zalanej, daje tylko słaby szmer;

2. nie potrzeba dbać o położenie przewodników, prowadzących do lampy;

3. regeneracja odbywa się szybko, gdyż cała ilość prądu, przeznaczonego dla niej, idzie przez regenerator, a nie bije w rozmaitych kierunkach;

4. posiadając kilka takich przyrządów, mających ściśle określoną długość iskry, stosuję je w poszczególnych przypadkach już automatycznie, po określeniu twardości lampy zregenerowanej iskrą danej długości. Określenie takie wystarczy jednorazowo. Tak np. każę założyć lampę Nr x i przyrząd o długości iskry 3·5 ctm., dalej zaś, nie sprawdzając twardości lampy, puszczam prąd, dopóki w przyrządzie przeskakują oddzielne iskry. Wtedy lampa jest odpowiednią, zmiękczoną. Jest tu zupełne podobieństwo do działania iskromierza. Jeżeli lampa podczas pracy stwardnieje, przyrząd zaczyna działać automatycznie, zmiękczając znowu lampę.

Dla danej lampy odległość iskry przy danym stopniu twardości jest stałą. Dla lamp różnych istnieją wahania, w nieznacznych zresztą granicach. Doświadczenie przekonało mnie, że naogół długości iskry 3.5 ctm. odpowiada twardość 6—7 We, 4 ctm. — 7—8 We, 4,5 ctm. — 8—9 We. 5 ctm., 9—10 We, 6—7 ctm. — 11—13 We. Są to liczby przybliżone, zależne zresztą również od aparatu;

5. podczas prześwietlania z przesuwaniem lampy dawna regeneracja jest niemożliwa, mój zaś przyrząd czyni ją niezależną od ruchów kabli i lampy. Pozatem iskra, zamknięta w rurce szklanej, oklejonej czarnym lub czerwonym papierem, mało przeszkadza prześwietleniu;

6. w lecznictwie zalety tego sposobu są widoczne, gdyż zbliżają lampy dawne do typu lamp elektronowych. Mamy stałą regenerację, niezależną nawet od personalu, gdyż sam prąd reguluje twardość lampy. Przekonałem się, że taka regeneracja pod względem stałości i łatwości zastosowania ma wyższość nawet nad osmoregulacją i wentylem Bauera.

Dopóki lampa nie zmięknie ponad pożądany stopień regeneracji, przyrząd działa bez zarzutu.

Określam dawkę jakimkolwiek sposobem (Holtzknecht, Fürstenau) dla danej lampy przy określonej odległości, czasie, natężeniu prądu (numer kontaktu) i długości iskry regeneracyjnej, i następnie wydaję personalowi odpowiednie rozporządzenie, np.: Lampa N 12, odległość 25 ctm., 12 minut, 5,2 ctm. iskry, 4 kontakt. Mogę otrzymać niepełną dawkę, o ile lampa nazbyt zmięknie, nigdy jednak nadmierniej. Mając regeneratory o rozmaitej długości iskry, mogę tęsamą lampę stosować w sposób rozmaity pod względem twardości. Ponieważ iskra pomiędzy elektrodami tworzy łuk, więc i w moim przyrządzie obija się ona o ściany rurki szklanej. Im mniejsza odległość elektrod, tem szybciej odbywa się regeneracja, i tem mniejszy będzie łuk iskry. To też dla krótkiej iskry

wystarczy mniejsza średnica rurki; przekonałem się z doświadczenia, że średnica mniejsza, niż $1 \frac{1}{2}$—2 ctm., jest niepraktyczną, gdyż przy twardej lampie iskra żłobi rowek na wewnętrznej ścianie rurki, która wkrótce pęka. Obecnie ulepszyłem swój przyrząd w ten sposób, iż jedna z elektrod jest przesuwalną w postaci śruby, dzięki czemu możemy dowolnie zmieniać długość iskry.

Próbowałem zrobić jednę elektrodę śpiczastą, drugą zaś płaską, przekonałem się jednak, że w tym przypadku zbyt wiele iskier bije w ścianę, zamiast w elektrodę. Dla bardzo długiej iskry wypadnie rurce nadać kształt gruszki.

Przyrząd został złożony do opatentowania.

Z praktyki.

Dr. Marja Świgostowa, b. sekundarjusz szpitala. Lwów.

Komosa czerwiogubna (*Chenopodium anthelminticum*), jako środek przeciw węgorkowi jelitowemu (*anguillula intestinalis*).

Z oddziału wewnętrznego II. Szpitala powszechnego we Lwowie. B. Kierownik: Prof. Dr. Rencki.

Czerwiogubna komosa rosnąca w Ameryce (Pensylwania, Brazylia) używaną była w swej ojczyźnie od niepamiętnych czasów przeciw czerwiom jelitowym. W Europie (Francja) stosowano ją w tym celu od 1805 r. (Calmet), później jednak wychodziła stopniowo z użycia i dopiero Brüning zwrócił na nią w 1907 r. uwagę i wprowadził jako lek czerwiogubny głównie przeciw glistom. Za Brüningem poszli inni badacze (Gockel, Riff, Schüffner, Vervoort) i stwierdzili dużą wartość środka przy usuwaniu najrozmaitszych pasorzytów jelitowych (tasiemce, tęgoryjec, włosogłówka, owsik), zaprzeczyli jednak po części przyjmowanej poprzednio nieszkodliwości tegoż dla ludzkiego ustroju, o ile dawka była za duża lub organizm leczonego zbyt wrażliwy na zawarte w komosie substancje; prócz niewinnych działań ubocznych (zmiany naczynioruchowe, zaburzenia czuciowe, nudności) widzieli bowiem poważniejsze objawy, jak następową głuchotę, zaburzenia oddechowe, M. Ryhiner zaś opisał nawet dwa przypadki zejścia śmiertelnego u dzieci. Pasorzytem, przeciw któremu używano głównie olejku komosowego, była zazwyczaj glista ludzka. Pod działaniem wspomnianego leku wpadają te robaki w stan chwilowego odrętwienia i dają się w tym czasie łatwiej usunąć z przewodu pokarmowego środkami przeczyszczającymi. Z innych czerwi usuwano komosą tasiemce, włosogłówkę i owsik, nigdy natomiast nie stosowano tego środka przeciw węgorkowi jelitowemu i to właśnie skłoniło mię do opisania przypadku wyleczonego tym sposobem.

Węgorek jelitowy należy do dużej rodziny zaliczanej do gromady nicieni (*nematoda*). Rodzina węgorkowatych ma w przyrodzie wielu przedstawicieli (w. pasorzytne z pszenicy, buraków, żyta i i.) a najdłużej z nich ukrywał się przed okiem badaczy węgorek jelitowy. Odkrył go w r. 1876 Normand jako przyczynę biegunki kochinchińskiej. Badania dalsze, prowadzone przez odkrywcę i innych autorów, doprowadziły do bardzo ciekawych wyników, wyłuszczonych dokładnie w pracy W. Ziembickiego z r. 1905, a dotyczących tak biologji pasorzyta, jak też i wpływu jego obecności w przewodzie pokarmowym na ustrój ludzi. Obecność ta nie jest dla ustroju obojętną. Węgorek usadawia się w błonie śluzowej jelit cienkich (najczęściej w obrębie gruczołów Lieberkühna) i może, nieraz, dłużej przebywając w jelicie, doprowadzić do znacznych spustoszeń w śluzówce (Kurłow), wciskać się w błonę podśluzową (Askanazy), do naczyń, powodować krwiotoki i przedostawanie się embrjonów do krwi (Teissier, Potain). Żywiąc się mleczem (*chylus*) i wydzielając nieobojętne dla ustroju substancje, powoduje znaczną niedokrewność i szereg objawów, świadczących o ogólnem zatruciu (zmiany naczyniowo-ruchowe i wydzielnicze, eozynofilia i t. p.). Nie u każdego osobnika są objawy te same. Są ludzie, znoszący węgorka bardzo dobrze (Roux, Grassi, Paron), inni oddziaływują nań biegunką (Normand, Bavay, Laveran), u niektórych wysuwa się niedokrewność na plan pierwszy (Perroncito), przeważnie zaś objawy są mięszane i bardzo różnorodne (W. Ziembicki, W. Czernecki, T. Hołobut) — słowem jest znów widocznem, że jakość ustroju ma bardzo ważny wpływ na całość obrazu chorobowego przy każdem schorzeniu. Przypadek spostrzegany przezemnie na oddziele wewnętrznym II. Szpitala powszechnego we Lwowie przedstawiał się jako kombinacja objawów chorobowych ze strony przewodu pokarmowego (wymioty, biegunka, krew w stolcach) z objawami przyrody ogólnej, jak znaczne wychudzenie, obrzęki i niedokrewność.

Dotyczył on osoby przyjętej na oddział 25. III. 1919 roku, która w wywiadach podała, iż od dłuższego czasu ma upośledzone łaknienie, niekiedy wymiotuje i często oddaje stolce, w których nieraz zauważyła domieszkę krwi. Od czasu choroby zbladła, czuje się bardzo słabą, chodzić nie może, a w ostatnich czasach spostrzegła obrzęk twarzy i kończyn.

Badanie przedmiotowe stwierdziło znaczną bladość skóry, obrzęk twarzy i kończyn dolnych, bardzo podupadłe odżywienie, zagęszczenie szczytów płucnych, powiększenie wątroby i śledziony oraz małą ilość wolnego płynu w jamie brzusznej. Ciepłota ciała 38·4° C. Tętno 86. Mocz bez zmian, taksamo i treść żołądkowa. We krwi: 2,470,000 ciałek czerwonych o wskaźniku barwnym bliskim jedności (0·911), poikilocyty; ciałek białych 5700, a wśród nich 74% leukocytów wielojądrzastych o ziarnistości obojętnochłonnej, 6% leukocytów wielojądrzastych o ziarnistości kwasochłonnej, 19% limfocytów, a 1% komórek tucznych. Ze względu na podane w wywiadach skargi, świadczące o nieprawidłowej czynności przewodu pokarmowego oraz ze względu na wynik badania cytologicznego krwi przeprowadzono bardzo szczegółowe badanie stolca, które stwierdziło w nim, prócz pozostałości pokarmowych, śluzu i ciałek czerwonych krwi, bardzo liczne okazy węgorka jelitowego.

Rozpoznanie było jasne; chodziło więc tylko o możliwie rychłe usunięcie cierpienia.

Wiadomo, że węgorek należy do pasorzytów nader odpornych wobec używanych leków czerwiogubnych. Leki zalecane przeciw niemu jak salol, paproć, tymol (Golgi, Monti, Seyfert) i chloroform (Riva), nie okazały się niezawodnemi, co też w odniesieniu do pierwszego, drugiego i trzeciego z wymienionych leków oraz santoniny, mieliśmy sposobność stwierdzić w naszym przypadku.

Jedynie Preti, stosując glicerynę, osiągnął w kilku przypadkach obecności węgorka zupełne wyleczenie. Autor ten polecał glicerynę w podwójnej dawce per os, pierwszą w ilości 25 gr wprost, a drugą 25 gr tuż zaraz po niej w kapsułkach żelatynowych, a w dwie godziny później wprowadzał 30 gr. gliceryny do odbytnicy.

Ponieważ w r. 1919 gliceryna nie była łatwą do nabycia, zalecił prof. Rencki użyć niestosowanego dotychczas środka w przypadkach anguillulozy — olejku komosowego, który to lek podawał z powodzeniem w kilku przypadkach czerwiwości (tasiemce, glisty). Po poprzedniem podaniu olejku rącznikowego zastosowano przez dwa następne dnie 3 razy dziennie w odstępach dwugodzinnych (8 rano, 10 przed poł. i 12 w poł.) po 16 małych kropli (z kroplomierza!) — podając na zakończenie w 1—2 godzin po ostatniej dawce 2 łyżki oleju rącznikowego. Lek o przykrej woni i smaku podawano na miałkim cukrze w opłatku przy popijaniu herbaty lub czarnej kawy. Chorzy pozostawali przez czas leczenia w łóżku. Dawka dla dzieci wynosi najwyżej tyle razy po 2 krople, ile dziecko ma lat, nie przekraczając jednak 8 kropli na dawkę. Leczenie w razie potrzeby może być powtórzone 1—2 razy w odstępach tygodniowych.

Leczenie to zalecono w opisanym przypadku. Już po pierwszem leczeniu stan podmiotowy chorej wyraźnie się poprawił, łaknienie stało się lepsze, ustąpiły wymioty; badanie stolca wykazywało bardzo obfitą ilość pasorzytów. Ponowiono leczenie po tygodniowej przerwie, poczem stwierdzono w stolcach tylko nieliczne egzemplarze węgorka, a po trzeciem leczeniu, w 7 dni później, nie wykazano więcej pasorzyta w kale. Od chwili zniknięcia węgorków przychodziła chora szybko do siebie, odżywienie ogólne stawało się z każdym dniem lepsze, znikły obrzęki, ustąpiła niedokrewność i chora, zyskawszy 10 klgr. na wadze, opuściła oddział w pomyślnym stanie.

Przypadek ten może służyć za dobry przykład skuteczności olejku komosowego w tych przypadkach czerwiwości, w których zawodzą inne leki czerwiogubne, pamiętać jednak należy, iż środek nie jest obojętnym dla ustroju i jedynie

przy ścisłem przestrzeganiu dawkowania można być pewnym jego nieszkodliwości.

Piśmiennictwo. Dr. W. Ziembicki: O węgorku jelitowym (Gaz. lek. 1905) — Dr. Preti: Das Glycerin in der Behandlung der Anguillulose (Therap. Monatschr. 1910). — A. Riff. Contre les ascarides l'huille essentielle de chenopodium anthelminticum (La Presse médicale 1921 Nr 54.).

---

† Dr. Edward Zieliński. Warszawa

Czy można zbadać zadawalająco 200 żołnierzy w ciągu 8 godzin?

Na pierwszy rzut oka zdaje się to być rzeczą niemożliwą, a zarzut niesumienności jak najbardziej uzasadniony. Tak jednak nie jest. Przy pewnej wprawie klinicznej i pewnym planie uproszczonego badania jest to wykonalne jak najzupełniej. Przedewszystkiem, aby zaoszczędzić sobie czasu, każemy rozebrać się badanym i wpuszczać ich już rozebranych. Gdy żołnierz taki idzie ku lekarzowi, ten ostatni jednym rzutem oka ocenia chód, symetrję ciała, stan skóry (jej sinicę ewentualną, obecność wykwitów na niej, lub wyniosłości). Przy odchylaniu powiek z łatwością wykrywa się nietylko jaglicę, zapalenie zakaźne łącznicy oka, ale jednocześnie zauważyć nie trudno anizokornię, myozę, kolobomy, oraz wybroczyny punkcikowate dookoła oczu w skórze. Przy badaniu jamy ust za pomocą drewienka płaskiego lub szpatułki stwierdzamy brak zębów, stan języka, odciski na nim i przygryzienia. Jednem spojrzeniem na klatkę piersiową przy głębokiem oddychaniu widzimy zapadnięcia, nadmierne wciąganie międzyżebrza. Wypukiwanie całkowitej klatki piersiowej w tych tylko razach należy uskuteczniać, w przypadkach zaś klatki piersiowej oddychającej symetrycznie ograniczyć się można do wypuku wierzchołków i granicy górnej i lewej serca. Ograniczenie się tymi tylko punktami jest usprawiedliwione przez to, że proces gruźliczy zwykł się umiejscawiać przedewszystkiem w wierzchołkach, a zaś zmiany granic serca będą wskazówką rozstrzeni lub przerostu serca; granica zaś prawa może być tylko wówczas określaną, gdy dwie pierwsze do tego nas zmuszą. Podobnież wysłuch można też ograniczyć do wysłuchania wierzchołków płuc, a w sercu do wysłuchiwania zastawki dwudzielnej i tętnicy głównej. Wada zastawki trójdzielnej zaznaczyłaby się u żołnierza napewno już po pierwszym marszu lub nieprzespanej nocy — sinicą, dusznością, tętnem żylnem; wady zaś tętnicy płucnej należą do białych kruków i zaznaczają się też wybitnie. Badanie brzucha należy wykonywać tylko wówczas, gdy przy oglądaniu jego uderza nas nieproporcjonalność wymiarów od wyrostka mieczykowatego do pępka i od pępka do spojenia łonowego. Nadmierna długość i wypukłość pierwszego wymiaru przemawia za cierpieniem żołądka (rozstrzenią jego) lub powiększeniem wątroby lub śledziony, drugiego zaś dolnego, — za chorobą kiszek, gromadzeniem płynu w jamie otrzewnej, za guzem w miednicy lub brzuchu. Przez lekkie uszczypnięcie badanego dla oceny grubości skóry — możemy oddzielić podejrzanych o przewlekłe zapalenie nerek lub cukrzycę, o ile skóra sama (bez tkanki podskórnej) jest wybitnie gruba i twarda (zwierzęca); na pierwsze z tych cierpień wskazać powinno też i przesunięcie granicy serca na lewo przy braku szmeru. Przerost serca bez wady sercowej towarzyszyć zwykł przewlekłym cierpieniom nerek. Każąc badanemu nadąć się przy zaciśnięciu jednoczesnem nosa i zamknięciu ust, stwierdzić łatwo przepukliny: nadbrzuszną, pępkową, pachwinową, udową. Oględziny członka ograniczyć można do obejrzenia otworu zewnętrznego, czy jest suchy, niezaczerwieniony i nieobrzmiały. Obecność rozszerzenia naczyń sznurka nasiennego lub zapalenia jąder uwidocznia się wówczas sama; przez ustawienie żołnierza na palcach nóg, uwypuklamy sobie rozszerzone żyły na goleniach, przez uklęknięcie zaś na krześle płaskie stopy. Rzutem oka za odchodzącym oceniamy kręgosłup, jego skrzywienia, ewentualnie wystawanie kręgów dotkniętych próchnicą.

Cały ten przegląd normalnie zabiera nie więcej niż 1—2 minut czasu i pozwala wykryć zasadnicze cierpienie.

Taką drogą badania posługując się, w ciągu 8-miu godzin u 200 żołnierzy udało się wykryć: 60 przypadków jaglicy, 2 nierówności źrenic, 1 brak odruchu źrenicowego (u chorego z wiądem rdzenia), 1 wybroczyn punkcikowatych podskórnych dookoła szpary ocznej po świeżym napadzie padaczki, 1 szczeliny w tęczówce, 2 blizny na rogówce po zapaleniu rogówki, 1 pogryziony język u chorego na padaczkę, 20 przypadków zgęszczeń płucnych, 1 zwężenia ujścia lewego żylnego, 2 niedomykalności tętnicy głównej, 3 blizny kostne na obojczykach, 1 zapalenie otrzewnej (prawdopodobnie gruźlica), 1 pęknięcie kręgów, 1 rozstrzeń żołądka przy objawach *„syndrome pylorique"* franc. autorów, 6 przepuklin nadbrzusznych, 3 pachwinowe, 4 pępkowe, 2 rozszerzenia naczyń sznurka nasiennego, 3 żylaki goleniowe, 1 przypadek licznych bolesnych tłuszczaków (choroba Derkuma), 1 łuszczycy kropkowatej, 1 zapalenia żołędzi członka. Jak widać z powyższego, nawet tak skrócone badanie może doprowadzić do bardzo ciekawych wyników i do oddzielenia osobników niezdolnych do służby czynnej frontowej. Na jedno jeszcze muszę zwrócić szczególniejszą uwagę i zachęcić kolegów do nieponiechania badania w tym kierunku, a mianowicie na stan mięśni u żołnierzy: czy są one naprawdę w stanie podjąć pracę, jakiej wymagać będzie od nich służba. Często słyszeć można skargi i pomstowania na lenistwo żołnierzy, na uchylanie się od pracy, na niezdolność ich do sypania szańców, kopania okopów, naprawy dróg itp. Te na pierwszy rzut oka, zdawałoby się, słuszne zarzuty, rozwiały się jednak, gdym poddał bardziej szczegółowemu badaniu układ mięśniowy tych leniuchów. Pokazało się, że mięśnie ich nie mogą zdobyć się na większą wydajność pracy. U wszystkich tych nieszczęśliwców można było wywoływać przez zwyczajne opukiwanie t. zw. idjomuskularne skurcze, a nawet niekiedy i objaw »arfy« — na mięśniach piersiowych, na dwugłowych mięśniach ramion, na mięśniach łopatkowych, a nawet czasem i lędźwiowych. Występujące wówczas u nich bolesne guziczki i wałeczki nie rozchodziły się niekiedy i po $^1/_2$ minucie. Oczywiście mięśnie, które dają taki odczyn na uderzenie palcem lub młotkiem, nie są zdolne do natężonej długotrwałej pracy. Zmiany takie znajdowałem stale u żołnierzy po 40 roku życia (u 58-miu na 62, którzy przekroczyli ten wiek). Szczególniej wybitnie występowały u rolników; te zaś 4 przypadki, gdzie, pomimo wieku, objawu mięśniowego nie było, dotyczyły mieszczan (rzemieślników) względnie zamożniejszych i dobrze odżywionych. U młodszych poniżej lat 40-tu objaw ten występował tylko w razie wycieńczenia ogólnego (np. przy gruźlicy); przyczem zauważyć wówczas można było jednostronne jego zjawianie się lub niejednakowe natężenie po obu stronach; niekiedy po jednej stronie występowały tylko bolesne guziczki, gdy po stronie przeciwnej już miał miejsce objaw »arfy« z pozostawieniem po sobie długotrwałego bolesnego wałeczka; u suchotników występuje to zawsze wyraźniej po stronie bardziej zajętej gruźlicą. U tych ostatnich prócz powyżej opisanych zmian w mięśniach klatki piersiowych otrzymywać można ciekawy bardzo skurcz mięśnia podskórnego szyji po stronie dotkniętej gruźlicą przy uderzeniu wskazicielem po obojczyku. O ile by udało się wykazać na większej ilości chorych, że objaw ten występować zwykł dość wcześnie, nabrałby on doniosłego znaczenia przy rozpoznawaniu wczesnych okresów gruźlicy płucnej.

Zapiski lecznicze.

Czkawkę epidemiczną leczy Fuld z powodzeniem przez wprowadzenie na parę minut zgłębnika żołądkowego (Berl. Kl. W. 1921. Nr. 96). Referent widział znakomitą poprawę po atropinie zadanej podskórnie u chorych z objawem Aschnera t. j. kiedy ucisk gałek ocznych wywołuje wyraźne zwolnienie tętna.

Adrenalina przy krzywicy. W przypadkach krzywicy, nieustępujących zwykłym środkom, stosuje z powodzeniem adrenalinę: trzy do czterech razy dziennie podskórnie po 0,3 Suprarenini hydrochl. Hoechst (rozczyn 0,1%), dochodząc do 0,5 na dawkę. Jednocześnie przetwory wapnia, np. Calc. carbon. (Münch. m. Woch. 1922 Nr. 46).

Stosowanie dożylne euphylliny. Zamiast diuretyny stosują obecnie z powodzeniem przy dusznicy bolesnej euphyllinę dożylnie. Guggenheimer radzi rozcienczać zawartość oryginalnej

rurki roztworu euphylliny (2 cm.[3]) ośmiu centymetrami sześciennemi wody (*aqua bisdestillata*) a całą ilość 10 ctm.[3] wprowadzać do żyły wolno w ciągu dwu do trzech minut. W chwili napadu dusznicy bolesnej zastrzykiwania takie należy wykonywać dwa razy dziennie; później raz dziennie, następnie co drugi dzień. Należy uprzedzić chorego, że po tym leku występuje czasem uczucie gorąca w głowie. Ten sposób leczenia stosuje i przy osłabieniach mięśnia sercowego wszelkiego pochodzenia. (Therap. Halbmonatsh. 1921 Nr. 18).

Sprawozdania poglądowe

Dr. Marja Felauer-Skłodowska. Łódz.

Ogólne zasady i technika curieterapji.

Curieterapja [1]) nie jest jeszcze działem medycyny o metodach jednolitych i ustalonych. Młoda ta gałęź lecznictwa znajduje się dopiero w okresie poszukiwania metod właściwych, a opierając się na coraz to obfitszym i ściślejszym materjale zarówno badań doświadczalnych, jak i spostrzegania klinicznego, kroczy naprzód powoli, lecz stale, zdobywając coraz bardziej doskonałą i celową technikę, a z nią i coraz rozleglejszy zakres działania.

Dlatego, iż jest nauką dopiero «*in statu nascendi*», curieterapja w dziedzinie techniki przedstawia znaczne różnice nietylko w Wiedniu, Paryżu lub Nowym-Jorku, lecz zmienia tę różną technikę w obrębie jednej i tej samej szkoły i wprowadza w niej daleko idące zmiany nieraz w ciągu krótkiego czasu.

Technika, którą chcę przedstawić, jest przedewszystkiem ta, z jaką zapoznałam się obecnie w Paryżu na wprowadzonym przez Dra Regaud oddziale terapeutycznym »**Instytutu radowego**», przeznaczonym wyłącznie do badań nad nowotworami złośliwymi i ich leczeniem. Pokrótce wspomnę o nowszej technice stosowanej w Austrji, Niemczech, Ameryce i Anglji.

Dla zorjentowania się w danej technice i ocenienia jej wartości należy: 1) poznać główne własności radu fizyczne i biologiczne, choćby w najogólniejszych zarysach, 2) uprzytomnić sobie, co za pomocą curieterapji skutecznej osiągnąć należy i co osiągnąć można wobec warunków, z jakimi spotyka się ona w działaniu na tkankę nowotworową w organizmie.

W curieterapji stosuje się rad lub emanację [2]); czynnikiem leczniczym nie jest jednak ani rad, ani emanacja. Leczenie radem jest to leczenie promieniami. Rad wprawdzie wydaje ustawicznie, zarówno jak i emanacja, t. zw. promienie α, te jednak nie odgrywają z curieterapji żadnej roli [3]): są one tak miękkie, że ulegają pochłonięciu już przez same ściany naczyńka, mieszczącego ciało radjoaktywne i do tkanek się nie dostają. Czynne w lecznictwie są tylko promienie tak zw. β i γ wysyłane przez ciała, będące dalszym produktem rozpadu radu. Część bowiem atomów radu rozkłada się ustawicznie, wytwarzając: 1) promienie α i 2) nowe ciało, gaz, t. zw. emanację; emanacja wytwarza znów promienie α i tak zw. rad A, rad A daje promienie α i rad B, a rad B — rad C; z ostatniego powstaje kolejno rad D, E i F. Rad B i C są właśnie ciałami, które wysyłają promienie β i γ; dwa te ciała wraz z radem A stanowią t. zw. osad czynny (*depot actif*) [4]).

Rad, jak powiedziano wyżej, ulega bezustannemu rozpadowi. Po latach około 1700 z danej ilości radu pozostanie tylko połowa. Połowę »życia« ciała radjoaktywnego nazwano jego okresem.

Jeśli umieścimy rad w szczelnie zamkniętem naczyniu wydzielona emanacja będzie się w niem gromadzić. Emanacja jednak sama ciągle ulega rozpadowi (okres emanacji wynosi niecałe 4 dni). Przez pewien czas wytwarza się emanacji więcej, niż się jej rozkłada, zużywa [5]), dlatego następuje nagromadzenie się tego gazu w naczyniu. Po pewnym jednak czasie, po dniach 30-tu, ilość emanacji rozkładającej się w jednostce czasu dorównywa tej, która powstaje w ciągu tejże jednostki czasu; z daną chwilą ilość emanacji w naczyniu osiąga swoje maximum, którego już nie przekroczy, następuje dla niej tak zwany stan równowagi radjoaktywnej.

Rad A, B i C stanowią t. zw. osad czynny, są to ciała o bardzo krótkim okresie (3, 26, 19 minut) i również od pierwszej chwili powstania stale się rozpadają. Stan równowagi radjoaktywnej następuje dla nich po 3—4 godzinach; skład promieniowania staje się wówczas jednostajny, gdyż osad czynny wytwarza się odtąd i rozpada według pewnego właściwego mu prawa. Pomiar zatem wykonany raz jeden we 3—4 godziny po napełnieniu rurki emanacją pozwoli w każdej chwili oznaczyć ilość emanacji pozostałej, więc i emanacji zużytej [6]).

Za jednostkę emanacji przyjęto ilość emanacji, pozostającej w stanie równowagi radjoaktywnej z 1 gr. radu. Ilość ta, nazwana curie, wynosi 0.59 mm^3. (przy ciśnieniu 1 atmosfery i $+ 15^0$ C.).

Ta sama miara może stosować się i do radu. 1 gr. radu w stanie równowagi radjoaktywnej wytwarza w ciągu 1-ej godziny 0.00751 curie'ch emanacji, zatem 1 mgr. wytwarza tyleż milicurie'ch, a ponieważ w stanie równowagi radjoaktywnej powstaje tyleż emanacji, wiele się jej i zużywa, więc przy działaniu 1 mgr. radu w ciągu godziny ilość emanacji zużytej wynosi 0.0751 mc.

Rurka z radem jest nieustającem źródłem promieniowania; rurka z emanacją jest także źródłem tegoż samego promieniowania, temczasowem, gdyż emanacja oddzielona od radu wciąż się rozkłada, ale się już nie odtwarza (po 4 dniach pozostaje $^1/_2$ pierwotnej ilości, a po miesiącu już tylko 0.004).

Promienie β zarówno, jak i γ, są różnolite, ich szybkość i przenikliwość są różne: mamy cały szereg stopniowań od β najmiększych do β najtwardszych i od γ najmiększych do γ najtwardszych. Skierowane na tkanki promienie miękkie ulegają pochłonięciu przez warstwy powierzchowne, promienie twarde przenikają głęboko. Przepuszczając promienie przez dowolnie dobrane pod względem jakości i grubości ciało — filtr, możemy otrzymać promienie coraz bardziej twarde, aż do najtwardszych. Różne ciała pochłaniają tem większy % promieni, im gęstość ich jest większa, dlatego na filtry używa się metali o największej gęstości, szczególniej, gdy idzie o otrzymanie promieni γ najtwardszych; najcenniejszy więc materjał na filtry stanowi platyna. Z innych ciał używane są: ołów, srebro, złoto, mosiądz. Przy przechodzeniu jednak promieni przez metale powstaje t. zw. promieniowanie wtórne, miękkie, o działaniu silnie żrącem. Dla zatrzymania go filtry metalowe pierwotne otaczamy filtrami wtórnymi z ciał o małej gęstości, jak glin, gutaperka, wosk, gaza, papier itp. Filtr platynowy grubości 0.6 mm. zatrzymuje wszystkie miękkie β i γ; 1 mm. platyny przepuszcza tylko γ twarde, 1.5 mm, platyny, γ najtwardsze. Przy 0.3—0.4 mm. platyny przechodzi poza filtr znaczna część promieni β.

Promienie miękkie wywierają na tkanki ogólne działanie żrące, niszczą tkanki masowo; promienie γ, w szczególności zaś γ najtwardsze, mają głównie działanie elektywne, tj. uszkadzają pewne tylko komórki, a ściśle mówiąc, komórki, znajdujące się w pewnym okresie życia. Są one rodzajem swoistego jadu dla chromatymy jąder komórkowych, zabójcze zatem ich działanie dosięga komórkę przedewszystkiem w chwili, gdy w niej zachodzą w stopniu naj-

---

[1]) Leczenie radem nazwane zostało we Francji curieterapją — od nazwiska Marji Curie — przez analogję do roentgenoterapji.

[2]) W Ameryce stosuje się nadto tak zw. osad czynny w postaci wstrzykiwań.

[3]) Prócz w przypadku wstrzykiwań osadu czynnego.

[4]) Promienie α i β są to promienie cząsteczkowe (korpuskularne); α przedstawiają atomy helu, opatrzone ładunkiem elektrycznym dodatnim, β — są elektronami). Promienie γ podobnie, jak promienie α, są wibracyjne, polegają na drganiach eteru.

[5]) Dlatego, że ilość powstającej z emanacji jest proporcjonalna względem czasu, a ilość rozkładającej się, jest proporcjonalna względem całej ilości emanacji.

[6]) Specjalna tablica pozwala wykonać to obliczenie szybko i z łatwością.

bardziej intensywnym procesy zależne od chromatyny, w chwili więc silnie wzmożonej przemiany materji oraz w okresie szybkiego dzielenia się. Dlatego to zabójcze działanie promieni γ dotyka w pierwszej linji komórki nowotworów złośliwych, jako pierwociny młode, niezróżnicowane i znajdujące się w stanie wzrostu oraz podziału bardzo wzmożonego. Curieterapja posługuje się promieniami γ twardymi, gdy, działając odzewnątrz na tkanki nowotworowe, usiłuje uniknąć uszkodzenia tkanek powierzchownych, normalnych, a jednocześnie uzyskać jak największą r ó w n o m i e r n o ś ć naświetlenia. Promienie miększe są użyteczne tylko wówczas, gdy w sferze ich działania znajduje się wyłącznie tkanka nowotworowa (w przypadku ognisk radjoaktywnych umieszczonych wewnątrz nowotworów). Jednak promienie i β i γ przy naświetlaniu dostatecznie słabem lub krótkiem działają p o b u d z a j ą c o na komórki, wywołując w nich wzmożenie procesów życiowych. Z drugiej strony, nietylko promienie β, ale i γ, jakkolwiek w znacznie mniejszym, niż β, stopniu, działają także szkodliwie na wszystkie tkanki i przy odpowiedniej dawce wywołać mogą ich obumarcie.

Podstawę zatem curieterapji stanowi działanie promieni γ najtwardszych. Godzą one śmiertelnie, niby celne strzały, w komórki nowotworowe przyczajone wśród tkanek pozornie zdrowych, gdzie ich ani oko chirurga dostrzec, ani nóż jego dosięgnąć nie jest w stanie. I jeżeli działanie promieni miękkich, które niszczą bez w y b o r u, m a s o w o wszystkie pierwociny żyjące, może zostać zastąpione przez zabieg operacyjny, to działanie e l e k t y w n e promieni γ najtwardszych rozstrzyga decydująco w odpowiednich przypadkach o stanowczej przewadze radolecznictwa nad chirurgją. C. d. n.

Oceny i sprawozdania.

Higjena szkolna, podręcznik zbiorowy dla kierowników szkół, nauczycieli i lekarzy szkolnych, pod redakcją dr. Stanisława K o p c z y ń s k i e g o, naczelnika Wydziału higjeny szkolnej w Ministerstwie W. R. i Oświecenia publ. Współpracownicy: dr. M. Biehlerowa, Prof. Czernecki (Lwów), dr. Falski, dr. Gromski, arch. Halewiński, dr. Jarecki, dr. Jaroszyński, dr. Klęsk (Kraków), dr. Łyskawiński, dr. Matusewiczówna, dr. Mitkiewicz, prof. dr. Nawroczyński, dr. Ołtuszewski, prof. dr. Piasecki (Poznań), dr. Karp-Rottermund, Major Sikorski, dr. W. Sterling, dr. Strumiłło, dr. Szmurło. Ze 100 rysunkami i tablicami w tekście. Stron 817. Wydawnictwo M. Arcta w Warszawie 1921.

Dobra książka nie obawia się krytyki. Wymienię więc tu tylko to, co mi się wydaje ujemnemi stronami „Higjeny szkolnej".

Pod pewnym względem należy do nich opracowanie podręcznika siłami zbiorowemi, i to przez dwudziestu autorów. Wprawdzie dzięki temu wykonano pracę i wydrukowano książkę zdumiewająco szybko, a wszystkie rozdziały, napisane przez praktycznych znawców, są rozprawami w najlepszem tego słowa znaczeniu, oryginalnemi, opartemi na własnem doświadczeniu i na własnym wyrobionym sądzie; wprawdzie inicjator i redaktor podręcznika sam dokazał nielada sztuki nietylko przez sprężystą organizację całości, ale przedewszystkiem przez znaczne dostrojenie jej wszystkich części do zasadniczego tonu i pewnego umiaru; niemniej, mimo wszelkiego uznania dla zakresu i dla dotychczasowych skutków tej pracy, nie można jej jeszcze uznać za skończoną i nie wymagać udoskonalenia następnego wydania. Dostrzega to i sam redaktor, zwłaszcza co do objętości pewnych rozdziałów, zwracając już w przedmowie uwagę, że n. p. rozdział o wychowaniu fizycznem będzie musiał być w drugiem wydaniu rozszerzony. Zdaje mi się, że to samo ze względu na najszersze koło czytelników podręcznika, to jest ze względu na koła nauczycielskie — dotyczy rozdziału o rozwoju fizycznym dziecka i rozdziału o chorobach wieku szkolnego; zbyt treściwe wydają mi się także ustępy o szkołach i urządzeniach dla dzieci słabowitych i o harcerstwie. Nasuwa się też pytanie, czy w drugiem wydaniu nie należałoby zebrać w jednym osobnym ustępie uwag o pozaszkolnej higjenie wieku szkolnego i czy z praktycznych względów nie byłby pożądany osobny ustęp o higjenie młodzieży żeńskiej? Rozumiem trudności, które zwiększanie pewnych rozdziałów i włączanie nowych ustępów lub zestawień musi sprawić co do objętości i co do planu dzieła; ale trudności te pokona redakcja w drugiem wydaniu z pewnością, skoro większe trudności zdołała pokonać w pierwszem. Zresztą, w zamian za rozszerzenie jednych, możnaby skrócić inne ustępy, zwłaszcza polemiczne; możnaby z cyfrowych tabel pozostawić tylko te, które dają cyfry przeciętne z dużego materjału, a po szczegółowem zestawieniu odesłać do piśmiennictwa: możnaby — z jeszcze mniejszym uszczerbkiem — opuścić ustępy podwójne, n. p. podając szczegóły o sali gimnastycznej i boiskach, albo wyłącznie w rozdziale o gimnastyce, albo wyłącznie w rozdziale o budynku szkolnym, podobne szczegóły co do higjeny wzroku i t. p.

Przypuszczam, że w wydaniu następnem powiedzie się złagodzić inny jeszcze skutek opracowania zbiorowego, to jest pewną niejednolitość w sposobie ujęcia przedmiotu przez autorów; jedni z nich, zdaje się, liczyli raczej na czytelników lekarskich, drudzy mieli na myśli przedewszystkiem pożytek nauczycielstwa, niektórzy tylko uwzględniali obie grupy. Jednomierne uwzględnienie obu grup jest z pewnością bardzo trudne, gdzie więc wykonać się nie da, tam należałoby, jak sądzę, mieć na oku przedewszystkiem grupę większą, to jest nauczycielstwo. Dlatego wydaje mi się usterką pominięcie w rozdziale o chorobach wieku szkolnego symptomatologji ostrych chorób zakaźnych. Nieprędko jeszcze będą mieć lekarzy szkolnych wszystkie szkoły, nawet po miastach; szkółki wiejskie nie będą ich mieć chyba nigdy lub bardzo wyjątkowo. Gdzie lekarza niema, tam musi nauczyciel o zasadniczych przynajmniej objawach chorób zakaźnych wiedzieć tyle, aby sam mógł wpaść choćby na przypuszczenie, zapobiegać, choćby prymitywnie, szerzeniu się nagminnemu, rozeznać, choćby to, czy ma wezwać lekarza. Odniosłem dalej wrażenie, że nawet niektóre z tych rozdziałów, które pisano z jedną myślą przedewszystkiem o czytelnikach-nauczycielach, nie zawsze uwzględniają w dostatecznej mierze szkołę wiejską; a przecież szkoły na wsi stanowią ogromną przewagę w naszem szkolnictwie, a wśród tych znów szkół stanowią i zapewne długo jeszcze stanowić będą przewagę szkoły, pracujące w warunkach bardzo niehigjenicznych. Czy więc nie należałoby podać w podręczniku praktycznych wskazówek, jakby można złagodzić przynajmniej niektóre z tych złych warunków? W tworzącem się dopiero szkolnictwie naszem jest wielki niedobór nauczycielstwa wykształconego w seminarjach i na zasadzie uzyskanych tam wiadomości z higjeny umiejącego sobie poradzić; wszystkich innych, potrzebujących uzupełnienia studjów, trzeba w rzeczach higjeny przeważnie prowadzić za rękę, bez czego, mając z jednej strony tylko książkowy ideał szkoły, a z drugiej, w rzeczywistości, zupełne jego przeciwieństwo, nie wiedzą nieraz nawet, od czego zacząć poprawę higjeniczną. Dla tych konieczny jest w podręczniku pewien dogmatyzm, a w każdym razie proste i stanowcze wytknięcie drogi, nieraz poprostu szczegółowe przepisy. Takim zupełnie praktycznym informatorem i poradnikiem jest n. p. rozdział o lekarzu szkolnym i opiece lekarskiej w szkole, albo rozdział o higjenie internatów. Natomiast niektóre inne, zresztą nader pouczające rozdziały, jak o higjenie organizacji nauczania, rozstrzygające nowe plany szkolne Ministerstwa, nadawałaby się w tej formie raczej może do specjalnego czasopisma pedagogicznego, albo jako uzasadnienie jakiegoś wniosku do władz szkolnych, niż do podręcznika, który ma służyć do nauki ogółowi nauczycielstwa. Takie dyskusyjne ujęcie rzeczy jest nie zawsze korzystne dla właściwych celów podręcznika.

Wreszcie wynikiem pracy zbiorowej (który coprawda bardzo łatwo w drugiem wydaniu poprawić) jest niejednolitość w przytaczaniu piśmiennictwa: jedni podają go dużo, drudzy wcale nie, inni tylko wybrane, jedni — z języków obcych, inni (zdaje mi się niesłusznie) tylko polskie. (Oczywiście nie mówię tu o wzorowym końcowym wykazie bibliograficznym prac polskich, mającym inne zadania i znaczenie).

Nie przesądzam, czyby te „pierworodne grzechy" podręcznika, właściwe każdej pracy zbiorowej (zwłaszcza pierwszym wydaniom), nie były mniejsze, gdyby mniej było współpracowników. Wszakże i tak, mimo bardzo widać zabiegliwych starań redakcji, nie wszyscy nasi znawcy higjeny szkolnej do nich należą. Uderza zwłaszcza słaby udział Małopolski. Mimowoli szuka się nazwisk takich, jak K. Bruchnalskiego, prof. Panka, doc. Janiszewskiego i innych.

Prócz zmniejszenia powyżej wymienionych nierówności podręcznika, wynikłych z opracowania zbiorowego, wymienię kilka szczegółów, których zmiana w drugiem wydaniu wydawałaby mi się konieczną. W rozdziale wstępnym wydaje mi się trochę za ostrem zdanie (str. 5), że budownictwo szkolne nie mogło się należycie w Małopolsce rozwinąć; nie przecząc bowiem, że braki są jeszcze wielkie, przypomnę, że postęp w szkolnictwie ludowem był tutaj bardzo wielki, i to zarówno po wsiach pod wpływem przedewszystkiem b. Rady szkolnej krajowej, jak i po miastach większych, z których Kraków n. p. zdobył się na niektóre budynki zupełnie wzorowe. Najlepiej byłoby podać tu w podręczniku cyfry ze sprawozdań byłej krajowej Rady szkolnej, a nie od rzeczy byłoby choć jeden planik szkółki wiejskiej według jej norm małopolskich, oraz choć jeden planik szkoły miejskiej krakowskiej najnowszego typu. (Te plany z korzyścią możnaby podać w rozdziale o budynku szkolnym, zamiast n. p. rys. 39, przedstawiającego plan szkoły im Sienkiewicza we Lwowie, którą z jej środkowym, obustronnie obudowanym korytarzem, trudno uznać za przykład do naśladowania). Również pragnęłoby się we wstępie widzieć silniej podkreśloną rolę Henryka Jordana na wszelkich polach higjeny młodzieży. Prócz uchwał zjazdu nauczycielskiego w Warszawie zasługiwałyby może na wzmiankę wytrwałe prace Sekcji wychowania fizycznego Towarzystwa nauczycieli szkół wyższych we Lwowie i w Krakowie. Może to jaki małopolski patrjotyzm zdanie moje zabarwia, ale zdaje mi się, że tezy, zawarte w książce „O szkołę polską" znacznie wpłynęły na brzmienie owych uchwał warszawskiego Zjazdu. Na str. 14 jest omyłka co do artykułu Żulińskiego w l w o w s k i m „Przeglądzie Lekar-

skim" (który tylko w Krakowie wychodził). Na następnej stronie zdawałoby mi się na miejscu wzmianka o założonych przez Jordana Towarzystwie higjenicznem i „Przewodniku".

Bardzo trafna uwaga w rozdziale o budynku szkolnym, że nie można zalecać szablonowych budynków, wszędzie powtarzanych, że jednak może być mowa o wzorowych typach małych szkółek wiejskich, powinnaby być uzupełniona rzutami poziomemi innych jeszcze takich wzorów prócz 3, podanych na str. 35, 39 i 41; możeby warto użyć do tego planów szkół już stojących, oraz projektów zawartych w publikacjach krakowskiego „Obywatelskiego komitetu odbudowy kraju". Rycinie 42 brak dokładnego objaśnienia, bez którego sama nie jest dla profana dostatecznie zrozumiała. (Wydaje mi się ona zresztą niekonieczna, podobnie, jak i ryciny 44, 45 i 46). W tym rozdziale, rzeczowo bardzo dobrym, należałoby poprawić niektóre usterki językowe, jak „ograniczyć się jednym zbiornikiem", „woda doprowadza się".

W rozdziale o rozwoju fizycznym dziecka godziłoby się przeliczyć w tabeli na str. 162 funty na kilogramy, opuścić tabelę z małą liczbą pomiarów, poprawić zdanie, że „kości łatwo się wyginają dzięki pochodzeniu chrząstkowemu lub łącznotkankowemu" (str. 165), że „dzięki szerokości naczyń i temu, że ścianki naczyń są cienkie, ciśnienie jest słabe" (str. 167), uzupełnić wyliczenie gruczołów dokrewnych na str. 175, poprawić mylne twierdzenia o czynności przysadki, o budowie grasicy (str. 176), określenie śledziony (str. 177).

Zasługiwałaby na spopularyzowanie i poza podręcznikiem, podana w następnym rozdziale, trafna teza, że „wychowanie fizyczne tylko dlatego nazywamy „fizycznem", iż operuje środkami fizycznemi, osiągając jednak wyniki, wkraczające często na pole rozwoju intelektualnego, jeszcze częściej zaś moralnego. Rozpowszechnienie i rozwinięcie tej tezy i rzeczywiste jej zrozumienie przez sfery lekarskie i pedagogiczne miałoby wielką doniosłość, bo do dziś nawet wśród śmiałych pedagogów i lekarzy bywa wychowanie fizyczne mylnie uważane za dział zupełnie odrębny od innych działów wychowania, który można powierzać ludziom bez ogólnego wykształcenia pedagogicznego. Błąd to fatalny.

Rozdział o higjenie wychowawczej był już omówiony w „Przeglądzie Lekarskim" z r. z. Rozdział o sposobie nauczania powinien czytelnik-lekarz przestudjować szczególnie starannie, a, o ile nie studjował pedagogji, uzupełni go jeszcze lekturą samodzielną. Jak już wyżej wspomniałem, niektóre ustępy tego rozdziału sprawiają na mnie wrażenie zbyt dyskusyjnego ujęcia tematu. Higjena czytania i pisania nie bardzo zdają mi się podpadać pod godny tytuł działu: „Życie psychiczne dziecka". Oba te ustępy zaczepiają o higjenę wzroku, o której raz jeszcze mowa w ustępie o chorobach oczu; w tym punkcie, sądzę, możnaby osiągnąć większą treściwość. Oba te ustępy odznaczają się praktycznem przedstawieniem rzeczy.

Z następującego działu: „Szkoły dla dzieci upośledzonych" zasługiwałby rozdział trzeci (o dzieciach słabowitych) na szersze rozwinięcie, szczególnie ustęp o kolonjach i półkolonjach. Zdaje mi się, że niezupełnie słusznie ujęto tu sprawę kolonij i półkolonij wyłącznie w ramy urządzeń dla dzieci „słabowitych". Jest to bowiem urządzenie, które powinno objąć i powoli obejmuje szerokie koła dziatwy miejskiej. W tym rozdziale przydałyby się, mojem zdaniem, szczegółowe wskazówki praktyczne o pomieszczeniu i prowadzeniu tych urządzeń wakacyjnych. Twórca pierwszych w Polsce półkolonij, T. Janiszewski, zasłużył na wzmiankę tutaj. Należałoby też nadmienić, że półkolonje powinny być blisko miasta, ale poza jego granicami; największe place czy ogrody w obrębie miasta są tylko surogatem pomieszczenia półkolonij.

O zmianach, które wydają mi się pożądane w dziele o chorobach wieku szkolnego, wspomniałem powyżej.

W rozdziale o lekarzu szkolnym i opiece lekarskiej w szkole jest między innemi wielką zaletą praktyczną przytoczenie wszystkich wydanych dotąd w Polsce przepisów, rozporządzeń, wzorów i zaopatrzenie ich w szczegółowe komentarze. Rozdział o opiece społecznej na terenie szkoły jest z korzyścią dla rzeczy ujęty w szersze ramy opieki społecznej nad młodzieżą wogóle, kreśli jednak prace organizacji, do której chyba nieprędko dojdziemy. Rozdział o ochronach przekracza właściwie program książki (Higjena „szkolna"). Rozdział o internatach wydaje mi się należeć do najlepiej napisanych ze względu na cel podręcznika i mające z niego korzystać koła.

Zastrzegłszy z góry, że wymienię tylko to, w czem wydają mi się potrzebne zmiany, nie będę się rozwodzić nad zaletami „Higjeny szkolnej". Dostrzegą je zresztą z łatwością czytelnicy. Jako niezmiernie potrzebny i pożyteczny mieć ich będzie ten podręcznik bardzo wielu i napewno wkrótce będzie rozchwytany, choćby go nawet Ministerstwo wyzn. r. i oświecenia publ. nie było zaleciło, o czem znajduje się wzmianka w samym podręczniku, zapewne pochodząca od nakładcy. Poza tą wzmianką zasługuje nakładca na zupełne uznanie za szatę zewnętrzną podręcznika. *Ciechanowski.*

Prof. D. D. Pletszew. **Dur osutkowy.** Doszła do nas (via Stokholm) z Rosji sowieckiej książka, wydana w r. 1921 w Piotrogrodzie, nakładem komitetu technicznego Komisarjatu ludo wogo dróg komunikacyjnych. Na 127 stronicach autor w sposób dostępny i jasny przedstawia historję, epidemjologję, bakterjologję i obraz kliniczny wraz z leczeniem tej choroby, która w latach wojny dziesiątkowała ludność dawnego państwa rosyjskiego. Dla ogółu interesujące są dane statystyczne, dotyczące Rosji, jako nigdzie dotąd nie ogłaszane. W r. 1914 ogólna cyfra zachorowań na dur osutkowy w Rosji (bez Polski i Litwy) wynosiła 89.463, tj. na milion ludności 5,9; w r. 1915 — 100.497 — na miljon 6,7, w r. 1916 — 133.650 — na 1 m. 8,8 (w r. 1909 na 1 mil. 11,6, w 1907 3,5). W r. 1918, według danych otrzymanych z 39 guberni Rosji europejskiej liczba zachorowań wynosiła 105.929 — największa w gub. tambowskiej — 20093. W r. 1919 w 47 gubernjach Rosji europejskiej, łącznie z Syberją, liczba zachorowań doszła do 2,040.850 (największe cyfry w gub. tambowskiej 222.457, orłowskiej — 151.530, saratomskiej — 152.981, woroneżskiej — 111673, rjażańskiej — 108.106, kurskiej — 106.981). W r. 1920 — ogólna liczba zachorowań wynosiła w styczniu 355.666, w lutym 389.898, w marcu 343.624, w kwietniu 158.308, w maju 28236. Śmiertelność podczas epidemji duru osutkowego w Rosji w latach 1918—1919 wynosiła w różnych miesiącach od 2,8—7%, w latach 1919—1920 wahała się od 3—16%. Ogólna śmiertelność podczas tych 2 pandemji pośród ludności cywilnej wynosiła 782.229 przyp śmierci na 4,317.495 zachorowań (Sysin). Śmiertelność pośród młodszego personelu lekarskiego w gub. moskiewskiej w r. 1918—1919 wynosiła 10% — wśród lekarzy 22%. W gub. Moskiewskiej w r. 1919 na 263 lekarzy zachorowało na dur osutkowy 47, zmarło 9 (19,1%), na 661 felczerów zapadło na dur plamisty 52, zmarło 9 (17,3%), na 148 osób niższego personalu zachorowało 42, zmarło 2 (4,7%).

Bardzo szczegółowo autor analizuje poszczególne objawy duru osutkowego, ilustruje je przykładami z własnej praktyki. Szkoda, że nie podaje sposobów walki z tą chorobą w swoim kraju. Dane statystyczne oparte są na sprawozdaniach rocznych urzędowych, niektóre na dwutygodniowych doniesieniach. W spisie piśmiennictwa nie znajdujemy nazwisk autorów polskich. Wydanie dość staranne, choć na lichym papierze, kilka tablic statystycznych i kilkanaście krzywych ciepłoty. Ortografja najnowsza (bez twardych znaków i jat'). Osobna broszura. Piotrogród 1921
A. Puławski (Warszawa).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Münchener Medizinische Wochenschrift.

Nr. 37. 1921

Kehrer. **Gruźlica a ciąża.** Tak zwana utajona gruźlica, w jakikolwiek sposób wyleczona, nie doznaje w 80% przypadków pogorszenia w czasie ciąży, porodu i połogu. Odnowienie sprawy gruźliczej następuje w czasie ciąży w blisko 10%, w czasie ciąży i połogu razem w około 20% przypadków. Wobec tej możliwości odnowienia sprawy gruźliczej należy kobietę ciężarną, która kiedykolwiek przeszła gruźlicę płuc, poddać stałemu nadzorowi lekarskiemu i dążyć do jaknajwiększego jej wzmocnienia.

W przypadkach, w których gruźlica dopiero w czasie ciąży wystąpiła, należy jej ocenę ustalać na podstawie podziału na okresy według Turbana.

Turban I. Gruźlica może się, podobnie jak w okresie utajonym, zatrzymać, jednakże istnieje zawsze niebezpieczeństwo pogorszenia się sprawy gruźliczej i często postępowanie zachowawcze prowadzi do prosówki; jedynie więc w dogodnych warunkach socjalnych i higjenicznych, przy stałym nadzorze lekarskim można ominąć przerwanie ciąży. W razie braku wymienionych warunków należy raczej przerwać ciążę. Pamiętać również należy, że pierworódki i kobiety, u których ciąże następują w krótkich po sobie odstępach, najbardziej są narażone, dalej, że drugi i trzeci miesiąc jest niejako okresem krytycznym.

Turban II. Pogorszenie w 80% przypadków, a w późniejszym okresie połogu jeszcze więcej; należy zasadniczo przerwać ciążę (gruźlica w tym okresie jest bezwzględnie wskazaniem do przerwania ciąży).

W okresie I. i II. (Turban) sprowadza przerwanie ciąży polepszenie sprawy gruźliczej w 80—90%, co przemawia również za zależnością gruźlicy od ciąży.

W okresie I. (Turban) najlepiej przeprowadzić opróżnienie macicy przez pochwę, bez sterylizacji trąbek. W okresie II. (Turban) należy wyjąć ciężarną macicę wraz z przydatkami od strony brzusznej (Bumm), i to w znieczuleniu krzyżowem lub podobnem, unikać zaś należy nie tylko narkozy wdechowej, lecz również i znieczulenia lędźwiowego.

W okresie III. (Turban) wyjęcie całkowite jest bezcelowe, może jedynie sprowadzić przedłużenie życia.

W końcu wskazuje autor na ogromne znaczenie, jakie dla ciężarnych gruźliczych przedstawia leczenie w zakładach, oraz na walkę, jaką w tym kierunku należy staczać z kasami chorych, które takim chorym odmawiają leczenia w zakładach lub też sprawę odwlekają.

Köffler. **Spostrzeżenia nad zakażeniem gruźliczem w rodzinie.** Autor poddał (celem wyjaśnienia niebezpieczeństwa zakażenia gruźliczego w rodzinie) cały szereg domów dokładnej obserwacji i badaniu klinicznemu oraz odczynem tuberkulinowym. Chorych, będących roznosicielami zarazków wzgl. ośrodkiem zakaźnym, dzieli autor na trzy grupy: 1. wyrzucająca bardzo wielkie ilości prątków gruźliczych, 2. tylko w małej ilości wzgl. rzadko, oraz 3. dająca jedynie objawy kliniczne, bez prątków. Wyniki swych badań streszcza autor następująco:

I. Chorzy wyrzucający wielkie ilości laseczników zakażają wszystkie swoje dzieci.

a) Jedynie oseski w pierwszym roku życia często nie zakażają się;

b) skoro jednak i one się zakażą, wówczas wszyscy rodzeństwo są zakażeni.

II. Chorzy z plwociną, zawierającą małą ilość laseczników, nie przedstawiają źródła zakażenia dla innych członków rodziny podobnie niebezpiecznego, jak poprzednia grupa.

III. Chorzy bez prątków nie przedstawiają źródła za każenia.

IV. Chorych bez prątków, jednakże z klinicznie ciężkimi objawami gruźlicy płuc, z obfitą często krwawą plwociną, należy uważać za cierpiących na »względnie otwartą gruźlicę« i dla swych dzieci nader niebezpiecznych.

V. Dzieci małe, ponad 1 rok, zakażają się bezwzględnie, skoro możność zakażenia jest wielka i trwa przez dłuższy przeciąg czasu. Dzieci takie zapadają często zaraz po pierwszem zakażeniu i wykazują wysoką śmiertelność.

VI. Dzieci małe w otoczeniu chorych, u których laseczniki znajdują się rzadko i w małej ilości, nie wykazują tak wielkiej skłonności do gruźlicy.

VII. Dzieci ponad 2 lata zakażają się — mimo korzystnych dla zakażenia warunków — o wiele rzadziej, a śmiertelność ich jest odpowiednio mniejsza.

VIII. Dzieci chorych, wyrzucających wielkie ilości laseczników, są wskutek ciągłych zakażeń powtórnych bardzo czułe na tuberkulinę, są w stanie stałego uczulenia.

Kauffmann. **Czas utajenia uczucia bólu w strefach na ból nadmiernie wrażliwych wobec ciepła jako podniety.**

Kisch. **Mierzenie napięcia powierzchniowego, jako metoda fizjologiczna i kliniczna.** Krótki opis metody i podanie znaczenia tejże dla klinicysty.

Haab. **Zasadnicze polepszenie badania wziernikowego.** Autor podaje wyniki swych doświadczeń przy użyciu mocnego światła, jakie daje polecona przez Stähli'ego lampa ½ wattowa, a którą pod nazwą *Azo-projektionslampe* dostarczają zakłady elektryczne. Przy użyciu wspomnianej lampy można w bardzo licznych przypadkach, w których zwykłe światło okaże się niedostatecznem, dostrzec zmiany chorobowe na dnie oka, które dla oceny przypadku, czy wogóle rozpoznania, są niezbędne.

Holzknecht. **Wysokość dawki rentgenowej z biologicznego punktu widzenia.** Nie dla wszystkich chorób można w leczeniu promieniami Roentgena używać dawek o tejsamej wysokości. T. zw. jednoczasowa dawka maksymalna (*einzeitige Höchstdosis*) daje znakomite wyniki przy raku i innych złośliwych nowotworach, jednakże we wszystkich prawie innych chorobach należy stosować średnie lub wręcz małe dawki. Dawkowanie wogóle należy uzależnić zarówno od przypadku jego ciężkości, jak i od stanu samego chorego. Poza nowotworami złośliwymi we wszystkich prawie przypadkach chorobowych dawka winna być tem mniejsza, im cięższy mamy przed sobą obraz, im ustrój jest bardziej zaatakowany. Należy zerwać z ujednostajnieniem sposobu dawkowania w celu ułatwienia metody, a niejednokrotnie połączonem z wyraźną szkodą chorego. Winno się stosować jedynie takie dawki, które są konieczne do osiągnięcia zamierzonego skutku leczniczego.

Kloiber. **Znaczenie badania niedrożności jelit za pomocą promieni Roentgena na podstawie stu przypadków.** Na 100 przypadków dwa razy tylko postawiono na podstawie prześwietlania złe rozpoznanie, we wszystkich innych przypadkach operacja potwierdziła rozpoznanie. Należy podkreślić, że w licznych przypadkach zachodziła potrzeba rozpoznania różniczkowego, przyczem rozpoznanie na podstawie rentgenogramu, przeciwne rozpoznaniu klinicznemu, okazało się przy operacji słusznem.

Zill. **W sprawie uleczalności rzerzączki u kobiet.** Statystyka na podstawie 297 przypadków, leczonych w przychodni II. Kliniki ginekologicznej uniwersyteckiej w Monachium. Rzerzączka daje się i w przychodni wyleczyć, o ile nakład pracy i odpowiednie uświadomienie chorych współdziałają. Autor podaje sposób leczenia, używany z dobrym skutkiem, oraz podaje dokładną statystykę chorych leczonych i wyleczonych.

Raab. **Leczenie osłabienia krwi obiegu za pomocą kąpieli elektrycznych.**

Lorey. **O środkach ochronnych w zakładach rentgenologicznych.**

Pette. **Ostre zaburzenia oddechowe przy wiądzie rdzenia.** Podanie przypadku chorobowego, w którym po podaniu morfiny jako zastrzyku, z powodu napadu gastrycznego, lecz również i bez morfiny, nastąpiło ustanie oddechu, a bezdech ten mógł utrzymać się i kilka minut. Chory w przypadku autora zakaził się przed 12-tu laty i ma wszelkie objawy rozwiniętego wiądu rdzenia. Autor uważa bezdech za skutek porażenia ośrodka czyto z powodu niedokrwienia, wywołanego skurczem naczyń, czyto z powodu wybiórczego zadziałania jadu (prątków kiły?) na sam ośrodek oddechowy, przyczem morfina bez wątpienia mogła się przyczynić do wywołania katastrofy.

Riedel. **Zabieg operacyjny dla uratowania życia w przypadku przedkręgowego ropnia gruźliczego w tylnej części śródpiersia.**

Eschenbach. **Operacja w przypadkach wielkiego opadnięcia odbytnicy.**

Hase. **Przyczynek do sprawy tępienia wszy głowowych.**

Kayser-Petersen i Stoffel. **Doświadczenia ze stosowaniem »elektroferrolu«.**

Veilchenblau. **Przyczynek do leczenia »Optarsonem«.**

Schmidt. **Zastosowanie pręcików z gąbczaku (Bimstein) przy granulozie.**

Klare. **Objaw d'Espine'a przy rozpoznawaniu u dzieci gruźlicy gruczołów oskrzelowych.** Celem wysłuchania »czystego tonu tchawicznego« używa autor specjalnej słuchawki.

Wieting. **Ogólna djagnostyka zachorzeń stawu biodrowego, nie wywołanych bezpośrednio przez uraz.** *Piechowski* (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Higjena i Bakterjologja.

The Journal of infectious diseases.
T. 29. Nr. 4. 1921.

Nedin M. i Bittman F. **O odrze wywoływanej doświadczalnie u królików i małp.** Autorki chciały sprawdzić, czy można wywołać odrę u królików — doświadczenie dotąd nie opisywane. W tym celu użyto 17 królików, którym przed doświadczeniem golono skórę na szyji, tułowiu i udach. Sześciu królikom wstrzyknięto dożylnie krew (1—15 cm.³) dzieci chorych na odrę; 3-em królikom krew z 2-go dnia, dwom z trzeciego i jednemu z 4-godnia choroby. Pozatem 11 królikom wstrzyknięto również dożylnie krew tych 6 królików w okresie ich zachorzenia. Wszystkie zwierzęta 1-ej serji i 9 z 2-ej zachorowały w 3—7 dni po wstrzyknięciu krwi przy objawach mniej więcej jednakowych, a mianowicie: u wszystkich zwierząt sprawa zaczęła się od małych czerwonych plamek na śluzówce jamy ustnej, u 5-ciu królików gdzieniegdzie z białemi punkcikami pośrodku, 12 razy stwierdzono zapalenie spojówek. Między 3—8 dniem występowało zaczerwienienie skóry, u 8-miu królików prócz tego oddzielne plamy na klatce piersiowej, plamy nie przypominające wykwitów odry ludzkiej. Autorki zaznaczają, że limfa ospowa zaszczepiona królikowi daje również wykwity odmienne co do wyglądu.

od ludzkich. Po zejściu plam i zaczerwienienia następowało łuszczenie drobne, lub grubsze, zarówno na miejscach golonych jak owłosionych. Zastrzyknięcie małpom krwi z serca od 5-ciu chorych królików wywoływało 3-go dnia leukopenię. 4-ego dnia zaczerwienienie skóry, zapalenie spojówek, oraz wysypkę i białawe plamki na śluzówce jamy ustnej; 5-ego dnia — wysypka plamisto-gurkowa na twarzy, między 6—9-em dniem łuszczenie. Przez wstrzyknięcie małpie 10 cm.³ krwi dziecka z objawem Koplika spowodowano 6-go dnia zakatarzenie śluzówek, 7-go dnia — Koplika oraz »rash«, potem pigmentację i łuszczenie.

Chcąc wykluczyć poboczne działanie golenia lub krwi, jako takiej, autorki wstrzykiwały królikom również ogolonym krew normalną, krew chorego na zapalenie płuc, na nagminne zapalenie mózgu: zaczerwienienie skóry wystąpiło w 48—72 godzin po ogoleniu, poczem znikło bez śladu.

Badanie bakterjologiczne krwi i łusek chorych zwierząt dało wyniki ujemne. *M. Erlichówna* (Warszawa).

Revue internationale d'hygiene publique
T. 2. Nr. 1. 1921.

M. Garcia Banus. **Badania Nogucchiego nad febrą żółtą.** Żółta febra, jedna z najstraszniejszych plag czasów ubiegłych, jest w okresie znikania. Amerykanie w 1903 roku wygnali żółtą febrę z wyspy Kuby, podobny wynik osiągnięto w 2 lata później w okolicach kanału panamskiego. Takież wyniki otrzymano w Rio de Janeiro; mimo tego przyznać trzeba, że żółta febra nie wygasła jeszcze w Afryce i Ameryce.

Wielkim krokiem naprzód w walce z żółtą febrą było wykrycie swoistego zarazka przez Noguchiego. Mikroorganizm ten znajduje się we krwi chorego na 3 a nawet na 4 dzień po wystąpieniu objawów chorobowych, ginie po 10 minutach w ciepłocie 55⁰C.; jest tak drobnym, że przechodzi przez świeczki Chamberlanda, po 48 godzinach znika w krwi trzymanej w pracowni, przenosicielem jest komar setegrunjia, który dopiero w 12 dni po wypiciu krwi chorego może przenosić zarazki.

Krętki żółtej febry znajdują się w znacznej ilości w hodowlach z krwi pochodzącej od chorego; hodowlą taką można zakazić świnki morskie, objawy charakterystyczne występują odrazu. Zarazek odkryty przez Noguchiego jest to bardzo mały krętek, nazwany przez niego *Leptospira icteroides*, barwi się dość trudno, rośnie na pożywkach z surowicą, jest względnym beztlenowcem. Doświadczalnie, z pomocą ukąszenia komarów, udawało się krętki przenosić z chorych na zdrowe świnki. Zaznaczyć trzeba, że przebycie żółtej febry wywołuje odporność, świnki morskie, które przeszły zakażenie spowodowane zastrzyknięciem krwi osobnika chorego, są uodpornione na działanie szczepu nawet bardzo jadowitego.

Surowica uzdrowieńców po żółtej febrze zawiera odpowiednie przeciwciała: jeżeli razem ze szczepem Leptospiry zastrzyknięto śwince wspomnianą surowicę, zakażenie, o ile wogóle występowało, miało przebieg znacznie łagodniejszy, taka surowica z leptospirami daje bardzo wyraźny odczyn Pfeiffera.

Wyniki te otrzymane przy leczeniu choroby wywołanej doświadczalnie na świnkach morskich, stanowią ważną część dzieła, dokonanego przez Noguchiego. Surowica wielowartościowa otrzymana przez szczepienie różnorodnemi szczepami, posiada znaczne własności lecznicze. Jeżeli surowicy tej użyjemy przed pojawieniem się gorączki — choroba nie wybuchnie, gdy jest użytą po wystąpieniu gorączki i żółtaczki — wstrzymuje rozwój tej ostatniej i nadaje całej sprawie przebieg łagodny. Wyniki tak pomyślne pozwalają mieć nadzieję, że przy zakażeniu prawdziwem a nie doświadczalnem, leczenie surowicą wpłynie na znaczne zmniejszenie śmiertelności (obecnie 30—50 na sto). Zdaje się również, że w razie wybuchu epidemji, będzie można stosować szczepienia ochronne. *Zofia Bichniewicz* (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Archive of internal. médecine.
Marzec, 1921.

Burke, C. Elder, D. Pischel. **Leczenie otrucia kiełbasianego.** Badania lekarskie w ostatniem dziesięcioleciu posunęły naprzód sprawę leczenia zatrucia kiełbasianego i poznania *Clostridium botulinum* (prątka kiełbasianego). Dickson zwrócił uwagę na częstość zachorowań w Stanach Zjednoczonych, wykrył jad w konserwach z owoców i jarzyn, zaznaczył istnienie dwóch typów toksyn. Burke dowiodła, iż zarodniki są bardzo wytrzymałe na ogrzewanie i potwierdziła obecność dwóch typów *C. botulinum A.* i *B.* Graham ustalił związek pomiędzy zatruciem paszą i *C. botul.*

Obecnie mamy dosyć dokładne pojęcie o tych drobnoustrojach i objawach, które wytwarzają jady w człowieku i zwierzętach domowych. Badanie piśmiennictwa nie zachęca do leczenia nieswoistego. Na przyszłość doświadczenia powinny iść drogą: 1) ustalenia czynności jadu w ustroju, 2) określenia rozległości wytwarzania się jadu i sposobu zapobiegania temuż, 3) zapewnienia obrony przez wprowadzenie przeciwjadów w okresie rozwijania się objawów, 4) wynalezienia leczenia przedwstępnego, aby opóźnić lub zapobiedz dalszemu wchłanianiu się jadów, zanim zjawi się pomoc lekarza i zastosuje się przeciwjady.

Dotychczas nie znamy istoty działania jadu przy otruciu kiełbasianem. Jako skutek zjawia się utrata kontroli mięśniowej, śmierć wskutek zatrzymania się oddechu; nie wiadomo, czy dzięki wpływowi ośrodkowemu, czy obwodowemu. Są dane, wskazujące na to, iż zatrucie kiełbasiane zależy nietylko od zakażenia gotowym jadem, lecz i prątkami. Stąd wypływałaby wskazówka do postępowania. Dotychczasowe leczenie przeciwjadami mogło nie dawać wyników pożądanych z powodu zbyt późnego stosowania środka, lub dla tego, iż stosowano przeciwjady odmienne.

Autorowie sądzą, iż ustrój ludzki zakaża się najczęściej dzięki przenikaniu drobnoustrojów wraz z jadami, które rozwijają się dalej w przewodzie pokarmowym, gdy nastąpi porażenie jelit. Leczenie dróg pokarmowych polegać musi na wypłukiwaniu, zobojętnianiu jadów.

Autorowie załączając szereg tablic, oświetlających ich doświadczenia, wyprowadzają następujące wnioski:

Zepsute, zawierające gaz, pożywienie może pozornie gotować się przed dojściem do istotnego punktu wrzenia, to też wszelkie pokarmy podejrzane powinno się starannie gotować conajmniej przez pół godziny.

W Ameryce zatrucia wykrywano tylko po spożyciu pokarmów przechowywanych. Nie dowiedziono, aby zatrucie zależeć mogło od przenikania wyłącznego drobnoustrojów lub aby nieodzownem było przedostawanie się wraz z jadami drobnoustrojów. Króliki uratować można w okresie wczesnym zatrucia przez dożylne wstrzykiwanie surowicy równorzędnej. Tłuszcze i oliwa jadów nie zobojętniają, lecz zapobiegają szkodliwemu ich działaniu, o ile je wstrzyknąć podskórnie w zawiesinie z jadem.

Ze środków, mających wpływ na zobojętnienia jadów, wymienić należy ocet jabłkowy, nadmagnian potasu, mydło płynne, chlorek epinefryny, wreszcie jodynę oraz jodynę z dodaniem pewnej ilości krochmalu (aby zapobiec martwicy tkanek). Jodek potasu jadów nie zobojętnia; rozczyn Grama wywiera pewien wpływ, o ile go wprowadzić bezpośrednio po jadzie. Leczenie swoiste polegać musi na stosowaniu surowicy wielowartościowej, gdyż nie posiadamy sposobów, aby określić odrazu, jakiego typu jad zakaził ustrój. Surowica powinna być bakterjobójczą lub bakterjolityczną a zarazem antytoksyczną. Wstrzykiwać należy ją dożylnie w okresach wczesnych; nie jest w stanie ona podziałać na uszkodzony już układ nerwowy.

Leczenie ogólne zasadzać się musi na leczeniu dróg pokarmowych i pobudzaniu układu nerwowego; a więc dopóki nie wiadomo, czy jad nie uszkadza bezpośrednio przewodu pokarmowego lub nie wytwarza się w nim, wskazane są wypłukiwania i zobojętniania jadów. W daleko posuniętych przypadkach pilokarpina usuwać może męczący śluz z gardzieli. Układ nerwowy doskonale pobudza strychnina.

Śmiertelność z zatrucia wynosi w Stanach Zjednoczonych od 60—70% Wśród pierwszych objawów umiera 90%, późniejszych 60%. Z wymiotujących umiera 75%; wymiotów zatem nie można uważać za objaw pomyślny.

J. Drac (Warszawa).

Deutsches Archiv für Klinische Medizin.
T. 135 V. i VI. 1921.

G. Scharman. **Ostre wieloogniskowe zapalenie mięśni po zatruciu gazem świetlnym i zmarznięciu.** 49-letni człowiek w stanie nietrzeźwym zaczadził się gazem świetlnym i w tym stanie przeleżał na lewym boku całą noc na zimnej posadzce. W związku z tem wystąpiły obrzmienie i silna obolałość lewego ramienia, które się coraz bardziej wzmagały i po dwu dniach zaznaczyły również na lewej nodze. Wśród silnych bólów głowy, oligurji białkomoczu i wzrastających obrzęków chory zmarł. Oględziny pośmiertne wykazały ostre zapalenie mięśnia sercowego i nerek wraz ze zmianami uremicznemi w osierdziu i przewodzie żołądkowo-jelitowym. Makroskopowe i drobnowidowe badania mięśni ujawniły we wszystkich prawie mięśniach lewej strony, zwłaszcza przedramienia, goleni mięśni piersiowych typowe zmiany wyrażające się w krwotocznych nacieczeniach, ziarneczkowatem i jamkowatem zwyrodnieniu, zaniku prążkowania i wyraźnem zwiotczeniu tkanki mięśniowej. Autor jest zdania, że zmiany te zostały wywołane zbiegiem dwóch czynników etjologicznych mianowicie zimna i zatrucia dwutlenkiem węgla. Dalej idących wniosków autor nie wyciąga.

A. Bittorf i M. von Falkenhausen. **Toksyczny obrzęk wątroby pochodzenia żołądkowo-jelitowego.** Częstsze spostrzeżenia pewnego stanu chorobowego, stwierdzonego sporadycznie i w małych skupieniach w ostatnich dwóch latach, dał autorom pochop do wyodrębnienia nowego zachorzenia wątroby, Dotyczyło ono wyłącznie mężczyzn między 25—40 rokiem życia i powodowało u nich brak łaknienia, odbijanie, ucisk w okolicy żołądka, zaparcie stolca i dość znaczne schudnienie. Przedmiotowe badanie wykazało wyraźne powiększenie wątroby, do 4 palców poniżej łuku żebrowego, bez wyraźnego jej stwardnienia, bez żółtaczki, bez urobiliny w moczu, ale zawsze ze znacznem upośledzeniem czynności wątroby (wydzielanie lewulozy w moczu już po 50 gr., pewne zaburzenia w gospodarce białkowej). Dalsze znamiona stanowiły niedokwaszenie żołądka, zaparcie stolca z oznakami silnej fermentacji i bezgorączkowy przebieg.

Wobec tego, że u badanych nie grało roli nadużycie alkoholu, natomiast wszyscy podkreślili ciężkie warunki żywnościowe, szczególnie niedostatek pod względem tłuszczu i stałe używanie bardzo złego chleba, autorowie widzą przyczynę zachorzenia w nieodpowiedniem jakościowo i ilościowo odżywianiu, a może także w chorobliwym rozkładzie przyjętego pokarmu. Stwierdzone przez siebie zachowanie się wątroby w tem cierpieniu autorzy uważają jako wytłumaczenie niektórych właściwości żółtaczki nieżytowej. Dowodząc umiejętnie, że żółtaczka nieżytowa jest pochodzenia mechanicznego, a nie jedynie czynnościowego, jakby chcieli niektórzy badacze, zaznaczają oni, że takie ujęcie patogenezy nie wyczerpuje sprawy, przy żółtaczce nieżytowej bowiem zachodzą wyraźne funkcjonalne zaburzenia wątroby, których niema przy zwykłej żółtaczce (np. skutkiem raka, albo prostego zatkania kamieniem). Zatem żółtaczka nieżytowa byłaby, ich zdaniem, kombinacją dwóch stanów, mianowicie wyodrębnionego przez nich cierpienia czynnościowego wątroby i zatkania przewodu żółciowego ze wszystkiemi jego konsekwencjami. Pierwsze zaburzenie byłoby pierwotnem, a dopiero skutkiem obostrzenia się istniejącego u tego rodzaju chorych nieżytu żołądkowo-jelitowego przez błąd djetetyczny dołączałby się do niego ostry katar dwunastnicy albo samego głównego przewodu żółciowego, uniemożliwiający odpływ żółci. Rokowanie przy ostrym obrzęku wątroby wydaje się być tak, jak i przy zwykłej żółtaczce nieżytowej, dobre, przy dłuższem jego trwaniu jednakże dojść może do ostrego żółtego zaniku lub marskości wątroby. Większa statystyczna częstość tych zachorzeń wątroby w ostatnich czasach przemawiałaby, według autorów za podobnem podłożem etjologicznem.

K. Garling. **Wzór leukocytozy w czasie miesiączkowania.** Powtarzając niedość jednoznaczne badania dawniejszych autorów G. na podstawie obserwacyj 37 zdrowych i 9 chorych żeńskich jednostek dochodzi do przekonania, że niema stałego związku między eozynofilją i miesiączkowaniem. Jego zdaniem nie ulega wprawdzie, sądząc podług obrazu hematologicznego, wątpliwości, że miesiączkowanie oddziałuje wybitnie na wegetatywny układ nerwowy, ale zarówno na sympatyczny jak i parasympatyczny. Tak więc brak tu tak samo podrażnienia jednego układu, jak w okresie przekwitania.

W. Weigeldt. **Przyczynki do klinicznego obrazu ostrego, żółtego zaniku wątroby.** (Doniesienie drugie). **Trzy dalsze przypadki z jamkami w leukocytach. Rozpoznanie tych jamek jako kropelki tłuszczowe.** Na podstawie klinicznego i pośmiertnego rozbioru trzech typowych przypadków ostrego żółtego zaniku wątroby, autor uważa stwierdzone już dawniej przez siebie, niekiedy b. liczne jamki w obojętno-chłonnych leukocytach jako objaw mający dla tego stanu pewne rozpoznawcze znaczenie. Histochemiczne badanie tych jamek wykazało, że składają się z kropelek tłuszczu, najprawdopodobniej estrów cholesterynowych. Te kropelki tłuszczu stanowią zapewne widoczną oznakę współdziałania obojętnochłonnych leukocytów płynącej krwi przy chorobliwym rozkładzie, który się przy ostrym żółtym zaniku wątroby gwałtownie odbywa w miąższu wątrobowym. Z innych hematologicznych objawów autor przedstawia zwiększoną dość znacznie ilość obotętnochłonnych leukocytów, limfopenię i oznaki wzmożonej czynności układu krwiotwórczego jako znamienne dla obrazu chorobowego ostrego żółtego zaniku wątroby.

D. Gerhardt. **O wyczuwalności drugiego tonu nad tętnicą płucną.** We wadach mitralnych i innych sprawach pociągających za sobą przerost prawej komory wzmożenie drugiego tonu nad tętnicą płucną często wyraźnie się wyczuwa, jednakże nie na zwykłem miejscu, na którem się ten ton wysłuchuje, lecz niekiedy znacznie dalej na zewnątrz i ku dołowi. Przy uwzględnieniu pewnych źródeł błędu zjawisko powyższe może posiadać rozpoznawcze znaczenie, szczególnie dla odróżnienia szmerów przygodnych od prawdziwych mitralnych, oraz przy rozpoznaniu przerostu prawej komory przy równoczesnym przeroście lewej komory.

O. Fels. **Zachorzenie na dżumę Erazma z Rotterdamu.** Rozprawka z dziedziny historji medycyny. Posługując się bar dzo ciekawym listem słynnego humanisty, F. rozważa czy Erazm przechodził w r. 1518 dżumę dymieniczą, i dochodzi do przekonania, że tak było istotnie.

Mściwój Semerau. (Warszawa).

Neurologja i psychjatrja.

Revue neurologique.
Nr. 5. (1921).

Babiński i Jarkowki. **O odruchu przeczulicowym.** Autorzy podają trzy obserwacje zespołu Brown Sequard'a, na podstawie których opisują następujący odruch: podrażnienie (np. przez szczypanie) skóry po stronie uszkodzenia, w obszarze przeczulicy bólowej wywołuje odczyn ruchowy po stronie przeciwnej pod postacią kilku gwałtownych ruchów kończyny dolnej, natomiast kończyna po stronie drażnionej pozostaje w spokoju. Nadto towarzyszy temu rodzaj krzyku i wyraz zbolenia na twarzy. W obszarze, gdzie przeczulica nie występuje, musi się użyć dla wywołania powyższego odruchu bodźca znacznie silniejszego. Odruch ten należy odróżnić od odruchu obronnego, gdzie występuje zgięcie i to przedewszystkiem po stronie drażnionej. Co do mechanizmu tego odruchu, przypuszczają autorzy, że jego ośrodek znajduje się powyżej miejsca uszkodzenia i dlatego nie mamy odczynu po stronie uszkodzenia, a jest on uwarunkowany zaburzeniem drogi czuciowej, podczas gdy w odruchu obronnym wchodzą w grę drogi piramidowe.

Barraquer. **Przyczynek do studjum odruchu podeszwowego w przypadkach patologicznych.** U chłopca 12-let. u którego pojawiło się w przekroju choroby zakaźnej wyraźne porażenia połowicze, występowało pod wpływem drażnienia stopy po stronie porażenia silne, dłuższy czas się utrzymujące zgięcie wszystkich palców. Tę inwersję odruchu Babińskiego uważa autor również za wynik uszkodzenia dróg piramidowych. (Uwaga ref.: Te inwersje opisał już u nas Bikeles).

Alquier. **Ból głowy w następstwie nawałn limfatycznego.** Ból ten charakteryzuje się tem, że nie jest trwały, występuje napadowo ze współczesnem napięciem mięśni bocznych i tylnych szyi; topografia jest zmienna. Objawy te występują

w następstwie nacieczenia limfatycznego tkanki podskórnej skóry czaszki i szyji na tle gośćcowem. Przy obmacywaniu tych okolic szyji napotyka się punkty bolesne, których ucisk wywołuje bóle promieniujące. Gdy nagromadzenie się limfy ustępuje, znikają też i objawy wyżej wymienione. Leczenie: obok masarzu części dotkniętych zapaleniem tkanki podskórnej należy stosować fototerapję i arsowalizację, co wpływa korzystnie na ruch limfy.

Duverger i Barré: **Zaburzenia ruchów skojarzonych oczu u wiądowców, parkinsonowców, w zapaleniu mózgu nagminnem i w chorobach błędnika.** U wiądowców istnieją obok dotąd znanych, porażnych przeważnie zaburzeń gałkoruchowych zaburzenia ruchów skojarzonych, które występują zazwyczaj pod postacią skurczu zbieżności. W drżączce porażnej stwierdza się przeciwnie zmniejszenie lub brak zbieżności, a podobnie w zespole poencefalitycznym i zapaleniu nagminnem mózgu. Autorowie przypuszczają, że powodem tych objawów mogą być zaburzenia anatomiczne lub fizjologiczne dróg błędnikowych. Zaburzenia wymienione ruchów skojarzonych nie są wyrazem porażenia, lecz przykurczu, właściwiej mówiąc hypertonji. Uważają tę hypertonję za odruchową, źródło zaś odruchu leży w torach błędnikowych. *Orzechowski.*

Położnictwo i ginekologja.

Monatsschrift f. Geb. u. Gynäk.

Otfried O. Fellner. **O działalności wydzielniczej jajników podczas ciąży.** Już Cristofoletti twierdził, iż podczas ciąży niema, jak to dotychczas sądzono, zahamowania działalności wydzielniczej jajników, lecz częstokroć odchylenie jej n. p. przy zmięknieniu kości. Fellner, opierając się na zjawisku superfetacji, na badaniach histologicznych, zarówno własnych, jak i innych autorów, na wpływie wydzieliny jajnikowej na krzywą ciśnienia krwi, wreszcie na fakcie przerywania się ciąży pod wpływem działania na jajniki energji promienistej, dochodzi do przekonania, że niema tu zahamowania czynności wydzielniczej, lecz odwrotnie jej wzmożenie — i że przypisać je należy działalności komórek śródmiąższowych.

Dla poparcia swego twierdzenia przedsięwziął Fellner cały szereg doświadczeń, badając wpływ wyciągów jajników na wzrost macicy i zmiany w sutkach osobników płciowo jeszcze niedorozwiniętych. Dla otrzymania wyciągów posługiwał się F. metodą, w głównych zarysach podobną do metody, jaką przed nim posługiwali się Iscovesco i Hermann, do doświadczeń zaś używał wyciągów z samych ciałek żółtych osobników ciężarnych, z jajników osobników ciężarnych, zawierających ciałka żółte, i z jajników osobników ciężarnych nie zawierających ciałek żółtych, do kontroli zaś posługiwał się wyciągiem z ciałek żółtych i wyciągiem z jajników osobników nieciężarnych.

Okazało się, iż wyciąg z jajników osobników ciężarnych, zawierających ciałka żółte, działa znacznie wybitniej, niż wyciąg z samych ciałek żółtych, lub samych jajników osobników ciężarnych; natomiast działanie wyciągu z komórek śródmiąższowych (jajniki nie zawierające ciałek żółtych) równa się działaniu wyciągu samych ciałek żółtych osobników ciężarnych, jak również działanie wyciągu z ciałek żółtych osobników ciężarnych, równa się działaniu wyciągu z ciałek żółtych osobników nieciężarnych; wyciąg zaś z samych jajników osobników nieciężarnych ma wpływ bardzo nieznaczny.

Na podstawie tych wyników Fellner dochodzi do wniosku, że: 1) działalność wydzielnicza jajników w ciąży nie tylko nie cichnie, lecz wzmaga się, 2) wydzielinę w ciąży wytwarzają nie tylko ciałka żółte, lecz i komórki śródmiąższowe, 3) czynność wydzielnicza ciałek żółtych w ciąży równa jest czynności ich poza ciążą, i (na podstawie tego) 4) działalność wydzielnicza komórek śródmiąższowych, która poza ciążą jest nieznaczna, w ciąży znacznie się wzmaga.

Hans Treber. **Trwałość wyników leczenia raka szyjki macicznej energją promienistą.** Ażeby porównać wyniki leczenia raka szyjki macicznej energją promienistą, otrzymane przy stosowaniu tego sposobu leczenia w Monachijskiej poliklinice ginekologicznej, z wynikami tych zakładów, które dotychczas doniosły o otrzymanych wynikach, a mianowicie pierwszej berlińskiej, monachijskiej i wrocławskiej, dzieli Treber według zasady Döderleina cały materjał na 4 stopnie: 1) przypadki nadające się do operacji, 2) przypadki stojące na pograniczu operacyjności, 3) przypadki nie nadające się do operacji i 4) przypadki zaniedbane.

Leczenia przypadków zaniedbanych, jako niedające zupełnie wyników, zaniechano. Treber opiera swoje spostrzeżenia na 200 przypadkach, spostrzeganych w latach 1913—1919, w rachubę jednak do statystycznych danych bierze tylko przypadki do końca 1915 r. Najstarszy z tych przypadków pochodzi z przed 8 lat, najmłodsze pochodzą z przed 3 lat. Wśród spostrzeganych przypadków tylko 9·6% nadawało się do zabiegu operacyjnego, natomiast aż 42·6% było zaniedbanych, w 12·3% leczonych przypadków nastąpiło trwałe wyleczenie.

Porównując swój materjał z materjałem innych klinik, Treber stwierdza, iż w materjale Bumma było 26·2%, Döderleina 20%, Kustnera zaś 16% przypadków pierwszego stopnia. Co się zaś tyczy zaniedbanych przypadków, to porównanie można przeprowadzić tylko z materjałem Döderleina, gdyż zarówno Bumm, jak i Küstner użyli w swych sprawozdaniach innego podziału. Przypadków zaniedbanych Döderlein miał 26·2%, gdy Treber aż 42·6%, czyli w dwójnasób więcej. Dodatnie trwałe wyniki stwierdza się w materjale Küstnera 11% (odsetek najmniejszy, gdyż wszystkie nadające się do operacji przypadki Küstner operuje), Bumma 22·3% (odsetek wysoki, lecz też i ilość nadających się do operacji przypadków największa 26·2%), Döderlein 20%, w materjale Trebera 12·3%. Z porównania tego wynika, że stosunkowo najlepsze wyniki uzyskał Döderlein — 20% wyleczonych przy stosunkowo niewielkim (20%) odsetku przypadków nadających się do operacji.

Swoje małe wyniki Treber tłomaczy tem, że miał mało przypadków nadających się do operacji, a duży odsetek, 42·6% zaniedbanych. Pod względem długotrwałości wyników pierwszeństwo należy się również Döderleinowi, najmłodsze przypadki jego liczą 3½ roku, gdy Trebera 3 lata, Bumma niespełna 3 lata, Küstnera 1½ roku. Zestawiając powyższe dane, dochodzi Treber do przekonania, że przez samą operację zyskujemy stosunkowo gorsze wyniki, niż przez leczenie samą energją promienistą — tylko 8—10% przypadków operowanych daje trwałe wyniki dodatnie. Gdy zaś uwzględni się, że leczenie energją promienistą można stosować i w przypadkach nie nadających się do operacji, to nasuwa się myśl, czy tej metodzie nie należy oddać pierwszeństwa, względnie, czy przez połączenie obu tych metod t. j. operacyjnej i leczenia energją promienistą nie dałoby się uzyskać wyników znacznie lepszych.

Szancenbach (Kraków).

Choroby skórne i weneryczne.

Medizinische Klinik.

Nr. 40. 1921.

Lenzmann. **O równoczesnem skombinowanem użyciu salwarsanu srebrowego i przetworu rtęciowego cyarsolu w leczeniu kiły.** W leczeniu kiły salwarsanem i rtęcią tylko salwarsanowi przypisuje się bezpośrednie działanie na krętki, działanie bakterjozwrotne, rtęć działa natomiast wybitnie na zmiany kiłowe, a przez to tylko pośrednio na krętki. Wskazane jest użycie obu środków, aby w obu kierunkach zadziałać na krętki blade. Oba środki mogą być używane kolejno jeden obok drugiego, albo, jak podał Linser, jednocześnie, przyczem wstrzykuje się równocześnie mieszaninę salwarsanu i sublimatu dożylnie. Bruck stosuje dożylnie mieszaninę salwarsanu i nowosurolu, Herbeck neosalwarsan z embariną. Zdaniem Lenzmanna wątpliwe jest, czy mieszanki takie nie tworzą połączeń mniejszej wartości, a zmiana barwy mieszaniny wskazuje, że jakieś związki przytem wypadają. Lenzmann przychyla się do jednoczasowego wstrzykiwania salwarsanu i rtęci, ale sądzi, że najlepiej nadawałaby się mieszanina takich środków, któraby nie tworzyła związków chemicznych; oba środki mogłyby wówczas, jako niezmienione działać równocześnie, nie tracąc nic na swej sile i odrębnych właściwościach działania. Prze-

tworem rtęciowym, który nie zmienia salwarsanu i związków od niego pochodnych, jest cyarsol (połączenie sinu, rtęci, salicylu i potasu). Cyarsol, jako przetwór gotowy w ampułkach po 2 cm.³, zawiera 0,02 rtęci metalicznej w ampułce Zmieszany ze salwarsanem srebrowym lub neosalwarsanem nie zmienia ich barwy i najprawdopodobniej nie wchodzi z niemi w związki chemiczne. Można na jednem posiedzeniu wstrzyknąć dożylnie salwarsan srebrowy, a nie wyjmując igły, bezpośrednio potem cyarsol lub odwrotnie. Można też stosować dożylnie oba przetwory, przed zabiegiem zmieszane.

Wydzielanie rtęci po cyarsolu kończy się po 55 godzinach. Średnie dawki (2 cm.³ cyarsolu) można bez obawy wstrzykiwać wraz z przetworami salwarsanu w przerwach 72 godzin. Leczenie takie ma dawać dobre wyniki w przypadkach kiły, na leczenie opornych; przy stosowaniu dawek wyżej podanych nie ma szkodliwych objawów ubocznych; nie wpływa się ujemnie na ściany żyły i na powstawanie zakrzepów.

F. Glaser. **O bezkwaśności przy kiłowym wrzodzie żołądka.** W 9 zebranych z piśmiennictwa kiłowych schorzeniach żołądka (w tem 3 z owrzodzeniami kiłowemi) wykazywano stały brak wolnego kwasu solnego. Cecha ta może mieć znaczenie rozpoznawcze. W przypadku przez G. opisanym, dotyczącym dziewczyny 23 letniej, rozpoznawano początkowo wrzód okrągły żołądka bez tła swoistego. Odczyn Wassermanna trzykrotnie dodatni, brak wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym, ponadto sekcyjnie wykazane zmiany kiłowe w naczyniach i wątrobie, nasuwały myśl, że i owrzodzenia w żołądku są przyrody kiłowej. Przypuszczenie to potwierdziło badanie histologiczne owrzodzeń.

1) Obecność wrzodu żołądka u osobników kiłowych przy równoczesnym braku wolnego kwasu solnego przemawia zwyczajnie z wszelkiem prawdopodobieństwem za kiłowem tłem owrzodzenia.

2) W danym przypadku bezkwaśność soku żołądkowego dała się wyjaśnić mieszkowem zapaleniem błony śluzowej żołądka, a stan zapalny, wobec braku innych przyczyn, kiłą.

M. Gänsslen. **Eozynofilja w obrzęku Quinckego.** Autor badał jeden przypadek obrzęku Quinckego i zauważył, że każdorazowo w 6—8 dni po wystąpieniu objawów chorobowych wzrastała bardzo znacznie ilość ciałek eozynochłonnych, średnio z 9% na 20%, czasem wyżej. Ten wzrost ciałek eozynochłonnych skłonny jest G. uważać za odczyn ustroju, wywołany wessaniem się obrzęku surowiczego. Już Schlecht wykazał w doświadczeniach na zwierzętach, że wstrzyknięcie obcego białka wywołuje stale eozynofilję i uważał to za objaw anafilaktyczny. Obrzęk surowiczy w obrzęku Quinckego nie zawiera wprawdzie białka obcego ustrojowi, ale to białko może być znacznie co do własności swych zmienione i działać przy wessaniu podobnie. jak białko obce. Autor byłby zatem skłonny i tu zwiększenie się ciałek eozynochłonnych uważać za objaw anafilaktyczny.

Harald Boar. **Salwarsan ze srebrem.** B. zestawia wyniki leecznicze uzyskane u 315 chorych na kiłę, leczonych salwarsanem srebrowym i rtęcią. Działanie salwarsanu srebrowego da się na ogół porównać z działaniem salwarsanu starego (606), stosowanego dawniej w roczczynach stężonych śródmięśniowo Szczególnie zmiany kiłowe błon śluzowych ustępowały szybko. Objawów ubocznych, prócz podwyższenia ciepłoty do 39·8C. (prawdopodobnie z powodu niedostatecznie jałowej wody), nie zauważono. Odczyn Wassermanna zmienia się pod wpływem salwarsanu srebrowego w tym samym prawie stopniu, jak po leczeniu innemi przetworami salwarsanu. Z pośród 117 chorych w różnych okresach kiły, których czas obserwacji wynosił 3—18 miesięcy, u dwu wystąpiły nawroty (po czterech miesiącach względnie po roku). Neurorecydyw lub wtórnego zakażenia nie stwierdzono w żadnym przypadku. Działanie objawowe jakoteż trwałość skutku leczniczego są co najmniej równe staremu salwarsanowi, a sposób stosowania prostszy. *Lenartowicz.* (Kraków).

Rivista critica di clinica Medica.

R. XXII. Nr. 16, str 181—188, N. 17, str. 193—199.

Karol Alessandri. **Przypadek obrzęku Quinckego z pokrzywką.** Przypadki obrzęku Q. niejednokrotnie trudno odróżnić od przypadków pokrzywki. Autor opisuje przypadek obrzęku Q. u 18-let. piekarza, u którego pierwsze objawy skórne wystąpiły w postaci pokrzywki. Czteromiesięczne spostrzeganie kliniczne stwierdziło obecność wykwitów pokrzywkowych, rozmieszczonych na całem ciele, szczególnie jednak na skórze powiek i warg. Zabarwienie wykwitów początkowo żywo-czerwone, później białe Dokładne badania układu oddechowego, trawiennego, naczyniowego i nerwowego, dały wyniki ujemne. Odczyn Wassermanna i odczyn skórny ujemne. Cytologiczne badanie krwi, wykazało, stosunki prawidłowe. Farmako-dynamiczne próby układu gruczołów dokrewnych nie dały żadnych ważniejszych wyników. Mimo przeprowadzenia leczenia preparatami wapiennemi (calc. chlor.), atropiną etc. wykwity skórne powtarzały się bezustannie. W celu badania ewentualnego pokarmowego wstrząsu anafilaktycznego podano 0.5 gr. peptonu na pół godziny przed spożyciem zwykłego posiłku. W czasie tego leczenia objawy skórne powoli ustępowały, aż wreszcie chory opuścił klinikę prawie wyleczony. Autor miał sposobność badać chorego po upływie czterech miesięcy, chory, stosując dalej przepisane leczenie, wolny był od objawów chorobowych. Mimo, że wykwity skórne były bardzo podobne do pokrzywki, to jednak można było z biegiem czasu zauważyć cechy charakterystyczne dla obrzęku Q. Wykwity chorobowe sadowiły się przedewszystkiem na skórze powiek i warg, jak również i na błonach śluzowych, czego w zwyczajnych postaciach pokrzywki nie spotyka się. Uczucie swędzenia, towarzyszące tym wszystkim objawom, według Q. wprawdzie nie należy do charakterystycznych objawów, jednak wielu autorów o tem wspomina. Autor w końcu dochodzi do wniosku, że spostrzegany przez niego przypadek należał do typu obrzęku Q., który w początkowych okresach, połączony był z pokrzywką.

W poszukiwaniu za przyczyną tego schorzenia, nie można było stwierdzić żadnych danych prócz obciążenia dziedzicznego ze strony ojca (alkoholizm). Zatrzymanie substancji azotowych w ustroju nie mogło być powodem tego cierpienia, zwykłe bowiem lub czysto mleczna djeta, nie wywierała żadnego wpływu na objawy skórne. Również nie stwierdzono działania toksycznych lub autotoksycznych wpływów na układ nerwowy i dokrewny. Pepton podany w celu badania nadwrażliwości pokarmowej wywołał powrót do prawidłowych stosunków tak w ciśnieniu tętniczem, jak i w liczbie ciałek białych, gdy zwykłe posiłki wywierały wpływ przeciwny. Pomimo, że autor stwierdził poprawę po stosowanem leczeniu, wstrzymuje się jednak od wypowiedzenia zdania, jakoby wszystkie te objawy chorobowe polegały na przyczynie anafilaktycznej, ponieważ poprawa nie nastąpiła odrazu, ale powoli, wśród występowania nawrotów.

F. Walter. (Kraków).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach:

Lekarz wojskowy Nr. 51. B. Nowakowski. Z badań nad epidemją śółtaczki; — S. Dzierzgowski i R. Krętowski: Stosowanie piramidonu w analizach klinicznych dla wykrywania krwi.

B. Piśmiennictwo francuskie.

(za październik 1921 — zupełne, dok.).

Simon (Dr.) — Six Conférences sur l'Education maternelle. Conférences faites a l'Ecole normale du boulevard des Batignolles. In-16 (9,5 × 18). 190 p. 4 fr. 50

Terrien (F.) — Diagnostic. Traitement et Expertises des séquelles oculo-orbitaires. In-12 (14 × 19,5), 276 p., 67 fig. 16 fr.

Thomas (André) — Le Réflexe pilo-moteur. In-8 (16,2 × 25), 242 p., 74 fig., 12 pl. 25 fr.

Verhoogen. — Traité élementaire de Pathologie interne. I; Maladies infectieuses. In-8 (16 × 24,5), 354 p., 50 fig. 18 fr.

C. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). Grudzień 1921. (Cena 10 Mar. niem.). Zeszyt grudniowy, poświęcony chirurgji, zawiera rozprawę Jehna: „Leczenie chirurgiczne zapaleń narządów klatki piersiowej“ i Schedego: „Gościec a postawa ciała“.

Walkhoff Otto. Lehrbuch d. konservierenden Zahnheilkunde Mit 225 Abb. Berlin 1921 (VIII. 336 str.) 8⁰ 36 —
Wapler Hans. Hufeland's Schriften über d. Homöopathie u. d. Thesen v. Paul Wolf, Leipzig 1921 (92 stron) 8⁰ 5 —
Weibel W. Einführung in d. gynäkologische Diagnostik. Berlin 1921 (X. 160 str.) 8⁰ 27 —
Weisbach W. Wassermann'sche Reaktion u. Ausflockungsreaktion. Jena 1921 (IV. 58 stron) 4⁰ 9 —
Deutsche Zeitschrift für Chirurgie v. Austhütz [u. a.] Leipzig 1921 (IV. 428 stron) 8⁰ 60 —
Zeitschrift für Hygiene u. Infektionskrankheiten v. C. Flügge, Berlin 1921 gr. 8⁰ 46 —

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXII. Posiedzenie naukowe z dnia 16 listopada 1921.

Przewodniczy kol. Rosner, członków obecnych 68.

1. Przewodniczący uczcił pamięć świeżo zmarłego kolegi dr. Franciszka Szumana. Obecni wysłuchali przemówienie przewodniczącego stojąc.

2. Kol. Tempka przedstawia chorą, która zgłosiła się do krakowskiej kliniki chorób wewnętrznych wśród objawów **daleko posuniętej niedokrwistości** w następstwie kilkutygodniowego, nader **obfitego krwotoku z dróg rodnych**, przy braku przyczyny miejscowej. Z wywiadów zasługuje na podniesienie pojawienie się objawów skazy krwotocznej poraz pierwszy przed 9 laty, w postaci również krwotoku macicznego, krwawienia z dziąseł i nosa, nadto licznych wybroczyn skórnych. Po 3—4 latach objawy te, występujące w zmiennym stopniu, znikły zupełnie w następstwie przebytego duru powrotnego i osutkowego i powróciły dopiero po 3-letniej przerwie. Z innych danych należy wymienić, że tak w bliższej, jak i w dalszej rodzinie chorej, nie było skłonności do krwawień, jak również, że chora miała zawsze dobre warunki życiowe. Czterotygodniowe spostrzeganie kliniczne stwierdziło wybitną skazę krwotoczną, objawiającą się wybroczynami i znaczniejszemi wylewami podskórnemi krwi bez przyczyny urazowej, krwawieniem z dziąseł miejscowem i bardzo małem, krwawieniem z nosa i dróg rodnych wśród znacznych wzniesień ciepłoty i pojawienia się rumienia wielopostaciowego (*erythema exsudativum multiforme*). Badanie krwi wykazuje: bardzo małą ilość hemoglobiny (*Sahli* 10 %), zmniejszoną ilość krwinek czerwonych, (1,912 000), leukocytów 12—14.000 przy stosunku odsetkowym limfocytów 10 — 16 %, ciałek wielojądrzastych obojętnochłonnych 76—90 %, wskaźnik hemoglobiny 0,26, liczne mikrocyty, makrocyty i poikilocyty, liczne ciałka czerwone wielobarwliwe i jądrzaste, obfita siatka włóknika. Czas barwienia 13—25 minut, czas krzepnięcia stale prawidłowy. Skrzep nie miał zdolności kurczenia się i nie wyciskał ani śladu surowicy. Ilość płytek Bizzozera poza okresem krwawień w 1 mm³ 140—160 tysięcy, zaś podczas krwawienia średnio 12 tys w 1 mm³. Na podstawie powyższych danych wyklucza Tempka skazę krwotoczną objawową, gnilec, krwawiączkę dziedziczną i sporadyczną, ostrą białaczkę, a przyjmuje plamicę krwotoczną (Morbus Werlhofi). Ze względu na bardzo zmniejszoną liczbę trombocytów przy zwiększonym czasie barwienia i prawidłowem krzepnięciu uważa przypadek ten za „*thrombopenia essentialis*", którą to postać z grupy plamic wyodrębnił Frank. Ponieważ chora oddziałała na podskórne wprowadzenie 1 mg. adrenaliny trójkrotnem zwiększeniem się ilości płytek Bizzozera, czyli ponieważ nie zachodzi w tym przypadku pierwotne upośledzenie tworzenia się płytek, należy tę zmianę w danym przypadku przypisać wzmożonemu niszczeniu płytek przez śledzionę (*thrombocytolysis*), tak, że rozpoznanie brzmi: *Thrombopenia essentialis thrombocytolytica*. (Streszcz. własne).

W dyskusji kol. Zubrzycki zaznacza, iż spostrzegał podobny przypadek, leczony wstrzykiwaniami mleka. Chorą sprowadziły do lekarza uporczywe i długotrwałe krwawienia miesiączkowe. Wynik leczenia po kilkakrotnem wstrzykuięciu bardzo dobry, lecz już po 5 miesiącach krwawienia wystąpiły ponownie w takim stopniu, że groziły życiu chorej. Mówca stwierdza, że i wyniki i leczenie wstrzykiwaniem peptonu trzebaby śledzić przez czas dłuższy.

Kol. Wierzuchowski wspomina o metodzie Miliana oznaczania krzepliwości krwi, jako bardzo wygodnej i prostej, dającej się wykonać nawet w trudnych warunkach i dającej wystarczająco ścisłe wyniki.

3. Kol. Walter przedstawia chorego z zanikiem bliznowatym skóry w postaci plam po przebytej wysypce kiłowej: *anetodermia syphilitica*.

W dyskusji kol. Leuchter podnosi wątpliwość, czy w danym przypadku nie jest to nie zanik (*anetodermia*), ale najpospolitsze zejście, blizna, co da się stwierdzić badaniem mikroskopowem skrawka.

Kol. Lenartowicz zaznacza, że zanik bliznowaty w postaci plam napotyka się czasem w przebiegu kiły drugorzędnej, i to jako zejście osutki guzkowej, głównie drobnoguzkowej (*lichen syphiliticus*) nie napotyka się go zaś po osutce plamistej. Jeżeli w przypadku Waltera zanik bliznowaty poprzedzała osutka plamista, a nie guzkowa, to istotnie przypadek należy do niebywale rzadkich. Nazwa „*anetodermia syphilitica*" jest nieodpowiednis, bo przez anetodermję rozumiemy postać opisaną przez Jadassohna o etjologii dotychczas nieznanej, tu zaś przyczyną plam zanikowych jest kiła. Możnaby mówić tylko o postaci podobnej do anetodermji, a wywołanej przez kiłę. (Streszczenie własne).

Prócz tego w dyskusji przemawiali jeszcze ponownie kol. Lenartowicz i kol. Walter.

4. Kol. Ciechanowski przedstawia następujące preparaty anatomiczne:

a) Niezmiernie rozległe owrzodzenia całego jelita cienkiego i okrężnicy występującej wskutek *enteritis phlegmonosa ulcerosa* powyżej rakowego zwężenia zagięcia wątrobowego okrężnicy (Nr. s. 488/1921 l. 38).

b) Bardzo liczne **bąblowce** *echinococcus hydatisosus* **sieci**, obok **bąblowców wątroby i śledziony** (Nr. s. 751 l. 65). Zejście śmiertelne wskutek zapalenia otrzewnej po wycięciu części sieci z bąblowcami.

c) **Glejak komory czwartej**, wychodzący z górnego robaka móżdżku, z następowem bardzo znacznem wodogłowiem wewnętrznem. Rozpoznanie kliniczne wahało się między wodogłowiem, a guzem móżdżku. Utkanie mikroskopowe bardzo urozmaicone: obok obrazów glioma (*astrocytoma*) obrazy *spongioblastoma, neuroepithelioma*. (N. s. 728/1921 l. 10).

d) Rzadszy okaz zboczenia rozwojowego części rodnych kobiecych i narządu moczowego: **nerka jednostronna lewa** z dwiema odrębnemi miedniczkami i z dwoma moczowodami, **macica dwurożna** z zarośnięciem ujścia wewnętrznego i szyjką pojedyńczą, a szczątkową przegrodą pochwy w postaci postronka, biegnącego wolno od łechtaczki ku tyłowi i górze w płaszczyźnie pośrodkowej i przyczepionego drugim końcem do tylnej wargi części pochwowej, na prawej ścianie pochwy grzebieniasta wyniosłość. Postronek, pozostały z przegrody pochwy, podszyty wszędzie nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, zawiera wśród tkanki łącznej, niezmiernie obfitującej we włókna elastyczne, pęczki mięśni gładkich i liczne duże naczynia. (Nr. s. 698/1921, l. 60). Czy w tym przypadku były ciąże i porody, z wywiadów nie można było stwierdzić (Streszczenie własne).

5. Kol. Steuermark-Wielski przedstawia i szczegółowiej omawia djapozytywy **zdjęć rentgenicznych** w przypadkach **zwężenia przełyku**.

6. Kol. Zubrzycki przedstawia usunięte z **macicy ciało obce**, w postaci blaszki srebrnej 0.5 cm. szerokiej, ostro zakończonej z zadziorami po bokach. Blaszka ta została wprowadzona do macicy przez lekarza celem zapobieżenia zajścia w ciążę. Chora jednakże w ciążę zaszła i zgłosiła się do Zubrzyckiego w III. m. ks. ciąży z powodu krwawienia. Blaszkę usunięto przez nacięcie przedniej ściany szyjki macicznej, lecz jednocześnie usunięto i ciążę. Blaszka tkwiła wewnątrz macicy tak, że zagięty jej koniec z zadziorami opierał się na dnie macicy, ostry zaś zwrócony był ku dołowi. Zubrzycki przestrzega przed stosowaniem podobnych metod zapobiegania ciąży ze względu na niebezpieczeństwo, jakim grozi chorej ostre ciało obce, wprowadzone na stałe do jamy macicznej.

W dyskusji kol. Szlank podnosi, że przed kilku laty usunął z jamy macicy ciężarnej za pomocą cięcia pochwowego dużą szpilkę od włosów, zwróconą ostremi końcami ku dołowi, ciąży jednak nie przerwano. Kol. Rosner zastanawia się, jakie miało być działanie zapobiegawcze blaszki usuniętej przez kolegę Zubrzyckiego.

7. Kol. Szancenbach przedstawia preparat **macicy pękniętej** w lewym rogu **z powodu ciąży śródściennej**, (będzie ogłoszone osobno).

Szancenbach, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXVII. Posiedzenie naukowe z dnia 11 listopada 1921 r.

Przewodniczy kol. Nowicki. Obecnych 59.

1. Kol. Zakrzewki przedstawia preparaty anatomiczne, a) **guza nowotworowego**, wychodzącego u 35 letniej kobiety z **jajnika lewego**, oraz jego przerzuty w płucach, nerkach, lewym płacie wątroby i w oponach miękkich, a to, jeden wielkości śliwki, w okolicy psychomotorycznej prawej, drugi, nieco mniejszy w części piersiowej kanału kręgowego. Badanie drobnowidowe tak guza pierwotnego, jak przerzutów, wykazało utkanie torbielaka brodawczakowatego bujającego rakowo (*cystadenoma papilliferum invertens carcinomatosum*). Nowotwór szerzył się drogą naczyń krwionośnych w dwóch etapach, w pierwszym sięgnął przez żyłę próżną dolną i prawe serce do płuc, a stąd w związku z martwicą i rozpadem dostał się do dużego krążenia. Zajmującym jest szczegół, że chora przez długi czas nie doznawała poważniejszych dolegliwości, ponieważ zgłosiła się do szpitala dopiero na dwa tygodnie przed śmiercią, gdzie zwrócono uwagę predewszystkiem na objawy, pochodzące z przerzutu umiejscowionego w kanale kręgowym. Dlatego też rozpoznanie kliniczne brzmiało: zapalenie rdzenia, b) przypadek nadzwyczajnie **daleko posuniętego zniszczenia tchawicy i krtani wywołanego gruźlicą**.

W dyskusji przemawiali kol. Domaszewicz, Świtalski i Nowicki.

2. Kol. Wiczyński wygłasza odczyt pt. „**Uwagi nad cyklicznemi zmianami w błonie śluzowej macicy, w świetle najnowszych badań**". (Rzecz oddana do druku).

W dyskusji przemawiał kol. Nowicki.

XXVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 18 listopada 1921 r.
Przewodniczy: kol. Franke. Obecnych 60.

Kol. Franke zawiadamia, że na zjazd w Krakowie, zwołany celem omówienia spraw polskich tygodniowych pism lekarskich, wyjeżdżają koledzy: Franke, Nowicki, Papée i Rencki. Sekretarjat generalny „Polskiego Czasopisma lekarskiego" objął kol. Dr. Adolf Kuhn. Dotychczasowy sekretarz kol. Zakrzewski objął zastępstwo tego urzędu.

1. Kol. Zalewski wygłasza odczyt pt. „**Przewodnictwo ciepła i jego znaczenie dla rozpoznawania i leczenia ostrych spraw zapalnych wyrostka sutkowego**". (Rzecz ukaże się w druku w Polskiem Czasopiśmie lekarskiem).

W dyskusji kol. Krzemicki sen. zwraca uwagę, że wprowadzenie do interesujących spostrzeżeń prelegenta ścisłych metod badania fizykalnego, mogłoby może przynieść wiele odkryć z niejasnej dotąd dziedziny przewodnictwa ciepła przez tkanki żywe. Kol. Pisek podkreśla niezwykle doniosłe praktyczne znaczenie spostrzeżeń, poczynionych przez kol Zalewskiego.

Zakrzewski, sekretarz.

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dn. 21 października 1921 r.
Obecnych członków 18 oraz dwaj goście.

1) Kol. Wrześniowski podał **Sprawozdanie z XVIII. Zjazdu Chirurgów polskich w Warszawie.**

2) Kol. Łokczewski omówił ciekawy ze względu na rozpoznanie przypadek z praktyki. Chory 45-letni, żonaty, bezdzietny, w krótkim czasie po operacji zapalenia wyrostka robaczkowego okazywał zmianę usposobienia, małą wydajność pracy (biurowej) i szybkie wyczerpywanie się. Przedmiotowo stwierdzono: źrenice wąskie, brak oddziaływania na światło, lekkie skrzywienie twarzy ku stronie lewej, mowę powolną, utrudnioną, brak zmian czuciowych, odruchy ścięgniste nieco osłabione. Odczyn Wassermanna dodatni. Powstało **przypuszczenie porażenia postępowego**. Jeden z neurologów w Warszawie wyraził przypuszczenie **swoistych zmian w tętnicach**. Mowca podnosi trudności rozpoznawcze przypadku, spodziewając się w dalszym przebiegu choroby wyjaśnienia sprawy.

W dyskusji przemawiali kol. Wrześniowski, Okuszko Petrykat, S. Kon, Rozenfeld.

3) Kol. Rozenfeld wspólnie z kol. E. Konem opisuje przypadek **odoskrzelowego zapalenia płuc**, które zakończyło się śmiercią przy objawach posocznicy. We krwi stwierdzono dwoinki zapalenia płuc. Autowakcyna z nich pozostała bez skutku.

4) Kol. K. Rozenfeld wygłosił odczyt „**O ogólnem zakażeniu dwoinkami zapalenia płuc**". Na wstępie opisuje mowca badania autorów amerykańskich, którzy na podstawie aglutynacji wyróżniają 4 typy dwoinek. Pierwsze trzy typy spostrzegano we krwi i wysiękach chorych na zapalenie płuc, typ IV. przeważnie w ślinie osób zdrowych. Następnie kol. R. omówił etjologję i epidemjologję tej sprawy, wreszcie przedstawił obecny stan poglądów na leczenie zakażenia pneumokokowego surowicą i szczepionką swoistą.

W dyskusji kol. W. Kon zaznacza, że wyróżnianie saprofitów (typ IV) niema dostatecznej podstawy, gdyż saprofity przy przeszczepianiach mogą stać się złośliwe.

K. Łokczewski, sekretarz.

Sprawozdanie z posiedzenia klinicznego lekarzy szpitala św. Ducha w Warszawie
z dnia 20 marca 1921 r.

1. Dr. Ruszkowski z kliniki ocznej przedstawił a) przypadek **guza spojówki**, leczonego z dobrym wynikiem za pomocą elektrolizy. Przypadek dotyczył dziewczyny, która zgłosiła się do kliniki z powodu guza wielkości śliwki, wychodzącego z wewnętrznego końca spojówki. Obecnie po leczeniu za pomocą elektrolizy pozostał niewielki, miękki guz, który możnaby również łatwo usunąć za pomocą operacji;

b) przypadek **zranienia gałki ocznej, z wypadnięciem ciałka rzęskowego.** Przypadek ten dotyczył starszego mężczyzny, który został zraniony oberwanym drutem w górną część gałki ocznej tuż nad tęczówką. Ranka pozioma o brzegach równych, rozwartych przez wypadnięte ciałko rzęskowe. Prelegent omawia trudności leczenia tego rodzaju przypadków. Na usunięcie gałki ocznej chory się nie zgadza, gdyż wzrok w niej zachowany; tymczasem istnieje obawa powstania schorzenia sympatycznego oka zdrowego. Dr. R. w celu usunięcia wypadniętego ciałka rzęskowego zaczął stosować elektrolizę. Wynik w tym przypadku pomyślny i chory jest na drodze do wyzdrowienia.

W dyskusji kol. Sokołowski zapytuje prelegenta, jak traktować przypadki uwięźnięcia ciał obcych w gałce ocznej.

W odpowiedzi kol. Ruszkowski wyjaśnia, że usunięcie ciał obcych, o ile jest możliwe bez usuwania gałki ocznej, jest wskazane ze względu na możliwość występowania cierpienia sympatycznego w oku zdrowem.

2. Kol. Rutkowski z kliniki chirurgicznej przedstawił przypadek **mięsaka sutka** u 35-letniej panny, która przed kilku dniami podlegała operacji doszczętnego usunięcia guza wraz z tkankami przylegającemi aż do jamy pachowej *en bloc*. W celu zapełnienia tak znacznego ubytku skóry trzeba było zasięgnąć pożyczkę ze strony przeciwnej; w wyniku sutek zdrowy przesunięty został aż do linji środkowej ciała. Co się tyczy samego guza, to z wyglądu jest podobny do mięsaka. Badanie drobnowidowe i samego guza i wyłuszczonych gruczołków pod pachą jeszcze nie ukończone.

3. Kol. Landsberg z kliniki chorób wewnętrznych przedstawił przypadek **niedowładu połowicznego z ruchami podobnemi do drżączki porażennej** (*Paralysis agitans*) po stronie chorej. Przypadek ten dotyczy 58-letniego mężczyzny, chorego od 2 lat z silnemi zaburzeniami mowy o charakterze *aphasia motorica*, z łatwą pobudliwością do płaczu i śmiechu. Chory chodzi z trudnością. Odruchy wzmożone z obu stron. Po stronie chorej Babiński dodatni. Źrenice nierówne. Odruchy źrenic zachowane. Z nerwów czaszkowych niedowład połowiczny nerwu twarzowego i podjęzykowego. Kol. L. sprawę chorobową umiejscawia w jądrze soczewkowem, a w szczególności w części jego — *globus pallidus*. Wassermann dodatni.

W dyskusji kol. Kopczyński nie zgadza się z tem rozpoznaniem i rozpoznaje w tym przypadku rozlane cierpienie mózgu: objawy otępienia wskazują na zajęcie kory mózgowej; łatwa skłonność do płaczu i śmiechu — na zajęcie wzgórka wzrokowego itp. Takie rozlane cierpienia na tle przymiotu należą do najczęstszych.

W odpowiedzi kol. Landsberg przyznaje słuszność zapatrywaniom kol. Kopczyńskiego i nie upiera się przy rozpoznaniu swojem.

Bełkowski, sekretarz

Towarzystwo higjeniczne we Lwowie.

Walne Zgromadzenie, odbyło się 10 stycznia br. w wielkiej sali Polikliniki Lwowskiej pod przewodnictwem zastępcy prezesa dra Mikołajskiego.

Towarzystwo ma za sobą długoletnią, bardzo owocną pracę; wydawało przez szereg lat czasopismo „Przegląd higjeniczny", a w ostatnich latach przed wojną pisemko ludowe „Przyjaciel zdrowia". Ono też zorganizowało „Pierwszy Zjazd higjenistów polskich" we Lwowie, który się odbył, przy licznym udziale uczestników ze wszystkich dzielnic Polski w lipcu 1914, tuż przed wybuchem wojny światowej. Wojna była przyczyną, że obfity materjał, nagromadzony w czasie obrad Zjazdu, nie został spożytkowany.

W czasie wojny Towarzystwo wiodło z konieczności żywot utajony, członkowie się rozproszyli, Wydział uległ zdekompletowaniu. Dopiero obecnie, po zapanowaniu normalnych stosunków w Państwie, zabiera się Towarzystwo do nowej pracy, już w wolnej Ojczyźnie, która tak bardzo wiele pracy potrzebuje na polu higjeny publicznej i prywatnej.

Po przedstawieniu sprawozdania sekretarza i skarbnika Walne Zgromadzenie dokonało wyborów nowego Wydziału, do którego weszli: jako przewodniczący dr. Opieński, jako zastępcy przewodniczącego dyr. inż. Rybicki i doc. dr Steusing, jako członkowie: radca Bruchnalski, prof. dr. Cieszyński, p. Czerszyk-Bąkowska, doc. dr. Gąsiorowski, prof. dr. Grabowski' prof. dr. Gröer, prof. dr. Henryk Halban, inż. Klimczak, radca dr. Kociuba, dr. Leon Krzemicki, dr Kuhn, dr Legeżyński, dr. Mikołajski, dr. Mosler, inż., prof. dr. Nadolski, prof. dr. Nowicki, prof. dr. Wiczkowski, radca Włodzimirski.

Medycyna społeczna.

Dr. Mieczysław Gantz. Warszawa.

O potrzebie utworzenia państwowego Instytutu przeciwgruźliczego [1]).

Gdy się śledzi gorączkową niemal dyskusję, jaka co pewien czas miewa miejsce w świecie lekarskim państw zachodnich w sprawie gruźlicy (niedawno, naprzykład, w paryskiem Towarzystwie lekarzy szpitalnych), gdy przegląda się lekarską prasę francuską, angielską lub niemiecką, a nawet i nielekarską, od czasu do czasu roztrząsającą te lub inne zamierzenia, zdążające do zwalczania gruźlicy, i jeśli zestawić je z zupełnem niemal milczeniem w tym względzie u nas, to można nabrać błędnego mniemania, że gruźlica, której tak boją się, zwłaszcza obecnie, po skończonej wojnie, we Francji, Anglji, w Niemczech i Austrji, u nas nie jest wcale tą klęską społeczną, za jaką ją uznają społeczeństwa zachodnie. Sądzićby można było, że u nas wojna bynajmniej nie zwiększyła liczby chorych na gruźlicę, że nie podniosła znacznie śmiertelności skutkiem tej choroby, że warunki ekonomiczne nie pogorszyły się o tyle, by sprzyjać znacznemu szerzeniu się tego cierpienia, że mamy pod dostatkiem miejsc w zakładach leczniczych dla tych nieszczęśliwych ofiar warunków życia wojennego i powojennego, że nie mamy potrzeby myśleć o wprowadzaniu koniecznem izolacji i t. p. Takie błędne, powtarzam, mniemanie może powziąć obserwator, stojący na uboczu. Wystarczy jednak, by w ciągu dnia jednego obszedł kilka naszych oddziałów szpitalnych, by asystował podczas przyjęcia w ambulatorjach, by odwiedził kilka przytułków dla dzieci lub, co gorzej, obznajmił się nieco bliżej z stanem zdrowotnym naszej ludności robotniczej, a wtedy przekona się szybko, że w istocie sprawa przedstawia się bardzo smu-

[1]) Odczyt, wygłoszony na posiedzeniu Pol. Tow. Medycyny Społecznej w Warszawie w grudniu r. 1919.

tno i wymaga energicznej akcji ze strony władz rządowych, komunalnych i całego społeczeństwa. Trzeba bowiem otwarcie sobie powiedzieć, że, właściwie, dotąd nic dla zwalczania gruźlicy nie czynimy. Ta bowiem działalność, którą rozwija, dzięki osobistej inicjatywie Sokołowskiego i pewnej liczby ludzi dobrej woli, Warsz. Tow. Przeciwgruźlicze, te poza tem wysiłki, które w niektórych miejscach kraju, dzięki znów prywatnym zabiegom poszczególnych lekarzy, jak np. Sterlinga w Łodzi, przynoszą pewną korzyść pod względem walki z gruźlicą, — te, powtarzam, usiłowania pojedyńcze, wobec ogromu klęski, są prawdziwie niczem. Czyż bowiem nie kroplą w morzu jest działalność np. kilku przychodni w Warszawie, gdy niema gdzie ulokować chorych z bardziej posuniętemi zmianami, gdy niema gdzie leczyć dzieci z początkami gruźlicy, gdy niema co nawet myśleć o walce z szerzeniem zarazy przez chorych z gruźlicą otwartą itp.

I dziwną byłaby ta uderzająca opieszałość społeczeństwa, niezrozumiałą obojętność naszych władz rządowych i komunalnych, gdyby nie to, że, istotnie, w momencie budowy odradzającego się państwa, w chwili, gdy przed władzami naszemi staje do rozwiązania tyle najrozmaitszych spraw wewnętrznych i zewnętrznych, nie cierpiących zwłoki, nie mówiąc już o walkach na froncie, trudno może żądać jakiejś wyraźnie rozwiniętej akcji powszechnej. Pewien jestem zresztą, że Ministerstwo zdrowia nie zapomina o tem, że walka z gruźlicą winna być jednem z najgłówniejszych jego zadań, ani o tem, że, choć walka z ostremi infekcjami mimowoli wysuwa się obecnie na plan pierwszy, zwalczanie gruźlicy nie powinno być odsuwane *ad meliora tempora*, skoro każdy dzień zwłoki pod tym względem naraża kraj na szkody wprost nieobliczalne.

Walka przytem, o której mowa, jeśli ją prowadzić tak, jak należy, musi, tak sądzę, być prowadzoną przez zastęp ludzi, specjalnie tylko tej sprawie oddanych. Gdy idzie o stworzenie niemal podstaw walki społeczno-państwowej w kraju, gdzie jej dotąd (poza Poznańskiem) prawie nie było, gdy nie tylko mają być wprowadzone w życie pewne normy prawne w stosunku do gruźlicy, ale przedewszystkiem dokładnie wystudjowane co do ewentualnych korzyści, jakie te możliwe ograniczenia życia prywatnego przynieść mają, gdy idzie o bardzo oszczędne szafowanie groszem publicznym, którego zbyt wiele kraj nie posiada, a potrzeby są wprost ogromne, gdy się ma wreszcie unikać prób zbyt kosztownych, a mało korzyści przynoszących, wszystko to ująć musi w swe ręce instytucja, wyłącznie walkę z gruźlicą mającą na celu:

Doświadczenie wojny ubiegłej i ciągle jeszcze trwających trudności ekonomicznych, przez wojnę wywołanych, nauczyło nas, że, chcąc pchnąć szybko naprzód organizację w pewnej gałęzi życia ekonomicznego, nieraz dobrze jest poruczyć prowadzenie wszystkich spraw w danym zakresie specjalnie w tym celu stworzonemu urzędowi. Tembardziej wskazaną zdawałaby mi się potrzeba utworzenia organu, mającego za zadanie sformułowanie w ogólnych zarysach planowej walki z gruźlicą na całym obszarze Polski, opracowywanie jej w najdrobniejszych szczegółach, wyszukiwanie środków niezbędnych do wprowadzenia w życie uznanych za korzystne zamierzeń, współdziałanie z organami komunalnemi, kasami chorych, towarzystwami prywatnemi, i pobudzanie ich do współpracy itp., szczegóły, o których mam zamiar zaraz nieco obszerniej pomówić.

Ministerstwo zdrowia publ., mające przed sobą tyle najrozmaitszych i obszernych zadań, nie może, zdaniem mojem, z należną intenzywnością zająć się walką z gruźlicą we wszystkich jej szczegółach, a opracowanie li tylko tych lub innych przepisów prawnych, mających zdążać do ograniczenia szerzenia się gruźlicy, nic prawie albo bardzo niewiele zdziałać potrafi. Należy powołać jak najrychlej do życia odrębną instytucję społeczno-lekarską, »Państwowy Instytut Przeciwgruźliczy«, nad którym nadzór, naturalnie, musi należeć do Ministerstwa zdrowia publ., którego (instytutu) jednak działalność winna być, a nawet koniecznie musi być autonomiczną w celu uniknięcia niepotrzebnej zwłoki w wprowadzaniu w czyn niezbędnych zamierzeń.

Niniejszem chcę tylko w zarysach ogólnych naszkicować, jakim według mego pojęcia winien być ów instytut przeciwgruźliczy.

Zaraz na wstępie zaznaczyć muszę, że instytut, o którym mowa, ma być organizacją żywą, związaną ściśle z życiem społeczeństwa i chorych, a nie jakąś jeszcze (jedną z wielu) kancelarją, w której mają być opracowywane te lub inne projekty, najczęściej nie dostosowane do obecnych warunków życia, a więc z góry przeznaczone na pozostanie przeważnie na papierze. Wychodząc z tego założenia, sądzę, iż ośrodkiem instytutu, głównem jego jądrem, musi być szpital dla chorych gruźliczych wraz z przychodnią. Jedynie tylko ciągłe zetknięcie się z chorymi, zarówno cięższymi, jak i lżejszymi, konieczność uwzględniania ich ewentualnych potrzeb pod względem indywidualnym i społecznym, ścisła łączność, jaka się z biegiem czasu wytworzy pomiędzy chorym i jego rodziną z jednej a zakładem z drugiej strony itp. — wszystko to musi stać się istotnym bodźcem do opracowania całego szeregu przepisów, normujących życie tego mnóstwa chorych wśród społeczeństwa zdrowego, przytem przepisów, których użyteczność można będzie względnie łatwo sprawdzić. Zastrzedz się muszę, że bynajmniej nie przedstawiam sobie tego zadania zbyt łatwem, wszelkie bowiem ograniczenie życia indywidualnego na korzyść społeczeństwa spotkać się musi z znacznym sprzeciwem, lecz sądzę, że tą drogą unikniemy może przepisów teoretycznych daleko odbiegających od warunków życia zwykłego.

Szpital dla chorych gruźliczych winien składać się z dwóch części głównych: 1) z oddziału dla gruźlicy płuc z jej powikłaniami, 2) z oddziału dla gruźlicy chirurgicznej. Pierwszy oddział musi mieć pododdziały dla gruźlicy otwartej i zamkniętej. W innej swej pracy [1]) usiłowałem już przekonać, dlaczego uważam poniekąd za bezcelowe otwieranie oddziałów szpitalnych wyłącznie dla przypadków bardziej posuniętych. Nie chcę się tu powtarzać, dodam tylko, że tutaj byłoby to tem mniej pożądanem, że omawiane części lekarskie Instytutu mają służyć — poza wspomnianym już wyżej celem — za główną, że się tak wyrażę, pracownię, z której powinnyby wychodzić wskazówki do tego lub innego postępowania lekarskiego, oparte na poczynionych spostrzeżeniach. Jasne więc, że niezbędnym tu jest materjał najrozmaitszy. A idzie mi o to, by wreszcie można było i u nas prowadzić badania nad gruźlicą na wielką skalę, a nie byśmy tylko niewolniczo powtarzali, naturalnie z większem lub mniejszem opóźnieniem, pomysły lekarzy innych krajów. Nie znaczy to, iżbym miał występować przeciwko przejmowaniu pomysłów pożytecznych. Bynajmniej! Uważam tylko, że należy ułatwić wreszcie i naszym badaczom możność samodzielnego pracowania nad istotą gruźlicy i jej zwalczaniem. Zaiste, dziwić się nieraz należy, w jaki sposób, przy braku niemal wszelkiego poparcia materjalnego, zjawiają się u nas liczne i nieraz pierwszorzędnej wartości prace naukowe lekarskie, gdy autorowie ich bynajmniej w dostatki nie opływają, a na doświadczenia muszą łożyć często z swej kieszeni! Jakżeż w tych warunkach myśleć można o wypróbowaniu tego lub innego środka lekarskiego swoistego lub chemicznego, jak można zająć się sprawą wpływu leczniczego tych czy innych promieni na gruźlicę płuc czy kości, czyż jest podobieństwem ścisłe określenie, z jakim rodzajem zarazka gruźliczego mamy w danym przypadku do czynienia i t. p.

Odpowiednio prowadzony szpital wraz z pracownią biologiczną w obszernem zrozumieniu tego słowa (chemiczno-bakterjologiczną, rentgeniczną, anatomopatologiczną), umożliwiający prawdziwie naukową pracę w umiłowanej specjalności, przyczyni się niewątpliwie i u nas do bardziej wyczerpujących studjów nad gruźlicą. A że w tych warunkach garnąć się będą do Instytutu ludzie, chcący gruźlicę badać naukowo, to chyba wątpliwości nie ulega.

Wspomniałem powyżej, że uważam za konieczne istnienie przychodni przy Instytucie. Ma to cel dwojaki. Idzie

---

[1]) O znaczeniu sanatorjów i szpitali w walce z gruźlicą. — „Gaz. Lek." 1919 Nr. 17—18.

mi z jednej strony o całokształt pod względem klinicznym, a więc rozpoznawanie przypadków początkowych i ich obserwację, o ewentualne skierowywanie przemijające na oddział w celu pewniejszego w razie potrzeby postawienia rozpoznania, o zapisywanie na oddział przypadków, nie nadających się do leczenia ambulatoryjnego lub domowego, z dalszem następczem skierowywaniem do sanatorjów lub do domu z powrotem, wreszcze o dostarczenie wszechstronnego materjału lekarzom, chcącym czas pewien poświęcić sprawie wystudjowania specjalnego gruźlicy. Gdyż i ten cel, *przysporzenie krajowi lekarzy, dokładnie obznajomionych z badaniem i leczeniem gruźlicy*, musi mieć Instytut na widoku.

Z drugiej strony przychodnia jest tem właściwem ogniwem, które łączyć ma Instytut ze społeczeństwem. Przychodnia z jej poradami, nie tylko pod względem lekarskim, ma pomódz w zdobyciu zaufania śród szerszych warstw ludności pracującej. Przychodnia ta ma przekonać chorych i ich otoczenie, że Instytut ma przedewszystkiem na celu dopomożenie chorym i ich rodzinom, że nietylko stara się *wszelkimi sposobami* poprawić zdrowie chorego członka rodziny, lecz roztacza opiekę na czas choroby nad rodziną chorego, stara się dopomódz choremu po powrocie do zdrowia lub do jakiej takiej sprawności itp. Tylko tą drogą można stopniowo przełamać ten zwarty wał nieufności, jaki oddziela nas od chorej publiczności warstw niezamożnych, zwłaszcza od chorej na gruźlicę publiczności, która obecnie uważa, że »ze szpitala wychodzi się tylko na cmentarz«. Czyż w tych warunkach można myśleć o izolacji za pomocą środków przymusowych, czy można osiągnąć zmniejszenie szerzenia się gruźlicy drogą li tylko przekonywania słownego? Zaufanie do instytucji — to jest alfa i omega walki z gruźlicą, a wtedy łatwiej myśleć będzie można o reglamentacji i izolacji.

To też urządzenia o *charakterze społecznym* są również niezbędnemi, jeśli nie potrzebniejszemi jeszcze częściami składowemi Instytutu, ściśle związanemi z przychodnią i szpitalem.

Z chwilą zjawienia się w przychodni chory przechodzi pod opiekę, że tak powiem, urządzeń społecznych Instytutu Przeciwgruźliczego. Odpowiednio wyszkolony personal załatwia czynności, wchodzące w zakres zadań przychodni. Specjalny *oddział opieki nad chorymi gruźliczymi i ich rodzinami* dba o pomoc pod względem odżywiania, o ile chory ma leczyć się w domu, poprawia warunki życia chorego i rodziny w celu zapobiegnięcia ewentualnemu szerzeniu zarazy, stara się umieścić w razie potrzeby dzieci w odpowiednim zakładzie itp. Tensam oddział lub oddzielna *poradnia* udzielać winna rodzinom chorych gruźliczych wszelkich porad, zmierzających do poprawy warunków życia, nawet, o ile jest to tylko możliwe, pod względem prawno-ekonomicznym. Tensam również lub też oddzielny wydział roztacza *opiekę nad wychodzącymi z szpitala lub sanatorjów*, w celu dostarczenia choremu możliwie takich warunków pracy i życia, by o ile można, uzyskana poprawa nie poszła na marne. Kontrola stanu zdrowia przez przychodnię daje pod tym względem cenne wskazówki.

Specjalny *wydział statystyczny* winien mieć za zadanie z jednej strony dokładne oświetlenie stanu gruźlicy w państwie pod względem cyfrowym, a więc 1) liczby chorych na gruźlicę, 2) śmiertelności skutkiem gruźlicy, 3) zależności od zawodu, 4) wpływu warunków mieszkaniowych, 5) wpływu dziedziczności itp., nie pomijając, o ile można, żadnych szczegółów. Z drugiej strony wydział notuje skrzętnie liczbę łóżek dla chorych gruźliczych w całem państwie zarówno w szpitalach, jak i sanatorjach, oddzielnie odnotowując ilość miejsc wolnych i zajętych.

Te ostatnie szczegóły posiadają wielką wartość dla lekarzy oddziałowych, skierowujących ewentualnie przypadki nadające się do sanatorjów.

Wydział naukowy, do pewnego stopnia *centralny*, obejmujący główny kierunek Instytutu, a i całej walki z gruźlicą w państwie, opracowuje przepisy prawne, zdążające do zwalczania gruźlicy, inicjuje sam budowę w rozmaitych miastach państwa szpitali, przychodni czy sanatorjów, lub czyni to za pośrednictwem władz komunalnych czy instytucji społecznych, zajmuje się szeroką *propagandą* w sensie uświadamiającym i zapobiegawczym (przez urządzanie wystaw ruchomych, zdjęć kinematograficznych, odczyty, wydawanie broszur, napisów itp.), ogniskuje w sobie wszelkie wiadomości, dotyczące gruźlicy w kraju, i za pośrednictwem ministerjum zdrowia stara się o uchwalenie przez instytucje prawodawcze niezbędnych przepisów lub praw.

Oczywiście Instytut Przeciwgruźliczy znajdować się musi w ścisłej łączności z instytucjami lekarskiemi wojskowemi pomagając czynnie w zwalczaniu gruźlicy w armji, wyzysku jąc warunki życia koszarowego do celów uświadomienia o istocie cierpienia i przejmując pod swą opiekę chorych gruźliczych, z armji wyeliminowanych.

Czy projekt powyższy, który jest, rzecz naturalna, tylko szkicem i wymaga szczegółowego opracowania, jest w dobie obecnej wykonalny? Zdaję sobie doskonale sprawę, że wojna z gruźlicą, jak zresztą każda wojna, wymaga pieniędzy, pieniędzy i pieniędzy, których, jak dotąd, posiada państwo bardzo mało. Nie znaczy to, by projekt ów musiał być zrealizowany odrazu we wszystkich szczegółach. Uważam jednak, że sprawa jest zbyt ważna, by można było koło niej tak spokojnie przechodzić, jak to czynimy obecnie. Myślę przytem, że czas najwyższy zepchnąć sprawę walki z gruźlicą z punktu martwego, na którym stoi, że walkę tę musi natychmiast ująć w swe ręce rząd wespół z władzami komunalnemi (co nie przeszkadza bynajmniej współdziałaniu zasłużonego Tow. Przeciwgruźliczego), a wypełniać to zadanie z ramienia władz państwowych najlepiej może Instytut Przeciwgruźliczy, chociażby na razie w skromniejszych rozmiarach, niżbym to pragnął widzieć. Jestem spokojny, że życie zmusi do rychłego rozszerzenia i uzupełnienia Instytutu [1].

Sprawy zawodowe.

Wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie.

W sprawie wynagrodzeń za czynności sądowo-lekarskie w sprawach karnych podaje Wydział Izby do wiadomości, że w lutym r. z. przedłożony został Ministerstwu zdrowia publ i sprawiedliwości przez Izbę lekarską projekt szczegółowy nowej taryfy. Celem wypośrodkowania wynagrodzenia, któreby odpowiadało ciągle zmieniającym się stosunkom walutowym, zaproponował Wydział Izby posłużenie się mnożnikiem przyjętym dla płac urzędniczych. Ponieważ atoli wysokość mnożnika nie jest dla wszystkich miejscowości jednakową, taryfa zaś powinna być jednolitą dla całego Państwa, wnosił Wydział przyjęcie za podstawę mnożnika, ustanowionego dla miasta Warszawy, i to w ten sposób, że poszczególne pozycje taryfy należałoby pomnożyć przez 5% mnożnika dla miasta Warszawy w danej chwili obowiązującego.

Oprócz pozycji za poszczególne czynności, taryfa winna, według przedstawionego przez nas projektu, obejmować:

1. Zwrot kosztów podróży i rzeczywiście poniesionych wydatków.

2. Djety dzienne.

3. Wynagrodzenie za stratę czasu (również z zatrzymaniem zasady 5% mnożnika).

W częściowem uwzględnieniu powyższego memorjału Izby, wydane zostało rozporządzenie Ministerstwa sprawiedliwości, normujące powyższe wynagrodzenie. Wprawdzie przedstawiony przez nas projekt nowej taryfy nie został w całej rozciągłości przyjęty, gdyż zasadniczo została utrzymaną dawna taryfa austrjacka z r. 1901, inne jednak nasze propozycje zostały, aczkolwiek także tylko częściowo, uwzględnione.

Z powodu licznych zapytań ze strony Kolegów, podajemy dosłowną treść powyższego rozporządzenia.

Rozporządzenie Ministerstwa Sprawiedliwości
z dnia 19 kwietnia 1921

wydane w porozumieniu z Ministrami Skarbu, Zdrowia Publicznego tudzież Rolnictwa i Dóbr Państwowych, w przedmiocie podwyższenia należytości znawców lekarzy i weterynarzy w b. zaborze austrjackim.

Na podstawie § 384 ustawy o postępowaniu karnem zarządza się, co następuje:

---

[1]) Jak widać z pism zagranicznych, tasama myśl poruszona została zagranicą: *Effler* proponuje w roku 1920 utworzenie podobnego instytutu w Niemczech; w Paryżu też postanowiono stworzyć tego samego rodzaju zakład imienia *Laenneca* z okazji stulecia istnienia auskultacji.

§. 1. Art. 1. rozporządzenia Ministra sprawiedliwości z dnia 14-go stycznia 1921. (Nr. 9. Dz. u. Poz. 51) otrzymuje brzmienie następujące:

„Należytości przewidziane w rozporządzeniu austr. Ministerstwa Sprawiedliwości z dnia 20-go marca 1901. Nr. 34 Dz. U. P. podwyższa się w ten sposób, że stawki koronowe zastępuje się dwudziestokrotną ilością marek polskich.

Stawki, przewidziane w art. 11 rozporządzenia z dnia 7-go sierpnia 1920 (Nr. 75 Dz. U. poz. 515), podwyższa się pięciokrotnie, jeśli znawca jest lekarzem lub weterynarzem. Przepis art. 15 tegoż rozporządzenia jest uchylony“.

§. 2 Rozporządzenie niniejsze obowiązuje w b. zaborze austrjackim i wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Izba lekarska Wschodniej Małopolski
We Lwowie, dnia 7-go stycznia 1922.
Prezydent Izby, Dr. *Papée*, m. p.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Towarzystwo lekarskie krakowskie nadało godność członków honorowych prof. St. Ciechanowskiemu i prof. A. Rosnerowi za wydatną i owocną pracę około rozwoju Towarzystwa.

Przy sposobności tego zaszczytnego i zasłużonego odznaczenia redakcja lwowska składa odznaczonym bardzo serdeczne życzenia.

Zmarły w Czerniowcach okulista dr. Antoni Świerzcho wychowaniec Uniwersytetu Jagiellońskiego, zapisał dom swój (po wyjściu dożywocia rodziny) na dom słuchaczy Wydziału lekarskiego w Krakowie.

Lwów.

III. Posiedzenie naukowe Tow. lek. lwowskiego odbędzie się dnia 27. b. m. o godz. 6-tej wieczorem w Poliklinice (ul. Lindego). Wykłady: O niedomaganiach i postulatach higjenicznych z powodu grożących epidemji *ex re* fali repatrjacyjnej: 1) w obrębie miasta Lwowa referują: a) Kol. Steusing ze stanowiska lekarskiego, b) inżynier Drexler, (jako gość) ze stanowiska technicznego; 2) na przedmurzu wschodniej Małopolski, kol. Palester, (jako gość).

Franke prezes. — *Kmietowicz* sekretarz.

Warszawa.

Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich.

Na 28, 29. i 30. stycznia r. b. Związek miast Polskich zwołuje w Warszawie (Ratusz) zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich. Komitet organizacyjny Zjazdu wysunął nadzwyczaj aktualne sprawy doby obecnej:

1) Organizacja władz samorządowych sanitarnych miejskich i stosunek ich do władz państwowych.

2) Zaopatrywanie miast w dobrą wodę do picia i usuwanie nieczystości.

3) Zwalczanie chorób zakaźnych.

4) Propaganda i popularyzacja zasad higjeny.

Podniesienie stanu zdrowotnego naszych miast i miasteczek już oddawna stanowiło jedno z głównych zadań czynników rządowych, samorządowych i społecznych.

Wysiłki poszczególnych lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich częstokroć rozbijały się o cały szereg przeszkód nietylko natury fachowej, lecz i administracyjnej.

Zjazd, który ma się odbyć w końcu stycznia, właśnie ma na celu wyjaśnienie obecnego stanu zdrowotnego i opracowanie sposobów, aby ten stan sanitarny naszych miast i miasteczek doprowadzić do należytej wysokości.

(Biuro Zjazdu: Magistrat m. Warszawy. Oddział VI-ty).

W sprawie żółtaczki zakaźnej otrzymujemy następujący okólnik Ministerstwa zdrowia publ.:

Dalsze badania nad żółtaczką rozpowszechnioną na Wołyniu, dokonane przez bakterjologów Państwowego Zakładu Epidemjologicznego w Warszawie, wykazały, że choroba ta jest pochodzenia bakteryjnego. Za pomocą prób serodjagnostycznych w większości przypadków otrzymano swoiste odczyny ze szczepem, należącym do grupy paratyfusowej (Aertrycke). Prócz tego w jednym przypadku wyosobniono podobny szczep ze krwi. Pod względem obrazu klinicznego chorych na żółtaczkę paratyfusową podzielić można na dwie grupy. U jednych choroba ta rozpoczyna się gwałtownie od dreszczy i gorączki, trwającej od kilku dni do dwóch tygodni, bólów głowy i kończyn oraz zaburzeń kiszkowych, mianowicie zaparcia lub biegunki. U chorych tych żółtaczka występuje czasami już drugiego dnia choroby i wzmagając się, trwa w ciągu kilku tygodni, nawet po ustąpieniu wszelkich objawów. Do drugiej grupy zaliczyć należy przypadki lżejsze, rozpoczynające się od radłości, bólów głowy, uczucia ucisku w dołku. W tych przypadkach żółtaczka rozwija się stopniowo, pod względem swej intensywności nie ustępuje jednak przypadkom cięższym. Ta kategorja chorych nie gorączkuje; czują się oni względnie dobrze.

Ponieważ żółtaczka paratyfusowa szerzy się przez bakterje, które są wydalane wraz z kałem i moczem chorych, przeto dla zwalczania choroby tej postępować należy tak, jak w durze brzusznym, mianowicie odkażać wydzieliny chorych.

Prof. Szymański prosi tych, którzy nabyli jego „Okulistykę w skróceniu“, o poprawienie omyłki na str. 37 w formule recepty Dufoura Nr. 3, mianowicie w dawce sublimatu: zamiast Hydrargyri subl. corr. 0·02, ma być 0·002.

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Białostockie	Kieleckie	Krakowskie	Lubelskie	Łódzkie	Poleskie	Stanisławowskie	Tarnopolskie	Lwowskie	Warszawskie	Wołyńskie
za czas		29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921	29 X—26 XI 1921
Ospa	ch.	3 (1)	50 (33)	—	7 (0)	—	3 (0)	30 (10)	—	1 (1)	4 (2)	9 (0)
	ż.	—	3 (3)	—	—	—	—	—	—	—	1 (0)	—
Dur brzuszny	ch.	78 (2)	375 (29)	316 (46)	318 (12)	142 (og. 36)	93 (3)	135 (12)	104 (7)	288 (51)	211 (8)	248 (6)
	ż.	13 (0)	36 (3)	4 (1)	31 (1)	39	3 (3)	20 (5)	12 (0)	89 (8)	15 (0)	45 (0)
Dur osutk.	ch.	182 (5)	33 (9)	24 (4)	70 (10)	6	67 (1)	63 (7)	82 (6)	169 (20)	47 (4)	87 (4)
	ż.	4 (0)	2 (0)	6 (1)	25 (0)	—	—	1 (0)	1 (0)	11 (1)	2 (1)	13 (1)
Dur powrotny	ch.	113 (2)	12 (1)	1 (1)	198 (8)	1	50 (0)	7 (0)	9 (0)	3 (0)	2 (0)	201 (7)
	ż.	2 (0)	—	—	34 (0)	1	8 (1)	—	—	—	—	21 (0)
Czerwonka	ch.	15 (0)	67 (9)	958 (324)	61 (2)	8 (og. 3)	4 (1)	77 (27)	7 (5)	162 (62)	19 (2)	22 (0)
	ż.	2 (0)	1 (0)	16 (2)	—	1	2 (0)	1 (0)	—	6 (4)	2 (0)	—
Płonica	ch.	123 (4)	164 (24)	222 (38)	102 (27)	23 (og. 6)	37 (2)	334 (63)	109 (31)	978 (167)	143 (11)	107 (7)
	ż.	22 (2)	10 (0)	10 (5)	80 (9)	20	24 (3)	86 (19)	36 (9)	109 (14)	18 (2)	63 (1)
Błonica	ch.	12 (0)	19 (2)	8 (3)	23 (3)	11 (4)	15 (0)	21 (5)	6 (2)	10 (3)	28 (4)	47 (1)
	ż.	—	—	1 (0)	6 (0)	2 (0)	9 (0)	—	4 (0)	4 (1)	4 (1)	12 (0)
Odra	ch.	168 (3)	71 (2)	138 (3)	92 (0)	56 (5)	18 (0)	34 (6)	192 (6)	186 (3)	28 (25)	231 (0)
	ż.	38 (2)	16 (3)	2 (0)	15 (0)	10 (0)	23 (0)	—	—	2 (0)	4 (0)	12 (0)
Krztusiec	ch.	3 (0)	2 (0)	1 (2)	2 (0)	4	9 (0)	30 (6)	26 (1)	25 (1)	4 (0)	69 (0)
	ż.	2 (0)	10 (0)	—	—	1	8 (0)	1 (1)	—	—	—	4 (0)
Zimnica	ch.	14 (0)	5 (0)	—	21 (0)	—	50 (0)	—	1 (0)	—	2 (0)	226 (0)
	ż	—	—	—	1 (0)	—	29 (0)	—	—	—	2 (0)	—
Gruźlica	ch.	4 (12)	0 (10)	1 (59)	20 (0)	15 (88)	6 (0)	10 (22)	21 (22)	32 (60)	17 (19)	11 (0)
	ż.	1 (3)	—	0 (5)	2 (0)	0 (13)	11 (1)	1 (1)	1 (17)	2 (7)	6 (0)	—
Nagminne zapalenie opon	ch.	1 (0)	—	—	1 (0)	0 (og. 3)	—	—	—	1 (1)	4 (0)	—
	ż.	—	1 (0)	—	0 (1)	3	—	—	—	—	1 (0)	—

Kraków miasto od 29. X. do 26. XI.: Płonica M. 53 (8), Zam. 6 (1). — Błonica M. 7 (0), Zam. 1 (0). — Dur brzuszny M. 32 (6), Zam. 21 (5) — Dur plamisty M. 4 (1), Zam. 1 (0). — Czerwonka M. 10 (4), Zam 7 (7). — Tężec Zam. 1 (1). — Nagminne zapalenie mózgu M. 2 (1), Zam. 0 (0).

Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych. M. = miejscowi, Zam. = zamiejscowi.

Nr. 5. 29 Stycznia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. dr. Ksawery Lewkowicz. Kraków.

Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon.

VII. Doniesienie,

Warunki działania surowicy przy zwężeniu komór mózgowych.

(Przypadki 141 * i 142 *).

(Z kliniki chorób dziecięcych Uniw. Jagiell.)

(Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w dniu 18. stycznia 1922 *).

Przy leczeniu nagminnego zapalenia opon zapomocą surowicy swoistej należy wyjść z założenia, że główną i istotną siedzibą tej sprawy zakaźnej są komory mózgowe. O przestrzeń podpajęczynówkową i opony można się więc zupełnie nie troszczyć. Przecież, choćbyśmy nawet chcieli — coby było np. pożądane dla osiągnięcia czystych warunków doświadczenia — ograniczyć działanie do komór, to to jest niemożliwe: surowica, wstrzyknięta do komór, przechodzi do przestrzeni podpajęczynówkowej, częściowo już podczas wstrzykiwania, częściowo dopiero później. W komorach, w splotach naczyniowych, wytwarza się bowiem nieprzerwanie płyn mózgowo-rdzeniowy; wylewa się on z komór do przestrzeni podpajęczynówkowej; prąd tego płynu musi więc unosić surowicę, która, rozcieńczona płynem, jest następnie wraz z nim wchłaniana na całej powierzchni mózgowia i rdzenia i dostaje się do krwi. Na opony i przestrzeń podpajęczynówkową można się nie oglądać tembardziej, że sprawa chorobowa jest tu jedynie zjawiskiem wtórorzędnem; wygasa ona też zawsze szybko, skoro tylko ustanie dopływ materjału zakaźnego z komór, zatem skoro tylko komory zostaną wyleczone. Jądro zagadnienia leczniczego leży zatem w oddziaływaniu na sprawę komorową, a co do wyników, to rozstrzygające jest jedynie i wyłącznie zachowanie się sprawy zakaźnej w komorach. Wypływa z tego, że także trudności, na które przy leczeniu surowicą napotykamy, leżą wyłącznie w osiągnięciu odpowiedniego działania na komory.

Trudności te musimy znać dokładnie, inaczej niemożebne jest ich pokonanie. Jak z badań moich wynika, musimy się liczyć głównie z dwoma czynnikami, które sprawiają, że surowica, nawet przy stosowaniu dokomorowem niekiedy zawodzi, mianowicie ze zwężeniem komór i z ropogłowiem. Zajmę się tutaj pierwszym z nich i na dwóch przykładach wykażę, jak wielki ma on wpływ na działanie surowicy w komorach. Ze stosunków tych wysnuć się musi oczywiście pewne wskazania zaradcze.

Przypomnę z dawniejszych moich doniesień (III.), że w przypadkach, w których komory są dostatecznie szerokie i w których niema większych przeszkód w przepływie płynu między komorami, a przestrzenią podpajęczynówkową i odwrotnie, nawet wstrzykiwania nardzeniowe, codziennie powtarzane, mogą wystarczać do tego, żeby działanie w komorach było dostatecznie silne i ciągłe. Po wstrzykiwaniach dokomorowych, obustronnych, można w tych warunkach jeszcze po trzech dobach znaleźć w komorach surowicę w ilości dostatecznej do działania leczniczego tak, że wystarczałoby powtarzać zabiegi co trzy dni.

Jeżeli więc będziemy wstrzykiwać surowicę w podobny sposób, nie co trzy dni, ale codziennie, to mogłoby się wydawać, że już zupełnie napewne, w każdym przypadku, musimy osiągnąć cel zamierzony. Tymczasem mogą nas spotkać bardzo przykre niespodzianki, przedewszystkiem właśnie w tych przypadkach, w których komory są w wyższym stopniu zwężone. Okazuje się z tego, że sprawa nie jest wcale tak prostą, jak byliśmy dotychczas skłonni przypuszczać, że postępowanie szablonowe jest tu niestosowne, że trzeba przeciwnie znać dokładnie, w każdym przypadku z osobna, warunki miejscowe, które się wytwarzają pod wpływem choroby.

Warunki te możemy obecnie (V. doniesienie) stosunkowo dokładnie określać, posługując się takiemi sposobami badania, jak oznaczanie światła komór, wydzielania płynu mózgowo-rdzeniowego, różnicy ciśnienia między komorami a przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia, wreszcie wskaźnika białkowego. To wszystko okazało się jednak niewystarczające; trzeba było uzyskać bezpośredni wgląd we wpływ tych warunków i już z góry można było przypuszczać (III. doniesienie, wydanie francuskie), że warunki miejscowe muszą oddziaływać bardzo wybitnie na zawartość surowicy w komorach po wstrzyknięciach.

W lutym r. z. rozpocząłem przy pomocy moich asystentów, w szczególności p. Nowickiej, badania, które potwierdziły powyższe przypuszczenie w całej pełni. Zaczęliśmy mianowicie wtedy, nie zaniedbując wszystkich innych, ustalonych u nas sposobów badania, oznaczać systematycznie w płynach komorowych i rdzeniowych zawartość surowicy, posługując się surowicą króliczą, strącającą surowicę końską. Prócz tego oznaczaliśmy jeszcze zdolność wiązania dopełniacza tych płynów, i to zawsze w połączeniu ze szczepem wyhodowanym z chorego. Zdolność ta może nam do pewnego stopnia służyć za miarę działania leczniczego surowicy w przestrzeniach, z których płyn pochodzi.

Wyniki tych badań wpisywane są w tablice przypadków, w rubryce górnej, przeznaczonej na przedstawienie leczenia. Znajdujemy tu słupki kratkowane, spuszczające się z góry, oznaczające dawkę szczepionki w miljardach ziarenkowców. Dawki surowicy oznaczają słupki poprzecznie prążkowane, gdy chodzi o komorę prawą, z podłużną pręgą środkową, gdy chodzi o lewą*). Jeżeli wstrzykiwano więcej razy w ciągu jednej doby, to dalsze słupki umieszczano tak, żeby ich podstawa leżała na wysokości poprzedniego słupka; w ten sposób łatwo odczytać całą dawkę dzienną. W przypadku 142*, dnia 20. wykonano np. trzy zabiegi, wstrzykując za każdym razem około 2,5 cm³ do komory lewej i tyleż do prawej, cała dawka dzienna wynosiła więc 15 cm³. W przypadku 141* dodawano w niektórych dniach do surowicy swoistej 10% dopełniacza, czyli świeżej surowicy świnki morskiej, co zaznaczano znakiem +; w dniu 21. wstrzyknięto własną świeżą surowicę chorej, była ona zatem w całości równocześnie dopełniaczem. Co do wstrzyknięcia do komory prawej, w dniu 20. godzina 20.27, to nie było całkiem pewne, czy surowica dostała się do komory, ciśnienie bowiem po wstrzyknięciu nie opadało dostatecznie dobrze.

Zawartości surowicy swoistej w płynach badanych wyrażane są według podziałki geometrycznej, 0.001—100%, dwiema taśmami, przyczem taśma pełna, czarna, oznacza zawartość w płynie rdzeniowym, druga taśma w częściach prążkowanych poprzecznie odnosi się do komory prawej, w częściach, mających środkiem pręgę podłużną, do komory lewej. Wynik odczynu wiązania dopełniacza wpisywany jest, znów według podziałki geometrycznej 1—100, w słupach; dodatkowym słupem oznaczano wynik niezupełny; np. w przypadku 142*, dnia 13. popołudniu, oba płyny komorowe dawały zupełne zahamowanie hemolizy do rozcieńczenia 1 : 6 ale także przy rozcieńczeniu 1 : 20 płyn z komory prawej dawał częściowe zahamowanie, a z lewej ślad zahamowania.

*). Praca nadesłana do druku w grudniu 1921

*) Zresztą co do znaków, używanych w tablicach, patrz doniesienie II. i III.

Oznaczenie zawartości surowicy w płynach komorowych, bezpośrednio po wstrzyknięciach dokomorowych, jest zbyteczne; trzeba wtedy przyjąć zawartość zbliżoną do 100% i zdolność wiązania dopełniacza, zbliżoną do wartości pełnej surowicy. Zato ważne jest oznaczenie bezpośrednio przed następnem wstrzyknięciem. Dlatego, zbierając płyny komorowe do badania, postępowano, np. w przypadku 141 * (p. tablica rubryka ciśnienia) w porządku następującym: nakłucie komory lewej, upuszczenie płynu, nakłucie prawej, upuszczenie płynu, wstrzyknięcie do prawej, wstrzyknięcie do lewej. Oznaczano więc w ten sposób najniższe stany, do których spada w komorach zawartość surowicy i zdolność wiązania dopełniacza, bezpośrednio przed następnem wstrzyknięciem. I te najniższe stany są rzeczywiście jedynie rozstrzygające dla działania leczniczego surowicy. Jednym z podstawowych warunków do osiągnięcia wyniku leczniczego jest bowiem utrzymanie w komorach odpowiedniego stężenia surowicy przez kilka dni, bez przerwy, aż do zupełnego wytępienia zarazków. Działanie, któreby się rozciągało, w każdych 24 godzinach tylko na $^1/_8$ lub $^1/_2$ tego czasu, nie ma większej wartości, przynajmniej przy ciężkich zakażeniach. Za dowód mogą służyć następujące szczegóły.

W przypadku 141*, 20 dnia choroby, wstrzyknięto surowicę obustronnie do komór po raz pierwszy koło godziny 12., po raz drugi po godzinie 13. Otóż o godzinie 20.10, tj po 8- godzinnem, silnem działaniu surowicy, przybyło wprawdzie w komorach nieco ciałek ropnych, zwiększyła się fagocytoza, ale ilość meningokoków w komorach— zachowanie się zakażenia w przestrzeni podpajęczynówkowej nie ma żadnego znaczenia — nie obniżyła się wiele, okazywały one wprawdzie silną aglutynację, ale były w obrazie mikroskopowym prawie wszystkie dobrze utrzymane a, co ważniejsza, wyrastały obficie w hodowli. Wynika z tego, że miały one jeszcze wtedy pełną żywotność. Gdyby więc z tą chwilą działanie surowicy było ustało zupełnie, lub zostało przerwane na 16 godzin aż do następnego wstrzyknięcia, to wpływ surowicy na sprawę chorobową byłby równy zeru. Dopiero po 23-godz. działaniu, tj. dnia 21. godz. 11.17, następuje w stosunkach zakażenia zasadnicza zmiana: meningokoki są już 150 razy mniej liczne, niż były początkowo, prawie wszystkie są pochłonięte przez krwinki białe wielojądrzaste, znaczna ich część okazuje się już mikroskopowo jako uszkodzona, a widocznie i reszta jest także znacznie nadwerężona, gdyż hodowla wypada zupełnie ujemnie. Trzeba było jednak 4-dniowego działania surowicy — co prawda, działanie to tylko przez dwa pierwsze dni było dostatecznie silne — aby meningokoki znikły całkowicie z obrazu mikroskopowego.

Zupełnie podobnie przebiegła sprawa w przypadku 142*, gdzie jednak natężenie działania surowicy było — o ile można wnosić z odczynów wiązania dopełniacza — początkowo małe, ale znów w dalszym ciągu podniosło zię znacznie. W 18. dniu choroby, po godzinie 17., pierwsze wstrzyknięcia. O godzinie 22,05, tj. po 5-godzinnem działaniu surowicy, nie można tu w komorach stwierdzić żadnego wyraźniejszego wpływu na stosunki zakażenia: meningokoki są taksamo liczne i żywotne, jak były poprzednio; fagocytoza się nie wzmogła. Dopiero dnia 19., godzina 6,10 i 12,40, tj. po 13-godzinnem i 19-godzinnem działaniu, można już zauważyć wybitny wpływ surowicy; ilość meningokoków spada mniej więcej do $^1/_{80}$ ilości pierwotnej, spotyka się coraz liczniej ziarenkowce uszkodzone i pochłonięte przez fagocyty, a hodowla staje się skąpą. Oczywistą jest rzeczą, że i w tych warunkach nie powinno następować przerwanie działania surowicy pod grozą niepożądanych skutków. Dnia 19. godzina 21,10 tj. po 28 godzinnem działaniu surowicy, hodowla daje już wynik ujemny, ilość meningokoków spada do $^1/_{100}$ ilości pierwotnej, ale przecież wiele ziarenkowców przedstawia się jeszcze wtedy — a podobnie dnia 20. godzina 6,10 i 12,10, tj po 37- i 43- godzinach działania — przy badaniu mikroskopowem jako nieuszkodzone; odzyskanie przez nie żywotności, w razie ustania działania surowicy, leżało zatem w zakresie możliwości. Dnia 20. godzina 21.10 i dnia 21. godzina 6,10, tj. po 52- i 61- godzinnem działaniu, znajduje się przy badaniu mikroskopowem zajętą już tylko lewą komorę, wreszcie dnia 21. godzina 12,30, tj. po 67-godzinach, czyli po niespełna 3 dobach, można zakażenie uważać za stłumione.

Spostrzeżenia te przedstawiają, jak sądzę, wybornie wpływ surowicy na sprawę zakaźną. Możemy tu śledzić sprawę niszczenia zarazków krok za krokiem i stwierdzamy działanie z którem nawet wpływ leczniczy surowicy przeciwbłoniczej nie może się mierzyć. Widzimy jednak równocześnie jasno, że do osiągnięcia wyniku leczniczego potrzebna jest bezwarunkowo ciągłość działania.

Otóż, jeżeli pod wpływem obrzęku mózgowia nastąpi znaczne zacieśnienie komór, to utrzymanie tej ciągłości może być niełatwe. Choćbyśmy nawet wypełnili komory surowicą zupełnie nierozcieńczoną — co jest niemożebne, ale do czego się zbliżamy przy wstrzykiwaniach, dokonywanych przez nakłucia skroniowe — to cała ilość surowicy znajdującej się w komorach będzie niewielka, wszelki bowiem wstrzyknięty nadmiar wypłynie do przestrzeni podpajęczynówkowej już w czasie wstrzykiwania. Ponieważ zaś płyn mózgowordzeniowy, co prawda wydzielany w zmniejszonej ilości przez schorzałe sploty, musi mieć w komorach tem silniejszy prąd, im jamy te są węższe, więc te małe ilości surowicy, które po wstrzyknięciach znajdują się w komorach, zostają stamtąd szybko wypłukane.

Że tak jest rzeczywiście, dowodzą wyniki badań w przypadku 141*. Wstrzyknięcia, wykonane w 14. i 15. dniu choroby, w okresie miernego, ale wzrastającego zwężenia komór, nie oddziałały prawie zupełnie na sprawę, mimo wysokiej wartości surowicy (670, surowica warszawska — znak: Wr—A, lub A+B). Z badań okazało się, że w dniach 16., 17. i 18., każdym razem w 24 godzin po wstrzyknięciach dokomorowych, obustronnych, przez nakłucie skroniowe, można było w płynie rdzeniowym stwierdzić pewną, niewielką domieszkę surowicy końskiej, 0,02—0,2%; wystarczyła ona do tego, że płyn z dnia 18., w rozcieńczeniu 1 : 2 dał odczyn odchylenia dopełniacza. Przeciwnie w płynach komorowych można było wykazać w dniach 16. i 17. — w dniu 18. nakłucie komór się nie udało — tylko niepewne ślady surowicy końskiej, mogące odpowiadać, conajwyżej, rozcieńczeniu $^1/_{33000}$, czyli zawartości 0.003%, tj. rozcieńczeniu 50 razy większemu od tego, które stanowiło granicę odczynu odchylenia dopełniacza. Przyjmując zawartość surowicy w komorach, bezpośrednio po wstrzyknięciu, na 32% i opadanie według postęgu geometrycznego, dochodzi się do wniosku, że surowica osiągała tu w 14 godzin po wstrzyknięciu to rozcieńczenie, poniżej którego odczyn odchylenia dopełniacza wypada ujemnie. Mamy więc w przypadkach ze zwężeniem komór ten opaczny pozornie wynik, że, mimo wstrzykiwania dokomorowego, działanie surowicy właśnie na komory jest zupełnie niedostateczne, a przeciwnie w przestrzeni podpajęczynówkowej wystarczająco silne i ciągłe, co jednak niema żadnego wpływu na sprawę zakaźną.

W tych warunkach należy albo wstrzykiwać 2—3 razy na dobę, w równych odstępach, alboteż wstrzymać się zupełnie z wstrzykiwaniami aż do czasu, gdy komory dostatecznie się rozszerzą. U dzieci i u osób młodych można mianowicie, według moich spostrzeżeń, z wielkiem prawdopodobieństwem, liczyć na to, że skutkiem postępującego zwężenia rowków mózgowych odpływ płynu z komór zostanie wkrótce o tyle ograniczony, iż nastąpi rozszerzenie komór. Można to było spostrzegać w omawianym przypadku. Już w dwa dni po stwierdzeniu zupełnego zamknięcia komór, tj. 20. dnia choroby, kiedy chora nagle straciła przytomność, zastano przy zabiegach komory dostatecznie szerokie, a temsamem korzystne warunki dla leczenia surowicą. Jednak polepszenie odpływu, związane z działaniem surowicy, wiedzie w tych przypadkach niekiedy znowu do zwężenia komór, co u naszej chorej zaznacza się dnia 20. wieczorem, a w przypadku 142* dwukrotnie, mianowicie dnia 14. i 15. i znów, głównie po stronie prawej,

począwszy od południowych zabiegów w dniu 19. aż do wyzdrowienia.

Ostatni przypadek przedstawiał się jako zagadnienie lecznicze bardzo trudne do rozwiązania, a to dlatego, że nietylko komory były tu wąskie, ale jeszcze surowica, którą rozporządzałem, małowartościowa (warszawska B.: 20, amerykańska wielowartościowa: 67). Położenie byłoby więc zupełnie beznadziejne; na szczęście wymienione niekorzystne okoliczności były w pokaźnej mierze wyrównane znacznem obniżeniem wydzielania płynu mózgowo-rdzeniowego, a zatem i powolnem wypłukiwaniem surowicy z komór. O tem wypłukiwaniu można sobie wyrobić pewne pojęcie już na podstawie zawartości białka w płynach komorowych; należy tylko zauważyć, że wpływać musi na nią prócz tego w znącznej mierze dowóz osocza krwi, wiążący się ze sprawą zapalną. Dowóz ten zależy znów przedewszystkiem od natężenia ropienia (p. przypadek 125*). Zastój płynu w komorach łączy się zresztą z reguły z wyraźnem ropieniem tak, że oba te czynniki działają równocześnie w kierunku podniesienia zawartości białka. Otóż dnia 13. było w naszym przypadku przed wstrzyknięciem surowicy, białka po stronie prawej 0,03%, po lewej 0,045%, w $1\frac{1}{2}$ zaś godziny po zakończeniu wstrzykiwania po obu stronach 1·25% Znaczenie tych liczb okaże się w pełnem świetle, gdy je porównamy z liczbami otrzymanemi w podobnych warunkach w przypadku 141 *. Tam w początkach spostrzegania znajdowano w płynach komorowych przeważnie tylko 0·01% białka, a często znacznie mniej; dnia zaś 20., kiedy sprawność splotów widocznie już więcej ucierpiała i wzmogło się ropienie, było przed wstrzyknięciem surowicy po stronie lewej 0·025% białka, po prawej 0.035%, zaś w godzinę po zakończeniu wstrzykiwania po lewej 0·3%, po prawej 0·12%. Wynika z tego, że w przypadku 141 *, w komorze prawej, zawartość surowicy, w godzinę po wstrzyknięciu spadła do $\frac{1}{10}$ tego, co jej było w obu komorach w przypadku 142* w $1\frac{1}{2}$ godziny po wstrzyknięciu. Podobne wnioski — przez co zyskujemy cenne potwierdzenie - można wysnuć z oznaczeń surowicy zapomocą surowicy precypitującej surowicę końską. W przypadku 141 * w godzinę po wstrzyknięciu oba płyny zawierały tylko 3% surowicy, w przypadku 142 * w $1\frac{1}{2}$ godziny płyn komory lewej 20%, prawej 30%.

W związku z powolnem wypłukiwaniem surowicy znajdujemy w przypadku 142 * dnia 13. wieczorem, w 6 godzin z górą po wstrzyknięciach, w płynach komorowych znaczne ilości surowicy, mianowicie 8 i 10%. Jednak wobec małej wartości surowicy (20), zbliżyło się temsamem jej rozcieńczenie do granicy odczynu wiązania dopełniacza. Dnia 14. znajdujemy w 12 godzin po wstrzyknięciach, w płynach komorowych, po prawej tylko 1%, po lewej 2.5% surowicy, co tłumaczy, że odczyn wiązania dopełniacza wypada ujemnie. Dnia 15., w 24 godzin po wstrzyknięciach, stwierdzono w komorze prawej tylko 0.005% surowicy. W tym czasie zawartość surowicy opadała widocznie bardzo szybko w związku ze znaczniejszem zwężeniem komór, które się wtedy zaznaczyło. Z wyników tych musiano wysnuć wskazanie, żeby powtarzać wstrzykiwania w odstępach 8 godzinnych. Z powodu zwężenia komór, stwierdzonego dnia 14 i 15., musiano jednak wstrzymać wstrzykiwania na 3 dni i przystąpiono do nich dopiero dnia 18., gdy komory już się dostatecznie rozszerzyły.

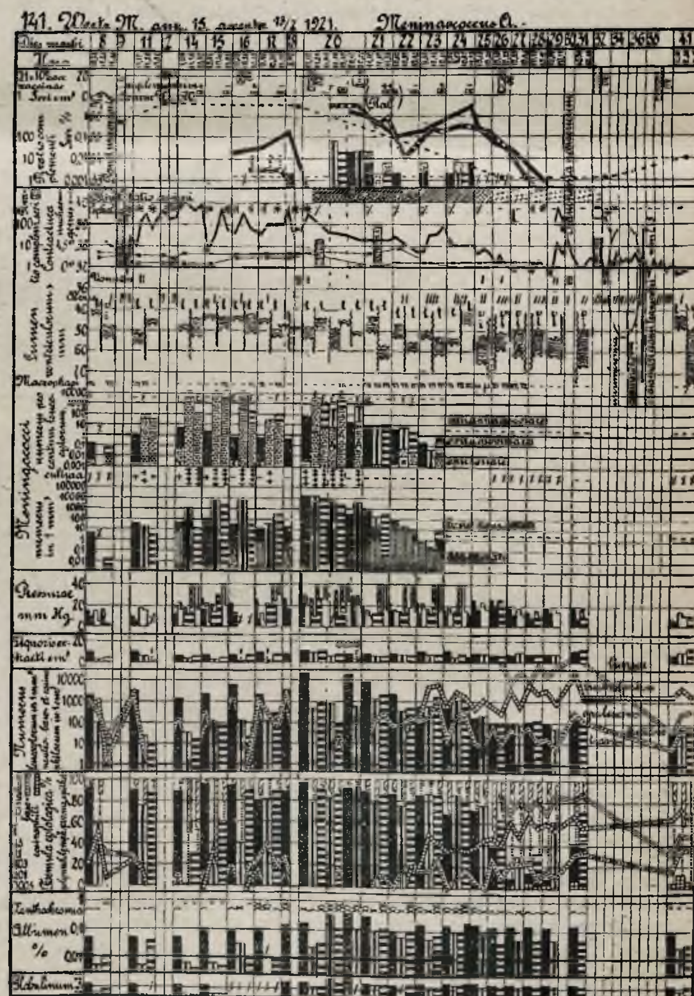
W omawianych przypadkach uzyskano przez czekanie na rozszerzenie się komór lepsze warunki dla działania surowicy i osiągnięto na tej drodze wyleczenie. Trzeba sobie jednak zdawać jasno sprawę z tego, że czekanie połączone jest z niemałemi niebezpieczeństwami. W przypadku 141 * rozwinął się dnia 20. nagle nadzwyczaj ciężki stan kliniczny i tylko przez bezwłoczne wkroczenie udało się chorą ocalić od niechybnej śmierci; pozostały jednak pewne trwałe skutki, w szczególności wodogłowie, na szczęście niewielkiego stopnia. Przypadek 110* dowodzi jednak, do czego podobne stany wiodą, jeżeli pomoc się opóźni, ale chory mimoto pozostanie przy życiu. Rozwinęły się tam w następstwie rozległe porażenia kurczowe, niemota i niedołęstwo umysłowe, a tłem anatomicznem było wodogłowie i zaniki kory mózgowej.

Drugie niebezpieczeństwo, które grozi, to powstanie ropogłowia. W przypadku 142*, dnia 18. rozwój tego groźnego powikłania był już w toku. Niebezpieczeństwo jest tem większe, im bardziej jest upośledzone wydzielanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Trzecia możliwość, z którą, mianowicie w późniejszym wieku, musimy się liczyć, to pozostanie komór w stanie zwężonym aż do śmierci.

Nie wyłączoną jest jednak i czwarta możliwość, a stanowi ją wyleczenie samoistne (przypadek 136*). To korzystne zejście może jednak nastąpić prawdopodobnie tylko wtedy, gdy chory okazuje znaczne uodpornienie ogólne swoiste. W przypadku 142* nie można było badaniem surowicy chorego co do wiązania dopełniacza stwierdzić żadnego uodpornienia, mimo stosowania szczepionki; w przypadku 141 * istniało wprawdzie uodpornienie ogólne miernego stopnia — najwyższe dnia 9., kiedy surowica chorej dawała pełny odczyn w rozcieńczeniu 1 : 67, ślad w rozcieńczeniu 1 : 200 — ale z powodu znacznego rozcieńczenia osocza przy przejściu z wysiękiem zapalnym do komór, czego wyrazem była niska zawartość białka w płynach komorowych, nie rozciągało się ono na komory.

Wobec tego, że czekanie na rozszerzenie się komór jest niebezpieczne, bardziej celowem jest powtarzanie wstrzykiwań w odpowiednio krótkich odstępach. Niekiedy jednak, z powodu zwężenia komór, wykonanie zabiegów jest niemożebne, a wtedy czekanie narzuca się nam siłą faktów.



Przypadki.

Prypadek 141*. M. W., dziewczyna 15-letnia, zachorowała nagle, wśród typowych objawów: 2 dnia rzucanie się i utrata przytomności, ale tylko na 12 godzin; 3 dnia ogłuchnięcie.

Początkowo nie wydawało się, że przypadek jest bardzo ciężki, a wobec znacznego uodpornienia ogólnego można było na-

wet spodziewać się korzystnego przebiegu. Zaznaczały się jednak wyraźnie objawy wklinowania mózgowia w otwór potyliczny wielki: wskaźnik białkowy był wysoki, różnica ciśnienia między komorami a kanałem kręgowym znaczna. Przytem sprawa zakaźna miała wyraźną skłonność do wzmagania się, zwiększała się bowiem ilość meningokoków w komorach, a odczyn komórkowy stawał się coraz bardziej niedostateczny. Dnia 14., przy bardzo silnem zakażeniu w komorach, zwłaszcza w lewej, stwierdza się tylko objawy zapalenia surowiczego. Co więcej, komory były zwężone. a zwęziły się, jak o tem już wspominałem, jeszcze więcej, gdy zaczęto wstrzykiwać surowicę; w końcu, dnia 18., nakłucie komór zupełnie się nie powiodło. Podczas zabiegów w tym dniu obfite krwawienie z igiełki na różnej głębokości, widocznie z drobnych żyłek, jako objaw przekrwienia biernego. Pewna poprawa zakażenia, którą poprzednio uzyskano, idzie na marne, skutkiem przymusowej przerwy w stosowaniu surowicy. Już dnia 19. zaznaczyło się też wyraźne pogorszenie w klinicznym stanie: chora jęczała więcej, mniej spała, nie chciała jeść, skarżyła się na silny ból głowy, parę razy wymiotowała. Dnia 20. rano wystąpiła nagle utrata przytomności. Mimo to, że wkroczono wtedy bezzwłocznie i przy dostatecznie szerokich komorach, uzyskano zapomocą surowicy szybko wybitny wpływ na sprawę zakaźną, a następnie zupełne jej stłumienie, bezprzytomność — z przelotną i częściową tylko przerwą po wpuszczeniu płynu rdzeniowego w dniu 20. — utrzymywała się przez całe 3 doby: źrenice szerokie, spojówki nastrzykane, oddawanie stolca i moczu pod siebie, nieprzyjmowanie pokarmów, ani napojów tak, że w końcu trzeba było przystąpić do karmienia zgłębnikiem przez nos. Często, zwłaszcza po podrażnieniu chorej, np. przy prześcielaniu łóżka, pojawiły się w tym czasie prężenia tężcowe kończyn trwające do 5 minut. Objaw ten powtarzał się, w coraz mniejszem natężeniu, do 26. dnia choroby. Dnia 21. sztywność karku ustąpiła zupełnie, ale chora oddziaływała na bierne zginanie głowy przykurczeniem ud i bezdechem, oraz stękaniem, utrzymującem się pewien czas. Od 21. dnia osłabienie, a między 23—27 dniem zupełne zniesienie odruchów ścięgnistych, przedewszystkiem kolanowych.

Pewna poprawa tego stanu zaznaczyła się już w dniu 22., wyraźniej zaś dnia 23. Chora wykonywała już pewne ruchy rękoma, otwierała powieki, płyny, chociaż z trudnością, połykała. Dnia 25. połykała lepiej; dnia 27. jadła trochę sama: posadzona na łóżku siedziała; podawała rękę na powitanie; pokazywała język na żądanie; na pytanie, czy ją głowa boli, odpowiedziała wyraźnie „nie“. Dnia 29. wołała już czasem o basen, mogła się już oprzeć na nogach; dnia 33. schodziła sama z łóżka, zaczęła się uśmiechać i przestała się zanieczyszczać.

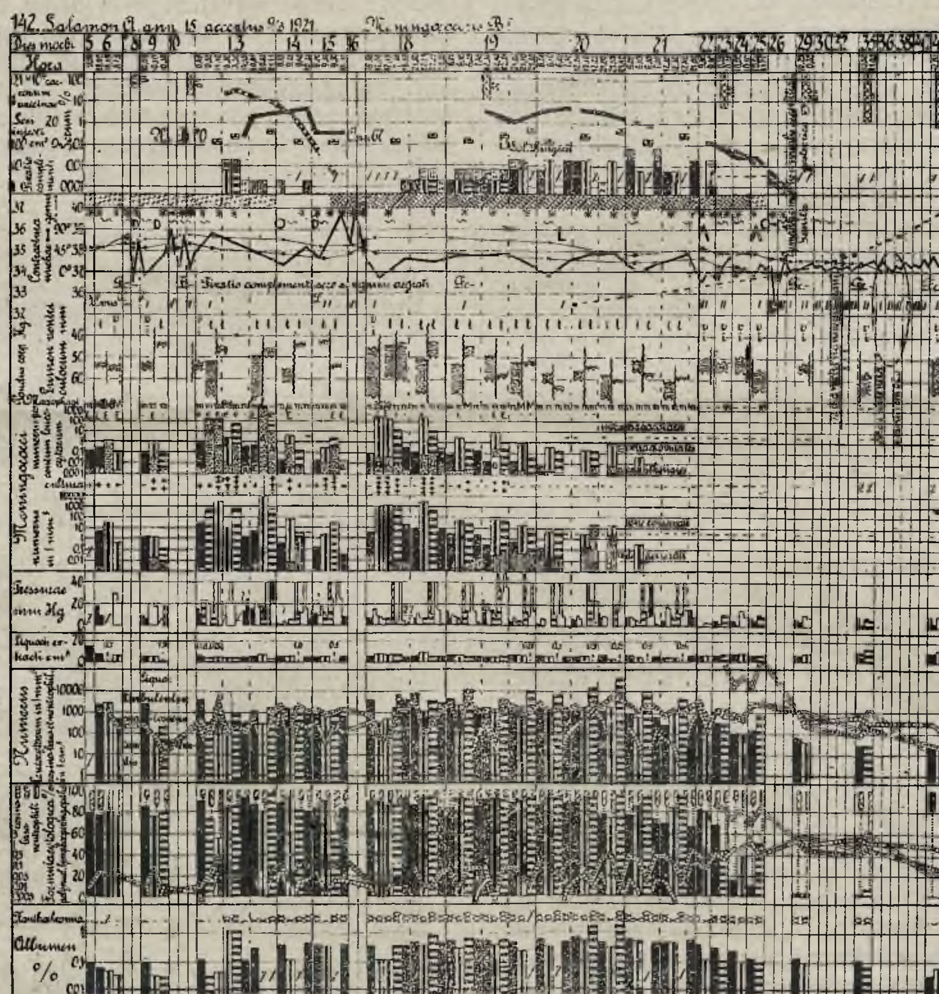
Między dniem 29—31 przypadłości posurowicze z wyraźnem zaostrzeniem się ropienia w komorach.

Jako następstwa przebytej choroby pozostały, oprócz głuchoty, pewne trwałe zboczenia; lekki niedowład nerwu twarzowego lewego, mierne wodogłowie, wyraźne utrudnienie odpływu z komór ku kanałowi kręgowemu. Chora, po powrocie do domu, chodziła początkowo pochylona i niepewnie; potem jednak chód był prawidłowy. Władze umysłowe wróciły w zupełności.

P r z y p a d e k 142*. A. S., chłopiec 15-letni. Pierwszego dnia choroby, obok objawów gorączki, tylko łamanie rąk i nóg. Dnia 2. „straszne“ bóle głowy, wymioty, potem znaczne przymglenie przytomności i senność, utrzymujące się przez 24 godzin. Dnia 4. opryszczki; bóle głowy w dalszym ciągu gwałtowne, wymioty przy przewracaniu chorego, stolec zaparty.

Przypadek przedstawiał się od początku jako ciężki, nietyle ze względu na stosunki zakażenia, które było średniego stopnia, ile na objawy, świadczące o znacznym ucisku mózgowia. Już objawy kliniczne były wymowne: wybitne wzmożenie odruchów kolanowych, wyraźne drżenie stopowe, drżenie odruchowe kończyn, drżenie gałek ocznych, tętno niskie, 72—60, i nieco niemiarowe Badania przemawiały też rzeczywiście za zwężeniem komór, za wklinowaniem mózgowia do otworu potylicznego wielkiego (znaczna różnica między ciśnieniem komorowem a lędźwiowem), za zwężeniem rowków mózgowych (średni wskaźnik białkowy mimo wklinowania). W dalszym przebiegu zaznaczyła się wyraźnie skłonność do pogarszania się sprawy zakaźnej, gdyż ilość meningokoków w komorach podniosła się. Znając warunki, które powyżej określiłem, łatwo zrozumieć wyniki, otrzymane przy stosowaniu surowicy. W dniu 13., kiedy komory, pierwotnie zwężone, nieco się rozszerzyły, wykonano trzy pary wstrzyknięć, mianowicie o godzinie 12,. 14. i 21. Zaznaczyła się potem wyraźna poprawa w stosunkach zakażenia i objawach klinicznych. Gdy jednak następnie zaczęto wstrzykiwać w odstępach jednodniowych, spowodowało to, od dnia 15. począwszy, wybitne pogorszenie. Ze względu na ponowne zwężenie się komór musiano wstrzymać wstrzykiwanie do dnia 18. i wtedy, już przy dostatecznie szerokich komorach, wstrzykiwano systematycznie w odstępach około 8-godzinnych. Wynik leczniczy, który osiągnięto, tembardziej zasługuje na uwagę, że dnia 18. należało już przyjąć istnienie początków ropogłowia; płyny wydobywały się z komór w miarę wypływu coraz bardziej mętne, w końcu płyn zawierał strzępki ropy.

Przy nakłuwaniu komory, dnia 21. wieczorem wystąpił dość znaczny krwotok tętniczy z igiełki. Chory zaczął narzekać na bole w plecach, był niespokojny, zażądał, żeby go posadzić, spocił się,



zbladł; tętno 76, niemiarowe. Potem chory powoli się uspokoił. Zabieg przerwano i następnych dni robiono już tylko nakłucia na szczycie czaszki. Na szczęście, wyleczenie sprawy swoistej było już w tym czasie zupełne. Jestto na całą, wkraczającą już w tysiące, ilość nakłuć komorowych, które wykonałem, jedyny wypadek krwotoku, skutkiem przerwania jakiejś drobnej tętniczki.

Jako zaburzenie posurowicze wystąpiło tu dnia 28. zapalenie gruczołów chłonnych miejscowych, mianowicie gruczołów poza mięśniem mostkowo-obojczykowo-sutkowym, poniżej wyrostka sutkowego; tego samego dnia niewyraźna wysypka plamista, a dnia 29. zapalenie stawu kolanowego lewego.

W przypadku tym nie pozostały po chorobie żadne zaburzenia trwałe; rozmiary komór były z końcem spostrzegania zupełnie prawidłowe.

Wnioski:

1) Utrzymanie ciągłości działania surowicy w komorach przez kilka dni jest warunkiem nieodzownym do osiągnięcia celu leczniczego w ciężkich przypadkach

2) Jeżeli — skutkiem obrzęku mózgowia — komory są znacznie zwężone, to, aby ten warunek spełnić, nie wystarcza wstrzykiwać surowicę dokomorowo, codziennie, choćbyśmy ją nawet stosowali obustronnie, przez nakłucie skroniowe; prąd płynu mózgowo-rdzeniowego wypłukuje bowiem w takich razach surowicę z komór bardzo szybko.

3) O szybkości przepłukiwania komór płynem można do pewnego stopnia wnosić już z zawartości białka w płynach komorowych przed wstrzyknięciem. Jeszcze ściślejszą wskazówkę daje zawartość białka w 1—1½ godziny po wstrzyknięciu. Ale najjaśniej przedstawiają się nam te stosunki, jeżeli po wstrzyknięciach oznaczamy w płynach badanych zawartość surowicy leczniczej zapomocą surowicy strącającej surowicę końską. Uzupełnić to można jeszcze badaniem płynów co do wiązania dopełniacza.

4) Okazuje się, że przy zwężeniu komór może zawartość surowicy już po ½, albo ⅓ doby spadać do granicy odczynu wiązania dopełniacza, z czem działanie lecznicze ustaje. Wtedy konieczne jest wstrzykiwanie powtarzać dwa, albo trzy razy na dobę, w równych odstępach.

5) U osób młodszych można wstrzymać się ze wstrzykiwaniami aż do chwili, gdy się komory rozszerzą i gdy się temsamem poprawią warunki dla działania surowicy. Czekanie takie nie jest wolne od poważnych niebezpieczeństw. Jesteśmy jednak do niego w pewnych przypadkach zmuszeni, jeżeli, z powodu zacieśnienia komór mózgowych, nakłucia tych jam się nie udają.

Poprzednie prace:

Doniesienie I. przypadki 1*—14*, Przegl. lek. 1916 nr. 1. i 2, i Wiener kl. Wochenschrift 1916 Nr. 8.

Doniesienie II. przypadki 15*—62* Przegl. lek. 1917 Nr. 45. i Wien. kl. Woch. 1918 Nr. 21.

Doniesienie III. przypadki 63*—84*, Przegl. lek. 1919 Nr. 16—18. i Archives des Mal. des Enfants. 1919 Nr. 12.

Doniesienie V. przypadki 85*—114*, Przegl. lek. 1920 Nr. 3. i Arch. des Mal. des Enfants. 1921 Nr. 6. i 7.

Przypadek 115*. Akad. Nauk Lekarskich (w druku).

Doniesienie VI. przypadki 116*—140*, Akad. Nauk Lek. (w druku).

P. także mój artykuł w „Podręczniku chorób zakaźnych„ pod redakcją Sterlinga Okuniewskiego (w druku).

Doc. dr. T. Ostrowski. Lwów.

Przyczynek do techniki wycinania wola.

Z oddziału chir. dla dzieci Państw. Szpitala powsz. we Lwowie.

Wycinanie klinowate wola, zalecone przez Mikulicza, ma niezaprzeczenie wielkie zalety w porównaniu z pierwotną metodą Kochera, tak zw. jednostronnem wycięciem (»*Haemistrumectomia*«). Główne zalety tej metody polegają na tem, że po nacięciu torebki samego wola, widzimy dokładnie, co wycinamy, to znaczy możemy dokładnie zobaczyć, jak dalece i w jakich rozmiarach uległ miąższ zwyrodnieniu; części więcej zmienione możemy usunąć. Pozostawiając części gruczołu niezmienione, lub mało zmienione a w każdym razie jeszcze przydatne dla organizmu, pozostawiając przy klinowatem wycięciu części gruczołu tarczowego po jednej stronie szyji, możemy tem swobodniej usunąć część powiększonego zwyrodniałego gruczołu po drugiej stronie szyji, przez co uzyskujemy też, co prawda, najmniej ważny, jednak nie bez znaczenia, dobry wynik kosmetyczny, usuwając równomiernie z obydwu stron tchawicy części powiększonego gruczołu tarczowego. Najważniejszą, jednak zaletą metody Mikulicza jest ta okoliczność, że, pozostawiając przy niej nienaruszoną część tylną torebki gruczołu tarczowego wraz z przylegającą do niej częścią miąższu gruczołu, unikamy najłatwiej uszkodzenia nerwu krtaniowego i znajdujących się w jego sąsiedztwie gruczołów przytarczowych, usuwając przy tem powiększony gruczoł w rozległych granicach.

Jedną miewa, co prawda, ta metoda wadę, a mianowicie, że nieraz, pomimo systematycznego podwiązania wszystkich głównych pni tętniczych (*art. thyreoid. super. et infer.*), krwawienie bywa bardzo znaczne (Joege, v. Mantleufel, Schloffer), zwłaszcza w przypadkach choroby Basedowa, w przypadkach leczonych poprzednio bez korzystnego wyniku promieniami Roentgena i w przypadkach wogóle, wola bogato unaczynionego.

Chcąc zapobiedz w takich przypadkach krwawieniu, stosuję, po podwiązaniu tętnic i żył głównych, systematyczny szereg obkłuć miąższu gruczołu tarczowego, obkłucia te zakładam na wzór obkłuć Heidenheina na powłokach czaszki przy trepanacjach, tj. szereg pojedyńczych węzełkowych obkłuć, przyczem każde następne obejmuje część poprzedniego. Obkłucia te zakładam w jednej płaszczyźnie, strzałkowej tj. od górnego bieguna jednej połowy wola do jej dolnego bieguna, robiąc obkłucia dużą wygiętą igłą, staram się zachwycić w szew możliwie całą grubość gruczołu, jednak baczną uwagę zwracam na to, aby igły nie wykłuć na tylnej stronie gruczołu tj. w tej okolicy, gdzie przebiega nerw krtaniowy i gdzie znajdują się gruczoły przytarczowe. Szwy te prowadzę, jak wspomniałem, w jednej płaszczyźnie strzałkowej, pozostawiając na zewnątrz od tej płaszczyzny tę nieznaczną część gruczołu tarczowego, która ma nadal pozostać; część, leżąca na wewnątrz od tej płaszczyzny obkłuć, przeznaczona jest do wycięcia. Szwy obkłuwające zakładam, rozpoczynając od górnego bieguna, po zawęźleniu końce nitek (*catgut*) pozostawiam długie i, ująwszy je w kleszczyki Kochera, naciągam ku górze, co w znacznej mierze ułatwia wydobycie wola z głębi, zwłaszcza w przypadkach, gdzie część wola tkwi poza kością mostka. Stopniowo, zakładając te szwy i stale naciągając je ku górze, utrzymujemy cały gruczoł ponad poziomem rany, przyczem nie dotykamy go palcami, co nam zapewnia lepszą aseptykę. W przypadkach wola pozamostkowego sposób ten okazał się bardzo praktycznym, niezaprzeczenie prostszym, aniżeli skomplikowane sposoby Sauerbrucha i Enderlena (*Mediastinotomia longitudinalis*), a tembardziej Friedricha i Wilmsa (*Sternotomia transversa*). Po wydobyciu wola po jednej stronie szyji z głębi jego łożyska, przy zastosowaniu tego obkłucia, zapobiegającego krwawieniu, nacinamy nożem cały płat od górnego bieguna do dolnego w płaszczyźnie równoległej płaszczyźnie szwów, na wewnątrz od nich, drugie cięcie prowadzimy blisko cieśni wola (*isthmus*), przyczem płaszczyzny cięć schodzą się ku tyłowi, obejmując szerokie, klinowate części wola, przeznaczone do usunięcia. Krwawienie bywa minimalne, od strony cieśni nieraz strzyka parę drobnych naczyń, które zachwytuję w kleszczyki. Pozostaje teraz zaopatrzenie głęboko ziejącego ubytku w gruczole tarczowym; do tego służą te same obkłuwające szwy, których długie końce, po zawęźleniu były ujęte w kleszczyki Kochera razem z igłami. Otóż teraz, po usunięciu klinowatej części wola, zeszywamy pozostałe części, t. j. znajdującą się na wewnątrz od płaszczyzny naszych szwów i drugą znajdującą się wzdłuż tchawicy, przyczem zeszywamy je szwami już tkwiącemi tutaj i zawęźlonemi już poprzednio, teraz prowadzimy te szwy w płaszczyźnie wieńcowej i, zawęźlając je kolejno od góry do dołu, zbliżamy pozostające części gruczołu tarczowego, pokrywając powstały w nim ubytek. W przypadkach, gdzie wól jest obustronny, postępujemy podobnie po stronie przeciwnej szyji, o ile naturalnie rodzaj i pochodzenie powiększonego gruczołu tarczowego nie wymaga innego zabiegu (np. wyłuszczenie wola torbielowatego).

Sposób opisany przezemnie różni się zasadniczo od opisanego przez Hartęrta i Claessena; autorowie ci zale-

cali zakładanie »cugli« na gruczoł tarczowy, mając na celu łatwiejsze wydobycie wola z jego nieraz głębokiego łożyska, cugle te odpadały wraz z wyciętą częścią wola. Wspomina co prawda, Claessen, że nieraz po wycięciu wola krwawienie bywa znaczne i że wówczas obkłuwanie pozostałej części wola może być pomocnem; mój sposób różni się tem, że obkłucia rozkładam zapobiegawczo, uprzedzając krwawienie, przez systematyczne i planowe zakładanie szwów na wzór szwów Heidenheina przy trepanacji czaszki; w czasie operacji szwy te, jak »cugle« Harterta, ułatwiają całą manipulację, zapewniając ściślejsze postępowanie bezgnilne, a wreszcie, dzięki tym szwom, pozostałe części wola zanikają, tem samem więc zapobiegamy nawrotom.

Dr. Karol Rozenfeld. Częstochowa

Grypa hiszpańska i gruźlica płuc.

(Dokończenie).

W naszem piśmiennictwie pierwszy Krokiewicz [3]) zwrócił uwagę na różnicę, jaka w stosunku do gruźlicy płuc zachodzi między grypą hiszpańską a grypą właściwą. Na ogólną liczbę 320 przypadków grypy hiszpańskiej autor tylko u 2 chorych spostrzegał zejście śmiertelne przy rozległych zmianach gruźliczych w płucach, w kilku przypadkach sprawy początkowej widocznego pogorszenia nie zauważono. Fakty te, zdaniem autora, mogłyby służyć poniekąd za dowód, że epidemja grypy hiszpańskiej nie jest bezwzględnem powtórzeniem grypy z roku 1890—1892, którą cechowała szczególna skłonność do napastowania chorych gruźliczych i pogarszania ich stanu *).

W piśmiennictwie zagranicznem najciekawszą z naszego stanowiska jest praca lekarza ameryk. Armstrong'a [4]). Autor ten stwierdza, że najwięcej złośliwe i śmiertelne postacie grypy hiszpańskiej były przeważnie udziałem ludzi zdrowych wówczas, kiedy suchotnicy wykazali dziwną pod tym względem odporność. Daty statystyczne, zebrane przez organizację wykazu zdrowia publicznego i gruźlicy (*Community Health and Tuberculosis Demonstration*) w wielu miastach Stanów Zjednoczonych, dostarczają w tej sprawie sporo ciekawych i pouczających faktów. Tak np. podczas pierwszej fali epidemji w Framingham zachorowało na grypę hiszpańską 16 % całej ludności, natomiast wśród mieszkańców chorych na gruźlicę stwierdzono tylko 4 % zachorzeń. Większość ich ze względu na warunki życia i pracy była narażona na zakażenie nie mniej od ludzi zdrowych. Odsetek śmiertelności jednych i drugich wykazuje tak samo rażącą różnicę. Badania, dokonane w innych miastach, dały naogół wyniki dość zgodne. W Washington i St. Louis, które zamieszkują gromadnie murzyni, złośliwe postacie grypy zdarzały się o wiele rzadziej wśród ludności murzyńskiej, jak białej. A jednak wielkie rozpowszechnienie gruźlicy wśród murzynów jest faktem pospolicie znanym. Posuwając się w uogólnieniu o jeden krok dalej, możnaby mówić o mniejszej lub większej odporności rasowej. Podług statystyki z Framingham, odsetek gruźlicy u wszystkich mieszkańców wynosił 2,2 %, u Włochów — 0.5 %, u Irlandczyków — 4.9 %. W czasie epidemji zapalenie płuc występywało u Włochów cztery razy częściej, niż u Irlandczyków. Drugą pracą, która w piśmiennictwie amerykańskiem zasługuje na uwagę, jest artykuł prof. Fishberga [5]). Autor po krytycznem rozważeniu materjału własnego i innych lekarzy przychodzi do wniosku, że między grypą hiszpańską i gruźlicą płuc niema żadnego etjologicznego związku. Zmiany stare zagojone lub skryte po przejściu tej choroby nie ulegały wcale zaostrzeniu. Fishberg podkreśla, że w roku ubiegłym nie widział ani jednego przypadku gruźlicy, któryby można było uważać za następstwo grypy.

*) Ciechanowski (Przegl. lek. Nr. 42. 1918), na 38 sekcji zmarłych na grypę hiszpańską spostrzegał w roku 1918 w trzech tylko nieznaczną gruźlicę szczytów, Nowicki (Przegl. lek. Nr. 47. 1918) w tym samym czasie na 84 sekcji widział u 6 zmarłych zagojoną gruźlicę szczytów, u 2 postępującą; Rencki zaś zauważył w tym samym czasie zmniejszenie się na oddziale liczby chorych na gruźlicę (Przegl. lek. N. 42 1918). (Przyp. redakcji).

Przebieg jej u suchotników nie był cięższy i więcej złośliwy, niż u ludzi zupełnie zdrowych. Jak dowodzi statystyka życiowa i sanatoryjna, śmiertelność z gruźlicy mimo epidemji grypy nie zwiększyła się wcale. W piśmiennictwie niemieckiem zasługuje na wzmiankę praca Dorna. [6]) Autor na podstawie spostrzeżeń w sanatorjum Wilhelmsheim podaje, że odporność suchotników w poszczególnych falach epidemji przedstawiała wybitne różnice. W lecie 1918 r. z pośród 184 chorych zakładu zapadło na grypę 111 czyli 60 %, przyczem średnio u 4.5 % stwierdzono czasowe lub trwałe pogorszenie gruźlicy. W czasie epidemji zimowej, która grasowała w sąsiedztwie i wyróżniała się wielką złośliwością, nie zachorował ani jeden z chorych.

Stosunek między grypą hiszpańską i gruźlicą płuc był przedmiotem szczególnego zainteresowania autorów francuskich (Bricaire, Ménard, Weill, Roubier, Ameuille, Debré i Jacquet, Hutinel). Mimo różnic w poglądach poszczególnych autorów, większość przyznaje, że środowiska gruźlicze były rzadko nawiedzane przez grypę, że przebieg jej był zazwyczaj lekki i śmiertelność chorych nie zwiększała się wcale (Ameuille, Debré i Jacquet [7]). Wyjątkowo w niektórych zakładach spostrzegano zachorzenia masowe, dochodzące nawet do 80 % ogólnej liczby chorych (Menard [8]). Najczęściej grypa nie wywierała żadnego wpływu na gruźlicę rozwiniętą czynną (Debré, Jacquet, Burnand [9]), rzadziej występowało pogorszenie czasowe lub trwałe (Menard). Wybuch gruźlicy ostrej spostrzegany był bardzo rzadko. W 3 przypadkach Lortat-Jacob'a [10]) po przebyciu grypy rozwinęły się suchoty galopujące u kobiet, które przed rokiem, 2 i 10 laty, chorowały na zapalenie opłucnej. W pewnej liczbie przypadków grypa zdawała się być bodźcem, budzącym z uśpienia gruźlicę starą, nieczynną i skrytą (Burnand, Debré, Roubier [11]), podług Hutinela [12]), zdarza się to wyjątkowo rzadko.

Kończąc przegląd piśmiennictwa, nie mogę pominąć milczeniem pracy kol. Filińskiego [13]) w Gazecie lekarskiej. Autor stwierdza, że podczas epidemji w Bajarce pod Kijowem 70 % chorych gruźliczych zapadło na grypę, u 32.5 % sprawa w płucach uległa pogorszeniu, a »w 20 % u ludzi do tego czasu zdrowych suchoty rozwinęły się bezpośrednio po przebytej influency». Na zasadzie tych danych autor wnioskuje, że grypa hiszpańska była poważnym czynnikiem etjologicznym w powstawaniu gruźlicy płucnej i w przeistaczaniu sprawy łagodnej i umiejscowionej w złośliwą i rozianą. Szkoda, że autor nie wymienia ogólnej liczby spostrzeganych przez siebie przypadków, a ogranicza się do podania odsetkowego ich ugrupowania. Sądzę, że wniosek o tuberkulizującym wpływie grypy hiszpańskiej, zwłaszcza u ludzi zdrowych, może podlegać dyskusji.

Z tego krótkiego przeglądu piśmiennictwa widzimy, że stosunek grypy hiszpańskiej do gruźlicy płuc kształtował się prawie jednakowo w różnych krajach Europy, Ameryki i nawet Afryki*). Poza nielicznymi wyjątkami badania większości autorów potwierdzają fakty, spostrzegane w Częstochowie przezemnie i innych kolegów. W ten sposób, odrzucając wpływ okoliczności przypadkowych, możemy mówić o względnej odporności suchotników na grypę hiszpańską, jako o fakcie ustalonym i stwierdzonym przez liczne badania. Fakt ten budzi wiele ciekawych i ważnych pod względem naukowym rozważań. W pierwszym rzędzie nasuwa się wątpliwość, czy słusznie uważamy i nazywamy »hiszpankę«, grypą, skoro w porównaniu z epidemją 1890—1892 r. oddziaływanie jej na chorych gruźliczych miało tak odrębny charakter. Ponieważ badania bakterjologiczne nie doprowadziły do zgodnych wyników, nasze pojęcia o etjologji hiszpanki wymagają tembardziej sprawdzenia. Powtóre, powstaje pytanie, jakie mogą być przyczyny różnego zachowania się względem tej choroby su-

*) W krótkiej korespondencji do redakcji Lanceta Dr. MacRae z Bloemfontein (Afryka południowa) podaje, że chorzy z przewlekłemi cierpieniami płucnemi, nie wyłączając gruźlicy, znosili bardzo dobrze grypę, że cierpienia te zdawały się niejako zabezpieczać ich ustrój od złośliwych powikłań. (vol. I. 1919., str. 280).

chotników i zdrowych. Analogja z innemi chorobami zakaźnemi wskazuje, że zjawisko to w patologji nie jest wyjątkowe. Z doświadczenia codziennego wiemy, że ofiarą duru brzusznego padają bardzo często ludzie tędzy, zdrowi, doskonale zbudowani, a tymczasem osobniki wątłe, szczupłe, nieraz chorowite wychodzą ręką obronną z tak ciężkiej choroby. Suchotnicy nagół znoszą ją nieźle (Biegański), chociaż w następstwie cierpienie płucne ulega pogorszeniu, i rozwijając się w postaci ostrej, często prowadzi do śmierci. Ale analogja z durem brzusznym przy obecnym stanie wiedzy lekarskiej nie daje na powyższe pytanie żadnej odpowiedzi. Wychodząc z ogólnie znanych w teorji odporności założeń, można przypuszczać, że w rozwoju gruźlicy i grypy hiszpańskiej biorą udział jakieś wspólne czynniki, których wzajemny stosunek określa w każdym przypadku stopień odporności ustroju. Chociaż rola i znaczenie zakażenia mieszanego w gruźlicy płucnej jest dotąd przedmiotem sporów, jednakże wiele faktów przemawia za tem, że nie wszystkie jej objawy są dziełem lasecznika Kocha. Jest bardzo możliwe, że nie są tu pozbawione pewnego znaczenia drobnoustroje wtórne, jako to paciorkowce, dwoinki zapalenia płuc, gronkowce, odnajdywane w plwocinie i w tkankach chorobowo zmienionych. Hayes [14]) np. podkreśla szczególną częstość paciorkowca hemolitycznego, którego wykrywał w plwocinie, w dostępnych częściach dróg oddechowych, a na sekcji, w ścianach jam serowatych ognisk. Kto wie, czy mniej lub więcej stały pobyt tych drobnoustrojów w drogach oddechowych suchotników nie gra roli samodzielnego szczepienia ochronnego przeciw tym samym, tylko więcej jadowitym zarazkom, które w symbiozie, czy to z prątkiem grypowym Pfeiffera, czy też z innym nieznanym czynnikiem chorobo-twórczym wywołują, podług ogólnego mniemania, płucne powikłania «hiszpanki«. Skład flory bakteryjnej w symbiozie grypowej, jak wiemy, ulegał dość znacznym wahaniom w różnych miejscowościach, a nawet w różnych okresach epidemji miejscowej. To też od wzajemnego stosunku drobnoustrojów wtórnych w obu zakażeniach: gruźliczem i grypowem, mógłby zależeć w poszczególnym przypadku większy lub mniejszy stopień odporności ustroju. Oczywiście jestto przypuszczenie, którego przy dzisiejszym stanie nauki obronić i ściśle uzasadnić nie można.

W końcu pracy niniejszej czuję się w obowiązku wyrazić szczere podziękowanie kolegom miejscowym, oraz koledze Dobrowolskiemu z Rudki, za łaskawie dostarczone mi informacje i za możność korzystania z nich w druku.

Piśmiennictwo:

1) Wł. Biegański. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych T. II. str. 19. — 2) A. Sokołowski. Wykł. klin. chor. dróg oddech. III. str. 319. — 3) A. Krokiewicz. Przegl. Lek. N. 28. VII. 1919, str. 120. — 4) D. B. Armstrong. Boston Medical and Surgical Journal I. 1919, ref w Lancet: The Disadventage of being healthy vol. I. 1919, str. 307. — 5) M. Fishberg. The American Rev. of. Tub. XI. 1919. ref. w Lancet: Influenza in Tub. patients N. VIII. I. vol. 1920, str. 399. — 6) E. Dorn. Zeitschrift f. Tub. XII. 1919. — 7) Debré et Jacquet. Paris méd. N. 1. 1920. — 8) Ménard. Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. N. 5. 1919, str. 101 i Przegl. Lek. N 1. 1920. — 9) Burnand (de Leysin). Rev. méd. de la Suisse rom. N. 3. 1920, ref. w Revue de la Tub. N. 2—3. 1920, str. 191. — 10) Lortat-Jacob. Progrès méd. N. 9. II. 1920, ref. w Rev. de la Tub. N. 2—3 1920, str. 191. 11) Ch. Roubier. Lyon Méd. N. 9—11. Sept. Nov. 1919, ref. w Lancet N. 25 vol. II. 1919, str. 1156. — 12) Hutinel, Gaz. des hôp. N. 22. 1920, str. 341, ref. w Rev. de la Tub. N. 2 i 3 1920. — 13) W. Filiński. Gaz. Lek. N. 7—8, 1920. — 14) Hayes. The american Rev. of. Tub. T. IV. N. 2. 1920, str. 87, ref. w Rev. de la Tub. N. 4, 1920.

Z praktyki.

S. St. Łódź.

Przebieg duru brzusznego u szczepionych zapobiegawczo.

W chwili obecnej tysiące osób, powracających z Rosji, ulega szczepieniu zapobiegawczemu. Wątpliwości rozpoznawcze, jakie nasuwa przebieg duru u szczepionych, bywają niemałe, o czem się przekonałem w ostatnich tygodniach. Dla tego godne przypomnienia są odpowiednie dane, które przytaczam podług Matthesa (Podręcznik rozpoznawania różniczkowego chorób wewnętrznych. Wydanie II. 1921).

Szczepienie ochronne nie zawsze zmienia tor choroby; ludzie trzykrotnie szczepieni zapadali na dur ciężki, nawet umierali. Dla czego w tych wyjątkowych przypadkach szczepienie zawodziło — nie wiemy.

Samo szczepienie może spowodować niektóre z objawów duru: kilkudniowe podniesienie ciepłoty, obrzmienie śledziony, leukopenię z limfocytozą.

Z odczynu Widala w celach rozpoznawczych korzystać nie możemy; wyjątek wszakże stanowią przypadki szczepione przed więcej, niż trzema miesiącami, jeśli — przy powtarzanem badaniu krwi — miano aglutynacyjne wzrasta szybko i stromo.

Najczęstszym jest u szczepionych przebieg poronny. Zdarzają się osobniki, czyniące wrażenie ciężko chorych, a jednak nie gorączkujące; inni mają przez wiele tygodni ciepłotę nie przekraczającą 38° C. Nierozpoznanie duru brzusznego w takich przypadkach jest fatalne z punktu widzenia epidemjologicznego.

Wielu chorych skarży się na bóle w stawach, bóle kulszowe, bóle w kościach i mięśniach. Choroba rozpoczyna się często, jak grypa, od nieżytu i kaszlu, czasem z opryszczką. Spostrzegano przypadki poronne, bez odczynu dwuazowego, z przyśpieszonym rytmem serca. Obraz krwi jest typowy: leukopenia z limfocytozą. Jedynie szczepieni w okresie wylęgania się duru wykazują leukocytozę; tacy chorzy przechodzą ciężki dur, a objawy choroby występują nagle i gwałtownie.

Śledziona bywa większa, niż u nieszczepionych.

W okresie zdrowienia zdarzają się zapalenia nerek krwiotoczne. Nawroty są częste. Często widywano powikłania duru przez zimnicę (w wojsku).

Jako choroby następcze opisano: długotrwałe przyśpieszenie tętna, choroby kości i mięśni.

Rzecz charakterystyczna, że temu przyśpieszeniu tętna towarzyszy wzmożone parcie krwi, należy je wtedy uważać za objaw nerwowy; bywają jednak i prawdziwe podurowe schorzenia mięśnia sercowego (powiększenie serca prawego). Cierpienia kości polegają na zapaleniu okostnej lub szpiku kostnego. Z mięśni najczęściej bywają dotknięte mięśnie brzucha, stąd przypadki mylnego rozpoznawania zapalenia wyrostka robaczkowego. Rzadziej widywano choroby pęcherza i nerwobóle.

E. Lewenstern. Warszawa.

Przypadek niepomiernie długotrwałego stosowania skopolaminy w wielkich ilościach.

Notatka kliniczna.

Skopolamina należy do środków, stosowanych przeważnie sporadycznie, najczęściej w połączeniu z morfiną, jako czynnik przygłuszający pracę kory mózgowej przed zastosowaniem uśpienia, bądź też w celu opanowania drżączki w cierpieniach takich, jak drżączka poraźna (*paralysis agitans*) lub zmiany w wielkich zwojach istoty szarej po przebytem letargicznem zapaleniu mózgu. Jest to jeden z najpotężniej działających alkaloidów, to też nie słyszałem o używaniu go systematycznem przez czas długi. Przypadek, który w niniejszej notatce podaję, stanowi dość jaskrawy wyjątek od zasady ogólnej, i to jest powód, dla którego podaję go do wiadomości ogółu. W krótkości rzecz się przedstawia, jak następuje:

30-to letniej mężatce w grudniu 1915 roku amputowano z powodu raka lewy sutek. W rok potem „poprawka" w postaci wycięcia pod nowokainą dwóch guzków z blizny. W trzy miesiące potem wystąpiły bóle w obu kończynach dolnych, do czego stopniowo przyłączyło się osłabienie mięśniowe, utrudniające coraz bardziej stąpanie. Roentgen wkrótce zastosowany, wykazał daleko posunięte zniszczenie nowotworowe czterech kręgów lędźwiowych. Od stycznia 1917 roku leży chora w łóżku, zaopatrzona w gorset, bez którego nie może się obejść ani na chwilę. Objawy uciskowe w postaci zaburzeń kiszkowych, pęcherzowych i bólów potęgowały się coraz bardziej. Dołączyły się do tego wymioty i bicia serca; próby łagodzenia sprawy za pomocą morfiny nie udawały się z powodu potęgowania się wymiotów po zastrzyknięciach tego środka. W listopadzie 1919 r. obraz był beznadziejny: nieustanne wymioty, kołatanie serca i prawie zupełna nieprzytomność, prze-

rywana napadami krzyków (z bólu). W takim stanie rzeczy poraz pierwszy zaleciłem wstrzyknięcie skopolaminy w ilości 0.00015 plus morfiny 0.01. Wynik był nadspodziewany, wymioty ustały odrazu, samopoczucie i praca serca poprawiły się znacznie. Chora, której dni wydawały się policzone, poczęła odżywiać się nieźle, złagodniały nawet objawy ze strony kiszek i pęcherza. Od tego czasu, czyli z górą dwa lata, bez przerwy stosuje się ten lek w ilości stopniowo rosnącej: mniej więcej co cztery tygodnie powiększałem dawkę; po pół roku chora dostawała już d w a r a z y dziennie po 0,0006 plus 0,03 morfiny. Od czterech miesięcy otrzymuje dzień w dzień cztery takie dawki, a przed dwoma miesiącami, kiedy nastąpiło przerzutowe złamanie uda, w ciągu szeregu dni dostawała co dwie godziny po dwie i pół ampułki, jak wyżej, co wynosiło na dobę około dwóch centigramów skopolaminy — ogółem, lekko licząc, w ciągu dwóch lat zużyła ona cztery gramy czystego preparatu *scopolaminum hydrobromicum* Merck'a.

W chwili obecnej badanie chorej wykazuje, co następuje: osoba lat około 35, mocno wyniszczona (lubo nie do stanu „*cutis et ossa*"), leży obłożnie na wznak, skóra sucha, niesprężysta, na twarzy jaskrawo czerwone zabarwienie, obejmujące również szyję. Język czerwony, wilgotny, tony serca głośne, miarowe, 90 uderzeń na minutę. Brzuch bardzo wzdęty (3 dni nie było wypróżnienia), powłoki wiotkie (wielokrotnie rodziła), dają się wyczuwać przepełnione pętle kiszek. W kręgosłupie zmiany odpowiednie do rozpoznania przerzutu raka w dolnej części grzbietowej i górnej lędźwiowej. W górnej $^1/_3$ uda prawego wrzecionowaty twór przerzutu ze złamaniem całkowitem kości. U k ł a d n e r w o w y: źrenice bardzo mocno równomiernie rozszerzone (badanie w trzy godziny po zastrzyknięciu 15 dmgr. S plus 0,03 morfiny), oddziaływanie na światło leniwe, siła wzroku dobra: czyta swobodnie drobny druk, zajmuje się robotami ręcznemi itp Zaburzeń czuciowych niema, lekkie drżenie języka i palców, wzmożenie odruchów ścięgnistych, zwłaszcza kolanowego. Odruch Babińskiego dodatni. W stosunku do wyraźnego zaniku mięśni ruchy kończyn górnych bez zmiany, w dolnych wyraźne osłabienie: chora z trudem unosi stopę ponad pościel przy ułożeniu wyprostnem kolana. Stan spastyczny mięśni kończyn dolnych zaznacza się trudnością wykonywania ruchów biernych. Stan umysłowy: zupełna jasność sądów, żywe zainteresowanie wszelkiemi sprawami osobistemi i ogólnemi przy wzmożonej pobudliwości i kapryśności. Nieruszana z miejsca nie skarży się na nic, lecz na wszelki bodziec bólowy, związany między innemi z poruszaniem złamanej kończyny, oddziaływa żywo karceniem otoczenia, nawet płaczem. Łaknienie bardzo dobre, sen względnie w porządku, nb. o ile podawanie leków podskórnych odbywa się w stopniu należytym.

W obrazie powyższym na stan ogólny chorej i na układ nerwowy w szczególności oddziaływają cztery czynniki: 1) charłactwo rakowe, 2) ucisk na rdzeń rakowo zmienionych kręgów, 3) morfina, wreszcie 4) skopolamina. Niełatwo oczywiście zorjentować się, który z opisanych objawów od którego zależy czynnika, że wspomnę choćby o dodatnim Babińskim, który występuje nietylko przy uszkodzeniu dróg piramidowych (jak w naszym przypadku w związku ze zmianami w kręgosłupie), lecz i na skutek różnych zatruć, między innemi skopolaminą, o czem wspomina L e w a n d o w s k y (»Neurologja praktyczna«). Dla lepszego orjentowania się w stanie rzeczy zobaczmy, co mówi farmakologja o skopolaminie.

Jestto alkaloid o formule $C_{17}\ H_{21}\ NO_4$, dawniej hyoscyną zwany, otrzymywany ze *scopolia atropoides,* z wilczej jagody i z lulka; wszystkie te rośliny zawierają w sobie jednocześnie a t r o p i n ę, to też działanie atropiny i skopolaminy jest na ogół bardzo zbliżone: rozszerzenie źrenic, suchość jamy ustnej, czerwone zabarwienie twarzy, są wspólne obu środkom. Różnica polega głównie na tem, iż atropina powoduje w większych dawkach niepokój, a nawet szał, natomiast skopolamina daje ukojenie i sen. Pamiętać jednak należy, iż skopolamina działa nasennie całkiem inaczej, aniżeli normalne środki nasenne, mianowicie punkt wyjścia jej wpływu leży nie w ośrodkach pojmowania wrażeń zmysłowych, lecz w usuwaniu pobudliwości ośrodków r u c h o w y c h, z początku zjawia się zwiotczenie mięśni wszelkich ugrupowań, a więc oddechowych, krtaniowych itd. W tym okresie przytomność jest całkowicie zachowana, a wrażenia zewnętrzne odbierane prawidłowo, i dopiero później następuje sen. (Patrz »Farmakologja doświadczalna« w tłómaczeniu P r u s z y ń s k i e g o). Osobiste moje doświadczenie wskazuje, iż nietylko atropina, lecz i skopolamina wywołuje czasami napady szału, uniemożliwiającego następcze uśpienie chloroformowe. Być może, podobne przypadki tłumaczą się niedostateczną jednolitością składu preparatu wyrabianego pod mianem skopolaminy.

Oddziaływanie m o r f i n y na ustrój ludzki jest powszechnie znane. Jeśli uprzytomnimy sobie, że skopolamina wywołuje rozszerzenie źrenic, przyśpieszenie oddechu, przekrwienie naczyń skórnych, pobudzenie ruchu robaczkowego jelit, łatwo wywnioskować, iż jest ona przeciwjadem dla morfiny, p o t ę g u j ą c jednocześnie jej działanie nasenne.

Wracając do naszego przypadku widzimy wyraźną przewagę objawów skopolaminowych nad morfinowymi (rozszerzenie źrenic, zaczerwienienie twarzy). Przypomnijmy sobie, że chora nasza zupełnie nie znosiła morfiny i że środek ten znalazł zastosowanie dopiero w połączeniu ze skopolaminą, przyczem ostatnia odrazu wzięła górę nad pierwszą: ustał jakby ręką odjął stan śpiączki i przeistoczył się w jasność i czujność psychiki; pozostałe zaburzenia grożące w najkrótszym czasie śmiercią (głodzenie się, uporczywe wymioty, wyczerpanie serca) ustąpiły po kilku zastrzyknięciach skopolaminy i nie wracają do chwili obecnej po dwóch latach. Byłoby rzeczą ciekawą przekonać się, jak na ustrój chorej działa skopolamina c z y s t a, lecz na doświadczenie to nie mogę uzyskać zgody otoczenia, które utrzymuje — i słusznie — że nie należy nic zmieniać skoro tak jak jest, jest dobrze. Nadmienię jeszcze, że przez cały czas choroby ani razu nie stosowano kamfory.

Z opisu powyższego wyprowadzam następujące wnioski:

1) W przypadkach szczególnej wrażliwości do morfiny połączenie jej ze skopolaminą może być znoszone doskonale,

2) przy połączeniu w stosunku 0,0006 skopolaminy na 0,03 morfiny otrzymuje się przewagę objawów »atropinowych« nad makowcowymi,

3) skopolamina nadaje się do przewlekłego stosowania w przypadkach dużych bólów na tle spraw organicznych n i e u l e c z a l n y c h,

4) przyzwyczajenie do skopolaminy rozwija się analogicznie do morfinizmu, zmuszając do stopniowego powiększania dawki dobowej, np. do 0,02 dziennie,

5) zużycie w ciągu dwóch lat c z t e r e c h gramów skopolaminy u osobnika podległego charłactwu rakowemu podziałało wybitnie na ustrój, przedłużając w ten sposób jego istnienie.

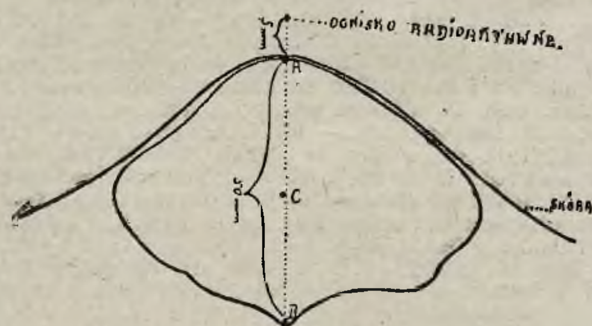
Sprawozdania poglądowe.

Dr. Marja Felauer-Skłodowska. Łódź.

Ogólne zasady i technika curieterapji.

(Ciąg dalszy).

Trudności, z któremi dzisiejsza technika walczy pod względem z u p e ł n e g o wyjałowienia tkanek, tj. zniszczenia w s z y s t k i c h komórek nowotworowych aż do ostatniej (bo pod tym tylko warunkiem curieterapja stanowić może metodę istotnie leczniczą), wynikają z fizycznego prawa, które mówi, że n a t ę ż e n i e ś w i a t ł a j e s t o d w r o t n i e p r o p o r c j o n a l n e d o k w a d r a t u z o d l e g ł o ś c i.



Wyobraźmy sobie nowotwór, leżący tuż pod skórą, a mający np. 50 mm. grubości. Umieściwszy źródło promieni np. w odległości 5 mm. od powierzchni, otrzymamy w najdalej leżącym punkcie nowotworu — B naświetlenie tyle razy mniejsze, niż w punkcie najbliższym — A, wiele razy $(50+5)^2$ jest większe od 5^2, tj. $^{3025}/_{25} = 121$. Do B zatem dojdzie tylko $^1/_{121}$ część tej ilości promieni, które padną na punkt A. Skóra może otrzymać, nie ulegając oparzeniu lub martwicy, pewne maximum naświetlenia. Jeżeli to maximum jest wystarczające np. tylko dla zniszczenia komórek, leżących w połowie gru-

bości guza — w punkcie C, to, powiększając dawkę, możemy nie otrzymać jeszcze wyjałowienia wszystkich części znajdujących się pomiędzy C a B, a już przekroczyć znacznie stopień wytrzymałości skóry i wywołać ciężkie oparzenie lub nawet głęboką martwicę; nie przekraczając zaś dawki dopuszczalnej ze względu na skórę nietylko pozostawiamy część nowotworu poza działaniem skutecznem radu, lecz nawet, co gorzej, poddając komórki złośliwe promieniowaniu słabemu, zadrażniamy je, pobudzamy do bardziej intensywnego bujania.

Aby zatem działanie radjoaktywne było celowe, konieczne jest, by pole naświetlenia skutecznego conajmniej pokrywało się w zupełności z polem rozsiania nowotworowego, aby wszystkie części nowotworu podlegały promieniowaniu równomiernemu, a dostatecznie silnemu. Ponieważ zaś pole rozsiania komórek nowotworów złośliwych zawsze przekracza znacznie granice ich badalne makroskopowo, więc i pole promieniowania powinno sięgać dostatecznie poza te granice.

Dla przezwyciężenia powyższych trudności, tj. osiągnięcia możliwie równomiernego i silnego naświetlenia, służą następujące metody.

1) Tak zw. ogień krzyżowy (*feu croisé*). Zamiast jednego silnego ogniska stosuje się pewną ilość ognisk słabszych umieszczonych w kilku punktach tak, aby wychodzące z nich promienie przecinały się i wzmacniały wzajemnie wewnątrz nowotworu.

2) Wprowadzenie do wewnątrz guza ognisk radjoaktywnych, tak zw. radopunktura. W tym celu wkłuwa się do wnętrza guza w odstępach równych szereg igieł z radem lub emanacją i pozostawia na czas określony. W Nowym Jorku Janeway stosuje t. zw. rurki nagie, zapuszczając maleńkie szklane rurki z emanacją o 0.3 mm. średnicy, a 3 mm długości w tkanki na stałe.

3) Odsunięcie ognisk radjoaktywnych od powierzchni naświetlanej. Jeżeli w przytoczonym powyżej przykładzie przesuniemy źródło promieniowania z 5 na odległość np. 100 mm. od skóry, wówczas natężenie naświetlenia w A i B będzie w stosunku $150^2 : 100^2 = 2.25$, czyli A otrzyma zamiast, jak poprzednio, 121 — tylko 2.25 razy więcej promieni, niż B; cała masa guza zostanie przez to znacznie równomierniej naświetlona, działając zaś jednocześnie z tej odległości 100 mm. ogniskiem dostatecznie silnem, możemy przesłać ilość promieni wielką, a jednak nie przekraczającą jeszcze granicy wytrzymałości skóry.

Metoda ta nie daje bardzo wybitnych wyników, gdy ilość radu, jaką się rozporządza, jest mała z powodu, wynikającej z tegoż prawa kwadratu z odległości, znacznej utraty energji. W Ameryce, gdzie posługują się ilościami wynoszącemi 4—5 gr. radu, działanie na znaczną odległość znajduje szerokie zastosowanie.

4) Aparaty płaskie czyli powierzchniowe. Dawne płytki z naklejoną warstwą soli radowej zastąpiono obecnie rozmieszczeniem szeregu rurek z radem lub emanacją w wymodelowanych na odnośnej powierzchni ciała płytach z gutaperki lub specjalnie przyrządzonego wosku. Aparaty płaskie, prócz powiększenia powierzchni promieniującej, łączą warunki dla uzyskania „ognia krzyżowego“ oraz oddalenia ognisk.

5) Stosowanie filtrów. Ze wzrostem gęstości użytego metalu oraz grubości danego filtru przepuszczają one coraz bardziej twarde, coraz bardziej jednolite promienie i pozwalają stosować silniejsze ogniska.

Trzeba jednak stwierdzić, że, pomimo tych »arkanów« dzisiejszej techniki, curieterapja nie zdołała jeszcze pokonać wszystkich trudności. Prawo kwadratu z odległości rzuca na nie właściwe światło, a przytomne ustawicznie w umyśle lekarza radjologa wytycza na przyszłość kierunek jego usiłowań.

Na tej drodze coraz dzielniej przychodzi z pomocą młodszej swej towarzyszce — roentgenoterapja. Dzięki nowym zdobyczom technicznym otrzymywane dzisiaj promienie X o coraz większej szybkości i twardości zbliżają się coraz bardziej do promieni γ, z którymi posiadają identyczne działanie na tkanki, jakkolwiek znacznie słabsze. Silnie przefiltrowane, a pomimo to obfite promienie Roentgena, wychodzące ze źródła dostatecznie oddalonego, działać mogą skutecznie na nowotwory rozsiane, zajmujące szerokie pola lub też trudno odzewnątrz dostępne. Promieniom γ, jako przenikającym znacznie głębiej, lecz wychodzącym z danego ogniska w ilości stosunkowo nieznacznej, przypadnie w udziale w tej współpracy walka przeciwko nowotworom nawet dużym, lecz ograniczonym, nie rozsianym i o łatwiejszym odzewnątrz przystępie.

Jedną ze słabych stron curieterapji stanowi niemożność dokładnego dawkowania, mierzenia ilości (dozy) promieniowania, które do nowotworu przenikło. W braku metody fizycznej próbowano stworzyć metody biologiczne, lecz i na tej drodze nic ścisłego nie osiągnięto. Klinicyści niemieccy z Krönigiem na czele chcieli przyjąć za jednostkę t. zw. „*Erythemdosis*“ (jeszcze dzisiaj tem pojęciem się posługują) i w porównaniu z nią ustalić inne dawki swoiste (*Carcinomdosis*, *Sarcomdosis* itp.). Pokazało się jednak, że takich dawek swoistych niema, gdyż różne nowotwory posiadają bardzo rozmaity stopień wrażliwości, który zatem jest czynnikiem zmiennym i nie został dotąd zbadany i określony dokładnie. Ostatecznie dzisiaj, jako formułę dla określenia dawki, ogólnie przyjęto iloczyn z natężenia ogniska przez czas działania, przyczem w Europie — prócz Francji - uważają za jednostkę miligramgodzinę - mgrh; np. 30 mgr. radu, działając przez 100 godzin, da 3000 mgrh. We Francji Regaud za natężenie przyjmuje nie ilość miligramów, lecz ilość milicurie'ch emanacji zużytej w ciągu godziny. Jednostkę dawki wedle niego stanowi 1 milicurie emanacji zużytej w ciągu godziny — 1 mcd (»1 millicurie d'émanation détruite«). Jeżeli więc jedno lub pewna ilość ognisk zużywa w ciągu godziny np. 0·5 mc., to po 120 godzinach działania dawka wyniesie $0{\cdot}5 \times 120 = 60$ mcd. Obliczenie przyjęte dziś we Francji wydaje się słuszne, gdyż: 1) ilość promieniowania zależy od ilości emanacji zużytej, 2) w ten sposób określona dawka pozwala na zastosowanie tej samej formuły i dla radu i dla emanacji (ponieważ 1 mgr. radu daje w ciągu godziny 0·00751 mc. emanacji zużytej). W Ameryce jednostką dawki jest milicuriegodzina - mch.

Żadna z powyższych formuł sama przez się nic nie mówi: oprócz dawki należy zawsze podawać przynajmniej czas naświetlania i filtrację, nadto objaśniają metodę leczenia inne szczegóły, jak odległość od skóry, ilość ognisk, natężenie każdego poszczególnego ogniska, rozmiary naświetlającej powierzchni itp.

Metoda curieterapji wypracowana, a raczej wypracowywana wciąż jeszcze w »Instytucie radowym« przez Regaud i jego współpracowników [1]), opiera się na następującej zasadzie: przy naświetlaniu nowotworów złośliwych: w celach leczniczych — nie tylko paljatywnych — należy stosować najwyższą dawkę, dającą się pogodzić z nienaruszalnością tkanek zdrowych, przyczem dawkę tę dać trzeba w czasie jaknajkrótszym i jednorazowo, nie przerywając naświetlenia. Przyrządy z radem i emanacją działają w Paryżu stale przez dni zwykle 4—8, zdejmowane (o ile nie są to igły tkwiące w guzie) zazwyczaj raz na dzień na czas tylko tak długi, jakiego potrzeba do oczyszczenia powierzchni lub wogóle zrobienia opatrunku.

Regaud nigdy nie mógł stwierdzić, aby przy naświetlaniach przerywanych nowotwory złośliwe wykazywały dążenie do zaniku; przeciwnie, zachowują się one wówczas tak, jak gdyby zostały przez niedostateczne naświetlenie »zaszczepione« przeciwko działaniu promieni, stają się coraz bardziej na nie odporne, rozrastają się z większą żywotnością. Wytłumaczyć to można w sposób następujący: komórki potrzebują 12—24 godzin na dokonanie podziału; te, których podział przypada na czas przerw pomiędzy kolejnemi naświetlaniami, otrzymawszy przez poprzednie niedostateczne zadziałanie promieni tylko bodziec do szybszego rozwoju, teraz dzielą się z większą intenzywnością. Następne naświetlania spotykają za każdym razem nowe komórki nowotworu, którego przez to dosięgnąć w całości w odpowiednim stopniu nie są w stanie, podczas gdy jednocześnie działają zawsze na jedne i te same elementy tkanek normalnych (przedstawiających bardzo powolne procesy wzrostu i dzielenia się), powodują coraz to znaczniejsze ich uszkodzenia i coraz większą utratę odporności wobec bujającego nowotworu.

---

[1]) W pracy tej bierze udział cały szereg lekarzy-specjalistów, prowadzących badania biologiczne, histologiczne, fizyczne. „Instytut“ mieści też zakład roentgenowski.

W Paryżu stosowany jest rad i emanacja. Używanie emanacji przedstawia wiele stron dodatnich: rad zostaje zabezpieczony przed stratami, które zachodzić mogą podczas zabiegów leczniczych; sprowadzając ogniska radjoaktywne do rozmiarów nadzwyczaj drobnych, stwarza się z nich materjał, że tak powiem, plastyczny, pozwalający przystosować ogniska do przyrządów o dowolnych rozmiarach i kształcie. Z drugiej jednak strony używanie emanacji czyni zabiegi lecznicze znacznie bardziej złożonymi.

Ilość radu, którą posługuje się »Instytut« wynosi 100 mgr. Źródło emanacji stanowi około 3 gr. radu. Rad rozmieszczony jest w rurkach i igłach platynowych. Rurki mają około 20 mm długości, 4 mm średnicy zewnętrznej i 1—1·5 mm grubości ściany (służącej jednocześnie za filtr). Dla uzyskania filtracji silniejszej powyższe rurki wsuwa się w naczyńka złote, również kształtu zamkniętych na końcach rurek o 1 mm grubej ścianie. Igły mają długość różną, średnicę zewnętrzną 1·1—1·5 mm, grubość ściany 0·3—0·5 mm. Rurki zawierają po 13·33, 6·66 i 3·33 mgr. radu; igły po 2 i po 1·33 mgr. (Ilości te odpowiadają: 100, 50, 25, 15 i 10 μc (mikrocurie'm) emanacji zużytej w ciągu godziny). Emanacja mieści się w rurkach szklanych około 12 mm długich, a 0·4 mm grubych. Jako filtry dla emanacji służą naczyńka także kształtu rurek zamkniętych platynowych oraz złotych — i igły platynowe. Grubość ścian rurek-filtrów wynosi 1—1·5 mm (złotych —2·5 mm), igieł —0·3 i 0·4 mm.

Igły są wkłuwane w tkanki; rurki rozmieszczane na płytach z gutaperki lub wosku stanowią wspomniane wyżej przyrządy płaskie cz. powierzchniowe.

Jako przykład metody, stosowanej na oddziale terapeutycznym »Instytutu radowego«, podaję leczenie w kilku poszczególnych przypadkach nowotworów złośliwych.

Przedewszystkiem zaznaczyć muszę, że ani jeden przypadek nie był w «Instytucie« leczony bez poprzedniego zbadania drobnowidowego i określenia dokładnego rodzaju nowotworu. Badanie to wykazało wielkie różnice pod względem wrażliwości na działanie promieni różnych rodzajów nowotworów złośliwych — zależnie od budowy histologicznej, n. p. szczególnie trudnem do radykalnego zniszczenia pomiędzy odmianami raka okazało się *epithelioma spinocellulare*.

Rak szyjki macicznej. Metoda leczenia raka szyjki macicznej została w Paryżu najdokładniej ze wszystkich opracowana i najbardziej ustalona. Jest ona następująca:

Wprowadza się do pochwy, a — o ile możności — odrazu i do macicy, po 8 ogniska, zawierające razem 60 mgr. radu. W pochwie 2 ogniska boczne umieszczone są w aparaciku, t. zw. kolpostacie. Składa się on z 2 korków o ścianach odpowiednio zaokrąglonych, a połączonych sprężyną wsuniętą w rurkę kauczukową. Zadanie sprężyny polega na utrzymaniu korków w jaknajwiększej od siebie odległości, czego rezultatem jest znaczne przybliżenie każdego z nich do bocznej ściany miednicy, na 2·5, a nawet na 2 c. przy dostatecznie elastycznej ścianie pochwy. Każdy korek mieści w przebitym wzdłuż osi kanaliku ognisko z radem (lub z emanacją) w rurce platynowej o 1·5 mm grubej ścianie, a umieszczonej nadto w drugiej rurce złotej o ścianie 1 mm grubości; filtr ten jest otoczony blaszką glinową grubości 0·02 mm. Trzeci taki sam korek z radem (lub emanacją) zakłada się przed część pochwową. Do macicy wprowadza się 3 ogniska, tworzące jeden przyrządzik. Są to 3 rurki platynowe z radem o ścianie 1·5 mm grubości, ułożone jedna za drugą, wszystkie zaś razem owinięte listkiem glinu 0·02 mm grubym i wsunięte w rurkę z kauczuku czystego (bez części mineralnych). Ogniska mają po 13·33, względnie po 6·66 mgr. radu. Jeżeli idzie o zadziałanie głównie na szyję, najsilniejsze ogniska umieszcza się przed nią i w jej kanale; gdy zależy przedewszystkiem na naświetleniu przymacicza i tkanki w pobliżu ściany miednicy, najsilniejsze ogniska zakłada się w sklepienia boczne. Dawka wynosi 60—70 mcd w ciągu około 6 dni przy podanej wyżej filtracji.

Jeżeli nie można wejść odrazu do macicy z powodu zamknięcia kanału przez bujający nowotwór, zakłada się rad naprzód tylko do pochwy; po kilku lub kilkunastu dniach nowotwór zwykle topnieje, co umożliwia dostanie się do macicy.

Stosując leczenie tylko paljatywne dajemy dawki znacznie mniejsze i kilkoczasowe. Przy bardzo rozległych nacieczeniach rakowych w małej miednicy z jednoczesnem zajęciem ścian pochwy, przegrody pochwowo-kiszkowej, przymacicza przedniego oraz odległych gruczołów nie należy stosować radu lub czynić to nadzwyczaj oględnie pod groźbą wywołania rozpadu tkanek chorych ze wszystkimi jego skutkami. Zajęcie jednoczesne odbytnicy i pęcherza wyklucza curieterapję stanowczo.

Należy oczekiwać, że w przypadkach obszernego nacieczenia tkanki łącznej małej miednicy i zajęcia odległych gruczołów w niedalekiej przyszłości promienie X przyjdą radowi z wydatną pomocą (prace Seitza i Wintza).

W ostatnich czasach dokonywane są w Paryżu próby naświetlania przy dużych nacieczeniach tkanki przymacicznej jednocześnie od strony pochwy i jamy brzusznej — drogą laparotomji. W zgrubienia nowotworowe zakłada się igły i pozostawia je przez dni 4. Wartości tej metody dzisiaj jeszcze ocenić nie można.

Rak języka. Obok raka szyji macicznej rak języka należy do tych spraw nowotworowych, które na oddziale terapeutycznym »Instytutu radowego« były przedmiotem szczególnego badania, i dla których metoda leczenia została dokładnie opracowana.

Przy raku języka z powodu wielkiej ruchliwości organu zwykle następuje wczesne rozsianie komórek złośliwych. Dlatego na oddziale Regaud leczy się zawsze jednocześnie sam nowotwór za pomocą radopunktury, pole zaś rozsiania elementów nowotworowych (nawet przy gruczołach niebadalnych) za pomocą przyrządu płaskiego założonego na okolicę podszczękową.

Doświadczenie pouczyło, że — szczególniej przy *epithelioma spinocellulare* — natężenie ognisk w języku nie powinno być wysokie, natomiast czas naświetlenia musi być dość długi. Używa się zwykle igieł z radem o 1·33 mgr (rzadziej o 2 mgr) albo z emanacją o 2—3 mc zawartości; igły pozostają w języku przez 8 dni.

Oto przykład postępowania.

Przypuśćmy, że przestrzeń, którą makroskopowo uważać można za zajętą, przedstawia powierzchnię o 3 c. długości i 3 szerokości. Za podstawę do naświetlenia należy przyjąć kwadrat o ścianie równej 4·5 lub nawet 5 c, a za grubość tkanki, która powinna być poddana promieniowaniu —3—4 c. Igły zatem wprowadzić należy w tkankę, wynoszącą 60—100 c^3. Igieł potrzebaby było w danym przypadku 15 o ścianie 0·3—0·4 mm grubości. Zastosowany jednocześnie aparat powierzchniowy przedstawiałby się następująco: wymodelowana odpowiednio płyta z wosku lub gutaperki 1·5 c grubości z zapuszczonymi w nią mniej więcej 12-ma rurkami z radem lub emanacją. Filtr platynowy 1 mm grubości + glin 0·02 mm grubości. Przyrząd ten dać powinien w ciągu dni około 6-ciu 60—80 mcd. Dawka otrzymana przez działanie igieł wynosiłaby w danym przypadku 20 do 25 mcd.

Przy leczeniu raka języka rad często kombinuje się z promieniami X lub z zabiegiem chirurgicznym (zadziałanie na gruczoły lub usunięcie ich chirurgiczne).

Przy leczeniu nowotworów innych organów technika i jej szczegóły zależą od każdego poszczególnego przypadku.

Nowotwory powierzchowne, bez głębiej sięgającego nacieczenia leczy się za pomocą przyrządów płaskich przy nieznacznem, np. $^1/_2$ c wynoszącem oddaleniu ognisk od powierzchni, natomiast przy guzach o większej objętości i głębiej leżących stosuje się radopunkturę albo przyrządy płaskie z ogniskami o większem natężeniu i umieszczonemi dalej od powierzchni. Przy stosowaniu przyrządów płaskich dawka powinna być znacznie większa, niż przy użyciu igieł; wreszcie w wielu przypadkach stosuje się obie metody jednocześnie. Nadto curieterapję łączy się często z roentgenoterapją, a nieraz i z chirurgją.

Dok. nast.

Oceny i sprawozdania.

Józef Nusbaum-Hilarowicz. Pamiętniki przyrodnika. Autobiografja. H. Altenberg, księgarnia wydawnicza Lwów 1921, str. 152.

W czterdziestoletnią rocznicę rozpoczęcia pracy naukowej ukazują się dziś pamiętniki ś. p. J. Nusbauma-Hilarowicza, obejmujące okres jego życia od wczesnej młodości (urodzony w roku 1859) do czasów prawie tuż przed śmiercią (pisane w roku 1916).

Z niesłabnącem zainteresowaniem czytamy te bardzo żywo pisane wspomnienia znakomitego uczonego, który, idąc stale po linji coraz dalszego rozwoju, zebrał plon, jakim nie wielu wykazać się będzie mogło w Polsce współczesnej. Niezwykły pod względem wydajności wynik pracy badawczej, pisarskiej i pedagogicznej Nusbauma znajdował swe źródło w wybitnych zaletach jego charakteru, odznaczającego się nigdy nie słabnącym entuzjazmem, skupioną wolą i systematycznością w pracy. Ze zdumieniem czytamy o trudnościach, jakie pokonać musiał, aby osiągnąć, jako młody uczony, najwyższą godność naukową w Rosji carskiej (stopień doktora zoologji), mimo oporu władz uniwersyteckich, odmawiających mu jej z powodu jego wyznania i poczucia narodowego.

Z prawdziwem wzruszeniem śledzimy wrażenia, jakie stale wywierało piękno przyrody i dzieł sztuki na duszę tego uczonego, zakochanego przedewszystkiem w pracy. A jak potrafił pracować profesor Nusbaum świadczy następujący szczegół z pobytu jego w Berlinie.

Gdy w roku 1894 zawakowała katedra po znakomitym anatomie prof. H. Kadyim w Lwowskiej Akademji Weterynarji, Nusbaum, mimo że był specjalistą w zakresie badań mikroskopowych, na skutek namowy swych przyjaciół (Radziszewskiego i Dybowskiego), postanowił przyjąć proponowaną mu katedrę. Aby jednak móc odpowiednio się wywiązać z dobrowolnie nałożonego na siebie zadania, udał się (już po otrzymaniu nominacji na prof. zwyczajnego) do Berlina, gdzie pod okiem sędziwego prof. Müllera chciał się wyuczyć wszystkich anatomicznych wskazań. W tym też celu postanowił przygotowywać wszystkie preparaty potrzebne do wykładów i przez cały semestr wczesnym rankiem, gdy jeszcze latarnie paliły się na ulicach, szedł do prosektorjum, aby mieć dość czasu na sporządzenie preparatów. Takich przykładów niezwykłej wprost obowiązkowości i sumienności znajdujemy w jego autobiografji bardzo wiele.

Najgłębiej jednak nas uderza młodość, która bije z kart tej książki, i mimo, że pisał ją już jako profesor o skroniach pokrywających się siwizną, żyje w niej takim, jak wtedy, gdy poraz pierwszy zyskiwał serca swych przyszłych uczni.

P. Słonimski. (Warszawa).

Łempicki Stanisław. Jan Zamojski, protektor medycyny i medyków. Lwów 1921, str. 60. Altenberg (odb. z Przew. nauk. i lit.) oraz Działalność Jana Zamojskiego na polu szkolnictwa. Kraków 1922, str. 293. Wyd. kom. do badania dziejów wychow. i szkoln. w Polsce.

Dr. Łempicki wydobył bogaty materjał historyczny z zasobów archiwalnych Bibljoteki Ordynacji Zamojskich w Warszawie i na tej podstawie osnuł przedstawienie zbyt mało dotąd znanej działalności Jana Zamojskiego na polu szkolnictwa wyższego. Autor, choć nie lekarz i nie historyk medycyny, wkroczył tym sposobem także i w dziedzinę medycyny, którą wielki kanclerz zajmował się bardzo gorliwie.

Niedawno czytaliśmy w Kurjerze lwowskim (1920) rzecz tegoż autora pt. Szymon Szymonowicz jako lekarz, będącą w związku z pracami nad Zamojskim. Wszystkie wymienione prace autora mają dla historji medycyny polskiej wielkie znaczenie, przynosząc bądź materjał zupełnie nowy, bądź na nowo oświetlony.

Jan Zamojski był inicjatorem i duszą projektów, zmierzających do podniesienia nauk w Krakowie. Jednym z tych projektów za Stefana Batorego była myśl założenia w Krakowie, obok Akademji Jagiellońskiej, nowego kolegjum na wzór paryskiego *Collège Royal*. Poczęto zapraszać uczonych profesorów. Zamojski między innemi daje listy własne do trzech znakomitości lekarskich w Padwie, Hieronima Mercurialisa, Hieronima Capevacciusa i Bernardina Paterna, pragnąc ich samych, albo ich kolegów ściągnąć do Krakowa. Dalekosiężne zamysły wielkiego kanclerza do skutku nie doszły. Znalazły swój wyraz znacznie później w założeniu prywatnej Akademji w Zamościu.

Medycyna w pomysłach Zamojskiego grała zawsze poważną rolę. I nic dziwnego. Uczeń mistrzów Padewskich, przyjaciel wielkiego anatoma Fallopia, do końca życia zachował cześć i zrozumienie dla nauk lekarskich. Utrzymywał stosunki ze sławnymi lekarzami, posyłał im dary, wyszukiwał młodych ludzi wśród Polaków i wysyłał ich na swój koszt do Włoch na naukę medycyny. W ten sposób wykształcił Jana Ursyna Niedźwieckiego, późniejszego profesora Akademji Zamojskiej i innych.

Wysoka wartość historyczna i literacka prac dra Łempickiego pozwala je gorąco polecić naszym lekarzom, jako lekturę, która wprowadza czytelnika w czasy jeszcze świetnej przeszłości naszego narodu i zapoznaje z jedną z piękniejszych postaci naszej historji, jaką jest Jan Zamojski, kanclerz, hetman i humanista.

Dla historyków medycyny monografie dra Łempickiego mają wartość nieocenioną, gdyż autor, który miał w ręku olbrzymi materjał archiwalny, poprostu daje czytelnikowi bezpośrednie wskazówki, gdzie jaki materjał lekarski historyczny leży jeszcze niezużytkowany.

Pisząc w czasopiśmie, przeznaczonem dla lekarzy, nie mogę też nie podkreślić trafnej metodyki historycznej w pracach dra Łempickiego. Lekarze historycy bardzo łatwo gubią się w materjale historycznym, nie wiedząc, co ma wartość historyczną, a co jej nie ma, i najchętniej ogłaszają materjał archiwalny tak, jak go znaleźli w archiwum. Tymczasem koroną metody historycznej jest zawsze synteza, konstrukcja, obraz historyczny i własna myśl przewodnia.

Szumowski. (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Münchener Medizinische Wochenschrift.

Nr. 36. 1922.

Spaar. **Leczenie wielowartościową szczepionką przeciwgronkowcową czyraczności i spraw pokrewnych, wywołanych przez gronkowce.** Autor przytacza przypadki czyraczności z przed wojny i w czasie wojny, leczone przez niego szczepionką przeciwgronkowcową. Leczenie takie polega na zastrzyknięciu zabitych hodowli bakterji, uzyskanych z czyraków, trądzików i ropni. Pod wpływem tejże szczepionki, którą zastrzykiwano w ilości 100—350—500 milionów gronkowców, ulegały czyraki rozmiękczeniu i oczyszczeniu, poczem i wyleczeniu. W ostatnich czasach autor stosuje z dobrym skutkiem odrazu wysokie dawki i zaczyna od 500 milionów gronkowców, dzięki czemu skraca wybitnie czas leczenia. Również przy zastosowaniu tejże samej szczepionki w przypadku figówki czy zanokcicy podskórnej osiągnął autor dodatnie wyniki. Leczeniem takiem skraca się czas choroby i zaoszczędza materjał opatrunkowy.

Esser. **Sposób całkowitego zastąpienia utraconej małżowiny usznej.**

Tutschek. **Leczenie chorób zapalnych narządów miednicy u kobiet prądem zmiennym o wysokiem napięciu.**

Boeminghaus. **Pęcherzyca krwiotoczna przy przewlekłem, nawrotowem zapaleniu mnogich stawów, która pod względem klinicznym, cystoskopji i cystografji występowała jako guz pęcherza.**

Kaiser. **Wystąpienie półpaśca w przypadku ogólnego porażenia postępowego.**

Bleibtreu. **Przyczynek kazuistyczny do teorji przysadkowej powstawania cukrzycy.**

Gutzeit. **Pęknięcie kiszki wskutek własnoręcznego odprowadzenia przepukliny udowej.**

Rüscher. **Dychawica okrzelowa i gruźlica gruczołów oskrzelowych u dzieci.** Z pośród 30 dzieci, cierpiących na dychawicę oskrzelową wypadł kilkakrotny odczyn tuberkulinowy u 16-tu ujemnie (w tem w 7-mu przypadkach odczyn skórny według Pirqueta dwukrotnie ujemnie, w 9-ciu dalszych prócz tego i odczyn wśródskórny w dawkach postępujących do $^1/_{100}$ także ujemnie), a w 14-tu dodatnio. Wszystkie dzieci, bez względu na wynik odczynu tuberkulinowego okazywały objawy t. zw. skazy wysiękowej. W niektórych przypadkach objawy moczenia i strachania się nocnego, także z anamnezy i skłonności do nieżytów i chorób skórnych widoczne. Prześwietlanie wykazało we wszystkich zgoła przypadkach, bez względu na wynik odczynu tuberkulinowego, w mniejszym lub większym stopniu wzmożony rysunek płuc, zwłaszcza zaś wnęki płucnej. Autor nie odnosi jednakże powyższego obrazu do gruźlicy, lecz do obrzmienia gruczołów oskrzelowych podczas i po napadzie dychawicznym. Prócz tego znajdował u tychże dzieci, zwłaszcza w czasie »napadowym«, ale i w wolnym od napadów wzmożony rysunek pasm (Strangzeichnung), co tłómaczy napełnieniem oskrzeli, które przecież są w stanie zapalnym, wydzieliną, dalej zmniejszeniem światła oskrzeli wskutek skurczów, wreszcie obrzmieniem błony śluzowej oskrzeli, co wszystko składa się na to, że w takim stanie oskrzele dają w obrazie rentgenowskim zacienienie.

Jenckel. **Leczenie przetok po ropniakach opłucnej za pomocą rozczynu pepsyny.**

J a n k e. **»Lausofan«, jako środek przeciwko wszom głowowym.**

H i r s c h. **Nowy zabieg dla ułatwienia badania ginekologicznego przy silnem napięciu opon brzusznych.** Przy silnem napięciu opon brzusznych wprowadza autor do odbytnicy cewę gumową, pręt metalowy lub z hegara od $1^1/_2$ do 2 cm. grubości i każe chorej zwieracz odbytnicy jak najwięcej zacisnąć dokoła wprowadzonego ciała obcego, tak jak gdyby chciała powstrzymać stolec. Dzięki powyższemu zabiegowi wiotczeją mięśnie brzuszne, a badający nie napotyka już na dawny opór mięśni. Zabieg zatem opisany powinien w każdym bądź razie poprzedzić badanie pod narkozą, która w licznych bardzo przypadkach staje się według autora zbyteczną.

W i e s e n a c k. **Neutropowe działanie alivalu i sposób jego stosowania.**

S c h m i e d e n. **Baraki leśne, tani rodzaj budowli dla lecznic słonecznych przeciwgruźliczych.**

G r o t h. **Sprawozdanie z wyników szczepienia ochronnego przeciw ospie, przeprowadzonego w Bawarji w r. 1918 i 1919.**

G e r h a r d t. **Osądzenie wad zastawkowych.** Wady zastawkowe serca, względnie ocenienie ich ważności w praktyce ogólnej. *Piechowski* (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Biologja.

P. H e r t w i g. **Dzieworództwo haploidowe i dyploidowe.** (Biol. Zentralblatt 40. s. 145—174). Autorka omawia we wstępie przypadki sztucznego dzieworództwa u zwierząt: a) w drodze chemicznej (L o e b, D e l a g e), b) fizycznej (B a t a i l l o n) oraz c) zapładniania plemnikami, uszkodzonemi przez naświetlanie promieniami radu (H e r t w i g o w i e). Zależnie od tego, czy pobudzono do rozwoju jajo ze zredukowaną liczbą chromosomów, czy też z całkowitą, wyróżnia autorka zarodki pierwsze, jako haploidy *(haploide Partenogenese)*, drugie jako dyploidy *(diploide Partenogenese)*.

Dotychczasowa hodowla osobników o zredukowanej liczbie chromosomów, sztucznie pobudzonych do rozwoju, dała dość skromne wyniki. Przyczyna tego tkwi, zdaniem autorki, nie w nieodpowiednich warunkach hodowli, ale w nienormalnym stosunku całkowitej masy żółtkowej do zmniejszonej o połowę liczby chromosomów. Dzieworództwo naturalne, analizowane pod tym kątem widzenia, wykazuje wiele cech wspólnych z dzieworództwem sztucznem. Zwykle mamy tu do czynienia z dzieworództwem bez redukcji liczby chromosomów, sprawa zaś rozwoju jaj, zawierających połowę chromosomów (haploidów) u R o t a t o r i a, H y m e n o p l e z a, nie jest jeszcze dostatecznie wyświetlona.

F. L e v y. **Stosunki jądrowe u partenogenetycznych żab. Przyczynek do fizjologji i patologji komórki.** (Sitzber. preus. Stkad. d. Wiss. phys.-math. kl. XXIV. 1920 str. 417—425). Autor stosuje metodę mechaniczną B a t a i l l o n a (nakłucia igłą platynowo-irydową). Jaja w ten sposób pobudzone bróździkują nienormalnie i zaledwie mniej niż 1% ogólnej liczby zarodków rozwija się poza stadjum gastruli, przyczem większość wyhodowanych larw wykazuje anormalności rozwojowe (rozszczep kręgosłupa, guzy). Z analizy stosunków jądrowych wyprowadza autor wniosek, że tylko drobna część larw, otrzymanych w ten sposób, posiada zwykłą, dyploidową, albo zmniejszoną do połowy liczbę chromosomów — znaczna zaś większość posiada liczbę zmienną (»p o i k i l o p l o i d o w a«) chromosomów. Dużą śmiertelność larw żabich, rozwijających się w drodze sztucznego dzieworództwa, tłumaczy L., podobnie jak i P. H e r t w i g, stosunkami jądrowymi, przyczynę jednak widzi w n i e o k r e ś l o n e j, z m i e n n e j liczbie chromosomów.

P. Słonimski (Warszawa)

Anatomja patologiczna.

Zieglers Beiträge zur pat. Anatomie.

T. 68. Z. 1.

G. H e r x h e i m e r i W. G e r l a c h. **Ostry zanik wątroby i jego stosunek do kiły i salwarsanu.** Fakt, że w ostatnich czasach dość często pojawiły się przypadki ostrego zaniku żółtego wątroby i że niektórzy autorowie łączą go z wzmagającą się kiłą i z leczeniem salwarsanowem, skłonił autorów do zajęcia się tą sprawą, na podstawie 6-ciu przez nich sekcjonowanych i badanych przypadków ostrego zaniku wątroby, przy uwzględnieniu nowszego piśmiennictwa, dotyczącego tej sprawy.

W pierwszej części ich obszernej pracy podają dokładne opisy obrazów makroskopowych i drobnowidowych wątroby, dotkniętej ostrym zanikiem, zwracając przy tej sposobności uwagę na dziś jeszcze niejasną sprawę odnowy komórek wątrobowych, którą się spotyka w przypadkach przewlekłego zaniku. Na podstawie badania przychodzą do wniosku, że odnawiające się komórki wątrobowe powstają zawsze tylko z już istniejących zanikających, nigdy zaś z nabłonków dróg żółciowych, jak to niektórzy przyjmują. Druga część pracy zajmuje się przyczyną ostrego zaniku wątroby. Jak wiadomo, odróżniamy tu przypadki o przebiegu bardzo ostrym, inne o więcej łagodnym, przewlekłym. Otóż w tych ostatnich niewątpliwie kiła, jako czynnik przyczynowy, odgrywa ważną rolę. Stwierdzili to autorzy we wszystkich 6-ciu przez nich badanych przypadkach, jak i na podstawie bardzo obszernego piśmiennictwa. Że kiła wogóle wywołuje zmiany w wątrobie, znanem jest z objawu często przy kile występującego, mianowicie żółtaczki. Żółtaczki te dzielimy na 2 grupy:

1) Postać łagodna, niedługo trwająca, która jest objawem nieznacznego i nie dobrze znanego schorzenia wątroby, dlatego, że nie zdarza się na sekcji. Najprawdopodobniej powstaje ona wskutek nieżytu przewodu pokarmowego lub dróg żółciowych.

2) Postać ciężka, długotrwała, towarzysząca ostremu zanikowi wątroby, a kończąca się zwykle śmiercią.

W ostatniej wreszcie części pracy omawiają autorzy związek między żółtaczką, występującą przy kile, a salwarsanem, i przychodzą do wniosku, że: 1) Postać łagodna niewątpliwie dość często występuje na tle salwarsanu. Tłumaczą to sobie w ten sposób, że salwarsan, preparat arsenowy, wydzielając się przez błonę śluzową przewodu pokarmowego i dróg żółciowych, drażni ją, wywołując tu nieżyt, często z żółtaczką; 2) postać ciężka, przebiegająca z zanikiem wątroby, najprawdopodobniej nie pozostaje w związku ze salwarsanem, jest ona wyrazem zatrucia jadami kiłowymi, gdyż znane są przypadki zatrucia salwarsanowego u osób niekiłowych, gdzie nie stwierdzono zmian w wątrobie, pomimo, że wykazano tu wielkie ilości arsenu, następnie dość często występuje zanik u osób kiłowych, nieleczonych salwarsanem, a ostatecznie i badanie drobnowidowe wątroby, dotkniętej zanikiem, w przypadku leczonego salwarsanem jak i nieleczonego zupełnie jednakowo się przedstawia.

S t a m m l e r: **Przyczynek do nauki o nerce torbielowatej.** Autor na podstawie dokładnego badania histologicznego trzech przypadków nerki torbielowatej u dzieci, i 7-miu przypadków takich nerek u dorosłych, przychodzi do wniosku, że przy przekształceniu torbielowatem nerek, tak u dzieci, jak i u dorosłych, mamy do czynienia z kombinacją wady rozwojowej, z prawdziwem bujaniem nowotworowem (*Adenocystoma multiloculare)*. Znajdował on mianowicie we wszystkich badanych przypadkach z jednej strony skąpo rozwinięte kanaliki nerkowe, zwłaszcza proste, miejscami zupełny ich brak, obok silnie rozwiniętej tkanki łącznej niezapalnej; zatem obrazy niedorozwoju. Z drugiej zaś strony stwierdził w komórkach nabłonkowych torbielowato rozszerzonych obrazy bujania.

W. B e c k e r. **Czy istnieje związek między ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego a glistnicą robaczkową?** Glistnicę znajdujemy w połowie wszystkich operacyjnie usuniętych, jednak zmian patologicznych nie okazujących, wyrostków robaczkowych. Wywołują tu one obraz chorobowy podobny do napadu ostrego zapalenia wyrostka, nazwany przez A s c h o f f a *appendicopathia oxyurica*. Rzadko tylko glistnica jest powodem lekkiego stanu zapalnego, nigdy zaś nie wywołuje ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

T. S z i l i n g. **Przyczynek do etiologji nowotworów, wychodzących z okolicy gruczołu przyusznego.** Powstanie nowotworów, wychodzących z okolicy gruczołu przyusznego, nie jest jeszcze sprawą zupełnie jasną, a to głównie z powodu różnorodności ich budowy. Niektórzy uważają te nowotwory

za gruczolaki, inni za śródbłoniaki, inni wreszcie za nowotwory mięszane, t. z. potworniaki. Autor na podstawie badania drobnowidowego swego przypadku przychodzi do wniosku, że są to gruczolaki, a powstają przez bujanie przewodów gruczołowych gruczołu przyusznego.

T. 68. Z. 2.

W. Steckenius. **Spostrzeżenia sekcyjne w świeżych przypadkach kiły.** Autor na podstawie czterech sekcjonowanych i histologicznie dokładnie zbadanych przypadków klinicznie stwierdzonej świeżej kiły stara się wysnuć pewne wnioski co do obrazu anatomicznego kiły. We wszystkich 4 przypadkach makroskopowo stwierdzono w niektórych narządach zmiany pod postacią guzków i guzów szarawych, miejscami martwiczych, przypominających gruźlicę. I tak w przypadku pierwszym, u dziewczyny 20 letniej, guzki w płucach, mięśniu sercowym, nerkach i śledzionie, w przypadku drugim, u 18 letniego mężczyzny, guzy serowate w obu nadnerczach, w przypadku 3-cim, u 20 letniego mężczyzny, guzki i serowacenie w gruczołach krezkowych i w nerce, wreszcie u ostatniego, 20 letniego mężczyzny, guzki w sercu, nerkach, trzustce i przewodzie pokarmowym. Obrazy drobnowidowe zmienionych miejsc nie odpowiadały jednak zmianom gruźliczym, przemawiały raczej za kiłą i dość jednostajnie się przedstawiały we wszystkich czterech przypadkach. Znajdował on mianowicie w miejscach zmienionych obfite nacieki drobnokomórkowe, głównie dokoła drobnych naczyń, złożone z komórek limfoidalnych i komórek plazmatycznych, miejscami były obfite komórki eozynochłonne, następnie dużo fibroblastów, mało zaś komórek olbrzymich. Martwica, spotykana w niektórych miejscach, nie przedstawiała obrazu zupełnego rozpadu tkanki, jak przy serowaceniu gruźliczem, tylko pozwalała odróżnić pewną budowę włóknistą — obrazy spotykane w kilakach. Zmiany w zakresie drobnych naczyń wykazywał autor nie tylko w miejscach makroskopowo zmienionych, lecz i w innych tkankach, w których brak było widocznych zmian, uważając je obok kilaków za zmianę anatomiczną, najbardziej charakterystyczną dla kiły, w odróżnieniu do gruźlicy. *H. Schusterówna* (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris
Październik 1921.

Noel Fiessinger i P. Brodin. **Gruźlica ostra w przebiegu zapaleń wątroby na tle zatrucia wyskokiem. Stan bierności ustroju przy cierpieniach wątroby.** (*L'anergie hépatique*).

Pomiędzy marskością wątroby na tle zatrucia wyskokiem a gruźlicą zachodzą korelacje, na podstawie których wydzielono dwa rodzaje cierpień. Do pierwszego rodzaju należą marskości gruźlicze, czyli cierpienia, w których powstawaniu zarówno gruźlica, jak też i zatrucie wyskokiem, biorą czynny udział. W drugim rodzaju cierpień objawy gruźlicy występują obok istniejącej już marskości. Na tę to postać chorobową zwrócili uwagę autorowie. W przebiegu tego cierpienia istnieją dwa okresy: w pierwszym okresie objawy marskości z przesiękami w jamie brzusznej; w drugim — żółtaczka z niedomogą czynności wątroby, z objawami nerwowymi, charakterystycznemi dla zatrucia przewlekłego wyskokiem, a nadewszystko z gorączką od 38° do 39°. Pierwszy okres trwa od 6-ciu do 20-tu miesięcy; drugi kilka tygodni lub też zaledwie kilka dni. Autorowie przytaczają pięć spostrzeżeń tego rodzaju w drugim okresie choroby. W spostrzeżeniach tych zwrócono uwagę na szczególne zachowywanie się odczynu Pirqueta. Mianowicie w tych przypadkach, gdzie wystąpiły wyraźne objawy niedomogi czynnościowej wątroby, odczyn Pirqueta był ujemny, chociaż w okresach wcześniejszych choroby, zanim wystąpiły objawy niedomogi wątroby, odczyn ten był dodatni. Zatem odczyn Pirqueta ujemny świadczyłby w tych przypadkach o bierności ustroju, powstającej przy niedomodze czynnościowej wątroby, i jako taki byłby ważnym objawem w rokowaniu, jako *signum mali ominis*.

M. Renaud. **Ropne zapalenie ucha i wyrostka sutkowego u niemowląt. Niezwykła częstość tych cierpień, ich stosunek do biegunki u dzieci.** Przy badaniu pośmiertnem 70 niemowląt zmarłych w szpitalu Bretonneau w sierpniu r. b., autor we wszystkich przypadkach stwierdził ropne zapalenie ucha i wyrostka sutkowego. Historje chorób tych małych chorych były prawie jednakowe. Były to dzieci słabe, obarczone dziedzicznie, źle utrzymywane, przyjęto je do szpitala wskutek wymiotów i biegunki o charakterze toksyczno-infekcyjnym. Autor, opisując dokładnie badanie pośmiertne, zwraca uwagę na cierpienie zasadnicze, mianowice na ropne zapalenie ucha i wyrostka sutkowego, za życia najczęściej nie rozpoznane. *J. Bełkowski* (Warszawa).

Archives des maladies du coeur et des vaisseaux.
Sierpień 1921.

Danielopolu i Emesco. **Szmer rozkurczowy zastawki dwudzielnej, powstały wskutek uszkodzenia zastawki przez brodawkowe zapalenie wsierdzia.** Na podstawie przypadku, w którym stwierdzono zwężenie ujścia żylnego lewego, w którego przebiegu objawy kliniczne zwężenia znikły, natomiast zjawił się szmer i pomruk rozkurczowy, autorzy wysnuwają następujące wnioski. Zapalenie brodawkowe zastawki dwudzielnej, powodujące zwężenie i niedomykalność zastawek, może spowodować zjawienie się rozkurczowego szmeru i pomruku po stronie lewej mostka; nie mają one charakteru, ani pomruku rozkurczowego, właściwych zwężeniu. W połączeniu ze szmerem, pochodzącym z niedomykalności, szmer ten tworzy szmer podwójny, analogiczny do podwójnego szmeru przy zwężeniu i niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Znaczne zwężenie zastawki i osłabienie mięśnia powodowały, że w opisanym przypadku szmery były przez pewien czas niesłyszalne, póki nie wszedł w rachubę trzeci czynnik w postaci wybujałości zastawki, których obecność później wywołała objawy pomruku i szmeru rozkurczowego. Zniknięcie *coulement* należy tłumaczyć osłabieniem ściany przedsionka. Brak zdwojenia się szmeru powstaje nie tyle przez zwiększenie się aspiracyjnej działalności lewego serca, ile przez wytworzenie niedomykalności zastawki dwudzielnej, wskutek czego układy płucny i sercowy zamykają się jednoczasowo. Skurczenie się zastawki dwudzielnej może spowodować względną niedomykalność zastawek t. głównej. Zapalenie brodawkowe może zakończyć się bez znaczniejszych ogólnych objawów. Przypadek opisany wskazuje również na ważną rolę hypertensji miejscowej w tworzeniu miażdżycy naczyń płucnych.

Dr. G. Loygue. **Przyczynek do choroby Hodgkina.** (*Granuloma malignum*). W sprawie limfogranulomatozy istnieją dwa poglądy. Pierwszy stawia ją w rzędzie gruczołowych mięsaków, drugi w rzędzie *granuloma infectiosum*. Autorowie rozpatrują spostrzegany przez się przypadek i dodają kilka uwag co do strony klinicznej, anatomicznej, oraz co do przyrody samej sprawy, dotychczas niewyjaśnionej. Badanie kliniczne zmusza do wyłączenia tego przypadku ze zwykłego obrazu choroby Hodgkina. Tutaj bowiem obserwowano, nagły początek, szybkie zejścia, pierwotną złośliwość i brak wysypki, która zdarza się zwykle w granulomacie. Tak samo zachowywała się forma krwi: leukopenia z polynucleosą, myelocytaemia bez eozynofilji. W ziarniniaku zaś spotykamy hyperleukocytozę z eozynofilią. Histologicznie stwierdzono brak eozynofilji tkankowej. Przeciw charakterowi nowotworowemu przemawia brak widocznej złośliwości anatomicznej, zachowana wszędzie budowa gruczołowa, brak przerastania torebki gruczołowej, światło naczyń nie zawiera komórek wielojądrzastych, karjokinezy są bardzo rzadkie, przerzuty w wątrobie mają charakter nacieku limfadenicznego. Również w tym przypadku nie spostrzegano follikularnych zmian gruźliczych. Wszystkie objawy kliniczne, poza wyżej wspomnianymi, odpowiadały obrazowi „*granuloma malignum*" w okresie uogólnienia. Badania anatomo-patologiczne, oraz histologiczne wykazały powiększenia gruczołów bez serowatych ognisk, przerostową marskość wątroby, porfirową śledzionę, obfitość niezmieniających się komórek ze znaczną polymorfją i skłonnością do sklerozy, wielojądrzaste komórki Sternberga. Z tego obrazu autorzy wysnuwają następujące wnioski. W szeregu niby białaczki lymfogranulomatoza przedstawia odmianę kliniczną, nietylko z powodu swego umiejscowienia, lecz również dzięki charakterowi powstania

przebiegowi ostremu lub przewlekłemu, oraz zachowaniu się formuły krwi. Formuła krwi jest nader zmienna, eozynofilia nie stała. Obraz histologiczny polega głównie na obecności stałej komórek Sternberga, oraz na skłonności do stwardnienia. Etjologia nie znana. Autorzy przypuszczają istnienie czynnika swoistego.

Louis Lyon-Gaen. **Fala podrażnieniowa serca kręgowców według Tomas-Lewis.** *T. Milewski* (Warszawa).

Choroby dzieci.
British medical Journal
r. 1921. Nr. 3172.

J. Peynton. **O zapaleniu osierdzia u dzieci.** Cierpienie jest groźne prawie w jednakowym stopniu, czy jest pochodzenia gruźliczego, ropnego, czy gośćcowego. Gronkowcowe zapalenie osierdzia rozwija się najczęściej u chorych na zapalenie szpiku kostnego i kończy się posocznicą. Najlepsze stosunkowo rozejście dają sprawy pneumokokowe. Złe rokowanie motywuje autor trzema czynnikami: 1° wczesny wiek — na 100 zejść śmiertelnych widział 84 poniżej 4 lat; 2° sprawa zwykle występuje jako powikłanie innych ciężkich spraw (zapalenie płuc, opłucnej, gościec, zapalenie gardła, gruźlica); 3° rozpoznanie rzadko bywa stawiane we wczesnym okresie, a więc leczenie jest spóźnione. Rozpoznanie jest trudne: najważniejszemi dla autora objawami są: stopniowe osłabienie aż do zniknięcia tonów serca, oraz stopniowe zwiększanie się stłumienia — czego nie zawsze jesteśmy świadkami. Stłumienie ku górze z jednoczesnym uciskiem na oskrzela może symulować zapalenie płuca niekiedy opłucnej; w lewo — ropny wysięk opłucny; w prawo, płyn w prawej opłucnej, lub przesunięcie serca w prawo. Zawodzi często rozszerzenie kąta sercowo-płucnego, zwłaszcza, jeśli samo serce jest mocno rozszerzone. Trzecie jest ważnem objawem, ale brak tarcia nie wyklucza zapalenia osierdzia. Autor nie radzi zbytnio liczyć na Röntgena, gdyż nie każdy lekarz rozporządza nim, a co ważniejsza, w cierpieniu tak niezwykłem i trudnem nieraz ani roentgenolog, ani lekarz nie potrafią odczytać obrazu w promieniach X. Ustalenie charakteru zapalenia jest prawie niemożliwe bez zbadania płynu.

Z materjału autora okazuje się, że płyn krwisty spotyka się częściej w sprawach gośćcowych, niż w gruźlicy. Leczenie zależy od etjologji — w zapaleniu ropnem, zwłaszcza pneumokokowem wskazane jest drenowanie, w gośćcu autor nie zaleca tej metody. Uważa, że zarazki gośćcowe to nie są zmodyfikowane zarazki ropotwórcze — ostatnie rozwijają się w tkankach i niszczą je, pierwsze tego nie czynią, to też autor widzi przyszłość jedynie w leczeniu surowicą swoistą. Największą ostrożność zaleca się w wykonywaniu nakłucia w gośćcowem zapalenia osierdzia, gdyż serce jest często mocno rozszerzone i grozi niebezpieczeństwo przekłucia komory; to też poniżej 12 lat najlepiej unikać tego zabiegu. Narkozę znoszą dzieci zupełnie dobrze. Nakłucie próbne wykonywa autor metodą Addison'a przez wprowadzenie igły pod wyrostek mieczykowaty. W przypadkach operowanych autowakcyna jest dobrą pomocą dla operatora. Autor ostrzega przed zamęczaniem dziecka zbyt intenzywnem stosowaniem leków i zabiegów. *M. Erlichówna* (Warszawa).

Amer. J. of Dis. of Children.
T. 22. Nr. 2. 1921.

J. Howland i B. Kramer. **O zawartości wapnia i fosforu w surowicy krwi dzieci krzywiczych.** Stężenie wapnia w surowicy krwi niemowląt i małych dzieci nie cierpiących na krzywicę wynosi 10—11 miligramów, fosforu koło 5 mg. Uderza przytem fakt, że stosunek ilościowy tych 2 pierwiastków jest we krwi taki sam, jak w kości zdrowej. W okresie czynnej krzywicy ilość wapnia bywa normalna lub nieznacznie zmniejszona; ale zmniejszenie, zdaje się, pozostaje w związku z utajoną tężyczką. Natomiast ilość fosforu jest stale zmniejszona do 3 mg. i poniżej, a naodwrót, wszystkie dzieci poniżej $2^1/_2$ lat, u których stwierdzono zmniejszenie stężenia fosforu, były chore na krzywicę. W okresie wyleczenia krzywicy, czy to samoistnego, czy po tranie, stężenie fosforu podnosi się do normy i wyżej — spada w czasie nawrotów. Wszystkie przypadki były w każdym okresie kontrolowane za pomocą prześwietlania.

M. Erlichówna (Warszawa).

Gruźlica.
Amer. Journal of Diseases of Children.
T. 21. Nr. 1. 1921.

M. Wollstein i R. C. Spence. **W sprawie gruźlicy niemowląt i małych dzieci.** Na podstawie materjału szpitalnego (Babies' Hospital, New York) autorowie stwierdzają zmniejszenie się gruźlicy w ostatnich latach: od r. 1914—1920 na 8900 badanych dzieci do 5 lat znaleziono gruźlicę 362 razy — 4%, na 2024 badań pośmiertnych wykryto ją 184 razy — 9%, podczas gdy w latach 1908—1914 odnośne odsetki wynosiły 13% i 16%. Fakt ten tłómaczą autorowie uświadomieniem matek co do higjeny wieku dziecięcego, oraz dokładniejszem odosobnieniem gruźliczych; na czystość mleka pod względem gruźlicy nie kładą nacisku, gdyż zakażenie lasecznikiem typu bydlęcego należy do rzadkości. W 94 przypadkach udało się wykryć źródło zakażenia: najmłodsze i zarazem najliczniejsze niemowlęta były zakażone przez matkę (jedno 8 tygodniowe), osobę, z którą najwięcej się stykały. 73% dzieci chorych nie miało 2 lat, najwięcej było dzieci od 6—12 miesięcy. Obliczanie według umiejscowienia sprawy wykazało: najwięcej przypadków gruźliczego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, potem płuc i gruczołów oskrzelowych, otrzewnej, kości, gruczołów, jelit. Pierwotne ognisko znaleziono najczęściej w płucach, zwłaszcza w górnym płacie. Nigdy nie stwierdzono zmian wyłącznie w płucach, ani wyłącznie w gruczołach. Szybkość rozwoju gruźlicy i uogólnienie sprawy było odwrotne do wieku. Z kazuistyki zasługuje na uwagę dziecko 11-miesięczne z gruźlicą po krztuścu; badanie pośmiertne wykazało gruźlicze zapalenie osierdzia z serowatemi masami, pokrywającemi całe serce.

D. Greenberg. **Przewlekła gruźlica wnęki płuc u dzieci.** Autor zwraca uwagę na tę niezbyt rzadką, ale rzadko rozpoznawaną postać chorobową, którą ilustruje pięknemi rentgenogramami. Sprawa rozgrywa się w części płuca, otaczającej wnękę, i daje charakterystyczną postać trójkąta, z podstawą u wnęki, a wierzchołkiem skierowanym w stronę wcięcia międzypłatowego. Choroba rozpoczyna się stopniowo; objawy: ciepłota nieregularna, tętno przyśpieszone, obfite poty, zwłaszcza rano, kaszel, czasem duszność o charakterze dusznicy, powiększenie gruczołów nadobojczykowych; po dłuższym czasie stłumienie, osłabienie oddechu, często rzężenia. W razie niemożności zbadania plwociny, autor zaleca nakłucie płuca długą igłą, której zawartość służy potem do zrobienia preparatów, względnie szczepienia świnek morskich. Dokładne stwierdzenie wymienionych objawów, a zwłaszcza prześwietlanie, pozwala wykluczyć zapalenie płuc, ropień, powiększenie samych gruczołów. Rokowanie nie jest najgorsze, dążność do gojenia się sprawy bez zwapnienia ogniska gruźliczego.

C. H. Dunn i S. A. Cohen. **Rozpoznanie i rokowanie w gruźlicy dziecięcej.** Autorowie badali gruźlicę u dzieci poniżej 2 lat w 374 przypadkach — klinicznie, w 138 przypadkach — sekcyjnie. Często rozpoznaje się to cierpienie późno, lub też nie rozpoznaje się wcale za życia, co tłómaczy się wadliwością, czy niedostatecznością metod rozpoznawczych. Najłatwiej rozpoznaje się gruźlicze zapalenie opon mózgowordzeniowych, zapalenie opłucnej, oraz otrzewnej, znacznie trudniej gruźlicę płuc i gruczołów za wyjątkiem okresu późnego ze zmianami rozpadowemi, lub powikłaniami. Rozpoznanie gruźlicy płuc i gruczołów, u niemowląt opierają autorowie na następujących punktach: 1) Stłumienie w przestrzeni międzyłopatkowej, oraz objaw d' Espine'a występujący poniżej III kręgu grzbietowego; gruźlica przeważnie potwierdza się sekcyjnie. Wyraźne zmiany w płucach mogą niekiedy maskować objaw d' Espine'a. 2) Prześwietlanie promieniami Roentgena daje następujące wyniki w 4 głównych postaciach gruźlicy płuc u niemowląt: prawie nigdy w pierwszym okresie, gdyż ognisko jest zbyt małe; daje prawię zawsze wyniki w zajęciu gruczołów oskrzelowych (różniczkowe rozpoznanie z grasicą!); jest często ujemne w prosówce; zawsze

dodatnie w gruźliczem zapaleniu płuc. 3) Odczyn Pirquet'a u niemowląt ma znaczenie decydujące, o ile jest dodatni, ujemny — nie wyklucza gruźlicy, co stwierdzono sekcyjnie u dzieci wyniszczonych. Autorowie kładą nacisk na znaczenie kształcące pogłębiania omawianych objawów za pomocą porównania opisu klinicznego z wynikami sekcyjnemi.

M. Erlichówna (Warszawa).

Chirurgja.

The Lancet i paid.

1921 r.

James Scherren. **Znaczenie badań patologicznych i roentgenologicznych w chirurgji brzusznej.** Utarł się pogląd, że chirurgja jest przedewszystkiem sztuką operowania, a chirurg fachowcem, zdolnym jedynie do operowania. Pogląd podobny powinni zwalczać sami chirurdzy; specjalnie, co się tyczy jamy brzusznej, należy przekonać pacjentów, że zwracanie się o poradę do »operatora« nie jest równoznaczne z koniecznością otwierania jamy brzusznej. Chirurg powinien zawsze stosować wszelkie sposoby rozpoznawcze i nie zadawalniać się »pierwszem wrażeniem.« Nawet w ostrych przypadkach nie wolno pominąć ścisłych badań. W ten sposób unikniemy całej masy pospolitych błędów rozpoznawczych, chociażby w samej dziedzinie wyrostka robaczkowego; nie zapominajmy, że obraz zapalenia otrzewnej z przebicia dają takie sprawy, jak uwięźnięcie kamienia w moczowodzie, krwotok w ciąży pozamacicznej, przedziurawienie wrzodu dwunastnicy i wiele innych; w ostatnim z przytoczonych przypadków wysięk zapalny nieraz spływa wzdłuż okrężnicy wstępującej i gromadzi się w pobliżu kątnicy.

W sprawach przewlekłych rzadko tylko obraz kliniczny jest tak typowy, że same wywiady i badanie dokonane przy łóżku chorego pozwalają dać należyte rozpoznanie; przynajmniej 90% spraw przewlekłych wymaga dodatkowych badań pracownianych.

Co się tyczy kamieni żółciowych, to pamiętajmy, iż tylko rzadko dają one bóle ściśle w terenie pęcherzyka żółciowego i że prześwietlanie w miarę postępów techniki z każdym rokiem daje coraz częściej wyniki dodatnie. Szczególną uwagę należy zwracać na wszelkie zasłabnięcia okrężnicy, w tej dziedzinie każdy lekarz powinien myśleć »chirurgicznie«, nie zadawalniając się rozpoznaniami »nieżytów«, w ten sposób daje się w wielu razach rozpoznać zawczasu nowotwór złośliwy. S. przytacza przypadek, w którym usunięto wyrostek z racji cierpień zależnych od raka esicy. Lewostronne bóle daleko częściej zależą od schorzeń dróg żółciowych i żołądka, niż lewej połowy okrężnicy.

Wielką wagę w schorzeniach jamy brzusznej należy przypisywać wszechstronnemu badaniu krwi. Ileż niepotrzebnie dokonano zespoleń żołądkowo-jelitowych w przypadkach, gdzie napady żołądkowe w wiądzie rdzenia przyjmowano za wrzód trawienny! Ile kilaków operowano jako raka, zwłaszcza w samym żołądku. Badanie krwi gra przedewszystkiem wielką rolę jako wskaźnik do zabiegów na śledzionie; pozatem ułatwia różniczkowanie między np. *anaemia perniciosa* a charłactwem nowotworowem.

Nie mniejsze znaczenie ma badanie produktów patologicznych, otrzymanych w drodze operacyjnej; wspomnieć tu należy między innemi wykrywanie lasecznika duru brzusznego w sączkowanych przewodach żółciowych, ustalenie pochodzenia trzustkowego torbieli, nie mówiąc już o raku.

Z drugiej strony autor zaleca jaknajwiększy krytycyzm w ocenianiu każdego oddzielnego punktu rozpoznawczego Dla przykładu przytacza częste omyłki popełniane przez roentgenologów w dziedzinie chorób żołądkowych; mianowicie nigdy nie należy bezkrytycznie dowierzać orzeczeniom roentgenologicznym, iż »nie wykryto żadnych zmian w żołądku«, lub odwrotnie, iż dany przypadek nowotworu jest »*inoperabilis*«.

E. Lewenstern (Warszawa).

Położnictwo.

Archiw f. Gynaekologie.

Tom 114. (1920) Z. I.

C. Ruge II. **Trwanie ciąży i prawny okres poczęcia.** Prawne określenie okresu poczęcia, tak ze strony prawnej jak i lekarskiej, podlegało zawsze krytyce, gdyż już zaraz po wydaniu odnośnego projektu w niemieckiem prawie cywilnem zwrócił się Olshausen przeciwko §§ 1467 i 1472, w których ograniczono prawny okres poczęcia do 181—300 dni przed porodem, zaznaczając, że górna granica 300 dni nierzadko bywa przekraczaną. Wskutek orzeczeń jego i wielu innych uczonych została górna granica przesuniętą do 302 dni dla dzieci nieślubnych, zaś dla ślubnych została zupełnie zniesioną. Wybrano 302 dni dla tego, ponieważ statystycznie stwierdzony okres ciąży od dnia poczęcia, trwający średnio 273 dni, często jednak więcej, w rzadkich przypadkach bywa dłuższy o cały okres miesiączkowy, czyli o 28 dni; gdy dodamy do tego jeden dzień dla odbycia porodu, otrzymamy okres 302 dni. Ostatecznie paragrafy te w prawie cywilnem otrzymały następujące brzmienie:

§ 1592. »Jako okres poczęcia należy uważać okres czasu od 181 do 302 dnia przed dniem urodzenia się dziecka, włączając tak dzień 181, jak i 302. Jeżeli dowiedziono, że dziecko poczęło się w dalszym okresie czasu, niż 302 dni przed porodem, to dla ślubnego dziecka okres ten uważa się również za prawny okres poczęcia«.

§ 1717. Jako ojciec dziecka nieślubnego uważany jest, w myśl §§ 1708 do 1716, ten, kto miał stosunek z matką podczas okresu poczęcia, bez względu na to, czy kto inny również w tym okresie z nią spółkował. Traci to zastosowanie prawne, o ile stosownie do okoliczności okazuje się rzeczywistość, że matka nie mogła z tego stosunku począć swego dziecka. Jako okres poczęcia służy okres od 181—302 dnia przed urodzeniem się dziecka, z tymi dniami włącznie«.

Autor, omawiając nowoczesne piśmiennictwo w tym przedmiocie, przytacza cały szereg spostrzeżeń różnych autorów, którzy domagają się rozszerzenia określenia okresu poczęcia w górę aż do 320, nawet 328 dni, opierając się na obliczeniach trwania ciąży od ostatniej miesiączki, uważa takie obliczenie za nieścisłe, jak również statystyki kliniczne, nawołuje lekarzy, aby zbierali materjał, złożony z jak największej ilości pojedyńczych dokładnych spostrzeżeń i ostatecznie dochodzi do następujących wniosków:

1) Dokładne obliczenie trwania ciąży u człowieka jest niemożliwem nawet przy określeniu dnia poczęcia, gdyż nieznana będzie zawsze chwila zapłodnienia.

2) Trwanie ciąży idzie nie zawsze równolegle z rozwojem płodu, gdyż prawie u $^1/_3$ wszystkich ciężkich płodów granica trwania ciąży przebiega nawet poniżej granicy 280 dni od ostatniej miesiączki, a więc ciężkie dziecko nie oznacza jeszcze spóźnionego porodu.

3) Przyjście na świat żywych dzieci po 302 dniach okresu poczęcia nie jest dotychczas dowiedzione.

4) Dla płodu z oznakami dojrzałości należy uważać okres poczęcia poniżej 230 dni za niemożliwy.

R. Kundrat. **O gruźlicy narządów płciowych kobiety.** W wielu sprawach, tyczących się gruźlicy narządów płciowych kobiety, omawianych w piśmiennictwie ostatnich dziesięciu lat, zapatrywania są niezgodne, co skłoniło autora na podstawie materjału, złożonego z 66 przypadków gruźlicy narządów płciowych wewnętrznych i otrzewnej, do podjęcia pracy, celem rzucenia światła na niektóre sporne zagadnienia. Przypadki te zostały zebrane w latach 1908—1918. Częściowo drogą brzuszną, częściowo zaś drogą przez pochwę uzyskano preparaty, które zbadano mikroskopowo. Zgodnie z innymi autorami Kundrat stwierdza, że najczęściej podlegają schorzeniu jajowody, dalej kolejno macica, jajniki; co do otrzewnej, to znalazł ją wśród swoich przypadków schorzałą w 57,8%. W sprawie makroskopowego rozpoznania gruźlicy zgadza się Kundrat z Rosthornem, który twierdził, że »przeważnie nie można rozpoznać gruźlicy na preparacie«. Pod mikroskopem rozpoznanie gruźlicy naogół nie przedstawia trudności. Co do lasecznikόw gruźlicy, to autor znalazł je w 30 przypadkach na 61 badanych. Z głównych kombinacji z innemi sprawami patologicznemi zaznacza Kundrat następujące: zap. wyr. rob. 2 razy, mięśniak 6, adenomyometritis 2, rak szyji 1 raz. Nie ulega dziś wątpliwości, że zapalenie wyrostka robaczkowego i prawych przydatków są często w związku ze sobą. Mięśniak i gruźlica jednocześnie

należy, podług niektórych, do rzadkości, Kundrat jednak spostrzegał w swoim materjale 17% tej kombinacji. Adenomyometritis, nierzadko spostrzegana przez innych, należy, podług autora, do objawów wtórnych gruźlicy, która stanowi bodziec do przerastania śluzówki w głąb. Co do kombinacji raka z gruźlicą, to Kundrat nie przypuszcza, aby rak mógł się rozwinąć na tle gruźlicy.

Klinicznie pierwotna gruźlica narządów płciowych jest wykluczona. Wśród spostrzeganych przypadków nie było ani jednego, gdzieby można było przypuszczać posuwanie się gruźlicy z dołu do góry. Ulubionem siedliskiem gruźlicy jest jajowód, do którego laseczniki mogą się dostać drogą krwi, limfy lub przez ujście brzuszne. Stosunek gruźlicy do jajowodu wyraża się w ten sposób, że we wszystkich spostrzeganych przypadkach sprawa w śluzówce jajowodu była starszą, niż w otrzewnie, możliwe jest jednak i skoordynowane, jeżeli nie równoczesne zakażenie. Naogół, co do pytania, co jest pierwotne, czy gruźlica otrzewnej, czy też gruźlica jajowodu, zdania są podzielone. Na zakończenie, wspomina Kundrat o niedokształtcie, który usposabia do zakażenia gruźliczego. *Polakowski* (Kraków).

Choroby oczne.

Zeitschrift für Augenheilkunde.
Tom XLVI. 1921. Zeszyt 1.

A. Vogt. **Pomiary porównawcze jasności lamp Nernsta, »Nitra« i łukowo szczelinowej przy starym i nowym sposobie odtwarzania obrazu.** Korzyści nowego sposobu są: 1) umiejscowienie w głąb drobnych nacieków i szczelin, naczyń i nerwów w rogówce, komorze przedniej, soczewce i ciałku szklistem jest możliwe, a niektóre zmiany wogóle tylko w ten sposób dają się odkryć. 2) Światło specyficzne jaśniejsze z powodu większej zawartości promieni niebieskich jest bielsze, pozwala lepiej dostrzec barwiki i znosi nawet silne powiększenie. Lampa »Nitra« wogóle wystarcza, a jest mniej skomplikowana w użyciu; w specjalnych badaniach zmian w środowiskach łamiących oka (n. p zrębu budowy ciałka szklistego) nie można się jednak obejść bez lampy łukowoszczelinowej.

R. Krämer. **Przyczynek do teorji, praktyki i wyjaśnienia skiaskopji, obok uwag o paralaktycznem przesuwaniu.** Autor wytyka usterki pracy Lindnera »O dokładnem oznaczeniu niezborności zapomocą skiaskopji«. Różnicę między oznaczeniem niezborności zapomocą oftalmometru a skiaskopu widzi w dyssymetrji rogówki t. j. zmianie promienia krzywizny od punktu do punktu. Obecnie przeważa zdanie, aby nie korygować całej niezborności; przy uwzględnieniu zaś najlepszej osiągalnej bystrości wzroku należy przepisywać cylindry wypukłe najsilniejsze, wklęsłe najsłabsze. Zmiana szkła sferycznego przy niezmienionym cylindrze tylko wtedy nie wpływa na wartość cylindra, jeżeli przestrzeń punktów głównych od okularów i od szkieł próbnych jest takasama. Zapomocą skiaskopji szkłami cylindrycznemi możemy często dokładnie oś oznaczyć, zawsze zaś na tyle dobrze ustawić, że nie zostaje żadna niezborność obrotowa, wpływająca źle na bystrość wzroku chorego. Nakoniec autor podaje pięć prawideł paralaksy i stara się wytłumaczyć zjawisko powstawania cienia w źrenicy przy skiaskopji zapomocą odwrócenia przesuwania paralaktycznego, co mu się jednak udaje tylko dla skiaskopji zapomocą lusterka płaskiego, pozostaje zaś niewytłómaczonem przy użyciu lusterka wklęsłego.

F. Jendzalski. **Leczenie parenteralne mlekiem.**

J. Ohm. **Sprawozdanie z 70 operacji modo Toti.** Od roku 1913 autor wykonał 70 operacji sztucznego odprowadzania łez do nosa (*dacryocystorhinostomia*) według pomysłu Toti'ego w r. 1904 we Florencji, z tych 8 razy obustronnie. Wiek chorych od 5—62 lat. Przypadki przeważnie zaniedbane, leczone latami optochiną, wypłukiwaniem i sondowaniem bez skutku. Operację wykonywano w znieczuleniu ogólnem (morfiną ze skopolaminą) i miejscowem (nowokainą z adrenaliną), przeważnie jednak przy pomocy lekkiej narkozy chloroformowej. Następuje dokładny opis operacji, szwów głębokich zapomocą specjalnych igieł, postępowanie pooperacyjne i pięć rodzajów możliwych komplikacji. Ropienia wystąpiły 7 razy, róża 1, ropowica 4 razy. Co się tyczy wyników, to ropienie, względnie łzawienie, pozostało w 5·7% przypadków, z przypadków dłużej obserwowanych (przez lat kilka), których było 38, nieudałych było 18·4%. Przy reszcie 81·6% wynik był znakomity i trwały. Z trzech przypadków przetoki, dwa zostały uleczone zupełnie. Przy pneumokokowych wrzodach rogówki wynik i gojenie się wrzodów było dobre. Zdaniem autora, Toti wynalazkiem swym zrobił znaczny postęp w okulistyce. Uprzedzenia względem tej operacji polegają na tem, że leży ona na pograniczu z rhinologją. W każdym razie należy jej dać pierwszeństwo przed wyłuszczeniem woreczka łzowego, które okalecza i łzawienia nie usuwa. Tylko u starych ludzi i w razie nagłej potrzeby operacji otwierających gałkę, trzeba z konieczności wybrać tę ostatnią operację. Operacja modo Toti jest łatwa w wykonaniu, nie jest niebezpieczna, a lepsza od metody wewnątrznosowej Westa. Zapalenie woreczka łzowego nie stanowi przeciwwskazania.

H. Kühnt. **Przyczynek do leczenia niedomykalności powiek.** Leczenie przeważnej części przypadków niedomykalności powiek jest tylko objawowe i mało skuteczne. Przy *blepharorrhaphia externa et interna* efekt później się zmniejsza. Lepsze już i trwalsze są wyniki, jeśli tę operację poprzedza wycięcie klina z obu powiek według Kühnta-Szymanowskiego, ale i tu wynik końcowy często jest bardzo mały. Aby temu zapobiec należy dolnej powiece dać silne oparcie, a górną powiekę utrzymać w napięciu ku dołowi. Do tego celu obmyślił autor i wypróbował przez kilka lat sposób, którym osiąga się ten cel przez wgojenie nitek, które, wychodząc, jako od punktu oparcia, od *ligamentum canti internum*, zostają zahaczone w powierzchownych warstwach tarczki obu powiek i w końcu umocowane w okostnej oczodołu po stronie skroniowej. Autor stosował tę metodę przy porażeniach i niedowładzach nerwu twarzowego z bardzo dobrymi wynikami, a subjektywnie też łzawienie i niemiłe uczucia daleko mniej dawały się odczuć, niż przy innych sposobach. Przy skróceniu bliznowem powiek dolnych trzeba jednak pierwej zrobić plastykę przez ściągnięcie płata skórnego z policzka. Polecają też przeszczepianie pasków z szerokiej powięzi do dolnej powieki. *J. Drak* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Dermatologische Zeitschrift.
T. XXXIV. Z. 3—4.

Kumer. **Spostrzeżenia dermatologiczne w pewnych cierpieniach skórnych.** Opis szeregu postaci zmian skórnych, badanych drobnowidem skórnym (kapillarmikroskop) ze szczególnem uwzględnieniem zachowania się drobnych naczyń krwionośnych.

Kiendl. **Przyczynek do znajomości postaci kiły ciężkiej.** Autor opisuje przypadek kiły złośliwej u 23-letniej kobiety. Przebieg choroby charakteryzował się wysokiem podniesieniem ciepłoty, o typie krzywej przerywanej, zmniejszeniem się ilości ciałek białych (leucopenia), obrzękiem gruczołów chłonnych, dodatnim dwuazowym odczynem w moczu, i obfitą wysypką guzkową. Kiendl podnosi trudności rozpoznawcze w kierunku duru brzusznego, posocznicy i gruźlicy prosówkowej Stosowany leczniczo salwarsan, miał wybitnie dodatnie działanie na przebieg choroby i na odczyn W., natomiast rtęci chora nie znosiła.

Fischl. **Zmiany skórne po wstrzykiwaniach tebecyny i ich histologja.** Fischl zbadał histologicznie zmiany bliznowate w 4 przypadkach, powstałe po wstrzykiwaniach podskórnych tebecyny, szczepionki Dostala, sporządzonej ze szczepu prątków gruźliczych, pozbawionych lipoidów, kwasów tłuszczowych i tłuszczów obojętnych, a wyhodowanych na pożywkach zawierających saponiny, szczep ten okazał się nie jadowitym dla świnek morskich i królików, a prątki sposobem Ziehla i Nielsena zabarwić się nie dały. Szczepionkę tę stosowano u dzieci ze zmianami swoistemi w płucach; w miejscu wstrzyknięcia tebecyny powstawały guzki, ulegające z czasem rozmięknieniu, a po wydzieleniu się treści ropnej powstawały owrzodzenia, zabliźniające się się dopiero po upływie sześciu miesięcy. W obrazach histologicznych stwierdzono utkanie

gruźlicze bez skłonności do serowacenia. Barwienie sposobem Ziehla i Nielsena, jakoteż fuksyną karbolową, zielenią malachitową i tiosiarczanem sodu nie wykazały prątków Kocha, jak również szczepienia na zwierzęta dały wyniki ujemne. Tebecyna zawiera więc prawdopodobnie ciała drażniące ustrój gruźliczy, podobnie jak tuberkulina, a wyrazem tego jest odczyn w miejscu wstrzyknięcia.

Kofler i Perutz. **Przyczynki do doświadczalnej farmakologji męskich narządów płciowych. Doniesienie IV. W sprawie farmakologji pęcherzyków nasiennych.** Autorowie badali zachowanie się pęcherzyków nasiennych u szczurów w okresie ruji, od lutego do końca września, i w przerwie. W okresie parzenia się pęcherzyki nasienne powiększyły się do wielkości znacznej (długość wynosiła 3 $^1/_2$ cm.), w przerwie natomiast zmniejszały się do $^1/_5$ poprzedniej wielkości. Szczury podczas zimy trzymane w cieple, wcześniej rozwijały się płciowo. Badanie swe nad działaniem różnych trucizn na pęcherzyki nasienne przeprowadzali autorowie u szczurów, zabitych przez odcięcie głowy. Zdolność odczynowa w czasie zimowym (październik — luty) zanika. Adrenalina i tenozyna wywołuje zwiększenie się stanu napięcia i podnieca do ruchów rytmicznych. Pilokarpina i fizostygmina wywierają tylko wpływ na rytmikę. Atropina i morfina nie wywołują żadnych ruchów, a w dawkach większych hamują działanie adrenaliny i fizostygminy. System komórek zwojowych, według badań autorów, jest biologicznie słabiej rozwinięty dla pęcherzyków nasiennych, niż dla powrózka nasiennego.

Menze. **Przyczynek do znajomości plamicy guzkowej Hebry** (*Purpura papulosa H.*). W typowym przypadku, rzadko spotykanego obrazu plamicy guzkowej Hebry u 26-letniego mężczyzny wykwity rozmieszczone były obficie na skórze twarzy, grzbietu i kończyn, z wyjątkiem rąk. Wykwity utworzone były z plam ciemno-czerwonych, które następowo przeobrażały się w guzki; niektóre wykwity ulegały w środku martwicy z następowem wytworzeniem się blizny, inne ustępowały, pozostawiając plamę barwikową. Badanie histologiczne potwierdziło obraz kliniczny, a nadto pozwoliło stwierdzić obecność wybroczyn już w tych okresach, kiedy klinicznie nie można było niczego zauważyć. Autor wyklucza zmiany krwotoczne skórne, mogące występować, czy to w przebiegu chorób zakaźnych, czy to w schorzeniach krwi, przy zatruciach, przy nadwrażliwości skóry, przy osłabieniu układu nerwowego, przy plamicy zwykłej itp. Omawiając patologję tego cierpienia, autor zaznacza, że pochodzenie plamicy H. nie jest znane, jak również, że istnieją różne zapatrywania na przebieg, postać i sposób powstawania tegoż cierpienia. Wszelkie leczenie, stosowane w przypadku autora, nie odniosło żadnych skutków.

Heller **Onychogryphosis et Ichtyosis hystrix linearis.** Autor, wybitny znawca chorób paznokci, opisuje przypadek onychogryphosis palców stóp przy równorzędnem istnieniu ichtyosis linearis, którą obecnie w tej postaci zaliczają do znamion. Prawdopodobnie przyczyna, działając szkodliwie we wczesnej młodości, a wywołująca rybią łuskę, wywołała także i cierpienie paznokci. *F. Walter.* (Kraków).

K. Gawalowski. **Leczenie łuszczycy promieniami Roentgena.** Arch. f. Derm. u. Syph. T. 130. 1921. Wychodząc z zapatrywań Blocha i Hoffmanna o przestroju alergicznym skóry, próbował G. leczyć łuszczycę naświetleniami promieni Roentgena. Wyniki były zachęcające. Badania histologiczne porównawcze skóry przed i w 13 dni po naświetlaniu wykazały bardzo dobitnie działanie lecznicze. Sądzi zatem, że małe dawki promieni ($^1|_3$ Norzé) działają wzmacniająco na żywotność naskórka konstytucjonalnie skażonego i prowadzą zamiast do nieprawidłowego rogowacenia (*parakeratosis*) do prawidłowej czynności, podnoszą naturalną odporność komórek, i pobudzają wewnętrzne wydzielanie miejscowych ciał ochronnych. *Krzyształowicz.* (Warszawa).

Stomatologja.

Gottlieb. **Przyczyna i zapobieganie próchnicy.**

Fleischmann. **Patogeneza próchnicy.** Zeitsch. für Stomatologie, Nr. 2|1921.

Dwaj badacze wiedeńscy, niezmordowani w badaniach histologicznych zębów, ogłaszają wynik żmudnych badań prace, by przyczynić się do wyjaśnienia sprawy próchnicy zębów, która, będąc przedmiotem badań setek badaczy, mimo to jeszcze ciągle daleką jest od zupełnego wyjaśnienia. Gottlieb przypisuje pierwszorzędne znaczenie błonce zębowej Nasmytha (*cuticula dentis*), której warstwy zrogowaciałe dopóki są nienaruszone, stanowią najlepszą ochronę zęba przeciwko wtargnięciu zgubnych drobnoustrojów. Od stopnia zrogowacenia tej otoczki zębowej, a zwłaszcza blaszek jej, drążących wgłąb szkliwa, zależy odporność przeciwko próchnicy. Rozszerza się ona wzdłuż niezrogowaciałych blaszek w głąb szkliwa i zębiny. W przypadkach idealnych przechodzi warstwa rogowa nabłonka dziąsła nieprzerwanie w warstwę rogową zęba.

Zapobieganie próchnicy i ropieniom przyzębowym musi starać się o utrzymanie ciągłości tej warstwy rogowatej. Można to uzyskać częściowo w drodze mechanicznej (szczotkowanie wzdłuż osi długiej zęba, używanie jedwabiu woskowanego, żucie twardych pokarmów, by przez ciągły uraz pobudzić zrogowaciały przybłonek do bujania). Analogję stanowi tworzenie się odcisków na miejscach skóry, wystawionych na ciągłe urazy podobnie, jak na podeszwie lub na dłoni osób ciężko pracujących. Pod względem chemicznym używanie środków sprzyjających rogowaceniu, a więc środków ściągających (*tinctura galarum, tra Myrrhae, tra Ratanhiae*), tudzież spożywanie cierpkich owoców.

Fleischmann jest na podstawie wyników swych badań drobnowidowych zwolennikiem teorji pasorzytniczej próchnicy. Potwierdza on w zupełności badania Baumgartnera i pojmuje próchnicę jako proces pasorzytniczy w przeciwieństwie do Millera, który dał podstawę teorji chemiczno-pasorzytniczej. Próchnica szkliwa nie jest wyłącznie procesem chemicznym; między nią, a próchnicą zębiny niema różnic patogenetycznych. Obydwa procesy są identyczne. Podobnie jak w zębinie występuje przed odwapnieniem tkanki wtargnięcie drobnoustrojów, tak dzieje się i w szkliwie. Organiczne części składowe szkliwa odgrywają przytem tę samą rolę, co kanaliki zębinowe ze swą treścią organiczną. Najważniejszą podstawą teorji pasorzytniczej próchnicy jest okoliczność, iż najpierw ulega zniszczeniu substancja organiczna, i że ten fakt daje się wytłumaczyć tylko działaniem drobnoustrojów, a nie kwasu Twierdzenie Millera, iż bakterje nie mają możności wtargnięcia do szkliwa nieodwapnionego, nie może już dzisiaj być uważane za słuszne. Według badań Bödeckera szkliwo jest gęsto przetkane blaszkami istoty organicznej, wychodzącej z otoczki zębowej, pozostającemi z nią w ścisłym związku i sięgającemi do zębiny, a nawet w jej głąb. One to stanowią linję pochodu zdobywczego drobnoustrojów. Co się tyczy pochodzenia kwasu powodującego odwapnienie, to jest on produktem rozpadowym białka pod wpływem działania bakteryj. Nie jest zresztą wykluczone, iż prócz tego działają kwasy powstałe z rozkładu resztek pokarmów węglowodanowych. Drobnoustrojami działającymi są głównie paciorkowce.

Abels. **Związek przyczynowy między stanami gorączkowymi a ząbkowaniem.** (Wien. Klin. W. Nr. 44. 1920, str. 959—962).

Już Hippokrates wskazywał na częstość równoczesnego ząbkowania z ostremi chorobami dzieci w zdaniu: »*in progressu vero, cum iam dentire incipiunt, gingivarum prurigines, febres, convulsiones, alvi profluvia et maxime cum canini eunt dentes*«. On pierwszy zwrócił uwagę na to, iż najbardziej szkodliwymi są wyrzynające się kły. Przez długie wieki cały szereg uczonych badaczy, a także miljony matek, sądziły iż wyrzynające się zęby są powodem rozmaitych chorób. W przeciwieństwie do tego twierdził paryski dentysta Bunon w roku 1743, iż zęby mogą się wyrzynać bez żadnych szkodliwości dla ustroju dziecka. To twierdzenie podjęło później wielu badaczy, a nawet przekonano się, iż nie ząbkowanie jest powodem chorób, lecz przeciwnie choroby gorączkowe przyśpieszają wykłuwanie się zębów. Tej tezy broni właśnie autor na podstawie licznych doświadczeń klinicznych. W 19-tu przypadkach odry badał on ten związek i wykazuje w tablicy statystycznej, iż w czasie podwyższonej gorączki wyrzynania zębów są u dzieci jedno i dwurocznych nadzwy-

czaj częste, tak iż w pierwszych czterech tygodniach wykluło się zębów 21 podczas gorączki, a w następnych mniej lub więcej bezgorączkowych dwóch tygodniach tylko 5, a w następnych 4-ech tygodniach tylko 4. A więc zęby, które winny się były wykluwać w przeciągu 10 tygodni, skupiły się najbardziej w pierwszych czterech tygodniach. Również uderza to, iż zęby oczne biorą największy udział w tem wyrzynaniu. Abels tłómaczy to tem, iż cztery kły, których wyrzynanie według rozpowszechnionego zapatrywania, ma być najwięcej szkodliwem, zwykle wykłuwają się wszystkie cztery razem lub w krótkich odstępach, podczas gdy inne zęby mleczne wykłuwają się zwykle po dwa i to w pauzach od dwóch do czterech miesięcy. Jeżeli więc bodziec gorączkowy przypadnie właśnie w okresie wyrzynania się kłów, to w wyobraźni obserwujących lekarzy i laików wytwarza się obraz wykłuwania się znacznej liczby zębów tej samej kategorji. W zakończeniu przytacza autor słowa Politzera: »dopóki ząbkowanie nie zniknie z patologji, będzie ono niebezpieczeństwem dla świata dziecięcego, powodując u lekarzy liczne błędy wskutek zaniechania«. *Allerhand.* (Lwów).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach:

Nowiny lekarskie N. 1. 1922. Szulczewski. Badanie dzieci w hipnozie. — T. Łapiński. Alkohol a choroby umysłowe.

Lekarz wojskowy. N. 52. 1921. M. Zienkiewicz. Stan obecny opieki nad inwalidami wojennymi w M. S Wojsk — M. Dobulewicz. W sprawie złamań wyrostków poprzecznych gów lędźwiowych.

Wychowanie fizyczne N. 5—8. 1921. St. Ciechanowski. W sprawie kształcenia kandydatów na lekarzy szkolnych. — E. E. Piasecki. Z dziejów rozwoju zabaw ruchowych.— Orłowicz. Pomoc państwa dla sportu w Polsce.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Zeitschrift f. d. gesammte experimentelle Medizin (133 stron) Berlin 1921 8°. 54. —

Zeitschrift f. klinische Medizin (158 stron) Berlin 1921. 4° 48. —

Zeitschrift f. Ohrenheilkunde. (168 stron) München 1921, gr. 8° 40. —

Zeitschrift f. urologische Chirurgie (III. S. S. 271—417) Berlin. 1921, gr. 8° 56. —

Frankfurter Zeitschrift f. Pathologie. (IV. S. S. 391-579) München 1921. 58. —

Zeitschrift f. d. gesammte experimentelle Medizin Mit 43 Textabb. (S. 134—286) Berlin. 1921 gr 8° 64. —

Zeitschrift f. d. gesammte Neurologie u. Psychiatrie. Bd. 68. Berlin. 1921. (IV, 417 stron) gr. 8° 128. —

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXIII. posiedzenie naukowe z dnia 23. listopada 1921.

Przewodniczy kol. Rosner, członków obecnych 140. W poczet członków przyjęto kolegów Tadeusza Kellera, Witolda Lipińskiego i Alfreda Bartla.

Przewodniczący wita jako gościa kol Gluzińskiego Antoniego z Warszawy.

I) Kol. Ciechanowski zdaje sprawę ze Zjazdu redaktorów, wydawców i członków komitetów redakcyjnych czasopism polskich, jak również przedstawicieli Wydziałów lekarskich uniw., Towarzystw lekarskich i Izb lekarskich z Krakowa, Lwowa, Poznania i Warszawy. — Zjazd został zwołany do Krakowa w celu ostatecznego połączenia się czasopism lekarskich polskich. Uchwalono połączenie „Polskiego Czasopisma lekarskiego" i „Gazety lekarskiej". Nowe czasopismo lekarskie nosić będzie tytuł: „Polska Gazeta lekarska" i wychodzić będzie w Krakowie, Lwowie, Łodzi, Warszawie i Wilnie. Nakładcą nowego czasopisma będzie dotychczasowy nakładca „Polskiego Czasopisma lekarskiego", firma Altenberg we Lwowie. Jedynie „Nowiny lekarskie", wydawane w Poznaniu, nie przystąpiły dotąd do połączenia się. Kol. Ciechanowski wnosi, aby Krakowskie Two lekarskie, jako wydawca „Przeglądu lekarskiego", zatwierdziło uchwały zjazdu. Wniosek jednogłośnie przyjęto.

II) Kol. Gluziński wygłosił odczyt p. t.: „Patogeneza moczówki zwykłej" (będzie ogłoszona osobno).

W dyskusji zabierali głos kol. Oszacki, kol. Hirsch Dawid i prelegent. *Szancenbach,* sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXIX. Posiedzenie naukowe z dnia 25. listopada 1921.

Przewodniczy; Kol. Nowicki. Obecnych 95.

1) Kol. Franke zdaje sprawę ze Zjazdu w Krakowie w dniu 20 b. m. w sprawie zjednoczenia czasopism lekarskich polskich. W zjeździe wzięli udział przedstawiciele Wydziałów lekarskich uniwersytetów, Towarzystw lekarskich, Izb lekarskich z Krakowa, Lwowa, Poznania i Warszawy oraz przedstawiciele właściciel „Gazety lekarskiej". Ostatecznie uchwalono zjednoczenie „Polskiego Czasopisma lekarskiego" z „Gazetą lekarską" w nowe czasopismo tygodniowe o tytule: „Polska Gazeta lekarska". „Nowiny lekarskie" dotąd nie przystąpiły do tego zjednoczenia. Sprawozdawca wnosi, aby Tow. lek. lwowskie uchwałę tę zatwierdziło. Wniosek jednomyślnie uchwalono. Pismo ma wychodzić od 1. stycznia 1922 r. w Krakowie, Lwowie, Łodzi, Warszawie i Wilnie.

2) Kol. Domaszewicz omawia pokrótce rozwój poglądów na pochodzenie powstawania padaczki, w szczególności padaczki Jacksona. Zwraca uwagę zwłaszcza na wiedeńską pracę Redlicha z tej dziedziny. Z kolei przedstawia trzech chorych padaczkowych, u których wykonano w celach leczniczych trepanację. Dwóch z nich operowano z powodu długo trwającego „*status epilepticus*", trzeciego w myśl korzystnego, wedle Niemców, wpływu „dekompresyjnego" operacji. W przypadku pierwszym ataki już cztery miesiące nie występują, w obu dalszych wróciły w parę tygodni po operacji; obok tego u wszystkich operowanych trwają nadal ruchy atetotyczne. Zmian anatomicznych nieznaleziono w polu operacyjnem w żadnym przypadku. W dyskusji kol. Rothfeld uznaje wskazania do operacji jedynie przy padaczce objawowej (guz nowotworowy, lub zapalny), oraz w niektórych przypadkach padaczki pourazowej, po bezskutecznem wyczerpaniu leczenia internistycznego. W przypadkach przedstawionych wskazania nie widzi. Kol. Demianowski zauważa, że brak widocznych zmian anatomicznych nie wyklucza obecności zmian histologicznych, oraz, że napady padaczkowe nie zależą od wzmożenia ucisku śródczaszkowego, stąd próby Barącza leczenia padaczki przez podwiązywanie tętnic kręgowych, o czem wspomina kol. Pisek — są nieaktualne. Kol. Switalski przypomina doświadczenie Francuzów, którzy spostrzegali korzystny wynik operacyjnego leczenia padaczki jedynie do chwili zarośnięcia okienka trepanacyjnego. Kol Ruff przypomina wycinanie przez Rydygiera ogniska, w którem umiejscowiono punkt wyjścia napadów padaczkowych — ze skutkiem ujemnym.

3) Kol. Ruff wygłasza odczyt „o t. zw. niedomodze stopy" (ogłoszony drukiem w 10 zeszycie Polsk. Czasopisma lekarskiego). W dyskusji przemawiali koledzy: Tennenbaum, Rencki, M. Selcer, Franke, Beck, Fels i prelegent.

4) Kol. Nowicki przedstawia przypadek rozległego krwotoku mózgu u 23 letniej kobiety, zmarłej wśród drgawek porodowych. Kol. Sołowij omawia kliniczny obraz cierpienia zmarłej wskazujący na nefropatję. *A. Zakrzewski,* sekretarz.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji
Sekcja jarosławska.

Posiedzenie naukowe z dnia 25 października 1921 r. w Szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

1. Przewodniczący wita gości, lekarzy wojskowych i lekarzy państwowych szpitali epidemicznych.

2. Przewodniczący zawiadamia, że imieniem Oddziału przesłał życzenia profesorowi Drowi Leonowi Wachholzowi z okazji 25-letniej działalności profesorskiej na Uniwersytecie Jagiellońskim.

3. Kol. Fechter przedstawia ozdrowieńców po zabiegach chirurg.: a) 11 l. dziewczynkę z prawostronną wrodzoną stopą szpotawą bardzo znacznego stopnia. Otwarte przecięcie (*tenotomia*) ścięgna Achillesa, wycięcie stawu poprzecznego stępu (Kocher) z wyskrobaniem istoty gąbczastej z kości skokowej, piętowej, łódkowatej i sześciennej z pozostawieniem powierzchni stawowych (Kocher); wyprostowanie (*redréssement*) stopy do położenia, w którem oś stopy z osią goleni utworzyły kąt prosty, zespolenie brzegów ran skórnych pierwotne ciągłym szwem katgutowym; opatrunek bezgnilny; opatrunek gipsowy szynowy wzmocniony okrężnym. W 8 tygodni zdjęcie opatrunku. Rany zgojone doraźnie; kąpiele, masowanie, po tygodniu chora posługuje się kończyną bez laski (bucik sznurowany o wysokiej cholewie); b) 11-letniego chłopca ranionego przed dwoma tygodniami nożem w palec wskazujący lewej ręki, bardzo niedokrwistego. Różne zabiegi poza szpitalem czynione nie mogły stale krwotoku opanować, przecięta była tętniczka po promieniowej stronie wskaziciela (*a. indicis volaris radialis*). W miejscu obrażenia naczynia wytworzył się krwiak tętniący wielkości orzecha laskowego. Odpreparowanie ograniczonego worka aż do miejsca obrażenia w ścianie naczynia; podwójne podwiązanie naczynia (obrażeń naczyń, nawet mniejszych nie należy bagatelizować, gdyż nieodpowiednie ich leczenie bywa nieraz przyczyną śmierci z utraty krwi).

4. Kol. Rossberger: „Okres zaraźliwości i środki zapobiegające szerzeniu się płonicy". (Autoreferat) W polskich czasopismach lekarskich z lipca 1921 roku znajduje się następujący komunikat: „Polskie Towarzystwo pedjatryczne w Warszawie uprasza wszystkich lekarzy szpitali dziecięcych i zakaźnych o nadesłanie odpowiedzi na następujące pytania: 1) jak długo trzyma się obecnie chorego w szpitalu na płonicę? 2) czy obecny termin można skrócić i mianowicie o wiele? 3) czem powoduje się, wypisując chore dziecko ze szpitala? (stan skóry, języka, nosa, moczu itd.), 4) w jakim przeciętnym czasie, licząc od początku choroby, może być dziecko dopuszczone do szkoły? 5) czy łuszczenie, jako jedyny objaw, może być przeszkodą do uczęszczania do szkoły i czy wogóle należy uważać je za zaraźliwe?

Jako lekarz miejski i długoletni kierownik miejskiego szpitala epidemicznego, który z urzędu musi rozstrzygać w sprawach poruszanych w kwestjonarjuszu, został mowca uproszony przez Zarząd oddziału, by tę aktualną sprawę przed dyskusją zreferować. Aby orzec o zaraźliwości jakiejś choroby, musimy się odnieść do przyczyny względnie biologji zarazka danej choroby, o ile go znamy, a jeśli nie, to przynajmniej do epidemjologji tejże. W sprawie płonicy droga ta dotychczas do celu nie doprowadziła, zarazka płonicy dotychczas nie znamy. Dahlego wtręty płonicze w białych ciałkach krwi opisane nie są niczem uchwytnem i znaleziono je także w błonicy, odrze i zwykłych mieszkowych zapaleniach migdałków. Brak ich wyklucza wprawdzie płonicę, według Bungarda, który w tym kierunku bardzo liczne i szczegółowe przeprowadził badania, obecność ich stwierdza, że osobnik przeszedł lub przechodzi jakąś chorobę zakaźną: same zaś twory Dahlego uważa za pochodne jądra białych ciałek krwi, powstałe wskutek toksycznego zadziałania rozmaitych drobnoustrojów. Paciorkowce, napotykane nieraz w krwi a często we wszystkich płynach, wydzielinach i produktach płonicy, niepowikłanej nawet żadnem ropieniem, znaczna część autorów uważa za zakażenie wtórne. To są dualiści. Zwolennicy jedności jadu (unitarjusze) przyjmują, że same paciorkowce, i to pierwotnie i wyłącznie, mogą być i są przyczyną płonicy (Moser i Munk). Drogi, któremi jad płonicy do organizmu dostaje się, w jaki sposób w nim się mnoży, w jakiej postaci i którędy go opuszcza, nie są dotychczas znane i naukowo ustalone. Zestawienie poglądów szkoły, w której się wychowaliśmy, ze spostrzeżeniami z codziennej praktyki, ze sprawozdaniami pism lekarskich różnych krajów najnowszej doby, wykazuje tyle sprzeczności, jak w żadnej z dawna spostrzeganych i śledzonych chorób zakaźnych. Mimo, że trzy dziedziny naszej wiedzy lekarskiej, nauka o chorobach dzieci, chorobach skórnych i chorobach wewnętrznych, płonicą się zajmują, żadna z nich nie zdobyła się na jakieś wyraźne, zdecydowane stanowisko. Rzeczpospolita Polska jest w tej sprawie bardzo interesowaną, jeśli zagraniczna prasa lekarska płonicę nazywa „dżumą polską". Stwierdzić należy, że płonica w Polsce bardzo zagnieżdżona, ma bardzo wysoką śmiertelność, rozpoznana i urzędownie doniesiona, daje sumę 30% wszystkich chorób zakaźnych i bardzo znaczny procent schorzeń narządów, jak serce, płuca, nerki, uszy, stawy, nos, gardło, zęby, musi iść na karb przebytej płonicy. (Z chorób zakaźnych tylko gruźlica i kiła mogą w tym względzie z płonicą współzawodniczyć). Spory snop światła na sprawę powstawania, rozwoju, szerzenia się, odporności i skłonności do nawrotów rzuciły publikacje z ostatnich dwóch 10-ciolеci, zwłaszcza przez ogłoszenie w piśmiennictwie fr. (Besnier, Brucy) opisu wrzekomej nowej postaci chorobowej, „*erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans*". Bardzo obfita kazuistyka tej wrzekomej nowej choroby (Jaccoud, Guillard, Barlow, Filatow, Jadassohn, Pospischill, Weiss, Schick, Török, Cozzalion, Kramsztyk) wykazała, 1) że dawniejsza teza o zaraźliwości łusek płoniczych w gorączkowym okresie łuszczenia nie da się utrzymać, 2) że jednorazowe przebycie płonicy nie daje zabezpieczenia przeciw ponownemu zachorowaniu. Liczne spostrzeżenia wyżej wspomnianych autorów, kilkakrotne moje własne i ze szpitala powszechnego w Stanisławowie, wykazują, że niektóre osobniki, a nawet całe rodziny, nabywają pewnej skłonności do powtórnego i kilkakrotnego zapadania na tę chorobę, i że prawdziwe nawroty nie należą do rzadkości. Kramsztyk (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*) i Zappert (W. Klin. W.) ogłosili przypadki dwukrotnego, trzykrotnego, a nawet czterokrotnego zachorowania na tę chorobę u tego samego osobnika, ze wszystkimi dla płonicy charakterystycznymi objawami (dreszcze, wymioty, zapalenie gardła, wyciek z ucha, kilkudniowa wysoka gorączka, zajęcie gruczołów podszczękowych i przyusznych, typowe łuszczenie się). Szkoła berlińska (Bagińsky, Heubner) zalicza to zjawisko do rzadkości. Szontagh (Budapeszt) na podstawie materjału klinicznego i spostrzeżeń z praktyki prywatnej twierdzi, że płonica należy do chorób przez zetknięcie niezaraźliwych i nieprzenośnych, powstaje ona jako odczyn anafilaktyczny u osobnika nadwrażliwego na rozmaite drobnoustroje z grupy paciorkowców, które wśród pewnych okoliczności stają się złośliwemi, dostawszy się do podatnego ustroju ludzkiego w dostatecznej ilości drogą oddechową lub jelitową. Kretschmer twierdzi na podstawie spostrzeżeń i doświadczeń, przeprowadzonych w żłobkach, internatach i szpitalach dla dzieci, że płonicy nie musi się odosabniać, wystarczy zapobiegawcze smarowania ciała (*ol. eucalypti*), płukanie i pędzlowanie jamy noso-gardłowej (10% *ol. carbolisat*), wcierania 30—50% *aquae calcis*, nalewka jodowa wewnętrznie. Szkoła wiedeńska twierdzi, że nawet ozdrowieńców, wracających ze szpitala do domu, należy pewien czas odosabniać.

Jako unitarjusz z doświadczenia i przekonania wierzę, że paciorkowce w etjologji i epidemjologji płonicy odgrywają pierwszorzędną, jeśli nie wyłączną rolę, płonica jest zaraźliwą w okresie wylęgania wysypki i wysięku, że pokarmy (mleko) mogą zarazki przenieść i wywołać chorobę pod warunkami: 1) jeśli paciorkowce są w dostatecznej ilości, 2) że mają odpowiednie wrota do wtargnięcia, za które uważam jamę noso-gardłową, 3) że są jadowite, 4) że dotknięty osobnik jest na ten jad wrażliwym i skłonnym. Za skłonne uważam osoby zolzowe ze zmianami w jamie nosogardłowej i znaczną próchnicą zębów. Paciorkowce, jako bardzo rozpowszechnione, chociaż pierwotnie nie jadowite, stać się mogą i stają jadowitymi pod wpływem powietrza, podłoża i drogi wejścia do ustroju, dostawszy się z wiatrem, powietrzem, kurzem, mlekiem do ust, nosa, migdałków i przewodu pokarmowego.

Po przeprowadzonej, ożywionej dyskusji, w której zabierali głos koledzy: Lubowiecki, Paklikowski, Meisels, Spatz, Händel, Sawicki, Puzon, Orłowski, Malik, Trzaskowski, Fechter, zredagowano następującą odpowiedź: 1) 4—6 tygodni, stosownie do ukończenia okresu wysiękowego i wyjałowienia jamy nosogardłowej, 2-tygodniowe odosobnienie w pilnie wietrzonych pokojach i częste letnie kąpiele. 2) Termin 6-tygodniowy z następowem odosobnieniem powinien być przestrzeganym. 3) Stan wydzielin jam nosa, gardła i ust. 4) Po 6-ciu, względnie 8-miu tygodniach od początku choroby. 5) Łuszczenie, jako jedyny objaw choroby, nie może być przeszkodą uczęszczania szkoły i wogóle należy uważać łuszczenie za niezaraźliwe.

5) Przew. odczytuje odpowiedzi w sprawach zawodowo lekarskich (prof. Ciechanowski, Dr. Grzybowski, prof. Nowicki, Dr. Papée, Dr. Schöngut-Strzemieński).

6) Uchwalono taryfę za czynności lekarskie.

Tadeusz Fechter.

Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku w Katowicach.

Posiedzenie z dnia 1 listopada 1921 w Mysłowicach.

Przewodniczy dr. Rostek. Obecnych 25 osób.

1. Przewodniczący zagaja posiedzenie przemówieniem o zadaniu lekarzy Polaków w uświadomieniu narodowem na Górnym Śląsku i o ich zasługach w czasie plebiscytu i walce o niepodległość. Kreśli następnie dzieje poprzedniego Towarzystwa Lekarzy Górnoślązaków, jego powolne obumieranie i zanik wszelkiej pracy naukowej i towarzyskiej w czasach najnowszych. W zmienionych warunkach politycznych, tj. po utworzeniu Województwa Śląskiego, radzi stworzyć nowe Towarzystwo, oparte na dawnych zasadach, ale przesiąknięte nowym duchem i z nowym zapałem do pracy naukowej.

Dr. Styczyński, jako ostatni prezes starego Towarzystwa, wybrany po tragicznej śmierci dra Mielęckiego, poświęca słowa wspomnienia trzem zmarłym w tym roku kolegom, drom Miecznikiewiczowi, Urbanowiczowi i Mielęckiemu, i popiera wniosek senjora lekarzy Polaków na Śląsku, aby utworzyć nowe Towarzystwo, któremuby nietylko nadano nazwę nową, ale tchnięto i nowego ducha do wspólnej i zbożnej pracy. Po obszernej dyskusji jednogłośnie uchwalono założyć Towarzystwo pod nazwą „Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku" i wybrano nowy zarząd, w skład którego weszli jako prezes zasłużony dr. Hanke jako sekretarz dr. Hessek i jako skarbnik dr. Jarczyk. W uznaniu wielkich zasług dra Rostka przyjęto jednogłośnie wniosek mianowania go honorowym prezesem.

Cel Towarzystwa nowoutworzonego sprecyzowano w trzy artykuły: 1) Popieranie spraw ekonomicznych lekarzy Polaków osiadłych, czy osiadlających się na górnym Śląsku. 2) Kultywowanie nauki lekarskiej a w pierwszym rzędzie polskiej, samokształcenie się i dokształcanie. 3) Pielęgnowanie życia towarzyskiego i koleżeńskiego, załatwianie spraw honorowych między członkami.

2. Dr. Rostek odczytuje swój **referat o Górnym Śląsku**, w którym porusza całokształt stosunków ekonomicznych, klimatycznych, sanitarnych itd.

Następuje ożywiona dyskusja w sprawie, jakie stanowisko mają zająć lekarze Polacy w mających niebawem rozpocząć się układach gospodarczych polsko-niemieckich pod przewodnictwem pana Calondera. Wybrano dwóch kolegów, dra Pawelca z Wodzisławia i dra Dzieżę z Zabrza, celem określenia żądań lekarzy Polaków i przesłania tychże do Wydziału Zdrowia Publicznego, celem zużycia ich w mających nastąpić porozumiewawczych obradach.

K. Hessek, sekretarz.

Towarzystwo chirurgów polskich w Warszawie.

Posiedzenie naukowe z dnia 22 października 1921 r.

1. Radliński przedstawił chorego, wyleczonego z **ostrej niedrożności esicy** z powodu jej skrętu i zgorzeli. Zabieg, dokonany przed 4 ma miesiącami, polegał na odkręceniu pętli, wgłobieniu, obszyciu bokami przeciwległymi krezce i wprowadzeniu zgłębnika przez część obumarłą. Po tygodniu odcięto obumarłą część. Otrzymano przetokę kałową. Przed 2 tygodniami zaszyto ją plastycznie sposobem Dieffenbacha. Zagojenie przez rychłozrost. O ile niema zgorzeli R. uważa za najodpowiedniejszą kolopeksję wykonaną racjonalnie, tj. przyszycie do przedniej ściany szerokiemi powierzchniami z zeskrobaniem śródbłonka. Przekonał się o skuteczności tego zabiegu dwukrotnie na zasadzie obrazu oglądanego na autopsji w kilka lat po operacjach.

W dyskusji Leśniowski opisuje stosowaną przez się metodę rozsuwania listków krezki esicy, co ułatwia odkręcenie kiszki. Sławiński zwraca uwagę, że wszelki skręt esicy ma za podkład *megacolon*, toteż jedynie racjonalne jest wycięcie kiszki pierwotnie z wgłobianiem odcinków w celu otrzymania mocnego zrostu. Szteyner proponuje plastykę krezki, mianowicie przecięcie podłużne i szew poprzeczny. Krauze zaleca kolopeksję pozaotrzewnową z dodaniem koloplikatury. Ciechomski uważa za najpewniejszą resekcję wtórną, prostowanie kreski najczęściej jest niewykonalne, a kolopeksja zawodna. Sławiński radzi cięcie brzuszne poprzeczne.

2. Radliński pokazał chorą w 9 dni po wycięciu woreczka żółciowego, zaznaczając, że jest zwolennikiem sączkowania jamy brzusznej, gdyż zaszywanie powiększa ryzyko operacyjne. Co się tyczy cięcia, R. do wycięcia samego woreczka prowadzi je pionowo przez pochwę mięśnia prostego; gdy chodzi o manipulacje na przewodach, prowadzi cięcie od końca mieczyka do pępka, a stąd do końca 11-go żebra prawego.

3. Radliński pokazuje martwak oddzielony drogą czynnej osteolizy od wszczepionego w ubytek czaszki odcinka kości piszczelowej. Wygląd martwaka, zdaniem R., świadczy, że kość się przyjęła w zupełności jako jednostka biologiczna, co obala potrzebę uznawania substytucji.

W dyskusji Zembrzuski sądzi, że kość poczęła obumierać, zanim zdążyła się wgoić.

4. Lewenstern przedstawia dwa obumarłe człony wielkiego palca prawej ręki lekarza weterynarji, który uległ ostremu zakażeniu różą świńską. Wywiązało się ropne zgorzelinowe zapalenie tkanek palca ukłutego podczas sekcji świni padłej na różę. Rozpoznanie zostało oparte na badaniu bakterjologicznem ropy z palca. Z objawów ogólnych zaznaczyć należy: wysoką gorączkę, bóle mięśniowe (w kończynach dolnych i w tułowiu), plamy rozsiane po całej skórze na podobieństwo róży, osłabienie mięśni, które pozostało długo po ustąpieniu gorączki. Dwa tygodnie od chwili zakażenia usunięto operacyjnie przedstawione dwa człony, poczem gojenie odbywa się bardzo leniwie. Obecnie, w dwa miesiące po operacji, rana jeszcze nie zagojona. Ropa zawiera jedynie laseczniki odmieńca. Krew jest jałowa. Badanie cytologiczne wykazuje nadmierną eozynochłonność. Leczenie polegało na zastrzykiwaniu autowakcyny otrzymanej z ropy palca. Uwaga: lasecznik róży świńskiej jest krótką nieruchomą pałeczką długości około1 mikrona, jest on Gramem dodatni. Czułe na zarazek są świnie, myszy i gołębie, odporne są świnki morskie, kury i większe ssące zwierzęta domowe. Przypadków zakażenia człowieka ogłoszono bardzo niewiele, przyczem sprawa przeważnie sprowadza się do przelotnych zmian zapalnych na skórze. Przebieg podobny do wyżej opisanego zalicza się do rzadkości.

5. Kielkiewicz. O technice prostatektomji (odczyt). Wskazanie do operacji ustala się po zbadaniu krwi na zawartość azotu. Zbyt wielka azotemja stanowi przeciwwskazanie do zabiegu. Chorego należy odtruć za pomocą stałego cewnikowania, względnie założenia cewnika na stałe. Technika operacji: cięcie powłok brzusznych w znieczuleniu miejscowem. Otworzenie pęcherza cięciem możliwie małem. Wyłuszczenie guza palcem: rozrywa się błonę śluzową przy samem wejściu w cewkę. W ten sposób otrzymuje się najlepszy dostęp do właściwej warstwy. Na czas wyłuszczania chory dostaje maleńką ilość chloroformu: nie więcej nad siedm gramów. Łożysko guza wyściela się mocno gazą wioformową. Po tygodniu wprowadza się cewnik do cewki. Dobra statystyka zależy w znacznym stopniu od odpowiedniego ustalenia wskazań operacyjnych: nie należy operować przy znacznem zatruciu. (drukowano w Nr. 3. Polskiej Gazety Lekarskiej).

Dyskusja Leśniowski jest zwolennikiem usypiania. Operuje zawsze jednoczasowo. Krauze operuje w znieczuleniu lędźwiowem stowainą. Pęcherz otwiera szeroko i do wyjęcia guza wo'i nóż, niż palec. Frysztman również chloroformuje od początku operacji. Często stosuje przetokę nadłonową na 3—4 tygodnie przed operacją. W razie ciężkiego krwawienia po operacji tamponuje cały pęcherz. Po operacji cewnik zakłada do cewki nie wcześniej, jak po 15 dniach. Kryński stosuje znieczulenie lędźwiowe. Uznaje potrzebę większego cięcia pęcherza i chętnie używa noża do oddzielania guza. *E. Lewenstern* sekretarz.

Kółko Naukowe Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

IV. posiedzenie w dniu 16. czerwca 1921.

1) Dr. Wiczyński: a) Okazuje preparat, uzyskany przy operacji przypadku, przedstawionego na poprzedniem posiedzeniu przez prym. Ziembickiego i mowcę. Olbrzymi guz okazał się torbielo-gruczolakiem brodawczakowatym ze zwyrodnieniem rakowem.

b) Preparat z przypadku ciąży trąbkowej (w zachowanej trąbce znacznych rozmiarów krwiistek).

c) Wielki włókniako-mięśniak, uwięźnięty w miednicy małej z powodu nasadowienia w dolnej części tylnej ściany macicy, rozrastający się międzyblaszkowo.

d) Omawia przypadek niewyjaśnionej śmierci w 5 dniu po doszczętnej operacji raka (Wertheim). Sekcja wykazała jedynie zwyrodnienie miąższowe mięśnia sercowego (za życia tylko lekki podmuch nad końcem serca). Uśpienie chloroformowo eterowe.

W dyskusji Dr. Zasowski porusza, a kol. Węgrzynowski omawia niektóre przeciwwskazania usypiania.

2) Dr. Węgrzynowski przedstawia: a) Przypadek z rozp. chrzęstniako-mięsaka jądra, z przerzutami w jamie brzusznej, u mężczyzny 46 l. Jądro zaczęło się powiększać przed 6 laty po uderzeniu dyszlem, a doszło do wielkości jaja strusiego. Od 3 mies. zauważył powiększanie się brzucha, w którym wyczuwa się liczne twarde guzy o gładkich ścianach. Żyły na powłokach brzusznych porozszerzane. Obrzęki na kończynach dolnych. Wassermann ujemny. Mowca omawia djagnostykę różniczkową.

b) Przypadek, w którym z prawdopodobieństwem rozpoznaje się pierwotnego raka płuc.

W dyskusji prym. Ziembicki zwraca uwagę na umiejscowienie (dolna część prawego płuca), jako zdarzającą się często w kile płuc i uważa za konieczne przeprowadzenie odczynu Wassermanna celem wykluczenia tła kiłowego.

3) Prym. Ziembicki zdaje sprawę z dalszego spostrzegania przypadku, który przedstawił na poprzedniem posiedzeniu z rozpoznaniem podwójnego wrzodu żołądka przed operacją, co następnie operacja potwierdziła.

W dyskusji dr. Zasowski i dr. Zaozek opisują przebieg operacji (połącz. żołądkowo jelitowe) i dalsze wskazania, gdy chory powróci do sił.

4) Prym. Ziembicki przedstawia przypadek z rozp. Lymphogranuloma (Sternberg). Kobieta 1. 6., zapadła przed 3. mies., wśród bólów w plecach, krzyżach, członkach; gorączkuje, skarży się na postępujące osłabienie, kaszle, nie odpluwa. Nie ro-niła, rodziła 10 razy. Chuda. o skórze ziemistej, gruczoły chłonne powiększone po obu stronach szyji, w obu pachach i obu pachwinach, największy gruczoł w lewej pasze, wielkości jaja kurzego. Gruczoły miernie twarde, przesuwalne, nie pozrastane ani z sobą, ani z otoczeniem. Śledziona niepowiększona. W szczytach płuc przytłumienia, tożsamo w pasze lewej i ku przodowi, w okolicy 3 i 4 żebra. Szmery szorstkie, brak rzężeń. W moczu ślad białka, skąpe wałeczki (szkliste i ziarniste), odczyn diazo dodatni. Krew: C. cz. 3 865 000, c. b. 16.000, Hbg 66, wskaźnik 0,8, stosunek procentowy białych: neutr. 85·7%, limf. m. 6,7%, limf. d. 1%, mono 2%, przejść. 4,3%, eoz 0 3%. Ciepłota nieregularna, mniejwięcej co 2 dni podwyższona, najwyższa 39° C. Odczyn Wassermanna ujemny. Badanie rentgenowskie: Oba szczyty przyćmione, przyćmienie lewego pola płuc od 3 żebra w dół na 4 palce szer., o granicach nierównych, przebiegające od wnęki ku pasze, gruczoły wnękowe powiększone. Drobnowidowe badanie wyciętego gruczołu: podścielisko tkankołączne dość silnie rozwinięte. tworzy pasma beleczkowate i szkliste; miąższ z licznych komórek, mianowicie: 1) limfocyty liczne, pojedyńczo i grupkami, 2) kom. plazmatyczne nieliczne, 3) bardzo liczne komórki o typie Sternberga, o dużych, jasnych jądrach. 4) komórki olbrzymie z większą ilością jąder, 5) komórki nabłonkowate. Naczyń włosowatych dość dużo.

Mowca omawia rozwój pojęć o chorobach krwi, w szczególności o białaczce i białaczce rzekomej, jakoteż zapatrywania na obraz chorobowy, noszący nazwisko Sternberga. *W. Z.*

W. Grzywo-Dąbrowski. Warszawa.

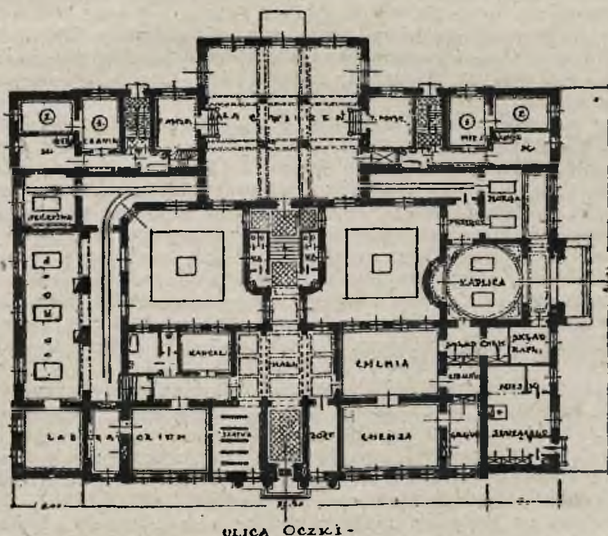
W sprawie budowy zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego.

W sierpniu 1921 r. rozpoczęto prace przygotowawcze do budowy Zakładu Medycyny Sądowej Uniwersytetu Warszawskiego; potrzeba tego Zakładu dawała się odczuwać od lat kilku, gdyż dawny Zakład Medycyny Sądowej, który był czynny przy Uniwersytecie Warszawskim za czasów moskiewskich, został pochłonięty przez rozrastające się zakłady anatomji i histologji, mieszczące się wspólnie w gmachu »Collegium Anatomicum« przy ul. Chałubińskiego: szczupłość miejsca spowodowała, że wcześniej kreowane zakłady, rozszerzając zakres swej działalności, musiały zabrać dawne sale i pracownie, należące ongiś do Zakładu Medycyny Sądowej. Prowizoryczne Prosektorjum sądowo-lekarskie istniało od kwietnia r. 1920; w tym to czasie Wydział Lekarski, biorąc pod uwagę konieczność wytworzenia choćby możliwych warunków dla pracy sądowo-lekarskiej zastępcy profesora medycyny sądowej, odnowił mały parterowy budynek, mieszczący się przy ul. Nowo-Wspólnej, i składający się z 4-ch małych pokoików; w jednym z nich została urządzona salka sekcyjna na dwa stoły, w drugim — jeszcze mniejszym — gabinet, pracownia i kancelarja prosektorjum, a w 3-m — trupiarnia, czwarty zaś został przeznaczony na mieszkanie woźnego zakładu. Wszystkie te pokoiki znajdują się na parterze, jeden obok drugiego i są nadzwyczaj ciasne i małe. Mimo to w r. 1921, gdy się rozpoczęły wykłady medycyny sądowej, ćwiczenia sekcyjne były prowadzone we wspomnianej salce, w której jednocześnie znajdowało się po 25 i więcej słuchaczów; wobec tego, że ćwiczenia były prowadzone w lecie, przy 20 do 30 stopniach ciepła, we zwłokach bardzo rozłożonych, łatwo można sobie wyobrazić, jakie powietrze i jaka ciepłota panowały na sali podczas tych ćwiczeń; jedynie tylko zapałem do pracy i chęcią do nauki można sobie tłomaczyć, że słuchacze i słuchaczki pilnie uczęszczali na te ćwiczenia. Brak absolutny miejsca, brak pracowni, niezbędnych przyrządów uniemożliwił urządzenie ćwiczeń mikroskopowych dla słuchaczów. Wykłady teoretyczne odbywały się w sali wykładowej Zakładu Anatomji Opisowej. Stan taki jednak nie mógł trwać długo, i należało pomyśleć o budowie nowego Zakładu Medycyny Sądowej, odpowiadającego współczesnym wymaganiom nauki i godności stolicy Państwa. W końcu r. 1920

zostały opracowane plany budowy zakładu przez budowniczego Uniwersytetu Warsz. doc. inż. Zielińskiego na podstawie wskazówek kierownika Zakładu; plany te w całości były zatwierdzone przez Wydział Lekarski, Ministerstwo Oświaty i Ministerstwo Robót Publicznych i, jak wspomniano, w sierpniu r. 1921 rozpoczęto roboty. Pragnąłbym teraz w krótkości omówić plany przyszłego Zakładu i wyjaśnić, dlaczego budowa jest prowadzona w ten, a nie inny sposób.

Zakład Medycyny Sądowej ma zadanie potrójne, czem się różni od wszystkich innych Zakładów Uniwersyteckich. Pierwszem zadaniem — jest kształcenie przyszłych lekarzy w zawodzie sądowo-lekarskim; zadanie drugie, zresztą bardzo ściśle połączone z pierwszem, polega na zaspakajaniu wymagań władz sądowych pod względem wykonywania badań sekcyjnych, chemicznych, drobnowidowych itd. To zadanie, jak wspomnieliśmy, ściśle się wiąże z celami nauczania, gdyż do celów dydaktycznych czerpie się materjał, dostarczany przez władze sądowe, a z drugiej strony — władze sądowe znajdują zaspokojenie swych żądań w pracy Zakładu. Co do zadania trzeciego, to Zakład tego rodzaju z natury rzeczy musi służyć jako miejsce, dokąd się zwozi i składa zwłoki osób, nagle zmarłych na ulicach Warszawy; pozatem w Zakładzie takim, w t. zw. mordze, winny być wystawione zwłoki osób o nazwisku nieustalonem, w celach rozpoznawczych itd. To znaczy pełni tu Zakład czynność sanitarno-agnoscyjną, ponieważ pełni czynność kostnicy, trupiarni, składu zwłok. To ostatnie zadanie jest ściśle połączone z poprzedniemi, gdyż bardzo często zwłoki osób poddanych sekcji, są potem wystawione na widok publiczny w celach rozpoznawczych itd. Biorąc pod uwagę powyżej wyłuszczone 3 zadania Zakładu, musieliśmy przy opracowaniu planów uwzględnić te wszystkie 3 działy.

Jak widać z załączonego szkicu planu Zakładu, jest to budynek jednopiętrowy o kształcie kwadratu, przedzielony w środku przez klatkę schodową i salę wykładową. Front Zakładu stanowi jednopiętrowy gmach dawnych koszar, który ulegnie gruntownej przebudowie, do którego będą przybudowane skrzydła, a w środku — wspomniana sala wykładowa.



Najgłówniejszą częścią składową tego rodzaju Zakładu jest sala sekcyjna, tu się odbywa i koncentruje znaczna część pracy Zakładu. Sala ta jest pomyślana na 3 stoły, o wymiarach 14 m $\times$ 8 m; obok tej sali sekcyjnej znajduje się salka sekcyjna mniejsza, 5 m $\times$ 4 m, gdzie będą dokonywane sekcje zwłok osób, zmarłych na choroby zakaźne. Obok sali sekcyjnej znajdować się będzie pokój przeznaczony na przygotowywanie preparatów mikroskopowych i t. d. Zwłoki z piwnic na salę sekcyjną będą dostarczane za pomocą wózków na szynach. Na parterze w budynku frontowym będą się znajdowały pracownie, przeznaczone do badań sądowo-chemicznych narządów ciała w przypadkach zatruć. Uważam, że przy Zakładzie Medycyny Sądowej powinien się znajdować dział chemji sądowej, pod kierownictwem odpowiednio wyszkolonego chemika, najlepiej chemika-lekarza. Ten dział Zakładu będzie obsługiwał nie tylko zapotrzebowania Zakładu samego, lecz zapewne będą tu przesyłane do badań sądowo-chemicznych objekty z rozmaitych części Rzeczypospolitej, a przedewszystkiem z dawnej Kongresówki i Kresów Wschodnich. Dział chemiczny będzie się składał conajmniej z 3-ch pokoi. Również na parterze od frontu, lecz po stronie przeciwnej, niż dział chemji sądowo-lekarskiej, będzie umieszczona kancelarja dla sędziów śledczych, poczekalnia dla interesantów i dwa pokoje do badań poszkodowanych. Uważam, że stworzenie tego rodzaju polikliniki sądowo-lekarskiej, jest rzeczą konieczną i również doniosłą, jak i zorganizowanie sal sekcyjnych. Lekarz sądowy nie rzadziej ma do czynienia z poszkodowanymi, niż ze zwłokami i dlatego studenci, przechodząc kurs medycyny sądowej, powinni być zapoznawani i ze sposobami badania osób poszkodowanych, umysłowo chorych i t. d.; tylko na takiej poliklinice słuchacze będą mogli zapoznać się ze sposobami dochodzeń zgwałcenia i t. d., a wiemy, że ten dział jest jednym z najtrudniejszych w Medycynie Sądowej. Uważamy, że stworzenie takiej polikliniki jest rzeczą konieczną i do tego celu będziemy energicznie dążyli.

W tylnej części gmachu na parterze będzie się znajdowała sala do ćwiczeń ze studentami w badaniach plam krwawych, nasienia i t. d. W prawem skrzydle gmachu będzie się znajdowała kaplica, pokój przed kaplicą i dwa oszklone pokoje, w których przy nizkiej ciepłocie, będą wystawiane na widok publiczny ciała osób nieznanych, w celach rozpoznania. Będzie to t. zw. morga. Zarówno do morgi, jak i do kaplicy, zwłoki będą dostarczane na wózkach ręcznych po szynach. Poza wspomnianemi ubikacjami na parterze będą się mieściły 3 mieszkania, jedno dla asystenta i dwa dla woźnych. Na parterze również będzie się znajdowała łazienka dla niższego personalu, klozety i szatnie. Na piętrze pierwszem znajdą swe pomieszczenia pracownie: histologiczna, bakterjologiczna, serologiczna, pokój do fotografji, gabinet i pracownia kierownika Zakładu, muzeum, bibljoteka, łazienka dla lekarzy i klozety. Sala wykładowa, obliczona na 250 słuchaczy, będzie zbudowana amfiteatralnie, na sali będzie się znajdował stół sekcyjny; obok sali wykładowej znajdują się dwa pokoje przygotowawcze; zwłoki z piwnic będą dostarczane na salę za pomocą windy.

W tylnej części gmachu będzie urządzony szereg piwnic, z tych 5 na pomieszczenie zwłok, przytem conajmniej dwie — o nizkiej ciepłocie, jedna do umieszczania zwłok osób zmarłych na choroby zakaźne. Pozatem będzie urządzone w piwnicach pomieszczenie dla zwierząt, skład węgla i kotły dla ogrzewania centralnego; prócz tego kilka piwnic będzie przeznaczonych dla personalu, mieszkającego w Zakładzie. Na pierwszem piętrze w tylnej części gmachu będą urządzone mieszkania dla kierownika Zakładu i dla dwóch asystentów.

W ten sposób przedstawie się pobieżnie nakreślony szkic nowopowstającego Zakładu. Biorąc pod uwagę obecnie panujące ceny robocizny i materjałów, koszty budowy będą bardzo znaczne, lecz konieczność zbudowania tego rodzaju Zakładu jest oczywista, wobec tego nie wątpię, że odpowiednie władze znajdą niezbędny fundusz dla tej budowy.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy Szpitali Publicznych w Małopolsce.

Dnia 4 XII. 1921 odbyło się w Krakowie posiedzenie Wydziału Związku Lekarzy Szpitali publicznych w Małopolsce. Obecni byli: przewodniczący kol. Fuchs (Kraków), Zagórski (Kobierzyn). Kohlberger (Kulparków), Rychliński (Kraków), Jasiński (Nowy Sącz), Żuławski (Gorlice), Bujalski (Tarnów). Sprawozdanie sekretarjatu oraz skarbnika przyjęto do wiadomości. Stan kasy 32.413 Mp. Wobec przeniesienia się skarbnika, kol. Misiewiczówny, do Warszawy, wybrano na jej miejsce aż do najbliższego Walnego Zgromadzenia kol. Mieczysława Stypę, sek. szpitala w Tarnowie.

Dłuższą dyskusję wywołała zapowiedź zasadniczych zmian w obecnem położeniu prawnem szpitali małopolskich, oraz zapowiedź zniesienia Ministerstwa Zdrowia.

Uchwalono jednogłośnie następujące wnioski:

1) Związek lekarzy Szpitali Publicznych w Małopolsce stwier-

dza konieczność, ze względu na dobro Państwa, utrzymania samodzielnego Ministerstwa Zdrowia i stanowisko swoje przedłoży w odpowiednim memorjale Panu Ministrowi Skarbu (wniosek kol Fuchsa).

2) Zw. Lek. Szpit. Publ. w Małop. uważa uniezależnienie szpitalnictwa małopolskiego od miejscowych czynników i pozostawienia go w administracji władz centralnych za kardynalny warunek normalnego funkcjonowania szpitali i ich rozwoju Stanowisko swoje przedłoży w odpowiednim memorjale Panu Ministrowi Skarbu (wniosek kol Jasińskiego).

Opracowanie obu memorjałów powierzono sekretarjatowi.

Omówiono sprawę legitymacji kolejowych dla lekarzy szpitali publicznych, niesłusznie pozbawionych tych legitymacji. Odpowiednie pismo do Ministerstwa Zdrowia ma opracować kol. Rychliński.

Następnie kol. Kohlberger podniósł sprawę świadczeń w naturze dla tych lekarzy, którzy mają obowiązek mieszkać w szpitalach;za świadczenia te Ministerstwo Zdrowia ściąga obecnie duże kwoty z małych pensji. Sprawę tę polecono w dalszym ciągu kol. Zagórskiemu.

Wreszcie uchwalono polecić sekretarjatowi wszczęcie korespondencji celem zorganizowania ogólno-polskiego związku lekarzy szpitalnych.

Skarbnik prosi kolegów, zalegających z wkładkami na rok 1921., o śpieszne przysłanie, ich a wszystkich Kolegów prosi o wkładki na rok 1922, (sto marek). Adres skarbnika: Dr. Mieczysław Stypa, Tarnów, Szpital Powszechny. *Sekretarjat.*

Związek lekarzy Małopolski w Krakowie.

Sprawozdanie z XVI. Walnego Zgromadzenia Po ośmiu latach zawieruchy wojennej pierwsze to zebranie w odrodzonej Polsce. Miało też ono cechę wzajemnego zbliżenia się i poznania, a zarazem dało sposobność do wynurzenia różnych bólów i potrzeb. Koledzy z prowincji dopisali znakomicie, a więc liczny zastęp z Tarnowa, Jaworzna, Rzeszowa, Krosna, Suchej, Bukowska, Oświęcima, Gorlic. Wieln nadesłało powitania i życzenia pomyślnego wskrzeszenia Związku i pomyślnego plonu obecnych zasiewów. Po odczytaniu protokołu z ostaniego Walnego Zgromadzonia przyjęto do wiadomości i zatwierdzono na wniosek Komisji kontrolującej sprawozdanie skarbnika Związku, oraz kierownika Kasy Pogrzebowej (Dr. Grzybowski) za lata 1914—1921., Administracyj Znaczków Receptowych i Funduszu Jordana (Dr. Żydłowicz), wreszcie Oddziału Należytości (Dr. Jaugustyn).

W następstwie uchwalono wkładkę do Związku na rok bieżący w kwocie 1200 Mk., a do Kasy Pogrzebówej w kwocie 220 Mk., w razie śmierci którego z członków.

Na pierwszy plan wybiła się nieodzowna potrzeba wskrzeszenia zawodowego organu, jakim było przed wojną znakomicie redagowane „Słowo Lekarskie". Ponieważ Związek nie posiada olbrzymich funduszów, potrzebnych na wydawanie samodzielnego pisma, uchwalono przeprowadzić rokowania z redakcją Polskiej Gazety Lekarskiej, by ta zechciała objąć na się rolę opiekunki spraw zawodowych i odstąpić odpowiednie łamy na oznaczenie potrzeb i wymogów zawodu lekarskiego na wzór pism zagranicznych. Pisma te, służąc w pierwszej części sprawom naukowym, stworzyły w wielu przypadkach osobną drugą część, t. zw. dział dla spraw zawodowych, odgrywających nieposiednią rolę w gospodarczem życiu lekarza.

Co do stosunku Związku Lekarzy Małopolski w Krakowie, jako najstarszego i wyrobionego już zrzeszenia zawodowego lekarzy, do Związku Lekarzy Państwa Polskiego w Warszawie uchwalono jednomyślnie wniorek kol. Niecia z Rzeszowa: „Obrona i ochrona lekarzy może być tylko wówczas skuteczną, jeżeli powstanie naprawdę żywotny związek lekarzy na całą Rzeczpospolitą, bez względu na ich wyznanie religijne i polityczne. Dlategoteż Związek Lekarzy Małopolski ma dążyć przez porozumienie się z wszystkimi już istniejącymi związkami lekarskimi do utworzenia takiego Związku. Do tej czynności porozumiewawczej i przygotowawczej należy zaprosić i wciągnąć przedewszystkiem profesorów naszych wszechnic, którzy mają największy wpływ na kształcącą się młodzież i całe zastępy młodych lekarzy. Z chwilą powstania takiego związku, obejmującego naprawdę całą Rzeczpospolitą, obejmą dotychczasowe związki lekarskie wszelkie czynności, naznaczone im ogólnym statutem, zatrzymując jednak swój dotychczasowy samorząd, nie mający być nigdy w sprzeczności z zadaniami statutu ogólnego zrzeszenia".

Sprawę uposażenia lekarzy okręgowych przez rząd polecono rozpatrzyć nowemu Wydziałowi w porozumieniu z Izbami lekarskiemi, a w pierwszym rzędzie ze Związkiem Lekarzy Okręgowych w Małopolsce.

Polecono wnieść protest przeciw nowej ustawie o praktyce ekarskiej, jakoteż wspólnie z Izbami Lekarskiemi poruszyć bolączkę partactwa lekarskiego, jakie rozwielmożniło się do niebywałych rozmiarów podczas wojny. Podkreślano przypadki partactwa, osłanianego nawet przez władze rządowe, w których osobniki z pod ciemnej gwiazdy przywłaszczają sobie tytuł doktora medycyny i cieszą się poparciem władz. Poruszono również coraz częstszą zdrożną spółkę lekarzy z technikami dentystycznymi. Ci ostatni kupują sobie wprost za marne pieniądze firmę lekarską od lekarza, mieszkającego nawet w innem mieście i pod tem nazwiskiem wykonują wszelkie zabiegi lekarskie.

Ostatecznie polecono nowemu wydziałowi zwrócić się z podobnemi karnemi sprawami do Izby Lekarskiej, któraby zajęła się, jako właściwa władza, podobnemi karygodnemi matactwami.

Z wyboru weszli do Wydziału jako przewodniczący Dr. Maksymiljan Cercha, zastępca przewodniczącego Dr Władysław Żydłowicz, członkowie Wydziału: Dr. Jan Kostecki, Dr. Grzegorz Grzybowski, Dr. Adam Fonferko (z Jaworzna), Dr. Roman Hinze (z Rzeszowa), Dr. Arnold Bannet, Dr. Mieczysław Nartowski, Dr. Stanisław Poźniak, Dr. Bolesław Rzegociński i Dr. Eljasz Stahr. Do komisji kontrolującej powołano Dr. Ludwika Schreidra i Dr. Józefa Bednarskiego (z Alwerni).

Za niestrudzoną 12 letnią pracę zamianowano jednogłośnie członkiem honorowym ustępującego przewodniczącego, kolegę Dra Wacława Damskiego.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

IV. Posiedzenie naukowe Tow. lekarskiego odbędzie się w piątek 3. lutego b. r o godz. 6-tej w Poliklinice, ul. Lindego

Pokazy: 1) Kol. Begleiter i Domaszewicz: Przypadek *dystonia lordotica* i nagminne zapalenie opon; 2) Kol. Schusterówna: a) Promienica płuc, b) Mięsak jądra oraz zmiany nowotworowe i gruźlicze leczone röntgenem.

Wykład: Kol Progulski. O wpływie zabiegów farmakodynamicznych na przebieg zapalenia.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, przewodniczący.

Warszawa.

Z powodu śmierci ś. p. kol. Wacława Męczkowskiego, naczelnika Wydziału szpitalnego Magistratu m. Warszawy, zorganizowano zbieranie składek na fundusz imienia zmarłego, od którego odsetki będą przeznaczane na nagrody za najlepsze prace z zakresu szpitalnictwa.

Magistrat warszawski wydaje w r. b. „Miesięcznik Wydziału zdrowia publicznego". Komitet redakcyjny stanowią: Naczelnik Wydziału zdrowia dr. Bogucki, jego zastępcy dr. Maleciński i Heflich, oraz dr. Kowalski, Budzińska-Tylicka, Karwacki, Kijewski, Modrzewski, Gawłowski i Trzebiński. Zeszyt październikowy (Nr. 3) zawiera sprawozdania miesięczne z przebiegu chorób zakaźnych, z działalności Wydziału zdrowia publicznego Magistratu warszawskiego oraz Urzędu weterynaryjnego, z działalności podkomisji biologicznej dla zbadania rozsiedlenia komara widlisza w Warszawie, z konferencji w sprawie nabiałowej, wytyczne działalności miejskiego Instytutu higjenicznego w sprawie propagandy zasad higjeny, instrukcję dla wywiadowczyń w sprawie walki z gruźlicą, instrukcje dla Rady sanitarnej i dla Urzędu zdrowia, wreszcie kronikę.

Z różnych stron.

Prezydjum wystawy higjenicznej państw sprzymierzonych, mającej się odbyć w czasie od maja do lipca 1923 w Strassburgu, rozesłało zaproszenie na Zjazd i jednocześnie listy składkowe na pomnik Pasteura, mający być tam przy otwarciu wystawy odsłonięty.

Czy potrzeba mówić kim był Pasteur dla całej ludzkości? Skromny profesor Uniwersytetu w Strassburgu, który, jak powiedział Biot, „oświetlił wszystko, czego dotknął" — il éclaire tout, ce qu'il touche, — który nie tylko dokonał przewrotu w pewnych dziedzinach chemji fizjologicznej i zbudował naukę o fermentach, ale stworzył, rzec można, sam jeden podwaliny dla mikrobjologji, który zwrócił na nowe tory całą współczesną medycynę, ten olbrzym wiedzy i dobry genjusz ludzkości zasłużył na wiekuistą wdzięczność i pomnik w sercu całego myślącego świata. Strassburg, jego ulubione miasto, nad którego utratą cierpiał, jak nikt może w całej Francji, chce uwidocznić swój związek z tem wielkiem imieniem.

Wszystkie narody kuli ziemskiej niewątpliwie przyczynią się do tej myśli.

W tym zbiorowym czynie wszystkich ludów nie może brakować Polski. Pasteur był nietylko wielkim uczonym i myślicielem, ale niezwykłej miary patrjotą, który odczuwać potrafił cierpienia narodu uciemiężonego.

Składki na listę Nr. 2342 przyjmuje administracja „Lekarza Wojskowego": Wojskowy Instytut Sanitarny, Szpital Ujazdowski albo Stowarzyszenie lekarzy, Warszawa, Widok 23; uprasza się o pośpieszne ich przesyłanie.

Program zamierzonej wystawy higjenicznej będzie ogłoszony osobno.

Zmarli.

Dr. Zygmunt Surwiłło w 82 r. życia w Krakowie.

Prof. Wiczkowski uprasza nas o zamieszczenie następującego dodatku do jego artykułu: „W sprawie akcji zwalczania gruźlicy w Polsce": W czasie zawieruchy wojennej akcję walki z gruźlicą objęło Stowarzyszenie Czerwonego Krzyża za inicjatywą Prym. Dr. Ziembickiego, którego zasługą jest założenie i wyposażenie kilku poradni w Małopolsce i trzech sanatorjów, w Suchej, Rajczy i w Zakopanem.

W artykule Dra Mieczyńskiego „W sprawie zapobiegania szerzeniu się duru osutkowego" w Nrze 3-cim we wierszu 19-tym: „Już w Chorzeiach i t. d." zamiast od r. 1906—1912, ma być od r. 1896—1902.

Nr. 6. 5 lutego 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. Dr. Tadeusz Wiczyński. Lwów.

O zmianach jajników przy zmięknieniu kości.

Z zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie. (Dyrektor: prof. Dr. Nowicki.)

Równocześnie z podaniem przez Fehlinga (1887) wycięcia jajników, jako środka leczniczego przy rozmięknieniu kości, stało się aktualnem pytanie, w czem leży przyczyna tego zjawiska. Możemy z góry powiedzieć, że, mimo najrozmaitszych badań podjętych w celu wyjaśnienia tej sprawy, pytanie to i dziś jeszcze jest otwarte. Między innemi drogami, mającemi prowadzić do odpowiedzi na to pytanie, starano się znaleźć ją i na drodze badań anatomiczno-drobnowidowych jajników, pochodzących z kastracji kobiet tem cierpieniem dotkniętych. I tak pierwszy Velits stwierdził ogólne przekrwienie jajników i różnego stopnia zwyrodnienie szkliste naczyń krwionośnych, głównie w zakresie istoty rdzennej. Rossier znalazł obok tego w istocie korowej drobne ogniska szkliste okrągłe lub owalne, których pochodzenie odnosił do szklistego zwyrodnienia komórek samej istoty korowej, a nie naczyń. To właśnie szkliste zwyrodnienie naczyń krwionośnych i samej substancji jajnikowej stanowiło jedyną podstawę anatomiczną dla utrzymującej się dość długo teorji Fehlinga o etjologji zmięknienia kości. Według tego autora choroba ta miała być troficzną neurozą kości, powstającą na drodze odruchowej, przyczem punkt wyjścia dla tego odruchu stanowić miały zakończenia nerwowe jajników szklisto zwyrodniałych. Mniejwięcej podobny obraz drobnowidowy jajników został później wielokrotnie potwierdzony, przyczem jednak należy zauważyć, że najczęściej stwierdzoną cechą tych jajników było samo rozszerzenie obfitych naczyń krwionośnych w istocie rdzennej jajnika, znane później pod nazwą *«angiodystrophia ovarii»*.

Gdy następnie, zgodnie z postępem nauki, zaczęto uważać zmięknienie kości za wynik zaburzeń w wewnętrznem wydzielaniu jajnika (Kehrer 1899), teorja Fehlinga straciła swe znaczenie, a badania nad etjologją tego schorzenia zostały skierowane na inne tory. Do badań drobnowidowych jajników przy zmięknieniu kości zwrócono się z powrotem z chwilą, gdy Wallart wypowiedział zdanie, że zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu jajników przy zmięknieniu kości należy odnieść do przerostu t. zw. gruczołu śródmiąższowego jajnika *„glande interstitielle de l'ovaire“* (francuskich autorów). Późniejsze jednak badania nie potwierdziły zapatrywania Wallarta, opisane bowiem przez późniejszych autorów obrazy drobnowidowe były albo wątpliwe albo zupełnie ujemne. Seitz znalazł w jednym przypadku zmięknienia kości wśród ciąży przerost gruczołu śródmiąższowego w jajnikach. Stern zaś stwierdził tylko przerost otoczki wewnętrznej pęcherzyków kurczących się (czyli tzw. prototyp gruczołu śródmiąższowego według Aschnera). Późniejsze badania Franqué'go dały wynik zupełnie ujemny nietylko co do wyraźnego rozwoju gruczołu śródmiąższowego, lecz i co do jego prototypu pod postacią bujania otoczki wewnętrznej. Słusznie jednak Aschner, nie przesądzając ani dodatniego ani ujemnego wyniku odnośnie do powyższych badań, podnosi fakt, że badania te powinny były być wykonane zapomocą barwienia na tłuszcze dużych skrawków przeglądowych. Z innych cech jajników osteomalatycznych podnoszono także nadmierną produkcję pęcherzyków, lecz i temu później zaprzeczono wobec faktu, że u wieloródek, a jeszcze wyraźniej w ciąży, produkcja pęcherzyków jest wogóle wzmożona, wiadomo zaś, że zmięknienie kości najczęściej właśnie u wieloródek występuje, a, zaostrzając się w ciąży, często wśród ciąży było operacyjnie leczone. Obok tego jednak znane są przypadki zmięknienia kości pozaciążowego i pozapołogowego, które usunięciem operacyjnem jajników były wyleczone, mimo, że w jajnikach tych nie stwierdzono wzmożonej produkcji pęcherzyków. Jeden taki przypadek, opisany przez Sellheima, dotyczył kobiety 54-letniej, po przekwitaniu; w jajnikach nie znaleziono ani śladu pęcherzyków, mimo to po wycięciu jajników nastąpiło wybitne polepszenie.

Z powyższego krótkiego zestawienia widzimy, że nie znaleziono do tej pory jakichś stałych cech patognomonicznych w utkaniu drobnowidowem jajników. W ten sposób wyraża się nietylko Sonntag w podręczniku Winckla z r. 1905, lecz i w ostatniej już dobie Aschner (1918), twierdząc, że »dotychczasowe badania morfologiczno-drobnowidowe jajników przy zmięknieniu kości dały wynik zupełnie ujemny«. Innemi słowy dotychczasowe badania nie zbudowały podstaw morfologicznych dla teorji wyznającej, że zmięknienie kości jest wynikiem nadmiernej, czy też zaburzonej czynności wydzielniczej jajników przy tej chorobie. Stąd też w ostatnich już latach pojawiły się nowe teorje o etjologji tego schorzenia, że wspomnę tylko prace Naegeli'ego (1918), który twierdzi, że zmięknienie kości jest wynikiem zaburzeń w czynności nie jednego tylko gruczołu dokrewnego, tj. jajnika, lecz że jest schorzeniem wielogruczołowem (*«innersekretorische pluriglanduläre Erkrankung«*). Niemniej jednak pozostał nadal nad wyraz interesującym fakt leczniczego działania trzebienia, które, jeśli niezawsze w jednakowym stopniu i niejednakowo szybko sprowadza wyleczenie, to przecież w pewnej przynajmniej liczbie przypadków już w dzień, lub kilka dni po operacji usuwa bóle. Że nie mamy tu do czynienia z jakiemś ubocznem działaniem (np. chloroformu), to zostało ponad wszelką wątpliwość stwierdzone.

Nie wchodząc więc bliżej w ocenę teorji Naegeli'ego o zmięknieniu kości, jako o schorzeniu wielogruczołowem, pragnę tylko podkreślić ten fakt, że w każdym razie jajnik, już choćby ze względu na to lecznicze działanie trzebienia w tem wielogruczołowem schorzeniu, jeśli nie najważniejszą, to w każdym razie pierwszorzędną odgrywa rolę. Możemy więc powiedzieć, że zagadnienie co do przyczyn leczniczego działania trzebienia wchodzi już ściśle w zakres pytania co do etjologji zmięknienia kości. I to jest właśnie przyczyną, dla której zachowanie się anatomiczno-drobnowidowe jajników przy zmięknieniu kości, mimo ujemnych dotychczas wyników badań w tym kierunku przeprowadzonych, stanowić musi nadal przedmiot godny zainteresowania. Tem więcej interesujące jest to zagadnienie na tle zestawienia następujących faktów. Wiemy, że bez względu na to, jaka jest etjologja zmięknienia kości, schorzenie to w rezultacie odbija się głównie na systemie kostnym. Z ogólnych zaś zasad biochemji wiemy, że warunkiem prawidłowego rozwoju kości jest doprowadzanie do ustroju pewnego minimum tłuszczów i ciał tłuszczowatych, czyli lipoidów. Jeśli na tle zestawienia tych dwu faktów uwzględni się te nad wyraz żywe procesy biochemiczne, jakie się w jajniku właśnie w odniesieniu do lipoidów odbywają, to zdaje się, że pytanie co do zachowania się lipoidów w jajnikach przy zmięknieniu kości jest nietylko interesujące, lecz, wobec rozlicznych badań ostatnich lat co do roli lipoidów w ustroju, i aktualne.

Z przytoczonych powodów postanowiłem wyzyskać bogaty materjał, jaki mi nastręczyła w pewnym stopniu epidemja zmięknienia kości, którą z różnem nasileniem spostrzegaliśmy we Lwowie i okolicy w latach 1918, 1919, 1920 i 1921 (do końca maja). Że nie było to zmięknienie kości analogiczne do grasującej w tym czasie w Wiedniu i przez wiedeńskich autorów jako specjalnej postaci zmięknienia kości głodowego (*»Hungerosteopathie«*) opisanego, o tem świadczą najlepiej podane poniżej protokoły badań. W ten też sposób sprawa ta była przedstawiona przez Orzechowskiego i autora na posiedzeniu Tow. lek. lwow. dnia 20 lutego 1920 r. Muszą być również z góry uchylone wszelkie wątpliwości rozpoznawcze w odniesieniu do przypadków, z któ-

rych pochodzą jajniki przezemnie badane. Jeśli bowiem wśród tej masy przypadków w wymienionym okresie czasu spostrzeganych mogły być i takie, co do których szczególniej we wczesnym okresie choroby, pewne trudności rozpoznawcze mogły się nasuwać, to nie odnosi się to w każdym razie do przypadków dla niniejszych badań wyzyskanych, a to dlatego, że jajniki, których zbadanie stanowi materjał niniejszej pracy pochodzą albo z operacji, której poddawano zdecydowane przypadki zmięknienia kości, albo ze sekcji przypadków nieoperowanych, która kliniczne rozpoznanie potwierdziła.

Zadanie moje było podwójne; obok bowiem zbadania utkania drobnowidowego jajników w ogólności, a więc niejako kontroli wyników badań dotychczasowych w tym kiernnku przeprowadzonych, głównem mojem zadaniem było przeprowadzenie badań co do zachowania się lipoidów w tym narządzie przy omawianem schorzeniu. Stąd też i w technice badań musiałem obok zwykłych metod barwienia (hematoksylina z eozyną, v. Giesson) zastosować metody barwne, mikrochemiczne na lipoidy. Szczegółów, dotyczących tej techniki nie podaję, gdyż była ona taka sama, jak przyjęta przezemnie i opisana w pracy p. t. «O rozmieszczeniu i jakości tłuszczów i lipoidów w jajniku ludzkim«. Podkreślić tylko pragnę dwa szczegóły ważne dla badań w niniejszej pracy przedstawionych, a mianowicie, że ta właśnie kombinacja sposobów badania zezwoliła mi na dokładne spełnienie zadania we wstępie postawionego; jeśli bowiem przy kontroli wyników dotychczasowych dla stwierdzenia zmian szklistych nadawało się barwienie hematoksyliną i eozyną i v. Gieson, to dla stwierdzenia cech takich, jak przerost gruczołu śródmiąższowego lub zachowanie się aparatu pęcherzykowego najlepiej nadaje się barwienie na tłuszcze (Sud III.+ hematoksylina) dużych skrawków przeglądowych. Słuszność tej uwagi, podanej przez Aschnera, miałem sposobność potwierdzić we wzmiankowanej pracy. Szczegół drugi dotyczy faktu, że dla oceny ilości lipoidów w danym jajniku, jak i ich jakości przy zestawieniu rozmaitych sposobów barwienia, trzeba pewnego doświadczenia. Wartość więc wyników w niniejszej pracy podanych w znacznym stopniu podnosi doświadczenie w poprzednich pracach przezemnie nabyte.

Zbadany przezemnie materjał dotyczy 12 przypadków, z tego 10 operacyjnych i 2 sekcyjnych. Dwa pierwsze przypadki zużytkowane były również we wspomnianej pracy autora (przyp. 12 i 21 grupy I.).

Wyniki badań w krótkości ujęte przedstawiają się następujące:

1. M. F. l. 35. Rodziła 6 r. Ostatni poród przed 5 l. Nie roniła. Miesiączka co 4 tyg. 5—6 dni trwająca. Ostatnia przed 3½ tygodniem. Chora od 5 mies. Zmięknienie kości miernego stopnia, lecz wyraźne. 18. VI. 1918 *Laparotomia.*

Jajniki: 8·5×3·2×1·8 cm. i 2×1·5×1·3 cm. jajowate, gładkie, białoszare z nielicznymi drobnymi torbielkami. Na przekroju: twarde (z wyjątkiem torbielków wypełnionych jasnym koloidowym płynem); w lewym c. ż. 2×1·3 cm. typowe. Blizny. Drobnowidowo: Obfita ilość naczyń krwionośnych, pokręconych, wykazujących nieznaczny stopień szklistego zwyrodnienia (głównie naczynia średnie). W warstwie korowej spotyka się drobne szkliste twory okrągłe lub owalne, bez światła lub z bardzo małem okrągłem światłem, w którem można jeszcze stwierdzić wyściółkę śródbłonkową. W ścianie tych naczyń spotyka się jednak jeszcze jądra, które swem ułożeniem i postacią przypominają niezmienione pozostałości mięśniówki naczyń.

Tkanki podścieliskowej w stosunku do obfitości naczyń jest stosunkowo mało. Również nieliczne są twory w jajniku zwykle spotykane, jak pęcherzyki pierwotne, dojrzewające, kurczące się itd. Ciałko żółte o typowem utkaniu c. ż. reg. Typowe utkanie torbielków i nielicznych pęcherzyków kurczących się. Ani t. zw. gruczołu śródmiąższowego ani jego prototypu w postaci przerosłej otoczki wewnętrznej pęcherzyków kurczących się niema śladu. Nieliczne blizny. Z wyjątkiem c. ż., w którem lipoidy są tylko nieznacznie zmiejszone, we wszystkich innych tworach jest ich mniej: W pęcherzykach i torbielkach prawie zupełny brak, w bliznach i wśród samego podścieliska z powodu nieznacznej ilości „komórek lipoidowych" również mniej lipoidów niż zwyczajnie. Dokoła ciał białych brak zupełny. Barwienie typowe.

2. A. K. l. 38. Rodziła 3 r., ostatnio przed 7 l. Miesiączki od 3 lat brak. Chora od 3 lat. Od 3 mies. leczona fosforem i adrenaliną. Zmięknienie kości średniego stopnia. 5. X. 918. *Laparotomia.*

Jajniki: 3·2×1·5×0·5 cm. i 3×1·3×0·7 cm. szarobiałe, pokurczone, atroficzne. Przekrój: chrząstkowato-twardy, jednostajny, szary. Drobnowidowo: Uderza bardzo znaczny stopnia zanik podścieliska, wskutek czego na pierwszy plan występuje obfitość naczyń krwionośnych, pokręconych, o ścianach zgrubiałych, przyczem tylko w drobniejszych naczyniach spotyka się i to tylko ślady zmian szklistych, najczęściej tylko w zakresie błony zewnętrznej (*adventitia*), czasem ślady w mięśniówce. Wśród grupowo ułożonych naczyń spotyka się twory kuliste, szklisto zwyrodniałe, które zarówno ze względu na obecność jeszcze nielicznych jąder mięśniówki a także zaznaczonego jeszcze gdzieniegdzie światła należy uważać za niedrożne naczynia krwionośne. Obok nich spotyka się wstęgowate pokręcone i poprzerywane pasemka tkanki szklistej (podłużnie przecięte naczynie krwionośne). Gdzieniegdzie spotyka się wyraźnie w całości szklisto zmienione naczynie z wyraźnem światłem i wyściółką śródbłonkową. W niektórych miejscach podścielisko jest tak zanikłe, że naczynia leżą prawie pod osłonką jajnika, która również w pewnych miejscach jest szklisto zwyrodniała.

Pęcherzyków pierwotnych i wogóle całego aparatu pęcherzykowego jajnika jest bardzo mało. Ani tzw. gruczołu śródmiąższowego ani jego prototypu niema śladu. Nieliczne ciałka białe są prawie zupełnie bez lipoidów na ich granicy; bardzo nieliczne grupki „komórek lipoidowych" wśród podścieliska. W całym jajniku uderza prawie zupełny brak lipoidów; o ile są, to barwią się typowo.

3. H. R. l. 45. Rodziła 9 razy. Ostatnio przed 6 l. Nie roniła. Miesiączka zawsze obfita 8 dni trwająca, od 16 lat po 10 dni i dłużej. Chora od 6 lat, od roku stan znacznie gorszy. Zmiękn enie kości bardzo znacznego stopnia, typowe. 9. VII. 1918. *Laparotomia.*

Jajniki: 2·8×1·5×1 cm. i 2×1·2×1 cm. szaro-białawe, twarde, blizny i pozaciągania obfite. Na przekroju: oprócz drobnego pęcherzyka, wypełnionego skrzepem krwi, nic szczególnego. Drobnowidowo: Wśród stosunkowo skąpego podścieliska obfita ilość naczyń kwionośnych szklisto zwyrodniałych, głównie w zakresie warstwy środkowej. W warstwie korowej grupami ułożone, obfite, okrągłe, owalne i wstęgowate ogniska tkanki szklistej. Aparat pęcherzykowy słabo rozwinięty. Ilość pęcherzyków pierwotnych, wzgl. dojrzewających, minimalna. Jeden dojrzały w okresie początkowym kurczenia się; w jego otoczce wewn. drobne kulki lipoidów typowo się barwiących. Tak w tym pęcherzyku, jak w bliznach wśród podścieliska, ilość lipoidów mniejsza, niż zwyczajnie w tych tworach. „Komórek lipoidowych" wśród podścieliska nie spotyka się wcale. Ani śladu gruczołu śródmiąższowego, ani też jego prototypu.

4. Z. Ł. l. 42. Rodziła 5 razy. Ostatnio przed 3 l. Nie roniła. Miesiączka prawidłowa. Chora od 3 lat (ostatni poród!). Zmięknienie kości miernego stopnia. Od 3 mies leczona fosforem. 15. I. 1920. *Laparotomia.*

Jajniki: 3½×3×1·2 cm. i 3×2×1 cm., szare, gładkie, podpowierzchniowo drobne torbielki i blizny. Na przekroju: Torbielki wypełnione jasnym płynem. Jeden pęcherzyk wypełniony skrzepem krwi, z wąziutką żółtą obwódką pofałdowaną. Starsze ciałka, białe blizny. Drobnowidowo: W warstwie rdzennej ubogiej w wiotką tkankę łączną bardzo obfite naczynia krwionośne, wykazujące różny stopień szklistego zwyrodnienia. Kora wąska i miejscami jakby rozrzedzona, w niej brak opisanych powyżej ognisk szklistych.

Aparat pęcherzykowy słabo rozwinięty. Pęcherzyków pierwotnych i dojrzewających brak. Jeden dojrzały w początkowym okresie kurczenia się, bez bujania otoczki wewn. Gruczołu śródmiąższowego niema ani też jego prototypu. Opisany pęcherzyk ze skrzepem krwi — to ciałko ż. w początkowym okresie rozwoju (R. Meyera). W nim lipoidy prawidłowe co do ilości (Polaryzacyjnie dodatnio!). Natomiast w torbielkach i wśród podścieliska lipoidy skąpsze.

5. K. W., l. 38. Miesiączka od 14 roku życia prawidłowa obfita. Rodziła raz przed 4 laty. Od tego czasu chora. Nie roniła. Zmięknienie kości bardzo znacznego stopnia. Zmarła 8. II. 1920. Sekcja: *Tracheo-bronchitis acuta. Scoliosis. Osteomalacia.*

Jajniki: 3×1½×1 cm i 3½×3×3 cm szaro-białe; blizny, pozaciągania na powierzchni prawego, lewy zaś gładki, gdyż prawie w całości zajęty jest przez torbiel z jasnym płynem. Na przekroju: prawy twardy, stare blizny, ciałka białe, 1 c. ż. starsze 3×4 mm. Drobnowidowo: Warstwa rdzenna składa się przeważnie z gęstej i obfitej sieci naczyń krwionośnych i porozszerzanych naczyń włosowatych, silnie krwią wypełnionych. W sieci tej naczynia krwionośne o widocznych ścianach wykazują tylko niewielki stopień szklistego zwyrodnienia, natomiast niektóre drobne naczynia przedstawiają się jako pierścienie szkliste. Samo podścielisko w stosunku do obfitości naczyń skąpe. Zaledwie tu i ówdzie pęcherzyk pierwotny lub kurczący się o utkaniu typowem. Ciałko żółte w końcowym okresie zmian wstecznych na przejściu ku białemu. Rozmaitej wielkości ciałka białawe. W całym aparacie pęcherzykowym, jak i dokoła ciał białych, lipoidów prawie niema. W ciałku ż. na przejściu ku białawemu są i typowo się barwią. W postaci drobniutkich kuleczek spotyka się je w tym jajniku w niektórych częściach przekroju wśród samego utkania, międzykomórkowo; części te nie mają jednak cech gruczołu śródmiąższowego ani też jego prototypu. W drugim jajniku zupełny brak lipoidów.

6. M. J. l. 32. Rodziła 6 razy. Ostatnio przedwcześnie (8. mies.)

przed 3 tyg; w 10 dni po porodzie silny krwotok. Miesiączki prawidłowe, obfite. Chora od ostatniej ciąży. Zmiękniene kości miernego stopnia. 21. II. 1920. *Laparotomia.*

Jajniki: 4×2½×1 cm i 3½×2½×1½ cm. Na przekroju: Oprócz bladożółtego c. ż. ciąży (3×2 mm), ciał białych i kilku torbielków z jasnym płynem koloidowym nic szczególnego. Drobnowidowo: W warstwie rdzennej miernie liczne naczynia krwionośne wykazują tylko gdzieniegdzie i to ślad zwyrodnienia szklistego w zakresie warstwy zewnętrznej. Natomiast liczne są wśród podścieliska falisto ułożone ogniska tkanki szklistej, pod którą należy się domyślać resztek po ciałach białawych, i twory owalne, okrągłe i pasmowate (pokręcone) szkliste. Aparat pęcherzykowy słabo rozwinięty. Tak w nim, jak i w ciałku żółtem ciąży, jak i dokoła ciał białawych, prawie zupełny brak lipoidów. Gruczołu śródmiąższowego ani też jego prototypu nie wykazano.

7. R. S 1. 40. Rodziła 12 razy. Miesiączka? Chora od? Zmięknienie kości znacznego stopnia. *Colpaporrhexis. Trepanatio.* Śmierć w kilka godzin. Sekcja (24. IV. 1920):

Jajniki: 3×3×1 cm i 3×2×1½ cm torbielkowato-zwyrodniałe. Na przekroju: ciałko ż. 0·5×0·3 cm jasno-słoninowate. Ciałka białe, torbielki z jasnym płynem. Drobnowidowo: Bardzo znaczna ilość naczyń krwionośnych o zaledwie zaznaczonem zwyrodnieniu szklistem. W istocie korowej obfite kłębki („kule") szkliste i wężykowate pasma szkliste. Całe podścielisko poprzerzynane przez liczne drobne torbielki. Pęcherzyki pierwotne nieliczne, również kurczące się. Gruczołu śródmiąższowego nie wykazano. Ciałko żółte połogowe typowo utkane, Ilość lipoidów bardzo skąpa; w pęcherzykach pierwotnych, torbielkach i wśród podścieliska brak ich zupełny; w ciałku żółtem i pęcherzykach kurczących się stosunkowo skąpe.

8. E. K. 1. 37. Nie rodziła. Nie roniła. Miesiączki prawidłowe, długotrwające, obfite. Chora od 5 lat. Przez dwa ostatnie lata leczona fosforem. Typowe zmięknienie kości bardzo znacznego stopnia. (Do pochwy daje się wprowadzić zaledwie jeden palec i to tylko do drugiego stawu — miednica sercowata). 6. VII. 1920. *Laparotomia*

Jajniki: 3×2×1⅓ cm i 3×1⅓×1 cm, biało-szare, gładkie. Prawy w znacznej części zajęty przez jeden torbielek, lewy drobnotorbielkowato zwyrodniały. Na przekroju: W prawym oprócz torbielka, którego ściana jest wysłana białą warstewką miąższu prawie niema. W lewym również mało miąższu z powodu licznych torbielków z jasnym płynem. Jeden podpowierzchniowo leżący pęcherzyk wypełniony skrzepem krwi, dokoła blado-żółtawa obwódka pofałdowana 1 mm gruba. W reszcie miąższu drobne ciałka białawe. Drobnowidowo: W istocie rdzennej liczne naczynia krwionośne, z nich niektóre wykazują szkliste zwyrodnienie w błonie zewnętrznej, rzadziej w średniej W istocie korowej liczne opisane powyżej ogniska kłębkowate i wstęgowate szkliste. W całym jajniku przebija w Giessonie czerwony ton od obfitej tkanki łącznej. Aparat pęcherzykowy słabo rozwinięty; pęcherzyków pierwotnych lub dojrzewających prawie nie spotyka się. Torbielki o utkaniu typowem. Opisany pęcherzyk ze skrzepem krwi — to ciałko żółte regularności w okresie bujania. Lipoidy skąpsze, niż zwyczajnie. Dokoła ciał białych i wśród podścieliska brak ich zupełny, są zaś wyraźnie skąpsze w ciałku żółtem, tylko mierna ich ilość w otoczce wewnętrznej i przegrodach, nieliczne również w jednem starszem ciałku żółtem na przejściu ku białemu. Gruczołu śródmiąższowego ani jego prototypu nie stwierdzono.

9. Ch. S. 1. 39. Rodziła 2 razy przed 16 i 14 laty. Nie roniła. Miesiączki prawidłowe, obfite. Chora od 3 lat, od ½ roku gorzej. Zmięknienie kości dość znacznego stopnia. 31. XII. 1920. *Laparotomia.*

Jajniki: 2½×1½×1 cm liczne bróździ i pofałdowania. Na przekroju twarde, chrząstkowate. Jedno ciałko żółte 1×½ cm z białą obwódką 1 mm grubą. Jedno starsze c. ż. barwy żółtawej. Drobne ciałka białawe, blizny. Drobnowidowo: We wnęce jajnika niektóre naczynia (średnie i drobne) wykazują początek szklistego zwyrodnienia w zakresie błony zewnętrznej. W istocie korowej dość liczne szkliste ogniska owalne, kłębkowate. W skąpym aparacie pęcherzykowym lipoidów prawie zupełnie niema. Tylko w jednym pęcherzyku dojrzałym w początkowym okresie kurczenia się („przez zarośnięcie") spotyka się nieliczne drobne ziarenka i kulki lipoidów w rozpadającej się błonie ziarnistej i w nieco przerosłej otoczce wewnętrznej. W ciałku żółtem (okres dojrzałości) lipoidów jest tak mało, że na pierwszy rzut oka przedstawia się ona, jak ciałko żółte ciąży, od którego różni się jednak brakiem kul koloidowych i małymi wymiarami komórek luteinowych. (Ciąża wykluczona w wywiadach i wśród laparotomji; wykonano nadpochwowe odcięcie macicy!) W ilości i jakości prawidłowej spotyka się lipoidy w ciałkach żółtych w końcowych ich okresach. Dokoła ciał białych brak ich zupełny. Gruczołu śródmiąższowego nie stwierdzono.

10. A. Sz. 1. 36. Rodziła 4 razy. Pierwszy raz przed 16 laty prawidłowo. Następne 2 razy wymóżdżenie. Obecnie cały czas ciąży przeleżała w łóżku. Zmięknienie kości możliwie najdalej posunięte. 2/I 1921. Cięcie cesarskie.

Jajniki: 2½×1½×1 cm i 2⅓×1½×1½ cm. Na przekroju: wybitnie twarde, włókniste. Poza starem, małem ciałkiem żółtem ciąży o jasnem słoninowatem zabarwieniu, reszta przekroju jednostajna. Drobnowidowo: Naczynia krwionośne wykazują zaledwie ślad szklistego zwyrodnienia tylko w błonie zewnętrznej. Wśród różowego zabarwienia w Giessonie od obfitej tkanki łącznej gdzieniegdzie ogniska homogenne. Kłębki szkliste bardzo skąpe. Aparat pęcherzykowy prawidłowo rozwinięty. W pęcherzykach kurczących się otoczka wewnętrzna prawidłowo bujająca. Lipoidy: W aparacie pęcherzykowym i w ciałku żółtem (poród!), znacznie skąpsze, niż prawidłowo; wśród podścieliska i dokoła ciał białych brak ich zupełny. Gruczołu śródmiąższowego nie stwierdzono.

11. S. E. 1. 45. Rodziła 8 razy. Nie roniła. Miesiączka prawidłowa. Chora od 1½ roku. Zmięknienie kości miernego stopnia. 12/V *Laparotomia.*

Jajniki: 2×2½×1 cm i 4×4×4 cm (torbiel) Przekrój: prawego: chrząstkowaty (oprócz 2 drobnych torbielków z jasnym płynem); lewy jajnik: oprócz torbielka z jasnym płynem miąższu prawie niema. Drobnowidowo: Tylko drobne naczynia krwionośne wykazują szkliste zwyrodnienie w zakresie błony zewnętrznej i średniej; w większych naczyniach tylko w błonie zewnętrznej. Prawie zupełny brak kłębków szklistych w korowej. Aparat pęcherzykowy słabo rozwinięty. Lipoidy: tylko w ścianie torbielów i to bardzo skąpe; bardzo skąpe komórki lipoidowe wśród podścieliska. Dokoła ciał białych brak zupełny. Gruczołu śródmiąższowego ani też jego prototypu nie stwierdzono.

12. F. B. 1. 50. Rodziła 10 razy. Ostatnio przed 10 1. Nie roniła. Miesiączki zawsze obfite długotrwające. Chora od 3 lat. Zmiękczenie kości miernego stopnia. 6/VI 1921. *Laparotomia.*

Jajniki: 2½×2×1 cm i 2½×2×1⅓ cm. W lewym na jednym biegunie świeża blizna po pękniętym pęcherzyku. Na przekroju: W prawym torbielek z białą wąziutką obwódką, szerszą na jednym biegunie W lewym świeże ciałko żółte ze skrzepem krwi. Pozatem starsze ciałka białe, blizny. Drobnowidowo: We wnęce bardzo obfita sieć naczyń krwionośnych, wykazujących szkliste zwyrodnienie błony zewnętrznej, rzadziej średniej. W korze ognisk szklistych prawie zupełny brak. Aparat pęcherzykowy bardzo słabo zaznaczony. pęcherzyków pierwotnych i dojrzewających brak. Pojedyńcze kurczące się, z tych niektóre wykazują bujanie otoczki wewnętrznej. Opisany torbielek w prawym jajniku pochodzi z ciałka żółtego; ścianę jego stanowi cienka warstwa komórek luteinowych, na jednym biegunie szerszą. Ciałko żółte regularności w lewym jajniku w okresie bujania. Lipoidy: Skąpość ich wyraża się tylko w mniejszej stosunkowo ich ilości w ciałku żółtem i w braku ich dokoła ciał białych. Pozatem są one obecne w bliznach wśród podścieliska i w ścianie torbielka; jakość ich prawidłowa. Gruczołu śródmiąższowego nie stwierdzono. (Dok. nast.)

Dr. med. A. Puławski, nacz. lek. Szpit. Dz. Jezus. Warszawa.

Uwagi kliniczne nad ziarnicą złośliwą (*lymphogranulomatosis*) z okazji trzech własnych przypadków.

Cierpienie to, wyodrębnione przez Sternberga (1898), jako niezwykła gruźlica układu chłonnego, zwróciło na siebie powszechną uwagę patologów i klinicystów i doczekało się dość pokaźnego piśmiennictwa. W naszem piśmiennictwie posiadamy poważną monografję S. Klejna [1]), opartą na własnym materjale i kilka cennych spostrzeżeń kazuistycznych [2]). Mając możność spostrzegania w tych czasach na moim oddziale szpitalnym trzech dość charakterystycznych przypadków tej choroby, pozwalam sobie zabrać głos w tej sprawie, która pod względem etjologicznym jest jeszcze niewyjaśniona a w praktyce codziennej przysparza lekarzowi niemało kłopotu tak co do rozpoznania, jak leczenia, a zwłaszcza rokowania.

Przypadek 1. 23-letnia M. W., niezamężna wieśniaczka przybyła na oddział 13. VI. 19. Od kilku miesięcy dokucza jej ból w lewym boku, osłabienie, gorączka, niepokoją ją gruczoły na szyji. Poprzednio była zdrowa i pochodzi z rodziny zdrowej. Chora jest blada, licho odżywiona, lekko gorączkuje (37·5°—38°). Na szyji, zwłaszcza z prawej strony, znajdują się gruczoły chłonne znacznie powiększone, leżące oddzielnie i w skupieniu, wielkości od ziarnka grochu do jaja kurzego, nie zrośnięte ze skórą, niebolesne, dość twarde. Takież guzy, ale mniejsze i w mniejszej liczbie, znajdują się w pachwinie lewej. W prawym wierzchołku płuc oddech zaostrzony. Wymiary serca nieco powiększone na prawo. U wierzchołka szmer przedskurczowy. Brzuch wzdęty, wyraźne chełbotanie (*ascites*). Śledziona macalna, znacznie powiększona, niebolesna. Obrzęki stóp. Brak miesiączki od roku. Mocz nic szczególnego nie przedstawia. Badanie krwi (kol. Mutermilch): ciałek czerwonych 1,576.000, białych 7200. Hemoglob. (Sahli) 20%, wskaźnik 0,7. Neutrochłonnych 74%, limfocytów 19%, przejściowych 20% myelocytów neutrochłonnych 20%, eozynochłonnych 0. Ciałka czerwone bardzo blade, wybitna anizocytoza, pojedyńcza pojkilocytoza. Jądrowych zaników krwi nie znaleziono. Liczba trombocytów normalna. Plazmodji niema. Zastosowano naświet-

---

[1]) Gaz. Lek. 1912. Nr. 13 i nast.

[2]) R. Hertz Med. 1912; tenże i A. Mamrot Med. 1913 tenże i T. Wretowski G. L. 1913. M. Erlichówna. Przegl. Ped. 1914. T. VI. Z. IV.

lanie promieniami Roentgena gruczołów i śledziony, zastrzykiwania *Natrii kakodylic.* do wewnątrz *Pillul Blaudi.* Stan chorej nie poprawiał się. Zjawiały się obrzęki na rękach, gorączka doszła do 39°, jednak spadła po kilku dniach do 37°. Powtórne badanie krwi (26. VI.) wykazało zmniejszenie hemoglobiny (17%), czerwonych ciałek 1,250.000, białych 7.400, w tem neutrochłonnych 66%, limfocytów 26%, przejściowych 7%, eozynochłonnych 1%.

Odczyn Wassermanna i Pirqueta ujemny. Stosowania promieni Roentgena zaniechano z powodu ciężkiego stanu chorej. Z tego powodu zaniechałem wycięcia gruczołu dla zbadania mikroskopowego, ale inne wyżej wymienione dane przemawiały za rozpoznaniem z i a r n i c y z ł o ś l i w e j.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e makro- i mikroskopowe, łaskawie wykonane przez kol. P a s z k i e w i c z a, rozpoznanie to potwierdziło. W płucach ani w innych narządach nie znaleziono żadnych danych, któreby przemawiały za gruźlicą. Guzy na szyji miały spoistość twardą, sprężystą, były otoczone tkanką łączną, z której łatwo je było wyłuszczyć, zabarwienie przekroju guzów było jednolite, żółtawo szare, powierzchnia przekroju lśniąca, wilgotna, nieco falista. Guzy otaczały duże pnie naczyniowe ze wszystkich stron, obrastały również i mięśnie szyjne. Żyła podobojczykowa prawa znacznie uciśnięta. Także guzy, wielkości kurzego jaja, widzimy pod rękojeścią mostka. W okolicy wnęki prawego płuca znajdujemy gruczoł wielkości migdała wewnątrz prawie czarny, na przekroju tło czarne, u jednego bieguna wyłepka szara, więcej soczysta. W części czarnej ognisko żółtawoszare, serowate wielkości grochu.

Znaleziono dalej bardzo znacznie powiększone gruczoły zaotrzewnowe, które kształtem, wielkością, spoistością i zabarwieniem przypominają guzy w okolicy szyji i śródpiersia. Także guzy widzimy w obu o k o l i c a c h p a c h w i n o w y c h. Ogółem wielkość ich dochodzi do wielkości dużej pięści z każdej strony. Tętnica brzuszna i żyła prawa dolna na całej długości otoczona dokoła bardzo powiększonymi gruczołami bez zmian w ścianach. W okolicy ż y ł y w r o t n e j liczne duże guzy o wyglądzie, jak wyżej.

Ś l e d z i o n a wyraźnie płatowa, waży 447 grm. Długość 20 ctm, szerokość 12, grubość 3·5 ctm. Otoczka cienka, na przekroju powierzchnia marmurkowata, tło ciemno-wiśniowe, a na ścianie różowo-szare wysepki z szaro-żółtawymi guzkami, występującymi nad powierzchnią. Kontury guzków zatarte *hyperplasia lienis*).

T r z u s t k a dość twarda, duża, szaro-żółtawa, zraziki wyraźne. Otaczają ją zewsząd duże (do wielkości jaja) guzy o wyglądzie guzów, opisanych na szyji i w śródpiersiu.

Pomijam inne mniej ważne szczegóły badania pośmiertnego; zaznaczono w protokole sekcyjnym n i e d o k r w i s t o ś ć w s z y s t k i c h n a r z ą d ó w.

Szczegółowe badania histologiczne będą przedmiotem oddzielnej pracy, którą zamierza wydać kol. P a s z k i e w i c z na obfitszym materjale sekcyjnym. Pod względem klinicznym podkreślić wypada w przypadku wyżej opisanym następujące cechy: przebieg z zejściem śmiertelnem w ciągu dość krótkiego czasu (niecały rok), brak danych dziedzicznych i osobistych co do istnienia gruźlicy, gorączka tylko w początkowym okresie (do 39°), w późniejszym stan podgorączkowy. We krwi, oprócz znacznej niedokrwistości, żadnych zmian charakterystycznych nie znaleziono. Obrzęki i przesięki (opuchlina jamy brzusznej, osierdziowej i opłucnej) zależały od niedokrwistości, charłactwa, po części od ucisku guzów na żyły-podobojczykową, pustą, nie od nerek. W sercu zmian na zastawkach nie było, mięsień normalny. Uderzającą była mnogość guzów na całej przestrzeni układu chłonnego nawet tam, gdzie gruczołów chłonnych nie ma, ale gdzie są naczynia chłonne i tkanka łączna, stanowiąca rodzaj układu szpar chłonnych. Toby przemawiało za poglądem S. K l e j n a (l. c.), że ziarnica złośliwa jest c i e r p i e n i e m t k a n k i l i m f a t y c z n e j w s z e r o k i e m z n a c z e n i u t e g o w y r a z u, a może nawet tkanki łącznej wogóle.

P r z y p a d e k 2. F. J. 15-letnia dziewczyna wiejska przybyła na oddział d. 5. IX. 19 r., pochodzi z rodziny zdrowej. Od 2 lat rosną jej guzy na szyji z lewej strony, od roku zaczęły rosnąć z prawej strony i w innych miejscach — pod pachami, nad i pod obojczykiem. Skarży się na bardzo wielkie osłabienie, chudnie, choć łaknienie ma dobre, stolec prawidłowy. Perjodów jeszcze nie miała. Budowa wątła, mały wzrost (146 ctm), mała waga (31·4 klg.), nędzne owłosienie, brak tkanki tłuszczowej, bladość skóry i błon śluzowych. Z obu stron na szyji przez skórę wypukłają się duże (wielkości dużej męskiej pięści) u dolnych kątów żuchwy guzy, w których okiem odróżniamy szereg pojedyńczych guzków okrągławych, wielkości od dużej fasoli do małego kurzego jaja; guzy wydają się jako pojedyńcze, przy omacywaniu dość miękkie. Pod pachami z obydwu stron takież guzy do wielkości kurzego jaja; w pachwinach wyczuwa się guzy znacznie mniejsze. Prócz tego znajdują się mniejsze guzy nad i pod obojczykiem i w niektórych innych miejscach klatki piersiowej.

P ł u c a — w prawym wierzchołku lekkie stłumienie, oddech wydłużony. Rzężeń ani kaszlu niema. Serce — u wierzchołka szmer skurczowy. Ś l e d z i o n a dochodzi niżej pępka na 3 palce, twarda, niebolesna. W ą t r o b y nie wyczuwa się. W moczu c.wł. 1008 niema białka ani cukru. Odczyn dwuazowy, ujemny. Badanie k r w i (w pracowni szpitalnej kol. M u t e r m i l c h a 6. IX.) Hemogl. 30% (Sahli); czerw. ciałek 3,600.000, wskaźnik 0,5; ciałek białych 55.000, w tem obojętnochłonnych 86,5%, myelocytów obojętnochłonnych0, 75%, limfocytów 9,5%, przejściowych 2,25%, eozynochłonnych 0,75%, bazochłonnych 0,25%. Wyraźna anizocytoza, nieznaczna pojkilocytoza, nieliczne polichromatochłonne. Czerwone krążki blade, normoblastów nie znaleziono. Odczyn Wassermanna ujemny.

Stan podgorączkowy (37,2—37,6). Nasuwała się wątpliwość, czy mamy do czynienia z białaczką szpikową (*Leukaemia myelogenes*), czy z ziarnicą złośliwą. Chorą przedstawiłem na posiedzeniu klinicznem w szpitalu D. Jezus. Zdania były podzielone, przeważnie oświadczano się za gruźlicą, odradzano stosowanie leczenia przeciwbiałaczkowego. (Roentgen i benzol), zwłaszcza, że działa ono przeważnie tylko w białaczce typu limfatycznego. Zastosowano chorej werandowanie, kąpiele słoneczne, zastrzykiwania *natr. kakod.*, do wewnątrz żelazo oraz naświetlanie gruczołów promieniami Roentgena. Stan chorej nieco się poprawił, była mniej apatyczna, wyglądała lepiej, ale to trwało niedługo. Następne badania krwi poprawy nie ujawniały. 23. IX. hemoglob. podniosła się do 35%, ale liczba ciałek czerwonych wynosiła 3,200.000, białych 74.000, w tem neutrochłonnych 85·5%, limfocytów 8,75%, przejściowych 2%, eozynochłonnych 0,5%, neutrochłonnych myelocytów 0,25%. 27. IX. hemogl. 32%, czerw. ciałek 3,320.000, białych 50.000, w tem neutrochł. 81,5%, myelocytów neutrochłonnych 0,5% leukocytów obojętnochł. 14%, przejściowych 3,25%, eozynochłonnych 0,5%.

Dla zbadania usunięto 2 guzki z lewej strony około obojczyka. Badanie drobnowidowe (kol. L. P a s z k i e w i c z) wykazało typowy obraz ziarnicy złośliwej. Sok wyciągnięty z guzka zastrzyknięto śwince morskiej (kol. S. M u t t e r m i l c h). Próba Pirqueta dała wynik ujemny. Stan chorej stopniowo się pogarszał, zjawiły się obrzęki, przesięki, rozwolnienie, bóle brzucha. Chora zmarła 11. XI. 19.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e (kol. L. P a s z k i e w i c z) dało wynik bardzo podobny do poprzedniego, zwłaszcza co do charakteru guzów. Pod mostkiem znajdował się zespolony z rękojeścią mostka pakiet gruczołów wielkości dużej pięści męskiej szaro-biały a w nim wyraźne ognisko żółtawe.

G r u c z o ł y w n ę k i p ł u c n e j powiększone, obok czarnych ogniska żółtawo białe. W tylnej części górnego lewego płata ogniska żółtawe, obok szare guzki wielkości grochu. Szczyty płuc wolne.

G r u c z o ł y z a o t r z e w n o w e powiększone do wielkości jaja kurzego, miękkie, szaro-białawe. Wzdłuż mięśnia lędźwiowo-biodrowego znajdowały się gruczoły powiększone. Ś l e d z i o n a bardzo duża, wagi 785 gr. Wymiary 20 ctm.×13×4,5, powierzchnia guzowata. Otoczka ciemna. Guzy przeświecające przez otoczkę szaro-różowe, spoistości twardej. Przekrój marmurkowaty, szereg żółtawo-białych poszczególnych zlewających się guzków od łebka szpilki do orzecha, wystających nad powierzchnię, spoistości znaczniejszej, jak miąższu. W ą t r o b a dość duża, powierzchnia gładka, przekrój szaro-brunatny. Rysunek zatarty.

Przypadek powyższy przedstawiał pewne trudności w rozpoznaniu, rozstrzygniętem przez badanie drobnowidowe wyciętego guzka, co niezawsze daje się uskutecznić w praktyce codziennej. Dość niezwykłe wyniki dało w tym przypadku badanie krwi. S. K l e j n (l. c.) zaznacza, iż leukocytoza w ziarnicy złośliwej rzadko dochodzi do znacznych rozmiarów. Najwyższe liczby, jakie widział K l e j n były 23.600 — 35.000 i to w przypadku, gdzie większość gruczołów uległa rozmiękczeniu, tj. że było powikłanie zapaleniem ropnem. Jako *curiosum* K l e j n przytacza przypadek S c h u r a, w którym leukocytoza wynosiła 240.000. W moim przypadku leukocytoza wahała się w granicach 50—55 do 74 tysięcy, z przewagą znaczną neutrochłonnych wielojądrzastych 81.5% — 86·5% —88·5% z ubóstwem eozynochłonnych — 0·5%. O ile przypadek 1-szy zbliżał się do typu t. zw. b r z u s z n e g o, o tyle 2-gi był postacią b i a ł a c z k o w ą (znaczne powiększenie śledziony, wybitna leukocytoza).

P r z y p a d e k 3. 40-letnia M. F. zamężna i dzietna wieśniaczka przybyła na oddział d. 20. IV. 20 r. Była naogół zdrowa. Od 4 miesięcy ma guzy na szyji i pod pachami, cierpi na duszność, kaszel, ból brzucha. Przez krótki czas leczyła się w szpitalu w Radzyniu. Tam jej wypuszczono z prawej opłucnej nieco płynu, ale jej to nie pomogło. Na pierwszy rzut oka uderzał wyraz jej oczu, jakby wytrzeszcz, który przy bliższem badaniu okazał się skurczem mięśnia podnoszącego powiekę (objaw S t e l l w a g a) bez innych objawów choroby Basedowa. Odżywienie dobre. Stan gorączkowy (38,2°) po 4 dniach przeszedł zupełnie. Z obu stron szyji w kątach żuchwy powiększone gruczoły chłonne, oddzielne i w pakietach, wielkości od grochu do małego jaja kurzego. Gruczoły nie są zrośnięte ze skórą, dość twarde, niebolesne. Pod lewą

pachą widzimy gruczoł wielkości i postaci cytryny, twardy, ruchomy, niebolesny. W obu pachwinach gruczoły w niewielkich pakietach, poszczególne wielkości fasoli. Badanie klatki piersiowej wykazuje z przodu stłumienie na całej przestrzeni granic płuc i serca. Z tyłu z prawej strony stłumienie zaczyna się od kąta łopatki do dołu, z lewej — odgłos normalny. Na miejscu stłumienia, z tyłu w górnych częściach, oddech wydłużony, w dolnych, osłabiony; świsty i furczenia; w dolnych częściach z tyłu — niewyraźny kozibek (*egophonia*). Tony serca czyste, dość mocne. Tętno 72, miarowe, współczesne na tętnicach sprychowych obu rąk, podczas łykania w dołku szyjnym wyczuwa się niejaki opór. Wątroba i śledziona niemacalne. Brzuch niebolesny. Mocz normalny. Prześwietlanie promieniami Roentgena wykazuje zaćmienie pola płucnego w całości z ostro wyrażoną granicą lewą, mniej intenzywną prawą. Serce zupełnie zasłonięte (kol. Drozdowicz). Rozpoznanie waha się między zapaleniem opłucnej wysiękowem znacznego stopnia, może połączonem z zapaleniem wysiękowem worka sercowego, a guzem śródpiersia przedniego. 21. IV. z prawej opłucnej wypuszczono 750 ctm płynu przeźroczystego, barwy bursztynowej, zawierającego dużo włóknika tak, że ulega natychmiastowemu krzepnięciu. C. wł. 1015, próba Rivalty słabo dodatnia, białka 3%, w osadzie nieco czerwonych krążków, białych ciałek 20—30 w polu widzenia (prawie wyłącznie limfocyty) poszczególne komórki śródbłonkowe. Żadnych drobnoustrojów w posiewach i drobnowidowo nie znaleziono (kol. Mutermilch). Po wypuszczeniu płynu stłumienie z tyłu zmniejszyło się, z przodu z prawej strony od góry otrzymuje się przy opukiwaniu odgłos bębenkowy. Przy osłuchiwaniu w tem miejscu oddech jest normalny, z tyłu świsty i furczenia. Duszność niewiele się zmniejszyła. Myślałem o próbnem przekłuciu worka sercowego. Po naradzie z kol. Skłodowskim zaniechaliśmy tej próby wobec tego, że tony serca były mocne, uderzenie wierzchołkowe wyraźne. 28. IV. wypuszczono powtórnie z prawej opłucnej 1450 ctm płynu, który posiadał ten sam charakter co poprzednio, tylko nie krzepł tak prędko. Próba Rivalty słabo dodatnia, białka 2·83%, osad i posiew — jak wyżej. Duszność zmniejszyła się znacznie — zjawiska wypukowe i osłuchiwanie są bez zmiany. Guzy na szyi nie zmniejszają się, zjawiają się nowe w różnych miejscach klatki piersiowej. Rozpoznanie przechyla się stanowczo w stronę guza śródpiersia, co potwierdza wezwany na naradę kol. Sławiński. Badanie krwi wykazuje hemogl. 75% (Sahli), czerwonych krwinek 4,128 000, białych 10.400, w tem neutrochłonnych 90%, limfocytów 7%, przejściowych 1%, eozynochłonnych 2%. Odczyn Wassermanna był ujemny, tak samo ujemny odczyn Pirqueta. Zachowanie się limfocytów przemawia przeciw temu, aby guz był zależny od powiększenia grasicy, gdyż w takich razach mamy wybitną limfocytozę (*status thymico-lymphaticus*). Najbliższem prawdy w danym przypadku wydało mi się przypuszczenie, iż guz śródpiersia zależał od znacznego powiększenia gruczołów chłonnych o charakterze ziarnicy złośliwej. Takiego charakteru były niewątpliwie guzy na szyi, pod pachą i zjawiające się w naszych oczach nowe guziki na klatce piersiowej. Niestety, chora nie godziła się na wycięcie jednego z tych guzów, coby rozstrzygnęło ostatecznie rozpoznanie. Ziarnicę złośliwą tego typu, co opisauy wyżej, S. Klejn (l. c.) zanotował w swojej statystyce 5 razy. Leczenie musiałem ograniczyć tylko do zastrzykiwań *natrii kakod.*, gdyż przeniesienie chorej do pracowni Roentgena dla prześwietlań zanadto ją męczyło. Chora, poczuwszy pewną ulgę, wypisała się ze szpitala 16. VI. Ostatnie badanie Roentgenem (14 V.) wykazuje, iż zaciemnienie prawego pola płucnego jest znacznie słabsze, że dolny odcinek serca jest już widoczny. Silny i ograniczony zarys guza trwa dalej.

Powyższe trzy przypadki przedstawiają nam wielopostaciowość kliniczną ziarnicy złośliwej, pewne trudności rozpoznawcze, fatalne rokowanie i bezsilność leczenia. Co do etjologji dostarczyły one tylko dowodów ujemnych w kierunku kiły (ujemny odczyn Wassermanna), jak również gruźlicy, którą stale podejrzywamy, iż ma główne znaczenie w powstawaniu tej choroby. W moich trzech przypadkach odczyn Pirqueta wypadł ujemnie, a w 2 sekcyjnych makroskopowo nie znaleziono żadnych śladów gruźlicy, a badanie mikroskopowe wykonane przez kol. L. Paszkiewicza wyniki te potwierdziły — nie znaleziono ani laseczek Kocha, ani ziarn Mucha. Szczepienie świnki morskiej sokiem wyciśniętym z wyciętego gruczołu dało kol. Mutermilchowi wynik ujemny.

Szczepień tuberkuliną bydlęcą nie robiłem, gdyż nieznaną mi była podczas moich spostrzeżeń praca Steigera (Zeits. f. klin. Med. 1914 przyt. przez Erlichównę), który wykonywał tę próbę i otrzymywał bardzo silny odczyn, co skłoniło go do przypuszczenia, że ziarnica złośliwa u ludzi jest wynikiem zakażenia gruźlicą bydlęcą (*typus bov nus*).

W końcu pozwolę sobie przytoczyć przykład, jak ważne znaczenie w rozpoznaniu różniczkowem ziarnicy złośliwej ma zbadanie histologiczne wyciętego za życia gruczołu. Przypadek ten przedstawiłem na jednem z posiedzeń klinicznych szpit. D. Jezus.

Chora 60-letnia przybyła na mój oddział 24. XII. 21 z guzem w jamie brzusznej nad pępkiem Guz był wielkości jaja kurzego, gładki, ruchomy, niebolesny. Chora nie miewała żadnych przypadłości żołądkowych (wymiotów, bólów), a główną jej skargą było ogólne osłabienie i bóle w gruczołach szyjnych, pachowych i innych. Powiększenie tych gruczołów wystąpiło przed dwoma miesiącami, w miesiąc po zjawieniu się guza brzusznego. Z obu stron szyji w okolicy kąta żuchwy znajdują się pakiety znacznie powiększonych gruczołów chłonnych, dość twardych, nie zlewających się ze sobą, takiż pakiet nieco mniejszy znajduje się pod prawym obojczykiem, duży pakiet pod pachami, mniejszy w pachwinach. Śledziona i wątroba niemacalne. Stan podgorączkowy, odżywienie liche, skóra blada, charłacza. W prawym szczycie płucnym oddech wydłużony drobne rzężenia. Żołądek naczczo pusty, w godzinę po śniadaniu próbnem ogólna kwasota 12, wyraźne ślady wolnego HCl, brak kwasu mlecznego. Mocz normalny. We krwi nieznaczna leukocytoza (10.000 ciałek białych), przeważnie neutrochłonnych, brak eozynochłonnych. Odczyn Wasserm. ujemny. Narządy płciowe normalne. Wiek, charłactwo, guz, przemawiały za nowotworem złośliwym z generalizacją w gruczołach chłonnych, ale tak znaczne powiększenie prawie wszystkich gruczołów chłonnych, ich charakter, stan podgorączkowy, brak wyraźnych objawów ze strony żołądka budziły podejrzenie ziarnicy złośliwej, które to przypuszczenie podzielali niektórzy obecni na posiedzeniu koledzy. Badanie histologiczne jednego z powierzchownie leżących gruczołów na szyji, wykonane przez kol. L. Paszkiewicza w pracowni prof. Hornowskiego, wykazało: budowa prawie zupełnie zatarta, w polu widzenia ogniska z dużych komórek typu nabłonkowego. Pierwoszcze bardzo wyraźne, jądra pęcherzykowate, bogate w chromocyty z wyraźnemi jąderkami. Pierwoszcze komórkowe wykazuje miejscami zwyrodnienie śluzowe. Rozpoznanie — rak, prawdopodobnie przerzuty raka żołądka. Chora, pomimo stanu dość ciężkiego, wypisała się ze szpitala 23. XII. 1921.

Rokowanie wobec takiego rozpoznania stało się już zupełnie beznadziejnem, choć, jak wiemy, nie jest ono o wiele lepszem i w ziarnicy złośliwej, która, tylko może w tempie mniej szybkiem, prowadzi również do fatalnego zejścia. W niektórych przypadkach (jak w moim 3-cim) niemożność zastosowania tej rozstrzygającej metody rozpoznawczej wprawia w kłopot klinicystę i daje pole do różnych przypuszczeń.

Doc. Dr. Franciszek Walter. Kraków

W sprawie przynależności angiolupoidu (Brocq-Pautrier) do gruźlicy skóry, a w szczególności do miliarlupoidu Boecka.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych państw. Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.
(Prymarjusz: Doc. Dr. Fr. Walter).

W roku 1913 opisali Brocq i Pautrier[1]) nieznaną postać gruźlicy skóry, której nadali nazwę *»l'angiolupoide«*. Mieli oni sposobność spostrzegać i opisać sześć przypadków, z bardzo charakterystycznemi objawami klinicznemi, tak co do wieku chorych, jak i siedziby, zabarwienia, wejrzenia i zachowania się powierzchownych naczyń krwionośnych. Niektórzy autorowie, jak Boeck, Jadassohn, Zieler, nie uznali cierpienia tego za osobną postać chorobową, uważając je za odmianę »miliarlupoidu«, opisanego przez Boecka.

W marcu 1921 r. miałem sposobność spostrzegać typowy przypadek, z charakterystycznemi klinicznemi i anatomopatologicznemi cechami, jakie podali w swej pracy Brocq i Pautrier.

J. P., l. 38, służąca, zgłosiła się do ambulatorjum oddziału chorób skórnych Szpitala św. Łazarza dnia 28. III. 1921 r., ze zmianą chorobową na grzbiecie nosa, trwającą od 1½ roku. Zmiana ta rozpoczęła się nieznacznem zaczerwienieniem na skórze grzbietu nosa, powiększając się stopniowo aż do obecnych rozmiarów. Dolegliwości nie odczuwała chora żadnych, a pragnęła usunąć narośl tylko ze względów kosmetycznych. W wywiadach podała, że przed 6 laty, przez przeciąg zimowych miesięcy silnie kaszlała, plwocina była bardzo obfita z domieszką krwi; chora czuła się przytem silnie osłabioną, i miewała częste dreszcze, szczególniej w porze popołudniowej. Ostatnia menstruacja przed 2 tygodniami.

Badanie w d. 28. III. 21 r.: Chora jest miernie odżywiona, wątłej budowy, skóra blada, wiotka. Gruczoły chłonne podszczękowe i szyjne powiększone. Granice płuc obniżone, odgłos opukowy w szczytach słumiony, szmery oddechowe zaostrzone. Wymiary serca prawidłowe. W narządach jamy brzusznej zmian nie

[1]) Annal. de Dermat. 1913. 1.

można wykazać. Wątroba i śledziona niewyczuwalne. Mocz bez białka i cukru. Układ nerwowy bez zmian.

Na skórze grzbietu nosa, w górnej połowie i na bocznych częściach, wykwit ściśle odgraniczony, występujący ponad powierzchnię skóry, kształtu owalnego, o poprzecznej średnicy 1·4 cm, a podłużnej 2 cm. Powierzchnia gładka, na obwodzie nieznaczne wyniosłości, w postaci płaskich guzków. Naskórek wybitnie gładki, cienki, napięty, w środku prześwieca sieć porozszerzanych naczyń krwionośnych, tworzących obfity splot. Nigdzie nie można zauważyć ani blizny, ani łuszczenia się naskórka. Zabarwienie zmiany żółtawo czerwonawe, w środku z odcieniem wybitnie żółtym. Przy badaniu uciskowem szkiełkiem przedmiotowem, występuje wybitnie żółty odcień w głębszych warstwach, guzków typowych dla tocznia nie ma nigdzie. Przy badaniu dotykiem, odnosi się wrażenie zawartości miękkiej, a przy ucisku palcami wrażenie rozgniatania nacieku.

Odczyn Wassermanna jakoteż Sachsa i Georgi'ego ujemne. Wstrzyknięcie podskórne 0·0005 g starej tuberkuliny Kocha, nie wywołuje odczynu ani ogólnego, ani ogniskowego, ani w miejscu wkłucia, również powtórzenie wstrzyknięcia w dawce 0·0015 gr pozostało bez odczynu. Odczyn skórny Pirqueta rozcieńczoną tuberkuliną (1:10) bardzo słabo dodatni, nieco silniej dodatni przy rozcieńczeniu 1:1. Odczyn śródskórny (Mantoux 1:5000) słabo dodatni.

2. IV. wycięto w znieczuleniu miejscowem ognisko chorobowe (Dr. G l a t z e l) a powstały ubytek skórny pokryto płatami naskórka, wziętemi z przedramienia. Przebieg zabliźniania się rany pooperacyjnej zupełnie prawidłowy, po upływie dwóch tygodni naskórek wypełnił w zupełności ubytek, a po miesiącu zgłosiła się chora z doskonałym wynikiem kosmetycznym.

Część wyciętej zmiany chorobowej z części przybrzeżnej zaszczepiono 2 świnkom morskim. Świnkę morską białą, wagi 340 gr. zaszczepiono miazgą podskórnie w okolicy gruczołów pachwinowych, świnkę szarą wagi 350 gr. śródotrzewnowo, ta jednak po trzech dniach padła. Świnka biała przez przeciąg kilku miesięcy zupełnie zdrowa. Sekcja w dniu 5. 11. 921. nie wykazała żadnych podejrzanych zmian.

Pozostałą część wyciętej zmiany chorobowej utrwalono w wyskoku w celach badania histologicznego i zatopiono w celoidynie. Wycięto osobne kawałki ze środka i obwodowych części zmiany. Skrawki barwiono różnemi sposobami

W obrazie drobnowidowym naskórek przedstawia się jako warstwa zanikła, miejscami, zwłaszcza w pobliżu ujść torebek włosowych, w nieznacznej ilości zachowanych, nieco szersza, składająca się z 4—5-ciu warstw komórek; przeważnie jednak warstwa naskórka składa się z 2 pokładów komórek. Warstwa brodawkowa skóry zupełnie wygładzona, odgranicza się prostą linją od naskórka; sople naskórka zanikłe i wygładzone.

Warstwa komórek podstawowych zawiera znaczniejszą ilość barwika. Warstwa komórek kolczastych, złożona z komórek zcieńczałych, wydłużonych, kształtu owalnego, spłaszczonych: pomiędzy komórkami znajdują się tu i ówdzie pojedyńcze komórki okrągłe. Warstwy ziarnistej brak, gdzieniegdzie zachowana tylko w postaci kilku komórek. Warstwa zrogowaciała bardzo cienka, gdzieniegdzie rozmieszczone są w niej jądra komórek, niezupełnie zrogowaciałych.

Warstwę skóry brodawkową, zupełnie wygładzoną, zajmuje naciek, prawie w całej jej rozciągłości, sięgający w warstwę podbrodawkową aż do tkanki podskórnej. Podchodząc pod warstwy naskórka tworzy naciek jednolite zbite pokłady; ku środkowi i w dolnych swych częściach gromadzi się naciek, w licznych ogniskach, w postaci grup okrągłych lub owalnych. Wokoło porozszerzanych naczyń krwionośnych, zwłaszcza w górnych warstwach, grupuje się naciek gęściej, otaczając niekiedy ściany naczyń, jakgdyby płaszczem.

W warstwach środkowych skóry, naciek gromadzi się w pojedyńczych ogniskach, odgraniczonych od siebie pasmami tkanki łącznej; ugrupowanie to występuje wybitniej jeszcze w głębszych warstwach skóry właściwej, dochodząc do tkanki podskórnej a nawet w głąb tkanki tłuszczowej. Grupy nacieku tworzą pojedyńcze ogniska, różnej wielkości i kształtu, okrągłe lub podłużne i owalne, porozdzielane włóknami tkanki klejorodnej. Większe ogniska, podzielone są jeszcze w środku wąskiemi pasmami tkanki klejorodnej, na kilka drobnych ognisk. Ku częściom obwodowym, w pobliżu naskórka, ugrupowanie nacieku ulega zmianie na jednolitą warstwę nacieku, w której tu i ówdzie znaleść można resztki przegród tkanki klejorodnej.

Skład nacieku jest dość różnorodny. Stanowią go w znacznej ilości komórki okrągłe, nabłonkowate, komórki tkanki łącznej i komórki olbrzymie. Komórki okrągłe w górnych warstwach nacieku, tworzą obfite pokłady, gromadzące się zwłaszcza dookoła naczyń krwionośnych, tworząc pasma o jednolitem utkaniu; gromadzą się one również w warstwach środkowych nacieku dookoła grup komórek nabłonkowatych. Szczególniej wybitnie jednolitą warstwę tworzą pod naskórkiem, jakby płaszczem nakrywając niżej położone warstwy skóry właściwej. Poniżej tej warstwy spotyka się już ugrupowanie nacieku ogniskowe, złożone przeważnie z komórek nabłonkowatych, w górnych jeszcze warstwach utrzymują się ogniska złożone z samych komórek okrągłych, jednak dość rzadkie. Komórki nabłonkowate, z dużem, owalnem, pęcherzykowatem, nieregularnem jądrem, z szerokim, jasnym pasem protoplazmy, gromadzą się obficie w środkowych i dolnych warstwach nacieku, tworząc ogniska, o kształtach przeważnie okrągłych. W warstwach środkowych, zbliżonych ku dolnej warstwie nacieku drobnokomórkowego, komórki nabłonkowate znajdują się z komórkami okrągłemi i olbrzymiemi; w dolnych natomiast warstwach spotykamy już nagromadzenia komórek nabłonkowatych, bez domieszki innych komórek. Komórki tkanki łącznej, przerosłe znajdują się w znacznej ilości, gromadząc się na obwodzie poszczególnych ognisk, również i w warstwach tkanki, odgraniczających poszczególne ogniska. Komórki olbrzymie, typu Langhansa, z dużą ilością jąder, ułożonych wieńcem na obwodzie komórki, z protoplazmą uległą martwicy, rozmieszczone są przedewszystkiem w środkowych warstwach nacieku, bez względu na jego postać i ugrupowanie; miejscami tworzą nawet osobne zbiorowiska, złożone z kilku do kilkunastu komórek olbrzymich na obwodzie otoczone wałem komórek nabłonkowatych i okrągłych. W górnych warstwach nacieku rozrzucone są w niewielkiej ilości przeważnie pojedyńczo. Komórki tuczne znajdują się w niewielkiej ilości, komórek plazmatycznych niema.

Włókna tkanki klejorodnej, tuż pod naskórkiem w warstwach górnych nacieku prawie zupełnie zanikłe; zachowane są gdzieniegdzie tylko pojedyńcze włókienka, otaczające części nacieków i dzielące je na pojedyńcze odcinki. W dolnych warstwach zachowane są już w większej ilości, brak ich tylko w większych i bardziej zbitych częściach nacieku. Gniazda komórek naciekowych otoczone są pasmami zachowanych włókien tkanki klejorodnej; miejscami tworzą zbite pasma wskutek ucisku przez dwa sąsiadujące gniazda komórek naciekowych. W niektórych ogniskach włókna tkanki klejorodnej zachowane są jako pojedyńcze pasemka nitkowate, dzielące gniazda te na części.

Włókna sprężyste, w obrębie nacieku prawie w zupełności zniszczone, gdzieniegdzie tuż pod naskórkiem zachowane są jako pojedyńcze wiązki w dolnych i środkowych warstwach, gdzie naciek przedstawia się w postaci poszczególnych gniazd, utrzymane są częściowo, otaczając grupy naciekowe lub dzieląc gniazda na części.

Naczynia krwionośne są zwłaszcza w górnych warstwach, tuż pod naskórkiem bardzo znacznie porozszerzane; śródbłonek nieco wybujały; dookoła otoczone są zbitym płaszczem nacieku. Również podobnie porozszerzane są i naczynia chłonne.

Gruczoły potne zachowane, otoczone gęstym naciekiem. Gruczoły łojowe zanikłe

Poszukiwania prątków kwasoodpornych jak również i ziarenek Mucha, tak w preparatach ze skrawków barwionych, jak również w wyciągu antyforminowym z tkanek dały wynik zupełnie ujemny.

W opisanym przypadku u kobiety 38-letniej stwierdziliśmy bardzo charakterystyczną zmianę chorobową na skórze grzbietu nosa, występującą nieco nad poziom skóry, o środku wklęsłym, o powierzchni gładkiej, zabarwieniu czerwonawo-żółtawem, z obfitą siecią porozszerzanych powierzchownych naczyń krwionośnych. Badanie histologiczne wyciętej zmiany wykazuje istnienie nacieku, w górnych warstwach jednolitego, złożonego przeważnie z komórek okrągłych z domieszką komórek nabłonkowatych, olbrzymich i przerosłych komórek tkanki łącznej, natomiast w warstwach środkowych i dolnych wykazuje w obrazach drobnowidowych utkanie miliarlupoidu B o e c k a. Naciek grupuje się w gniazda, złożone przeważnie z komórek nabłonkowatych, pooddzielane od siebie resztkami zachowanych włókien tkanki klejorodnej i sprężystej. Naczynia krwionośne znacznie porozszerzane; prątków kwasoodpornych niema, odczyny biologiczne ze starą tuberkuliną Kocha ujemne.

Przytoczone powyżej charakterystyczne cechy chorobowe, zgadzają się z opisami B r o c q a i P a u t r i e r a, pozwalając na rozpoznanie opisanego przez nich cierpienia »angiolupoidu«. »Swoiste to cierpienie powinno zająć miejsce w grupie gruźlicy skóry, i to obok tocznia i Sarcoidu B o e c k a; budowa obu tych schorzeń jest w istocie prawie jednakowa. Wyniki ujemne szczepień i brak prątków Kocha, wskazują, że sprawa ta należy raczej do grupy atypowej gruźlicy skóry t. j. do grupy schorzeń skórnych, mających czysto gruźliczą budowę, nie zawierających jednak prątków gruźliczych i nigdy lub bardzo rzadko wywołujących gruźlicę u zwierząt.«[1])

Część szkoły niemieckiej sprzeciwia się pojmowaniu powyżej opisanego cierpienia przez francuskich autorów, jako osobnej postaci chorobowej. Zasadniczo sprzeciwia się Z i e l e r, uważając zmiany tak kliniczne jak i histologiczne za formę miliarlupoidu, opisanego przez B o e c k a. Również sam B o e c k uważał cierpienie to za identyczne z formą przez siebie opisaną. Podobnego zdania jest i J a d a s s o h n, sądząc że histo-

[1]) Brocq i Pautrier. Annal. de dermat. 1913. 1.

logicznie angiolupoid pozostaje w blizkości miliarlupoidu Boecka i »*Lupus pernio*«.

Przeciwnie dla Lewandowskiego, mimo znacznego podobieństwa ze zwykłym toczniem, jak również z formą guzkową miliarlupoidu, istnienie angiolupoidu, jako swoistej osobnej postaci chorobowej, nie ulega wątpliwości. »Po bardzo dokładnym opisie autorów i z wrażenia, jakie odniosłem z przypadku, który przed kilku laty miałem sposobność oglądać u Brocqa, nie wydaje mi się możliwem utożsamianie angiolupoidu z jakimkolwiek innym lupoidem, tak że musi się przyznać mu odpowiednie miejsce«.[2])

Opisana kilkakrotnie przez Boecka postać chorobowa skóry pod nazwą wielokrotnego, dobrotliwego sarcoidu, później miliarlupoidu, ma pewne cechy wybitnie charakterystyczne, tak w klinicznem wejrzeniu i przebiegu, jak i w obrazie drobnowidowym. Stanowiąc rzadkość kliniczną, nie często spotykaną i opisywaną, ma bardzo wiele stron nie wyjaśnionych, mimo, że w ostatnich czasach badania, zwłaszcza nad pochodzeniem tego cierpienia poczyniły znaczne postępy. Boeck, który w początkowych opisach nie przyjmował tła gruźliczego, uważa je później za formę osłabionej gruźlicy. Darier zalicza miliarlupoid do tuberkulidów, Pautrier uważał go jako objaw stanów chorobowych różnorodnego pochodzenia; Lutz przyjmuje tło gruźlicze z całą pewnością (dodatni odczyn tuberkulinowy), a i Altmann w ostatnich czasach sądzi, że jest to niezwykła forma gruźlicy skóry, wywołana osłabionemi prątkami Kocha, i niezwykłemi zdolnościami odczynowemi ustroju, w znaczeniu swoistej anergji Jadassohna. Lewandowski sądzi, że znaczną część przypadków, opisanych jako sarkoidy, należy z największem prawdopodobieństwem zaliczyć do gruźlicy. Przyczyną powstawania tych postaci chorobowych jest przedewszystkiem szczególna zdolność odczynowa ustroju w stosunku do jadu gruźliczego. Podobnego zdania jest również w ostatnim czasie i Sachs.

Natomiast inni autorowie nie przyjmują tła gruźliczego, uważając miliarlupoid za przewlekłego ziarniniaka o nieznanem pochodzeniu. Podobne stanowisko zajmuje i Kreibich, a ostatnio Bittdorf i Kuznitzki, którzy uchylają możliwość tła gruźliczego, a to z powodu ujemnych odczynów tuberkulinowych, niemożności wykazywania prątków gruźliczych jak i z powodu ogólnego zachowania się ustroju.

Z opisanych przez Boecka trzech postaci, typowych dla miliarlupoidu, formy o drobnych guzkach (*papulosum*) o guzkach dużych, ogniskowo rozmieszczonych (*tuberosum*), i ostatniej, charakteryzującej się rozlanemi naciekami, postać druga, o guzkach dużych, najwięcej ma podobieństwa do angiolupoidu. Postać ta przedstawia mniej lub więcej wyniosłe guzy różnej wielkości, o powierzchni płaskiej, o brzegach owalnych, okrągłych lub nieregularnych. Zabarwienie naskórka, który w początkowych swych okresach nie ulega żadnym zmianom, bywa żywo-czerwone, zmieniające się czasami na sine lub brunatnawe. W późniejszym przebiegu daje się zauważyć zmiana w zabarwieniu środka, w stosunku do części obwodowych. Środek przybierać może barwę sinawą, przeświecając licznemi porozszerzanemi naczyniami krwionośnemi, natomiast obwód przybiera barwę żółtawo-brunatną. Równocześnie środek może się nieco zagłębiać, w przeciwieństwie do obwodu, występującego wałowato. Przy ucisku szkiełkiem dadzą się zauważyć ogniska w kształcie plamek, o żółtem lub żółtawo-brunatnem zabarwieniu, mniej przeświecające, niż guzki tocznia. W dalszym przebiegu miliarlupoidu nie dochodzi nigdy do rozmiękania lub owrzodzenia, a po ustąpieniu nacieku, powstaje zanik skóry, silnie barwikowy, z licznemi porozszerzanemi naczyniami krwionośnemi.

Miliarlupoid może mieć siedzibę na każdej części skóry, tak na grzbiecie, klatce piersiowej, jak i kończynach, najczęściej jednak sadowi się na twarzy i na kończynach górnych. Zajmować może i błony śluzowe szczególniej nosa (Boeck) i to w początkowej swej postaci, długotrwałych nieżytów błon śluzowych, może nawet poprzedzać wystąpienie zmian na skórze (Nobl). Może jednak zajmować i inne narządy ustroju, jak np. gruczoły chłonne, zwłaszcza łokciowe, udowe i pachwinowe, a obraz histologiczny tak zmienionych gruczołów zgadza się z obrazem zmian skórnych. Opisano zmiany oczne, zapalenie tęczówki gruźlicze (*Irido-cyclitis tbc*) (Unna, Bering, Broers, Ehrmann, Habermann, Hussen-Plancherel), również i w dawniejszych opisach spotyka się opisywane zmiany w płucach, jako swoiste, pod postacią długotrwałych nieżytów oskrzeli i płuc.

Wiele dokładnych szczegółów o zajęciu narządów wewnętrznych przynoszą dopiero spostrzeżenia Bittdorfa i Kuznitzkiego, z czego można wnosić, że zajęcie narządów wewnętrznych spotyka się przy miliarlupoidzie częściej tak, że należy raczej mówić o ogólnem schorzeniu ustroju, ze szczególnem usadowieniem na skórze. Podobne zmiany w narządach wewnętrznych spostrzegali w czasach ostatnich Schaumann, Lutz i Altmann; zajętą bywa śledziona, wątroba, nerki (obecność białka w moczu i wałeczków szklistych i ziarnistych w osadzie), najądrze (Hussen). Spotykano również zmiany w kościach i we krwi.

Z opisów tych wnosić by należało, że miliarlupoid nie stanowi postaci chorobowej czysto skórnej, a nawet, jak to Weinberger przypuszcza, cierpienie to, zdarzać się może i bez zajęcia skóry. W przypadku jego, powiększone gruczoły chłonne, wykazywały taką samą budowę histologiczną, jak typowe przypadki skórne.

Postać skórna miliarlupoidu Boecka rozpoczynać się może długotrwającem zaczerwienieniem i swędzeniem, zwłaszcza w postaci guzkowej. Po wytworzeniu się zmiany dalszy przebieg cechuje się przewlekłością; powstają niejako zatrzymania się w rozrastaniu się, poczem zmiany to samorodnie ustępują, to znów następują nawroty, tak że choroba, nie sprawiając żadnych dolegliwości trwać może lata całe.

Powstawanie obrazów chorobowych w pierwszych okresach miliarlupoidu spostrzegał w ostatnich czasach Kyrle, a opisy jego tłómaczą nam bardzo wiele niejasnych stron tak co do postaci klinicznych, jak i histologicznego i bakterjologicznego badania początkowych wykwitów. Powstawanie wykwitów miliarlupoidu poprzedzało wystąpienie rumienia ograniczonego, przy podniesionej ciepłocie. W przeciągu kilku dni rumienie te, o charakterze czysto zapalnym, przeistaczały się w nacieki, dające się wyraźnie wyczuwać i wznoszące się ponad powierzchnię skóry. Równocześnie z wytworzeniem się nacieków, spadała ciepłota, a zabarwienie wykwitów, z czerwonego stawało się żółtawo brunatnem. W tym okresie można było, przy ucisku szkiełkiem, wykazać żółtawe plamki w naciekach. Powierzchnia naskórka ulegała nieznacznemu łuszczeniu się. Charakterystyczne było wytwarzanie się nowych wykwitów, w miejscach, poprzednio już zajętych sprawą chorobową, albo w najbliższem otoczeniu, tak, że wykwity przybierały postać wyniosłości, w środku zanikłych, o blado-żółtawem zabarwieniu, a na obwodzie otoczonych wałem, utworzonym z nacieku, tworzącym się w rumieniu: sprawiało to wrażenie nawrotów miejscowych. Szybkie jednak wytwarzanie się dalszych zmian, i to w miejscach, nie zajętych poprzednio, przemawiały raczej za rozszerzaniem się czynnika chorobotwórczego drogą krwi. Z dalszych opisów Kyrlego, poznać można dalszy już zwykły przebieg miliarlupoidu, a co najważniejsze, samoistne ustępowanie sprawy chorobowej. Boeck i szereg innych autorów przypisywali to działaniu podanego w celach leczniczych arsenu.

Porównując opisaną przez Boecka postać miliarlupoidu z angiolupoidem, to, mimo wspólnych podobnych cech, znajdziemy również charakterystyczne dla angiolupoidu różnice. I tak angiolupoid występuje przeważnie w postaci odosobnionych wykwitów, zwykle pojedyńczych, o postaci okrągłej lub owalnej, średnicy do 2 cm, ściśle odgraniczonych od otoczenia, lekko wyniosłych nad powierzchnię skóry, o powierzchni gładkiej, na obwodzie czasami lekko guzkowatej, o zabarwieniu niebieskawo-czerwonem, z przeważającym jednak odcieniem żółtym. Przy ucisku szkłem, po usunięciu krwi z naczyń, odcień żółtawy występuje wybitnie, różny od barwy nacieku przy toczniu, bez charakterystycznych guzków toczniowych. Powierzchnia pokryta naskórkiem znacznie ścieńczałym, gładkim, nigdy nie łuszczącym się, bez śladów zaniku lub blizny, z bardzo typowem rozszerzeniem powierzchnio-

[2]) Lewandowski. Die Tuberkulose der Haut str. 206.

wych naczyń krwionośnych, występującem na pierwszy plan, już w pierwszych początkach choroby.

Powstawanie angiolupoidu jest bardzo powolne, bez najmniejszych objawów chorobowych. Okresów wczesnych rumieni opisanych i spostrzeganych przez Kyrlego, Lewandowskiego, nie dało się dotychczas nigdy stwierdzić. Rozwój dalszy angiolupoidu jest powolny, bez najmniejszych skłonności do samorodnego ustępowania.

Porównując postać guzkową, ogniskową miliarlupoidu, najbardziej zbliżoną do angiolupoidu, znajdziemy pewne równorzędne cechy, jak np. zabarwienie, gładką powierzchnię w środku pokrytą rozszerzonemi naczyniami; obwód jednak inaczej będzie się przedstawiał. W miliarlupoidzie pokryty jest często łuszczącym się naskórkiem, czego w typowej postaci angiolupoidu nie spotykamy. W miliarlupoidzie przy ucisku szkiełkiem, znajdziemy pojedyncze żółtawo-brunatne plamki, w angiolupoidzie będziemy mieli jednostajnie, żółtawe zabarwienie. Podobny obraz jednostajnych nacieków spotyka się czasami przy „*lupus pernio*". Miliarlupoid, przechodząc swój typowy przebieg, cofa się samorodnie, pozostawiając zmiany barwikowe i gładką, zupełnie powierzchowną bliznę, angiolupoid sam nigdy nie ustępuje, nie doprowadza do zmian bliznowatych i barwikowych. Wykwity miliarlupoidu sadowią się przedewszystkiem na twarzy, nie zawsze symetrycznie, dalej na górnych kończynach, barkach, mogą być również rozrzucone w każdem miejscu skóry, a nawet rozsiane po całem ciele, zajmować mogą i błony śluzowe, jak również i inne narządy ustroju. Angiolupoid spostrzegano tylko na twarzy i to przeważnie z bardzo charakterystycznem usadowieniem na skórze nosa. Przypadków, zajmujących inne części skóry, a tembardziej błony śluzowe lub narządy wewnętrzne, nigdy nie spostrzegano.

Mnogość ognisk chorobowych występuje na pierwszy plan w przypadkach miliarlupoidu i jest dla niego tak charakterystyczną jak prawidłowy jego rozwój chorobowy, który cechuje tylko nieznaczną liczbę innych postaci chorobowych skórnych. Angiolupoid przeważnie występuje w postaci jednego ogniska chorobowego — rzadziej w kilku ogniskach i to pozostających ze sobą w bliskiem sąsiedztwie.

Charakterystycznym dla miliarlupoidu, według Boecka, jest obraz histologiczny, i to w takim stopniu, że, według słów autora, jeden rzut oka do drobnowidu wystarczy, aby rozpoznać typowy obraz. Nie da się to jednak powiedzieć o dalszych badaniach innych autorów, których opisy niejednokrotnie odbiegały od typowego obrazu Boecka. Dziś, dzięki badaniom Kyrlego, przypuszczać możemy, że różnorodność obrazu histologicznego zależy od czasu, w którym zmianę wycinano do badania, tj. od postaci rozwojowej miliarlupoidu.

Opisy histologiczne Boecka stwierdzają ogniska naciekowe w skórze właściwej, ściśle odgraniczone (*boudins lobulés* Dariera) złożone z komórek nabłonkowatych, z jądrem słabo się barwiącem, i słabo eozynochłonną protoplazmą, i to głównie w otoczeniu naczyń krwionośnych; zmian wśródbłonku naczyń Boeck nie zauważył, prócz zmian w barwliwości jąder. Tkanka łączna otaczała dookoła w zbitych pasemkach poszczególne ogniska, pozatem zepchnięta na boki nie ulegała zniszczeniu. Włókien elastycznych i klejorodnych w naciekach nie było. Komórki olbrzymie, typu Langhansa mogą znajdować się w niewielkiej ilości, według Dariera znajdują się bardzo rzadko, a w opisach Unny nie było ich wcale. Natomiast według Unny powstawać mogą tak zwane komórki olbrzymie wrzekome, t. j. przekroje naczyń krwionośnych o zamkniętem świetle; albo też nagromadzenie się większej ilości jąder w jednem miejscu przybierać może postać komórki olbrzymiej. Ciałka białe (leukocyty) znajdują się bardzo rzadko, jak również komórki plazmatyczne i tuczne. Serowacenia niema. Komórki nabłonkowe ulegają z czasem zanikowi — pozostają tylko blade jądra. Naczynia krwionośne ulegają znacznemu rozszerzeniu. Opisywano również odmienne obrazy histologiczne, mniej lub więcej zaznaczone objawy zapalne, zmiany w naczyniach, podobne do zmian, spotykanych przy rumieniu stwardniałym (*Erythema induratum*), zapalenie błony wewnętrznej tętnicy lub żyły (Unna, Pöhlmann, Winkler), rozsiany proces zapalny z wybitnym zanikiem tkanki tłuszczowej (Kreibich'l i Kraus).

Lewandowski nie przypuszcza, aby obraz histologiczny miliarlupoidu miał być swoisty i charakterystyczny. Nietylko bowiem tuberkulidy, ale i typowe gruźlicze cierpienia skórne mogą mieć podobne obrazy histologiczne. Badania ostatnie Kyrlego zdołały jednak rozjaśnić wiele niejasnych stron, i wykazać, że różnice w obrazie drobnowidowym zależą od okresu rozwojowego miliarlupoidu.

I tak obraz histologiczny miliarlupoidu w okresie rumienia, wyciętego w 10 dni po rozpoczęciu się choroby, w czasie trwania podwyższonej ciepłoty, przedstawia obraz zwykłego zapalenia. Naciek zapalny rozmieszczony jest w warstwie brodawkowej i w głębszych warstwach skóry, zgromadzony przedewszystkiem dookoła porozszerzanych naczyń krwionośnych, a złożony głównie z młodych komórek okrągłych; komórki podobne do komórek nabłonkowatych znajdowały się w bardzo nieznacznych ilościach, i to głównie w środkowych częściach nacieku; prócz tego z rzadka rozrzucone przerosłe komórki tkanki łącznej. Prątki kwasoodporne znajdowały się w nacieku bardzo obficie.

Kawałek skóry w 11 dni później wycięty, ze zmianami już dalej posuniętemi, przypominał już w obrazie histologicznym charakterystyczne cechy miliarlupoidu Boecka. Na pierwszy plan występują już komórki nabłonkowate, naciek gromadzi się dookoła naczyń krwionośnych, tkanka łączna usunięta na boki, otacza niejako pochewką poszczególne grupy naciekowe; komórki okrągłe znajdują się już w mniejszej ilości, komórek typu Langhansa nie można było stwierdzić, tylko duże komórki z wrzecionowatemi, wydłużonemi jądrami w ilości 2—3. Prątki kwasoodporne znajdowały się już w bardzo skąpej ilości.

Trzecie z kolei wycięcie, w dalszych 15 dni wykonane, wykazało już obraz histologiczny charakterystyczny dla miliarlupoidu, złożony z samych prawie komórek nabłonkowatych, ugrupowanych w gniazda, kształtu okrągłego lub wydłużonego, rozmieszczonych przeważnie dookoła naczyń krwionośnych, gruczołów potnych i łojowych, z rzadka otoczonych komórkami okrągłemi. Komórki olbrzymie znajdowały się już w znacznej ilości, jednak bez serowacenia w środku. Prątków kwasoodpornych nie mógł już Kyrle wykazać.

W 21 dni po trzeciem wycięciu, zrobione preparaty histologiczne ze świeżego wycinka, wykazywały komórki, w większej części uległe już wakuolizacji; gdzieniegdzie zachowane były typowe komórki nabłonkowate. W wielu komórkach zwłaszcza w środku wycinku jądra komórek uległy zanikowi i przedstawiały się jako masa jednolita, barwiąca się blado-różowo eozyną. Ilość komórek okrągłych wzrosła, szczególniej na obwodzie nacieku, obraz histologiczny przedstawiał w ogólności młodą tkankę ziarninową.

W ostatnich wycinkach (94 dni po wybuchu choroby) spostrzegał Kyrle zmiany zanikowe w części brodawkowatej skóry, po ustąpieniu nacieku; naczynia krwionośne znajdowały się w znacznej ilości, gdzieniegdzie tylko spotykał Kyrle resztki nacieku, pojedyncze komórki nabłonkowate, a nawet olbrzymie. C. d. n.

Dr. R. Hinze, prym. Szpit. państw. Rzeszów.

Szew przy zwichnięciu lub też złamaniu obojczyka.

Posiadamy dzisiaj liczne sposoby operacyjnego leczenia złamania i zwichnięcia obojczyka, co jest tylko dowodem nieustalonego postępowania. Nie będę się rozwodził nad rodzajami złamań i zwichnięć, podam tylko pokrótce opis własnego sposobu, który raz zastosowałem z doskonałym wynikiem. Sposób mój, nieco zbliżony do Leżarowskiego, różni się od niego trwałością ustalenia. Ponieważ żaden z dotychczas używanych sposobów nie ustala odłamków pewnie i zazwyczaj prędzej lub później przychodzi do kątowego ułożenia tychże, co jest ze względów estetycznych oraz i czynnościowych niepożądanem, przeto starałem się złemu zaradzić przez zmianę punktu zaczepienia.

Sposób Leżarowskiego, to tylko zwyczajny szew założony na odłamki, składający się z dwóch pętli podłużnych bokiem spajających i dwóch pętli okrężnych, przytrzymujących pierwsze. Jest on dosyć skomplikowany i rozluźnia się po czasie, zwłaszcza, gdy przyjdzie do nacieku zapalnego, co niestety przy najskrupulatniejszem postępowaniu bezgnilnem często się przytrafia.

Wychodząc z założenia, że obojczyk przebiega w stosunku, do pierwszego żebra, jak wycinek łuku do cięciwy, znalazłem na tem żebrze pewny i silny punkt oparcia nie tylko dla zwichniętego, ale i dla złamanego obojczyka. Po od-

prowadzeniu zwichnięcia, albo też po złożeniu odłamków założenie ciasnej pętli metalowej dookoła obu kości ustala je idealnie. Na uruchomionym stawie na zwłokach i na złamanym obojczyku u żyjącego przekonałem się o słuszności mego twierdzenia.

Zamieszczony rysunek najlepiej objaśnia moje postępowanie:

Wgięcia w miejscu złamania nawet przy najsilniejszem naciągnięciu druta nie należy się obawiać, gdyż opiera się temu łukowata budowa kości obojczykowej.



Na zwichnięcie wystarczy założenie zwyczajnej pętli do około obojczyka i pierwszego żebra. Przy złamaniu posługuję się spiralnem owinięciem odłamków i przytwierdzeniem ich w dalszym ciągu do pierwszego żebra, tym samym drutem. Przy przeprowadzeniu pętli należy się trzymać blizko kości i operować z małego nacięcia okostnej na środku żebra, podokostnowo, co zabezpiecza przed obrażeniem opłucnej lub naczyń.

Zabieg ten nie jest trudnym, nie dopuszcza do zluźnienia odłamków, a chory mój na trzeci dzień po operacji mógł swobodnie ramieniem poruszać.

Z praktyki.

Dr. St. Justman. Łódź.

O wczesnem rozpoznawaniu zapalenia tkanki okołonerkowej.

Do szeregu niezbyt rzadkich cierpień, rozpoznawanych naogół zbyt późno, należy zapalenie tkanki okołonerkowej. To późne rozpoznawanie jest niekorzystnem ze względu na to, iż umożliwia wczesne wyleczenie, zanim dojdzie do utworzenia ropnia kołonerkowego, względnie zaś, dzięki wczesnemu otwarciu ropnia, prowadzi do wygojenia. Jeśli jednak rozpoznanie zostaje ustalone dopiero np. po wypukleniu się odpowiedniej okolicy lędźwiowej, po szeregu tygodni gorączki ropniczej, wtedy nawet zabieg operacyjny nie zawsze prowadzi do wyzdrowienia; chorzy tak późno operowani umierają z powodu postępującego osłabienia serca, w najlepszym zaś razie — poprawiają się bardzo wolno.

Względna trudność wczesnego rozpoznania zapalenia tkanki okołonerkowej zależy od głębokiego położenia tej tkanki, a następnie od blizkości innych ważnych narządów, ulegających schorzeniom częściej i łatwiej dostępnych badaniu. Ponieważ objawami początkowemi choroby są bóle w boku i gorączka, przeto rozpoznanie w pierwszej chwili jest niepewne; może być wówczas mowa o kamicy żółciowej, grypie, durze, zimnicy, zapaleniu płuc lub opłucnej. Przy dokładniejszem badaniu okazuje się, że wątroba nie jest powiększona i tkliwa, podobnie jak pęcherzyk żółciowy, że brak objawów nieżytowych ze strony narządów oddechowych, brak łamania w kościach i bólów w mięśniach; brak zajęcia sensorium oraz powiększenia śledziony, ciepłota ma tor stały, bez dreszczy i potów, brak kłucia w boku, duszności i suchego kaszlu, wzmagającego ból w boku — co wszystko razem pozwala wyłączyć wyżej wymienione cierpienia. Natomiast głębokie macanie przekonywa, iż ból tkwi nie w mięśniach lędźwiowych, lecz głębiej, w okolicy nerkowej. To umiejscowienie wyklucza ropień podprzeponowy. Bardzo wcześnie występują objawy, które, jak sądzę, pozwalają na ustalenie rozpoznania. Pierwszym z tych objawów jest lekkie, stopniowo coraz wyraźniejsze stłumienie w dolnej i tylnej części odpowiedniej połowy klatki piersiowej, stłumienie, przy którem brak wszelkich podmiotowych objawów zapalenia płuca lub opłucnej, a wysłuch stwierdza jedynie lekkie osłabienie szmeru pęcherzykowego; mamy więc obraz sympatycznego zapalenia, ściślej, podrażnienia opłucnej. Współczesne zaś badanie moczu wykazuje: ślady białka, pojedyncze krwinki czerwone w osadzie i nieliczne wałeczki szkliste; jest to obraz sympatycznego podrażnienia nerki.

A więc na obraz kliniczny choroby składa się tetrada objawów, z których dwa: ból w okolicy nerkowej i gorączka, dominują, a dwa pozostałe, sympatyczne podrażnienie opłucnej i nerki, chyłkiem, że tak powiem, się przekradają. Dla określenia wyżej powiedzianego ograniczę się do przytoczenia dwóch przypadków zapalenia tkanki okołonerkowej.

25-go sierpnia 1918 r., po powrocie z Rosji, gdzie odniosłem wrażenie, że zapalenie tkanki okołonerkowej zdarza się częściej, niż w Polsce, zostałem wezwany do chorego 42-u letniego.

Chory od 2-ch tygodni skarży się na ból w boku i gorączkuje. Lekarz, obserwujący go dotychczas, nie mógł ustalić istoty cierpienia. Badanie przedmiotowe wykazało bolesność okolicy nerkowej, zarówno przy głębokiem macaniu, jak przy lekkiem uderzaniu, ciepłotę umiarkowanie podniesioną, lekkie — nie wyjaśniające się przy głębokim wdechu — stłumienie i osłabienie szmeru oddechowego od dziesiątego żebra lewego ku dołowi. Rozpoznałem zapalenie tkanki około - nerkowej i zaleciłem bezwzględny spokój, okład z nierozcieńczonego spirytusu etylowego i trzy razy dziennie po 0.5 urotropiny. Badanie moczu, wykazało ślady białka, pojedyncze krwinki czerwone i nieliczne wałeczki szkliste. Wynik badania poparł rozpoznanie. Dnia 29-go sierpnia stwierdziłem poprawę, i zaleciłem dalsze stosowanie dotychczasowych środków, zalecając dalsze leżenie w łóżku. Dnia 10-ego września nawrót gorączki i bólów, jako skutek powrotu chorego do pracy; po dwóch tygodniach leżenia zupełne wyzdrowienie.

Przypadek drugi jest dowodem, iż zapalenie tkanki okołonerkowej nietylko nie bywa rozpoznawane, lecz wprost — zapoznawane.

4-go sierpnia 1920 r. zostałem wezwany do 40-letniego. Ak, Chory skarży się na bóle brzucha, gorączkę i osłabienie. Podaje iż kilka dni temu dźwignął ciężki walec z osnową. Przedtem był zawsze zdrów. Gorączkuje wysoko (około 315). W płucach zmian widocznych niema. Tętno 124. Tony serca czyste. Brzuch miękki, niebolesny, śledziona niepowiększona. Zalecono salicylan. Po kilku dniach wystąpiła lekka bolesność okolicy nerkowej prawej oraz mało wyjaśniające się przy głębokim wdechu stłumienie od X-go żebra prawego ku dołowi. W moczu nieco białka i krwinek czerwonych, wałeczków zaś ani komórek nabłonka nerkowego nie znaleziono. Rozpoznałem zapalenie tkanki okołonerkowej, chorego skierowałem do szpitala.

3-go września dowiedziałem się, że wezwany inny lekarz rozpoznał zapalenie opłucnej. Chorego ponownie skierowałem do szpitala dając mu list z rozpoznaniem choroby.

Ponownie wezwany 14-go września dowiedziałem się, iż chory w parę dni, po nakłuciu opłucnej, które nie wykazało wysięku, wyszedł ze szpitala. (Lekarz szpitalny mego listu, zdaje się nie otrzymał). Teraz badanie wykazuje wypuklenie okolicy nerkowej prawej. Stan ogólny bardzo zły, tętno przyspieszone. Dnia, 15-go września na naradzie z chirurgiem stwierdziliśmy ropień około-nerkowy. 16-go września zabieg, który usunął wielką ilość ropy; gorączka ropnicza nie ustąpiła, 25 IX 1920 exitus.

Jest rzeczą prawdopodobną, iż przypadek drugi byłby uratowany, gdyby został operowany o miesiąc wcześniej.

Śródżylne zastrzykiwanie olejku kamforowego.

Śródżylne zastrzykiwanie olejku kamforowego stosuje się z powodzeniem od lat kilku. Działanie kamfory przy śródżylnem stosowaniu następuje szybciej, niż przy stosowaniu podskórnem; już po kilku sekundach wyczuwa się tętno, które przedtem, nie dawało się wyczuć; parcie ościenne krwi wzrasta, przytomność wraca i t. p.

Zastrzykuje się olejek w rozczynie 10%, w ilości 1,0—2,0 na raz; zabieg może być powtórzony, po półgodzinnej przynajmniej przerwie. Olejek powinien być ogrzany do 37°.

Zastrzykuje się olejek bardzo wolno, w przeciągu jednej do dwóch minut.

Nie należy się obawiać, przy stosowaniu śródżylnem olejku kamforowego, zatoru tłuszczowego; drobne zatory bez szkody najmniejszej dla organizmu wsysają się w ciągu kilku dni. Śmierć z powodu zatoru tłuszczowego, której tak się obawiano dawniej, zdarza się chyba wtedy, gdy do płuc dostanie się wielka ilość tłuszczu. (B. Fischer. Berl. klin. Woch. Nr. 31. i 41. 1921. R Schmidt. Ibidem. Nr. 41. 1921 r.)

A. Tenenbaum.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Marja Felauer-Skłodowska. Łódz.

Ogólne zasady i technika curieterapji.

(Dokończenie).

Oto parę przykładów.

Rak wargi leczony jest przez radopunkturę samego nowotworu i jednoczesne założenie aparatu płaskiego na okolicę podszczękową. Mięsak lub rak twarzy naświetla się za pomocą igieł, o ile wymiary guza na to pozwalają, w razie przeciwnym przez zastosowanie przyrządu płaskiego. Przy raku spojówki używa się małego aparatu powierzchniowego z dostatecznem oddaleniem od gałki ocznej. Przy raku migdatka wprowadza się igły w nowotwór oraz działa się aparatem płaskim na znaczną powierzchnię szyji i dolnej okolicy głowy — od ucha aż do obojczyka. Przy nawrocie po operacji raka piersi w guzki większe wkłuwa się igły, guzki drobne lub rozsiane naświetla się przyrządem płaskim albo promieniami Roentgena. Natężenie ognisk, ilość ich, oddalenie od powierzchni, czas działania promieni zastosowane zostają do każdego poszczególnego przypadku.

Nowotwory złośliwe narządów głębokich, jak pęcherza, odbytnicy, gruczołu krokowego, przełyku, nie były do tej pory leczone w »Instytucie radowym«, z powodu bowiem bardzo trudnego i niedostatecznego dostępu nie mogą być racjonalnie i skutecznie naświetlane, »Instytut« zaś obecnie zajmuje się przedewszystkiem wypracowaniem metod leczniczych, a nie paljatywnych. Przypadki powyższe są jednak leczone we Francji poza »Instytutem radowym«. Rak odbytnicy np. jest naświetlany - zależnie od przypadku — albo za pomocą przyrządów powierzchniowych przy odpowiedniem urządzeniu, które zabezpiecza zdrową błonę śluzową, albo za pomocą radopunktury, lub wreszcie obiema metodami. Przy raku przełyku wprowadzają rad za pośrednictwem wziernika lub zgłębnika pod kontrolą promieni Roentgena. W pęcherzu rad umieszczają po dokonanem cięciu lub też wsuwają go przez cewkę. W gruczole krokowym igły wkłuwają po dostaniu się do nowotworu drogą krwawą.

Mówiąc o stosowaniu radu, niepodobna nie wspomnieć o działaniu jego na nowotwory dobrotliwe, a szczególniej na włókniaki macicy. W tej dziedzinie rurka z radem lub emanacją zastępuje coraz częściej nóż chirurga. Na ostatnim zjeździe ginekologów francuskich w Paryżu w końcu września z. r. J. L. Faure, najpierwszy dziś ginekolog-chirurg paryski, wypowiedział zdanie, że wszystkie małe i średnie włókniaki macicy, nie przedstawiające innych powikłań, niż krwotoki, powinny być leczone wyłącznie radem. Wogóle działanie radu na krwotoki macicy podobno nigdy nie zawodzi.

Laborde w Paryżu stosuje następującą technikę: daje rad tylko do pochwy. W okresie przekwitania zakłada 2 ogniska po 25 mgr na 48 godzin, przez co otrzymuje 18 mcd Jeśli krwotoki nie ustają, powtarza leczenie po 2 tygodniach. U osób młodszych, gdy idzie o oszczędzenie jajników, naświetla tylko przez 24 godzin, powtarzając naświetlanie 2—3 razy, co 6—7 tygodni. Dla osiągnięcia wytrzebienia u osób młodszych potrzeba działania promieni przez 60 godzin.

Dla porównania z metodą i techniką paryską podaję kilka przykładów nowszej techniki radolecznictwa, stosowanej na klinikach i w szpitalach zagranicznych.

Na klinice wiedeńskiej, prowadzonej przez zmarłego niedawno prof. Schautę, Adler leczy radem od szeregu lat raki macicy. Technika podana przez niego w książce: *„Radiumbehandlung maligner Tumoren“* (z 1919 r.) jest następująca. Stosuje on 3 rodzaje ognisk o natężeniu: 1) 50 mgr, 2) 33 mgr, i 3) 30 mgr radu; pierwszem naświetla przez 12, drugiem przez 18, trzeciem przez 24 godzin. Naświetlanie trwa 5—6 dni, co stanowi jedną serję; serje zaś z przerwą 4 tygodni i więcej powtarza kilka razy (następne serje trwają krócej). 50 mgr stosowanych naraz przekracza chyba zupełnie wyjątkowo. Przy *„feu croisé“*, gdy zakłada jedno ognisko do pochwy, a drugie do odbytnicy, używa 60 mgr (do kiszki ognisko słabsze). Przy naświetlaniach w pochwie używa za filtr mosiądzu niklowanego 1,5 mm grubości, osłania przytem zdrowe tkanki ochraniaczem również z mosiądzu niklowanego 0.5—1 c grubości.

W ostatnich czasach przypadki nadające się do operacji leczy Adler w sposób następujący: 1) wykonywa t. zw. szeroką operację pochwową (*erweiterte vaginalle Ca-Operation*), 2) bezpośrednio po operacji zakłada w ranę przymaciczy aż do kości większe ilości radu, ochraniając moczowody gazą, 3) naświetla promieniami Roentgena w kierunku od tyłu ku przodowi.

Stosowane na klinice rurki zawierają od 13—50 mgr radu; długość ich wynosi 13—14 mm, średnica zewnętrzna 3·2—4·2 mm, grubość ściany 0·2—0·3 mm. Wprowadzane do macicy i cewki moczowej rurki mają 25 mm długości. Za filtr służy: ołów 2 mm, złoto 1·1 mm, płatyna 1·1 mm, mosiądz 0·5—1·5 mm. Na filtry wtórne używany jest kauczuk. Do przyrządów płaskich za filtr służy srebro grubości 0·3 mm. Naczyńko z radem wprowadza się do macicy za pomocą specjalnego przyrządu; przy naświetlaniu odbytnicy umieszcza się rad w prokteurynterze, który pozwala zabezpieczyć zdrowe tkanki.

W Niemczech curieterapja znalazła wśród wybitnych ginekologów bardzo gorących zwolenników, jak Krönig, Bumm, Döderlein, w ostatnich czasach Kehrer i inni. Z pomiędzy prac najnowszych najwybitniejsze wyszły od Kehrera z Drezna. Stwierdziwszy bardzo rozmaitą wrażliwość różnych rodzajów nowotworów złośliwych na działanie promieni (co obala teorję »dawek swoistych«), poddaje on każdy przypadek raka macicy przedewszystkiem sześcio-godzinnemu naświetleniu, aby, badając mikroskopowo po upływie 4 dni chorą tkankę, ze znalezionych zmian wnioskować o odporności danego rodzaju nowotworu i odpowiednio przystosować leczenie. Nowotwory odporne na działanie promieni powinny być, według Kehrera, usuwane operacyjnie.

Kehrer stwierdził, stosując dawki olbrzymie, aż do 26.000 mgrh, że możliwe jest zupełne wyjałowienie wielkich nacieczeń rakowych, sięgających do kości miednicy, szczególniej przy naświetlaniu przez czas odpowiednio długi[1]). Dawki te niestety wywoływały zawsze katastrofę: przekraczając wytrzymałość nabłonków pęcherza i kiszki powodowały ich martwicę, wtargnięcie tą drogą bakterji z następowemi sprawami zapalnemi, ropieniem i ostateczną posocznicą lub zapaleniem otrzewnej. Zaznaczyć nadto należy, że obok zmian lokalnych wielkie dawki wywierają na ustrój bardzo szkodliwe działanie ogólne.

Kehrer stosuje zwykle 70 mgr radu, rzadziej 35, wyjątkowo 120 mgr. Naświetla po 10—24, rzadziej 48 godzin. Pomiędzy naświetlaniami poleca 4—6 dniowe przerwy. Leczenie wraz z przerwami trwa miesiąc i dłużej. Przypuszcza, że dawka maksymalna nie może przekraczać 13.000 mgrh.

W przypadkach raka szyjki początkowych i znajdujących się na granicy możności operowania uzyskał Kehrer 45% wyleczeń.

W Stuttgardzie Baisch przy raku szyjki macicy stosuje zwykle 100, rzadziej 50 mgr radu. Naświetla tylko jednego dnia, powtarzając naświetlanie zwykle 3 razy co 2—4 tygodnie. Za filtr służą mu naczyńka z niklowanego mosiądzu i kauczuk: zdrowe tkanki ochrania miseczką z wosku 1 c grubości.

W Norymberdze Flatau przy leczeniu raka macicy stosuje technikę Döderleina: 50 mgr radu w 2 rurkach. Filtr: 0·3— 1 mm mosiądzu; filtr wtórny guma. Naświetla przez 24 godzin; powtarza naświetlanie po 3 tygodniach. Potem stosuje promienie x 10 razy w odstępach 8-dniowych.

Metoda paryska różni się więc od niemieckich w 3-ch zasadniczych punktach. W Paryżu: 1) naświetlają jednorazowo bez przerwy (jaknajwiększa dawka w czasie jaknajkrótszym, 4—8 dni); 2) posługują się promieniami najtwardszymi (o ile nie idzie o radopunkturę), więc używają silnych filtrów 1—1·5 mm platyny, a do 2·5 mm

[1]) Wówczas działanie promieni może być skuteczne, tj. zupełnie zniszczyć komórki raka w promieniu 6 do 7 c.

złota (do pochwy); 3) stosują *»feu croisé«* (n. p. przy raku szyjki macicy 6 ognisk). Wreszcie przy leczeniu raka szyjki macicy podkreślić należy przybliżenie 2 ognisk bocznych do ścian miednicy, czego nie czyni technika niemiecka.

W Niemczech jeden tylko Kehrer naświetla bez przerwy — i to nie zawsze — do 48 godzin, przerywa jednak naświetlanie na dni 4—6, a całe leczenie przeciąga przeszło na miesiąc.

W Anglji metody curieterapji zbliżają się do paryskich.

W Londynie Finzi używa dużych ilości radu i silnych filtrów. Za filtr służy mu 2 mm platyny. Każdy przypadek przed wzięciem próbki tkanki chorej do zbadania naświetla przez 2—3 dni, aby zapobiec rozsianiu się komórek rakowych drogą krwionośną przy zranieniu guza. Naświetlanie kilkudniowe powtarza parę razy, lecz nie wcześniej, jak po 6 tygodniach. Często łączy rad z promieniami x i z zabiegiem chirurgicznym.

Weźmy jako przykład jeden z podanych przez niego przypadków: mięśniak języka z dużemi masami gruczołowemi. Naprzód naświetlał promieniami x szyję; w kilka dni później wprowadził rurkę ze 100 mgr radu w filtrze platynowym 2 mm grubości wewnątrz guza (po dokonanem aseptycznie cięciu); wreszcie znów stosował promienie Roentgena na szyję i śródpiersie w ciągu 6 miesięcy. W innych przypadkach naświetla jednocześnie gruczoły promieniami, a nowotwory radem.

W Stanach Zjednoczonych stosują curieterapję na skalę olbrzymią, prawdziwie amerykańską. Wielkie ogniska curieterapji znajdują się w New-Jorku (Janeway), Bostonie (Duane), Rochester (olbrzymi szpital z oddziałam radowym Braci Mayo), wreszcie w Baltimorze (Kelly's Institute). Szpitale amerykańskie rozporządzają olbrzymią ilością radu — po 4—5 gr.

Za przykład niech służy Memorial-Hospital w New-Jorku, posiada on 4 gr radu. Używana tu jest, jak prawie wszędzie w Ameryce wyłącznie emanacja (po części i osad czynny w roztworze do wstrzykiwań). Rurki z emanacją są dwojakie: 1) silniejsze o natężeniu 100—250, czasem 400 mc; średnica ich wynosi 0·6 mm, długość 10—15 mm; 2) słabsze o natężeniu 1—4 mc, średnicy 0·3 mm, długości 3 mm. Rurki słabsze o 1 mc są to t. zw. rurki nagie, któremi od lat 3-ch Janeway zastąpił zupełnie igły. Wprowadza się je wewnątrz tkanek nowotworowych za pomocą troakarów stalowych. Rurka naga nie może zawierać więcej nad 1 mc emanacji, powinna być umieszczona w odległości 1·5 c od zdrowej tkanki, większych naczyń i nerwów. Przy stosowaniu rurek nagich natężenie wynosi mniej więcej 0·5 mc na 1 c³. Rurka naga »żyje« przeciętnie 132 godzin. Dawki wyrażane w nich (milicuriegodzina) oblicza się w sposób następujący: np. 14 rurek po 1 mc każda, dadzą 14×132=1914 mch.

Janeway kombinuje nieraz nagie rurki z przyrządami płaskimi; używa wówczas za filtr 2 mm ołowiu lub platyny. Naga rurka niszczy wszystkie tkanki w promieniu 4—5 mm, a przy mięsakach nawet 10 mm.

Filtry Janeway stosuje dwojakie: 1) do otrzymywania promieni miększych filtr stanowi 0·5 mm srebra lub platyny; 2) dla otrzymywania twardych 2 mm ołowiu lub platyny. Na filtry wtórne używa kauczuku, drzewa, filcu, gazy, parafiny. Przy naświetlaniu promieniami twardymi używane nieraz bywają specjalne przyrządy, jak t. zw. Pack, Bomb, i inne.

Pack stanowi rodzaj aparatu płaskiego o ogólnem natężeniu 1000—2500 mc. Zawiera on szereg rurek z emanacją o ściankach srebrnych. Filtr dopełnia dno ołowiane 2 mm grubości. Pack jest stosowany dla naświetlania guzów dużych i głębokich, działa on z odległości 6—10 c, utrzymywany za pośrednictwem odpowiedniej warstwy gazy. Z odległości 6 c można nim dać do 10000 mch, z odległości 10 c do 18000 mch; ostatnia dawka stanowi granicę dla wystąpienia rumienia skóry.

Na oddziale ginekologicznym używany jest przez Baileya t. zw. Bomb. Wprowadza się go do pochwy i skierowuje kolejno na obydwa boczne przymacicza oraz część pochwową. Daje on razem 1500 mch. Filtr stanowi platyna i glin. Jednocześnie wsuwa Bailey do macicy emanację o filtrze platynowym i uzyskuje tą drogą również 1500 mch.

Do pęcherza służą przyrządy specjalne. Gruczoł krokowy naświetla się od strony pęcherza oraz zapomocą nagich rurek, wprowadzonych przez krocze. Do leczenia raka odbytnicy używają się przyrządy powierzchniowe, zabezpieczające błonę śluzową, i rurki nagie. W przypadkach nowotworu przełyku, gdy zwężenie nie jest za wielkie, dokonywa się naprzód gastrostomji; po zagojeniu się rany chory połyka przyrządzik z radem z 2-ma nitkami umocowanemi na 2 jego biegunach. Pod kontrolą promieni Roentgena górną nitką podciąga się rad ku nowotworowi; dolną nitkę wydobywa się przez otwór w żołądku i przy pomocy obydwu nitek umieszcza się rad na odpowiednim poziomie.

Oceny i sprawozdania.

Prof. dr. Roman Nitsch. **Szczepionki i surowice wraz z nauką o odporności.** Tom I. stron 959, z 9 tablicami. Wyd. z zapomogi kasy im. Mianowskiego. Warszawa 1921.

Książka prawdziwie oryginalna należy do rzadkości nietylko w naszem piśmiennictwie lekarskiem. Taką prawdziwie oryginalną i przez to wartościową książką jest duże (w całości prawie stuarkuszowe) dzieło prof. Nitscha. Oryginalność ta leży w układzie dzieła, w sposobie ujęcia przedmiotu, w szczególnym doborze materjału, na którym się autor opiera, i w poglądach autora na pewne zagadnienia teoretyczne. Dlatego nie zdaje mi się słuszną wątpliwość autora, czy „teoretyk może się czegoś dowiedzieć“ z jego książki, którą autor przeznaczył „przedewszystkiem dla praktyków“ ze względu na ogromną wagę, jaką nauka o szczepionkach i surowicach ma dla lecznictwa.

Każde zagadnienie oświetla autor przeważnie naprzód ze strony praktycznej, a potem przechodzi do jego podstaw teoretycznych. W wykładzie posługuje się rozległym zasobem piśmienniczym, streszczonym i rozpatrzonym bardzo sumiennie, niemal pedantycznie, przyczem zajmuje stanowisko ile możności bezstronne, a tylko przez odpowiednie ugrupowanie faktów stara się doprowadzić do tego, aby czytelnik przedewszystkiem sam wysnuł wynikające z nich wnioski. Posługując się tą metodą, uczy autor czytelnika ścisłego krytycyzmu, którym kieruje się także sam, ilekroć wypowiada własne zdanie; jest ono zawsze oględne, bo dokładnie ze wszystkich stron rozważone. Książka ma więc typ odrębny od zwykłego typu podręczników; z drugiej strony — pomimo przytoczenia wielkiego a szczegółowo streszczonego piśmiennictwa, jest odmienną od takich monografji, jakie w ostatnich latach weszły w modę w Niemczech pod nazwą „Ergebnisse“. W doborze zaś pomieszczonego w swej książce materjału starał się autor celowo i umyślnie, jak sam w przedmowie podaje i uzasadnia, ograniczyć albo wyłącznie, albo przeważnie do prac badaczy polskich. Tylko w tych dziedzinach, w których polskich prac niema, sięga autor do piśmiennictwa obcego, dobierając jednak wtedy tylko najważniejsze publikacje, które istotnie wytyczyły drogę nauce. Rzecz prosta jednak, że, opierając się na pracach polskich, nie przemilcza tych nazwisk wielkich cudzoziemców, którzy w danej dziedzinie odkryciami swemi zdobyli sobie pamięć na długi szereg pokoleń. To uwzględnienie w pierwszym rzędzie swojskich zdobyczy naukowych, poraz pierwszy — śmiało powiedzieć można — spotykamy w polskiem dziele tego pokroju i znaczenia. Autorowi należy się wdzięczność i uznanie, że pierwszy wstąpił na tę drogę, na której mamy się uczyć poszanowania naszej własnej twórczości i należytego z niej korzystania. Tylko bowiem na tej drodze możemy dojść do równego stanowiska naszej nauki z nauką zachodu, gdzie buduje się gmach wiedzy przedewszystkiem na fundamencie rodzimych zdobyczy naukowych, dopiero w drugim rzędzie oglądając się na inne narody i gdzie też dlatego rozwój nauki jest samodzielny i śmiały.

Część ogólną swej książki podzielił autor na siedm rozdziałów: 1) Określenie pojęcia szczepienia i podział szczepień, 2) odporność (*immunitas*) i oporność (*resistentia*), 3) prace nad opornością i otrzymywanie sztucznej oporności w lecznictwie, 4) przyczyny odporności i oporności ustroju, 5) ogólne uwagi o szczepionkach i surowicach, 6) choroba posurowicza i przewrażliwość, 7) niektóre specjalne metody szczepień.

Oczywiście niepodobna tu podać streszczeń ani liczniejszych przytoczeń z dzieła prof. Nitscha; godzi się jednak wspomnieć przynajmniej o podanem przez niego własnem określeniu odporności i oporności. W określeniu tych pojęć kierują się badacze francuscy i niemieccy przeważnie tem, czy chodzi o własność wrodzoną, czy nabytą. Zdaniem prof. Nitscha „znacznie będzie korzystniej, jeżeli uważać będziemy za istotną cechę odporności nie to, czy jest ona nabyta, czy też wrodzona, ale czy jest swoista, czy nieswoista“. Według tego odpornością (*immu-*

nitas) byłyby wszystkie stany swoiste, t. j. skierowane przeciw pewnym chorobom zakaźnym, bez względu na to, czy są one wrodzone czy nabyte, a opornością (*resistentia*) — stany nieswoiste, skierowane równocześnie przeciw różnym chorobom i zakażeniom. W takim razie drugą cechą, rozróżniającą odporność do oporności, choć nie tak zasadniczą, byłaby długość czasu trwania tych stanów. Odporność w znaczeniu powyższem trwa zwykle albo całe życie (o ile jest wrodzona), albo szereg lat lub miesięcy (o ile jest „czynna" i nabyta), a tylko wyjątkowo nie dłużej nad kilka tygodni. „Oporność raś zależna od kwitnącego stanu zdrowia i zahartowania istnieje i mija razem ze zdrowiem i zahartowaniem". Odporność bierna jest podobna do oporności przez swe krótkie trwanie i szybki rozwój po wstrzyknięciu surowicy lub ciał chemicznych, różni się od niej jednak zasadniczo swoistością.

Z części szczegółowej zawiera pierwszy tom dzieła prof. Nitscha rozdziały o ospie, wściekliźnie, błonicy, tężcu, ukąszeniach wężów, czerwonce, zakażeniach paciorkowcami, płonicy, zakażeniach gronkowcami, pneumokokami, gonokokami, meningokokami. W tomie drugim mają się zawierać rozdziały o szczepieniach przeciw tyfusom, cholerze, dżumie, wąglikowi, gruźlicy i twardzieli.

Rychłe ukazanie się tego drugiego tomu jest bardzo pożądane.

Kończąc, nie mogę jednak przemilczeć pewnego szczegółu, raczej technicznego, który wydaje mi się błędem, bo musi być przez czytelnika niemile odczuwany. Mianowicie każdy rozdział jest podzielony na ustępy, poodgradzane od siebie tytulikami osobnemi, drukowanemi dużym drukiem. Pomijam już, że gdy te ustępy są drobne, to tekst jest na oko zanadto porozbijany i powstaje często nieuzasadniony kontrast formy typograficznej z tokiem wykładu; chodzi mi bowiem przedewszystkiem o to, że te tytuliki ustępów niejednokrotnie nadawałyby się raczej do umieszczenia na tak zwanym „żywym marginesie", jako rodzaj drogowskazów i przypomnień, a nie jako określenia podziału przedmiotu, a często znów są oznaczeniem bez treści, mianowicie wtedy, gdy zawierają tylko nazwiska autorów. Nie przeczę pożytku, a nawet konieczności oznaczania ustępów tytułami imiennemi, jeśli brzmią one n. p. „teorja odporności Ehrlicha", „teorja przewrażliwości Popielskiego" itp., ale wydaje mi się zbyteczne, a nawet obciążające czytelnika zaopatrywanie kilkunastu po sobie idących ustępów tytułami: praca Starzewskiego" „praca Jordana", „praca Jaworskiego", praca Kozickiego", praca Gaszyńskiego". Nie przypuszczam, aby tej formy użyto w tak licznych miejscach dzieła (bardzo wielu!) celowo i umyślnie, i w następnem wydaniu radziłbym gorąco zmianę.

Osobne słowo wdzięczności należy się kasie im. Mianowskiego, że podjęła się wydawnictwa, którego nikt inny się nie podjął, i że mimo trudnych swych warunków doprowadziła je do końca. Coprawda, druk ciągnął się cztery lata. Wydanie jest bardzo estetyczne, papier, choć cienki, ale przypomina przedwojenny, druk (J. Cotty) piękny. Piśmiennictwo polskie zebrał autor w wykazie, obejmującym 689 publikacji. *Ciechanowski.*

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

The Lancet.

N. 22. T. I. 1921 r.

Arthur Hurst. **Dychawica oskrzelowa.** W związku z nowemi prądami w nauce o nadwrażliwości etjologja dychawicy stała się dzisiaj jednem z najwięcej aktualnych zagadnień. Zestawienie osiągniętych na tem polu zdobyczy w celu wytworzenia ogólnego poglądu na istotę sprawy jest właśnie zadaniem autora. Podług niego dychawica jest odczynem nadmiermiernie pobudliwego ośrodka oskrzelowego na działanie bodźców, powstających we krwi, na obwodzie ciała i w sferze duchowej. Do pierwszej kategorji zalicza autor oddziaływania anafilaktyczne, będące następstwem uczulenia nabytego lub odziedziczonego na różne rodzaje obcogatunkowego białka. Na podstawie odczynów skórnych uczulenie to stwierdził Walker w znacznej liczbie przypadków dychawicy — 52%. Powołując się na badania Goodalea, Walkera i Freemana, omawia autor uczulający wpływ białka pokarmowego pszenicy, ryżu, kukurydzy, jaj, sernika, jarzyn, ostryg, homarów, ryb i t. d. — wpływ wdychanego pyłku (pollen) roślinnego, wreszcie wpływ potu i wyziewu skórnego zwierząt, szczególnie koni i kotów. Do tej samej kategorji bodźców zaliczyć można również białko bakteryjne, które ulega wessaniu na skutek zakażenia rozmaitych narządów, najczęściej oskrzeli, rzadziej migdałków, nosa, jelit, i które w przypadkach swoistego uczulenia chorych może powodować dychawicę pochodzenia anafilaktycznego. Podług badań Jahna Eyre'a, czynnikiem chorobotwórczym i uczulającym mogłyby być prątki z grupy Friedländera, tak często spostrzegane w plwocinie chorych w czasie napadu duszności. Fantastyczna rozmaitość idiosynkrazji astmatyków nakazuje przypuszczać, że wchodzi tu w grę jeszcze wiele innych ciał białkowych, pominiętych wyżej. Uczulenie wielogatunkowe jest szczególną cechą wieku dziecięcego (Walker). Źródłem podrażnień obwodowych, wywołujących odruchowo napad dychawicy, mogą być choroby nosa, oskrzeli, żołądka i jelit. Czy w przypadku nieżytu oskrzeli dychawica powstaje na drodze odruchowej czy na anafilaktycznej, można przekonać się za pomocą odczynn skórnego. Brak odczynu na działanie toksyn drobnoustrojów, wyosobnionych z plwociny chorego, przemawia za sprawą odruchową. Wreszcie u osobników z nadmiernie pobudliwym ośrodkiem oskrzelowym dychawica powstawać może pod wpływem czynników psychicznych, — wzruszeń, wyobrażeń i autosuggestji. Kończąc z etiologją, zatrzymuje się autor dłużej na znaczeniu dziedziczności w powstawaniu t. zw. »idiopatji toksycznych« (Freeman) oraz na stosunku między dychawicą i funkcją nadnerczy. Stosunek ten tłómaczy ze stanowiska znanej teorji o antagoniźmie czynnościowym nerwu błędnego i współczulnego. Szkodliwy wpływ fizycznego i umysłowego znużenia jest następstwem wyczerpania nadnerczy i zmniejszonego wydzielania adrenaliny. Natomiast gwałtowne wzruszenie strachu, pobudzając układ współczulny i funkcję nadnerczy, może przerwać r[illegible]wijający się napad dychawicy. Ostatnia część pracy jest [illegible]święcona leczeniu. Ma ono za zadanie: 1) zmniejszyć nadpobudliwość ośrodka oskrzelowego, 2) usunąć szkodliwy wpływ czynników chemicznych, odruchowych i psychicznych, wreszcie 3) przerwać sam napad. W każdym przypadku dychawicy należy przy pomocy odczynów skórnych określić istotę czynnika chorobotwórczego i wyłączyć go z pożywienia, bądź z otoczenia chorego. Jeżeli dla jakichkolwiek względów jestto trudne lub niewykonalne, trzeba próbować odczulenia ustroju przy pomocy swoistego białka. Staje się to koniecznością, jeżeli chory jest wrażliwy na łupież (dandruff) koński w rozcieńczeniu 1 : 10.000, ponieważ w tych razach kurz uliczny wystarcza dla wywołania napadu. W przypadkach nadwrażliwości na białko bakteryjne, celem odczulenia ustroju, wskazane są swoiste szczepionki z drobnonstrojów chorego. Oprócz prątków Friedländera trzeba mieć na względzie *B. septus*, *M. catarrhalis*, dwoinki zapalenia płuc i paciorkowce, znajdowane w wydzielinie nosa i oskrzeli (Eyre). Co do punktu trzeciego, maleńka dawka adrenaliny, wstrzykniętej podskórnie, przerywa prawie natychmiast rozwijający się napad. Lek ten może być stosowany przez czas dłuższy bez szkody dla zdrowia. W przypadkach lekkich i przewlekłych pożyteczne są rozpylania atropiny i kokainy. Palenie proszków astmatycznych i wziewanie dymu jest raczej szkodliwe, zwiększa bowiem współistniejące nieżyty oskrzeli.

Reeve Heber. **O wpływie wysokości na ustrój człowieka.** Autor, zamieszkały od lat 6 w Leh, stolicy Ladaku w Himalajach (11.500 stóp), przeprowadził odpowiednie badania na ludności tubylczej oraz na 4 Anglikach. Pobyt w górach wywiera na świeżo przybyłych Europejczyków początkowo wpływ ogólnie krzepiący i orzeźwiający. Jednakże poczucie błogiego stanu zmienia się wraz ze stopniem wysokości i ulega znacznym wahaniom osobniczym. Po pewnym czasie występują objawy ze strony układu nerwowego, spostrzegane często u lotników: ociężałość, uczucie znużenia, utrata łaknienia, bezsenność,osłabienie pamięci, zmniejszenie sprawności fizycznej i umysłowej. Przystosowanie do nowych warunków wymaga krótszego lub dłuższego czasu. Stały pobyt w górach na znacznej wysokości stwarza pewną skłonność do przerostu prawego serca. Ciśnienie krwi jest zmniejszone, ciśnienie tętna wzmożone, jak u lotników angielskich we Francji podczas wojny światowej. W związku z rozedmą płuc klatka piersiowa ulega pewnemu rozszerzeniu. Oddech jest nieco przyśpieszony; dłuższe zatrzymanie oddechu sprawia pewną trudność. Ilość czerwonych krwinek jest znacznie większa, zwłaszcza u Europejczyków (średnio 6,816.450). Ilość krwinek białych i ich stosunek wzajemny pozostają bez zmiany. Wbrew oczekiwaniu, stały pobyt w górach wywo-

łuje zmniejszenie hemoglobiny. Zdolność rozrodcza jest znacznie zmniejszona. 823 kobiet miało tylko 848 dzieci. Fakt ten zapewne jest w związku z rozpowszechnieniem kiły. Miesiączka zaczyna się względnie późno, około 15 roku, i kończy się wcześniej — 39,2 l. Niestrawność jest najczęstszem cierpieniem ludności tubylczej i napływowej. Choroby płuc są rzadkie, gośćca i gruźlicy niema prawie wcale.

K. Rozenfeld (Częstochowa).

Czasopisma archiwalne.

Anatomja patologiczna.

Virchows Archiv.
T. 233. 1921.

K. Yamagiva. **Sztuczne wywoływanie raka i mięsaka zapomocą dziegciu.** Żmudne i na lata rozciągające się badania autora rozpadają się na dwie grupy doświadczeń: W pierwszej pędzlował dziegciem wewnętrzną powierzchnię ucha królika w odstępach kilkudniowych. Po półtora lub kilkunastu miesiącach spostrzegał na uchu odosobnione lub mnogie guzki uszypułowane lub brodawczakowe o utkaniu nabłoniaka, wychodzące z nabłonka zewnętrznego torebek włosowych (*Folliculoepithelioma*), w innych przypadkach pod postacią płaskich na szerokiej podstawie rozwijających się nabłoniaków. Jako bezpośrednie następstwo drażnienia dziegciem pojawiało się nadmierne rogowacenie, gromadzenie się łusek w torebce włosowej, tworzenie się torbielków, potem typowe, następnie atypowe bujanie nabłonka warstwy podstawowej (*str. basale*) i to bujanie znacznego stopnia pod postacią wypustek i czopów. Raki takie udawało się autorowi otrzymywać u 100 % zwierząt pędzlowanych przez 150 do 173 dni. U niektórych otrzymał nawet przerzuty w gruczołach chłonnych przy nasadzie małżowiny usznej, u jednego królika także w śliniance podszczękowej. Kilka w ten sposób otrzymanych raków uległo samoistnemu wyleczeniu, przeważająca jednak część zwierząt z czasem nędzniała i ginęła. Przeszczepianie cząstek otrzymanych raków na uszy zdrowych królików nie udawało się z powodu ich zropienia.

W drugiej grupie doświadczeń wstrzykiwał autor większej liczbie króliczyc do sutków dziegieć, względnie także wyciąg dziegciowy lanoliny i dziegieć z lanoliną. Początkowo wstrzykiwał dwa razy, następnie raz na miesiąc. Po wyciągu dziegciowym lanoliny powstawały »lakuny« lanolinowe wyścielone śródbłonkiem, następnie guzy wytworzone z dużych jasnych (śródbłonkowych) komórek i wielojądrzaste komórki, nacieki drobnokomórkowe; po wessaniu lanoliny rozwijała się wiotka tkanka łączna, wśród niej zaś nieraz szeregi komórek o charakterze nabłonkowych, potem torbiele i rozszerzenie przewodów gruczołowych.

Po wstrzykiwaniach czystego dziegciu otrzymywał autor obrazy podobne do poprzednich, a nadto bujanie nabłonków powierzchownych i torebek, jak w grupie pierwszej; ostatecznie bujanie to przechodziło w atypowe, rakowe. Te same obrazy otrzymywał autor po wstrzykiwaniu mięszaniny dziegciu i lanoliny. Makroskopowo zmiany występowały pod postacią mniej lub więcej na powierzchni owrzodziałych guzów o średnicy 4—5 cm., zazwyczaj z wałowatym brzegiem. Histologicznie ostatecznie rozwijało się utkanie raka z perłami, często o budowie zrazikowej, a także gruczołowate wybujałości rakowe nabłonka. (*Adenocancroid*). I te nowotwory dawały przerzuty w gruczołach, a zwierzęta ginęły z powodu charłactwa.

Wreszcie u jednej z króliczyc po 23 miesiącach otrzymał w miejscu sutka guz, dochodzący wielkości mandarynki, bez ściślejszego połączenia z podstawą. Histologicznie guz ten składał się z tkanki włóknistej, śluzowej i mięsakowej (wrzecionowato komórkowej). W kilka miesięcy po wycięciu wystąpił w tem samem miejscu nawrót, a w płucach i gruczole pachowym przerzuty. Był to jedyny przypadek włókniako-śluzako-mięsaka na 200 zwierząt użytych do doświadczeń autora.

Ostatecznie autor uważa wynik swych doświadczeń mozolnych za jeden z przyczynków doświadczalnych, potwierdzających dawną teorję Virchowa o znaczeniu drażnienia w powstawaniu nowotworów.

H. Herxheimer. **Wpływ lekkoatletycznych ćwiczeń na cielesny rozwój młodzieży.** Młodzieńcy w wieku l. 16—20 wykonywali 2 razy na tydzień wieczorami lekkie ćwiczenia atletyczne przez 1 do 1 ½ godziny, polegające na biegu w zawodzie, dla młodszych 100—200 dla starszych 400 do 1000-metrowym, dalej na rzucaniu, skokach i na mocowaniu się. Ćwiczenia były tak ułożone, że po nich ćwiczący odczuwali niewielkie przyjemne znużenie. Badanie młodzieży polegało na wywiadach, badaniu wzrostu, wagi ciała, umięśnienia, odżywienia, barwy skóry, odruchów skórnych i ścięgnistych, serca i płuc. Okres spostrzegania wynosił 2 ½ do 4 miesięcy. Spostrzeżenia doprowadziły autora do następujących wniosków: 1. U młodzieńców, znajdujących się w okresie wzrostu, przyrost wagi był w czasie ćwiczeń zmniejszony w przeciwieństwie do rozwoju mięśni, stąd wskazówka, że młodzieńcy, zwłaszcza szybko rosnący, winni umiarkowanie oddawać się ćwiczeniom fizycznym, natomiast odżywianie ich powinno być spotęgowane. 2. Przybytek mięśni uda wynosił w ciągu 3 miesięcy u pilnie ćwiczących dwa razy tyle, co u zaniedbujących ćwiczenia, wdechowa zaś objętość klatki piersiowej była u nich 4 razy większa. 3. Zaburzeń ze strony serca, tak przedmiotowych, jak i podmiotowych, autor nie mógł stwierdzić u żadnego z badanych, nawet u młodzieńca z wyrównaną wadą serca w zakresie zastawki dwukończystej.

W. N. (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition.
Nr. 4. 1921.

Binet. **Pierwsze objawy kliniczne kamicy żółciowej.** Na kilka lat przed wystąpieniem napadów kamicy żółciowej stopniowo rozwija się cały szereg objawów miejscowych i ogólnych, które zsumowane dają możność rozpoznania powstającej choroby. Chauffard wskazał na związek cholesterynemji z kamicą żółciową. Ilość cholesteryny we krwi zwiększa się w okresie miesiączkowania i ciąży, w tych okresach często występują pierwsze napady. Cierpienia żołądka o charakterze odźwiernikowym są bardzo często zwiastunami kamicy; Loeper z tego powodu powiedział: »wobec jakiegokolwiek cierpienia żołądka, trzeba myśleć o pęcherzyku żółciowym; nigdy nie myśli się o nim dostatecznie«. Początkowo w wieku młodym kobiety te wyróżniają się cerą żółtą, kępkami żółtemi na powiekach (*xanthelasma*), cierpią na krwawnice, skarżą się na zaburzenia trawienia ściśle nieokreślone: zaparcie na przemian z rozwolnieniem; objawy tę mogą trwać przez 10 lat, nie zwracając uwagi. W okresie dojrzewania płciowego często bywają napady bólów pęcherzykowo-żołądkowych, które następnie mogą się powtarzać przed, w czasie lub wkrótce po miesiączkowaniu. Bóle te mają charakter podobny, jak przy wrzodzie, skurczu odźwiernika lub nadkwaśności: w nocy potęgują się szczególnie po spożyciu pokarmów tłustych lub bogatych w cholesterynę; różnią się umiejscowieniem i promieniowaniem: bóle o charakterze żołądkowo-pęcherzykowym przekraczają linję mięśnia prostego naprawo, promieniując ku barkowi prawemu i ku 11-mu żebru tej samej strony; dotykanie okolicy pęcherzyka żółciowego wywołuje nudności. Napadom tym często towarzyszy podwyższona ciepłota i lekka żółtaczka, pozatem zawroty głowy, zimny pot, nudności, objawy, jak przy chorobie morskiej, po których w ciągu dnia może nastąpić napad bólów pęcherzykowo-żołądkowych. Stan ogólny chorego po kilku napadach takich pogarsza się znaczniej niż przy cierpieniach odźwiernika. Napady bólów pęcherzykowo-żołądkowych w okresie miesiączkowania są typowe dla powstającej kamicy żółciowej. Migreny, występujące po pokarmach tłustych i bogatych w cholesterynę, są często pierwszymi zwiastunami, szczególnie w rodzinach obarczonych tem cierpieniem. Wzruszenia moralne i zmęczenie mogą tylko wyjątkowo wywołać napad bólów żołądkowo-pęcherzykowych, przy cierpieniach wyłącznie żołądkowych.

Chemizm żołądka przy cierpieniach pochodzenia pęcherzykowego może wykazywać kwasotę normalną lub nadkwaśność.

Badanie rentgenologiczne wykazuje przemieszczenie żołądka ku wątrobie: biegnie on wzdłuż jej brzegu dolnego; położenie to zmienia się w kilka tygodni po przebytem zapaleniu przewodów żółciowych lub po napadzie kolki wątrobowej. Choroby zakaźne, grypa, szczególnie choroby jelit, przebyte w wieku dziecięcym, mogą być pierwszemi przyczynami zaburzenia sprawności wątroby. *Radoszewska* (Warszawa).

Gruźlica.

Zeitschrift für Tuberkulose.
T. 34. Zeszyt 3|4. 1921.

F. Helm. **25 lat działalności niemieckiego komitetu centralnego do walki z gruźlicą.**

S. Gräff. **Anatomja patologiczna i badanie kliniczne suchot płucnych.** Autor stawia pytania: czy w klinice suchot ma być nadal uwzględniana myśl anatomiczna; jaką wartość w badaniach klinicznych posiada preparat anatomiczny. (Tak sformułowane pytanie jest zrozumiałe dla tych jedynie, którzy znają współczesny kierunek badań gruźlicy; rolę główną wielu badaczy przypisuje sprawom odpornościowo-biologicznym, na dalszym planie stawiając badania morfologiczne. Hayek np. pisze: «obecna medycyna szkolna z jej przeważnie patologiczno-anatomicznem ujmowaniem choroby stanęła właśnie w zakresie gruźlicy na martwym punkcie»).

Zdaniem autora klinicysta, stara się wyobrazić sobie preparat anatomiczny, dąży do rozpoznania anatomicznego, które mu pozwoli na wnioski co do rokowania i leczenia. Dlatego klinicysta powinien się trzymać klasyfikacji anatomopatologicznej.

Główną wartość tej pracy stanowi danie dowodu, że i miejsca i rozmiarów zmian w płucach nie należy określać według płatów, jeno według pól. Za pomocą odpowiednich rysunków wykazuje autor, że dokładna projekcja określonych okolic płuca, leżących w różnej głębokości, na płaszczyznę klatki piersiowej jest najczęściej niemożliwa, a dotąd przyjęte określenia topograficzne mylne.

C. Flügge. **Znaczenie kropelek, rozpryskiwanych przy kaszlu, dla szerzenia gruźlicy.** Ponowne, szeroko uzasadnione przypomnienie roli tego momentu etjologicznego, zamało jeszcze dotąd uwzględnianego przy zapobieganiu chorobie.

M. Kirchner. **Wzrost gruźlicy w czasie wojny i jego powody.** Pierwszorzędna praca statystyczna, zawierająca wielką liczbę tablic i wykresów; nie nadaje się do streszczenia.

K. E. Ranke. **Śmiertelność z gruźlicy w Bawarji i Monachjum przed i po wojnie.** O tej pracy powiedzieć trzeba to samo, co i o poprzedniej.

Thiele. **Przemysł ceramiczny i gruźlica.** Różnorodność warunków pracy w tym zawodzie naraża robotnika w stopniu rozmaitym. Badanie kliniczne wykrywa obecność zmian gruźliczych u bardzo wielu robotników, którzy albo nie uważali się wogóle za chorych, albo nie znali charakteru swego cierpienia. Do zawodu ceramicznego powinni być przyjmowani ludzie ze zdrowemi płucami.

F. Nenfeld. **O odporności na gruźlicę.** Praca doświadczalna i krytyczna. Wynikiem jej jest twierdzenie, że pasorzyt gruźlicy należy do grupy wywołujących trudno i tylko w małej ilości powstawanie przeciwciał swoistych. Przy gruźlicy mamy wyraźnie rozwiniętą nadczułość, ale słabo rozwiniętą odporność.

A. Bier. **O leczeniu zachowawczem tak zwanej gruźlicy chirurgicznej.** Światło (słońce) i pewne rodzaje światła sztucznego, przekrwienie bierne, jod wewnętrznie, temi środkami leczy Bier gruźlicę chirurgiczną.

F. Sauerbruch i A. Brunner. **Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc.** Opis wyników leczenia, ze szczególnem uwzględnieniem torakoplastyki pozaopłucnowej. Śmiertelność bezpośrednia (w ciągu 4 tygodni po operacji) wynosi 7 %. Poprawę osiągnięto w 42 % przypadków; pogorszenie w 25 % przypadków.

Na 381 przypadków operowanych uzyskano wyleczenie (oceniane po upływie dłuższego czasu od chwili operacji) w 35 %.

Uhlenhuth i Hailer. **Nowe próby niszczenia laseczników gruźlicy w plwocinach.** Działanie współczesne mieszaniny kilku fenolów i pewnych substancji zasadowych może szybko zabić lasecznika Kocha. Najtańszą z takich mieszanin jest kombinacja krezolu i 15 % ługu sodowego, używana w stosunku 1 na dwie części plwocin. Całe zagadnienie nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte.

S. Romberg. **O objawach miejscowych i ogólnych, szczególnie o białym obrazie krwi w przebiegu różnych rodzajów przewlekłej gruźlicy płuc.**

Autor proponuje następujący podział przewlekłej gruźlicy płuc:

I. Tuberculosis pulmonum exsudativa:
a) bronchopneumonia;
b) pneumonia.
II. Tuberculosis pulmonum productiva:
a) productiva sensu strictiori;
b) cirrhotico — productiva.
III. Tuberculosis pulmonum cirrhotica.

Nie wszystko jednak nam mówi sam charakter sprawy anatomicznej; również ważny jest odczyn ogólny (gorączka, stan ogólny, waga itp.).

Jako wyraz odczynu należy uznać zmiany we krwi, właściwie zmiany w składzie białych ciałek.

Wyniki ogólne swych poszukiwań w tym kierunku zestawił autor w niniejszej tabliczce.

Okres choroby	Leukocytoza	Neutrofilja	Przesunięcie na lewo (Arneth)	Limfocytoza	Eozynofilja samoistna ponad 400 (albo zwiększenie wyraźne eozynofilów po tuberkulinie)
0	○ (+)	○	○	+	+ albo ○
1	○	○	○ (+)	○	+
2	+	○	○ (+) +	○	+
3	+	○	○ (+) +	○	○
4a	+	+	○ (+) +	○	○
4b	○	○	○ (+) +	Limfopenia	○
5	○	+	○ (+) +	„	○

Schemat nie wyczerpuje wyników omawianych badań, które mają znaczenie dopiero przy rozpatrywaniu ich w związku z innemi objawami klinicznemi. *S. Sg* (Łódź).

Choroby dzieci.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.
T. 30. 5 i 6.

K. Kassowitz. **O wpływie odżywiania na długość ciała i stan odżywienia.**

O. Huber. **Dziewczynka przedwcześnie urodzona, o wadze 760 gr., obecnie już jako 8-letnia.**

E. Nobel i R. Waguer. **Mleko sproszkowane jako pożywienie dla dzieci.** Można go użyć zastępczo lub jako dodatku do pokarmu, lecz tylko wówczas, jeśli jest preparatem wypróbowanym, bez zarzutu i gdy brak mleka świeżego. Pożywieniem leczniczem dla różnych przypadłości wieku niemowlęcego nie jest ono bynajmniej. Jego zaletę stanowi dogo-

dność stosowania w porze upalnej, niebezpieczeństwo psucia się jest bardzo małe, przesyłka stosunkowo bardzo tania, przygotowanie pokarmu łatwe. Wartość przeciwgnilcowa, mimo wysuszenia, utrzymana, jak to się okazało w 7 przypadkach choroby B a r l o w a. Przy żywieniu niem, należy się kierować zapotrzebowaniem ilościowem. Wypróbowano mleko ameryk. »*Dryko*« i australskie »*Glaxo*«.

A. M e n d e l s s o h n. **Doświadczenia z zupą zaprażkową Czernego-Kleinschmidta.** Niepomyślne wyniki przy użyciu powyższego pokarmu zniewoliły autora do zaniechania odżywiania nim dzieci chorych, niedożywionych. Zapewne u niemowląt zdrowych można z korzyścią posługiwać się tym pokarmem, jak to świadczą wszystkie publikacje zachwalające.

St. E n g e l. **W sprawie ostrych zaburzeń odżywiania u niemowląt.** W przebiegu lub pod koniec cięższych zaburzeń odżywiania zjawiają się wymioty krwawe, fusowate. Treścią tych krwawień jest globina+hematyna, powstałe z hemoglobiny w żołądku. Oprócz krwawień, zjawia się w żołądku chorych niemowląt obfita ilość kwasu żołądkowego i gruba warstwa ciągnącego się śluzu. Zdaniem autora, należy te zjawiska uważać za zaburzenia w równowadze układu wegetatywnego. Stan nerwu błędnego nie jest w tych przypadkach opracowany.

E. F ü r s t e n a u. **W sprawie ostrych zaburzeń odżywiania w wieku niemowlęcym.** (Utajone krwawienia przewodu pokarmowego u oseska). Tak u niemowląt z ciężkiem schorzeniem przewodu pokarmowego, jak i z lekką niestrawnością, żywionych bądź to piersią, bądź też sztucznie, można było wykazać utajone krwawienie za pomocą próby benzydynowej lub guajakowej. Ustalono, że w powstawaniu tych krwawień ważną rolę odgrywa podrażnienie układu wegetatywnego; wprowadzono przeto dla experymentu per os niemowlętom pilokarpinę i badano zawartość kału na obecność krwi. Zbadano 48 dzieci. Działanie pilokarpiny można scharakteryzować w następujący sposób: po małych dawkach (0.005) występowały nieznaczne krwawienia utajone, przy dobrym stanie badanych niemowląt, po większych przychodziło do gwałtownego rozwolnienia i wymiotów, nie było zaś krwawień. Krew ukazująca się nie pochodziła z żołądka, ale zdaje się z jelit, a mianowicie z naczyń rozszerzonych pod wpływem pilokarpiny. Raz więc występowało działanie na ściany naczyń, to znów na mięśnie gładkie. Młode świnki po 0,01 pilokarpiny ginęły wśród gwałtownych rozwolnień, a badania pośmiertne nie stwierdzały ubytków na błonach śluzowych, tylko przepełnienie krwią naczyń śluzówki żołądka i jelit cienkich. Experyment ten tłomaczy szereg zmian w obrazach klinicznych, od zwyczajnej dyspepsji aż do zatrucia (*toxicosis*). Krwawienia zjawiały się i wówczas, gdy z pomocą makowca można było u zwierząt wykluczyć wzmożony ruch robaczkowy jelit.

F. E d e l s t e i n. **O badaniu sfałszowań mleka kobiecego.**

G. B. G r u b e r. **O obrzęku gruczołów mlecznych u noworodków.** Studjum z zakresu histologji anatomji gruczołów mlecznych i rozważania nad rolą poszczególnych tkanek tego narządu.

E. H e l m r e i c h i B. S c h i c k. **Studja nad odżywianiem noworodków. IV. komunikat.** Próby dokarmiania noworodków różnymi pokarmami, jakoto: pełnem mlekiem, mlekiem z 8.5 % cukru, papką złożoną z mąki, cukru i masła, wraz z mlekiem z 17 % cukru, wreszcie mlekiem sproszkowanem ocukrzonem. Mleko pełne, bądź z 8.5 % cukru, okazało się najlepszym dodatkiem. Wynik dokarmiania będzie o tyle lepszy, o ile więcej pożywienia stanowić będzie pokarm kobiecy. Pożywienie z dodatkiem tłuszczu znoszą dzieci rozmaicie, nieraz źle, daleko lepiej wyzyskują pokarmy z przewagą węglowodanów. Dokarmianie noworodków mlekiem sproszkowanem w odpowiedniej postaci nie jest szkodliwe.

Progulski. (Lwów).

Chirurgja.

The Lancet.
Listopad 1921.

B u r r o u g h s. **O promieniach wolframowych.** Promienie te znalazły zastosowanie lecznicze dopiero w ostatnich czasach. Łuk wolframowy, poza światłem i ciepłem, wysyła liczne promienie pozafjoletowe, będące poza granicami dostrzegalnego widma. Doświadczenia wykazały, iż posiadają one dużą własność bakterjobójczą. Autor od pół roku pracuje lampą zaopatrzoną w dwie elektrody z czystego wolframu przy prądzie o 100 woltach i 5-ciu amperach. Najlepsze wyniki otrzymuje się w ropieniach powierzchownych, gdzie wyleczenie całkowite następowało po 8—12 posiedzeniach. Między innemi uporczywy wrzód żylakowy zagoił się po 8-iu naświetlaniach, a pół roku trwające ropne zapalenie gruczołów chłonnych szyji z przetokami i naciekami ustąpiło po 14-stu posiedzeniach.

Najlepszą przyszłość mają promienie te w leczeniu przewlekłego ropnego zapalenia u c h a ś r o d k o w e g o, połączonego z przytępieniem słuchu. W tym razie stosuje się specjalną metodę, polegającą na tem, iż kilka minut naświetla się okolicę wyrostka sutkowego i tyleż wnętrze jamy bębenkowej za pomocą specjalnego wziernika usznego. Oczy chorego i lekarza muszą być zasłonięte uszczelnionemi szkłami niebieskiemi. Bardzo dobre wyniki otrzymano przy »*otosclerosis*«, gdzie leczenie polegało na naświetlaniu co drugi lub co trzeci dzień, a czas ekspozycji doprowadzono do 2 i pół minut na wewnątrz i 1 i pół minuty na zewnątrz. Poprawa słuchu następowała zasadniczo po 5-ciu naświetleniach, często nawet wcześniej. W przypadkach nieżytu trąbki Eustachiusza lub górnych dróg oddechowych wziewanie gazów wydzielanych przez promienie wywierało wpływ dobroczynny na sprawę kataralną. Serja lecznicza składa się z 8—12 naświetlan, poczem, o ile zachodzi potrzeba dalszego leczenia po 2-ch tygodniach przerwy, przystępuje się do drugiej serji.

Na zakończenie swej notatki autor podaje szczegółowe tablice naświetlań w trzech przypadkach *otitis media*, gdzie osiągnięto nadzwyczaj efektowne wyniki tak co do opanowania sprawy ropnej, jak i co do opanowania głuchoty.

(Przyp. ref. Wiadomo, iż stosowane do tej pory przeciw zwyrodnieniu włóknistemu ucha naświetlania promieniami X, rtęciowemi lampami itp., dają wyniki bynajmniej nie zachęcające, to też nadzwyczajne wyleczenia pod wpływem promieni wolframowych winny zachęcić nas do wypróbowania ich — trudnych do wiary — leczniczych własności).

P r i n g l e i inni. **Owrzodzenia przełyku.** (J. of Path. a. Bact. tom 24). Pooperacyjne wymioty masami czarnemi są znane dobrze chirurgom, którzy oceniają je jako objaw dający złe rokowanie. Dociekania klinicystów w Glasgowie wykazały, że w wielu razach owe wymiociny pochodzą nie z żołądka, lecz z przełyku, a to na skutek owrzodzenia (na podobieństwo wrzodu trawiennego) błony śluzowej przez treść żołądkową, która, opuściwszy żołądek, częściowo tylko zostaje wydalana na zewnątrz i w znacznej ilości zatrzymuje się w przełyku. Obrażenia, o których mowa, bywają najrozmaitszej głębokości: od powierzchownych warstw błony śluzowej aż do przedziurawień na wylot. Spostrzegano samoistne wyleczenia wrzodów przełykowych.

Z obserwacji tych wyprowadza się wniosek ten, że u chorych, zwłaszcza ciężkich, należy przełyk po wymiotach wypłukać w ten lub inny sposób. *E. Lewenstern.* (Warszawa).

Położnictwo i ginekologja.

Gynécologie et obstetrique.
1921. Nr. 4.

J e a n C o t t a l o r d a. **Zaśniad groniasty, nabłoniak kosmówkowy i torbiele luteinowe jajnika.** Praca opiera się nie na własnych spostrzeżeniach, tylko na statystycznych zestawieniach z piśmiennictwa powyższego przedmiotu. Autor stwierdza naprzód fakt powszechnie znany, że złośliwy nabłoniak kosmówkowy rozwija się badrzo często w macicy, która wydaliła zaśniad groniasty lub nawet wśród rozwoju zaśniadu. Ze statystyk wynika, że około 50 % złośliwych nabłoniaków rozwija się w związku z zaśniadem. (Liczba ta jest zapewne w rzeczywistości znacznie wyższą; przypisek referenta). Z drugiej strony przytacza autor statystyki, z których wynika, że 9 % zaśniadów groniastych kończy się wcześniej lub później rozwojem nabłoniaka. Rozpoznanie tego nowotworu jest bardzo trudne, przebieg jego zaś bardzo złośliwy i szybki, wskutek czego wyniki lecznicze, operacyjne są mało zachęcające (54.7 % przebiegów śmiertelnych).

Co do torbieli luteinowych, to mają one towarzyszyć w 59 % przypadków rozwojowi zaśniadu, a w 9.4 % przypadków rozwojowi złośliwego nabłoniaka.

Autor zadaje sobie pytanie, czy istnienie tych guzów jajnikowych u osób z zaśniadem nie dowodzi skłonności do rozwoju złośliwego nabłoniaka, i czy stwierdzenie ich istnienia nie dałoby się zużytkować w ocenie wskazań leczniczych.

Autor przypuszcza, że ciałko żółte działa antytoksycznie przy zatruciu ciążowem, że więc przeto rozwój torbieli luteinowych dowodzi obrony ustroju wobec silniejszego i dłużej trwającego zatrucia, wywołanego przez zaśniad, a szczególnie przez rozwój nabłoniaka złośliwego. Torbiele luteinowe znikają nie rzadko po urodzeniu się zaśniadu; w tych przypadkach widocznie zatrucie kończy się z wydaleniem zwyrodniałego jaja. W innych przypadkach torbiele nie znikają, w innych wreszcie dopiero po wydaleniu zaśniadu róść zaczynają: tam trwa lub powstaje zatrucie i tam przypuszczać można rozwój złośliwego nowotworu. Tak więc torbiele luteinowe, o ile trwają po wyjściu zaśniadu, wskazują potrzebę operacji doszczętnej. Tembardziej naturalnie, jeśli dopiero po wyjściu zaśniadu zaczynają się rozwijać.

Zużytkowanie tego wskaźnika złośliwości pozwoli przystąpić do operacji nie za późno.

Monatsschrift f. Geb. u. Gynaek.
T. LIV.

Rud. Th. v. J a s c h k e. **O czynnikach zapobiegających wytwarzaniu się zakrzepów pooperacyjnych.** Zastanawiając się nad przyczyną powstawania zakrzepów pooperacyjnych, J a s c h k e zgadza się zasadniczo z wywodami Z w e i f l a i dochodzi do przekonania, że, ażeby uniknąć wytwarzania się zakrzepów należy:

1) W okresie przedoperacyjnym starać się w pierwszym rzędzie o podniesienie sprawności naczyń i mięśnia sercowego przez systematyczne podawanie naparstnicy. Ma to dominujące znaczenie, zwłaszcza u osób starszych i wyczerpanych.

2) W czasie zabiegu operacyjnego starać się operować bezkrwawo przez skrupulatne podwiązywanie naczyń. Zaniechać podwiązek masowych, a podwiązywać każde naczynie z osobna, możliwie bez użycia kleszczyków zaciskowych, miażdżących ścianę naczynia.

3) Zachować jak najdalej posuniętą aseptykę, zamykać szczelnie brzegi przeciętej pochwy i pokrywać je otrzewną, aby w ten sposób ochronić pole pooperacyjne od wtargnięcia drobnoustrojów chorobotwórczych.

4) W okresie pooperacyjnym pozwalać chorym ile możności wcześnie (2—5 dzień) wstawać, a jako uzupełnienie wczesnego wstawania zalecać ruchy bierne, mięsienie i gimnastykę oddechową. Trzy te sposoby mają znaczenie, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie wczesne wstawanie jest przeciwwskazane. *Szancenbach* (Kraków)

Archiw f. Gynaekologie.
Tom 114. Z. I.

A. S e i t z. **O operacyjnem leczeniu tyłopochylenia i tyłozgięcia macicy ze szczególnem uwzględnieniem sposobu operowania, wskazania i trwałości wyników.** V a n d e V e l d e w roku 1910 zestawił nie mniej, jak 217 metod leczenia zmian w położeniu macicy, co dowodzi, że operatorzy często byli niezadowoleni z wyników leczenia podług starych i ciągle modyfikowanych metod. Autor na podstawie 567 przypadków z lat 1912—1919, omawia sposób operowania, wskazania i trwałość wyników, zaznaczając, że w 410 przypadkach stosował metodę D o l é r i s'a - S c h a u t y w 80, ventrofixatio O l h a u s e n a i w 77 wewnątrzotrzewnowe skrócenie więzadeł podług L a n g e s'a. Do operacji wybierano tylko przypadki ze stwierdzonemi lub oczekiwanemi powikłaniami, które wymagały otwarcia jamy brzusznej; nieraz przytem dołączano plastykę mięśni dźwigaczy w razie znacznego zwiotczenia mięśni dna miednicy po odbytych porodach. Te trzy metody stosowano również przy wypadnięciach macicy u kobiet, mogących jeszcze rodzić. Z 567 operowanych zbadano 258 po pewnym czasie — od $^1/_2$ roku do 8 lat — co do trwałości wyniku z następującym wynikiem: w przypadkach tyłozgięcia bez opadania pochwy 69·3% dało wynik pod względem czynnościowym i anatomicznym dobry; w przypadkach, gdzie obok »ventrosuspensio« podług D o l é r i s a - S c h a u t y wykonano i plastykę dźwigaczy, wynik, był w 93·1% dobry, w 6·9 był nawrót tyłozgięcia, a w 13·8% nawrót obniżenia. Dla porównania przytacza autor statystykę H ö l d e r a (z kliniki w Tübingen) przypadków operowanych metodą A l e x a n d e r - A d a m s'a, który stwierdza 37·21% czynnościowych niepowodzeń tej metody, gdy u S e i t z a liczba ta dochodzi do 60%. Nawroty miał H ö l d e r przy tej metodzie w 23,76% przypadków. Metodę D o l é r i s a - S c h a u t y stawia wobec tego autor wyżej od metody A l e k s a n d e r - A d a m s a. Metodę O l s h a u s e n a rezerwuje autor dla przypadków w okresie przekwitania. Co do wskazań do operacji, to S e i t z trzyma się następujących zasad:

1) Niepowikłane tyłozgięcie nie wymaga leczenia, szczególnie w razie nieświadomości chorej pod tym względem.

2) W każdym przypadku należy zbadać, czy niema nerwicy, niedokrwistości lub t. zw. stanu astenicznego (*habitus asthenicus*).

3) Przy zabiegach w małej miednicy drogą brzuszną należy dla lepszego wyniku poprawić położenie macicy.

4) Poprawienie położenia macicy jest konieczne dla zapewnienia wyniku plastycznej operacji przy obniżeniu i wypadaniu macicy i pęknięciu krocza trzeciego stopnia.

5) Przy niepłodności i poronieniu nawykowem łącznie z dyscysją.

6) Przy tyłozgięciu ustalonem, jeżeli są dolegliwości.

Ostatecznie autor dochodzi do wniosku, że operacyjne leczenie tyłozgięcia najczęściej jest wskazane przy powikłaniach i, jako najlepszą w tych razach, zaleca metodę D o l é r i s a - S c h a u t y. *Polakowski* (Kraków).

Choroby uszu i gardła,

Monatsschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo — Rhinologie
1921. Wrzesień, Z. 9.

G. A l e k s a n d e r. **Organizacja służbowa szkolnych lekarzy usznych.** Dokładny opis czynności usznych lekarzy szkolnych we Wiedniu.

C e m a c h. **Fototerapja przy ostrem zajęciu wyrostka sutkowego.** Autor poleca gorąco naświetlanie każdego ostrego zajęcia wyrostka sutkowego, rozumiejąc jako ostre takie przypadki, przy których wyciek ropny z ucha środkowego nie trwa dłużej, aniżeli cztery tygodnie, objawy zajęcia wyrostka sutkowego nie więcej, aniżeli 6 dni, a ciepłota nie przekracza 37,8°. Ostre nawroty przewlekłych spraw nie tworzą przeciwwskazania.

D e m e t r i a d e s. **Ślimakowo-powiekowy odruch u noworodków.** Wyniki swych badań określa autor w następujący sposób; 1) odruch uszno-powiekowy występuje w ogólności między 4 — 6 godziną życia pozapłodowego; 2) u niedonoszonych (między 7 — 8 mies. księżyc.) zauważyć można znaczne opóźnienie występowania odruchu, który dopiero staje się widoczny między 6 — 8 dniem; wyjątkowo może się zjawić wcześniej o 15 godzin lub też później 12 lub 19 dni po urodzeniu; 3) przy kile dziedzicznej występuje odruch bądź to prawidłowo, bądź to w czasie spóźnionym; 4) bardzo rzadko może u osesków zupełnie zdrowych odruch nie występować i do dni 20,

F i s c h e r. **O ruchach gałek ocznych, dających się wywołać z narządu słuchowego.** Podając kilka przypadków histerji wysnuwa z nich autor wniosek, że u pewnych osobników można i błędnik uważać za miejsce analogiczne do znanych histerycznych punktów uciskowych, jak sutki, jajniki itd.

F r ü h w a l d. **O naczyniaku krtani.**

M a r s c h i k. **Resekcja i plastyka tchawicy ze szczególnem uwzględnieniem resekcji poprzecznej.**

W e i s s. **O pęcherzycy dróg oddechowych górnych.** Podanie trzech przypadków, z których niezwykłym jest przypadek pierwszy pęcherzycy przewlekłej, gdzie następowe zbliznowacenie sprowadziło bardzo znaczne zwężenie wejścia do krtani

Październik Z. 10.

A. K e s t e n b a u m. **O mechanizmie oczopląsu.** Autor omawia szczegółowo mechanizm oczopląsu, pochodzenia nie przedsionkowego, a więc mechanizm ustalenia gałek ocznych,

(*Einstellmechanismus*) i mechanizm utrwalenia wzroku (*Fixationsmechanismus*) i zaburzeniami w odpowiednich mechanizmach tłómaczy powstawanie oczopląsu przy ustaleniu gałek ocznych (*Einstellnystagmus*) i oczopląs, powstający przy utrwaleniu wzroku (*Fixationsnystagmus*); do kategorji tego ostatniego zalicza oczopląs albinosów, górników, oczopląs utajony i powstający na tle częściowych zaburzeń rozwojowych. Jako jedyny oczopląs, powstający na tle prawidłowego mechanizmu utrwalenia wzroku uważa tak zwany kolejowy (*Eisenbahnnystagmus*). W końcu uważa podział oczopląsu na optyczny, centralny i przedsionkowy za nieodpowiedni i zaleca właśnie ze względu na mechanizm powstawania podział na 3 grupy: przedsionkowy, ustalenia (gałek ocznych) i utrwalenia (wzroku), przyczem w każdej grupie może źródło chorobowe znajdować się albo obwodowo, albo centralnie.

N.-F. Popoff. **Przyczynek do preparowania błędnika błoniastego.**

W. Sternberg. **Analiza elementarna mowy.**

A. Hofvebdahl. **O zwalczaniu zatrucia kokainą.** Na podstawie swoich doświadczeń na psach, kotach, królikach, świnkach morskich a ostatnio i na małpach dochodzi autorka do następujących wniosków: 1. działanie na pewne śmiertelnej dawki kokainy może zostać zniesione przez podanie odpowiednich środków przeciwskurczowych, 2 ze środków nasennych okazał się weronalan sodowy (*Natrium diaethylbarbituricum*) skuteczniejszym, aniżeli wodzian chloralowy i skopolamina, 3) środki te działają tem pewniej, im wcześniej je podano, względnie im szybciej nastąpiło ich wchłonienie, wobec czego w okresie skurczów może być skutecznem jedynie wstrzykuięcie wśródżylne.

Po wystąpieniu objawów zatrucia środki używane, jak *Amylum nitrosum* i roztwór fizjologiczny soli kuchennej, są bezskuteczne, a morfina wprost przeciwwskazaną. Na tej podstawie podaje autorka szereg wskazówek praktycznych, a mianowicie radzi: 1 zapobiegawczo podawać na pół godziny przed znieczuleniem miejscowem 0·5 weronalanu sodowego, a 2. po wystąpieniu poważnych objawów zatrucia wśródmięśniowe wstrzyknięcie 4 cm³ 20% roztworu sonnifennu. *Lehm* (Lwów).

Medycyna sądowa.

Vierteljahrsch. f. gerichtl. Medizin.

T. 59. Z. 1.

Löwenthal. **Wartość makroskopowego rozpoznania *status thymo-lymphaticus* przy śmierci nagłej i samobójstwie.** Grasica i aparat limfatyczny były dotychczas temi objektami, na które chciano złożyć nieomal że większą część procesów patologicznych. Autor krytykuje zwłaszcza prace Bartla, Miłosławicza, Broscha, Nesttego i innych badaczy, którzy przeważnie tylko makroskopowo rozpoznawali *status thymo-lymphaticus*, nieuwzględniając obrazu drobnowidowego grasicy i aparatu limfatycznego. Omawiając następnie najnowsze zapatrywania na grasicę, autor sądzi, że grasica i aparat limfatyczny zanika dość łatwo przy dłuższych i cięższych schorzeniach i że to jest właśnie powodem, dlaczego stosunkowo tak rzadko stwierdzano przed wojną na stole sekcyjnym grasicę, zwłaszcza u dorosłych. Śmierć nagła, przy której stwierdzono na stole sekcyjnym grasicę, nie jest wynikiem ani *hyperthymisatio* ani też *dysthymisatio*, a tylko dowodem, że nie było dłuższej choroby, którąby miała czas na wywołanie zaniku grasicy. Zapatrywanie Bartla, jakoby limfatyk ulegał łatwiej zakażeniu, jest błędne i dowodzi raczej, że osobnik dotychczas zdrowy uległ zakażeniu tak szybko, że grasica niemiała czasu zaniknąć pod wpływem zakażenia. Powyższy szczegół jest właśnie dowodem, dlaczego Bartel na swoim dużym materjale w przewlekłych przypadkach gruźlicy nie stwierdzał obecności grasicy. Autor sądzi również, że obecność grasicy przy śmierci z narkozy niepozostaje w związku przyczynowym ze śmiercią i że w podobnych przypadkach zupełnie wystarczającą jest dla wytłumaczenia śmierci obecność niedorozwoju naczyń i nadnerczy. Za jedyny zarzut przeciwko swym zapatrywaniom uważa autor obecność grasicy przy chorobie Adisona, schorzeniu wybitnie przewlekłem. Na podstawie bardzo obfitego materjału wojennego i licznych sekcji żołnierzy zabitych na polu walki dotąd zupełnie zdrowych i dobrze znoszących trudy wojenne, często ponad lat 30 nawet liczących, znajdował autor grasicę i wyraźnie zaznaczony aparat limfatyczny i przychodzi do następujących wniosków:

1. *Status thymo lymphaticus* jest objawem pełnego zdrowia ludzi młodych i dobrze odżywionych.

2. Przy śmierci nagłej obecność grasicy i wyraźnego aparatu limfatycznego jest tylko wskaźnikiem, że śmierć nastąpiła u osobnika dotąd zdrowego.

3. Niema podstawy do przyjęcia związku przyczynowego między *status thymo-lymphaticus* a samobójstwem.

Siengalewicz (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 30. listopada 1921 r.

Przewodniczy: kol. Rosner. Członków obecnych 96.

W poczet członków przyjęto kolegów Jana Gołąba i Jerzego Nadolskiego.

Przewodniczący podaje do wiadomości, iż na ręce Prezydjum wpłynęły od kol. Gluzińskiego z Warszawy i od Towarzystwa lekarzy w Lyonie podziękowania za serdeczne i gościnne przyjęcie.

I Akademja nauk lekarskich w Warszawie zwróciła się, wobec zupełnego wyczerpania ostatniego wydania **„Polskiego słownika lekarskiego"**, do krakowskiego Towarzystwa lekarskiego, jako do wydawcy, z propozycją odstąpienia praw wydawniczych Akademji lekarskiej. Ponieważ koszty nowego wydania przekraczają siły Towarzystwa (wyniosą najmniej 5 miljonów marek), kol. Ciechanowski, referujący imieniem Zarządu Towarzystwa sprawę odstąpienia praw wydawniczych, przedstawia wniosek Zarządu, aby odstąpić te prawa na następujących warunkach: 1) W tytule będzie zaznaczone, iż poprzednie wydania wyszły staraniem krakowskiego Towarzystwa lekarskiego, opracowane przez jego komisje słownikowe. 2) Odstąpienie praw wydawniczych dotyczy tylko jednego wydania. 3) Krakowskie Towarzystwo lekarskie otrzyma tytułem odszkodowanie 20% czystego zysku, osiągniętego z tego wydania. 4) Akademja wypłaci odpowiednie odszkodowanie autorom słownika, a przedewszystkiem prof. Browiczowi i sierocie po ś. p. Domańskim. Wniosek powyższy jednomyślnie uchwalono.

II. Kol. Rosenhauch wygłosił odczyt **„O tarczy wzrokowej"** (będzie ogłoszony osobno).

W dyskusji kol. Talko-Hryncewicz zaznacza, iż badał około 300 czaszek polskich z okolic Krakowa, przeważnie starych, znalezionych na Wawelu. Asymetrja bywa bardzo częstą i znaczną: zarówno kształt oczodołów, jak i ich głębokość, bywają różne. Co do otworu wzrokowego (*foramen opticum*), to badanie jest bardzo trudne: ważną byłaby ocena, czy rasa ma jaki wpływ. Dotąd jednak zrobiono mało i dobrze się stało, że kol. Rosenhauch podjął tę pracę.

III. Kol. Lenartowicz zdaje sprawę z **nieodpowiedniego ekspedjowania leków w aptekach.**

Mowca zaznacza, iż, pomimo ukończenia wojny i powrotu do normalnych stosunków, w aptekach ciągle trwa jeszcze zamieszanie, częstokroć karygodne. Zmienia się samowolnie przepis, zastępuje się jedne środki drugiemi, wydaje się leki wadliwie, a nawet źle przygotowane lub zgoła niesprawdzone, narażając w ten sposób zarówno lekarza, jak i chorego na nieobliczalne wprost skutki. Mowca nawołuje, ażeby wspólnem wystąpieniem położyć kres tej nieprawidłowości.

W dyskusji p. Łuczko, przewodniczący Gremjum aptekarzy krakowskich, zaznacza, że wypadki, o jakich wspomina prof. Lenartowicz, jakkolwiek niestety prawdziwe, zdarzać się będą coraz rzadziej. Wykolejenie, jakie zwłaszcza w zawodzie aptekarskim wprowadziły stosunki wojenne, gdy rząd austrjacki zakazywał wydawania pewnych środków, lub nakazywał zastępować je innemi lub surogatami, zwolna ustępuje. Obecnie jest już znacznie lepiej, choć niektórych środków dotychczas brak. Mowca uważa jednak za rzecz wysoce niewłaściwą samowolne zmienianie receptury. Winę złego ekspedjowania leków ponosi personal aptekarski niedostatecznie wykwalifikowany, gdyż wojna poczyniła tu, jak i wszędzie, znaczne luki. Pewną rolę odgrywa tu także brak odpowiednich ustaw; austrjackie już nie obowiązują, a polskie nie zostały jeszcze opracowane.

Kol. Momidłowski podnosi, iż fakty, że chory otrzymuje zupełnie co innego, niż zapisał lekarz, są na porządku dziennym. Zdaniem mowcy należałoby o tem donosić władzy, gdyż tylko konkretne fakty mogą tę sytuację poprawić, zwłaszcza, gdy winnych będzie się pociągać do odpowiedzialności karnej. W odpowiedzi na pytanie kol. Boczara, czemu zniesiono kopjowanie recept, kol. Momidłowski zaznacza, iż w tym kierunku nie było przepisu kopjowania, był to tylko dobry zwyczaj, chroniący zarówno lekarza, jak i aptekarza od ewentualnej odpowiedzialności; kopiowanie jednak w przepisach polskich będzie obowiązkowe.

Kol. Strzemieński podkreśla, że obowiązkiem aptekarza jest wydanie tych leków, jakie były zapisane, nie wolno zastępować ich innemi bez poprzedniego porozumienia się z lekarzem, który zapisał receptę. W przeciwnym razie ma aptekarz obowiązek przyznać, że recepty wykonać nie może.

Inspektor Muthsam sądzi, że zapobiedz nadużyciom można tylko w ten sposób, gdy o każdym fakcie nieprawidłowej ekspedycji doniesie się władzom. Urząd wojewódzki krakowski już w maju wydał odpowiedni okólnik do podwładnych sobie władz, aby zaprowadziły nadzór nad właściwem wykonywaniem recept. Wydano również okólnik, zalecający kontrolę leków sprowadzonych z zagranicy, które częstokroć przychodzą zafałszowane, jak niedawno salwarsan.

Kol. Strzemieński przedstawia wniosek następujący: „Krakowskie Tow. lekarskie zwraca się do Gremjum aptekarzy z usilną prośbą, aby z większą niż dotychczas energją czuwało nad prawidłowem wydawaniem leków". Wniosek jednogłośnie przyjęto.

W dyskusji zabierali ponadto głos kol. Lenartowicz i p. Łuczko. *Szancenbach*, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXX. Posiedzenie naukowe z dnia 2. grudnia 1921 r.

Przewodniczy: kol. Nowicki. Obecnych 51.

Przed obradami zebrani uchwalają wysłać delegatów na uroczystość stulecia warszawskiego Towarzystwa lekarskiego i złożyć cegiełkę na fundusz odbudowy zamku królewskiego na Wawelu.

1. Kol. Fleischerowa omawia kliniczny obraz cierpienia *osteoperiostitis toxica ossificans*, uwzględniając szczegółowo odrębność tej jednostki chorobowej od akromegalii.

2. Kol. Vrabetz objaśnia roentgenowskie obrazy powyższego przypadku, określając na ich podstawie nazwę schorzenia jako „*polyosteoperiostitis hyperplastica*". W dyskusji przemawiał kol. Węgrzynowski.

3. Kol. Brauner przedstawia chorego z cierpieniem Marie - Strümpell - Bechtierewa, do którego to rozpoznania dochodzi przez wykluczenie *spondyloarthritis deformans, syphilitica, osteomyelitica i traumatica*. W dyskusji przemawiali koledzy Vrabetz, Stauber i Węgrzynowski. Kol. Franke i Pisek podkreślają bezsilność usiłowań leczniczych w tem cierpieniu.

4. Kol. Janusz wygłasza odczyt: „Odczyn wiązania dopełniacza w obecności antygenu Besredki, jako metoda serodjagnostyki gruźlicy". (Rzecz drukowana, jako sprawozdanie poglądowe, w Nr. 1. „Polskiej Gazety lekarskiej").

W dyskusji przemawiali koledzy: Gąsiorowski, Steusing, Opieński, Gröer, Nowicki i prelegent.

A. Zakrzewski sekretarz.

Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku w Katowicach.

Posiedzenie naukowe z dnia 8 grudnia 1921 w Pszczynie.

Obecnych 32 członków.

Po raz pierwszy zjawiają się w jednym szeregu z Górnoślązakami lekarze ziemi Cieszyńskiej, których wita prezes towarzystwa kol. Hanke w słowach gorących, życząc połączonej dzielnicy i jej lekarzom dobrej przyszłości.

Koleka Buzek z Dąbrowy, przypadłej Czechom, wspomina dzieje udręki w obu połowach Śląska, w jednej srożył się but pruski, a w drugiej czarnożółty dwugłowy orzeł habsburski. Musiała dopiero przyjść pożoga wojny i strugi krwi odkupieńczej, aby obie te połowy zespolić na wspólną dolę i niedolę.

Część naukowa: Kol. Rogaliński z Pszczyny, zdaje sprawę o rzadkich przypadkach bezładu dziedzicznego, zwanego chorobą Friedreicha, (*ataxis spinalis hereditaria*). W rodzinie robotnika leśnego w powiecie pszczyńskim, ojciec i matka zdrowi pod względem systemu nerwowego. Pięcioro dzieci, najstarszy syn zdrów, ma już własną rodzinę również zdrową, drugi syn zmarł przed rokiem na chorobę Friedreicha. Pozostało troje dzieci: dwaj synowie i córka chorują na wymienione cierpienie. Aż do ośmiu lat zawsze zdrowi, odtąd rozpoczynają się zmiany, chód zaczyna być niepewny, chwiejny, młodzi chorzy mają wrażenie, że są pijani. Mięśnie odnóży zanikają i chorzy przestają wogóle chodzić, poczem zjawiają się zmiany kręgosłupa i objawy zwyrodnienia (stopa końsko-szpotawa, skrzywienie kręgosłupa tylnoboczne). Władze umysłowe nieuszkodzone. Bystrość umysłu zupełnie zachowana, może nawet zaostrzona inteligencja, jak na ludzi z małem wykształceniem. Mowa skandowana, oczopląsu brak. Odruch źrenicowy prawidłowy, odruchy ścięgniste zanikły. Odruch Babińskiego pozytywny. Funkcje pęcherza i odbytnicy osłabione. Anatomja patologiczna i etjologja na razie są niejasne, obwiniają ę to alkoholizm i kiłę ojców. Podstawą schorzenia mają być zmiany podobne do wiądu rdzenia, przyczem szczególnie atakowane są drogi tylne (Golla) i drogi móżdżkowe. W dyskusji zabiera głos kol. Hager, który zapytuje się, dlaczego schorzenia tego nie należy uważać za zanik postępowy mięśni, a właśnie za bezład Friedreicha, zaczem przemawiałby szczególnie brak symptomów mózgowych. W sprawie etjologji choroby Friedreicha, uważa kol. Rostek ciężkie porody przy wązkiej miednicy za powód do późniejszych objawów choroby, czemu kol. Parczewski przeczy, twierdząc, że tyle jest wązkich miednic, a tak mało ataksji dziedzicznych.

2. Kol. Hessek zdaje sprawę co do dotychczasowej działalności Wydziału Zdrowia publicznego w obronie praw lekarzy na Górnym Śląsku. Przedstawia dotychczasowe upośledzenie na każdym kroku lekarzy Polaków i jego powody. Przyszłość dla lekarzy przedstawia się jaśniej, przedewszystkiem wszystkie placówki lekarzy państwowych, tak w szpitalach jak i w powiatach, zostaną obsadzone lekarzami Polakami. W gwarectwie dąży się do podziału na strefę polską i niemiecką. W polskiej części musi się przeprowadzić naczelnego lekarza Polaka, którego zadaniem będzie przy pomocy wszelkich możliwych środków, *per fas et nefas*, aby największą ilość lekarzy Polaków zaangażować. Lekarze Niemcy w ilości 400, jak podają, w obronie swoich dotychczasowych tłustych posad wytworzyli organizację samoobrony i pragną nie ustępować, ale wytrwać aż do połączenia ponownego z Niemcami, co, ich zdaniem, ma wkrótce nastąpić. Wydział Zdrowia podjął wszelkie możliwe kroki w Komisji Granicznej i Gospodarczej, ustanowionej rozstrzygnięciem genewskiem, aby prawa lekarzy Polaków dostatecznie zabezpieczyć i wydobyć z majątku szpitalnego i zakładowego wszystko, co się należy.

Kol. Pawelec zabiera w tej sprawie głos i radzi, aby, tych lekarzy Niemców, którzy przybyli po roku 1908, wydalić jako „*lästige Ausländer*", i zwraca uwagę na artykuły Śląskiej Izby Lekarskiej, przesiąkniętej jadem nienawiści do wszystkiego, co polskie. *K. Hessek*, sekretarz.

Pierwszy zjazd okulistów polskich.

Dnia 16 i 17 grudnia 1921 odbył się w Warszawie w lokalu Stowarzyszenia lekarzy polskich pierwszy zjazd okulistów polskich. Udział był bardzo liczny i zgromadził prawie wszystkich okulistów z całej Polski.

Otwarcia zjazdu dokonał, w zastępstwie inicjatora i organizatora zjazdu Dr. Gepnera, kierownik instytutu oftalmicznego w Warszawie, Dr. Kamocki, wskazując na cel zjazdu, który ma ożywić tętno pracy naukowej w zakresie okulistyki, mającej w Polsce świetne tradycje. Odczytał również pismo powitalne Dra Gepnera, któremu stan zdrowia nie pozwolił na uczestniczenie w zjeździe. Imieniem Rządu i Ministerstwa zdrowia publicznego powitał uczestników zjazdu p. minister Chodźko, imieniem Stowarzyszenia lekarzy polskich przemawiał prezes stowarzyszenia Dr. Bączkiewicz, imieniem departamentu sanitarnego Ministerstwa spraw wojskowych płk. Zembrzuski. Dalej przemawiali Dr Koliński imieniem Towarzystwa lekarskiego łódzkiego, Dr. Goldflam imieniem Towarzystwa neurologicznego oraz przedstawiciel Towarzystwa higjeny społecznej. Po odczytaniu szeregu telegramów i listów gratulacyjnych nastąpił wybór prezydjum.

Przewodniczącym obrano prorektora Profesora Macheka ze Lwowa, zastępcami przewodniczącego Prof. Majewskiego z Krakowa, Dr. Kapuścińskiego z Poznania, Dr. Zunfta z Wilna i Dr. Kolińskiego z Łodzi.

Prof. Machek, obejmując przewodnictwo, w obszernem przemówieniu zaznaczył doniosłość pierwszego Zjazdu w wolnej Polsce, główne jego cele i zadania. Zjazd pozostaje w związku ze źródłem naszych czynności, którem jest duchowa i umysłowa praca, jest zapoczątkowaniem organizacji, dowodzi zainteresowania się nim wszystkich prawie współpracowników i zachęci do spełnienia obowiązków wobec nauki i społeczeństwa. W dalszym ciągu wskazał Prof. Machek na potrzebę zmian w organizacji naszych klinik, szpitali ocznych, na potrzebę stworzenia w łonie Towarzystwa okulistów polskich Rad dla spraw, pozostających w związku z okulistyką. Również ważną jest zbiorowa czynność do przeprowadzenia i poparcia wydawnictw naukowych okulistycznych, i publikacji perjodycznych. Bliższe zetknięcie się kolegów przyczyni się wreszcie do wytworzenia stosunków szacunku i przyjaźni.

Posiedzenia zjazdowe odbywały się przez dwa dni przed — i popołudniu. Ilość wykładów była tak obfita, że zaledwie przy ścisłem przestrzeganiu regulaminu, który na przemowy wyznaczył 15 minut, a na dyskusję 5 minut, można było porządek dzienny wyczerpać. Wykładali: Noiszewski (Warszawa), Majewski (Kraków), Reis (Lwów), Likiernik (Warszawa), Kapuściński (Poznań), Musiał (Lwów), Endelman (Warszawa), Kozłowski (Kijów, teraz Sosnowiec), Ballaban (Lwów), Karelus (Kraków), Ruszkowski (Warszawa), Osmolski (Warszawa), Rosenhauch (Kraków), Koszutski (Kalisz), Kępiński (Warszawa), Jarecki (Warszawa), Melanowski (Warszawa), Szwajg (Łódź) i inni. Dyskusje były ożywione i wyczerpujące.

Dla walki z jaglicą wybrano po dłuższej rzeczowej dyskusji osobny Komitet, który ma czuwać nad należytem jej przeprowadzeniem.

Dalej uchwalono zawiązanie Towarzystwa okulistów polskich, przyjęto statut organizacyjny i wybrano tymczasowy zarząd.

Sprawę opieki nad ciemnymi i potrzeby rozszerzenia istniejących szkół dla ciemnych i założenia nowych przedyskutowano i uchwalono jednomyślnie rezolucję o projekcie stworzenia ogólno - polskiego towarzystwa opieki nad ociemniałymi i o współdziałaniu uczestników zjazdu z towarzystwem przez przyjęcie udziału w rejestracji ociemniałych i stworzenia okręgowych towarzystw opieki nad ociemniałymi.

Po wyczerpaniu porządku dziennego przewodniczący Prof. Machek, zreasumowawszy owocne prace zjazdu, złożył podziękowanie komitetowi przygotowawczemu za doprowadzenie do skutku zjazdu i prace przygotowawcze do założenia Towarzystwa okulistów polskich.

Następny zjazd ma się odbyć w roku przyszłym w miejscu i w czasie, który oznaczy Komitet Towarzystwa okulistów polskich.

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego.

Rok IV. Nr. 5.

Najświeższy zeszyt Biuletynu Ministertswa zdrowia publicznego, wydany z datą 1 grudnia 1921, a rozesłany pod koniec roku, zawiera na wstępie francuskie przemówienie kierownika Ministerstwa dr. W. Chodźki na otwarcie konferencji Rady doradczej przy Komisji epidemicznej Ligi Narodów, w dn. 15 kwietnia 1911 w Warszawie. W krótkiej a bardzo treściwej formie odparto w tem przemówieniu szeregiem cyfr i faktów fałsze, głoszone w Europie zachodniej przez naszych wrogów, o Polsce czasów nowszych co do pieczy o zdrowie publiczne. Rząd Księstwa Warszawskiego już w r. 1807 stworzył naczelną władzę sanitarną z lekarzem na czele, a w r. 1809 naczelną Radę zdrowia w Ministerstwie spraw wewnętrznych, gdy we Francji Radę taką utworzono dopiero w r. 1822. Piecza o zdrowie publiczne podupadła w Polsce dopiero pod rządami zaborczemi, zwłaszcza rosyjskim. Skoro zaś tylko odzyskaliśmy własny byt państwowy, walka z durem osutkowym i inuemi epidemiami zjednała Polsce uznanie wszystkich państw sprzymierzonych.

Drugie przemówienie Ministra dr. Chodźki, pomieszczone w tym zeszycie, a wygłoszone w Sejmie 23 VI. 1921 w dyskusji nad ustawą o felczerach, zawiera argumenty przeciwko poprawkom, wniesionym do Sejmu przez mniejszość Sejmowej Komisji zdrowia publicznego. Jedna z nich zezwala felczerom »udzielać samodzielnej pomocy do przybycia lekarza«, co w praktyce oczywiście wyjdzie na ordynację lekarską felczerów bez żadnych ograniczeń, bo któryż felczer będzie doradzał wezwanie lekarza? Druga poprawka zezwala felczerom na wykonywanie »małej« chirurgji, do której jednak rosyjskie podręczniki »małej» chirurgji (a felczerzy, przeżytek czasów rosyjskich, oczywiście tem zasłaniać się będą) zaliczają narkozę ogólną (!), nakłucie otrzewnej, opłucnej, przeszczepianie skóry itp. Trzecia wreszcie poprawka zezwala felczerom zapisywać leki z tak zwanej listy B. farmakopei rosyjskiej, to jest ni mniej ni więcej, jak kokainę, chloroform, chloral, amylnitrit, naparstnicę itp. Niestety mimo energicznego sprzeciwu Ministerstwa, wbrew wnioskom większości Komisji zdrowia publicznego, poszedł nasz Sejm na ślepo za demagogicznemi przemówieniami pana posła Szybiłły, z zawodu felczera, z tego tytułu (!) należącego do Sejmowej Komisji zdrowia publicznego i tam przedstawiającego ową mniejszość; wszystkie »poprawki« do ustawy felczerskiej, otwierające na oścież wrota partactwu, zostały przez Sejm uchwalone (!), jak widać z tekstu ustawy, ogłoszonego w tymże zeszycie Biuletynu.

Pismo pożegnalne Naczelnego Komisarza epidemicznego, prof. dr. Emila Godlewskiego, pełne uznania dla pracowników Komisarjatu za ofiarność i 20-miesięczną wytężoną pracę, zawiera także główne daty o działalności Komisarjatu: utworzono przeszło 120 szpitali epidemicznych z przeszło miljonem dni leczenia, wybudowano kilkanaście stałych szpitali epidemicznych, uruchomiono 30 zakładów sanitarno-kąpielowych, stworzono przeszło 100 kolumn dezynfekcyjnych i dwie wielkie stacje kwarantannowe; co najważniejsza, działalność była skuteczna, epidemje przytłumiono. Wielka szkoda, że dotychczas nie wyszło nigdzie drukiem szczegółowsze urzędowe sprawozdanie z działalności Komisarjatu; powinnoby to było nastąpić z chwilą zamknięcia działalności Komisarjatu, jako władzy samodzielnej. Ogłoszenie sprawozdania jest konieczne już choćby z względu na zasób doświadczeń, zebranych w tej wielkiej akcji, który powinien stać się dostępny ogółowi, jeśli i w przyszłości ma przynieść należyty pożytek. Im rychlej zaś sprawozdanie będzie ogłoszone, tem lepiej, bo możemy niebawem znów stanąć oko w oko z niebezpieczeństwem wtargnięcia wielkiej jakiej zarazy ze wschodu.

Główną treść zeszytu stanowią wydane przez Ministerstwo zdrowia (i niektóre inne Ministerstwa) liczne rozporządzenia i okólniki. Ogromna ich większość dotyczy spraw aptekarskich. Lekarzy obchodzi rozporządzenie o przymusie zgłaszania przypadków śpiączki epidemicznej (prawdopodobnie już wszystkim znane). Kilka rozporządzeń dotyczy szczegółów zwalczania epidemji, dwa — przymusowej naprawy domów we Włocławku i w Płocku, jedno — łaźni rytualnych, dwa — reorganizacji podziału spraw w Ministerstwie (obecnie dzieli się ono na dwa tylko departamenty i znacznie mniejszą, niż poprzednio, liczbę wydziałów). Ogólniejsze znaczenie mają przepisy sanitarne o piekarniach, oraz dwa rozporządzenia, dotyczące walki z chorobami wenerycznemi: jedno z nich znosi (nareszcie!) odrębne urzędy sanitarno-obyczajowe — pomysł kosztowny, a niepraktyczny — i wciela ich czynności do państwowych urzędów zdrowia, drugie dotyczy otwarcia bezpłatnych poradni dla cywilnych chorych wenerycznych w szpitalach wojskowych.

Stan chorób zakaźnych w Państwie podano w tym zeszycie Biuletynu za 4 miesiące, od marca do czerwca 1921. Przedstawiał on się co do najważniejszych epidemji następująco:

	Marzec		Kwiecień		Maj		Czerwiec	
ospa	592	†63	899	†138	688	†148	412	†77
dur brzuszny	1908	†145	1627	†95	1250	†107	1089	†61
„ osutkowy	7565	†644	7022	†538	5703	†491	3301	†299
„ powrotny	1796	†25	1823	†35	1010	†8	818	†6
czerwonka	67	†9	94	†17	84	†16	499	†41
płonica	1493	†181	1319	†142	1476	†193	1832	†241
błonica	224	†28	221	†29	291	†25	310	†21
gruźlica	484	†807	341	†886	492	†772	370	†717
cholera	—	—	—	—	3	†—	2	†1
zimnica	161	†—	2331	†2	6158	†16	11306	†4

Ospa panowała więc stosunkowo znacznie (najmniej w Wielkopolsce i zachodniej Małopolsce), dur osutkowy zmniejszał się szybciej, niżby odpowiadało zwykłemu wiosennemu przygasaniu epidemji, czerwonka zaznaczała już w czerwcu wstęp do poważnej późniejszej epidemji. Statystyka gruźlicy, jak świadczą cyfry, niema w obecnych warunkach wielkiej wartości. Jeżeli dane o zimnicy są prawdziwe, to rozszerzyła się ona ponad oczekiwanie i wymagałaby energicznej akcji, o czem jednak Biuletyn nie podaje żadnych wiadomości.

Wreszcie zawiera Biuletyn dalszy ciąg sprawozdania z organizacji i czynności Ministerstwa w r. 1918 (referat higieny szkolnej, położnictwa, opieki nad dziećmi opuszczonemi i moralnie zaniedbanemi), ruch służbowy, a w dziale nieurzędowym sprawozdanie z podróży inspekcyjnej kierownika Ministerstwa na Śląsk, do Lwowa i Lublina ze szczegółami o szpitalnictwie śląskiem i lubelskiem, uchwały Ligi Czerwonego Krzyża w sprawie walki z chorobami wenerycznemi, wiadomości o działalności samorządów na polu zdrowia publicznego (z 3 powiatów, oraz uchwały V Zjazdu miast polskich), bardzo krótkie sprawozdanie ze Zjazdu lekarskiego francusko-polskiego, wreszcie kronikę.

Zeszyt ten Biuletynu nasuwa podobne uwagi, jak zeszyty poprzednie. Wydawnictwo Biuletynu jest niezbędne, jednakże, jeżeli ma spełnić dobrze swoje zadanie, wymaga reform. Przedewszystkiem powinno wychodzić, jak wszystkie podobne wydawnictwa zagraniczne, w stałych odstępach czasu, i to niezbyt długich (n. p. miesięcznych). Statystyka epidemji powinna być podawana jak najrychlej, a nie jak obecnie,

po pół roku. W układzie ogłaszanych przepisów należałoby zaprowadzić jakiś system, którego teraz trudno się dopatrzeć (prócz podawania naprzód ustaw, potem rozporządzeń, a w końcu okólników); jeżeli już nie grupuje się rozporządzeń wedle treści, to niechby zachowano chociaż chronologiczny porządek. Prawdopodobnie nie wszystkie rozporządzenia zostają przeznaczone do druku; jednak i z tych, które się drukuje, możnaby pominąć dość dużo, zwłaszcza te, które miały znaczenie chwilowe i straciły je, zanim doczekały się druku. Konieczny byłby szybszy druk sprawozdania z czynności Ministerstwa za rok 1918, w przeciwnym razie kiedyż wyjdą sprawozdania z lat następnych, jeśli pierwsze wychodzi dopiero po 4 latach? Może nie byłoby bez pożytku, gdyby działalność Ministerstwa właśnie wcześnie dostawała się do wiadomości publicznej. Szersze koła lekarskie w Państwie przedstawiają pewną sumę doświadczenia i sądu, któreby mogły być spożytkowane, gdyby mogły się głośno objawić; nie stanie się to, dopóki przedmiot, nadający się do dyskusji, pojawia się na widowni po czasie. *R.*

Sprawy zawodowe.

Sprawy zdrowia publicznego.

W Ministerstwie zdrowia publicznego odbyła się 15 stycznia 1922 roku pod przewodnictwem kierownika Ministerstwa, dr. W. Chodźki, konferencja w sprawie ustalenia zasad organizacji państwowej służby zdrowia.

Na konferencję tę zostali zaproszeni: Profesor dr. E. Godlewski, b. naczelny nadzw. komisarz epidem., doc. dr. Janiszewski, b. minister zdrowia publ., dr. Bier, dyrektor państw. Zakładu badania środków spożywczych, dr. Schöngut-Strzemieński, prezydent Izby lek. i prof. dr. Ciechanowski z Krakowa; dr. Papée, prezydent Izby lekarskiej, i prof. dr. Sierądzki ze Lwowa; dr. Natter, prezes, i dr. Bednarski, sekretarz Związku małopolskich lekarzy okręgowych; profesor dr. Gantkowski, dyrektor departamentu zdrowia Ministerstwa b. dzielnicy pruskiej, i dr. Hübner, dyrektor wojew. Urzędu zdrowia z Poznania; dr. Pustówka, ref. sanitarny przy Tymcz. Komisji rządzącej w Cieszynie; dr. Rostek, naczelnik Wydziału zdrowia przy Tymcz. Radzie ludowej Górnego Śląska; dr. Michniewicz, prezes Czerwonego Krzyża i dr. M. Kozłowski, naczelnik Wydziału zdrowia przy Tymczasowej Komisji rząd. Litwy środkowej z Wilna; prof. dr. Gluziński, dr. J. Polak, prezes Tow. hig., dr. Narkiewicz lekarz sanitarny m. Warszawy, dr. Pawłowicz, naczelny lekarz kasy chorych, dr. Modrzewski zarządzający pracownią Tow. higjen. z Warszawy. Z Ministerstwa zdrowia uczestniczyli w konferencji dyrektorowie departamentów dr. Borzęcki i Adamski, naczelnicy Wydziałów dr. Lachowicz, Kowalczewski, Grodecki, Trenkner, st. ref dr. Lipski i sekretarz min. Zaremba.

Program konferencji obejmował: 1) Stosunek organów państwowej służby zdrowia do organów samorządowych. 2) Stosunek Ministerstwa zdrowia do samorządowych budżetów sanitarnych. 3) Stosunek lekarzy powiatowych do starostów. 4) Sprawa ściślejszego zespolenia Kas chorych z działalnością państwowej służby zdrowia.

Konferencję zagaił przewodniczący dłuższem przemówieniem, w którem wskazał na wagę zagadnień, będących przedmiotem konferencji, i na zasady organizacji publicznej służby zdrowia w b. Księstwie Warszawskiem i b. Królestwie Kongresowem, zgodniejsze z duchem i charakterem społeczeństwa od narzuconych później przez rządy zaborcze rozmaitych organizacji.

Następnie nad każdym z punktów programu rozwinęła się obszerna dyskusja na podstawie treściwych referatów, przedstawionych przez dr. Grodeckiego.

W sprawie stosunku państwowej służby zdrowia do sanitarnych organów samorządowych i samorządowych budżetów sanitarnych opowiedzieli się wszyscy obecni na konferencji jednomyślnie za zasadą ścisłego powiązania ze sobą wszystkich ogniw publicznej służby zdrowia ze względu na to, iż tylko w ten sposób da się osiągnąć jednolite i sprawne działanie tej służby. Stąd wynika konieczność, aby Państwo miało odpowiedni wpływ na mianowanie i zwalnianie lekarzy samorządowych (gminnych, miejskich, okręgowych), przez co usunięta będzie zależność tych lekarzy od czynników miejscowych, oraz aby działalność tych lekarzy była uzupełnieniem działalności państwowych lekarzy powiatowych. Również musi być Państwu zapewniony wpływ na budżety samorządowe o tyle, aby odpowiedni procent w tych budżetach był przeznaczony na cele sanitarne.

Niemniej jednomyślne były wywody wszystkich obecnych na konferencji co do stosunku lekarzy powiatowych i starostów. Obecnie obowiązujące rozporządzenie z 27 listopada 1919, określające ten stosunek, jest nawet w porównaniu do przestarzałych i wadliwych stosunków w b. Austrji cofnięciem się wstecz i musi być bezwarunkowo zmienione, w przeciwnym bowiem razie niezbyt braknie kandydatów do państwowej służby sanitarnej, ale nawet dzisiejsze kadry tej służby mogą się zupełnie rozbić. Lekarz powiatowy nie może być podwładnym staroście, ani nie może być przez niego „pouczany" w zakresie swym fachowym, jak to przepisuje wspomniane rozporządzenie. W interesie postępu sanitarnego konieczna jest w tym względzie zmiana gruntowna. Nie znaczy to, aby służba sanitarna miała być zupełnie niezawisłą organizacją administracyjną, niejako państwem w państwie. Jednakże należy nadać służbie zdrowia publicznego obok większej odpowiedzialności także większy zakres działania, a to conajmniej już taki, jaki ona miała w Państwie niemieckiem. Organizacja na wzór niemiecki zachowano dotąd w byłej dzielnicy pruskiej i okazało się, że ma ona wielkie zalety. Należałoby tylko zwiększyć jeszcze zakres bezpośredniego działania lekarza, dodając mu dla ściśle sanitarnych czynności (dezynfekcja, desynsekcja, dozór sanitarny) odpowiednio wykształcone niższe organa wykonawcze, podległe jedynie lekarzowi. Lekarz powiatowy byłby tedy tylko przydzielonym staroście, niejako obok niego postawionym fachowcem, bez wiedzy i zgody lekarza nie wydawałby starosta żadnych zarządzeń sanitarnych, ale i naodwrót; w razie niezgodności zdań lekarz zwraca się do swej wyższej instancji, do województwa; tam też podlega on służbowo i dyscyplinarnie. Mając większe prawa, ma też lekarz większe obowiązki i większą odpowiedzialność; odpowiada za wszystko, co sam podpisuje. Takie określenie stanowiska lekarza niewiele odbiega od stosunków, jakie już od lat dwudziestu (ustawa z r. 1899 i instrukcja z r. 1901) wypróbowano w Niemczech, których poziom sanitarny najlepszym jest dowodem, że obrano tam drogę w zasadzie dobrą. Oczywiście, zasady te, przeniesione do naszych stosunków, musiałyby być odpowiednio dostosowane do właściwości naszego charakteru.

Konferencja nie zakończyła się żadnemi formalnemi uchwałami; byłyby one zresztą zbyteczne wobec tego, że poglądy, wypowiedziane na konferencji, szły po wspólnych lub bardzo zbliżonych torach. Należy też mieć nadzieję, że stanowisko uczestników konferencji będzie wytyczną dla Ministerstwa, a zarazem ważnym w jego rękach atutem wobec innych Ministerstw, nie rozumiejących dotychczas zadań Państwa na polu zdrowia publicznego. *R.*

Związek Lekarzy Małopolski w Krakowie.

Związek liczy obecnie 500 członków. Wkładka, uchwalona na Walnem Zgromadzeniu w dniu 14. I. 1922, wynosi na rok bieżący 1200 Mkp.

Kasa Pogrzebowa Związku liczy 678 członków. Członkiem może być tylko członek Związku. Wkładka wynosi 220 Mk., płatna tyle razy w ciągu roku, ilu umrze członków. Premja pogrzebowa opiewa obecnie na 70.000 Mk., płatnych natychmiast do rąk spadkobiercy. Zgłoszenia do Związku i Kasy uprasza się nadsyłać pod adresem Zw. Lek. Małop. w Krakowie, Radziwiłłowska 4.

Z chwilą wzrostu Kasy Pogrzebowej o nowych 50 członków, wzrasta premja o 10 000 Mk.

Kolega Dr. Teofil Niec z Rzeszowa przeznaczył premję pogrzebową 60.000 Mk. za brata, śp. Dra Juljana Niecia z Wieliczki (padł ofiarą duru osutkowego w dniu 5 maja 1921 r.), na fundusz wieczysty im. dra Dra Juljana Niecia. Odsetki funduszu mają służyć na zasiłki dla wdów i sierót po członkach Związku.

Lekarze Miejskiego Urzędu Zdrowia w Krakowie złożyli celem uczczenia śp. Dra Tadeusza Kohna-Karneckiego kwotę 5.800 Mk. O tę sumę zwiększył się fundusz im. Dra Juliana Niecia. Za obie powyższe ofiary Wydział Związku składa wymienionym Kolegom słowa koleżeńskiego podziękowania.

Fundusz im Jordana dla wdów i sierót po członkach Związku liczy 42.000 Mk. Wydział Związku prosi gorąco ogół Kolegów, by zechciał pamiętać o powyższych fundacjach przy wszelkiej sposobności i nadsyłać datki, ofiary lub składki na ręce Związku.

Celem uczczenia ś. p. Dra Tadeusza Karneckiego, zmarłego w Krakowie dnia 5 września 1921, złożyli lekarze tut. Miejskiego Urzędu Zdrowia kwotę 5600 Mk. Datek ten przeznaczono na zwiększenie funduszu Dra Juljana Niecia. Za szlachetną fundację i koleżeński dar składa Wydział Związku wymienionym kolegom serdeczne podziękowanie.

Fundusz im. Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierót po lekarzach członkach Związku Lekarzy Małopolski wynosi 37.000 Mk.

Wydział Związku prosi usilnie ogół Kolegów, by przy wszelkiej sposobności pamiętali zawsze o powyższych funduszach i fundacjach i nadsyłali jakiekolwiek datki, dary i składki pod adresem związku. Zasilanie tych funduszów, względnie tworzenie nowych fundacyj ku uczczeniu czyjejś pamięci jest poniekąd moralnym obowiązkiem kolegów. Niech bodaj parę wdów otrzyma raz rocznie jaki taki wydatniejszy zasiłek. Przez kilka ostatnich lat nie udzielano zupełnie wsparcia pomimo kilku stałych zgłoszeń jedynie z powodu znikomości odsetek. *G. Grz.*

Sprawozdanie skarbnika podamy w następnym numerze.

† Wacław Męczkowski.

Dnia 13 stycznia b. r. śp. Wacław Męczkowski zakończył swój pracowity, a nie usłany różami żywot, poświęcony nauce i pracy społecznej. Urodzony 10 VI. 1862 r. w Dąbsku pow. Łukowskiego, po odbyciu nauk szkolnych w Siedlcach ze złotym me-

Zaproszenie do Subskrypcji!

Spółka wydawnicza lekarska

Spółka z ogr. odp.

Kraków — Lwów — Warszawa.

Pragnąc rozszerzyć łamy naszego pisma i oprzeć je na szerszej finansowej podstawie, postanowilśmy utworzyć Spółkę z ogr. odp. która miałaby za zadanie wydawanie «POLSKIEJ GAZETY LEKARSKIEJ» oraz innych czasopism, odczytów, monografji, podręczników i dzieł naukowych. Kapitał Spółki wyniesie na razie 15,000.000 — Mp. rozłożonych na 1500 udziałów po 10.000 Mp.

Udziały zgłaszać mogą przedewszystkiem lekarze i organizacje lekarskie. Zgłoszenia na udziały prosimy przesłać na załączonej deklaracji, a gotówkę prosimy przesłać załączonym czekiem P. K. O. lub przekazać przez Bank Małopolski w Krakowie (Rynek), we Lwowie ul. 3-go Maja 10, w Warszawie, ulica Marszałkowska 154 na rachunek **Spółki wydawniczej lekarskiej we Lwowie.**

Ostateczny termin zgłoszeń oznacza się na dzień 25 lutego 1922.

W dniu 5 marca odbędzie się organizacyjne Walne Zgromadzenie, wybór władz t. j. Rady Nadzorczej, Dyrekcji i t. d. Udziałowcy odpowiadają tylko swoimi udziałami i uczestniczą w zyskach przedsiębiorstwa od dnia 1-go stycznia 1922.

ZAŁOŻYCIELE:

Prof. Dr. St. Ciechanowski Kraków, Prof. Dr. M. Franke Lwów, Prof. Dr. K. Groer Lwów, Prof. Dr. W. Nowicki Lwów, Prof. Dr. A. Rosner Kraków, Dr. W. Szumiański Warszawa, Dr. J. Szmurło Warszawa, Dr. Cz. Stankiewicz Warszawa, Dr. B. Wojciechowski Kraków H. Altenberg Lwów, E. Wende i Ska Warszawa, Tow. akc. «IGNIS» Warszawa.

UWAGA: Wszystkich Kolegów, którzy zgłosili w swoim czasie udziały dla Tow. akc. «IGNIS» w Warszawie, upraszamy uprzejmie ze względów formalnych o ponowne wypełnienie załączonej deklaracji.

Dr. Wład. Janowski. Dr. Jan Szmurło. Dr. Wit. Szumlański.

Warszawa, 1 lutego 1922.

dalem, wstąpił do uniwersytetu Warszawskiego na wydział matematyczny w r. 1881. Tu wkrótce los zaczął Mu rzucać po nogi kamienie, jak to słusznie zaznaczył B. Sawicki w swej mowie pogrzebowej. W roku 1883 za udział w rozruchach studenckich (t. zw. sprawa Apuchtina), M. został wydalony z Uniwersytetu i z Warszawy. Przez cały rok zajmował się nauczycielstwem prywatnem w Siedlcach, a przez następne lat 5 pracował jako urzędnik drogi żelaznej Dąbrowieckiej w Radomiu. W roku 1889 z wielkim trudem uzyskał pozwolenie na odbycie studjów lekarskich, lecz tylko w charakterze wolnego słuchacza. Po złożeniu wszystkich egzaminów uzyskał stopień lekarza *cum eximia laude* w r. 1894. Jako asystent pracował w szpitalu Dzieciątka Jezus na oddziale Chełchowskiego. Rok 1896 przepędził w Berlinie na studjach nad neurologją u Oppenheima, Goldscheidera, Mendla i Leydena. Po powrocie z zagranicy przez 3 lata pełnił obowiązki lekarza miejscowego w szpitalu Dzieciątka Jezus i asystenta na oddziale Chełchowskiego, a następnie lekarza ambulatorjum. W roku 1907 otrzymał nominację na ordynatora nadetatowego. W roku 1910 został lekarzem zarządzającym w nowoutworzonej filji szpitala Dzieciątka Jezus przy ul. Złotej. Szpital ten, dzięki Męczkowskiemu, stał się bardzo pożyteczną placówką polskiej neurologji. Neurologja była ulubioną przez Męczkowskiego gałęzią medycyny, czemu dał wyraz w szeregu prac, posiadających głębszą wartość, jak np. spostrzeżenia nad zatruciem tlenkiem węgla, tężcem, nowotworami mózgu i rdzenia, monografia o udawaniu objawów nerwowych, o nowotworach móżdżka i ich leczeniu. Męczkowski był bardzo czynnym członkiem komitetu organizacyjnego I Zjazdu Neurologów i Psychjatrów Polskich w r. 1910 i redaktorem pamiętnika tegoż Zjazdu.

Tej jednak tak przez siebie ulubionej specjalności nie dał się pochłonąć Męczkowski. W latach młodzieńczych z całym zapałem oddawał się sprawie oświaty i uświadamianiu ludu w tajnych kółkach oświatowych, za co dostał się do więzienia w Radomiu w r. 1889, drugi raz w Cytadeli w r. 1894. Sprawy oświaty i kultury polskiej obchodziły Go bardzo żywo przez całe życie; znaną była Jego gorliwość w gromadzeniu starych zabytków polskich i dokumentów. Gdy został lekarzem, zwrócił szczególną uwagę na nasze szpitalnictwo, na jego przeszłość, braki obecne i potrzeby, dziedzinę mało uprawianą przez naszych lekarzy. Rozpoczął od zbierania materjałów i dokumentów, planów, dzieł i broszur, z czego powstała bogata i jedyna w swoim rodzaju bibljoteka. Na podstawie tych materjałów Męczkowski ogłaszał co pewien czas prace bardzo cenne, bo źródłowe. Tak powstały treściwe monografie szpitali prowincjonalnych w Kaliszu, Milanowie, szpitali warszawskich. „Prowizorowie szpitalni w dawnej Polsce", „Rys. dziejów nadzoru lekarskiego nad prostytucją", „Zarys dziejów pomocy lekarskiej w wojsku Polskiem" i przygotowane do druku, (a nie wydane) Polskie ustawodawstwo szpitalne cywilne i kościelne, „Historja szpitala prowincjonalnego w Parczewie", „Historja szpitali w Pułtusku". Do prac nie wydanych należy i „Policja tajna rosyjska za czasów Królestwa Kongresowego".

Gdy po wojnie japońskiej rząd zaczął się więcej liczyć ze społeczeństwem i spodziewano się między innemi reform w szpitalnictwie, Męczkowski ogłosił kilka prac, omawiających potrzeby naszego szpitalnictwa (Gaz. Lek. 1905), „Organizacja zarządu szpitalnego" (Księga jubileuszowa Sawickiego 1909), „Stan i potrzeby naszych szpitali" (Bibljoteka Warsz. 1907). W dziele „Medycyna w samorządzie" (1906) Męczkowski objął redakcję ogólną i szpitalnictwo. Władze rosyjskie zwróciły uwagę na Męczkowskiego i starały się zużytkować Jego wiedzę i pracowitość. Męczkowski bierze udział w różnych komisjach przedstawia wnioski, redaguje 2 tomy księgi pamiątkowej, wydanej przez Magistrat m. st. Warszawy po objęciu przez tenże szpitali Warszawskich.

W czasie wojny Męczkowski staje się kierownikiem działu sanitarnego i Członkiem Centralnego Komitetu Obywatelskiego, a następnie członkiem Komitetu obywatelskiego miasta Warszawy i członkiem zarządu Magistratu. W r. 1916 Męczkowski zostaje kierownikiem Wydziału Szpitalnictwa. Długo wahał się Męczkowski, zanim objął to stanowisko, ulegając namowom kolegów. Ani on sam, ani jego koledzy nie przypuszczali, jak ciężki na siebie bierze obowiązek. Organizować szpitalnictwo w epoce chaosu, głębokiego przewrotu społecznego, graniczącego z zupełnym bezrządem, wśród ciągłych strajków i nieustannych kłopotów finansowych w kasie miejskiej, przechodziło siły przeciętnego człowieka. W tych ciężkich warunkach trzeba było stwarzać biurowość szpitalną, układać regulaminy dla służby szpitalnej wyższej i niższej, zgodne z duchem czasu i zmianą warunków społecznych, a nie mieć siły do ich przeprowadzenia, organizować walkę z chorobami zakaźnemi przy braku odpowiednich pomieszczeń i lekarzy, projektować pożyteczne inwestycje w szpitalach i zawieszać je, gdy są rozpoczęte, z powodu braku funduszów.

Męczkowski, jak mógł, zwalczał te trudności, nie żałując czasu i sił swoich, nadwątlonych wytężoną pracą i nienormalnemi stosunkami ze służbą, z Magistratem, z Radą miejską. Spotykała Go zawsze surowa, często niesprawiedliwa krytyka za różne niedomagania naszego szpitalnictwa, których On sam usunąć nie był w mocy. Pomimo tego udało mu się przeprowadzić niejedną rzecz pożyteczną i trwałą, jak kursy pielęgniarskie dla Sióstr Miłosierdzia, kursy dla dezynfektorów, szkołę pielęgniarską z udziałem Amerykańskiego Czerwonego Krzyża i inne. Chętnie popierał wszelką dobrą inicjatywę. W ten sposób dzięki jego poparciu w szpitalu D. Jesus nastąpiło usunięcie ze szpitala ambulatorjum i przeniesienie go na inne miejsce, urządzenie oddziału obserwacyjnego, utworzenie centralnej bibljoteki dla chorych, a w ostatnich czasach urządzenie oddziału terapji fizykalnej.

Był to człowiek prawy, pełen dobrej woli i poświęcenia dla spraw społecznych, szczery zwolennik postępu i kultury, miłujący Ojczyznę i dbający o jej dobro. Padł na stanowisku, pracując do ostatniego tchnienia.

Cześć Jego pamięci! *A. Puławski.*

Nagrody konkursowe Akademji nauk lekarskich.

Akademja nauk lekarskich ogłasza konkurs na 5 nagród po 50 000 m. p. za najlepsze prace z dziedziny biologji, fizjologji, patologji, farmakologji lub higjeny, ogłoszone drukiem po polsku w latach 1921 i 1922 lub złożone Akademji w rękopisie przed dn. 1 stycznia 1923.

Prace rękopiśmienne należy składać w Sekretarjacie generalnym Akademji (Warszawa, Nowy Świat 19).

Prace członków czynnych Akademji nie mogą być nagrodzone.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Do Komisji redakcyjnej „Polskiej Gazety Lekarskiej" zostali przez Towarzystwo lekarskie krakowskie wybrani koledzy: Akerman, Blassberg, doc. Bujak, prof. Ciechanowski, prof. Lenartowicz, prof. Majewski, ppułk. Maciąg, pułk. Masny, prym. Kostrzewski, prof. Orłowski, prof. Piltz, prof. Rosner, prof. Rutkowski, prezydent Izby Schoengut-Strzemieński, prezes Tow. B. Woyciechowski.

Towarzystwo lekarskie krakowskie przypomina swoim Członkom, że przymus prenumeraty „Polsk. Gazety lek." obowiązuje nadal na mocy odnośnej uchwały Walnego Zgromadzenia. *Woyciechowski.*

Polskie Tow. Balneologiczne nadsyła nam następującą odezwę z prośbą o umieszczenie:

Polskie Tow. Balneologiczne w Krakowie, stając u mety swojej 15-letniej działalności, oraz u progu nowej, a zapoczątkowanej uchwaleniem ustawy zdrojowej, ery dziejów zdrojownictwa polskiego w nierozdzielonych już kordonami ziemiach niepodległej ojczyzny, zwraca się z gorącą odezwą, zachęcającą społeczeństwo do popierania rozwoju rodzimego zdrojownictwa, oraz celów Towarzystwa, stojącego od lat na straży tego rozwoju. Aby nie poprzestać na gołosłownych frazesach, przypomina Towarzystwo, że unikając szumnej reklamy, a zwalczając szereg trudności, starało się dotąd usilnie i owocnie spełnić swoje zadanie:

a) przez wzbogacenie dorobku naukowo-balneologicznego trzydziestu kilku pracami, drukowanemi w 3 tomach pamiętnika; b) przez poważną reklamę zdrojowisk i uzdrowisk drogą bezpłatnie rozrzucanych setek egzemplarzy każdego z 1200 Nrów perjodycznych wydawnictw; c) przez zapoznanie szerszych sfer z wartością skarbów naszej ziemi za pośrednictwem 10 roczników ilustrowanych przewodników oraz za pośrednictwem urządzonej wystawy i wydanych odezw, map i nowoczesnych analiz; d) przez poparcie każdej zdrowej inicjatywy, oraz samorzutne zainicjowanie dyskusji nad piekącemi potrzebami zdrojownictwa na 8 Zjazdach, 10 Walnych Zgromadzeniach i szeregu posiedzeń ściślejszych, a wreszcie e) przez wystosowanie do miarodajnych władz uchwalonych na powyższych posiedzeniach memorjałów w sprawach sanitarnych, przemysłowych, aprowizacyjnych i komunikacyjnych.

Wprawdzie Polskie Towarzystwo Balneologiczne w czasach powojennych z powodu różnych trudności, a przedewszystkiem z powodu kosztów druku i papieru, musiało chwilowo zaniechać działalności wydawniczej, nie zaniedbało jednak gorliwie się zająć drogą całego szeregu ankiet konferencji i memorjałów takiemi sprawami, jak starania o ulepszenie komunikacji, współdział w opracowaniu ustawy zdrojowej oraz ułatwienie aprowizacji sezonowej. Zwłaszcza pod tym ostatnim względem było polskie Towarzystwo balneologiczne pierwszem i jedynem, które się zajęło dostarczeniem aprowizacji zdrojowiskom i stało się wogóle sprężyną faktu, że sezony mogły mieć przebieg normalny.

Polskie Towarzystwo balneologiczne poczytuje sobie za obowiązek złożyć niniejsze publiczne sprawozdanie ze swej działalności celem poinformowania nieświadomych oraz zachęcenia obojętnych do wpisywania się na członków Towarzystwa. Towarzystwo wychodzi z tego założenia, że tylko przez zrzeszenie się jak najszerszych sfer, którym dobro polskiego zdrojownictwa powinno leżeć na sercu, a przedewszystkiem lekarzy zdrojowych, właścicieli zdrojowisk, uzdrowisk, zakładów, pensjonatów i przedsiębiorstw, których byt wprost zależy od rozwoju zdrojownictwa, osiągniętym być może rozwój jednej z najważniejszych gałęzi bytu

narodowego, nad którego rozkwitem szczupła tylko garstka ludzi chętnych nie może dość intenzywnie pracować. W tem też przekonaniu, oraz z całą świadomością wielkiej przyszłości rodzimego lecznictwa i przemysłu zdrojowego ponawia Polskie Towarzystwo Balneologiczne prośbę o poparcie moralne i materjalne celów Towarzystwa przez zapisywanie się Szanownych Kolegów na członków tegoż Towarzystwa, oraz przez rozszerzenie treści niniejszej odezwy w najbliższych kołach interesowanych, które niewątpliwie zrozumieją, że dobro jednostek zależy od dobra ogółu, i że na odwrót dobro ogółu warunkuje się solidarną współpracą jednostek.

Za Wydział Polskiego Tow. Balneologicznego w Krakowie: Prezes: *Dr. Maksymiljan Cercha*, Sekretarz: *Dr. Józef Zanietowski* Skarbnik upoważniony do zbierania wkładek: *Dr. Tymoteusz Piotrowski* (Kraków Garncarska 9).

Lwów.

Sprawa repatrjacji i związane z nią niebezpieczeństwo rozwleczenia chorób zakaźnych była przedmiotem żywych obrad w dniu 27 b. m. na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w tym celu odbytem. Po referatach wygłoszonych przez kolegów Palestra, Stensinga, Krukowskiego i inż. Dreksiera odbyła się ożywiona dyskusja, w której podniesiono w pierwszym rzędzie brak odpowiednich urządzeń kwarantannowych i wogóle przestrzegania kwarantanny w punktach granicznych i głównych węzłach, przez które przepływają rzesze powracających, następstwem czego jest zawlekanie w głąb chorób zakaźnych, które może już w najbliższej przyszłości mogą stać się ogólnem groźnem niebezpieczeństwem. Poruszono sprawę zwijania naczelnego nadzw. komisarjatu właśnie w tym czasie, nieodpowiednie skierowywania do gęsto zaludnionych ośrodków rzesz repatrjantów i i. Co do Lwowa podniesiono brak odpowiednich urządzeń kontumacyjnych, zakładu do odkażania (którego plany już dawno opracowano i przesłano do Warszawy a na które urządzenie gmina nie ma funduszów), konieczność jak najrychlejszej budowy nowych pawilonów przy oddziale zakaźnym tut. państw. Szpitala, do których budowy zobowiązał się rząd wobec dawnego Wydziału krajowego i w. i. Wynikiem dyskusji była uchwała ułożenia przez Zarząd Towarzystwa rezolucji, które w możliwie krótkim czasie mają być przesłane odpowiednim czynnikom. W końcu zebrano kwotę 88 tysięcy Mk na pomoc dla licznych dzieci przebywających w barakach repartjantów.

V. Posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego odbędzie się dnia 10. lutego b. r. o godz. 6-tej wiecz. w Poliklinice, ul. Lindego. Porządek dzienny: 1. kol. Węgłowski: Kilka uwag o wynikach przeszczepiania naczyń (z przedstawieniem przypadków). 2. kol. Parnas J.: O równowadze kwasów i zasad w ustroju ze szczególnem uwzględnieniem krwi.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Polsko-Francuskie uprasza swych członków zdemobilizowanych o podanie obecnego adresu i nadesłanie przed 1. marca składki za r. b. pod adresem Towarzystwa, ul. Widok 23. Warszawa.

Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich odbył się w Warszawie od 28 do 30 z. m. Sprawozdanie ze Zjazdu podamy w następnym numerze.

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie przesłało do Tokio następujący akt wdzięczności: Stowarzyszenie lekarzy polskich (Warszawa) z krainy Białego Orła — cześć i koleżeńskie pozdrowienie lekarzom Czerwonego Krzyża (Tokio) z krainy Wschodzącego Słońca.

Stowarzyszenie lekarzy polskich, dowiedziawszy się o szlachetnej pomocy i pieczołowitości, okazanej chorym dzieciom polskim przez lekarzy Czerwonego Krzyża japońskiego podczas pobytu tych dzieci w Tokio w czasie podróży z Dalekiego Wschodu do odrodzonej Ojczyzny, czuje się w miłym obowiązku wyrazić serdeczne podziękowanie lekarzom japońskim za ich poświęcenie miłosierne i trudy. Naród polski, który w szeregu lat pozbawiony był bytu politycznego, dziś po jego odzyskaniu szczególną czuje wdzięczność dla tych, którzy w okresie odrodzenia i budowy własnej niepodległości okazują mu pomoc, współdziałanie i bratnie uczucie.

Dzieci — to przyszłość narodu, zadatek jego bytowania i rozwoju, dlatego troska o ich byt i rozwój jest troską narodu.

„Dziecko za rękę — to matkę za serce" mówi polskie przysłowie. Szlachetna Japonia przytuliła 1600 dzieci polskich, powracających do Matki Ojczyzny Japonia podała im rękę i ujęła Polskę za serce.

Wiemy, że Cesarzowa rycerskiej Japonji raczyła zainteresować się losem naszych dzieci.

Wiemy, że społeczeństwo japońskie, magistrat miasta Tokio, prasa japońska szczególną otoczyła pieczołowitością 1600 dzieci powracających do Ojczyzny.

Wiemy, że 15 lekarzy japońskiego Czerwonego Krzyża udzielało ojcowskiej i światłej opieki dzieciom chorym.

Wiemy, że 40 sióstr miłosierdzia opiekowało się temi dziećmi.

Wiemy, że jedna siostra miłosierdzia przypłaciła swoje poświęcenie życiem; cześć jej duchowi!

Cześć Wam wszystkim za to poświęcenie zgodne z tradycyjną szlachetnością i rycerską cnotą narodu japońskiego. Dowiedliście czynem, że medycyna jest nauką i dorobkiem całej ludności, że miłosierdzie jest jej siostrą i towarzyszką, bez której zeszłaby do rzędu rzemiosła.

W sprawie zapalenia gardła Plaut-Vincent'a i wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej wydało Min. Zdr. Publ. następujące pouczenie:

„W ostatnich latach w całej Europie, a w tem i w Polsce, daje się spostrzegać znaczny wzrost ilości przypadków zachorowania na anginę Plaut-Vincent i stomatitis ulcerosa. W Warszawie w jednym z przytułków dla dzieci wybuchła epidemja wrzodziejącego zapalenia gardła i jamy ustnej (z grona 57 dzieci zachorowało 47). Przebieg kliniczny anginy Plaut-Vincenta występuje w dwóch postaciach. Postać pierwszą, podobną do błonicy, cechuje biało-szarawy nalot, przeważnie na jednym migdałku przy nieznacznem powiększeniu gruczołów podszczękowych. Po kilku dniach nalot znika, gorączka przeważnie nieznaczna, łykanie w nieznacznym stopniu utrudnione. W postaci drugiej, rozpoczynającej się przeważnie podobnie jak pierwsza, nalot ustępuje miejsca owrzodzeniu, zajmującemu nieraz cały migdałek Gruczoły podszczękowe obrzmiewają silniej, gorączka dobiega nieraz do 39°, brak łaknienia, bóle przy łykaniu Choroba trwa 10—15 dni, przy nieodpowiedniem leczeniu może trwać kilka tygodni a nawet miesięcy. Spostrzegano zejścia śmiertelne wskutek rozszerzenia się sprawy chorobowej na błony śluzowe jamy ustnej na podniebienie, przełyk. Wrzodziejące zapalenie jamy ustnej występuje w postaci obrzmienia dziąseł, z początku przeważnie w okolicy przednich zębów trzonowych, wkrótce w miejscu obrzmienia tworzą się owrzodzenia pokryte szarawym nalotem. Dziąsła krwawią obficie. Ropienie przybiera nieraz rozmiary większe a pomiędzy dziąsłem a zębem gromadzi się ropa (*pyorrhea alveolaris*). Gruczoły podszczękowe obrzmiewają, przyjmowanie pokarmów stałych staje się utrudnionem. Przy braku leczenia stan ten trwać może szereg miesięcy, doprowadzić do głębokich owrzodzeń i zejścia śmiertelnego. Wszystkie te schorzenia cechuje przykry gnilny zapach. W każdym przypadku jednej i drugiej choroby badanie mikroskopowe wykazuje obecność dużej ilości prątków wrzecionowatych (*bac. fusiformis*) i krętków (*spirochaete Plaut-Vincent*) i ze ścisłością potwierdzić może rozpoznanie kliniczne. Możliwem jest występowanie jednocześnie anginy Plaut-Vincent i błonicy.

Najlepsze wyniki lecznicze przy tych chorobach daje pendzlowanie 10% rozczynem preparatów salwarsanowych w glicerynie; w cięższych postaciach stosować należy salwarsan dożylnie po jednem, dwa, a najwyżej 4 zastrzykiwaniach 0,45—0,75 Neos. znikają objawy Plaut-Vincenta zupełnie. Zastrzykiwania to można zawsze stosować, a zwłaszcza gdy miejscowe stosowanie 10% rozczynu Neosalvarsanu nie pomaga. Do zastrzyknięć nadaje się również salvarsan srebro w dawkach 0,05—0,1.

Materjał do badania bakterjologicznego należy wybierać w ten sposób, jak to czynimy przy błonicy, tj. wacikiem wyjałowionym zdjąć nalot lub zebrać wydzielinę z owrzodzenia; wacik włożyć do próbówki jałowej zakorkowanej, aby materjał nie wysechł i możliwie szybko przesłać do pracowni djagnostycznej.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego uważa za konieczne zwrócić uwagę pp. lekarzy praktykujących na cierpienie powyższe, które należy leczyć energicznie i możliwie niezwłocznie po okazaniu się pierwszego przypadku w celu zapobieżenia ich epidemicznemu rozszerzaniu się pożądane jest zawiadomienie o nich ludności za pomocą komunikatów w prasie perjodycznej, jak również kierowników ochron i innych instytucji dziecięcych, nauczyciel oraz zarządów więziennych.

Organizacja współpracy naukowej z Francją.

Towarzystwo chemji biologicznej (*Société de Chimie biologique*) w Paryżu, na którego czele stoi znany uczony prof. Delezenne, na ostatniem posiedzeniu swego Zarządu, po porozumieniu się z prezesem Akademji nauk lek. w Warszawie, ustaliło warunki współpracy polskich i francuskich badaczy w zakresie chemji biologicznej.

W myśl tych warunków w miesięczniku francuskim „Bulletin de la Société de chimie biologique" mogą być umieszczane:

a) prace cryginalne autorów polskich w języku francuskim, które poprzednio zostały przedstawione w jednej z polskich instytucji naukowych i wydrukowane w języku polskim w jej rocznikach. W czasopiśmie francuskiem będzie umieszczona uwaga, kiedy i w jakiej instytucji naukowej polskiej praca została przedstawiona i wydrukowana;

b) artykuły, które syntetycznie ujmować będą całokształt badań, stanowiących cryginalny dorobek polski. W ten sposób uczeni francuscy będą mogli stopniowo zapoznawać się z danym zakresem myśli naukowej polskiej, która, dotąd z konieczności rozproszona po rozmaitych wydawnictwach zagranicznych, rzadko była zbierana pod jeden rzut oka.

W celu ułatwienia pracy w Polsce został utworzony sekretarjat redakcji miesięcznika francuskiego. Na sekretarza zaproszono z Paryża prof. dr. St Dąbrowskiego. Wobec tego prace, przeznaczone do druku w tym miesięczniku oraz wszelkie zapytania należy nadsyłać do Sekretarjatu pod adresem: Poznań, *Collegium medicum*, Zakład chemji biologicznej.

Redakcja otrzymała: M. Gantz. Gruźlica w Warszawie (Materjały do epidemiologji gruźlicy). Odb. z Przegl. epidem. 1921. Skład w księgarni E. Wende. Warszawa.

Nr. 7 12. lutego 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Włodzimierz Filiński. Warszawa.

Odsetkowe zwiększenie zawartości globulin w surowicy krwi, jako wynik nieprawidłowej czynności wątroby.

Z I. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego. (Dyrektor: prof. Dr. Ant. Gluziński).

Stosunek wzajemny ciał białkowatych surowicy krwi w różnych stanach chorobowych należy jeszcze do rzeczy nieustalonych. W prawidłowych warunkach globuliny wynoszą około 35%, a albuminy około 65%. Według dotychczasowych wiadomości zawartość globulin w surowicy ma się zwiększać w chorobach serca, przy głodzie, charłactwie rozmaitego pochodzenia, ropieniach i zapaleniu płuc. Zazwyczaj jednak globuliny nie dosięgają w tych chorobach nawet połowy ogólnej ilości białka surowiczego. Dopiero w ostatnim czasie zwrócono specjalną uwagę na zachowanie się ciał białkowatych we krwi u chorych na raka. Przedewszystkiem Robin i Loeper[1]), Forestier i Tonnet[2]) twierdzą, że w surowicy tych chorych występuje zwykle zwiększenie ogólnej ilości ciał białkowatych, a spotykane niekiedy mniejsze ilości, niż prawidłowe, są rzeczą zależną nie od pierwotnego cierpienia t. j. raka, ale od podkopanego odżywienia, i wynikłej z tego powodu niedokrewności i charłactwa (Robin). Następnie Loeper, Forestier i Tonnet zauważyli, że globuliny stanowią niekiedy 58, 64, 75, a nawet 82%, tj. że stosunek ciał białkowatych u takich chorych jest wprost odwrotny do zwykłego typu. Autorowie ci sądzą, że źródłem globulin są same nowotwory, gdyż rozbiór ich chemiczny wykazywał stosunek globulin do albuminów, jak 2:1. Zapatrywanie to, według wzmiankowanych autorów, potwierdza fakt, że zwiększenie się ilości ciał białkowatych, względnie zwiększenie odsetkowe globulin w surowicy, zjawia się tylko w razie nowotworów o znacznych rozmiarach, które wskutek swego rozpadu mogą dostarczyć takiej ilości białek do krwi, jaka jest w stanie zmienić jej skład.

W badaniach swych przy oznaczaniu ilości ciał białkowatych posługiwałem się metodą wagowo-analityczną. Badania te były prowadzone w kilku kierunkach. Przedewszystkiem podam tu wyniki otrzymane u chorych z charłactwem rozmaitego pochodzenia. Dodać muszę, że za prawidłowy uważam stosunek $\frac{\text{Globuliny}}{\text{Albuminy}} = \frac{1}{1{,}5}$, który podał Hammarsten dla człowieka zdrowego. Wyniki przedstawiam w załączonej tabliczce (tabl. 1.).

Jak widać z tego, w większości przytoczonych przypadków, pomimo charłactwa, nie uległa znaczniejszej zmianie ogólna ilość ciał białkowatych. Co się tyczy stosunku globulin do albuminów, to również niema tu nic charakterystycznego. Zasługuje jedynie na uwagę niezwykły wzrost albuminów w białaczce.

Wyniki badań w przypadkach raka znacznych rozmiarów obejmuje tablica druga.

Z tabeli tej widać, że wprawdzie w pewnej liczbie przypadków raka o większych rozmiarach (przypadki Nr. 11 12, 13, 14) jest zmieniony stosunek globulin do albuminów w tym kierunku, że wzrasta odsetkowa ilość globulin, to jednak za prawidło tego uważać nie można, gdyż znów w przypadkach Nr. 8, 9, 10 stosunek jest prawie normalny. Uderza zaś tutaj to, że przypadki, w których stwierdzono znaczny wzrost globulin, dotyczyły chorych, u których znaleziono znaczniejsze przerzuty w wątrobie lub u których istniały warunki utrudniające odpływ żółci (przypadek 4).

Wobec tego, w dalszych przypadkach zwróciłem główną uwagę na samą wątrobę i na jej schorzenia pochodzenia nie rakowego. Wyniki zebrane są w tablicy trzeciej.

Tablica 1.

Nr.	Płeć	Wiek	Choroba	Ilość białka w całości	Globulin	Albuminów	Gl./Alb.
1	M	36	Polyserositis	72,4 [1])	34,0	38,4	1/1,13
2	„	32	Ulcus ventriculi, cachexia	88,6	37,4	51,2	1/1,37
3	K	38	Lues, stenosis pylori ulcerosa, cachexia	90,5	34,0	56,5	1/1,6
4	M	51	Tumor mediastini	79,26	33,46	45,8	1/1,3
5	„	76	Cachexia malarica	82,27	28,92	53,35	1/1,83
6	„	55	Anaemia perniciosa progressiva	59,2	20,6	38,6	1/1,87
7	„	50	Leucaemia lymphatica	77,5	22,0	56.5	1/2,6

Tablica 2.

Nr.	Płeć	Wiek	Choroba	Ilość białka w całości	Globulin	Albuminów	Gl./Alb.
8	M	43	Carcinoma ventriculi cum metastasi in glandulis mesaraicis	90,4	39,8	50,6	1/1,27
9	„	54	Carcinoma ventriculi cum metastasi in omento magno	69,6	29,9	39,7	1/1,3
10	„	78	Carcinoma ventriculi cum metastasi in omento magno	65,6	26,8	38,8	1/1,44
11	K	64	Carcinoma vesicae felleae	76,4	40,6	35,8	1,13/1
12	M	57	Carcinoma ventriculi cum metastasi in hepate	71,2	37,7	33,5	1,15/1
13	„	60	Carcinoma ventriculi cum metastasi in hepate	93,4	53,6	39,8	1,3/1
14	K	63	Carcinoma vesicae felleae cum metastasi in hepate	98,8	65,6	32,2	2,03/1

Z tablicy trzeciej widać, że w różnych cierpieniach wątroby, tak połączonych z żółtaczką jak również i bez niej, znajdujemy w surowicy krwi zwiększoną procentową ilość globulin w stosunku do albuminów. W przypadkach tutaj przytoczonych globuliny są wszędzie w większej ilości, niż albuminy. Fakt ten mógłby wyjaśnić, dlaczego naprzykład w gruźlicy, zapaleniu płuc itd, w których zwykle spotykamy

[1]) Bull. de l'académie de médecine, 1920. XXXIV, 51.
[2]) La presse médicale, 1921. Nr. 34, 331.

[1]) W 1000 częściach.

zmiany w wątrobie, stwierdza się również zwiększone ilości globulin w surowicy krwi. Z tego samego prawdopodobnie powodu wzrastają odsetki globulin i u ciężarnych.

Tablica 3.

Nr.	Płeć	Wiek	Choroba	Ilość białka w całości	Globulin	Albuminów	Gl. / Alb
15	M	14	Icterus catarrhalis	76,3	45,2	31,1	1,45 / 1
16	K		Icterus ex cholangitide	79,5	46,5	33,0	1,4 / 1
17	M	42	Hepar muscatum subsequente ictero in individuo cum endocarditide	71,61	36,61	35,0	1,04 / 1
18	„	32	Induratio hepatis cardiaca	62,0	34,9	27,1	1,28 / 1
19	K	60	Cirrhosis hepatis hypertrophica	84,0	52,2	31,8	1,63 / 1
20	M	47	Cirrhosis hepatis hypertrophica	84,6	46,3	38,3	1,2 / 1
21	„	19	Amyloidosis hepatis in individuo cum tuberculosi pulmonum fibrosa et amyloidosi organorum	94,8	64,8	30,0	2,16 / 1
22	„		Amyloidosis hepatis in individuo cum tuberculosi destructiva et amyloidosi organorum	65,1	43,1	22,0	1,96 / 1
23	„	61	Hepar adiposum in individuo cum colitide chronica	67,8	39,7	28,1	1,4 / 1
24	„	83	Atrophia hepatis in individuo cum marasmo senili	76,6	40,1	36,5	1,1 / 1
25	„	58	Atrophia hepatis in individuo cum senilitate precoce	69,2	34,5	34,7	1 / 1
26	„	43	Pneumonia crouposa cum ictero parvo	71,5	36,0	35,5	1,01 / 1
27	„	25	Typhus recurrens cum ictero parvo	96,7	48,5	48,2	1 / 1

Na podstawie powyższych badań należy przyjść do przekonania:

1) że zmieniony stosunek globulin do albuminów w surowicy krwi nie stanowi reguły ani w charłactwie ani w raku;

2) że stosunek ten nie może stanowić objawu rozpoznawczego dla raka;

3) że zwiększona odsetkowo ilość globulin w surowicy krwi jest najprawdopodobniej wynikiem nieprawidłowej czynności wątroby.

Doc. Dr. Franciszek Walter. Kraków

W sprawie przynależności angiolupoidu (Brocq-Pautrier) do gruźlicy skóry, a w szczególności do miliarlupoidu Boecka.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych państw. Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.

(Prymarjusz: Doc. Dr. Fr. Walter).

(Ciąg dalszy).

Przytoczone tu w streszczeniu opisy, podane przez Kyrlego, stwierdzają poraz pierwszy obraz stosunków histologicznych, w przebiegu miliarlupoidu Boecka i dowodzą, że budowa drobnowidowa w typowych przypadkach daje pewne charakterystyczne przejawy. Najbardziej charakterystyczny jest okres drugi i trzeci, w którym, w krótkim stosunkowo czasie, bo już w przeciągu 11 dni, dochodzi do wytworzenia się nacieków złożonych z komórek nabłonkowatych, która to budowa utrzymuje się prawie przez cały przebieg choroby. I z tego okresu najczęściej spotyka się w piśmiennictwie obrazy histologiczne. Naciek złożony z komórek okrągłych jest tylko przyrody przejściowej. Stosunek komórek nabłonkowatych do naczyń krwionośnych, jest taki sam jak i komórek okrągłych. Z biegiem rozwoju obrazu chorobowego, stosunek ten zaciera się, naciek pozostaje w różnorodnem ułożeniu.

Początkowe ugrupowanie nacieków dookoła naczyń krwionośnych, dowodzące prawdopodobnie rozsiewania się procesu chorobowego drogą naczyń, spostrzegał już i Nobl, ale głównie dookoła naczyń chłonnych, przeciwnie grupowanie się nacieków dookoła naczyń krwionośnych, spotykał w postaciach rumienia stwardniałego.

Badania Kyrlego stwierdziły dalszą, bardzo ważną okoliczność, t. j. obecność prątków kwasoodpornych (dotychczas opisanych tylko przez Boecka), i to w czasie trwania krótkiego okresu stanu zapalnego, w dalszych natomiast okresach nie mógł już ich Kyrle wykazać. Prątki gruźlicze, dostawszy się w obręb skóry, pozostawały tylko bardzo krótki czas przy życiu. Ustrój uczynił je szybko nieszkodliwemi, i wydalił je; zjawisko to znikania prątków kwasoodpornych, szło w parze z przemianą obrazu histologicznego; z chwilą wytworzenia się utkania nabłonkowatego prątków nie można już było wykazać. Pierwszy więc Kyrle udowodnił, że miliarlupoid Boecka, jest schorzeniem wywołanem przez prątki kwasoodporne.

Porównując obraz histologiczny angiolupoidu, złożony niejako z dwu warstw nacieku rozsianego i ugrupowanego w gniazda komórkowe, złożone przeważnie z samych komórek nabłonkowatych, moglibyśmy go porównać z okresem drugim lub trzecim miliarlupoidu według Kyrlego. W obu obrazach spotykamy komórki nabłonkowate ułożone w gniazda i komórki olbrzymie; skład tylko nacieku angiolupoidu jest stały, cechujący się dwoma warstwami różnemi nacieku; warstwa górna złożona jest z komórek okrągłych, nieco niżej przetykających w obfitej ilości naciek komórek nabłonkowatych lub gromadzących się dookoła gniazd komórek nabłonkowatych, a nawet tworzących samoistne gniazda. Zieler, podobnie jak i Kyrle, wymaga od obrazu typowego miliarlupoidu Boecka, obecności komórek nabłonkowatych, ułożonych w gniazda na podobieństwo gniazd komórek nowotworowych, niszczących lub spychających na boki otaczającą je tkankę łączną, braku natomiast komórek okrągłych, tak, że typowy obraz histologiczny miliarlupoidu, w stosunku do obrazu gruźlicy skóry, pozostaje zupełnie odosobniony. We wczesnych tylko okresach spotykamy nagromadzenia komórek okrągłych, jako warstwę zewnętrzną, głównie, gromadzącą się obficiej tam, gdzie przeważa tkanka chłonna (małżowina uszna). Uderzającem jest pozostawienie wolnych od nacieku przestrzeni górnych skóry, w którem to miejscu znajdują się tylko porozszerzane naczynia krwionośne. Kyrle za utkanie typowe dla miliarlupoidu uważa tylko utkanie nabłonkowate. »Tam, gdzie obok tych zmian pojawia się obraz zwykłego zapalenia, nawet przy klinicznem podobieństwie, o miliarlupoidzie Boecka nie może być mowy« [1]). Angiolupoid, jako cierpienie o przebiegu wybitnie przewlekłym i stale powtarzającym się obrazie histologicznym, nie może być porównywany z obrazem drobnowidowym wczesnego okresu miliarlupoidu, trwającego stosunkowo bardzo krótko.

Niekiedy z samego obrazu drobnowidowego trudno jest rozstrzygać o rozpoznaniu, pewne bowiem postacie zwykłej gruźlicy skóry dawać mogą podobne obrazy histologiczne, nie mówiąc już o innych przewlekłych cierpieniach, jak kiła, trąd, grzybice skóry itd. Lewandowski potwierdził spo-

---

[1]) Arch. für Derm. B. 131.

strzeżenia Kyrlego, że obrazy podobne do miliarlupoidu znajdować możemy i w przypadkach tocznia. Jednak te ogniska komórek nabłonkowatych, bez udziału komórek okrągłych, stanowią postacie bardzo rzadkie i nie w tak czystej formie, jak w przypadkach miliarlupoidu. Przytem komórki nabłonkowate są nieco mniejsze, niż w toczniu, i nie leżą tak gęsto obok siebie, tak, że między poszczególnemi komórkami znajdują się wolne przestrzenie. Obok tych ognisk komórek nabłonkowatych, dadzą się znaleść i miejsca obfitujące w komórki okrągłe; musimy więc uwzględniać cały obraz histologiczny, a nie pojedyńcze pola. Brocq i Pautrier słusznie więc podnoszą znaczne podobieństwo w utkaniu drobnowidowem, do pewnych postaci tocznia i dlatego wyznaczają angiolupoidowi miejsce w pośrodku między toczniem a miliarlupoidem Boecka.

Dokładne jednak i często przeprowadzane badania budowy drobnowidowej tocznia, wykazują zmiany w naskórku, jak miejsca zanikowe lub przerostowe (Jadassohn-Miyahara), lub sprawy zapalne. W angiolupoidzie mamy tylko bardzo znacznie ścieńczały naskórek. Obrazy drobnowidowe nacieków w skórze w tych postaciach tocznia, zależą nietylko od budowy poszczególnych gruzełków, ale od ich rozmieszczenia i stosunku do otaczającej je tkanki, stąd po zaniku komórek okrągłych powstają pasma i ogniska, złożone z samych komórek nabłonkowatych z nielicznemi komórkami olbrzymiemi, a grupując się koło naczyń, przypominają budowę sarkoidów. Zachowanie się bowiem odczynu w tkankach zależy od podłoża, w które dostają się prątki gruźlicze i od własności ustroju, względnie jego swoistej odporności (anergji) na działanie prątków. Dlatego pewne miejsca skóry, zajętej toczniem, mogą wykazywać takie właściwości, jakie znachodzimy w miliarlupoidzie Boecka.

Zasadniczą jednak różnicą w zachowaniu się tych postaci tocznia, podobnych do angiolupoidu, będzie stwierdzenie zjawiska, że ogniska o budowie sarkoidalnej, spostrzegać możemy tylko w pewnych miejscach tocznia, z trudem dające się wyszukać w typowej jego budowie. Utkanie drobnowidowe natomiast jest bardzo charakterystyczne dla angiolupoidu, w każdem polu widzenia i w każdym opisie stale i jednakowo się powtarza.

Obraz histologiczny, przypominający budowę miliarlupoidu i angiolupoidu, spotykać możemy jeszcze w postaci *„lupus pernio“* (Besnier-Tenneson); znaleść możemy przejścia od typowej budowy tocznia aż do budowy sarkoidów typu Boecka i Dariera. Dlatego też niektórzy autorowie łączą *„lupus pernio“* z miliarlupoidem Boecka, inni znów, nie odnoszą tej sprawy chorobowej do gruźlicy, ale raczej uważają ją za ziarniaka limfatycznego (*lymphogranulomatosis*), a to opierając się na ujemnych poszukiwaniach prątków gruźliczych i na ujemnym odczynie tuberkulinowym (Schaumann, Zieler, Kühlmann, Kreibich, Bloch, Licharew). W ostatnich czasach zdołano jednak udowodnić przynależność *»lupus pernio«*, do grupy gruźlicy skóry, Gans wykazał bowiem szczepieniem na świnki morskie obecność prątków kwasoodpornych, podobnie jak przed nim i Jünglings[1]).

W tych to przypadkach *»lupus pernio«* klinicznie dadzą się zauważyć pojedyńcze, ściśle odgraniczone ogniska płaskie, barwy sinawo-czerwonej, zbliżonej do fioletowej. Powierzchnia zmian gładka, napięta, za uciskiem sprawia wrażenie poduszki. Przy ucisku szkłem stwierdzić można rozsiany, żółtawy naciek, lub nawet wyraźne guzki toczniowe albo żółtawo-szarawe punkciki, tak charakterystyczne dla miliarlupoidu Boecka. Czasami znajdują się również i porozszerzane żyły skórne. Usadowienie *„lupus pernio“* jest bardzo charakterystyczne na skórze nosa, policzkach, powiekach i na kończynach. Znajdują się również zmiany na błonach śluzowych, w kościach i okostnej. Przebieg wybitnie przewlekły.

W utkaniu histologicznem przypomina *„lupus pernio“* tocznia, rozsiany naciek, złożony z komórek nabłonkowatych, olbrzymich, okrągłych, plazmatycznych, to znów utkanie tkanki ziarninowej, skłonnej do zwapnienia, a tylko w pewnych miejscach przypominające utkanie gruźlicze. Często spotyka się ułożenie w ogniska, najczęściej dookoła naczyń, złożone z gniazd komórek nabłonkowatych, z objawami rozpadu jąder tu i ówdzie, komórek tkanki łącznej i nie wielką domieszkę komórek okrągłych i olbrzymich; komórki olbrzymie znajdować się mogą czasami w większej ilości, może też ich brakować zupełnie. Ogniska te, cechujące się brakiem włókien elastycznych i klejorodnych, o kształtach owalnych lub okrągłych, rozmieszczone są w skórze właściwej i w tkance podskórnej, to znów jako nacieki płaskie znajdować się mogą tylko w tkance podskórnej. Niejednokrotnie wytwarzają się obfite naczynia krwionośne, z wybitnie powiększonemi komórkami śródbłonka lub sprawami wiodącemi do zamknięcia światła naczyń.

Na podstawie różnorodnej budowy histologicznej, głównie cechującej się, według Bruhnsa i Alexandra, rozsianym naciekiem, możemy odróżnić *„lupus pernio“* od typowych przypadków miliarlupoidu i angiolupoidu.

W obrazie więc drobnowidowym angiolupoidu — mimo znacznego nieraz podobieństwa z obrazami histologicznemi gruźlicy skóry, tuberkulidów, trądu, kiły, grzybic skórnych, jak *sporotrichosis*, bolaka alepskiego itd. — stwierdzić możemy jednostajność spotykanych obrazów. Cechą natomiast tamtych postaci chorobowych jest różnorodność spotykanych obrazów drobnowidowych, zależnych od badanego wycinka, a nawet tylko pewnych skrawków, przytem budowę podobną do angiolupoidu spotyka się przypadkowo i to na niewielkiej przestrzeni.

Najbardziej zawiłe stosunki tak kliniczne, jak i drobnowidowe miliarlupoidu Boecka, zbliżonego postacią swą najwięcej do angiolupoidu, znacznie zostały wyjaśnione dzięki ostatnim badaniom Kyrlego. Budowa drobnowidowa miliarlupoidu, musi być we wszystkich miejscach jednolitą i tylko na podstawie tych danych możemy wykluczyć podobne obrazem histologicznym postacie tocznia. Tła zapalnego, tak często spotykanego w toczniu, w typowym obrazie miliarlupoidu nie spotyka się. Po krótkiem trwaniu okresu zapalnego, w początkowych wykwitach rumieniowatych budowę typową można wykazać przez cały czas przebiegu choroby. Utkanie angiolupoidu od początku już przybiera typowy obraz, który trwa przez cały okres chorobowy, nie przechodząc żadnych zmian.

Wytłómaczenie powstawania tak charakterystycznej budowy w przypadkach gruźlicy skóry i tuberkulidów, jest zasługą przedewszystkiem Jadassohna, Lewandowskiego, Zielera i Kyrlego. Zdołali oni wykazać znaczenie różnych wpływów na kształtowanie się budowy, o cechach charakterystycznych dla gruźlicy.

Nowoczesne badania wykazały, że zapatrywanie Baumgartena, na swoistą budowę tkanki gruźliczej, muszą uledz zmianie. Wykazanie istnienia takiej samej tkanki w innych cierpieniach, o wybitnie różnem pochodzeniu, pozbawiły nas dowodu, na którym opieraliśmy nasze rozpoznanie gruźlicy skóry. Budowa tkanki chorobowej zależy nie tylko od czynnika chorobotwórczego (bakteryj), ale i od warunków osobistych i usposobienia; zaliczyć tu musimy indywidualne skłonności wrodzone i nabyte, własności odpornościowe i nadwrażliwości, dalej sprawność czynności obronnej danego ustroju. Ma to pierwszorzędne znaczenie przedewszystkiem w nauce o chorobach skóry. Różne postacie nie tylko obrazów chorobowych, wywołanych prez różne jady, ale przedewszystkiem cierpienia gruźlicze skóry dadzą się wytłómaczyć różnemi nasileniami stanu alergicznego skóry, różnym stopniem nasilenia czynników obronnych w stosunku do jadu, a mających na celu unieszkodliwienie go i usunięcie z ustroju (Jadassohn, Lewandowski, Kyrle). Stąd da się wyprowadzić prawo biologiczne: gdzie bakterje rozpadają się powoli pod wpływem niweczników, wytwarza się gruzełek i budowa gruzełkowata tkanki chorobowej. Nasilenie zaś tego odczynu zależy właśnie od stanu alergji. Że mimo wszystko wielkie znaczenie mają osobiste własności ustroju, dowodzi tego choćby to najprostsze spostrzeżenie, że tylko pewna część chorych zapada na tuberkulidy.

[1]) Cytuję za Gansem.

Budowa typowego gruzełka, musi być uważaną za wyraz zdolności obronnej ustroju przed obcemi ciałami, nie jest to własność nabyta, ale wrodzona, aby otoczyć wałem obronnym i unieszkodliwić czynniki obce. Tem tłómaczyć można, pomijając pewne obrazy chorobowe, jak trąd, kiłę, *leishmaniosis*, *blastomycosis*, *sporotrichosis* etc., budowę tkanki gruźliczej, jak również i gruzełek, powstały jako odczyn po wtargnięciu do ustroju obcego ciała. We wszystkich tych odczynach, wytwarzane zostają takie same składniki tkankowe; i właśnie skóra ma tę charakterystyczną własność, oddziaływania na czynnik chorobotwórczy, wytworzeniem ziarniniaka o budowie gruźliczej (tuberkuloides Granulom-Kyrle).

Nie zawsze w ten sposób zachowują się tkanki ustroju; gdy materjał zakaźny dostanie się w obfitej ilości, może powstać obraz zwykłego zapalenia. Ma to za zadanie jak najszybciej unieszkodliwić czynnik chorobotwórczy, powstrzymać jego rozwój, ale dopiero końcowe zadanie zniszczenia i usunięcia jadu przypada odczynowi gruźliczemu (*Granuloma tuberculoid.*), a nie sprawie ropienia lub zgorzeli. We wstępnych więc okresach powstawania tkanki gruźliczej spotykamy obraz zapalny, a zejście tego odczynu spotykamy w gruzełku, złożonym z samych komórek okrągłych. Tkanka ta jest tkanką przejściową, zastępują ją szybko komórki nabłonkowate. Dłuższy okres trwania stanu zapalnego zależy od indywidualnych miejscowych właściwości terenu i skłonności ustroju. Nie wyjaśnionem pozostaje tylko, czy jad znajduje się w okresie czynnym, a więc zdolnym do rozszerzania się, czy należy uważać go za ciało martwe. Wskazują na to doświadczenia Lewandowskiego, powstawanie tkanki gruźliczej w miejscu wstrzyknięcia zabitych prątków gruźliczych. Również potwierdzają to badania Kyrlego i Reenstierny nad bolakiem alepskim, w których to badaniach wykazali ci autorowie, że z chwilą wytworzenia się tkanki o budowie gruźliczej, wykazanie czynnika chorobotwórczego nie udawało się lub przynajmniej z wielką trudnością.

Komórki olbrzymie, zjawiające się w okresie nacieku z komórek nabłonkowatych, jako utworzone z nich, przemawiają za obecnością czynnika chorobotwórczego lub jego produktów rozpadowych; komórkom olbrzymim przypada rola walki z bakterjami (fagocytoza). Natomiast, gdy ilość bakteryj ulegnie zmniejszeniu, zmniejsza się także ilość komórek olbrzymich, tak, że w obrazie histologicznym, spotykamy tylko utkanie złożone z komórek nabłonkowatych. Obecność samych tylko komórek nabłonkowatych, dowodzi wyeliminowania bakterji (Kyrle). Tem też tłómaczy Kyrle pewną właściwość tkanki toczniowej. Ilość komórek olbrzymich zmniejsza się od obwodu ku środkowi w częściach środkowych, gdzie są jeszcze dobrze zachowane gruzełki, niema komórek olbrzymich, są natomiast w dużej ilości w częściach obwodowych świeżych nacieków.

Podobne stosunki spostrzegać możemy i w miliarlupoidzie Boecka, gdzie budowa nabłonkowata jest tak wybitnie zaznaczona a komórek olbrzymich niema lub są w niewielkiej ilości. Różnorodność obrazu histologicznego zależy, jak wiemy, od okresu rozwojowego choroby, przewaga komórek nabłonkowatych dowodzi powstrzymania rozwoju sprawy. Tem się też tłómaczy brak prątków kwasoodpornych w badaniach Kyrlego w tym okresie chorobowym. Dowodzi może też uszkodzeń, jakich prątki doznały po wtargnięciu do ustroju (nagła utrata barwliwości). Że jednak bakterje w pewnych okresach choroby zachowują swą zdolność życiową, dowodzą tego dodatnie wyniki szczepień na zwierzęta Boecka i Kyrlego. Zdolność utrzymania się przy życiu prątków trwa jednak w przypadkach miliarlupoidu bardzo krótko. Prątki gruźlicze dostają się do skóry prawdopodobnie drogą krwi (dowodzi tego powstawanie nowych ognisk w pełni rozkwitu dawniejszych). W obrazach miliarlupoidu stan zapalny istnieje tylko krótki okres czasu, w typowych obrazach niema go zupełnie. Powodem wytworzenia się takiego obrazu histologicznego miliarlupoidu Boecka są, według Kyrlego, biologiczne własności ustroju w stosunku do jadu gruźliczego, które prątki dostające się w obręb skóry, szybko unieszkodliwiają i usuwają. Pomimo typowej budowy miliarlupoidu spotyka się czasami i obrazy mięszane, t. j. obecność zwykłej tkanki toczniowej. Dowodzi to tylko możliwości istnienia różnych przejść między toczniem a lupoidem. Jednak mimo wszystko istnieją różnice ściśle kliniczne i histologiczne między miliarlupoidem Boecka a innemi lupoidalnemi postaciami gruźlicy skóry. Z obrazów więc tkanki lupoidalnej w toczniu, możemy przypuszczać o nieobecności prątków w komórkach nabłonkowatych, a istnieniu ich w miejscach nacieku z komórek okrągłych, gruzełek natomiast z komórek olbrzymich złożony, stanowi wstępny okres walki z prątkami gruźliczemi i jest poprzednikiem utkania czysto nabłonkowatego. Ponieważ wiemy, że utkanie gruźlicze zależy od obecności jadu gruźliczego i od działania chemicznego, po rozpadzie prątków i jeżeli jeszcze przyjmiemy hipotezę o miejscowym różnym zapasie niweczników — zrozumiemy różnice w utkaniu, nie tylko poszczególnych obrazów tocznia, ale i lupoidów; prątki kwasoodporne nie we wszystkich miejscach i nie w jednym czasie ulegają unieszkodliwieniu.

Obraz histologiczny, powtarzający się stale w pewnych cierpieniach, dowodzi jednolitości danego schorzenia. Utkanie złożone z komórek nabłonkowatych będzie charakterystyczne dla miliarlupoidu; również i dla angiolupoidu, mimo wielkiego podobieństwa z miliarlupoidem, przyjąć musimy budowę niejednolitą, cechującą się różnorodnością komórek naciekowych, jak również i rozmieszczeniem nacieku. Obrazy histologiczne miliarlupoidu, zbliżone do obrazów angiolupoidu, cechujące się stanem zapalnym lub różnorodnością komórek naciekowych (komórki okrągłe, olbrzymie etc.), zależą od okresu cierpienia, a według Kyrlego są okresem przemijającym w przeciwieństwie do angiolupoidu, gdzie obraz ten jest stały w każdym okresie, tak w początkowym, jak i w pełni rozwoju, a przez wszystkich badaczy jednakowo opisywany.

Dotychczasowe poszukiwania prątków kwasoodpornych w przypadkach angiolupoidu dały wynik ujemny; również i szczepienia na zwierzętach. W moich preparatach barwionych także przy badaniu antyforminą nie mogłem wykazać prątków kwasoodpornych. Szczepienie na świnkę morską dało wynik ujemny. Brak jednak prątków kwasoodpornych w dotychczasowych badaniach nie dowodzi braku tła swoistego. Do niedawna bowiem i w miliarlupoidzie Boecka nie udało się, prawie we wszystkich ogłoszonych przypadkach, wykazać prątków kwasoodpornych. Dodatni wynik miał tylko Boeck i to ze zmiany usadowionej na błonie śluzowej nosa; przeszczepienie kawałka wyciętego ze zmiany na świnkę morską wywołało obrzęk gruczołów chłonnych, a w preparatach z tych gruczołów wykazał Boeck tego samego prątka. Prątek ten uważał Boeck za odmianę prątka gruźliczego. Po raz drugi wykazał szczepieniem na zwierzęta obecność prątków kwasoodpornych w przypadku miliarlupoidu — Kyrle, stwierdzając w 10 miesięcy po zaszczepieniu typowe zmiany ogólne w narządach wewnętrznych świnki morskiej. Po raz trzeci również Kyrle wykazał prątki kwasoodporne w preparatach drobnowidowych z miliarlupoidu i we krwi; szczepienie bowiem krwi na świnki morskie dało wynik dodatni, natomiast szczepienie tkanki chorobowej wypadło ujemnie. Podobnie, w ostatnich czasach udało się wykazać obecność prątków kwosoodpornych w przypadkach »*Lupus pernio*« (Gans, Jünglings).

Były to ostatnie grupy tuberkulidów, w których nie można było wykazać obecności prątków kwasoodpornych. Ale i w innych postaciach tuberkulidów i dzisiaj z trudnością dają się wykazać prątki kwasoodporne. Ujemne wyniki tych poszukiwań prątków i szczepień na zwierzęta, należy oceniać bardzo ostrożnie; trudności techniczne, oporność zwierzęcia, są powodem ujemnych wyników, które oceniać należy nie tylko z makroskopowego wejrzenia. ale przedewszystkiem z histologicznego badania wewnętrznych narządów, szczepionej świnki morskiej. Również i w typowych przypadkach gruźlicy skóry, z trudem przychodzi wykazać prątki gruźlicze lub nawet otrzymać dodatnie wyniki szczepień na zwierzęta.

Dlatego też i w angiolupoidzie możemy mieć podobne zjawisko, albo prątek gruźliczy znajdować się może w zmienionej postaci, trudnej do wykazania zwykłemi naszemi sposobami. W przypadkach miliarlupoidu Boecka prątek kwa-

soodporny, dostawszy się do tkanki, pozbawiony zostaje szybko swej aktywności i wkrótce unieszkodliwiony i wyeliminowany. Przyczyna tego zjawiska leżeć może we właściwościach podłoża, lub też, zależeć może od własności wrodzonych i nabytych (odporność pochodzenia tkankowego). Skóra ludzi zapadających na angiolupoid również znajduje się w stanie niewrażliwości (anergji), tak, że prątek kwasoodporny, dostawszy się do jej tkanki, prawie zupełnie nie może rozwinąć swych biologicznych własności i wywołać odczynu, w zwykłem tego słowa znaczeniu, nie mając odpowiedniego podłoża życiowego. Po wtargnięciu do skóry znaczenie prątków spada do znaczenia obcych ciał, a ustrój, starając się je usunąć, wytwarza ziarniniaka o budowie gruźliczej. Podobne utkanie wykazał Oppenheim w miejscu wstrzyknięcia morfiny.

Podobnie jak w miliarlupoidzie okres żywotności prątków gruźliczych w przypadkach angiolupoidu trwa bardzo krótko. Z chwilą wytworzenia się tkanek charakterystycznych dla obu spraw chorobowych prątków kwasoodpornych nie można już wykazać.

Dotychczasowe próby wywołania dodatniego odczynu tuberkulinowego w przypadkach angiolupoidu dały wynik ujemny. Tak wstrzyknięcie podskórne, jak i próba Pirqueta, Mantoux, wykonane w moim przypadku starą tuberkuliną, wypadły ujemnie. Ale i te wyniki ujemne nie dowodzą braku tła swoistego. W przypadkach typowej gruźlicy możemy mieć ujemne wyniki. Föns w ostatnich czasach wykazał, że w pewnych przypadkach tocznia, mimo stosowania dużych dawek tuberkuliny (aż do 2 cgr.), nie można było otrzymać żadnego odczynu. W grupie tuberkulidów nie wszystkie postacie dają dodatni odczyn a szczególnie miliarlupoid. Jadassohn zauważył już tę niewrażliwość na tuberkulinę nie tylko przy typowej budowie sarkoidów, ale i w przypadkach zaliczanych do grupy sarkoidów. Niewrażliwość na tuberkulinę jest rzeczywiście w tej grupie godną uwagi. Część tylko autorów w przypadkach miliarlupoidu spostrzegało dodatni odczyn (Kreibich i Kraus, Opificius, Darier, Stümpke, Lutz, Altmann). W przypadku Altmanna odczyn ogólny i ogniskowy wystąpił wybitnie, ale ogniskowy tylko w zakresie jednego ogniska; w drugim przypadku odczyn sposobem Pirqueta wypadał prawie ujemnie w ognisku chorobowem, dodatnio na skórze zdrowej.

Korzystnie przebiegająca sprawa gruźlicza wytwarza dużo niweczników, może wskutek tego brak być odczynu ogólnego i miejscowego wskutek niemożności przebudowy tuberkuliny. I właśnie angiolupoid może odznaczać się temi warunkami (obfitość naczyń w tkance chorobowej), i stąd pochodzić może niewrażliwość na tuberkulinę.

Rozważanie przyczyn wrażliwości na działanie tuberkuliny jest sprawą bardzo trudną i niewyjaśnioną Może ona być stałą w całym przebiegu sprawy chorobowej, może być w okresie tworzenia się sarkoidów, poczem może zanikać; lub też w pewnym okresie może jej niebyć wcale, a przy następnym nawrocie może się znowu pojawiać (przypadek Altmanna). Niewrażliwość na tuberkulinę może być skutkiem ciężkiego charłactwa, wywołanego przez gruźlicę, ale może być wrodzoną i nabytą, np. przez przebytą lub lekko przebiegającą sprawę gruźliczą. W skórze ludzi, z lekko przebiegającą gruźlicą np. płuc lub leczonych tuberkuliną, wykazano antykutiny (Piekert, Löwenstein, Hamburger), substancje, zobojętniające działanie tuberkuliny, a przedewszystkiem toksyny powstałe przy rozpadzie prątków gruźliczych. Możliwe więc, że tak w miliarlupoidzie Boecka, jak i w angiolupoidzie, ilość tych antykutin jest znaczniejszą i, że one przeciwdziałają powstawaniu odczynu.

Wyznaczenie miejsca angiolupoidowi w grupie gruźlicy skóry jest dość trudne. Brocq i Pautrier wyznaczają mu miejsce w pobliżu tocznia albo miliarlupoidu. Ze względu nie tylko na przebieg kliniczny, długotrwały, a łagodny, ale i ze względu na budowę ziarniniaka gruźliczego, raczej umieścićby go należało w pobliżu miliarlupoidu, jako osobną postać w grupie tak zwanych dotychczas tuberkulidów. Mimo ujemnych wyników w kierunku znalezienia prątków kwasoodpornych, mimo braku dodatnich szczepień na zwierzęta, jakoteż ujemnego odczynu tuberkulinowego zaliczyć można angiolupoid do atypowej gruźlicy skóry. Wszakże nie wszyscy przyjmują tło tuberkulidów za wyjaśnione, mimo że zapatrywania Jadassohna i Dariera, znajdują coraz więcej dowodów poparcia. Po dawniejszych wynikach dodatnich badań w kierunku obecności prątków gruźliczych w grupie tuberkulidów (Jakobiego, Wolfa, Bettmanna, Thibierge i Ravaut, C. Foxa, Carle i Schidach'ego) i w ostatniej grupie przypadków, w której nie można było wykazać prątków gruźliczych, jak w miliarlupoidzie Boecka i »*Lupus pernio*«, zdołali Kyrle i Gans stwierdzić obecność prątków kwasoodpornych. Sprawę powstawania tuberkulidów rozjaśniły dalej badania doświadczalne Lewandowskiego, jak również szereg badań Blocha i Jadassohna nad drugą grupą chorób skórnych t. zw. trichofitydów, podobnie przebiegających, jak tuberkulidy. Prątki dostają się w obręb skóry drogą krwi — a wskutek korzystnych warunków podłoża szybko ulegają zagładzie. — Postacie chorobowe, które my dostrzegamy, są już stosunkowo dość późne, aby można w nich wykazać prątki, a już napróżno szukać ich będziemy w typowo wykształconej tkance gruźliczej.

Dlatego sądzić by należało, że w podobnych warunkach znajdujemy się i w przypadkach oceniania przynależności angiolupoidu. Brak prątków kwasoodpornych i dalsze ujemne badania nad przynależnością do gruźlicy, nie może wpłynąć ujemnie na ocenę pochodzenia tego cierpienia. Przypuszczać należy, że czynnikiem etjologicznym są i tu prątki Kocha, tylko powstawanie zmian w skórze odbywa się analogicznie, jak w całej grupie tuberkulidów, a zwłaszcza w miliarlupoidzie. Składają się na to przedewszystkiem właściwości ustroju danego osobnika, które z jednej strony wywołują zniszczenie prątków, z drugiej są powodem braku wrażliwości na odczyn tuberkulinowy; wyrazem dalszym tych zjawisk, jest budowa charakterystycznie zbliżona pokrewnemu angiolupoidowi, miliarlupoidowi Boecka. (Dok. nast.)

Doc. Dr. Tadeusz Wiczyński. Lwów.

O zmianach jajników przy zmięknieniu kości.

Z zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.
(Dyrektor: prof. Dr. Nowicki.)

(Dokończenie).

Z przytoczonych protokołów widzimy, że jajniki do badań niniejszych użyte pochodzą ze zdecydowanych przypadków zmięknienia kości. Z uwagi na zwięzłość protokołów nie podawałem szczegółów dotyczących stanu obecnego poszczególnych przypadków a ograniczyłem się do określeń: «zmięknienie kości miernego stopnia« lub »daleko posunięte«. Nadmienić mi tylko wypada, że jako »miernego stopnia« określałem przypadki, w których cechy miednicy osteomalatycznej były wprawdzie już zaznaczone (dziób zaznaczony i nieznaczne zmniejszenie wymiaru poprzecznego wychodu miednicy jako zniekształcenia najwcześniejsze), w ogólnym jednak obrazie choroby przeważały objawy nerwowo-porażenne, jak przykurcz mięśni przywodzących ud, napięcie (przykurcz) dźwigacza odbytu, porażenie mięśnia lędźwiowo-udowego, odnośnie zaś do systemu kostnego, bolesność klatki piersiowej i miednicy (guza kulszowego!). Przez przypadki zaś »daleko posunięte« miałem na myśli przypadki, w których obok powyższych objawów wybijały się na pierwszy plan zniekształcenia miednicy: wyraźny dziób kości łonowych (czasem monstrualny, jak przyp. 8 i 10), wpuklenie wzgórka krzyżowego i okolic panewek stawowych, znaczniejszego stopnia zmniejszenie wymiaru poprzecznego miednicy małej.

Przechodząc obecnie do omówienia wyników moich badań, muszę w krótkości tylko zaznaczyć, że makroskopowo nie da się uchwycić jakiś wybitnie specjalny i stały typ jajników przy omawianem schorzeniu. Co do wielkości, to wprawdzie częściej są to jajniki małe, pokurczone i jakby zanikające; spotyka się jednak również jajniki prawidłowych rozmiarów,

tu i ówdzie spotyka się drobne podpowierzchniowe torbielki. Natomiast prawie zawsze i szczególnie wówczas, gdy są małe, są jajniki te na przekroju twarde, chrząstkowate. Często są przekrwione a pozatem przekrój jest dość jednostajny; często jest stosunkowo mało istoty korowej. W spotykanych ciałkach żółtych uderza jasno-żółtawe zabarwienie warstwy komórek luteinowych w przeciwieństwie do intenzywnie żółtego zabarwienia tej warstwy w warunkach fizjologicznych; w niektórych przypadkach warstwa ta jest prawie biała.

Przy badaniu drobnowidowem uderza we wnęce obfitość naczyń krwionośnych, które, przechodząc przez istotę rdzenną ku korowej, są często pokręcone. Pomiędzy niemi spotyka się stosunkowo nieznaczną ilość tkanki łącznej, a na tle tego braku sieć naczyń krwionośnych wydaje się jeszcze gęstszą. Co się tyczy opisywanego wielokrotnie szklistego zwyrodnienia naczyń, to w niektórych przypadkach jest ono istotnie daleko posunięte, w większości jednak spotykamy nieznaczny tylko stopień tego zwyrodnienia w zakresie błony zewnętrznej naczyń, a czasem zaledwie jego ślad. Aby jednak wartość tego objawu, jako cechy patognomonicznej przy zmiękknieniu kości, należycie ocenić, należy uwzględnić, że i przy innych stanach patologicznych narządów rodnych a nawet i w warunkach fizjologicznych spotyka się dość często różnego stopnia zwyrodnienie szkliste naczyń krwionośnych jajników i to w wieku stosunkowo młodym, a więc już wtedy, gdy w innych narządach, wzgl. w dużych naczyniach krwionośnych tego zwyrodnienia, jeszcze się nie stwierdza. O fakcie tym miałem sposobność przekonać się, badając drobnowidowo od kilku lat całe szeregi jajników przy najrozmaitszych schorzeniach. Odnosi się wrażenie, że w jajniku z powodu ciągłej przemiany narządu, połączonej z ciągłem nowotworzeniem i zanikaniem naczyń krwionośnych, są one jakby predysponowane do ulegania szklistemu zwyrodnieniu stosunkowo wcześniej, niż naczynia krwionośne reszty ustroju. Gdy się na tle tego faktu rozważy stopień zwyrodnienia szklistego naczyń krwionośnych przy zmiękknieniu kości, to widzimy, że, aczkolwiek spotykamy czasem przy tem schorzeniu znaczny stopień tego zwyrodnienia, nierównie jednak częściej spotyka się obrazy początkowego zwyrodnienia, nawet w przypadkach daleko posuniętego zmiękknienia kości; nie mniejszy stopień tego zwyrodnienia miałem sposobność stwierdzić u osób młodych w wieku 20—30 lat przy tak różnorodnych schorzeniach, jak zakażenie połogowe, ciąża zewnątrzmaciczna, ropień trąbek, rzucawka porodowa, włókniaki macicy, a dalej w przypadkach grypy hiszpańskiej, zwężenia odźwiernika itd. Trudno więc zmianę tę uważać za cechę stałą i patognomoniczną przy zmiękknieniu kości, można natomiast przyjąć, że w pewnych przypadkach tego schorzenia znaczniejszy stopień zwyrodnienia szklistego naczyń krwionośnych jajników jest następstwem żywszej przemiany tego narządu, spowodowanej częstszemi w tych przypadkach ciążami. Jest więc ta zmiana raczej przypadkowa, niż stała przy zmiękknieniu kości.

Mniejwięcej podobnie ma się rzecz z opisywanymi wielokrotnie tworami szlistymi w istocie korowej jajników; spotyka się je bowiem również nietylko przy zmiękknieniu kości, lecz i przy innych wspomnianych stanach chorobowych; zauważyć jednak należy, że różnice w zawartości i częstości występowania tych tworów przy zmiękknieniu kości w porównaniu z innemi chorobami są wybitniejsze, niż różnice pod względem zwyrodnienia szklistego naczyń krwionośnych. Istotnie bowiem spotyka się te ogniska szkliste znacznie częściej i obficiej. Co się tyczy histogenezy tych tworów, to właściwie nie ma w piśmiennictwie dostatecznego i jednolitego wyjaśnienia tej sprawy. Rossier, opierając się na zapatrywaniach Recklingshausena odnośnie do pochodzenia hyaliny w ogólności, przyjmuje za tym autorem, że hyalina tak w naczyniach krwionośnych, jak i w opisywanych tworach szklistych wśród istoty korowej, pochodzi z przemiany pierwoszczy komórkowej. Z jakich jednak części składowych jajnika twory te powstają, tego autor wspomniany nie tłumaczy. Nie wchodząc więc bliżej w teorje, odnoszące się do pochodzenia hyaliny, w ogólności nadmienić tylko pragnę, że szklistemu zwyrodnieniu podlega przeważnie tkanka łączna; mogłyby więc te ogniska pochodzić albo z tkanki podścieliskowej jajnika albo też z tkanki łącznej naczyń krwionośnych, lub wreszcie z tkanki łącznej składników szlachetnych jajnika, a więc pęcherzyków, względnie ciałek żółtych. Odpowiedź na powyższe pytanie możnaby, zdaniem mojem, znaleźć przy uwzględnieniu ogólnej postaci i wyglądu tych ognisk. Z protokołów badań moich widzimy, że twory te występują albo jako pokręcone pasemka szkliste wśród samego podścieliska jajnika, albo też jako ogniska owalne lub okrągłe złożone z podobnych, pokręconych pasm wstęgowatych, wskutek czego mają wygląd ogólny kłębków. Często zaś można w sąsiedztwie takiego ogniska stwierdzić wspomniane pasma szkliste, pokręcone i śledzić ich przebieg jakby w kierunku tych ognisk. Nasuwa się więc przypuszczenie, że owe pasemka są to pozostałości po szklisto - zwyrodniałych i zarośniętych naczyniach krwionośnych, doprowadzających przedtem krew do składników istoty korowej jajnika, np. do pęcherzyków kurczących się lub do ciałek żółtych. Same zaś opisane okrągłe lub owalne ogniska istoty korowej pochodziłyby z tkanki łącznej tych składników, lub ich naczyń.

Taki pogląd na tę sprawę tłumaczyłby nam zarazem częstsze i obfitsze zwyrodnienie szkliste naczyń krwionośnych i częstsze występowanie opisanych tworów szklistych w istocie korowej jajników w pewnych przypadkach zmiękknienia kości, aniżeli w warunkach fizjologicznych lub przy innych stanach chorobowych. Wiadomo bowiem, że zmiękknieniu kości podlegają najczęściej osoby, które wiele razy rodziły, w ciąży zaś proces tworzenia się i zanikania pewnych składników jajnika a zarazem i naczyń krwionośnych jest silniejszy, niż poza nią (dojrzewanie i kurczenie się pęcherzyków). I w tem więc mielibyśmy dowód, że opisane dotychczas zmiany należy uważać za związane raczej ze znaczną ilością ciąży, aniżeli z samem zmiękknieniem kości.

Co się tyczy tzw. szlachetnych składników jajnika, to możemy powiedzieć, że naogół zauważyć się daje pewne zmniejszenie ich ilości i to tak w przypadkach pochodzących z okresu ciążowo - połogowego, jak i z poza tego okresu. Stopień tego zmniejszenia jest rozmaity, spotyka się bowiem całą jego skalę aż do zupełnego prawie zaniku pęcherzyków i wszystkich innych elementów stanowiących właściwe utkanie jajnika. Ponieważ zaś w ciąży — jak wiadomo — spotykamy się zazwyczaj ze znaczniejszą ilością tych składników (wzmożenie produkcji pęcherzyków i ich kurczenie się), przeto i tu naogół poza ciążą jest ich mniej, niż w okresie ciążowym. Na podstawie moich spostrzeżeń można powiedzieć, że naogół stopień tego zmniejszenia zależy nie tyle od stopnia choroby, ile od czasu jej trwania, z tem jednakowoż zastrzeżeniem, że w ciąży ilość tych składników — jak zwyczajnie — się podnosi. Z tego powodu, aby w danym przypadku ocenić ilościowe zachowanie się produkcji lub dojrzewania i kurczenia się pęcherzyków, należy uwzględnić, czy i z jakiego okresu ciążowo - połogowego jajniki dane pochodzą lub czy przypadek dany jest poza tym okresem. W przeciwnym razie przy porównywaniu, np. jajników pochodzących z przypadku zmiękknienia kości w okresie ciąży z jajnikami z poza tego okresu, można łatwo uledz złudzeniu i odnieść zwiększenie ilości aparatu pęcherzykowego w danym przypadku nie do ciąży, lecz do stanu chorobowego. W tem właśnie tkwi przyczyna błędnych wniosków niektórych autorów, którzy etjologję zmiękknienia kości wiązali z nadmiernem wytwarzaniem pęcherzyków pierwotnych i dojrzewających. Z obrazów drobnowidowych moich przypadków wynika przeciwnie, że przy zmiękknieniu kości, jajniki przy porównaniu ich z jajnikami fizjologicznemi, wykazują zmniejszenie wytwarzania pęcherzyków tak w okresie ciąży, wzgl. połogu, jak i poza nim; w przypadkach grupy pierwszej zmniejszenie to jest mniej lub więcej wybitnie podkreślone, w przypadkach grupy drugiej spotyka się jajniki prawie zupełnie pozbawione aparatu pęcherzykowego; w obu zaś grupach stopień tego zmniejszenia zależy — jak wspomniałem nie od nasilenia stanu chorobowego lecz od czasu trwania choroby. Odnosi się zatem wrażenie, że przy zmiękknieniu kości istnieje w jajnikach pewna dążność do zanikania składników szlachetnych jajnika, tak, że na tle tego zaniku większa ilość składników drugo-

rzędnych, tj. tkanki łącznej lub naczyń krwionośnych, okazuje się tylko pozorną i względną.

Zupełnie podobnie ma się sprawa z opisywanym przy zmięknieniu kości przerostem tzw. gruczołu śródmiąższowego jajnika (Wallart). Pomijając już niejasną i nierozstrzygniętą bądź co bądź do dziś sprawę, czy wogóle ten składnik jajnika stanowi odrębny narząd, mający swe specjalne przeznaczenie, czy też rolę jego należy streścić do roli wspierania niejako ciałka żółtego zapomocą komórek luteinowych, których bujanie w pęcherzykach kurczących się właśnie ten narząd stanowi, należy zauważyć, że i sam fakt pojawiania się tego składnika jajnika nie jest do dziś dnia dostatecznie zbadany i ustalony. Wiadomo bowiem, że u człowieka gruczoł ten można stwierdzić wyraźnie tylko w pierwszych latach życia, a że w każdym razie zanika on w okresie pokwitania a więc z chwilą wystąpienia w jajniku pierwszego ciałka żółtego, że natomiast u kobiety dojrzałej zjawia się on w rozmaitym stopniu i to nie zawsze w czasie ciąży. Przy ocenianiu więc rozwoju tego składnika jajnika należy przedewszystkiem uwzględnić fakt, czy dany przypadek pochodzi z okresu ciążowo-połogowego, czy też stoi poza tym okresem. I tu więc odnośnie do tego gruczołu pewien jego rozrost w przypadkach zmięknienia kości opisanych przez Wallarta należy odnieść do fizjologicznego bujania komórek luteinowych w pęcherzykach kurczących się podczas ciąży a nie do samego zmięknienia kości. Na sprawę tę zwrócił zresztą uwagę już Gardlund. Pomijając więc szczegóły zaznaczam tylko pokrótce, że z 12 moich przypadków, z których 3 pochodziły z okresu ciążowo-połogowego, ani razu nie stwierdziłem wyraźnego gruczołu śródmiąższowego; co się zaś tyczy bujania komórek luteinowych w pęcherzykach kurczących się, czyli tzw. prototypu gruczołu śródmiąższowego (Aschner), to stwierdziłem stan ten tylko raz wśród 3 wspomnianych przypadków, lecz i tu w granicach prawidłowych, w dwóch zaś innych przypadkach nawet poniżej tej granicy; z 9 zaś przypadków, stojących poza okresem ciąży lub połogu, raz tylko stwierdziłem »nieco przerosłą otoczkę wewnętrzną« w jednym pęcherzyku kurczącym się. Na tle tych faktów wydaje się więc dziwnem wiązanie etjologji zmięknienia kości z przerostem tego gruczołu, przeciwnie zaś mniejszy stopień bujania otoczki wewnętrznej w pęcherzykach kurczących się we wspomnianych 2 przypadkach połogowych byłby dalszym wyrazem podniesionej już poprzednio dążności do zanikania składników szlachetnych jajników przy zmięknieniu kości.

Widzimy, że z podniesionych dotychczas cech jajników przy omawianej sprawie chorobowej za najważniejszą uważać należy właśnie tę dążność do zanikania składników wartościowych jajnikowych, a więc tak pęcherzyków pierwotnych odnośnie do ich ilości, jak i pęcherzyków dojrzewających, wzgl. kurczących się, a co do tych ostatnich, to tak odnośnie do ich ilości, jak i do rozwoju ich otoczki wewnętrznej, czyli tej warstwy, która w razie dojrzenia komórki jajowej i pęknięcia pęcherzyka Graafa w znacznej mierze przyczynia się do rozwoju warstwy komórek luteinowych ciałka żółtego. Ta więc — że tak powiem — mniejsza wartościowość jajników pod względem ilości właściwego utkania jajnikowego nabiera tem większego znaczenia, jeśli się uwzględni cechy morfologiczne świadczące o ich czynności. Na ten szczegół, jako nie poruszany dotychczas w znanem mi piśmiennictwie, pragnąłbym szczególniejszą zwrócić uwagę. Wspomniałem we wstępie, że jednym z celów podjęcia niniejszej pracy było zbadanie zachowania się tłuszczów i lipoidów w jajnikach przy zmięknieniu kości. Otóż pod tym względem spotkałem w badaniach moich szczegóły tak stale we wszystkich prawie przypadkach się powtarzające, że można je uważać za stałą cechę postaciową jajników przy omawianem schorzeniu. Dotyczy to przedewszystkiem ilości lipoidów, która przy porównaniu jajników tych z jajnikami fizjologicznymi, wzgl. pochodzącymi z przypadków innych chorób, jest stale zmniejszona, przyczem stopień tego zmniejszenia jest rozmaity aż do zupełnego braku tych ciał. Zmniejszenie to jest nietylko wywołane słabszym rozwojem tych części składowych, które zawierają lipoidy (aparat pęcherzykowy), lecz i same te poszczególne części składowe zawierają mniej lipoidów (ciałko żółte). Skąpsza zawartość lipoidów w zbadanych przezemnie jajnikach znalazła swój wyraz już w wyglądzie ich makroskopowym, a mianowicie na ich przekrojach, które kilkakrotnie wykazały, że zabarwienie ciałek żółtych i ściany torbielków było już w stanie świeżym znacznie bledsze, niż w warunkach fizjologicznych, a w kilku przypadkach ciałka te były wprost barwy białawej zamiast, jak prawidłowo, żółtej. Przy badaniu drobnowidowem preparatów barwionych zwykłymi sposobami (Sud. III. i błękit Nilu) stwierdziłem we wszystkich częściach składowych rozmaity stopień zmniejszenia zawartości lipoidów, tam zaś, gdzie aparat pęcherzykowy był prawie zanikły, oczywiście i lipoidów spotkałem zaledwie ślady. Zachowane jeszcze części składowe jajników w innych przypadkach wykazywały wybitnie mniejszą ilość tych ciał. Dotyczy to tak pęcherzyków pierwotnych, jak dojrzewających i kurczących się, jak wreszcie i ścian torbielków, w których w prawidłowych warunkach spotyka się dość znaczną ilość lipoidów; również w otoczeniu ciał białych, jak wśród podścieliska, do rzadkości należało stwierdzenie dużych komórek tzw. lipoidowych. Osobno poruszam sprawę zachowania się omawianych ciał w ciałkach żółtych, gdyż w tych — jak wiadomo — proces asymilowania z krwi i przerabiania lipoidów jest najżywszy. Otóż w napotkanych w rozmaitych okresach rozwoju ciałkach żółtych regularności ilość stwierdzonych przezemnie lipoidów była stale mniejsza, w niektórych zaś przypadkach tak wybitnie, że na pierwszy rzut oka można było je uważać za ciałka żółte ciąży wczesnej utrzymanej; dopiero stwierdzenie innych cech odróżniających te dwa twory, utwierdziły mię w przekonaniu, że tak w wywiadach, jak i w stwierdzonym przy laparotomji stanie macicy i trąbek, wszelka możliwość omyłek była wykluczoną (brak kul koloidowych, znacznie mniejsze, niż przy ciąży, komórki luteinowe, brak charakterystycznie obfitej tkanki łącznej w środku ciałka żółtego itd.).

Co się tyczy jakości stwierdzonych lipoidów, to badania moje nie wykazały jakichś różnic w porównaniu ze stanem prawidłowym. Należy jednak zauważyć, że badania mikrochemiczne polegają przeważnie na reakcjach grupowych, nie zezwalają więc na dokładne sprecyzowanie chemiczne poszczególnych lipoidów, nie jest więc wykluczone, że na drodze analizy chemicznej makroskopowej jakieś różnice dałyby się wykazać. Badania niniejsze wykazały, obok w jajniku spotykanych przeważnie wysoko złożonych fosfatydów i cerebrosydów, także estry glicerynowe i cholestearynowe a to w końcowych okresach rozwoju ciałek żółtych. Również ilość lipoidów dwułomnych była proporcjonalnie skąpszą.

Pytanie, czy i w jakiej mierze badania niniejsze stanowić mogą przyczynek do wyjaśnienia niejasnej jeszcze bądź co bądź do dziś dnia etjologji zmięknienia kości, pozostawiam do omówienia na innem miejscu. Zaznaczyć tylko pragnę, że z ogłoszonych do tej pory cech postaciowych jajników przy zmięknieniu kości, żadna właściwie nie tłumaczy nam ani etjologii zmięknienia kości, ani też nie daje odpowiedzi na wiążące się z nią pytanie co do istoty leczniczego działania trzebienia.

W uwzględnieniu zatem wspomnianego we wstępie faktu, że do prawidłowego rozwoju kości pewna ilość lipoidów jest konieczna, opisane w niniejszej pracy zmniejszenie zawartości lipoidów w zbadanych przezemnie jajnikach stanowiłoby pierwszą cechę postaciową tych narządów, wchodzącą już ściśle w zakres powyższych dwu pytań.

Piśmiennictwo.

Podręczniki: Döderlein (położnictwo), Veit (ginekologja), Winckel (położnictwo). Prócz tego: Aschner: Blutdrüsenkrankheiten des Weibes, Wiesbaden 1918. Biedl: Innere Sekretion 1916. Curschmann, Med. kl. 41, 1911. Ewerke, M. f. G. u. G. t. 26. z 2. Fehling, A. f. G. 39. 1891 i 48, 1895. Gardlund Z. f. G. 38, 1918. Fewson, M. f. G. u. G. t. 8. z. 1. Naegeli M. m. W. 1917. Nr. 47. 1918. Nr. 21, 22, 23. Latzko, M. f. G. u. G. t. 6. 1897. Porges i Wagner. W. kl. W 1919. Nr. 15. Rissmann M. f. G. u. G. t. 9. 1867. Rossier, A. f G. t. 48. 1895. Velits, cyt. Schlesinger W. kl. W. 1919. Nr. 10 i 13, Schnell. Z. f. G. u. G. t. 39. zesz. 3. Vierordt, podr. Noth-

hagla. Prócz tego: odnośne piśmiennictwo o lipoidach podane w pracy autora „O rozmieszczeniu i jakości tłuszczów i lipoidów w jajniku ludzkim". Księga pam. jub. Wydziału lek. lwow. Lwów 1920.

Z praktyki.

Dr. Eugeniusz Waygiel, asystent przy klinice. Lwów.

Szczypczyki do szwu ciągłego.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K.
(Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.)

Słuszne dążenie do operowawania tylko za pomocą narzędzi bardzo często nie może być przestrzeganem z braku odpowiednich narzędzi, a szczególnie często dzieje się to przy zakładaniu szwu ciągłego, gdzie chwyta się nitkę nagiemi palcami. Ponieważ chwyt ten wykonywanym jest z pewną konieczną dla ściągania szwu siłą, nie obywa się więc przytem bez ścierania naskórka palców, obecnie jeszcze jak wiadomo, nigdy wyjałowić się nie dających, i to tak przy użyciu materjałów szorstkich skręcanych (jedwab, nici celuloidowane), jak i przy gładszych (Catgut, a nawet »Silk-worm«).

Że starciem naskórka tem łatwiej o zakażenie materjału do szwu używanego. Chwytanie i ściąganie nitek palcami osłoniętymi rękawiczką gumową jest niewygodne z powodu zbytniej nieraz elastyczności i możliwości przedarcia tejże. Dla usunięcia tego używano najczęściej szczypczyków anatomicznych, o wiele gorzej chirurgicznych. Obie miały tę wadę, że ich karbowanie, czy ząbkowanie, nieraz nitkę podczas szycia przerywało zupełnie lub nadrywało i wywoływało następnie puszczenie szwu, szczególnie katgutowego. Powlekanie ramion szczypczyków drenami gumowymi było również niezupełnie odpowiedniem. Ktoby jednakowoż mimo to wolał używanie ramion powleczonych drenem kauczukowym, mógłby zastosować je do poniżej podanej pincety, w której wyrobiono falisto zewnętrzną powierzchnię jej ramion dla niezesuwania się drenu.

Używana przezemnie od kilku lat pinceta anatomiczna o wygładzonych końcach jest niewygodną, bo chwyta nitkę samym tylko końcem ramion i wymaga wielkiego stosunkowo nacisku nużącego łatwo mięśnie ręki. Prócz tego używano także imadeł i innych chwytnych narzędzi, wszystkie atoli nie odpowiadały celowi.

Aby temu zaradzić skonstruowałem szczypczyki, których końce ramion chwytnych są: 1. równe i dość szerokie, 2. od wewnątrz zupełnie gładkie o brzegach lekko zaokrąglonych, 3. szczególnie wzmocnione. Cała ich długość wynosi 13 cm, z tego na końce wzmocnione przypada 4 cm, a szerokość ich gładkich powierzchni wewnętrznych około $^1/_2$ cm.



Szczypczyki tę używane w klinice tutejszej od kilku miesięcy okazały się nader dogodnemi. Szczypczyki wykonała firma Juljan Trepczyński we Lwowie, ul. Dominikańska 9.

H. Kryszek. Łódź.

Określanie indykanu we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym.

Określanie azotu niebiałkowego we krwi napotyka, jak wiadomo, na znaczne trudności techniczne.

To też zadawalniamy się obecnie określaniem mocznika, będącego wskaźnikiem ilości zatrzymanych we krwi substancyj azotowych. I to jednak badanie, wykonane stosunkowo prostą metodą Bungego, wymaga specjalnego przyrządu (azotometru) i jest żmudne. Prostszem natomiast jest określanie indykanu, będącego takim samym, jak i mocznik, wskaźnikiem względnym. W warunkach normalnych indykan nie znajduje się ani we krwi, ani w płynie mózgowo-rdzeniowym. Obecność jego we krwi, zwłaszcza przy nieobecności w moczu, ma znaczną wartość rozpoznawczą przy schorzeniach nerkowych. Oto opis postępowania:

Według Jolles-Haas'a. Do kilku (3—5) centymetrów sześciennych surowicy, wzgl. płynu mózgowo-rdzeniowego, dodajemy, celem odbiałczenia, podwójną ilość 20% kwasu trójchlorooctowego. Mieszaninę tę przesączamy. Do 2 cm^3 przesączu dodajemy 10 kropel 5% alkoholowego roztworu tymolu, poczem wstrząsamy energicznie i dolewamy równą ilość odczynnika Obermeyera (0,5% chlorek żelazowy w stężonym kwasie solnym). Po 2 godzinach dodajemy 2 cm^3 chloroformu. Przy obecności indykanu występuje zabarwienie czerwono-fioletowe.

Wykład kliniczny.

Prof. dr. J. Lenartowicz. Kraków

Rozpoznawanie i leczenie ostrego wiewióra.

Niezwykły wzrost chorób wenerycznych, zjawisko tak częste i powszechne po każdej niemal wojnie, skłania mnie do omówienia rozpoznawania i leczenia najczęstszej z pośród nich: wiewióra. Teraz bowiem, częściej z pewnością niż dawniej, lekarz nie specjalista, zwłaszcza na prowincji, zmuszony jest objąć chorego w leczenie i tak je przeprowadzić, by mógł na pewne powiedzieć, że wiewióra wyleczył istotnie, a nie pozornie tylko, t. j. wpłynął jedynie na chwilowe złagodzenie lub choćby ustąpienie tych, lub owych objawów klinicznych po to, by objawy te przy najbliższej sposobności wystąpiły na nowo. Grzeszyło się niejednokrotnie dawniej a grzeszy się co gorsza i teraz, lecząc wiewióra tylko objawowo i stąd tak rozpowszechnione u chorych przekonanie, że wiewiór jest nieuleczalny. Że przekonanie to, zresztą błędne, wielu od leczenia odstrasza, lub przy próbach nieudolnego leczenia do dalszego leczenia zniechęca, albo, co gorsza, skłania do odkładania leczenia na później, często niestety na krótko przed zamierzonem ożenieniem się, i to poto tylko, by się uspokoić, że przecie próbowało się leczenia, — o tem wie każdy, kto zajmuje się leczeniem chorób wenerycznych, a przytem dochodzi przyczyn zdumiewającej niejednokrotnie lekkomyślności chorych wiewiórowych.

Wbrew temu, tak rozpowszechnionemu przekonaniu, należy z naciskiem zaznaczyć, że wiewiór jest uleczalny, i że leczenie go, zwłaszcza u mężczyzn, należy do zadań i wdzięcznych i nietrudnych, a wyniki, częstokroć i czas leczenia zależne są w znacznej mierze od rozpoznania, umiejętnego ocenienia siedziby choroby, i, co nie mniej ważne, odpowiedniego dostosowania zabiegów leczniczych do wyniku badania.

Jako naczelną postawiłbym zasadę: niema skutecznego rozpoznawania i leczenia wiewióra bez mikroskopu. Od pierwszego badania chorego aż do chwili uznania go za zupełnie uleczonego, ciągła i sumienna kontrola mikroskopowa jest nieodzownym wskaźnikiem i postępowania leczniczego i wartości stosowanych środków leczniczych. Nie wolno lekarzowi rozpoznać wiewióra bez badania mikroskopowego, nie wolno tego badania pominąć nawet przy objawach klinicznie najbardziej typowych, nie wolno do tego badania uciekać się wówczas dopiero, gdy przebieg chorobowy lub szczegóły z wywiadów nasuwają pewne wątpliwości, czy istotnie chodzi o wiewióra. Pomijając badanie mikroskopowe w przypadkach ostrych i typowych (a tu najczęściej się je pomija) rozpoznać możemy wiewióra tam, gdzie go nie ma, gdzie chodzi o zapalenie cewki z przyczyn innych, nic wspólnego z wiewiórem nie mających; pomijając je naodwrót w przypadkach tych, gdzie objawy zaledwie są zaznaczone, popełniamy błąd jeszcze poważniejszy, bo nie staramy się wykryć dwoinek wiewiórowych tam, gdzie pierwszem naszem zadaniem powinno być troskliwe sumienne i wielokrotne ich poszukiwanie. A zresztą spytać się godzi, co jest typowem w makroskopowem klinicznym obrazie wiewióra? Obrazu takiego nie ma. Wszystkie objawy kliniczne, mniej lub więcej zaznaczone, świadczą jedynie o odczynie zapalnym błony śluzowej cewki, niema zaś ani jednego objawu, mogącego nas upewnić, że przyczyną stanu zapalnego są dwoinki wiewiórowe. Badanie kliniczne uprawnia nas zatem jedynie do rozpoznania zapalenia cewki moczowej, czy to zapalenie jednak jest wiewiórowe, rozstrzyga dopiero mikroskop. Rozstrzygnięcie to nie jest bynaj-

mniej obojętne, jest zasadnicze, bo rozstrzyga o doborze sposobu leczenia. Inne będzie i musi być nasze postępowanie przy leczeniu wiewiórowego zapalenia cewki, inne przy zapaleniu nieżytowem, urazowem, chemicznem i t. p., inną też będzie ocena przypadku ze względu na przebieg, powikłania i rokowanie. Gdy tej naczelnej zasady pominąć nie wolno, gdy badanie mikroskopowe musi bezwarunkowo poprzedzić rozpoznanie i leczenie, gdy i wśród leczenia i po ukończeniu leczenia musimy się niem posługiwać, to lekarz, który ma mikroskop, powinien te badania sam wykonać, ten, który go nie ma, powinien materjał przez siebie pobrany i należycie roztarty na szkiełku przedmiotowem przesłać do badania zakładowi bakterjologicznemu, oddziałowi szpitalnemu lub klinice. Aż do czasu otrzymania odpowiedzi, uważać należy chorego za podejrzanego o wiewióra, zalecić mu ogólne przepisy zachowania się, wskazane dla takich chorych i, aby nie tracić czasu można rozpocząć na razie leczenie przeciwwiewiórowe, o ile chodzi o przypadek świeży. W przypadkach podejrzanych wiewióra przewlekłego, o objawach bardzo nieznacznych, gdzie zwłoka kilku dni nie może mieć znaczenia, można ograniczyć się do wskazań ogólnych, a rozpoczęcie leczenia odłożyć do otrzymania odpowiedzi. Pamiętać należy, że w tych drugich przypadkach jednorazowe badanie wydzieliny, osadu moczu, nitek z moczu, o wyniku ujemnym nie przemawia przeciw wiewiórowi, że badanie to należy w przerwach kilkakrotnie powtórzyć, ewentualnie przy zastosowaniu metod wywołujących (prowokacyjnych). Niejednokrotnie wskazane będzie skierowanie chorego do zakładu bakterjologicznego celem wykonania hodowli. Ta ostrożność wskazaną będzie zwłaszcza wobec zamierzających wstąpić w związki małżeńskie, jakkolwiek troskliwość i sumienność w leczeniu, i to posunięta do najdrobniejszych szczegółów, obowiązywać powinna na równi wobec wszystkich, bo zawsze i w każdym przypadku dążyć będziemy do osiągnięcia zupełnej pewności, iż leczenie nasze skończyło się zupełnem wyleczeniem.

Badanie mikroskopowe: Wydzielinę cewki moczowej części przedniej badamy po dłuższej przerwie w oddawaniu moczu (przy nieznacznej wydzielinie najlepiej rano). Odsunąwszy napletek i wymywszy dokładnie żołądź, co jest głównie wskazane przy zapaleniu żołędzi i napletka, celem uniknięcia zanieczyszczeń preparatu drobnoustrojami z poza cewki, usuwamy zwyczajnie pierwszą kroplę z ujścia cewki watą zwilżoną wodą borową lub sublimatem, a następnie przez ucisk wywarty na cewkę, lub przy nieznacznej wydzielinie przez mięsienie cewki (ewentualnie na zgłębniku główkowym) staramy się uzyskać kroplę dalszą. Tę kroplę bierzemy na oczko platynowe i rozcieramy ile możności cienko i równomiernie na szkiełku przedmiotowem i utrwalamy krótko nad płomieniem palnika gazowego lub lampki spirytusowej. Przy stulejce i towarzyszących jej najczęściej objawach zapalenia napletka należy przed pobraniem wydzieliny z cewki worek napletkowy dokładnie przepłukać wodą borową, a dopiero później wywierać ucisk na cewkę. Jeżeli zaniedbamy tego drobnego zabiegu, wówczas obfita wydzielina podnapletkowa zlewa się z wydzieliną cewki, zanieczyszcza ją i utrudnia badanie mikroskopowe, gdy przeciwnie dokładne wymycie worka napletkowego (przy użyciu strzykawki z płaskim końcem) przekonać nas może, że to, co uważaliśmy w pierwszej chwili za wydzielinę cewki, było jedynie wydzieliną podnapletkową. Zdarzyć się też może, że stan zapalny podnapletkowy przeniesie się i na cewkę i wywoła zapalenie cewki niewiewiórowe, o czem pouczy badanie mikroskopowe. Gdy wydzieliny z cewki jest bardzo mało, lub gdy jej wcale niema, można łyżeczką zeskrobać powierzchowne warstwy błony śluzowej i te poddać badaniu mikroskopowemu.

Nitki w moczu (z części I lub II moczu) badamy również mikroskopowo, i to albo przez odwirowanie moczu i następne badanie osadu tak uzyskanego, albo, co łatwiejsze, przez wyławianie nitek wprost z moczu świeżo oddanego. Tu uwzględniać należy głównie nitki, opadające na dno naczynia (nitki ropne), a nie nitki, trzymające się górnych warstw moczu, przejrzyste, lekkie, obłoczkowate (nitki śluzowe), chociaż i przy obecności nitek tylko śluzowych badania ich również pominąć nie należy. Do wyławiania nitek posługujemy się rurką szklaną w średnio ostry koniec wyciągniętą. Rurkę taką, zatkaną u góry palcem, wprowadzamy do naczynia z moczem, a nastawiwszy jej ostry koniec na nitkę, którą chcemy wyłowić, podnosimy nagle palec zatykający górny otwór rurki. Wówczas ciśnienie powietrza wpędza mocz a wraz z nim i nitkę do wnętrza rurki. Tak wyłowioną nitkę rozcieramy oczkiem drucika platynowego lub zwykłego na szkiełku przedmiotowem, utrwalamy a przed barwieniem opłukujemy dokładnie wodą celem uwolnienia od zanieczyszczeń odparowanego moczu.

Wydzielinę gruczołu krokowego badamy po oddaniu moczu, a co lepiej, po oddaniu moczu i przepłukaniu dokładnem pęcherza letnim rozczynem kwasu borowego, nadmanganianu potasu i t. p. i przez mięsienie gruczołu krokowego.

Pamiętać należy także o badaniu wydzieliny dodatkowych przewodów prącia (o ile takie przy badaniu napotkamy), bo niejednokrotnie ulegają one zakażeniu wiewiórowemu.

Uzyskane, roztarte na szkiełku przedmiotowem i utrwalone wydzieliny, nitki, barwimy jakimkolwiek barwikiem anilinowym, czyto barwiącym jednolicie, czy też dla kontrastu dwubarwnym. Najczęściej posługujemy się rozczynem błękitu metylenowego w 5% wodzie karbolowej (nasyconego alkoholowego rozczynu błękitu metylenowego 5,00, wody karbolowej 5% 45,00), albo błękitem metylenowym z dodatkiem boraksu (błękitu metylen. 1.00, boraksu 2.00, wody przekropl. 100), albo rozczynem alkoholowym tioniny w 2½% wodzie karbolowej. (Nasyconego roztworu tioniny w 50% alkoholu 5,00, wody karbolowej 2½% 45,00) albo błękitem metylenowym Löfflera, karbolowym fioletem goryczkowym, rozcieńczoną fuchsyną karbolową Ziehla i t. p. Barwiki złożone, jak barwik Pappenheima, Picka i Jakobsohna, Pappenheima w odmianie Krzyształowicza i t. p. mają tę zaletę, że barwią dwoinki wiewiórowe odmiennie od ciałek ropnych, a przez to ułatwiają odszukanie dwoinek, ale barwiki same muszą być często odnawiane lub, jak w barwieniu Picka-Jakobsohna, za każdym razem świeżo przygotowane. Wyżej wymienionemi barwikami pojedyńczemi barwimy na zimno przez ½—1 minuty, poczem preparat opłukujemy wodą, osuszamy bibułą i nad płomieniem, i bez pokrycia szkiełkiem nakrywkowem badamy w kropli olejku cedrowego soczewką immerzyjną. Cechy znamionujące dwoinki wiewiórowe, takie, jak kształt ich nerkowaty, ułożenie po dwa wnęką ku sobie (przezco każda dwójka podobna jest do ziarnka kawy), ułożenie w skupieniach po 2, 4, 8, 16 i t. d., przeważne (choć nie jedyne) rozmieszczenie wewnątrz ciałek ropnych, odbarwianie się sposobem Grama, pozwalają w większości przypadków rozpoznać je z łatwością.

W przypadkach wątpliwych, a zawsze, gdy chodzi o sprawę sądową, należy wykonać barwienie sposobem Grama:

1) Karbolowym rozczynem fioletu goryczkowego barwić 1 minutę.

2) Barwik, zlać i polać szkiełko rozczynem wodnym jodu w jodku potasu (jodu 1.00, jodku potasu 2.00, wody przekropl. 300) działając nim przez ½—1-ej minuty.

3) Zlać i działać alkoholem 96%, kilkakrotnie nim polewając, aż do zupełnego odbarwienia preparatu.

4) Opłukać wodą przekroploną i podbarwić fuchsyną karbolową Ziehla, rozcieńczoną wodą (5 kropli na 10 cm³ wody).

5) Opłukać wodą, osuszyć bibułą i nad płomieniem; olejek, immerzja.

Dwoinki wiewiórowe, jako niebarwiące się sposobem Grama, wystąpią jako twory czerwono zabarwione z zachowaniem cech wyżej opisanych.

Badanie kliniczne chorego. Równocześnie z badaniem mikroskopowem, które zamieściłem na pierwszem miejscu, należy jak najdokładniej poddać badaniu klinicznemu samego chorego a przedewszystkiem części rodne i ich najbliższe otoczenie.

Orjentujemy się więc przedewszystkiem, czy budowa części rodnych jest prawidłowa, czy niema stulejki wrodzonej zupełnej lub niezupełnej, czy niema chwilowej stulejki wywołanej stanem zapalnym napletka, czy niema zadzierżgnięcia napletka (załupka), czy ujście cewki moczowej jest prawidłowo położone (*hypospadiasis, epispadiasis*), czy samo ujście jest obszerne, czy wąskie, czy zwężenie jest wrodzone, czy też wywołane obrzękiem zapalnym, czy błona śluzowa nie jest wywinięta na zewnątrz, czy niema na niej nadżerek lub owrzodzeń, czy u ujścia cewki moczowej nie wyczuwa się nacieku, o jakim kształcie, rozległości i zbitości (naciek zapalny lub kiłowy, zmiana pierwotna!), czy obok ujścia cewki moczowej, lub w pobliżu wędzidełka niema drobnych otworków i ciągnących się poza niemi postronkowatych zgrubień (dodatkowe przewody prącia), czy niema podobnych, zwyczajnie szerszych uchyłków błony śluzowej w rowku zażołędnym, a wreszcie się przez ucisk wywarty na cewkę od góry i dołu staramy się ocenić rozległość zmian zapalnych, bolesność cewki, obfitość wydzieliny i jej charakter (wydzielina śluzowa, śluzowo-ropna, ropna, surowicza, surowiczo-krwawa, krwawo-ropna). Badanie dokładne, zwłaszcza dolnej powierzchni cewki moczowej, i to od jej zewnętrznego ujścia aż ku kroczu, poucza nas o tem, czy niema w jej ścianach nierówności w postaci guzków, świadczących o naciekach okołocewkowych lub ognisk rozlanych, zbitych i twardych, świadczących o bliznach i wywołanych przez nie zwężeniach. Naciek w połowie krocza przemawia za zajęciem gruczołów Cowpera. Przy ostrym przebiegu wiewióra ulegają niejednokrotnie zapaleniu odprowadzające naczynia chłonne i naj-

bliższe gruczoły, dlatego w badaniu nie powinniśmy pominąć grzbietnej powierzchni prącia i okolicy pachwinowej.

Nierzadko stwierdzić też można bolesność uciskową mięśni lędźwiowych i udowych. Badaniem jąder, najądrzy, powrózków nasiennych, a, jeśli potrzeba, gruczołu krokowego i pęcherzyków nasiennych, kończymy oględziny zewnętrzne. Celem ściślejszego rozpoznania siedziby sprawy chorobowej posługujemy się stale t. zw. próbą dwu szklanek czyli próbą Thompsona. Próba ta poucza nas, zwłaszcza w przypadkach wiewióra świeżego, czy sprawa ogranicza się tylko do przedniej części cewki moczowej, czy też przekroczyła jej granicę tj. zwieracz zewnętrzny pęcherza moczowego. Próba ta, na ogół, przy zachowaniu pewnych ostrożności, może być wystarczającą, w przypadkach wiewióra przewlekłego lub podostrego może zawieść. W przypadkach wiewióra ostrego z obfitą wydzieliną ropną mocz, oddany do dwu szklanek, może okazywać wybitne zmącenie tylko w części pierwszej, natomiast część druga jest przejrzysta, lub zmętnienie moczu stwierdzamy w obu szklankach, przyczem zmętnienie w szklance pierwszej jest wybitniejsze. W przypadku pierwszym (I. cz. mętna, II. jasna) rozpoznajemy wiewióra przedniej części cewki, w przypadku drugim (obie części moczu są mętne), zmącenie nie zawsze musi być dowodem zajęcia tylnej części cewki moczowej. Czy zmącenie II. części moczu pochodzi od przymieszki ropy, a więc jest dowodem zapalenia tylnej części cewki moczowej, przekonujemy się dopiero zapomocą próby dalszej. Do II. części moczu mętnego, a jeśli nie zauważyliśmy silniejszego wycieku z cewki, to i do części I. dolewamy niecc kwasu octowego.

Wówczas zajść mogą następujące 4 ewentualności:

1) Mocz wyjaśnia się wśród perlistego burzenia: rozpoznajemy karbonaturję (obecność węglanów).

2) Mocz wyjaśnia się bez burzenia: rozpoznajemy fosfaturję.

3—4) Mocz nie wyjaśnia się, a przyczyną tego może być bakterjurja lub, co częściej, ropa w moczu. Przy przypuszczeniu bakterjurji poruszamy lekko szklanką z moczem; jeśli zauważymy w moczu obłoczkowate wiry podobnie, jak w buljonowych hodowlach bakteryj, uzasadnione jest przypuszczenie bakterjurji. Kropla moczu w przypadku bakterjurji, badana pod mikroskopem. zawiera mnóstwo bakteryj. Jeśli niema bakterjurji, to zmącenie pochodzi od ropy i wówczas rozpoznajemy zapalenie tylnej części cewki moczowej lub zapalenie pęcherza (wiewiórowe rzadko, częściej nie wiewiórowe), lub wreszcie zapalenie miedniczek nerkowych (dokładne badanie moczu i osadu).

Wspomniałem, że próba Thompsona w większości przypadków, i to w wiewiórze ostrym, wystarcza najzupełniej do tego, czy rozpoznać wiewióra części tylko przedniej, czy przedniej i tylnej; wspomniałem również, że czasem próba ta zawodzi. Zdarzyć się tc może wówczas, gdy badamy chorego na wiewióra przewlekłego lub podostrego, a więc wówczas, gdy w cewce moczowej niema na tyle ropy, by mogła ona mocz zmącić. W moczu zupełnie przejrzystym widzimy wówczas jedynie nitki, jedyny dowód toczącej się jeszcze sprawy chorobowej. W tych przypadkach obecność nitek w II. części moczu nie zawsze dowodzi zajęcia wiewiórem części tylnej cewki. Pierwszy strumień moczu mógł zmyć tylko część nitek z części przedniej cewki moczowej, resztę strumień drugiej części moczu, i stąd obecność nitek w II. części mimo, że może być zajęta wiewiórem jedynie przednia część cewki moczowej. Jeżeli takie wątpliwości chcemy usunąć, wówczas przed oddaniem pierwszej części moczu, przepłukujemy roztworem fizjologicznym soli lub wodą borową (zimną) część przednią cewki, aż do zupełnego usunięcia nitek i dopiero potem badamy oddany mocz (Jadassohn). Stwierdzone w tym przypadku nitki w moczu dowodzą wówczas zajęcia tylnej części cewki moczowej. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

M. Matthes. **Lehrbuch der Differentialdiagnose innerer Krankheiten.** 1921. Wydanie drugie. Stronic 621. rys. 106.

Książka wielkiej wartości naukowej i praktycznej. Układ materjału oryginalny, jak to widać z następującego zestawienia nagłówków poszczególnych rozdziałów:

Rozpoznawanie różniczkowe chorób zakaźnych ostrych: 1. bez wybitnych objawów miejscowych; 2. o torze gorączki nawracającej; 3. z udziałem wyraźnym dróg oddechowych; 4. o umiejscowieniu skrytem; 5. ze zmianami na skórze; 6. z umiejscowieniem w stawach; 7. w mięśniach; 8. w gardzieli i jamie ustnej; 9. w żołądku i kiszkach; 10. przyrannych. Rozpoznawanie różniczkowe stanów podgorączkowych przewlekłych; rozpozn. różn. zespołu objawów oponowych; rozpoznawanie różniczkowe zespołu objawów otrzewnowych; rozpoznawanie różniczkowe niedrożności jelit; rozpoznawanie różniczkowe schorzeń krtani; oskrzeli; płuc. Rozpoznawanie różniczkowe nacieczeń w tkance płucnej; jam w płucach; guzów w płucach. Rozpoznawanie schorzeń opłucnej. Rozpoznawanie schorzeń krążenia; schorzeń śledziony; i wątroby; przełyku, żołądka, kiszek, trzustki. Rozpoznawanie różniczkowe schorzeń narządu moczowego; przemiany materji; gruczołów dokrewnych; chorób krwi; stawów; kości. Rozpoznawanie nerwobolów. Rozpoznawanie różniczkowe bólów głowy.

Wydanie pierwsze rozeszło się bardzo szybko.

F. Sauerbruch. **Die Chirurgie der Brustorgane.** T. I. **Choroby płuc.** Berlin 1920. Rysunków 637, wśród których wiele barwnych. Stronic 931 in octavo.

O podobnym zakresie posiada piśmiennictwo lekarskie jedynie dzieła Garre'go i Quinkego (z r. 1912) i Tuffier'a (Etat actuel de la chirurgie intrathoracique r. 1914). Żadne z nich jednak nie obejmuje i nie zgłębia przedmiotu tak wszechstronnie, jak to czyni dzieło Sauerbrucha, ciekawe dla internisty w stopniu prawie tym samym, co i dla chirurga.

Pierwsze sto stronic opracował Prof. Felix, dając bardzo szczegółowy opis anatomji kośćca, mięśni, więzów, naczyń, nerwów, klatki piersiowej, anatomji płuc i opłucnej, wreszcie fizjologji oddychania. Dwa rozdziały następne poświęcone są patologji ogólnej i djagnostyce ogólnej schorzeń płucnych.

Z pod pióra Chaoul'a i Stierlina wyszedł rozdział o roentgenologji klatki piersiowej (z wykluczeniem serca), zajmujący dwieście stronic.

Po danych ogólnych, tyczących się zasad techniki chirurgji klatki piersiowej, znieczulenia, przebiegu pooperacyjnego, zapobiegania odmie piersiowej otwartej, opatrunków, przechodzi, od stronicy 429-tej, Sauerbruch do części specjalnej.

Najwięcej tu miejsca, bo stronic dwieście pięćdziesiąt, zajmuje leczenie chirurgiczne suchot płucnych. O stosowaniu odmy piersiowej sztucznej pisze Murall. Sauerbruch opisuje wszystkie dotąd polecone metody operacyjne, dając pierwszeństwo metodzie własnej: resekcji przykręgowej wszystkich żeber. Prócz tego zabiegu, stosowanego w celu unieruchomienia całego płuca, Sauerbruch opisuje szereg innych sposobów operacyjnych, ograniczonych do jednej okolicy klatki piersiowej.

Wszystkie inne schorzenia płuc, oskrzeli, opłucnej, są także uwzględnione (ropnie, rozstrzeń, guzy, zatory tętnicy płucnej). Wydanie wytworne. *Sew. Sterling* (Łódź).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

The Lancet.

Nr. 24. T. I. 1921.

J. Barcroft. **Alpinizm.** Autor jest zdania, że objawy choroby górskiej są następstwem t. zw. »anoksemji anoksycznej« czyli niedostatecznego nasycenia krwi tlenem wskutek oddychania rozrzedzonem powietrzem[1]). W górach wraz ze zmniejszeniem ciśnienia barometrycznego spada ciśnienie tlenu we wdychanem powietrzu i w powietrzu pęcherzyków płuc-

[1]) Autor odróżnia jeszcze anoksemję anemiczną, powstającą wskutek zmniejszenia we krwi ilości hemoglobiny, oraz anoksemję zastoinową (*ischaemic*), powstającą na tle zwolnionego krążenia.

nych. Nad poziomem morza 95% hemoglobiny bierze udział w funkcji oddychania i tylko 5% opuszcza płuca bez żadnego obciążenia tlenem. Przy wchodzeniu na górę zmniejszone ciśnienie barometryczne początkowo nie wywiera widocznego wpływu na stopień utlenienia krwi. Punkt krytyczny znajduje się dopiero na wysokości od 15.000 do 18.000 stóp. Powyżej tego punktu niedotlenność krwi wzrasta z gwałtowną szybkością i na wysokości 20.000 stóp prawie 30% hemoglobiny nie nasyca się tlenem. Autor rozpatruje szkodliwy wpływ anoksemji na krew, serce, oddychanie, układ mięśniowy i nerwowy. Wywody swoje opiera na wynikach analizy eksperymentalnej, które nie nadają się do streszczenia.

T. Glenny, K. Allen, O'Brien. **Odczyn Schicka i zapobiegawcze uodpornienie przeciw błonicy za pomocą toksyno-antytoksyny.** Od czasu wprowadzenia surowicy przeciwbłoniczej odczyn Schicka oraz czynne uodpornienie za pomocą toksyno-antytoksyny stanowią największą zdobycz w całokształcie zagadnień błonicy. Badanie tego odczynu polega na śródskórnem wstrzyknięciu 0,2 ccm. rozcieńczonej toksyny błoniczej, która to ilość powinna odpowiadać $^1/_{50}$ minimalnej dawki śmiertelnej dla świnki i zawierać średnio 0,0004 ccm toksyny właściwej. Odróżniamy 4 rodzaje odczynu. Odczyn ujemny dowodzi obecności we krwi naturalnej antytoksyny uodporniającej. Odczyn dodatni, w postaci czerwonej plamki na miejscu wstrzyknięcia, dowodzi braku odporności. Toksyna, ogrzewana przez 10 minut do 75° C, traci własności trujące i daje tylko odczyn rzekomy. Podług ogólnego mniemania, jest on zapewne skutkiem podrażnienia skóry białkiem bakteryjnem. Wreszcie odczyn złożony polega na połączeniu odczynu dodatniego z rzekomym. Celem sprawdzenia otrzymanych wyników konieczne jest wstrzyknięcie w jedną rękę toksyny ogrzanej, w drugą nieogrzanej. Nadto pożądana jest wielka ostrożność w rozcieńczaniu i przechowywaniu toksyny błoniczej. Rozczyny jej przy 37° C w ciągu jednego dnia ulegają znacznemu zepsuciu. Badania, powtarzane wielokrotnie u tych samych osób, dają naogół jednakowe wyniki. Zdarzają się jednak przypadki, w których przy pierwszych badaniach otrzymujemy odczyn dodatni, przy następnych — ujemny. Doświadczenia na królikach nasuwają przypuszczenie, że maleńka dawka zastrzykiwanej toksyny sprzyja wytwarzaniu się we krwi antytoksyny i uodpornieniu ustroju. Odczyn Schick'a ma właściwie znaczenie ilościowe. Przy stosowaniu $^1/_{50}$ minimalnej dawki śmiertelnej odczyn dodatni nie oznacza bezwzględnego braku odporności, dowodzi tylko, że ilość antytoksyny we krwi nie wystarcza dla zobojętnienia tej dawki. Można przypuszczać wraz z Schickiem, że odczyn ujemny, będący, poniekąd wyrazem odporności na kliniczną błonicę, występuje wówczas, jeżeli 1 ccm krwi zawiera przynajmniej $^1/_{30}$ jedności antytoksycznej. Własne badania autorów, dokonywane od lat kilku na 18 osobach z personalu laboratoryjnego, nasuwają myśl, że mechanizm obronny w błonicy jest więcej złożony, niż dotychczas sądzimy, że oprócz antytoksyny grają tu jeszcze rolę jakieś inne czynniki. W końcu pracy opisują autorzy sposób uodpornienia czynnego przy pomocy wstrzykiwania mieszanki toksyny i antytoksyny, stosowanej z wielkiem powodzeniem w Stanach Zjednoczonych (Park i Zingher). 1 ccm mieszanki zawiera 3 dawki (L +) śmiertelne toksyny i około 3,5 jednostek antytoksyny. Pod wpływem tej mieszanki u królików występuje uodpornienie w ciągu 8—12 tygodni. Około 90% dzieci, którym wstrzykiwano 3 razy na tydzień 1 ccm mieszanki, miało po 3 miesiącach odczyn Schicka ujemny.

P. L. Violle. **Synteza kwasu hipurowego, jako probierz sprawności czynnościowej nerek.** Prawidłowo ilość kwasu hipurowego w moczu zależy ściśle od rodzaju pożywienia i waha się około 0,4 g na dobę. Po podaniu do wewnątrz 0,50 glikokolu oraz 50 g kwasu bedźwinowego, na skutek syntezy wydzielanie kwasu hipurowego zwiększa się znacznie — o 0,74 g — i u człowieka zdrowego dochodzi do 1.14 g w ciągu doby. Jeżeli w poszczególnym przypadku po zastosowaniu glikokolu i kwasu bedźwinowego wydzielanie kwasu hipurowego pozostaje na niskim poziomie, np. 0·5 g, fakt ten jest najprawdopodobniej następstwem śródmiąższowego schorzenia nerek. Zaburzenia wątrobowe bez udziału nerek nie wywołują żadnej zmiany w syntezie kwasu hipurowego. Powyższa próba między innemi wskazuje, że »hipertenzje« tętnicze są ściśle zespolone ze stanem czynnościowym nerek.

Miss A. Hartwell. **Szkodliwy wpływ nadmiaru białka w pożywieniu na wydzielanie mleka.** Podług ogólnej opinji, większa ilość białka w pożywieniu karmiących jest ważnym czynnikiem odżywczej wartości mleka. Tymczasem doświadczenia autorki na szczurach nasuwają wręcz przeciwne wnioski. Nadmiar kazeinogenu w pożywieniu matek wywoływał u młodych szczurów, karmionych piersią, cały szereg ciężkich, przeważnie śmiertelnych zaburzeń. Po pierwszych kilkunastu dniach prawidłowego stanu występował okres pobudzenia, któremu towarzyszyły kurcze mięśniowe, a następnie okres wyczerpania i wycieńczenia, kończący się śmiercią. Przy badaniu pośmiertnem stwierdzano brak wszelkiej treści w żołądku i jelitach, których ściany były nieco cieńsze. W doświadczeniach tych, oprócz kazeinogenu, stosowano jaja, białko surowicze, gelatynę, gluten, mięso suszone rybie i wołowe, — prawie z tym samym wynikiem. Niewielka ilość szczurów, które zdołały przetrwać okres ssania, ginęły w kilka dni po odłączeniu od piersi. Stan zdrowia matek był zupełnie dobry. Wobec tych doświadczeń nasuwa się pytanie, czy zaburzenia przemiany materji oraz układu nerwowego, spostrzegane tak często u osesków, nie mają swego źródła w nadmiarze białka w pożywieniu matek? *K. Rozenfeld* (Częstochowa).

Czasopisma archiwalne.

Patologja eksperymentalna i ogólna.

The Journal of Experimental Medicine.

T. XXXIV. N. 1. (Lipiec 1921).

Olitsky, K. Peter i Gates, L. Frederick. **Eksperymentalne studja nad wydzielinami nosowogardzielowemi chorych na grypę.** *V. Bacterium pneumosintes.* Autorzy opisują spostrzegania nad zmniejszaniem się odporności tkanki płucnej pod wpływem beztlenowcowego organizmu, przechodzącego przez filtr, otrzymanego z nosowogardzielowych wydzielin chorych na influenzę. Podczas szeregu doświadczeń na zwierzętach z tymże organizmem autorzy stwierdzili zakażenie płuc zwykłemi drobnoustrojami. Doświadczenia te wykazały także, że płuca zwierząt zakażonych przez *bacterium pneumosintes* są mniej odporne na zakażenie zwykłemi drobnoustrojami, aniżeli płuca niezakażone. Wykazanie tego faktu wskazuje na podobieństwo pogrypowych zapaleń płuc u człowieka wywołane przez podobne organizmy.

Spostrzeżenia tych autorów dowodzą, wreszcie, tożsamości *bacterium pneumosintes* z drobnoustrojem otrzymanym z wydzielin nosowogardzielowych chorych na nagminną grypę we wczesnym jej okresie.

Stuart Mudd, Alfred Goldman i Samuel B. Grant. **Oddziaływania jamy nosowej na ochładzanie powierzchni ciała. I. Oddziaływania naczyniowo-ruchowe.**

Autorzy wykazali w licznych doświadczeniach, że ochładzanie powierzchni ciała powoduje spadek ciepłoty powierzchni błony śluzowej nosa, dochodzący w kilku przypadkach do 6° C., odruchowy skurcz naczyń i zmniejszenie dopływu krwi. Po ubraniu się następuje szybko częściowe wyrównanie dopływu krwi. Zastosowanie drutów wewnątrz jamy nosowej wywoływało zwykle wydzielanie czystego śluzu czasami także łzawienie i kichanie. Śluzotok ten występował bez względu na zmniejszony dopływ krwi i skurcz błony śluzowej w następstwie ochłodzenia powierzchni ciała.

Wydzielanie z nosa było bardzo rzadkiem zjawiskiem w doświadczeniach, w których błony śluzowej bezpośrednio nie drażniono.

Ciepłota powierzchni błony śluzowej nosowogardzielowej również wykazywała spadek o 1—2° po ochłodzeniu powierzchni ciała. Spadek ten był również następstwem odruchowego zwężenia naczyń i niedokrwienia. Przy odziewaniu następuje szybki powrót do normy, lecz tu także wyrównanie dopływu krwi w większości przypadków było niezupełne przez czas trwania doświadczenia.

Granica odruchu naczyniowo-skurczowego na działanie zimna błon śluzowych jamy nosowej, przestrzeni nosogardłowej, migdałów, jamy ustnogardzielowej, podniebienia i odu

chu skóry tułowia okazał się niższym od granicy tegoż odruchu skóry na czole. Rozbieranie osobnika ciepło odzianego w pokoju, w ciepłocie nieco niższej od prawidłowej, było wystarczające dla wywołania wyraźnego skurczu naczyń w pierwszej grupie, a tylko nieznacznego lub nawet żadnego na czole.

Rous, Peyton, i Mc. Master, D. Philip. — **O czynności zagęszczającej treść pęcherzyka żółciowego.** Zagęszczenie barwików w żółci przy jej zastoju, zebranej po podwiązaniu wspólnego przewodu, wskazuje, że pewna część układu przewodowego żółciowego posiada zdolności zagęszczania, mające duże znaczenie dla procesów chorobowych.

Autorzy wykonali szereg doświadczeń na psach, u których wspólny przewód powstaje ze zlania się trzech albo więcej głównych gałązek przewodów wątrobowych. Zapomocą odpowiednio nałożonych podwiązek zbierali oddzielnie próbki żółci, reszcie zaś pozwalali spływać do pęcherzyka żółciowego. Przez powyższe doświadczenia stwierdzili, że żółć pochodząca z różnych części wątroby psa zawiera zawsze tę samą ilość barwika w 1 ccm. Oznaczywszy stężenie barwikowe z próbki zbieranej przez cały czas trwania doświadczenia z jednej z gałązek wątrobowych, używali go do oznaczania zagęszczenia żółci w pęcherzyku żółciowym. Stwierdzili w ten sposób, że pęcherzyk żółciowy, opróżniony na początku doświadczenia i napełniający się żółcią dopływającą z wątroby, zagęszczał 49.8 ccm. żółci, która dopłynęła w ciągu $22^1/_2$ godziny, do 4.6 ccm., czyli zmniejszył masę 10.8 razy; drugi pęcherz napełniony żółcią o znanem stężeniu, otrzymujący w dodatku świeży dopływ żółci z wątroby, zagęszczał tę wydzielinę 8.9 razy w 22 godzinach. Pięć wypróżnionych pęcherzyków żółciowych zagęszczało dopływową żółć w ciągu 24 godzin przeciętnie 7.1 razy, a 6 narządów napełnionych żółcią nieco więcej niż 6.4 razy. Warunki w obu przypadkach były, względnie niekorzystne dla wessania płynu z żółci, które odbywa się drogą osmozy i przenikania aż do zagęszczenia krwi (stężenie cząsteczkowe żółci nie przewyższa nigdy stężenia cząsteczkowego krwi). O szybkości wsysania płynu przez ścianę pęcherza można wnosić z kilku doświadczeń, w których autorzy zbierali żółć z pęcherzyka zapomocą dużej kanjuli przymocowanej do jego dna. Przez samo tylko przejście przez pęcherzyk żółć została zagęszczona 2.3 do 4.8 razy. Wreszcie wykazali ci autorzy, że przewody żółciowe nie wchłaniają płynu z żółci, lecz ją rozcieńczają.

Rous, Peyton i Mc Master, D. Philip. **O fizjologicznych przyczynach różnego wyglądu żółci zastoinowej.** Płyn spotykany przy operacjach w zatkanych przewodach żółciowych u ludzi posiada rożny charakter. Nawet w przypadkach wolnych od zakażenia spotyka się wszystkie odcienie od czarnego, smołowatego aż do wodnistej, bezbarwnej, białej żółci, która długi czas zastanawiała chirurgów. Przyczyny tej różnorodności nie są bezpośrednio widoczne w przypadkach klinicznych, a to z powodu licznych czynników wikłających to zjawisko, a nadających każdemu z przypadków osobnicze piętno. Według autorów, daje się to jednak bardzo łatwo wyjaśnić doświadczalnie. Różne, a w szczególności przeciwne czynności pęcherzyka żółciowego i przewodów, są w pierwszym rzędzie odpowiedzialne, oprócz zakażenia, za zmienny charakter żółci zastoinowej. W doświadczeniach na zwierzętach zamykali autorzy przewody żółciowe przez ich zaciskanie, przecinanie o ile możności wraz z wycięciem kawałka przewodu, a w trudnych miejscach, przez nakładanie szeregu podwiązek. Zamykali każdy większy przewód naprzemian w związku z pęcherzykiem żółciowym, lub oddzielnie, z całkowitem zamknięciem przewodu, lub tylko miejscowem. W ten sposób wykazywali oni, czy dany przewód ma specjalne czynności, czy też nie. Doświadczenia te wykazały, że pęcherz żółciowy i przewody wywierają wprost przeciwne działanie na żółć. Pęcherzyk żółciowy i zagęszcza żółć i zaprawia ją śluzem, podczas gdy przewody rozcieńczają ją nieco własną wydzieliną, która jest bezbarwną i nie zawiera żółcianów nawet w tych przypadkach, kiedy organizm dotknięty jest silną żółtaczką. Płyn ten można łatwo zebrać do woreczka gumowego, połączonego z wyosobnionym odcinkiem kanalika. Płyn ten, wydzielający się nawet mimo znacznego ciśnienia, jest jasny, prawie wodnisty, wolny od cholesteryny i posiada niski ciężar właściwy. W zamkniętych kanalikach, oddzielonych od pęcherza, lub też w związku z nim, ale już patologicznie zmienionym do tego stopnia, że zatracił zdolność zagęszczania, płyn ten zajmuje stopniowo miejsce żółci, początkowo w nich zamkniętej. Jest to tak zwana «biała żółć« chirurgów. Kiedy jednak zamknięty kanalik pozostawić w związku z prawidłowym pęcherzykiem, wtedy płyn zastoinowy jest zupełnie różny, a to dzięki czynności tegoż pęcherzyka. Początkowo nagromadza się tam prawdziwa żółć, bardzo zgęszczona przez utratę płynu poprzez ścianki pęcherza, ciemniała w następstwie zmian barwikowych i zgęszczona śluzem pęcherza. Z czasem wydzielina kanalika miesza się ze smołowatą treścią i stopniowo ją zastępuje. Najwyższe zagęszczenie żółci, sądząc po zawartości barwików, występuje jedynie po 1 — 2 dniowym zastoju. Różne wpływy, wywierane przez kanaliki, pęcherz na żółć, mają duże znaczenie w powstawaniu kamieni i ich klinicznych objawach. Zagęszczająca czynność pęcherzyka jest potężnym czynnikiem w tworzeniu się kamieni. Perjodyczny zastój żółci jest, przypuszczalnie, główną, usposabiającą przyczyną kamicy żółciowej. Zastój bowiem żółci daje powód do jej nadmiernego zagęszczenia. W tych warunkach prawidłowy pęcherz żółciowy może być groźbą dla ustroju, dzięki jedynie swojej fizjologicznej czynności. U chorych ze skłonnością do powstawania kamieni, częste karmienie może zmniejszyć niebezpieczeństwo ich powstawania.

Theodor Thjötta, i O. T. Avery, **Studja nad żywieniem drobnoustrojów. Substancje niezbędne dla wzrostu hodowli drobnoustrojów hemofilnych.** — Badania nad wzrostem drobnoustrojów hemofilnych, których typem jest lasecznik influenzy, wykazały, że do wzrostu potrzebują one dwóch różnych i dających się oddzielić ciał. Oba znajdują się we krwi, ale obecność tylko jednego z nich jest niewystarczająca. Pierwsze z nich działa, zdaniem autorów, podobnie do witaminy i może być otrzymane z czerwonych ciałek krwi, z drożdży i komórek roślinnych. Jest mało odporne na wyższą ciepłotę i absorbuje się z roztworu przez pewne czynniki. Drugie ciało znajduje się również w czerwonych ciałkach krwi, jest odporne na ciepłotę i działa w minimalnych ilościach.

André Gratia. **Studja nad zjawiskiem d' Hérelle'a.** Przed trzema laty stwierdził d' Hérelle, że stolce ozdrowieńców po lasecznikowej czerwonce zawierają ciała, przechodzące przez sączek, a mające zdolności rozpuszczania hodowli laseczników Shigi. Kilka kropli rozpuszczonej w ten sposób hodowli wywołuje to samo zjawisko po dodaniu ich do świeżej hodowli i td. w nieskończoność. Własności rozpuszczania nie tylko nie zmniejszają się przez rozcieńczenie, ale przeciwnie potęgują się i działają nawet po kilku latach. Te czynności rozpuszczające przypisywał d'Hérelle przypuszczalnemu zarazkowi pasorzytującemu na lasecznikach Shigi i nazwał go bakterjofagiem. D' Hérelle odkrył podobne bakterjofagi dla lasecznika okrężnicy, duru, nibyduru A i B, i kilku innych. Inni badacze, jak Bordet i Ciuca, powątpiewają o pasorzytniczej przyrodzie bakterjofagów. Autorzy ci spostrzegali, że hodowla lasecznika okrężnicy, raz rozpuszczona, a następnie przesączona, jest zdolną rozpuścić inną hodowlę lasecznika okrężnicy, lub też zahamować jej wzrost w buljonie; lecz rozpuszczenie, ani zahamowanie wzrostu nie jest nigdy zupełne. Niektóre drobnoustroje opierają się rozpuszczeniu, i rozmnażają się dalej, jakkolwiek znacznie wolniej. Drobnoustroje te posiadają pewne cechy: opierają się rozpuszczeniu ale same nabywają własności rozpuszczania i są zdolne rozpuścić hodowlę normalnego lasecznika okrężnicy. Zaszczepione na agarze wyrastają w gęstą hodowlę; są bardziej jadowite od prawidłowej hodowli, z której pochodzą i zachowują wszystkie te własności, nawet po przejściu przez zwierzęta. Stąd Bordet i Ciuca uważają to zjawisko za objaw przekazywania zdolności samorozpuszczania drobnoustroju z pokolenia na pokolenie. Zjawisko to ma olbrzymie znaczenie nie tylko ze względu na wyjaśnienie sprawy rozpuszczania lecz także ze względu na to, że tłumaczy nam zjawianie się nowych ras, dziedziczenie nabytych cech, oraz przyrodę jadowitości. André Gratia bada warunki, wśród których to zjawisko najwybitniej występuje,

i stara się wyjaśnić jego przyrodę. I tak stwierdził on, że zahamowanie wzrostu lasecznika okrężnicy przez czynnik rozpuszczający jest w znacznej mierze zależne od oddziaływania środowiska: jest słabem w lekko kwaśnym, obojętnym, albo nawet lekko zasadowym buljonie, a znacznie silniejszem w bardziej zasadowem środowisku. Stosując nieco odmienną technikę, autor otrzymuje ostatecznie wyniki podobne, jak Bordet i Ciuca. *E. Leyko.* (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Archives of internal médicine.
Czerwiec 1921.

Williams. **Niebiałkowe azotowe składniki krwi we wzmożonem ciśnieniu tętniczem.** Autor, stosując współczesne sposoby badania nerek, określał u 55 chorych, dotkniętych wzmożonem ciśnieniem tętniczem, niebiałkowe składniki azotowe we krwi. Azot mocznika określany był sposobem Marschalla ze zmianami Pan Styke i Cullena, niebiałkowy według nowych sposobów Folina i Wu. Do pierwszej grupy autor zaliczył 36 chorych z nieznacznymi klinicznymi objawami zapalenia nerek. W drugiej (19 chorych) zmiany nerkowe były znaczniejsze (większa ilość białka, wałków), dlatego też krew zawierała więcej azotu wskutek ciał zużytych. Ogólna ilość azotu u chorych grupy drugiej była wyższa o kilka miligramów. Przeciętna ilość azotu kwasu moczowego w grupie drugiej była prawie 2 razy wyższą od pierwszej. Całkowity azot niebiałkowy zwiększony był o 65%, mocznikowy o 42%.

Gdy wzmożone ciśnienie nie było powikłane chorobą nerek lub niedomogą sercową, nie było wtedy objawów czynnościowej niedostateczności nerek. Niedomoga sercowa z przekrwieniem biernem nerek prowadziła do umiarkowanego zatrzymania azotu niebiałkowego we krwi. Wysokość ciśnienia była niezależną od ilości związków azotowych niebiałkowych we krwi.

Autor wnioskuje, iż w razie wzmożenia krwi tętniczego z prawidłową ilością niebiałkowych składników azotu i prawidłową czynnością wydzielniczą nerek wyłączyć należy rozpoznanie przewlekłego zapalenia nerek. *J. Drac* (Warszawa).

Heart.
Vol. VIII. Nr 1. 1921.

H. S. Feil i M. D. Gilder. **Miarowość przy częstoskurczu napadowym.** Pomiary elektrokardjograficzne przestanków między skurczami komór okazują dość znaczną miarowość (największe różnice od 0.0071 do 0.0358 sek., zwykle niższe, niż 0.0099) i to bez względu na punkt wyjścia (komorowy czy przedsionkowy) częstoskurczu.

H. S. Feil i M, D. Gilder. **Porównanie tętna w schorzeniach tętnicy głównej, wyczutego ręką i zapisanego graficznie.** Corrigan pierwszy ustalił cechy tętna »aortalnego«: 1. nagły wzrost fali, 2. drżenie pod palcami i 3. wzrost tętnienia po podniesieniu ramion do góry. Autorzy przedsięwzięli szereg ścisłych badań graficznych zapomocą optycznych pisaków Franka, jako, zdaniem autorów, jedynie ściśle tętno zapisujących, i porównywali wyniki z odpowiedniemi wrażeniami czuciowemi, zgłoszonemi przed zapisywaniem. Okazało się, że tętn »aortalnych« jest kilka: 1. z nagłym wzrostem fali, 2. z obecnością dwóch równych wierzchołków (*p. bisferiens*) lub nierównych (drugi większy, *p. anacrotus*), 3. z obecnością małych szybkich drgań, wywołujących wrażenie krótkiego drżenia pod palcem. Wszystko to można wyczuć palcem. Tętno anakrotyczne daje złudny obraz powoli wzrastającej fali, gdyż ręka odnosi powolny wzrost do chwili osiągnięcia drugiej fali, podczas gdy w rzeczywistości wzrost fali pierwszej jest bardzo szybki. Tętno dwuwznoszące się (*bisferiens*) odczuwa ręka wtedy, gdy wierzchołki są wyraźne i odgraniczone przerwą conajmniej 0.12 sekundy. Ciśnienie przy tych sprawach szybciej niż zwykle spada, poza tem nie można stwierdzić szybkiego spadku tętna przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej, uważanego za cechę charakterystyczną.

Alan N. Drury. **»Arborization Block«.** Oppenheimer i Rothschild opisali w r. 1916 pod tą nazwą obraz następujący: zespół QRS (komorowy) znacznie powiększony, trwający dłużej, niż 0·1 sek. Fala R. miała garb, na wstępującem lub zstępującem ramieniu załamanie. Autorzy przypisali te objawy elektryczne blokowi najdelikatniejszych włókien Purkinjego, rozchodzących się drzewiasto od obydwu gałęzi wiązki Hisa (stąd nazwa »arborization block«), gdyż na stole sekcyjnym znaleziono miażdżycę przedniej zstępującej gałęzi lewej tętnicy wieńcowej i plamkowate ogniska zwyrodnienia w ścianie mięśniowej lewej komory. Ci sami autorowie przytoczyli jeszcze 62 podobnych przykładów zejścia się objawów elektrycznych i anatomicznych, co utwierdziło ich w ustaleniu osobnej jednostki chorobowej. Podobnie Carter, Willins, Neuhof i Wedd. Historja chorego, przez Drury'ego spostrzeganego, przeczy jednak bezwzględnemu ustaleniu takiego zespołu chorobowego. Autoptycznie znalazł zupełnie podobne zmiany z opisanemi przez R. i O., miażdżycę gałązki tętniczej przedniej zstępującej lewej tętnicy wieńcowej i rozległe zwyrodnienie w ścianie lewej komory. Klinicznie spostrzegano naprzód kilka lewokomorowych skurczów dodatkowych, przed zgonem zaś trzepotanie i blok 2:1. Żadnych zaś szczególnych objawów w zespole QRS nie było.

E. J. Starling. **Wpływ nerwu błędnego na blok sercowy.** U chorego, którego flebogram wykazywał zwiększony przestanek a—c, od czasu do czasu wypada kilka skurczów komory, temu towarzyszy lekkie osłabienie ogólne a czasem nawet i drgawki. Okazało się, że czynność połykania wywoływała wstrzymanie skurczów komorowych na 3—4 sekundy. Atropina napady te usunęła, można więc przypuścić działanie nerwu błędnego. Później nastąpił już zupełny blok: przedsionek wykazywał 110—72; komora 48—38 uderzeń. Atropina już bloku nie zniosła, podniosła tylko ilość uderzeń przedsionka z 72—95. Zdaje się, że pęczek przedsionkowo-komorowy został już zupełnie zniszczony, że przedtem jednak części były całe (aż do chwili ataku niezwiększony przestanek a—c) a częściowy blok polegał tylko na działaniu nerwu błędnego. *Ziemilski* (Lwów).

Archives des maladies de l'appareil digestiv et de la nutrition.
1921. Nr. 4.

Bastet i Uhlrich. **O zeszyciu żołądkowo-jelitowem w leczeniu nagłem wrzodu dziurawiącego żołądka i dwunastnicy.** Autorzy przytaczają dane statystyczne, odnoszące się do operacji przy przedziurawieniu żołądka wskutek wrzodu za pomocą tylko zaszycia i zeszycia z połączeniem żołądkowo-jelitowem. Odsetek nieliczny przemawia za gastroenterostomją. Spostrzeżenia pooperacyjne, sprawdzone prześwietlaniem, nie zawsze wykazują sprawność otworu między żołądkiem i jelitem; operowani jednak czują się zupełnie dobrze. Zabezpieczenie miejsca chorego od działania soku żołądkowego okazało się złudnem, szczególnie przy wrzodzie dwunastnicy. Wykonując jednocześnie ze zeszyciem gastroenterostomję, należy obawiać się przeniesienia zakażenia. Kotzareff zaleca przed operacją nakłucie próbne w okolicy nadbrzusza, celem badania drobnowidowego i przeprowadzenia hodowli na pożywkach. Lecène radzi badanie płynu otrzewnego w celu zastosowania leczenia szczepionkami lub surowicą. Balfour stosował z dobrym wynikiem zeszycie po uprzedniem przyżeganiu miejsca owrzodzenia. Zależnie od rozległości przedziurawienia i wrzodu, od uruchomienia miejsca uszkodzenia żołądka lub dwunastnicy, można stosować samo zeszycie lub połączone z gastroenterostomją bezpośrednią, wycięcie obrączkowe lub siodłowate, albo też wycięcie odźwiernika. Autorzy zalecają stosować zwykle tylko zeszycie miejsca przedziurawienia, obserwowanie operowanych w ciągu szeregu miesięcy klinicznie i prześwietlanie, w razie potrzeby stosować gastroenterostomję dodatkowo. Przy przedziurawieniu żołądka zdala od odźwiernika wystarcza tylko zeszycie.

Bouchut, Mazel i Devuns. **Dwa przypadki chłoniaków jelita.** Autorzy przytaczają dwa przypadki chłoniaków w jelicie cienkiem, przedstawiających się pod postacią plamek lub guzków wielkości główki szpilki lub ziarnka grochu, o zawartości blado-żółtej jednolitej, a powstałych wskutek zapalenia zacieśniającego błony wewnętrznej naczynia chłonnego (*endolymphytis obliterans*), stwierdzonych na sekcji: jeden u starca 70 l., u którego była miażdżyca i przypuszczenie przebytej kiły, przypadek podobny do przytaczanych

przez Letulle'a i Natan-Larrier'a; drugi u kobiety 24 l., zmarłej na gruźlicę płuc z nieznacznem uszkodzeniem tychże, gdzie nie było kiły ani miażdżycy.

Klippel i Weil. **Napady wiądowate wrzodu żołądka i wrzekome krwotoki wiądowe.** Wrzód żołądka może przebiegać z objawami podobnemi do wiądu rdzenia. W przypadkach, gdzie objawy kliniczne przemawiały za wiądem rdzenia, stwierdzono na sekcji wrzód żołądka i nietknięte sznurki tylne rdzenia. Krwotoki żołądka przy wiądzie rdzenia, występują podczas bardzo bolesnych napadów, poprzedzone wymiotami pokarmowemi i żółciowemi, nie obfite, zawierają krew czarną, czasami tylko pasemka krwawe. Wrzekome krwotoki wiądowe są obfite, często karminowe, niezależne od napadów bolu, pociągają za sobą pogorszenie ogólnego stanu chorego.

Moutier i Girault. **Anatomja patologiczna raka jelita zstępującego.** Artykuł nie nadaje się do streszczenia.

Radoszewska (Warszawa),

Gruźlica.

Zeitschrift für Tuberkulose.

T. 35. Zeszyt 1.

A. v. Wassermann. **Odporność przy gruźlicy.** Obok lasecznika Kocha odgrywa w patogenezie choroby pierwszorzędną rolę tkanka gruźlicza; zmiany tkankowe, tworzące się wkoło laseczników, są objawami obrony. Od charakteru i czynności tych tkanek zależy, czy zarażenie gruźlicą kończy się klinicznem wyleczeniem, czy też nie. Dopóki nie mamy środka do zabicia laseczników w ustroju, dopóty większe znaczenie ma, w sensie leczniczym, badanie tkanki gruźliczej, aniżeli lasecznika Kocha. Nie mamy środków oddziaływania na pasorzyta, mamy natomiast takie, które wpływają na tkankę. Takim środkiem jest tuberkulina, działająca, dzięki stanowi nadczułości, na tkanki. Istnieje stan wzmożonej odporności na zarażenie gruźlicze, zależny od nadwrażliwości na laseczniki Kocha, żyjące w ustroju ludzkim (choćby w ilości najmniejszej). Ten stan zastępuje praktycznie odporność prawdziwą dopóty, dopóki istniejące ognisko jest w swem dążeniu szerzenia się powstrzymywane przez siły komórkowe i sokowe ustroju. Jest to stan tak zwanej «*labile Immunitaet*». Trwałość tego stanu zależy od swoistych własności tkanek: zmienionych i niezmienionych gruźliczo.

F. Neufeld. **O odporności przeciw gruźlicy.** Ocena różnych metod stosowania środków swoistych. Metodzie Wrighta odmawia wartości zarówno teoretycznej, jak i praktycznej. Podobny sąd wydaje o partigenach Deyke-Mucha. Nadczułość i odporność swoistą można wywołać zarówno przy pomocy żywych, jak i zabitych laseczników, ale ostatnie dają wynik słaby i niestały. Druzgocąca krytyka metody Friedmanna. Wszelkie sposoby sztucznego uodporniania przeciw gruźlicy mogą doprowadzić jedynie do stanu odporności względnej i szybko przemijającej, albowiem innej nie bywa przy gruźlicy. Kto dąży do wywołania przeciw gruźlicy takiej odporności, jaką mamy przy ospie, ten szuka rzeczy nieistniejącej.

Th. Landgraf. **Przyczynek do patologji gruźlicy opłucnej.** Do zapalenia opłucnej surowiczego przyłączyło się w dwu przypadkach, postępujące wrzodziejące ropno-serowate zapalenie opłucnej.

F. Kellner. **Wady serca i gruźlica płuc.** 1. Rzadko widujemy współistnienie wad zastawki dwudzielnej i gruźlicy płuc. 2. Kiedy jednak ta wada nie powoduje przekrwienia zastoinowego w płucach, wtedy, jak i przy wadach ujścia tętnicy głównej, może dojść do rozwoju gruźlicy. 3. Szczególnie dodatniego wpływu na przebieg istniejącej gruźlicy w płucach nie wywiera powstanie zmian zastawki dwudzielnej.

Referaty. Sprawozdanie z działalności szkół zawodowych i sanatorjów dla dzieci gruźliczych w Hohenlichen w roku 1920-tym.

T. 35. Zeszyt 2.

H. Hollaender. **Przyczynek do immuno-patologji i immuno-terapji gruźlicy.** Domniemalny przebieg sprawy uodporniającej: Fagocytoza laseczników. Aglutyniny fagocytów rozpuszczają powłokę lasecznika i uwalniają jego część składową białkową, endotoksynę, która ma powinowactwo do komórek skóry. Wówczas komórki skóry wytwarzają lizyny, o własnościach proteolitycznych; lizyny tworzą z endotoksyny rozpuszczalną egzotoksynę, mającą powinowactwo do komórek pochodzących z mezenchymy. Podrażnienie przez egzotoksyny pobudza te komórki do wytwarzania precypityn, te, rozkładają egzotoksyny, tworząc anafilotoksyny, które ustrój z siebie wydala.

Na takich przesłankach zbudował autor swoją metodę leczenia gruźlicy swoistą szczepionką

F. Jessen. **Znaczenie promieni Roentgena przy rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy płuc.** Autor przypisuje wielką wartość rozpoznawczą promieniom Roentgena. Leczenie temi promieniami wolno stosować bardzo ostrożnie i jedynie przy znajomości bardzo dokładnej przebiegu gruźlicy płuc i jej różnorodnych pos:aci.

C. Moewe. **Dalsze doświadczenia ze środkiem Friedmanna.** 33-ech chorych z gruźlicą czynną leczonych tym środkiem nie przekonało autora o dodatnim wpływie tego leku. Przy istnieniu ognisk nieco rozleglejszych środek może zaszkodzić.

A. Winkler. **Podstawy anatomo-patologiczne gruźlicy płuc w jej związku z chemoterapją.** Budowa guzków gruźliczych utrudnia działanie środków lekarskich etjotropowych; niektóre środki lekarskie mogą jednak wpłynąć na przebieg spraw patologicznych, drogą uboczną wywrzeć wpływ leczniczy.

S. Sterling. (Łódź).

Choroby dzieci.

Jahrbuch für Kinderheilkunde.

T. 96. Z. 5. 1921.

E. Schiff i E. Stransky. **Szczególności w chemicznym składzie mózgu niemowlęcego. Lipoidy.**

Zahn. **Doświadczenia nad odżywianiem u psa z przetoką.** U psa zdrowego z przetoką dwunastnicy nie było w wydzielaniu żadnych różnic tak po mleku krowiem pełnem, jak po maślance lub mleku chudem. U chorego zaś np. po udarze z gorąca, kiedyto zawartość kwasu solnego w żołądku znacznie malała, wylewanie się pełnego mleka, chudego lub zobojętnionej maślanki było bardzo szybkie, natomniast kwaśnej maślanki lub zakwaszonego kwasem mlekowym mleka chudego było zupełnie prawidłowe. Zawartość kwasu mlekowego w maślance jest w podobnych patologicznych warunkach (przetoka) dla trawienia żołądkowo-jelitowego pełna znaczenia. Ciała wyciągowe, pobudzające chemiczne wydzielanie żołądka, znajdują się także w niemieckiem, pełnem, mleku sproszkowanem w dostatecznej ilości. Wyciąg słodowy nie zawiera podobnych ciał wyciągowych. Dodatek plasmonu do półmleka, lub wyciągu z marchwi, wywiera na tok trawienia w żołądku jednakowe działanie. Zapewne w obydwóch tych składnikach są podobne ciała wyciągowe.

J. Schoedel. **Laseczniki błonicze w nosie noworodka i starszego oseska.** Pasorzytujące laseczniki błonicze w nosie noworodka i starszego oseska są częstem zjawiskiem, szczególniej u pozostających w lichych warunkach mieszkaniowych. Niewykluczone jest samozakażanie się, chociaż należy to do rzeczy rzadkich. Taksamo zakażanie się otoczenia. Roznosicieli prątków należy zwalczać, donoszenie jednak o nich urzędowi zdrowia jest niepotrzebne.

R. Spitzner. **Zapobieganie i leczenie roznosicieli laseczników błoniczych w wieku niemowlęcym.** Na oddziałach noworodków badać, czy niema roznosicieli i oddzielać ich. Autor doradza wkraplanie do nosa co 2 godz. po 5 cm.^{3} diphtosanu (1 : 5000). Jest to Flavicid podany przez Langera z rzędu barwików *acridinium*. Zażółca bieliznę, nietrujący. Po 8 dniach leczenia zazwyczaj prątki znikają.

H. Brüning. **W sprawie zakażania się gruźlicą u dzieci w prywatnej praktyce.** Wbrew temu, co bywa głoszone, stwierdza autor u dzieci przez siebie badanych i zgłaszanych, bynajmniej nie z powodu gruźlicy, 26% z dodatnim odczynem Pirqueta. Ilość badanych 350. Co się tyczy wieku, to każdy 16-ty osesek, każde 4-te dziecko w okresie zabawowym, i co 2-gie w wieku szkolnym przebyło zakażenie. Dzieci należały do warstwy dobrze się mającej.

Progulski (Lwów).

Monatsschrift für Kinderheilkunde.
T. XXI. Z. 2. 1921.

H a b e r k a m p. **O porażeniu oddechania w wieku niemowlęcym.** W i e s n e r wykonał szereg badań nad mózgami przy grypie i stwierdził obrzęk i silne przekrwienie tego narządu, przyczem największe zmiany z jednoczesnem uszkodzeniem komórek stwierdzał w jądrze nerwu błędnego. Autor spostrzegał przypadek, który uważa za objaśnienie do pracy W i e s n e r a. Dotyczył on niemowlęcia dziecka 3 miesięcznego, z ciepłotą 40°, które w ciągu 6—7 dni miało kilka razy dziennie kilka godzin trwające napady bez sinicy, podczas których utrzymywało się przy życiu za pomocą tlenu. Kilka razy przed napadem wystąpiły drgawki toniczne. Nakłucie lędźwiowe nie wykazało nic chorobowego, stopniowo nastąpiła poprawa i zupełne wyleczenie. Autor rozpoznaje grypę z podrażnieniem tej części jądra nerwu błędnego, która panuje nad ośrodkiem oddechowym i naczynioworuchowym. Gwałtowny skutek tego podrażnienia tłomaczy się szczególną wrażliwością tak młodego mózgu.

Amer. Journal of Diseases of Children.
T. 21. Nr. 2. 1921.

H. L e d f o r d. **250 przypadków zapalenia wsierdzia u dzieci.** Wbrew zdaniu wielu badaczy autor widział często, bo aż w $^1/_4$ przypadków (26%), zapalenie ostre wsierdzia u dzieci poniżej 5 lat, najwięcej przypadków — 48% 5—8 lat, 27% — na 8—13 lat. Najwięcej, aż 60% stało w związku z ostrym gośćcem stawów, 14% z pląsawicą, 12% z samem zapaleniem gardła, pozostałe zachorowania występowały w różnych innych sprawach zakaźnych. Zapalenie gardła stwierdzano często obok gośćca lub pląsawicy. Ciężkość przebiegu nie była proporcjonalna do ciężkości zmian gośćcowych, ani do liczby zajętych stawów. Prawie w połowie przypadków brak było skarg ze strony serca. Badanie krwi, które naogół rzadko wykonywa się w zapaleniu wsierdzia, wykazywało umiarkowaną leukocytozę: 14—24.000, niemającą znaczenia dla rokowania. Wiek dla rokowania przedstawia się tak, że śmiertelność u małych dzieci jest największa — u autora 30%, ale w przypadkach wyleczonych serce, im było młodsze, tem lepiej przystosowuje się do nowych warunków. Z obszernie omawianego leczenia podkreślić należy stosowanie kwasu salicylowego, niechęć do naparstnicy, o ile niema objawów niedomogi, oraz wykonywanie wycięcia migdałków, tam, gdzie migdałki są prawdopodobnie ogniskiem choroby; chorzy mają znosić dobrze zarówno zabieg, jak i uśpienie.

T. 22. Nr 2.

H e s s i U n g e r. **O sezonowych wahaniach w krzywicy.** Występowanie krzywicy zimą i wiosną tłomaczą niektórzy autorowie zmianą pożywienia, inni warunkami klimatycznymi. Spostrzegane przez autorów dzieci w ochronce zachorowywały na krzywicę bez wyraźnej zależności od rodzaju i sposobu przyrządzania mleka podawanego. Ponieważ świnki morskie zachorowują na gnilec, gdy dostają mleko krów żywionych sianem — autorowie żywili dzieci w zimie mlekiem suchem, otrzymanem w lecie, a więc od krów żywionych świeżą paszą. Dodać należy, że suszenie mleka nie pozbawia go własności potrzebnych do normalnego rozwoju dziecka. Z pomiędzy dzieci, tak żywionych, pewna ilość zachorowywała mimo to na krzywicę. Wtedy autorowie przystąpili do naświetlania tych dzieci promieniami Röntgena bez zmiany dyety i bez tranu: 3 razy na tydzień, całe ciało, 3—20 minut, lampa w odległości 120—75 cm. Już po kilku tygodniach następowała poprawa, potwierdzana za pomocą prześwietlania Röntgenem. Autorowie sądzą, że dowiedli w ten sposób przeważnego działania światła i słońca, a raczej ich braku w powstawaniu krzywicy. Niewiadomo czy promienie X działają bezpośrednio na nasady czy też drogą nieznanego czynnika na cały układ kostny. *M. Erlichówna* (Warszawa).

Chirurgja.
Journal d' Urologie.
T. XII. Nr. 3. (1921).

G i u s e p p e B o l o g n e s i. **Przeszczepiania jąder: wraz z tkanką nasieniorodną, oraz li tylko tkanki śródmiąższowej.** Poczynając od znanego doświadczenia B r o w n - S é q u a r d'a w roku 1889, liczne były doświadczenia, tyczące się przeszczepień jąder. U ludzi wykonali przeszczepienie jąder (również ludzkich) L e s p i n a s s e, M o r r i s, L y d s t o n, L i c h t e n s t e r n, L i s s m a n n, M a r i o t t i i inni z wynikiem dobrym, a mianowicie niezwłocznie po przeszczepieniu polepszał się stan ogólny, psychika, zjawiał się popęd płciowy, niekiedy zaś i możność spółkowania. Jak długo te objawy trwają — niewiadomo, albowiem większość przypadków była obserwowana dość krótko, kilka miesięcy zazwyczaj, lecz są przypadki (L y d s t o n), gdzie wpływ przeszczepienia był widocznym jeszcze w trzy lata po zabiegu. S t a n l e y i K e l l e r próbowali wszczepiać chorym jądra baranie z wynikiem mało zachęcającym — szczepy szybko zostawały wydalone z ustroju, wpływ na stan ogólny prawie żaden. Lepsze wyniki otrzymali ci autorowie wszczepiając jądra ludzkie: wpływ był wyraźny, aczkolwiek wszczep stopniowo ulegał zanikowi, zwłaszcza tkanka nasieniorodna. F a l c o n e w czterech przypadkach wszczepiał jądra baranie z wynikiem dodatnim. Na podstawie tych danych, wydaje się, że wszczep ulega pewnym zmianom wstecznym, mianowicie w części swej nasieniorodnej, natomiast tkanka śródmiąższowa ulega przerostowi i hyperplazji. O ile istnieją jeszcze względnie prawidłowe resztki jąder, zdają się one wywierać wpływ dodatni na wszczep. S t a n l e y i K e l l e r, F a l c o n e wyraźnie przypisują wyniki przeszczepienia działalności tkanki śródmiąższowej — pogląd zresztą podzielany przez większość badaczy na tem polu. V o r o n o f f na podstawie swych 120 przeszczepień u zwierząt (barany) również przyszedł do tego samego wniosku, aczkolwiek R e t t e r e r, który badał drobnowidowo powyższe wszczepy, stwierdził, że nabłonek ulega zmianom wstecznym i mniema, że właśnie ten nabłonek jest tkanką wydzielniczą. Przypisywanie tak powszechne wpływu przeszczepiania tkance śródmiąższowej jest tem dziwniejsze, że wszyscy autorowie wszczepiali mniejsze, lub większe cząstki jąder, lecz składające się zawsze z obydwu tkanek. Jednakże już D i a m a r e twierdził, że tkanka nasieniorodna jest też jedyną tkanką wydzielniczą, tkanka śródmiąższowa odgrywa tylko rolę rusztowania i rozrost jej w warunkach patologicznych jest zjawiskiem wtórnem, uwarunkowanem zanikiem komórek nasieniowych. Żeby doświadczalnie rozwiązać problemat, jaka tkanka jest czynną w sensie wydzielania wewnętrznego, należałoby wszczepić tylko tkankę śródmiąższową. Jest to możliwe, albowiem, jak wykazał autor, wycięcie przydatka i nasieniowodu powoduje zmiany w jądrze tak daleko idące, że niekiedy pozostaje tylko tkanka śródmiąższowa w stanie przerostu i hyperplazji, powstaje »*interstitialoma*«. S t e i n a c h wszczepiał zwierzętom trzebionym jądra kryptorchiczne, a więc bogate w tkankę śródmiąższową, B a r n a b e, jądra po uprzedniem wycięciu nasieniowodu, a więc również przeważnie »śródmiąższowe«, lecz przeszczepienia te nie mogły zniweczyć skutków trzebienia (zanik wtórnych cech płciowych, przerost przysadki). Badania te, aczkolwiek ciekawe, mają słabą stronę, albowiem wszczepy mogły zawierać jeszcze pewną ilość tkanki nasieniorodnej. Autor chcąc rozstrzygnąć kwestję przedsięwziął dwie kategorje doświadczeń (na psach, świnkach morskich i królikach). W pierwszej autor wszczepiał homologicznie cząstki jader prawidłowych, w drugiej cząstki jąder za pomocą zabiegu (wycięcia przydatku i nasieniowodu) zmienionych tak, że składały się tylko z tkanki śródmiąższowej, co sprawdzano każdorazowo badaniem drobnowidowem. Wyniki kategorji pierwszej doświadczeń: o ile wszczep się przyjmie (co najłatwiej ma miejsce w jamie brzusznej i otoczce wspólnej jądra), tkanka nasieniorodna ulega szybkiemu wchłonieniu, podczas gdy tkanka śródmiąższowa ulega przerostowi i hyperplazji, a następnie zmienia się w zbiorowiska komórek olbrzymich o licznych jądrach. Wyniki kategorji drugiej są rozstrzygające: wszczep zmienia się szybko w grudkę zwykłej tkanki łącznej włóknistej z domieszką, miejscami luźnej, niekiedy ziarninowej. Wszczepienie niema żadnego wpływu ani na ogólny stan zwierzęcia, ani na czynności płciowe, ani na stan jego jąder. W jednym przypadku autor wszczepił choremu na infantilismus jądro psa w stanie śródmiąższowego przerostu i również nie otrzymał żadnego wyniku. Ze swych

badań i spostrzeżeń wyciąga autor następujące wnioski: 1. przeszczepienie homologiczne jądra prawidłowego pociąga za sobą zanik tkanki nasieniorodnej i rozrost i przerost tkanki śródmiąższowej tego jądra; 2. przeszczepienie homologiczne jądra zmienionego za pomocą wycięcia przydatka i nasieniowodu w czasie przerostu śródmiąższowego (*interstitialoma*), o ile się przyjmie, powoduje zmianę wszczepu w zwykłą tkankę łączną i 3. podczas gdy wszczepienie całego lub części prawidłowego jądra oddziaływa na stan ogólny i czynność płciową wskutek wchłonienia się drogą chłonną wydzieliny — przeszczepienie tkanki, na którą zapatrywać się należy, jak na tkankę łączną — nie ma wpływu na czynność i pozostawia bez zmian zanik tkanki nasieniorodnej starego zwierzęcia, na którem dokonano przeszczepienia. *A. Wojciechowski.*

Stomatologja.

Revue de stomatologie.
Nr. 3. z 1921.

B e r c h e r. **Etjologja i leczenie wrzodziejących zapaleń jamy ustnej.** Autor nawiązuje do artykułu K r i c z e w s k i e g o i S e g u i n a (ogłoszonego w numerze 11. z r. 1920 Revue de stomatologie), w którym autorowie ci obszernie omawiają bakterjologję jamy ustnej i jej schorzenia, tudzież próby doświadczalne inokulacji hodowli, jak również wyniki leczenia arsenobenzolem. W przeciwstawieniu do tych autorów, którzy główny nacisk położyli na czynnik zakażający, zwraca B. uwagę, jako na czynnik pierwszorzędny, na podłoże, którego zmniejszenie odporności dopiero pozwala bakterjom rozwinąć swą szkodliwą działalność. Dla zrozumienia etjologji zapaleń jamy ustnej wrzodziejących najważniejszem jest studjum przyczyn, zmniejszających odporność śluzówki i umożliwiających przez to wtargnięcie drobnoustrojów. To zmniejszenie odporności może mieć źródło w następujących czynnikach:

1) stan ogólny: (choroba, wycieńczenie, zatrucie),
2) zakażenie śluzówki okołokoronowe w związku z wykluwaniem się zęba madrości,
3) zaburzenia odżywcze śluzówki, spowodowane przez przewlekłe podrażnienie zębodołów i zębów.

Dwie pierwsze przyczyny są ogólnie uznane: co się tyczy trzeciej, to autor stara się wykazać wpływ zaburzenia odżywczego odruchowego, opierając się na przypadkach klinicznych, z których dwa cytuje, i na analogji z zaburzeniami troficznemi skóry (wypadanie włosów, opryszczka). W pierwszym przypadku, u żołnierza 23- letniego, uporczywe zapalenie śluzówki dookoła siekaczy, kłów, dwuguzkowców, jak również dokoła prawego dolnego, zupełnie rozwiniętego zęba mądrości nieco przesuniętego i pochylonego dośrodkowo z powodu braku 7| i 6|. Leczenie miejscowe, polegające na zdjęciu kamienia i tuszowaniu błękitem metylenowym i neosalwarsanem w glicerynie nietylko było bez skutku, lecz nadto nastąpiło pogorszenie, przyczem zapalenie przeniosło się na górną część śluzówki. Ponieważ chory, nagryzając, doznawał bolu, wyjęto 8| bez skutku; stan się pogorszył i chory otrzymał wstrzyknięcie nowoarsenobenzolu:

12	10	1.	0·15
15	10	2.	0·15
18	10	3.	0·30
22	10	4.	0·30
25	10	5.	0·30
		razem	1·20

bez żadnego wyniku. Gdy autor spostrzegł ropienie około 8|, tudzież zaczerwienienie i wrzody na łuku przednim, wykonał ekstrakcję 8|, poczem w przeciągu 14 dni wszystkie wrzody zgoiły się i nastąpiło zupełne wyleczenie.

Drugi przypadek jest zupełnie podobny; z obu autor wysnuwa wniosek, że powodem zapalenia były zmiany dokoła zęba mądrości, a nie krętki.

Nr. 6. 1921. z 25/5 1921.
(ref. z Journ. de Méd. et de Chir. prat.)

F r e y i R u p p e. **Związki między »zatruciem ustnem« a chorobami ogólnemi.** Związki między zatruciem ustnem a schorzeniem ogólnem były i są jeszcze, zwłaszcza w Anglji i Ameryce, przedmiotem namiętnych dyskusji. Nie ulega wątpliwości istnienie posocznic pochodzenia ustnego z oznaczoną lokalizacją lub bez niej. Choroby zębów ostre, n. p. ropne zapalenie ozębnej, mogą pociągać za sobą takie następstwa, jak zapalenie żył lub wsierdzia, to ostatnie u chorych z sercem niezupełnie zdrowem. Schorzenia przewlekłe zębów uważane są przez pewnych autorów angielskich i amerykańskich za trwałe zagrożenie ustroju. Można je podzielić na trzy grupy. Pierwszą stanowią zmiany przewlekłe śluzówki, a mianowicie zapalenie i ropociek, bądźto z przyczyn ogólnych, bądźteż miejscowych, jak złe wypełnienia, korony źle dostosowane, osady kamienia. Po drugie: ropień wierzchołkowy, z przetoką lub bez niej, który na roentgenogramie daje wyjaśnienie dokoła wierzchołka; trzecią grupę stanowią przypadki, gdzie radiografja wykazuje w zębach z leczonemi kanałami ogniska jasne dookoła wierzchołków, podobne do obrazów ropni wierzchołkowych, lecz mniej rozległe. Te wszystkie schorzenia przewlekłe mogą spowodować cały szereg cierpień, tak n. p. stwierdzono w szpitaliku dla dzieci w Londynie w 52% przypadków zapalenia wsierdzia ropnie zębowe; drobnoustrojem działającym był *streptococcus viridans*. Jeżeli się więc przyjmie za udowodniony związek przyczynowy, to należy wyjąć każdy ząb z zapaleniem miazgi i unikać dewitalizacji. H u n t e r nazywa korony, zęby ćwiekowe i wypełnienia »złotemi pułapkami zakażenia« i potępia niemiłosiernie dentystykę zachowawczą. W nowojorskich klinikach szkolnych wyjmują wszystkie zęby ze zmianami miazgi, by uchronić zdrowie dzieci. Lecz to radykalne postępowanie ma też przeciwników. Że ropociek, ropnie z przetokami lub bez i pewne ziarniniaki są źródłem zakażenia i że należy organizm od nich uwolnić, nie ulega wątpliwości. Czy jednak tak samo należy oceniać te przypadki, przy których jedynem objawem jest pole jaśniejsze dookoła korzenia, widoczne na zdjęciu? Czy obraz ten nie przedstawia poprostu włóknistej tkanki bliznowatej? Niektórzy badacze amerykańscy udowodnili hodowlami zupełną jałowość tych ognisk, dlatego należy się wystrzegać krańcowego radykalizmu w wyjmowaniu zębów, dotkniętych głęboką próchnicą.

Wien. klin. Wochenschrift
Nr. 21. 1920 i Nr. 22. 1920.

P i c h l e r. **51 wstrzyknięć do zwoju Gassera.** Na podstawie kilkuletniego doświadczenia wojennego, objaśnionego szeregiem przypadków klinicznych, omawia autor wskazania i sposoby wstrzykiwań wyskokowych do zwoju G a s s e r a, przyczem przychodzi do następujących wyników: Wstrzyknięcie alkoholowe do zwoju G a s s e r a sprowadza prawie na pewne wyleczenie nerwobólu twarzowego. Zabieg nie jest łatwym ani prostym i wymaga wielkiej wprawy. Jestto zabieg ciężki i niepozbawiony niebezpieczeństw i nie powinien być wykonywany ambulatoryjnie. Należy go ograniczyć do przypadków, w których wszystkie inne środki zostały wyczerpane lub w których nie można już robić prób z powodu znacznej bolesności. Wstrzyknięcie alkoholowe jest w zasadzie zabiegiem konkurującym z wycięciem zwoju G a s s e r a, które może prawie zawsze zastąpić. Ewentualne przyczyny należy przedtem rozpoznać i usunąć; dlatego należy dokładnie zbadać jamę ustną, nosową i oczy, przyczem nie należy omieszkać użycia promieni Roentgena. Największem, czasem nie do uniknięcia niebezpieczeństwem, jest porażenne zapalenie rogówki; dlatego należy przed wstrzyknięciem zbadać dokładnie oczy. Drogi poprzeczna i ukośna od otworu owalnego są równowartościowe. Wstrzykiwania nowokainy do zwoju przed wstrzyknięciem wyskoku nie poleca się. Wstrzyknięcie należy wykonywać powoli i ostrożnie przy ciągłej kontroli wyniku. Już podczas wsuwania igły do otworu owalnego należy wstrzykiwać alkohol; wtedy można w pewnych granicach ograniczyć działanie do poszczególnych części nerwu trójdzielnego. Gałąź pierwszą należy, o ile jest sama niezajęta, oszczędzać, by uniknąć zapalenia rogówki. Dawka alkoholu jest bardzo zmienna, czasem nawet dochodzi do 10 a nawet 15 cm.

Wstrzyknięcia obwodowe, tudzież na podstawie czaszki, są bezcelowe, jeżeli jest zajętych kilka gałęzi; resekcji drugiej i trzeciej gałęzi, według K r ö n l e i n a, nie poleca się, gdyż utrudnia późniejsze wstrzyknięcie do zwoju.

Przy przedmiotowo udałem wstrzyknięciu, t. zn. jeżeli wystąpiło znieczulenie zupełne dotyczących gałęzi, pozostały wszystkie przypadki autora bez nawrotu (najdłuższy czas spostrzegania $4^1/_2$ roku). Równie przy wyniku wstrzyknięcia przedmiotowo niedostatecznym udało się w największej liczbie przypadków usunąć ból na dłuższy przeciąg czasu. Wstrzykiwania można powtarzać. Czasem konieczne są do uzyskania dobrego wyniku wstrzyknięcia powtórne. Doświadczenia kliniczne przemawiają zatem, iż nerwoból twarzowy polega na patologicznych zmianach nerwu, posuwających się od obwodu do środka, co objawia się też w tem, że działanie nowokainy jest tutaj podobnie jak w innych zmianach nerwu, odmienne od prawidłowego. *Allerhand* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Dermatologische Wochenschrift.

T. 73. Nr. 37. 1921.

O e l z e. **O wziernikowaniu pęcherza i moczowodów.**

D e u s s e n. **Kubebiec lekarski.** (Kubeben und Kubebenextrakt).

B u r c k a s. **O leczeniu wiewióra szczepionką własną.** Przebieg wiewióra zależy od biologji szczepów dwoinek, które dostały się do ustroju. Szczepy są mniej lub więcej jadowite i od stopnia ich jadowitości zależy przebieg kliniczny wiewióra. Wiewiór nie jest chorobą miejscową, ale ogólną a surowica tworzy pod wpływem wiewióra substancje dające się serologicznie wykazać. Autowakcyna jest skuteczna, ale w połączeniu z leczeniem miejscowem. Wstrzykiwania autowakcyn odbywają się śródmięśniowo co 3—6 dni, początkowo 20—25 milionów zarazków do 150—200 milionów zarazków.

K l o e p p e l. **Ropień wiewiórowy w mięśniu piszczelowym przednim.**

R i l l e. **Fryderykowi Schaudinowi przy sposobności 50-cio letniej rocznicy urodzin (1871 † 1906).**

T. 73. Nr. 38. 1921.

F l e h m e. **Przypadek liszaja czerwonego pęcherzycowatego z zajęciem błon śluzowych.** Obecność pęcherzy przy liszaju czerwonym płaskim na skórze opisali K a p o s i, L a v e r g n e, R o n a, F i n g e r itd. W przypadku F l e h m e g o pojawiły się pęcherze na błonach śluzowych warg sromowych.

W e r t h e i m. **O leczeniu trądzika olejowego lampą rtęciową.** Autor stosował na klinice prof. E h r m a n n a z zadawalającym skutkiem leczenie lampą rtęciową przy trądziku olejowym.

S c h u m a c h e r. **Jak wyjaśnić działanie mieszaniny Linserowskiej.** S c h u m a c h e r tłumaczy histochemiczne działanie mieszaniny L i n s e r a w ten sposób, że z sublimatu wydzielają się wolne jony rtęci — za czem przemawia *stomatitis mercurialis* — a salvarsan łączy się z kwasem nukleinowym jąder komórkowych, co w doświadczeniu stwierdził.

Mierzecki (Lwów).

Nr. 45. 1921.

R. W a g n e r. **Leczenie wiewióra szczepionkami własnemi (autowakcyną).** Autor podaje wyniki leczenia 10 przypadków wiewióra autowakcynami. Wstrzyknięcia stosował śródmiąższowo, zaczynając od 30 miljonów zarazków w jednej dawce, dochodząc stopniowo do 200 miljonów. Wyniki były w 9 przypadkach bardzo dobre. W 2 przypadkach nastąpiło zupełne wyleczenie powikłanych przypadków wiewióra pod wpływem leczenia wyłącznie szczepionkami. U 7-miu chorych stosowanie szczepionki znacznie przyśpieszyło przebieg choroby i wyleczenie. W jednym tylko przypadku wiewióra, powikłanego zapaleniem stawu łokciowego i gruczołu krokowego, nie było widocznej poprawy. Niednokrotnie wybitna poprawa stanu chorobowego występowała już w dobę po pierwszem wstrzyknięciu. Przy powikłaniach ze strony gruczołu krokowego zaleca autor bardzo ostrożne dawkowanie.

J. G u s z m a n. **Wstrzykiwania mleka w okresie uśpienia kiły w celach wywoławczych.** Autor stosował wstrzykiwania śródmiąższowe mleka w przypadkach podzielonych na 3 grupy Pierwsza z nich obejmowała chorych, którzy zgłosili się do leczenia z wczesnemi objawami drugorzędnemi. Leczono ich do czasu wystąpienia odczynu W a s s e r m a n n a ujemnego; poczem wstrzykiwano 10 ctm.^{3} mleka. Odczyn W a s s e r m a n n a, badany ponownie w 4—6 dni później, zmienił się w 11 przypadkach na 73 (15%) na dodatni. Druga grupa obejmowała 63 przypadków kiły utajowej z odczynem W a s s e r m a n n a ujemnym. Po wstrzyknięciu 10 ctm.^{3} mleka odczyn W a s s e r m a n n a w 15 przypadkach zmienił się na dodatni. W trzeciej grupie, kontrolnej, u osób nie kiłowych (31 przypadków) nigdy po wstrzykiwaniu mleka nie wystąpił O. W. dodatni. Autor przypuszcza, że zmiana odczynu W a s s e r m a n n a w przytoczonych przypadkach wskutek wstrzyknięcia mleka nastąpiła przez wzmożoną czynność komórek ustrojowych i zwiększoną ich wrażliwość, co przy obecności krętków bladych w ustroju wywołuje tworzenie się nowych »reagin« i następowo zmianę odczynu W a s s e r m a n n a. Podobne przekształcenie się odczynu W a s s e r m a n n a ujemnego na dodatni mogą wywołać ostre gorączkowe choroby zakaźne. Przy sposobności opisanych doświadczeń przekonał się autor również, że śródmiąższowe stosowanie mleka w czasie leczenia kiły wywołuje znacznie rychlejszą zmianę O. W. z dodatniego na ujemny, niż to się zwykle dzieje.

T. Pawlas (Kraków).

Medycyna sądowa.

The Lancet.

15. X. 1921.

S u l l i v a n. **Przestępczość a upośledzenie umysłowe.** S nie uznaje istnienia specjalnej kategorji »urodzonych zbrodniarzy«, posiadających swoiste cechy biologiczne. Istnieje zbyt wielka skala przestępstw, by można było wszystkie sprowadzać do określonych kategorji biologicznych. O dokonaniu przestępstwa rozstrzyga ścieranie się dwóch przeciwnych sobie sił: bodźca popychającego i bodźca hamującego. Ciekawe liczby na potwierdzenie powyższego daje statystyka oparta na licznych i w różnych kierunkach prowadzonych spostrzeganiach. O stosunku wieku i samokontroli wśród przestępców dowiadujemy się z wykazów dwuletnich wyroków sądowych w całej Anglji, mianowicie na 100.000 ludności maximum przestępstw wypadało na wiek od 16 do 21 lat, mianowicie 321 i 275, powyżej i poniżej tego wieku cyfry są bez porównania mniejsze (np. od 21 do 30 lat 245, od 30 do 40 — 204 i t. d.) W stosunku do przestępstw na tle płciowym wielką rolę gra pora roku: maj, czerwiec i lipiec najbardziej obfitują w zbrodnie seksualne, jednocześnie odnośne liczby są całkowicie uzgodnione z ilością zapłodnień podług miesięcy roku. Poza temi czynnikami zewnętrznemi nie można odmówić pewnego znaczenia cechom osobistym przestępców, względnie stanowi ich umysłowości.

W Anglji istnieje naogół około 0.5% osobników umysłowo upośledzonych, na liście przestępców mamy ich od 10 do 20%. Odsetek chorych umysłowo pośród obywateli mających zatarg z prawem zależy w wysokim stopniu od rodzaju przestępstwa. Ciekawy jest wykaz oparty na 948 wyrokach sądowych (Dr. G o r i n g) z określeniem odsetka umysłowo chorych podług kategorji przestępstw, mianowicie:

Podpalacze stogów	53%
Podpalacze domów	17%
Kradzież	11%
Mordercy	9%
Fałszerze pieniędzy	3%
Przeniewiercy	0%

Zestawienie to wykazuje dobitnie, że czem więcej inteligencji wymaga dany czyn zbrodniczy, tem mniejszy jest procent umysłowo chorych tej grupy.

Kryminalistyka zwracać musi szczególną uwagę na głupowatość moralną (*moral imbecility*), dającą cały szereg przestępców, poczynając od rzezimieszków, kończąc na wyrafinowanych zbrodniarzach. Padaczka i urazy mózgu w wieku dziecinnym mają tu niemałe znaczenie.

E. Lewenstern, (Warszawa).

B e n i n d e, B o n h o e f f e r i P a r t s c h: **Jaki wpływ miało ograniczenie napojów alkoholowych podczas wojny na psychiczne i fizyczne zdrowie ludności w Niemczech.** (Viertel-jahr. f. gericht. Medizin. Tom 59. Zeszyt 1. 1919).

Na posiedzeniu ministerstwa zdrowia w Berlinie, B e n i n d e, B o n h o e f f e r i P a r t s c h, na podstawie dokładnej statystyki przeprowadzonej wśród ludności cywilnej, we wojsku, w zakładach leczniczych i t. d. omawiali szczegółowo wpływ zmniejszonego zużycia alkoholu na zdrowie psychiczne i fizyczne w Niemczech. Autorowie przychodzą do następujących wniosków:

1) Alkoholizm przewlekły i rozwijające się na tle przewlekłego alkoholizmu choroby umysłowe zmniejszyły się podczas wojny wskutek zmniejszonego zużycia alkoholu.

3) Również zmniejszyły się odsetki schorzeń somatycznych, występujących na tle przewlekłego alkoholizmu.

3) Na podstawie zebranego materjału nieda się dokładnie stwierdzić, czy ograniczenie używania alkoholu wpłynęło na inne procesy życiowe, które zwykle przypisuje się działaniu alkoholu.

4) Zmniejszenie się chorób umysłowych daje się wyraźnie zauważyć we wszystkich krajach niemieckich.

5) Alkoholicy chroniczni znacznie zyskali na zdrowiu i gospodarczo wskutek zmniejszenia lub też zaprzestania używaniu alkoholu.

6) Morfinizmu i kokainizmu, który w obecnych czasach się rozpowszechnił, nie należy uważać za wynik zmniejszonego zużycia alkoholu.

7) Zwiększone nałogowe pijaństwo wśród kobiet wymaga specjalnego zajęcia się tem zagadnieniem.

8) Pociąg do napojów alkoholowych nie wygasł i najprawdopodobniej należy się spodziewać z czasem większego zużycia i pociągu do alkoholu, aniżeli przed wojną.

Przeto referenci proponują:

a) Ograniczenie wyrobów alkoholowych przy równoczesnem wprowadzeniu możliwie tanich napojów bezalkoholowych.

b) Ograniczenie sprzedaży alkoholu.

c) Propagandę i popieranie towarzystw walki z alkoholem. *Siengalewicz*, (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXV. posiedzenie naukowe z dnia 7. grudnia 1921.

Przewodniczy kol. Kostrzewski, członków obecnych 104.

Kol. Rose wygłosił odczyt: „O płacie czołowym mózgu" (będzie ogłoszony osobno).

XXXVI. posiedzenie naukowe z dnia 14 grudnia 1921.

Przewodniczy kol. Rosner, członków obecnych 92.

Przewodniczący wygłosił gorące wspomnienie pośmiertne, poświęcone śp. prof. Aleksandrowi Bossowskiemu. Obecni wysłuchali przemówienia przewodniczącego stojąc.

I. Kol. Latkowski przedstawił: 1) chorego z kiłą tętnic (*endarteriitis luetica*), usadowioną w tętnicach wieńcowych serca i w miejscu odejścia tętnicy podobojczykowej i szyjnej lewej. Chory przebył przed 11 laty wrzód kiłowy na prąciu, którego zupełnie nie leczył. Od 3 lat ma bóle stenokardjalne, w ostatnich czasach tak silne, że z tego powodu nie może chodzić. Odczyn Wassermanna + + + +; serce nie powiększone; szmer skurczowy nad tętnicą główną. Po stronie lewej tętnienia w tętnicy szyjnej i podobojczykowej nie widać. W tętnicy sprychowej tętno ledwie wyczuwalne. Ciśnienie maksymalne po stronie lewej około 70 mm Hg, gdy po stronie prawej ciśnienie wynosi 120 mm. Hg. Na sfigmogramach ogromna różnica między wysokością fali po stronie lewej i prawej, wynosząca około $^1/_6$ wysokości fali po stronie prawej, przy tem samem obciążeniu. W całej ręce lewej uczucie cierpnienia i lekkie upośledzenie czucia bólu, dotyku i ciepłoty. W okolicy stłumienia serca niewielki obszar obniżonego czucia bólu i dotyku. U chorego nie stwierdzono żadnych objawów, wskazujących na tętniaka, ani klinicznie, ani rentgenologicznie, objawy zaś niedrożności tętnicy sprychowej i szyjnej rozwijały się podczas obserwacji w szpitalu. Leczenie swoiste bez skutku.

2) chorego ze spondyloarthritis ankylopoetica Pierre-Marie Strümpell, 28-letniego, u którego po urazie w ciągu 3 lat rozwinęło się zupełne zesztywnienie całego kręgosłupa, gdyż pozostała tylko mała ruchomość głowy ku przodowi i na boki. Kręgosłup jest wyprostowany, a nie pochylony, niebolesny, mięśnie nieco zanikłe. Ruchy oddechowe klatki piersiowej upośledzone w wysokim stopniu. Sprawa chorobowa przeszła na stawy biodrowe, szczególnie na staw biodrowy lewy. Zmian w układzie nerwowym nie znaleziono. Na kliszach rentgenologicznych widać utrzymanie chrząstek międzykręgowych, zmian większych w kościach nie widać. Chorego leczono wstrzykiwaniami mleka, argochromu i siarki. Poprawa nieznaczna w zakresie ruchów w stawach biodrowych.

II. Kol. Wierzuchowski, omówiwszy patogenezę i leczenie dychawicy oskrzelowej, przedstawił z kliniki chorób wewnętrznych U. J. przypadek dychawicy oskrzelowej zastarzałej, powikłanej istotną rozedmę pęcherzykową płuc i przewlekłym nieżytem oskrzeli. Po bezskutecznych próbach leczenia szeregiem ogólnie stosowanych środków; powiodło się w tym przypadku usunąć napady dychawicy oskrzelowej zapomocą śródżylnych wstrzykiwań peptonu; chora, która od pięciu lat nie wychodziła ze stanu dychawicznego, nie ma już od miesiąca objawów dychawicy, nawet po zadziałaniu takich czynników (zimno, wonie, wzruszenia psychiczne), które przedtem u chorej ze stałym stanem dychawicznym wywoływały niezawodny napad. (Streszczenie własne).

W dyskusji kol. Gieszczykiewicz zapytuje, jaki preparat wstrzykiwano. Wierzuchowski odpowiada, iż pepton Wittego.

III. Kol. Majewski przedstawia: 1) chorego 8-letniego, okazującego wysadzenie prawego oka tętnicą (*exophthalmus pulsans*) z równoczesnem bardzo znacznem przemieszczeniem gałki ocznej ku dołowi. Prelegent przypuszcza tętniaka tętnico-żylnego zagałkowego. Możliwa jest również przepuklina mózgowa (*encephalocele intraorbitalis*). Silne szkła pryzmatyczne odpowiednio krawędziami ustawione poprawiają zupełnie dokładnie asymetrję w ustawieniu gałek ocznych.

2) Chorą l. 21 okazującą: nowotwór wśródgałkowy, jaskra następowa, wydęcie twardówki, rozpływ ciała szklistego skrzący. (*synchisis scintillans*) i omawia różnice między *synchisis scintillans* a *hyaloiditis asteroides*. W pierwszym przypadku w ciele szklistem widać roje skrzących i mieniących się tęczowemi barwami kryształków (najczęściej cholesteryny), w drugim są to kuleczki białe o matowym połysku, złożone zazwyczaj z margaryninanu wapniowego z przymieszką tłuszczów i lipoidów. (D. n.).

Szancenbach, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXI. Posiedzenie naukowe z dnia 9. grudnia 1921 r.

Przewodniczy: kol. Nowicki. Obecnych 69.

1. Kol. Fleischerowa przedstawia chorego z „*osteoperiostitis toxica ossificans*", którego to cierpienia obraz omówiła na poprzedniem posiedzeniu. W badaniu chorego i dodatkowej dyskusji wzięli udział: kol. Franke, Meisels, Pisek i Węgrzynowski.

2. Kol W. Jasiński przedstawia z kliniki dziecięcej 11 letnią chorą, u której (po naradzie z Doc. Drem Rothfeldem) przypuszcza obecność guza w IV. komorze mózgu, prawdopodobnie wągra. Chora od roku cierpi na zawroty głowy z wymiotami, które występują 1—2 razy tygodniowo. Badanie przedmiotowe nie wykrywa żadnych zmian w narządach wewnętrznych, jak również porażeń, zmian czucia i niezborności; przy chodzeniu chora pochyla się nieco w prawo, przy zmianie położenia ciała (z siedzącego na leżące) oraz przy ruchach gałek ocznych i przy nagłem pochyleniu głowy w tył występuje wybitne drżenie gałek ocznych (*nystagmus*) zwrócone w prawo; bardzo wybitnie występuje *nystagmus* i pochylenie głowy w bok przy badaniach na krześle obrotowem; próba kaloryczna wypada ujemnie, słuch dobry. Badanie dna oka (Dr. Musiał) wykrywa po stronie lewej wrodzone zmiany barwikowe w okolicy tarczy nerwu wzrokowego, oraz nieznaczny stopień astygmatyzmu, bez wpływu na siłę wzroku; po stronie lewej żyły rozszerzone i granice tarczy nieco zatarte (Doc. Dr. Reiss). Zdjęcie roentgenowskie czaszki (Dr. Vrabetz) stwierdziło wybitne zgrubienie kości czaszkowych oraz rozszerzenie naczyń. Odczyn Bordet-Wassermanna, oraz próby tuberkulinowe (Pirquet, Mantoux) ujemne; brak jaj pasorzytów w kale, objawów eozynofilii i cukru w moczu. Za rozpoznaniem nowotworu mózgu przemawiają objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, o umiejscowieniu w IV. komorze można myśleć z powodu podrażnienia nerwu przedsionkowego (jądro Deitersa), co do wągra, to przypuszczenie oparte jest na występowaniu objawów przy zmianie położenia ciała, oraz na naprzemiennem występowaniu okresów zupełnego zdrowia, z okresami zawrotów głowy i wymiotów. Rozpoznanie nie jest jednak pewne i nie daje dostatecznych podstaw do wskazań leczniczych. — (Streszczenie własne).

W dyskusji kol. Rothfeld przedstawia wyniki badania neurologicznego, które skłaniają go do przypuszczenia obecności wągra. Ponadto przemawiali koledzy Gröer, Switalski i Zalewski.

3) Kol. Rencki przedstawia i omawia wartości lecznicze soli morszyńskiej.

4) Kol. Gröer wygłasza odczyt p. t. Znaczenie i zadania zawodowego pielęgniarstwa. Mowca skreśla obraz dzisiejszego rozwoju pielęgniarstwa na Zachodzie i podnosi jego doniosłe znaczenie w życiu społecznem. Opisuje mozolne starania prowadzone w lwowskiej klinice chorób dziecięcych celem stworzenia wzorowej szkoły pielęgniarek i wyniki już osiągnięte. Kończy prośbą pod adresem Lwowskiego Tow. lekarskiego o poparcie tych usiłowań u miarodajnych czynników.

W dyskusji przemawiali koledzy; Bocheński, Franke, Zalewski, Bykówna. Pisek, Nowicki, Fels, Stauber, Teliga i prelegent.

Towarzystwo lekarskie Łódzkie

Posiedzenie z dnia 7 grudnia 1921.

I. Kol. Siwiński. **Krzywa adiadochokinesis.** (Będzie ogłoszone drukiem).

II. Kol. Felauer-Skłodowska. **Stan obecny curieterapji.** (drukowane w Nr. 4—6. P. Gazety Lek. 1922.)

Posiedzenie z dnia 21 grudnia 1921.

I. Kol. Mogilnicki przedstawia dwa przypadki **zespołu Parkinsona** u dzieci, po letargicznem zapaleniu mózgu. Pierwszy chłopiec 12-letni; napięcie mięśni, drżenie kończyn i języka, osłabienie władz duchowych, brak ruchów mimowolnych. Drugi — dziewczyka 12-letnia, poniewolne biegnięcie wstecz (retropulsja), przy próbach stanie chora szybko się cofa. Chodzi i biega dobrze. Ruchy powolne; pozostaje w określonem ułożeniu i dopiero po minutach je zmienia. Nagminna śpiączka letargiczna z następczym parkinzonizmem nasuwa przypuszczenie, że choroba Parkinsona jest skutkiem zakażenia mózgowia. Z objawów, prócz wyżej spostrzeganych, występują bóle stawów, zmiany naczyniowo-ruchowe. Rokowanie niepomyślne. Leczenie: skopolamina ma najwięcej zwolenników; arszenik, luminal, były w przedstawionych przypadkach bezskuteczne.

W dyskusji przemawiali kol. Mikulski, B. Frenkel Klozenberg i Sterling.

II. Kol. Frenklowa przedstawia przypadek **marskości wątroby wielkośledzionowej** u chłopca 5 letniego i omawia szczegółowo różne typy splenomegalji u dzieci: chorobę Banti'ego, chorobę Gaucher, grupę obrzęków zakrzepowych śledziony wraz z chorobą Baumgartena oraz warskość wątroby wielkośledzionową (*cirrhosis hepatis splenomegalica*).

W przypadku przedstawionym dziecko, chore od 2-ch lat, spostrzegano w szp. Anny Marji w ciągu 5-ciu miesięcy. Głównymi objawami klinicznymi były: miernie powiększona wątroba, ogromna śledziona, sięgająca do grzebienia kości biodrowej, opuchlina jamy brzusznej z płynem o własnościach przesięku; we krwi — leuko i trombopenja. Przebieg był przewlekły przy zupełnie dobrym stanie ogólnym i bez żółtaczki.

W związku z przedstawionym przypadkiem F. omawia wycięcie śledziony, zabieg, wskazany we wszystkich typach splenomegalji, prócz choroby Baumgartena.

W dyskusji zabierają głos kol. Sterling, Goldberg, Tomaszewski, B. Frenkel i Leyberg.

III. Kol. Mandelsowa odczytuje: a) **Z kazuistyki duru brzusznego u oseskow.** Dur brzuszny przebiega najczęściej u oseskow bez objawów jelitowych, bez różyczek, bez powiększenia śledziony. Jedynym stałym objawem klinicznym jest podniesiona ciepłota; badanie serologiczne krwi wykazuje wybitnie dodatni odczyn Widala. W 5-ciu przypadkach, spostrzeganych w szpit. Anny Marji, przebieg był również zupełnie nietypowy: 1. niemowlę 9-miesięczne, jednostajny typ ciepłoty, 2. niemowlę 6-miesięczne, 3. niemowlę 10 miesięczne, przypadek przebiega, jak ciężkie zapalenie płuc. W 4 ym przypadku początek przypomina dławiec, w dalszym przebiegu stwierdza się powiększenie śledziony. W 5-ym przypadku, u dziecka 18-miesięcznego, przeważają objawy mózgowe; rozpoznanie skłania się ku encephalitis, lecz wolne stolce i typ ciepłoty nasuwają podejrzenie duru brzusznego.

We wszystkich przypadkach jedynie dodatni odczyn Widala zdecydował o rozpoznaniu duru brzusznego.

W dyskusji zabiera głos: Frenklowa, Venulet, Tenenbaum, Sterling.

b) **Przypadek błonicy pępka u noworodka** 9-ciodniowego. W przypadku, spostrzeganym pępek w 9-ym dniu życia był wilgotny, o gęstej, ciągnącej się wydzielinie ropnej. Badanie bakterjologiczne ropy wykazało las. błonicy Löffler'a; surowica przeciwbłonicza doprowadziła do szybkiego zagojenia się pępka. (Ukaże się w druku).

W dyskusji zabiera głos Mogilnicki, Venulet,

IV. Kol. Mulierówna omawia **leczenie tężca noworodków** na podstawie 2-ch przypadków ciężkiego tężca, pomyślnie leczonych w szp. Anny Marji. W obu przypadkach stosowano duże ilości surowicy swoistej podskórnie i do kanału mózgowo-rdzeniowego, powtarzane w ciągu szeregu dni, oraz jednocześnie duże dawki środków narkotycznych: chloral w lewatywach po 0,5 na dawkę do 3 gr. na dobę i magnesium sulfuricum podskórnie w 20%-wym roczczynie po 0,2 gr. na kg wagi noworodka.

W dyskusji zabiera głos B. Frenkiel, Sterling, Klozenberg.

V. kol. Margolisowa mówi: **O odczynie Schick'a.** W Łodzi mowczyni od niedawna dopiero stosuje odczyn Schicka w szp. Anny Marji. Na 85 szczepień, 17 dało odczyn dodatni, 4 wątpliwy, a 64 ujemny, tj. 76% wszystkich szczepionych dzieci wykazało odporność przeciwbłoniczą.

Praktyczne znaczenie odczynu Schick'a polega na tem, że:

1) w razie epidemji błonicy wystarcza uodpornić osobniki z dodatnim odczynem,

2) w szpitalach na oddziały zakaźne powinien być dopuszczony wyłącznie personal z ujemnym odczynem,

3) w rozpoznaniu różniczkowem w niektórych postaciach chorobowych, zbliżonych do błonicy (angina, nieżyty itp.), ujemny odczyn Schick'a świadczy z pewnością, że nie mamy do czynienia z błonicą,

4) dzięki metodzie Schick'a mamy możność kontrolowania okresu odporności po zastrzyknięciu surowicy.

W dyskusji Leyberg widzi pewną analogję pomiędzy odczynami Schicka a luetynowym: ostatni również nie może być uważany za odczyn allergiczny, ponieważ u chorych na kiłę jest on ujemny tam, gdzie ilość ciał obronnych jest największa.

Polskie Towarzystwo walki ze zwyrodnieniem rasy.

Doroczne posiedzenie.

Na posiedzeniu dorocznem Tow. przewodniczący Dr. Wernic zaznaczył, że to jest 6-te zebranie doroczne. Liczba członków wzrosła; ostatnio po drugim zjeździe eugenicznym, który się odbył w październiku z. r, zapisało się w samej Warszawie z górą 65 członków. Powstały oddziały w Poznaniu i Grudziądzu, a organizuje się w Wilnie. Z oddziałów, które były dawniej założone, przysłały, nie licząc Gdańska, na zjazd delegatów: Poznań, Kraków, Łódź, Białystok, Radom, Częstochowa. Najbardziej rozwija się Białystok. Oddziały lwowski, kielecki, tomaszowski, płocki, łomżyński, dotąd żywszego udziału w pracy nie wzięły. Niezbędne jest posyłanie delegatów z Warszawy dla wygłaszania odczytów. Następnie zaproszono na przewodniczącego zebrania prof. Odo Bujwida, który do współudziału w prezydjum zaprosił pp. mec. Kijeńskiego i dyrektora Helmana, a na trzymającego pióro p. Dr. Borkowskiego. Sekretarz Tow. Dr. Szczodrowska odczytała sprawozdanie z działalności Tow., które organizowało cykl odczytów (6) z psychologji i psychopatologji kobiety, dla inteligencji, cykl odczytów dla warstw robotniczych wespół ze związkiem zawodowym, dla studentów Politechniki i w domu oficera polskiego, dla oficerów i szkoły podchorążych. Poza tem odbył się zjazd 2-gi eugeniczny, w którym brali udział delegaci m. wolnego Gdańska.

W roku ubiegłym wydano 4 zeszyty organu Tow. „Zagadnienia rasy". Prace, wygłoszone na Zjeździe będą wydrukowane w pamiętniku a poszczególne, jak Dra Osmolskiego „Rola sportu w zwalczaniu chorób wenerycznych" wyjdzie jako 1-szy numer Bibljoteki eugenicznej Tow. Walki ze zwyrodnieniem rasy. W roku ubiegłym Tow. korzystało z zapomogi Min. Zdrowia Publicznego (Mk. 90.000) i Min. Opieki Społecznej (Mk. 150.000). Pozatem poszczególne zapisy przyniosły Mk. 40.000. Sumy te pochłonięte zostały przez Wydawnictwo Twa i utrzymanie personalu urzędniczego oraz opłatę pomieszczeń na odczyty i posiedzenia.

Po przyjęciu sprawozdania ogólnego oraz komisji rewizyjnej i budżetu preliminowanego na rok 1922, przystąpiono do wyborów uzupełniających do zarządu. Na członków zarządu wybrano: sędziego Wiktora Brześciańskiego, prof. Odo Bujwida, prof. Adama Czarkowskiego Dra Henryka Szczodrowskiego i Dra Marję Szczodrowską. Na zastępców: Dra Konopnickiego, p. Jadwigę Michałowską, mec. Jana Nowodworskiego, Dra W. Piotrowskiego, dra Gustawa Szulca, Dra Romana Zadębskiego oraz prof. K. Żórawskiego. Do komisji rewizyjnej wybrano: mec. Władysława Chrzanowskiego, prof. Franc. Krzyształowicza, dra Wertensteina oraz dra Zaranka-Horbowskiego. Wybory zarządu sekcji eugenicznej, wychowania płciowego i etycznego, walki z chorobami wenerycznemi i nierządem, prawno-społecznej i walki z wilkiem odbędą się na 1 em posiedzeniu każdej sekcji poszczególnie. Uchwalono podnieść składkę roczną do Mk 1.000 rocznie z bezpłatnem udzielaniem członkom Tow. „Zagadnień rasy", organu Tow.

XV. Zjazd francuski medycyny wewnętrznej w Strasburgu

od 3 do 5 października 1921 r.

1. F. Widal, P. Abrami, P. Vallery-Radot: **O antyanafilaksji.** Zagadnienie antyanafilaksji jest sprawą usunięcia z ustroju uczulenia na ciała białkowe lub sole (np. arsenobenzol, dwuwęglan sodu, a nawet chlorek sodu), a ma — zdaniem autorów — na celu ochronę ustroju przed zaburzeniem równowagi koloidowej tkanek Besredka pierwszy zauważył, że wstrzyknięcie bardzo małej ilości ciała obcego do żyły otrzewnej, pod opony mózgowo rdzeniowe, do tchawicy i t. p. wystarczy, aby ustrój uchronić przed wstrząsem anafilaktycznym przy następowem wprowadzeniu większej dawki tegoż ciała. Do wstrzykiwania wstępnego zapobiegawczego można użyć innego ciała białkowego lub nawet nieorganicznego. Sicard stosował u ludzi śródżylnie 1—3 g izotonicznego roztworu węglanu sodowego lub 30 cm³ chlorku sodowego. Sicard, Parafi Forestier wypracowali prosty sposób postępowania antyanafilaktycznego w klinice. Wstrzykują oni do żyły małą dawkę ciała obcego (surowicy, novarsenobenzolu i t p.) nie usuwając zaciśnięcia naczyń. Po pięciu minutach usuwają opaskę uciskową, poczem po upływie 10 minut można już bez obawy wstrzyknąć całą dawkę. Przy objawach uczulenia na pewne pokarmy wystarczy na 1 godz. przed ich spożyciem zażyć b. małą dawkę danego pokarmu lub pół grama peptonu. Lesné wykazał to u ludzi uczulonych na jajo kurze, mleko lub antypirynę, jak również przy gorączce siennej. Przy małych wynikach postępowania drogą pokarmową wzgl. oddechową, pozostaje metoda podskórna (mleko, pepton, surowica własna, wyciągi drobnoustrojowe). Wstrząs anafilaktyczny pokonać można nieraz adrenaliną atropiną lub wyciągami z przysadki mózgowej Rozważanie sposobu powstawanie wstrząsu anafilaktycznego przekonywa, że chodzi tu tylko o nagłe zaburzenie równowagi koloidów w ustroju (jak „*hemoglobinuria e frigore*"). Badanie ciśnienia krwi potwierdza to zapatrywanie (spadek ciśnienia tętniczego; nagła leukopenia, odwrócenie wzajemnego stosunku rodzajów ciałek białych, zaburzenie w krzepliwości krwi

i refrakcji surowicy — tzw. „*crise hémoclasique*" Widala). Przeciw teorji zatrucia przemawia spostrzeżenie Besredki, nie można bowiem pojąć, jak wstrzyknięcie małej dawki trucizny, miałoby uchronić przed działaniem dawki śmiertelnej. Przełom urazowy we krwi (*crise hémoclasique*) i zaburzenie równowagi koloidów (*colloidoclasie*) są równorzędnemi objawami wstrząsu, tylko ten drugi dotyczy pierwoszczy komórkowej. Wstrzykiwania zapobiegawcze ciał białkowych lub roztworów soli (Besredka) zawsze powoduje lekki przełom we krwi. Na czem polega zaburzenie równowagi koloidów, dotychczas nie wiadomo. Widal nie uznaje teorji Kopaczewskiego, że podstawą zaburzenia jest wypadanie kłaczkowate ciał białkowych.

M. Pehu. Wstrząsów po wstrzyknięciu arsenobenzolów lub metali koloidalnych nie uważa on za objaw anafilaksji. Trwałą odporność uzyskuje się tylko przez wstrzyknięcie małej dawki tego samego ciała uczulającego lub pokrewnego; odporność po ciałach chemicznie obcych (np. sól kuchenna) jest słaba i krótkotrwała.

2. Cottin i De Meyer. **O dostosowaniu anatomicznem i czynnościowem serca do chorobowych warunków krążenia.** Istnieją 4 rodzaje przeszkód w krążeniu przeszkody proste w posuwaniu krwi (zwężenia ujść, utrata sprężystości naczyń, zmiany w płucach i nerkach), wady powodujące cofanie się krwi (niedomykalność zastawek), wady w rytmioe serca (zwolnienie, przyśpieszenie i niemiarowość tętna) i wady prowadzące krew drogami nieprawidłowemi (otwór owalny i przewód Botalla otwarty). Dostosowanie się serca do tych zmian jest dynamiczne (zwiększenie siły skurczu, zmiany czasu trwania skurczu lub rozkurczu, zmiany czynnościowe w naczyniach) i statyczne (przerost mięśnia sercowego w 7 postaciach typowych; dla zwężenia ujścia tętniczego lewego, dla podwyższonego ciśnienia w sercu lewem, dla niedomykalności aorty, dla zwężenia zastawki dwudzielnej, dla podwyższenia ciśnienia w sercu prawem, dla *myocarditis interstitialis*). Oprócz tych 7 postaci dostosowania statycznego są jeszcze 2 postacie ogólne, a to typ tachykardialny i typ rozszczepienia czynności komór i przedsionków. Dostosowanie się przychodzi do skutku zarówno drogą mięśniową, jak i nerwową.

W dyskusji M. Villaret, F. Saint-Girons i Grellety-Bosviel przedstawiają swój **sposób mierzenia ciśnienia żylnego** przy pomocy manometru wodnego (w położeniu poziomem ciała wynosi ono 12—13 cm słupa wody). Ciśnienie to wzmaga się u chorych na nerki zaś maleje u chorych z miażdżycą. U chorych z niewyrównaną wadą zastawkową ciśnienie żylne jest bardzo wysokie.

Trémolière i Caussade wykazują na 100 przypadkach niedomykalności zastawek tętnicy głównej, że szmer rozkurczowy posuwa się od 2. i 3. międzyżebrza lewego do 2. i 3. międzyżebrza prawego w miarę długości trwania niedomykalności.

3. L. Ambard i H. Chabanier. **O glikemjach.** Najpewniejszą metodą do oznaczania cukru w osoczu krwi jest — zdanie prelegenta — sposób Bertranda z modyfikacją Ambarda, oraz mikrometodą Bertranda-Folina-Fontès-Thivollea. „Makrometody" są pewniejsze, natomiast „mikrometody" wymagają tylko 1 cm³ osocza. Oznaczać cukier należy rano na czczo. Oznaczanie cukru w krwinkach czerwonych jest zdaniem autora dopiero w okresie badań wstępnych. Autorowie rozróżniają 5 kategorji przecukrzenie krwi a mianowicie wywołane: a) przez doprowadzenie cukru, b) przez duszenie i upust krwi, c) przez zatrucie, d) przez działanie gruczołów dokrewnych i e) układu nerwowego. Z następstw klinicznych przecukrzenia krwi mało zbadane są: zaćma, zapalenie nerwów, zmiany skórne i wpływ na wydzielanie nerkowe (współczynnik Ambarda) oraz objawy, wykryte w doświadczeniach Allen'a (psy pozbawione częściowo trzustki i karmione obficie węglowodanami, ulegają charłactwu i giną z powodu zmian w reszcie trzustki). Ambard stawia nową teorję, wedle której hyperglikemia przy cukrzycy jest zjawiskiem wyrównawczem dla zaburzenia przemiany węglowodanów i zapobiega kwasicy. Zawartość cukru we krwi reguluje spalanie węglowodanów. Występowanie cukromoczu pokarmowego uważają mowcy jako dowód niedomogi trzustki. W przypadkach ciężkich cukrzycy jest zwykle sprawność nerek dobra, w lekkich zaś jest najczęściej zła.

W dyskusji Blum sprzeciwia się teorji Ambarda, wykazując, że bardzo często wzrastająca hyperglikemia idzie w parze z wrastającą kwasicą. Doświadczenia Allen'a również przemawiają przeciw Ambard'owi.

Petren widział u swych diabetyków znaczną poprawę przy zmniejszeniu nietylko ilości węglowodanów, ale i białka zwierzęcego w pożywieniu. Daje on 200—300 gr. tłuszczu dziennie w dni postu ścisłego i widzi stale znaczny spadek ilości cukru we krwi bez wzrostu kwasicy. Nie stosuje postu nigdy dłużej jak przez 2 doby

H. Labbé: We krwi istnieje oprócz cukru gronowego cały szereg ciał bliżej nieznanych, a redukujących płyn Fehlinga, których dotychczasowemi sposobami nie możemy usunąć w zupełności. Mowca woli miareczkować cukier w surowicy metodą Banga niż w osoczu. Sposób Banga daje nieco niższe wartości niż sposób Bertranda. *S.*

Medycyna społeczna.

Dr. D. Nisenson, zarządzający przychodnią dla gruźl. Warszawa.

Jeszcze słów kilka o chorobach zakaźnych w Warszawie w okresie sześcioletniej wojny.

W artykule »Wojna, a choroby zakaźne w Warszawie« [1]) wykazałem, jakie czynniki podtrzymywały u nas choroby zakaźne podczas tak długo trwającej wojny. Mimo różnych rozporządzeń administracyjnych, mimo wielkich zabiegów ze strony odnośnych organów, mimo powiększenia personalu sanitarnego, choroby zakaźne nie przestały u nas grasować i zabierać, aczkolwiek mniejszy, niż w latach ubiegłych, jednakże dość duży odsetek ofiar.

Wojna ze wszystkiemi jej następstwami, a więc utrudniona aprowizacja, szalona drożyzna artykułów pierwszej potrzeby, ciężkie warunki istnienia, ciągła emigracja i imigracja tutejszych mieszkańców, nierozwiązana jeszcze sprawa mieszkaniowa, a co zatem idzie skupienie ludności na niewielkiej stosunkowo przestrzeni oraz niedostateczne odżywianie, muszą się odbijać w dalszym ciągu na zdrowotności i śmiertelności mieszkańców naszego miasta, które i do wybuchu wojny nie zajmowało pod względem zdrowotnym przodującego miejsca wśród wielkich miast Europy.

Jeśli rzucimy okiem na tabliczkę, przedstawiającą liczbę zasłabnięć na choroby zakaźne w pierwszem pięcioleciu wojny i zestawimy ją z takąż tabliczką za ostatni rok sprawozdawczy, to zobaczymy, iż endemje u nas zmieniają tylko swe role, w zależności od czynników, nie zawsze dla nas uchwytnych. W 1919 r. dury (osutkowy i brzuszny) zmniejszyły się u nas, jak i w ubiegłym 1918 roku, natomiast płonica, która w 1915 r. bardzo szerzyła się u nas i przycichła później na pewien czas, wybuchła następnie z nową siłą, zajmując w 1919 r. 4-te miejsce wśród wszystkich endemji. Odra, która już w 1918 r. dała się dobrze we znaki dzieciom i dorosłym, wzmogła się również w 1919 r., a w ślad za nią poszła i krwawa biegunka. Co do innych endemji, rażących różnic w urzędowych wykazach nie udało się stwierdzić, z wyjątkiem ospy, która znów zaczęła się pokazywać. Natomiast wystąpiły nowe endemje: nagminne zapalenie opon mózgowych, dur powrotny i gorączka powrotna. Szkoda wielka, iż dane, tyczące się grypy i gorączki powrotnej są nieścisłe, co się tłómaczy zbyt późnem wydaniem okólnika, nakazującego obowiązkowe zawiadamianie o przypadkach tych chorób. Dla dokładnej charakterystyki zasłabnięć na choroby zakaźne podczas całego okresu wojny, pozwolę sobie przedstawić liczbę zasłabnięć za pierwsze pięciolecie. Małych liczb nie będę podawał.

Liczba zasłabnięć.

Rodzaj choroby	1914	1915	1916	1917	1918	1919
1. Dur osutkowy	28	724	4595	15867	10237	4982
2. „ brzusny	88	1292	1929	1939	896	717
3. Krwawa biegunka	8	2518	1011	6067	306	445
4. Płonica	597	1956	640	308	367	706
5. Błonica i krup	44	238	496	320	284	255
6. Odra	129	120	153	268	630	1110
7. Ospa	278	534	257	22	10	54
8. Zapalenie opón mózgowych (nagminne)	—	—	—	—	—	148
9. Dur powrotny	—	—	—	—	—	143
10. Gorączka powrotna (*febris intermittens*)	—	—	—	—	—	66
11. Grypa (*Influenza*)	—	—	—	—	—	3

Statystyki zasłabnięć na gruźlicę nie podaję, gdyż do tej pory rejestracja chorych na gruźlicę u nas nie obowiązuje.

Zobaczymy teraz, jak się przedstawia w świetle cyfr śmiertelność wskutek chorób zakaźnych w 1919 roku i w latach ubiegłych wojny.

Rok	Liczba zgonów	% ogólnej liczby zmarłych	% na 100.000 mieszkańców	dorosłych	%	dzieci do 10 lat	%
1919	2216	11.7	270.2	1423	7.5	793	4.2
1914	2107	12.9	238.2	679	4.2	1428	8.8

[1]) „Gazeta Lekarska" 1919 r. Nr. 34.

1915	3316	15.6	382.5	1079	5.1	2237	10·5
1916	1424	7.7	182,3	946	5.1	478	2.6
1917	5004 [1])	14.41	597.0	4024	11.6	980	2.8
1918	3843	15.7	507.5	3001	12.3	842	3.4

W celu łatwiejszego zorjentowania się podaję tabliczkę z liczbą zgonów za cały okres wojny.

Dane te (podług chorób) tak się przedstawiają:

Liczba skonów (małych liczb nie podaję).

Nazwa choroby	1914	1915	1916	1917	1918	1919
1. Dur osutkowy	12	136	333	1440	1477	623
2. „ brzuszny	190	264	154	288	214	143
3. Płonica	481	598	79	60	80	131
4. Krwawa biegunka	211	5"8	182	2437	178	112
5. Błonica i krup	103	110	55	69	83	63
6. Ospa	197	328	21	4	4	20
7. Odra	163	510	16	55	188	197
8. Grypa (*influenza*)	7	17	5	4	586	198
9. Zapalenie płuc włóknikowe	411	407	302	314	689	391
10. Zapalenie opon mózgowych (nagminne)	14	20	14	8	1	40

Zobaczymy teraz, jaka była śmiertelność wskutek chorób zakaźnych w ostatniem pięcioleciu przed wojną.

Rok	było zgonów	%	w tem dorosłych	%	dzieci do lat 10	%
1909	2328	15.0	656	4.2	1672	10.8
1910	2473	16.4	632	4.2	1841	12.2
1911	2273	14.7	626	4.1	1647	10.6
1912	1710	12.2	547	3.9	1163	8.3
1913	2113	14.1	546	3.7	1567	10.5

Wreszcie przedstawię śmiertelność wśród dzieci na choroby zakaźne od 0—10 roku życia w okresie przedwojennym za lat 5 i za cały okres wojny.

Rok	0—1 %	1—5 %	5—10 %
1909	3.6	6.1	1.1
1910	3.8	6.7	1.7
1911	2.6	6.4	1.6
1912	2.3	4.6	1.4
1913	2.0	6.5	2.0
1914	2.5	4.7	1 6
1915	2.4	6.4	1.8
1916	0.7	1.4	0.5
1917	0.4	1.6	0.8
1918	0.5	2.1	0.8
1919	1.0	2.2	1.0 [2])

Pozostaje nam rzucić okiem na śmiertelność mieszkańców m. Warszawy wskutek gruźlicy w roku sprawozdawczym, aby się przekonać, jakie spustoszenia zrobiła u nas wojna wśród tej części ludności, która nie brała w niej bezpośredniego udziału. Według danych urzędowych zmarło w 1919 roku wskutek gruźlicy we wszelkich postaciach 4856 osób, co stanowi 25,62 na sto zmarłych i 592,1 na 100,000 mieszkańców. I cyfry te mówią na korzyść 1919 r. w porównaniu z poprzedzającymi go. (Do 1-go lipca 1920 r. gruźlica we wszelkich postaciach zabrała 1825 ofiar). Przytoczę tylko statystykę zmarłych wskutek gruźlicy w latach 1917 i 1918 dla stwierdzenia słuszności mych przypuszczeń.

W 1917 [3]) zmarło 9158 osób, co stanowi 23,52 na 100 zmarłych i 974 na 100,000 mieszkańców; w tem dorosłych było 5798 (16,7%), a dzieci do lat 10 — 2360 (6,8%).

W 1918 r. zmarło 5945 osób, co stanowi 24,28 na 100 zmarłych i 783,9 na 100,000 mieszkańców; w tem było dorosłych 4534 (18,5%), a dzieci do lat 10-ciu 1417 (15,8%). Widzimy więc, że śmiertelność wskutek gruźlicy słabnie w ostatniem dwuleciu. Okoliczność ta jest wprost przeciwna temu, co się dało zauważyć w pierwszem dwuleciu wojny [4]).

Mimo poprawy poniekąd stosunków zdrowotnych, mimo zmniejszenia się liczby przypadków zasłabnięć na choroby zakaźne, jak również liczby zgonów wskutek tychże chorób i ogólnej liczby zgonów (w r. 1919 było wszystkiego 18.895 zgonów, w 1918 — 24.477, w 1917 — 34.693, w 1916 — 18.510, a w 1915 r. 21.193), mimo powrotu wielu ludzi do kraju, ludność m. st. Warszawy znacznie zmiejszyła się w porównaniu z latami przedwojennemi i wynosiła 1-go stycznia 1920 r. 925.670 osób płci obojga, z czego na 15 okręgów śródmiejskich, stanowiących terytorjum dawnej Warszawy, bez przyłączonych do niej w 1916 r. przedmieść, przypada 808.000 (1. stycznia 1914 r. Warszawa bez przedmieść liczyła 884.544 mieszkańców).

Tylko poprawa higjenicznych (mieszkaniowych), ekonomicznych i kulturalnych warunków życia pracującego ludu, lepsze odżywianie ogółu mieszkańców mogą się przyczynić do polepszenia zdrowotności i przywrócenia, z biegiem czasu, normalnego przedwojennego przyrostu naturalnego ludności naszego miasta.

Niech mi wolno będzie w tem miejscu podziękować p. I. Homolickiemu, kierownikowi biura statystycznego m. st. Warszawy, za udzielone mi pozwolenie korzystania odpowiednich źródeł dla napisania niniejszej pracy.

[1]) Mowa tu o śmiertelności Wielkiej Warszawy, składającej się z 26 okręgów; do roku 1916 było tylko 15 okręgów.

[2]) W ostatniej chwili udało mi się otrzymać statystyczne dane, tyczące się chorób zakaźnych za pierwsze półrocze roku 1920 Podług tych danych zmarło na choroby zakaźne w tym okresie 1352 osób, w tem: na grypę 526, na zapalenie płuc 228, na dur plamisty 194, na płonicę 75, na zapalenie opon mózgowych 24, na śpiączkę (*encephalitis letargica*) 24, na odrę 19, na ospę 15, na dur powrotny 4, na gorączkę powrotną 2.

[3]) Dane te odnoszą się do Wielkiej Warszawy.

[4]) Loco citato. Gazeta Lekarska 1919 r.

Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych.

Potrzeba omówienia spraw zdrowotnych naszych miast, zastanowienia się nad stosunkiem władz sanitarnych państwowych do samorządowych organizacji zdrowia, ujednostajnienia walki z chorobami zakaźnemi, podniesienia zdrowotności i związanych z nią urządzeń higjenicznych naszych miast — oto powód i cel zwołania Zjazdu, który odbył się w Warszawie od 28–30 stycznia br. Wzięło w nim udział 42 przedstawicieli organizacji samorządowych. Po przemówieniach przedstawicieli m. Warszawy i Rządu został wybrany przewodniczącym Zjazdu Dr. Janiszewski, b. minister zdrowia. Referaty wygłoszono następujące: Dr. W Bogucki: „Stosunek Rządu do samorządu w sprawach zdrowia publ. oraz organizacja służby zdrowia w samorządach i zakres ich działania“. Mowca poruszył w swym referacie potrzebę współdziałania władz rządowych i samorządowych, które, wobec jeszcze nienależytego zorganizowania, winny być poparte przez Rząd pod względem organizacyjnym i finansowym. Organy sanitarne samorządowe w poruczonym im zakresie winny działać samodzielnie, kontrola zaś nad ich zarządzeniami winna należeć do państwa.

Dr. Józef Polak: „O organizacji służby zdrowia w Państwie“; stosunek władz sanitarnych państwowych do samorządowych powinien być uproszczonym a odpowiedzialność ich ściśle określona. Miasta i Wydziały powiatowe powinny mieć własne komunalne organy zdrowia, którym powinny być poruczone pewne czynności państwowe w zakresie zdrowia.

Dr. Jan Kiszkiel: „O zasadach wytycznych służby weterynaryjnej w miastach polskich“. Samorządy miejskie powołane są do objęcia wszystkich spraw w zakresie służby weterynaryjnej, dlatego też powinno się utworzyć przy Magistratach osobne urzędy autonomiczne na wzór niedawno wprowadzonego w Warszawie. Rzeźnie, targowiska, stacje kontroli mięsa itp. nie powinny być uważane jedynie za źródła dochodowe.

Dr. Pawłowicz: „O kasach chorych i ich współdziałaniu ze samorządami“. Ze względu na potrzeby oszczędnościowe i brak personalu lekarskiego konieczne jest współdziałanie kas ze samorządami przy organizowaniu przychodni, aptek, laboratorjów, zakładów do fizykalnego leczenia, roentgenowskich, kolonji i półkolonji, szpitali i zakładów leczniczych.

Dr. J. Maleciński: „O zwalczaniu chorób zakaźnych w b. Kongresówce“ Mowca poruszył szereg bardzo ważnych postulatów, dotyczących zwalczania stale gnieżdżących się w naszych miastach chorób zakaźnych, na których urzeczywistnienie potrzeba w pierwszym rzędzie wyznaczenia w budżetach odpowiednich kredytów. Na pierwszy plan wysuwa się oczywiście odpowiednia organizacja służby zdrowia, dalej urządzenia dla celów uzdrowotnienia, statystyka, propaganda i urządzenie przychodni dla gruźlicy, jaglicy, chorób wenerycznych itd.

Dr. Makowski: „O zwalczaniu chorób zakaźnych na kresach“. Na kresach ma ono szczególniejsze znaczenie, są one bowiem źródłem tych chorób dla Państwa.

Dr. Wierusz: „O walce z chorobami zakaźnemi w b. zaborze pruskim“, które dopiero w czasie wojny się tam pojawiły; choroby te zwalcza się środkami miejscowemi, przyczem należy podnieść, że lekarz powiatowy jest tam niezależny od starosty.

Dr Legeżyński: „O chorobach zakaźnych i organizacji służby zdrowia we Lwowie“.

Dr. Bogucki mówił o epidemji duru osutkowego w związku z repatrjacją, podkreślając, że etapy w Baranowicach i Równem stały się ogniskami duru osutkowego, a mogą być niemi dla cholery. Wymagana jest ścisła kontrola przybywających i powołanie do akcji samorządów miejskich.

Dr. Gawłowski mówił „O zadaniach miast przy zaopatrywaniu w dobrą wodę“, przyczem przedstawił szereg żądań skierowanych do samorządów i organów rządowych, Dr. Bujwid zaś poruszył sprawę zaopatrzenia miast we wodociągi.

Inż. Wędrowski mówił o sposobach oczyszczania wody. Nad sprawą wody i czystości miast toczyła się ożywiona dyskusja.

Dr. Ciągliński: „Organizacja statystyki sanitarnej w miastach"; poruszył sprawę doniesień o zachorowaniach i skonach na choroby zakaźne, zbadania doniesienia, rejestracji przyczyn skonów, rozpoznawania przyczyn skonów przez lekarzy, którzy chorego nie widzieli; Dr. Heflich zaś mówił o wytycznych zasadach statystyki sanitarnej.

Prof. Limanowski mówił o reorganizacji urzędów stanu cywilnego, opowiadając się za wprowadzeniem świeckich urzędów stanu cywilnego dla całej Polski, co między innemi ma duże znaczenie dla wprowadzenia statystyki ruchu naturalnego ludności. Nad referatem tym przeprowadzono ożywioną dyskusję.

Dr. Szczodrowski przedstawił sprawę „Walki z nierządem i chorobami wenerycznemi", przyczem poruszył potrzebę zorganizowania przez samorządy na prowincji odpowiedniej pomocy lekarskiej dla wenerycznie chorych.

Dr. Szokalski mówił o „Walce z gruźlicą", podnosząc, że walka ta na ogół jest źle zorganizowana i domagał się, aby organy samorządowe zorganizowały na prowincji odpowiednie poradnie przeciwgruźlicze.

Dr. Budzińska-Tylicka: „Propaganda zasad higjeny przez samorządy miejskie".

Dr. Legeżyński przedstawił organizację kursów dla dezynfektorów. Trzydniowy Zjazd zakończył się uchwaleniem szeregu rezolucji opartych na wygłoszonych referatach.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy Małopolski w Krakowie.

Sprawozdanie skarbnika przedłożone i przyjęte na Walnem Zgromadzeniu w dniu 14. I. 1922.

Rok 1914 i 1915: Przychód 20.015 K. 91 h. (wkładki 4511·98 K.)
Rozchód 2.060 „ 66 „
Do przeniesienia na r. 1916 17.985 K. 25 h.

Rok 1916: Przychód 24.343 K. 37 h. (wkładki 5253 K.)
Rozchód 4.024 „ 85 „
Do przeniesienia na r. 1917 20.318 K. 52 h.

Rok 1917: Przychód 33.471 K. 17 h. (wkładki 5.957·50 K.)
Rozchód 3.921 „ 84 „
Do przeniesienia na r. 1918 29.549 K. 33 h.

Rok 1918: Przychód 36.768 K. 26 h. (wkładki 6.282 K.)
Rozchód 3.484 „ 04 „
Do przeniesienia na r. 1919 33.283 K. 82 h.

Rok 1919: Przychód 39.789 K. 74 h. (wkładki 5.848·50 K.)
Rozchód 4.292 „ 26 „
Do przeniesienia na r. 1920 35.497 K. 48 h.

Rok 1920: Przychód 28.802 M. 12 f. (wkładki 3402·40 M.)
Rozchód 620 „ 66 „
Do przeniesienia na r. 1921 28.181 M. 46 „

Rok 1921: Przychód 39.138 M. 95 f. (wkładki 10859 M.)
Rozchód 6.100 „ 60 „
Do przeniesienia na r. 1922 33.038 M. 35 f.

Fundusz im. Dra Juljana Niecia 65.800 Mk. Ogółem do przeniesienia na rok 1922 98.838 Mk. 35 f.

Sprawozdanie kierownika Kasy Pogrzebowej przedłożone i przyjęte na Walnem Zgromadzeniu w dniu 14. I. 1922.

Rok 1914. Przychód 2711 K. 43 h.
Rozchód 1870 „ 75 „
Do przeniesienia na r. 1915 840 K. 68 h.

Premij pogrzebowych wypłacono w kwocie 1830 K. (Mięsowicz, Bujalski, Edelheit, Klaran, Dorożyński)

W roku 1915 i 1916 Kasa Pogrzebowa nie była czynną.

Rok 1917: Przychód 14.377 K. 64 h.
Rozchód 10.070 K. 01 h.
Do przeniesienia na r. 1918 4.307 K. 63 „

Premij pogrzebowych wypłacono w kwocie 8250 K. (Zborowski, Tarchalski, Sałaban, Zauderer, Sobelsohn, Świderski, Schlank, Doboszyński, Katyński, Nowosad, Mischke, Bobkiewicz, Dobrowolski, Mańkowski, Wachnianin, Cymbler, Strumieński, Regiec, Bełzowski).

Rok 1918: Przychód 7.925 K. 75 h.
Rozchód 4375 K. 94 h.
Do przeniesienia na r. 1919: 3.549 K. 81 h.

Premji pogrzebowych wypłacono w kwocie 4.044 K. (Bilwin, Mantel, Karabiński, Berggrün, Bernacki, Dłużyński, Smolarski Władysław).

Rok 1919: Przychód 10.016 K. 15 h.
Rozchód 5.495 K. 94 h.
Pozostałość na r. 1920: 4520 K. 21 h.

Premji pogrzebowych wypłacono w kwocie 4800 K. (Herman, Ozimek, Przybyszowski, Czerny, Wehrn, Biesiadzki, Żędzianowski, Hoeflich).

Rok 1920: Przychód 33.481 Mk. 75 f.
Rozchód 23.884 Mk. 01 f.
Do przeniesienia na r. 1921 9.597 Mk. 74 f.

Premji pogrzebowych wypłacono w kwocie 21,769 Mk. 50 f. (Staniszewski, Bober, Łodziński, Śnieżek, Aronsohn Sam., Weissberg, Sołtysik Miecz., Terner).

Rok 1921: Przychód 592.780 Mk. 95 f.
Rozchód 516.890 Mk. 10 f.
Do przeniesienia na r. 1922 75.920 Mk. 85 f.

Premji pogrzebowych wypłacono w kwocie 495.000 Mk. (Karaś Tadeusz, Hodbod, Lustgarten Juljan, Siedlecki Jan, Mączka, Bukowski, Udziela, Nieć Juljan, Sermak, Lehman, Waligórski, Karnecki, Bażant).

Ogółem od 15 VII 1903 wypłacono premji pogrzebowych za 106 zmarłych członków 544.338 Mk. Obecnie członków 378 — premja pogrzebowa 70.000 Mk.

W rachunku bieżącym Poczt. Kasy Oszcz. Nr. 141.769 pozostaje na rok 1922 kwota 75.920 Mk. 85 f.

Stan głównej Kasy w dniu 31 XII 1921 r.:

Poczt. Kasa Oszcz., wyciąg kontowy Nr. 141 z 28 XII 1921	16.898 Mk. 28 f.
Książeczka wkładek Kasy Oszcz. Miasta Krakowa Nr. 234.168	6.840 Mk. 86 f.
Książeczka wkładek Kasy Oszcz. Miasta Krakowa Nr. 259.048	850 Mk. 23 f.
Książeczka wkładek Kasy Oszcz. Miasta Krakowa Nr. 323.876	545 Mk. 59 f.
Książeczka wkładek Powiat. Kasy Oszcz. w Krakowie Nr. 130.738	65800 Mk. — f.
Książeczka wkładek Powiat. Kasy Oszcz. w Krakowie Nr. 58.441	7202 Mk. 95 f.
Książeczka wkładek Banku Kraj., filji w Krakowie Nr. 18.698	700 Mk. 31 f.
W kasie podręcznej skarbnika	— Mk. 13 f.
Razem:	98.838 Mk. 35 f.

Dr. *Grzegorz Grzybowski*, skarbnik Związku i kierownik Kasy Pogrzebowej.

Wiadomości bieżące.

Paryska Akademja medyczna wybrała p. Curie-Skłodowską na stanowisko członka Akademji. Dla dokonania wyboru przybyła na posiedzenie niezwykle wielka liczba członków Akademji.

Lwów.

VI. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się dnia 17 lutego o godz. 6-tej w Poliklinice, ul. Lindego.

Pokazy: 1. Kol. Hilarowicz. Przedstawienie przypadków wrzodu żołądka, leczonych operacyjnie.

Wykłady: 2. Kol. Tadeusz Ostrowski. O nowoczesnych sposobach leczenia ran. 3. Kol. Demianowski. Dzieci anormalne.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Liga walki ze śmiertelnością dzieci zwołuje Zjazd międzynarodowy Opieki nad Matką i Dzieckiem do Paryża na dzień 6, 7 i 8 lipca 1922 r.

Prezydjum zjazdu stanowią: P. Strauss, członek Akademji i senator, minister Opieki i Higjeny publicznej, jako prezes Komitetu. Dr Lesage, sekretarz główny. Dr. Grasset, Dr. Leliévre, Dr. Schreiber, sekretarze. Dr. Cruveilhier, skarbnik.

Program Zjazdu:

I Sekcja: Opieka nad matką przed porodem: 1. Porady dla ciężarnych, dr. Devraigne. 2. Organizacja połogu w domu, p. Chaptal.

II Sekcja: Opieka nad matką karmiącą: 1. Przyjmowanie matek karmiących do szpitala podczas wojny, pani Pallu. 2. Opieka nad robotnicą karmiącą, pani Letellier. 3. Przytułki dla matek karmiących, hr. Hocquart de Turtot i dr. Schreiber

III. Sekcja: Opieka nad dzieckiem, odłączonem od matki: 1. Wychowanie w zakładach, dr. Théroude. 2. O dziecku rodziców gruźliczych, dr. Armand-Delille.

IV. Sekcja: Stacje opieki i poradnie: 1. Udział towarzystw prywatnych w opiece nad matką i dzieckiem, p. Desvouges. 2. Znaczenie poradni dla niemowląt dla zastosowania przepisów Stacji Opieki, p. Marois. 3. Hygjenistki wieku dziecięcego, dr. Chatin.

Towarzystwa zagraniczne są proszone o przyjęcie udziału przez wysłanie odpowiednio upoważnionych delegatów. Każdy członek Zjazdu, jeżeli chce wygłosić odczyt, musi zgłosić go wcześniej u Sekretarza Głównego Zjazdu. Komitet Pań zajmie się przyjęciem żon członków Zjazdu.

Klinika chorób dzieci Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie przyjmuje zgłoszenia i jest upoważniona do utworzenia Komitetu Polski. Wkładka wynosi: dla osób prywatnych 20 franków, dla stowarzyszeń 10 franków.

Warszawa.

Wobec utworzenia na Zjeździe Okulistów polskich Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, jednoczącego wszystkich okulistów polskich, istniejące dotychczas w Warszawie pod tą nazwą towarzystwo zmieniło nazwę na „Warszawskie Towarzystwo Okulistyczne". Na posiedzeniu organizacyjnem w dniu 30-ego stycznia powołano na przewodniczącego dotychczasowego prezesa kol. B. Gepnera, na wiceprezesa prof. K. Noiszewskiego, na sekretarza kolegę B. Koziorowskiego i na bibljotekarza kolegę M. Stępkowskiego.

Wkładkę członkowską na I-sze półrocze ustanowiono w sumie 1000 marek.

Ogłoszenie konkursu.

Na podstawie upoważnienia Ministerstwa Zdrowia Publicznego z 20 stycznia b. r. Nr. Z. 37637|9521|21 ogłasza się niniejszem **konkurs na stanowisko kierownika pracowni roentgenologicznej w Państwowym Szpitalu Powszechnym we Lwowie w VII. stopniu służbowym.**

Podania udokumentowane dowodami: 1) obywatelstwa Polskiego, 2) prawa do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, 3) uzdolnienia zawodowego do objęcia wspomnianej posady winny być wniesione na ręce Dyrekcji Państwowego Szpitala Powszechnego we Lwowie najdalej do dnia 15. marca 1922 r.

Dyrektor szpitala
Dr. Krzyżanowski.

Zaproszenie do Subskrypcji!

Spółka wydawnicza lekarska
Spółka z ogr. odp.
Kraków — Lwów — Warszawa.

Pragnąc rozszerzyć łamy naszego pisma i oprzeć je na szerszej finansowej podstawie, postanowiliśmy utworzyć Spółkę z ogr. odp. która miałaby za zadanie wydawanie «POLSKIEJ GAZETY LEKARSKIEJ» oraz innych czasopism, odczytów, monografji, podręczników i dzieł naukowych. Kapitał Spółki wyniesie na razie 15,000.000·— Mp. rozłożonych na 1500 udziałów po 10.000 Mp.

Udziały zgłaszać mogą przedewszystkiem lekarze i organizacje lekarskie. Zgłoszenia na udziały prosimy przesłać deklaracji załączonej w poprzednim numerze, a gotówkę prosimy przesłać załączonym czekiem P. K. O. lub przekazać przez Bank Małopolski w Krakowie (Rynek), we Lwowie ul. 3-go Maja 10, w Warszawie, ulica Marszałkowska 154 na rachunek **Spółki wydawniczej lekarskiej we Lwowie.**

Ostateczny termin zgłoszeń oznacza się na dzień 25 lutego 1922.

W dniu 5 marca odbędzie się organizacyjne Walne Zgromadzenie, wybór władz t. j. Rady Nadzorczej, Dyrekcji i t. d. Udziałowcy odpowiadają tylko swoimi udziałami i uczestniczą w zyskach przedsiębiorstwa od dnia 1-go stycznia 1922.

ZAŁOŻYCIELE:

Prof. Dr. St. Ciechanowski Kraków, Prof. Dr. M. Franke Lwów, Prof. Dr. K. Groer Lwów, Prof. Dr. W. Nowicki Lwów, Prof. Dr. A. Rosner Kraków, Dr. W. Szumlański Warszawa, Dr. J. Szmurło Warszawa, Dr. Cz. Stankiewicz Warszawa, Dr. B. Wojciechowski Kraków, H. Altenberg Lwów, E. Wende i Ska Warszawa, Tow. akc. «IGNIS» Warszawa.

UWAGA: Wszystkich Kolegów, ktorzy zgłosili w swoim czasie udziały dla Tow. akc. «IGNIS» w Warszawie, upraszamy uprzejmie ze względów formalnych o ponowne wypełnienie załączonej deklaracji.

Dr. Wład. Janowski, Dr. Jan Szmurło, Dr. Wit. Szumlański.

Warszawa, 1 lutego 1922.

Nr. 8 19. lutego 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Seweryn Sterling. Łódź.

Przyśpieszone osadzanie się krwinek czerwonych, jako objaw stanu czynnego gruźlicy.

Przy badaniach fizjologicznych oddziela się krwinki[1] białe od czerwonych za pomocą dodawania do krwi końskiej cytrynianu sodu, który znosi krzepliwość; w tej krwi krwinki czerwone opadają natychmiast na dno naczynia. We krwi ludzkiej to osadzanie się krwinek zachodzi bardzo wolno; zdarzają się jednak przypadki, w których zjawisko to odbywa się szybciej; czasem, zadziwiająco szybko; pojawia się to przyśpieszone osadzanie się krwinek czerwonych ludzkich w przebiegu wielu schorzeń.

Technika badania tego zjawiska nie jest ustalona; jedni badacze używają w tym celu większych ilości krwi (10 ctm.^{3}) ,inni, mniejszych (0,8 ctm.^{3}); używane też bywa różne instrumentarjum i różnie oceniamy stosunek przebiegu osadzania się do czasu.

W moich badaniach posługiwałem się metodyką Starlingera. Z żyły okolicy łokciowej, na krótką chwilę (10 do 15 sekund) przewiązanej, wyciągany 0,8 ctm.^{3} krwi, którą wlewamy do probóweczki, mającej na dnie 0,2 ctm.^{3} trzyprocentowego roztworu cytrynianu sodu; próbówkę, zatkaną palcem, odwracamy wolno, raz jeden, otworem ku dołowi, by zmieszać krew z cytrynianem (kropelkę krwi z palca należy wytrzeć o otwór, by spłynęła do środka). Używana w tym celu próbówka ma średnicy w świetle 5 mm.; ze strony otworu ma podziałkę odpowiadającą 1 ctm.^{3} zawartości; niżej ku dołowi ma jeszcze trzy podziałki, odpowiadające 6, 12 i 18-stu milimetrom oddalenia od podziałki górnej.

Szybkość osadzania się krwinek czerwonych mierzymy ilością minut, jakie upływają od chwili nastawienia mieszaniny krwi i cytrynianu sodu, aż do zrównania się gęstego osadu z poziomem kolejnych trzech podziałek. Linja tego poziomu jest bardzo wyraźna: płyn ponad nią jest przeźroczysty; zdarza się jednak (w moim materjale w 10% badanych przypadków), że osiadanie nie następuje stopniowo: odrazu tworzą się kłaczki niekształtne, unoszące się w płynie czerwonawym (hemoliza), a w chwili wyjaśnienia się płynu i utworzenia wyraźnej linji demarkacyjnej poziomej, krwinki osiadły już były niżej drugiej, nawet niżej trzeciej podziałki. W tym razie nie udaje się określić czasu osiągnięcia przez osad kolejnych podziałek. (Patrz przypadki 51, 92, 100, 105, 106 tablicy).

Prawidłem jest osadzanie się krwinek w warstwie dobrze ograniczonej: bardzo powoli u ludzi zdrowych, szybko, czasem bardzo szybko, w stanach chorobowych; w ostatnim przypadku nasuwa się porównanie do „topnienia" śniegu.

Odczytywanie wyniku po upływie pewnego; stale umówionego czasu, np. po godzinie, jak to radzą niektórzy badacze, nie prowadzi do celu, przynajmniej, jeśli chodzi o dalsze okresy suchot płucnych lub o czynną gruźlicę pozapłucną.

Opisana metoda badania daje wyniki tak wyraźne i niedwuznaczne, różnica w szybkości osadzania się krwinek czerwonych bywa tak wybitną, jak rzadko w której innej z metod badania bjologicznego. Dlatego sama technika nie może być źródłem omyłek.

Jak powiedziałem, badanie polega na notowaniu czasu (w minutach), w ciągu którego poziom osadu opuści się, kolejno, o 6, 12 i 18 mm. Chcąc w jednej liczbie wyrazić ogólny wynik szybkości osadzania się krwinek czerwonych danej krwi, Starlinger wyprowadza średnią arytmetyczną z trzech otrzymanych liczb. W tablicach niżej podanych oznacza ją symbol S. = *Sedimentatio*. Nie daje jednak S. pojęcia o przebiegu osadzania; jest jedynie skrótem używanym dla wygody. Jaką wartość ma krzywa przebiegu osadzania się krwinek czerwonych, a ma ją niewątpliwie, musi być dopiero rozstrzygnięte przez dalsze spostrzeżenia. Przy badaniach tego rodzaju wypadnie użyć techniki nieco odmiennej: Krew wciągnąć do strzykawki dwugramowej, zawierającej 0,4 cm^3 cytrynianu sodu, by jak najszybciej zmieszać oba płyny. Mieszaninę, wypuszczoną na szkiełko wgłębione, wciągnąć do pipetki o drobnej podziałce; dolny otwór pipetki zacisnąć palcem aż do chwili zalepienia otworu górnego np. plasteliną. Drobne podziałki pozwolą na dokładniejsze określenie w czasie przebiegu osadzania się.

Niezbyt liczne badania szybkości osadzania, dotad wykonane, pozwoliły na wnioski następujące:

1. Szybkość osadzania się krwinek czerwonych jest dla danego osobnika zdrowego wielkością stałą; pomiary powtarzane dawały różnice znikomo małe.

2. Zdaje się, że ta sama stałość trwa w przebiegu choroby, o ile w stanie chorego nie zaszła zmiana.

Krew kobiet zdrowych daje S. niższe, aniżeli krew mężczyzn zdrowych. W stanach chorobowych ta różnica płci zaciera się; przy znacznem przyśpieszeniu osadzania się znika zupełnie.

Krew ludzi starych osadza się szybciej, niż ludzi młodych.

3. Obliczenia Starlingera dają: dla mężczyzn zdrowych przeciętną S. = 332, dla kobiet S. = 182.

Jednak już liczby niższe, aniżeli 200 dla mężczyzn, a niższe, aniżeli 100 dla kobiet; należy uważać za wyraz jakiegoś istniejącego schorzenia.

4. Przyspieszone osadzanie się krwinek czerwonych stwierdzono dotąd: podczas ciąży i miesiączki, w przebiegu cierpień kiłowych mózgu; w przebiegu kiły, szczególnie drugorzędnej; w przebiegu zimnicy, gośćca, chorób nerkowych i wątrobowych, w przebiegu gorączek różnego pochodzenia, przy stwardnieniu naczyń, wreszcie, przy gruźlicy.

Metodę osadzania się do badania krwi niekrzepnącej stosował E. Biernacki w r. 1894 w swych badaniach, mających na celu określenie objętości ciałek czerwonych; niekrzepnięcie krwi osiągał przez dodawanie szczawianu sodu. W tej pracy Biernacki już zwraca uwagę na to, że „dzielenie się krwi na dwie ostro odgraniczone warstwy: górną, słabo—żółte osocze, względnie surowicę, i dolną, czerwone ciałka krwi", występuje w niektórych przypadkach już po pół godzinie; że „szybkość osadzania bywa różną"; że „w tym względzie zachodzi charakterystyczna różnica pomiędzy krwią normalną i patologiczną".

Nie badał jednak Biernacki różnic w szybkości osadzania się w związku z różnemi stanami patologicznemi. Zbadał natomiast różnicę w szybkości osadzania się krwi nieodwłóknionej i odwłóknionej i doszedł do wniosku, że „we krwi nieodwłóknionej osadzanie się zachodzi daleko szybciej, niż we krwi odwłóknionej".

Pierwszym badaczem, który opisał przyspieszone opadanie krwinek czerwonych w zależności od stanu chorobowego, był Dr. Hirszfeld, w r. 1917. Spostrzegł on to zjawisko we krwi chorych na zimnicę, głównie na charłactwo zimnicze, i wypowiedział przypuszczenie, że tosamo zjawisko występować musi i w innych postaciach niedokrwistości.

W roku następnym opisał zależność szybkości osadzania się krwinek czerwonych od różnych stanów patologicznych szwed Fåhraeus w r. 1918; dotąd tej sprawie poświęcono kilkanaście prac naukowych.

Przyśpieszenie osadzania się ma zależeć od zwiększenia się we krwi ilości fibrynogenu; to zaś jest wynikiem rozpadu tkanek (przyczem rozpad ciałek krwi jest równoznaczny z rozpadem innych tkanek).

Zjawisko osadzania się krwinek jest zjawiskiem auto-aglutynacji; jego zależność od ilości fibrynogenu stara się wyjaśnić Starlinger. Dla braku miejsca muszę pominąć streszczenie jego hypotezy. Łańcuch zależności, zachodzących w zjawisku omawianem, tak przedstawia: rozpad tkanki, fibrynogen, ułatwione zlepianie się krwinek czerwonych, przyśpieszone osadzanie się. L.

L. Hirszfeld uzależnia przyśpieszone osadzanie się krwinek czerwonych od hypoglobulji.

Ubocznie popiera teorję zależności szybkości osadzania się krwinek czerwonych od ilości fibrynogenu we krwi fakt stałego znajdywania we krwi kobiet zdrowych większych ilości fibrynogenu, aniżeli we krwi mężczyzn.

W związku zaś z poruszonem w tej pracy zagadnieniem gruźlicy, ważną jest praca Frischa, który wykazał we krwi chorych na gruźlicę zwiększanie się ilości fibrynogenu równoległe z postępem zniszczenia swoistego. Że zaś krew chorych na gruźlicę zawiera wogóle ilość fibrynogenu większą, niż krew normalna, pierwszy wykazał Moraczewski, w r. 1903.

Wyniki badań, jakie, wspólnie z mymi współpracownikami, przeprowadziłem w 107 przypadkach chorobowych, zawierają trzy tablice, uwzględniające: rozpoznanie kliniczne, wiek, płeć chorych i cyfry szybkości sedymentacji.

Nie mogąc, dla braku miejsca, podać tablic *in extenso*, przyłaczam z każdej po kilka przypadków.

Zestawienie szybkości osadzania się krwinek czerwonych z objawami klinicznemi pozwala na wnioski następujące:

1. Fakt przyśpieszenia osadzania się nie jest objawem swoistym.

Co najwyżej, posłuży do odróżnienia stanu zdrowia od stanu schorzenia wogóle; być może, do odróżnienia schorzeń organicznych od czynnościowych i, z wieloma zastrzeżeniami, do wykrycia udawania (symulacji) cierpień organicznych.

2. Obniżone S. nie jest objawem, na podstawie którego wolno rozpoznać gruźlicę.

3. Normalne S. wyklucza obecność gruźlicy, jako przyczyny spostrzeganych objawów chorobowych.

4. Niewielkie przyspieszenie osadzania się krwinek czerwonych zdaje się wykluczać obecność spraw postępujących, pneumonicznych, serowacenia.

5. Przyśpieszone osadzanie się krwinek czerwonych nie jest objawem właściwym jednej jakiejś postaci klinicznej suchot płucnych; w przebiegu każdej postaci suchot można wykryć niskie cyfry dia S., zależnie od odbywającego się postępu sprawy chorobowej.

6. Obecność i natężenie spraw gruźliczych czynnych oceniamy obecnie przedewszystkiem przez śledzenie toru ciepłoty (jako najuchwytniejszego objawu gorączki). Ten wskaźnik zawodzi w niektórych postaciach suchot płucnych (i, częściej, gruźlicy pozapłucnej). Prototypem przebiegu bezgorączkowego są np. suchoty starców. Klinika francuska wyróżnia postać: *phtisis pulmonum ulcero-fibrosa cachectisans*, przebiegającą bez podniesienia ciepłoty, a zależną od postępu sprawy gruźliczej, W takich przypadkach określanie S. wprowadza nowy, ważny czynnik rozpoznawczy.

Ważniejszym jest jednak fakt, że w przebiegu gruźlicy nie pozostaje S. w żadnej zależności od wysokości ciepłoty. Najwyższe S. otrzymywaliśmy w przypadkach bezgorączkowych, lub, co najwyżej, podgorączkowych, zarówno w gruźlicy płucnej, jak i pozapłucnej. Odpowiadały one postępowi objawów ogólnych: wychudnięcia, wyczerpania, osłabienia.

Dlatego, jak się zdaje, określenie S. może mieć przy poszukiwaniu objawów gruźlicy czynnej wartość wyższą od określania toru ciepłoty.

7. Gruźlica pozapłucna, przynajmniej ludzi starszych (takich tylko badaliśmy), daje zawsze bardzo niskie S.

Dlatego, oceniając wartość kliniczną S., należy wykluczyć obecność gruźlicy pozapłucnej, więc przedewszystkiem: zapalenia wysiękowego opłucnej (skąd, widocznie, zostaje w dużych ilościach do krwi wessany fibrynogen, pochodzący z rozpadu krwinek białych) i ropienie gruźlicze.

7. Stwierdzenie obecności gruźlicy (przedewszystkiem wykazanie kiedykolwiek obecności lasecznikówKocha w plwocinie) przy względnie wysokiej cyfrze S. daje prawo do rozpoznania *phtisis pulmonum stationaris.*

8. Wznoszenie się cyfr S. w przebiedu suchot jest wyrazem poprawy stanu płuc.

W przypadkach 73 i 91 pod wpływem odmy piersiowej sztucznej otrzymaliśmy wzrost S. o 50 % i 250 % (tak jak w przypadku 26), równolegle do poprawy ogólnej.

	Rozpoznanie	Wiek.	Płeć.	Szybkość osadzania się w minut.			S. =
				6 mm.	12 mm.	18 mm.	
	I. Schorzenia różne.						
1.	Emphysema pulmonum	47	M	125	200	179	169
3.	Diabetes insipidus	26	K	66	95	170	110
5.	Lues secundaria, Meningitis specifica	23	M	13	10	200	81
17.	Carcinomatosis	40	M	8	12	55	25
19.	Cirrhosis renum secundaria	25	K	12	15	25	17
25.	Erythema nodosum	38	K	5	7	4	5
	Casus idem. Amelioratio			11	8	10	10
26.	Rheumatismus artic. ac. Pleuritis rheum.	22	K	6	1	1	3
	Casus idem. Amelioratio			10	6	9	8
	II. Phtitis pulmonum.						
27.	Obsoleta	22	K	38	122	588	249
28.	Incipiens, stationaris	22	M	307	50	208	188
29.	Suspitium	24	M	163	165	225	168
33.	Confirmata, fibrosa. Bronch. asthmatica	38	M	62	92	216	120
40.	Incipiens	22	M	67	63	110	80
43.	Incipiens. Haemoptysis	19	M	95	55	55	68
44.	Incipiens, progrediens	21	M	26	75	70	67
48.	Confirmata, fibroso-caseosa	17	M	23	32	70	42
	Casus idem. Status idem.			29	30	55	38
51.	Confirmata, fibroso-caseosa	47	M	—	—	96	32
52.	Incipiens, progrediens	14	K	21	24	32	28
55.	Incipiens, progrediens	42	K	32	14	35	27
58.	Confirmata, fibroso-caseosa	40	K	20	17	28	18
67.	Consummata	32	M	13	10	13	12
71.	Confirmata, cum pneumothorace	23	K	11	10	11	11
72.	Incipiens, cum laringitide tub.	20	M	12	8	10	10
73.	Confirmata, fibroso-caseosa	45	K	10	5	15	10
	Casus idem. Amelioratio post pneumothoracem artif.			14	8	23	15
76.	Incipiens, progrediens	30	M	10	10	8	9
85.	Consummata	28	M	7	7	6	7
91.	Consummata	20	M	3	3	2	3
	Casus idem. Amelioratio post pneumothoracem artific.			8	7	10	8
92.	Consummata	19	K	—	—	10	3

	III. Tuberculosis extrapulmonalis.						
93	Caries ulnae tuberculosa	16	M	31	28	60	38
94.	Pleuritis tuberculosa	19	M	32	11	8	19
100.	Lymphomata colli tuberculosa	30	M	—	—	19	6
105.	Coxitis tubercul. Fistula femoris	27	K	—	—	12	4
106.	Pleuritis tuberculosa	29	M	—	—	10	3

Rzekome pogorszenie, mierzone przez obniżanie się S., może zależeć od, tak częstego w przebiegu leczenia odmą, powikłania przez wysięk opłucnowy.

R e s u m é. Badanie przyśpieszonego osadzania się krwinek czerwonych jest metodą kliniczną dostępną dla lekarza praktyka. W zakresie gruźlicy zapowiada zbogacenie metod: odróżniania gruźlicy czynnej od nieczynnej; śledzenia przebiegu zmian gruźliczych czynnych; ustalania rokowania w zakresie przebiegu spostrzeganego w danej chwili skoku choroby. Przyśpieszone osadzanie się jest tak, jak np. gorączka, właściwe wielu zaburzeniom. Korzystać z tego objawu w klinice należy w związku z innemi istniejącemi współcześnie objawami, swoistemi i nieswoistemi.

Piśmiennictwo.

Piśmiennictwo, z którego korzystałem bezpośrednio: B e n i n g h o f. Klinische Untersuchungen ueber die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen im Zitratblut. M. m. W. 1921. N. 41. E. B i e r n a c k i. O stosunku osocza do ciałek czerwonych we krwi krążącej i o wartości różnych metod oznaczania ogólnej objętości krążków. Pam. Tow. Lek Warsz. r. 1894. F r i s c h. Ueber Bluteiweissuntersuchungen bei Tuberculose. Beitr. zur Klinik der Tub. 1921. Tom. 48. Zeszyt 2. F r i s c h i S t a r l i n g e r. Ueber die klinische Verwertung der Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten bei der Lungentuberculose. Med. Klinik. 1921. N. 38 i 39. L. H i r s z f e l d. Ueber ein neues Blutsymptom bei Malariakrankheiten. Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte 1917 Nr. 31. P l a n t. Untersuchungen über die Senkungsgeschwindigkeit der Blutkörperchen bei Nerven- und Geisteskrankheiten. M. m. W. 1921. N. 10. P o p p e r i W a g n e r. Ueber die Sedimentierungsgeschwindigkeit des Luetikerblutes. Med. Klinik 1920. N. 36. S a c h s i O e t t i n g e n. Zur Biologie des Blutplasmas M. m. W. 1921. N. 12. S t a r l i n g e r. Ueber Agglutination und Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten. Biochem. Z. 1921. Tom. 114. — Ueber Agglutination und Senkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten II. Mitteilung. Biochem. Z. 1921. Tom. 122. — Ueber das Flockungsvermögen des menschlichen Blutplasmas. Biochem. Z. 1921. Tom. 123. W e s t e r g r a e n. Ueber Suspensionsstabilitat des Blutes bei Lungentuberkulose. Beitr. zur Klinik d. Tub. 1921. Tom 46 Zeszyt 2.

Dr. Marja Demianowska, asyst. kliniki. Lwów.

Obustronne porażenie nerwu promieniowego w przypadku wiądu rdzenia.

Z ambulatorjum dla chorób nerwowych Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
(Dyr. Prof. H. H a l b a n).

Do tutejszego ambulatorjum chorób nerwowych zgłosił się w styczniu r. 1920. N. L. izraelita, lat 50 liczący, z powodu porażenia obu nerwów promieniowych.

Badany podaje, że porażenie to wystąpiło nagle przed trzema dniami. W poczekalni kolejowej, zmęczony i zmarznięty, drzemiąc, podkładał pod głowę naprzemian to jedną to drugą rękę. Trwało to około $1-1\frac{1}{2}$ godziny. Po przebudzeniu się zauważył, że zupełnie nie może poruszać rękami przy zachowanej ruchomości w barku i w stawie łokciowym. Badany podaje w wywiadach, że chorób zakaźnych nie przechodził, alkoholu nigdy nie używał. Od dłuższego czasu cierpi na zaburzenia pęcherzowe, a mianowicie odczuwa częste parcie na mocz z uczuciem kłucia w okolicy pęcherza; czasem mocz sam odchodzi. Od 15-tu lat występują u niego napadowe bole w kończynach dolnych, które uważa za bole gośćcowe. Początkowo usadowione były te bole w stopie a zwłaszcza w dużym palcu, obecnie zajmują całe obie dolne kończyny. Kiły wedle zapodań nie przechodził.

Przedmiotowe badanie wykazuje: źrenice szerokie, prawa nieokrągła, węższa od lewej, obie wcale nie oddziaływują na światło, na akkomodację słabo. Pozostałe nerwy mózgowe nie wykazują zmian; odruchy okostnowe zachowane i równe, odruchy kolanowe utrzymane, lewy jednak znacznie słabszy od prawego, odruchy ze ścięgna Achillesa: prawy utrzymany, lewy ledwie zaznaczony. Objaw R o m b e r g a dodatni. Bezład dolnych kończyn, zwłaszcza lewej, przy trudniejszych próbach zaznaczony. Podobnie zachowuje się także kończyna górna lewa. Na piersiach stwierdza się wysepkowe znieczulenia, na stopach i podeszwach zaś opóźniony odczyn czuciowy. Czucie głębokie jest bez zmian.

W zakresie nerwów obwodowych rdzeniowych stwierdzono typowe uciskowe porażenie obu nerwów promieniowych bez naruszenia funkcji mięśni trójgłowych. Obie kończyny górne ustawione w stawach nadgarstkowych w zgięciu dłoniowem, palce zgięte w stawach dłoniowo-członowych, kciuk przywiedziony do palca drugiego. Wyprostowanie rąk w stawie nadgarstkowym i palców w stawach dłoniowo-członowych niemożliwe, również niemożliwe wyprostowanie i odwiedzenie palucha i ruchy boczne w nadgarstku. Prostowanie palców w pierwszym i drugim stawie międzyczłonowym, jak również oddalanie i zbliżanie palców jest możliwe po uprzedniem biernem wyprostowaniu rąk. Zginanie palców nadgarstka i łokcia zachowane, tylko, jak zwykle w tego rodzaju przypadkach, ze słabą siłą. Wszystkie rodzaje czucia na grzbiecie rąk i palców w stosunku do ramienia są obniżone, wszystkie zaś pnie nerwowe kończyn górnych tkliwe na ucisk. Pobudliwość obu nerwów promieniowych na prąd elektryczny nieznacznie jest obniżona, bez zmian jakościowych. W a s s e r m a n n we krwi dodatni. R o z p o z n a n i e: Obustronne obwodowe porażenie nerwu promieniowego w przebiegu wiądu rdzenia.



Zastosowano elektryzowanie obu kończyn górnych i wstrzyknięcie rtęci; w przeciągu trzech miesięcy nastąpiła poprawa. Chory porusza rękami, może pracować, tylko siła motoryczna w obrębie mięśni zaopatrywanych przez nerwy promieniowe słaba. Chory skarży się w dalszym ciągu na zaburzenia pęcherzowe i bole w kończynach. Przedmiotowo stwierdza się te same objawy wiądu, co przy pierwszem badaniu.

Przypadek ten budzi zainteresowanie ze względu na rzadkość, z jaką występują obustronne porażenia nerwu promieniowego wogóle, a w przebiegu wiądu rdzenia w szczególności. Porażenia takie obustronne zdarzają się, podobnie jak i jednostronne, skutkiem urazu lub ucisku u osobników, u których odporność nerwów obwodowych na szkodliwości zewnętrzne została obniżona nadużyciem alkoholu, w następstwie chorób zakaźnych, pod wpływem wyniszczenia i t. p. Występują one obustronnie w przypadkach gdzie uraz zadziałał ze stron obu, jak n. p. u umysłowo chorych po skrępowaniu, podczas operacji wskutek ucisku krawędzi stołu na oba pnie nerwowe i t. p.

W przebiegu wiądu rdzenia częściej stosunkowo zdarzają się zajęcia nerwów mózgowych, najczęściej przychodzi do porażeń mięśni ocznych i zaniku nerwu wzrokowego. Do rzadkich natomiast przypadków należą uszkodzenia nerwów obwodowych rdzeniowych. Stosunkowo jeszcze najczęstrze są porażenia nerwu strzałkowego skutkiem ucisku przez zmienione wiądowo stawy lub z powodu urazów innego pochodzenia (F i n k e l b u r g, B ö r n s t e i n). W piśmiennictwie znaleźć można pojedyńcze opisy porażeń rozmaitych grup mięśniowych z zanikami, jak n. p. mięśni zaopatrywanych przez nerwy nad i pod-grzebieniowe łopatki (B e r n h a r d t, B ö r n s t e i n), zaniki mięśni ręki i mięśni wyprostnych ramienia

(Wagner), mięśni zaopatrywanych przez nerw goleniowy (Ferenczy). Berntröger widział obustronne porażenie nerwu promieniowego po upadku u tabetyka. W cztery lata po wyleczeniu ponowny uraz spowodował po raz drugi porażenie z rozległemi zanikami i znieczuleniami. Jeden przypadek takiego obustronnego porażenia nerwu promieniowego spostrzegał Marie.

Za przyczynę tego rodzaju porażeń uważają autorowie, jak Ferenczy, Wagner, Seiffer, obwodowe zapalenie nerwów, komplikujące schorzenie sznurów tylnych. Seiffer przypuszcza także możliwość schorzenia korzonków. Westphal znalazł przy badaniu anatomicznem jednego z przypadków porażeń nerwu strzałkowego zmiany wsteczne, o charakterze zwyrodnienia w bocznej grupie komórek rogów przednich po tejsamej stronie w odcinkach lędźwiowych i krzyżowych rdzenia. Kwestją zachowania się nerwów obwodowych w przebiegu wiądu rdzenia zajmował się także Gumpertz w tym kierunku, że badał skrawki skóry z okolic zajętych przez znieczulenia. Znachodził on w niektórych przypadkach nerwy normalne, w innych natomiast wybitnie zdegenerowane włókna nerwowe. Autor uważa te zmiany za bezpośredni wynik procesu wiądowego.

Podobne zmiany zwyrodnienia i odżywcze były prawdopodobnie podstawą do wystąpienia porażenia i w naszym przypadku. Wobec braku jakiejkolwiek innej podstawowej przyczyny tego schorzenia przyjąć należy, że skutkiem procesu wiądowego nerwy obwodowe uległy zmianom odżywczym i stały się mniej odporne na szkodliwości zewnętrzne, tak, że wystarczył stosunkowo nieznaczny uraz, jakim był w tym wypadku ucisk na pnie nerwowe przez głowę śpiącego, aby doprowadzić do obustronnego porażenia.

---

† Dr. Bohdan Korybut Daszkiewicz. Warszawa.

Gruźlica serca u dzieci.

Według odczytu w Tow. Lekarskiem Warszawskiem i Polskiem Tow. Pedjatrycznem.

W pracy mej, pod tytułem: „Uwagi i wnioski, oparte na 135-ciu badaniach pośmiertnych dzieci, zmarłych na oddziale własnym", wydrukowanej w roku 1917 (Przegląd Pedjatryczny Tom VII), przytoczyłem opis krótki niezwykle ciekawego i rzadkiego przypadku gruźlicy serca u dziecka; ponieważ wtedy poprzestałem tylko na możliwie krótkiej notatce i zastrzegłem sobie, że w pracy oddzielnej sprawie tej czasu więcej poświęcić zamierzam, czynię to dziś ze względu i na rzadkość przypadku owego i na ważność samej sprawy, która aczkolwiek, jak twierdzi wielu autorów, należy do rzędu niezwykle rzadkich chorób wieku dziecięcego, jednak w zupełności zasługuje na poświęcenie jej chwil kilku.

Zajmując się przeszukiwaniem odnośnego piśmiennictwa, trafiłem na bardzo gruntowną pracę Zimnickiego z Piotrogrodu, który wykonał ją w pracowni anatomo-patologicznej prof. Bendy w Berlinie; danemi, z pracy tej pochodzącemi, wypadnie mi się nieraz posiłkować.

Że do wielkich rzadkości wśród różnorodnych umiejscowień sprawy gruźliczej należy zajęcie przez nią serca, a względnie mięśnia sercowego — wymownie świadczą przytoczone przez Zimnickiego dane statystyczne, według których np. Cless przy badaniu pośmiertnem 152 zwłok zmarłych na gruźlicę, ani razu nie spotkał się z jej umiejscowieniem w mięśniu sercowym, to samo spostrzegał i Fuengel w 173 przypadkach; Chambres przy wykonywaniu aż 2161 badań pośmiertnych zmarłych na gruźlicę, znalazł odpowiednie ogniska w mięśniu sercowym tylko 2 razy, Willigk przy badaniu pośmiertnem podobnych zmarłych aż 1845 oblicza % udziału mięśnia sercowego w tej sprawie chorobowej tylko na 0,075%, Rindfleisch i Ziegler, którzy rozporządzają tysiącami badań pośmiertnych, nie notują ani jednego przypadku porażenia mięśnia sercowego gruźliczego; nawet Virchow w swej *„Onkologie"* twierdzi, że większych gruzełków przeważnie nigdy nie spotyka się w mięśniu sercowym.

Według zdania wypowiedzianego przez prof. Bollingera mięsień sercowy odznacza się niemal bezwzględną odpornością przeciwko gruźlicy.

A już 1826 roku znakomity Laennec wypowiedział opinję, że mięsień serca w stosunku do innych narządów ciała naszego zajmuje miejsce ostatnie jako ofiara gruźlicy. Odporność tą niezwykłą tłumaczył w wykładach swoich Peter głównie stałą czynnością tego mięśnia, a inni autorowie kładli nacisk na to, że w czasie czynności mięśni wogóle powstaje w nich kwas mleczny, który w chwili powstania (*in statu nascendi*) posiada wysokie własności bakterjobójcze, co oczywiście chroni stale pracujący mięsień sercowy od zakażenia drobnoustrojami gruźliczemi. Jeśli jednak w takim narządzie jak serce, mimo przeszkód, powstanie ognisko gruźlicze, jest rzeczą zrozumiałą, że uogólnienie sprawy chorobowej, dzięki rozchodzeniu się krwi po całym ustroju, staje się niemal nieuniknione.

Z pośród autorów polskich, których prace czytałem, interesujące mnie wzmianki znalazłem w wykładach klinicznych chorób dróg oddechowych prof. A. Sokołowskiego, który podkreśla rzadkość zmian gruźliczych serca (względnie jego części składowych) nawet przy gruźlicy uogólnionej, i prof. Z. Dmochowskiego, który mówi, że gruźlica mięśnia sercowego nie bywa nigdy pierwotnego pochodzenia, lecz zawsze tylko wtórna.

Oskar Widman zupełnie o gruźlicy serca nie wspomina w swej znanej nam książce [1])

Eichhorst w swym podręczniku patologji i terapji szczegółowej twierdzi, że gruzełki w mięśniu sercowym bywają bardzo rzadko spostrzegane i posiadają znaczenie tylko z punktu widzenia anatomji patologicznej.

Co się tyczy poszczególnych przypadków gruźlicy serca, spostrzeganych u dzieci, to udało mi się zebrać ich stosunkowo liczbę niewielką.

Przytoczony przezemnie Zimnicki opisuje np. dwa takie spostrzeżenia, z których jedno dotyczy dziecka 7 letniego, zmarłego wśród objawów gruźliczego zapalenia opon mózgowych; za życia ze strony serca nie było żadnych objawów klinicznych. Wynik badania pośmiertnego: gruźlica gruczołów, przewlekła płuc i serca, jelit, gruźlica prosówkowa płuc, nerek i śledziony.

Przypadek drugi dotyczy 9 miesięcy mającego dziecka, które umarło przy objawach silnie rozwiniętej wrzodziankowatości i wyniszczenia ogólnego, Badanie pośmiertne wykazało: gruźlicę gruczołów okołooskrzelowych i krezkowych, prosówkową i przewlekłą serca, wrzody gruźlicze początkowe jelit.

Przypadek, spostrzegany na oddziale moim w W. Domu Wychowawczym, dotyczy chłopca L. P., który w chwili, kiedy został przyjęty do szpitala, miał 1 rok i 8 miesięcy. (Tu wypadnie mi sprostować tę cyfrę, dotyczącą wieku dziecka w chwili jego śmierci, a podaną w pracy mej: „Uwagi i wnioski, oparte na 135 badaniach pośmiertnych dzieci, zmarłych na oddziale własnym". Przegląd Pedjatryczny r. 1917 T. VII, gdyż wtedy miał on 2 lata i 8 mies. i 20 dni). Dane wszystkie, dotyczące owego dziecka podaję w streszczeniu na podstawie karty szpitalnej.

W niżej podanem rozpoznaniu wymieniono zmiany, jakie u dziecka stwierdzono klinicznie i jakie w czasie pobytu na oddziale ono przeszło.

Anaemia. Rachitis. Scrophulosis. Tumor abdominis (in regione renum). Bronchitis chronica diffusa (tbc?) et capillaris dextra. Enteritis follicularis chronica. Otitis media dextra. Pertussis. Stomatitis ulcerosa etc.

Przy pierwszem badaniu chorego w dniu 29/XII 1902 znalazłem:

Dziecko blade, źle odżywione, posiada wybitne objawy krzywicy, nie chodzi i mało co mówi. Gruczoły chłonne wyczuwalne

[1]) W muzeum Zakładu A. Patol. U. Lwowskiego znajduje się preparat gruźlicy lewego przedsionka serca dziecka — gruźlica przeszła z gruczołów około oskrzelowych. W muzeum Zakładu A. Patol. U. Warszawskiego znajduje się również przypadek z gruzełkami w mięśniu sercowym. (Przypisek Redakcji).

wszędzie, znacznie powiększone. W dole biodrowym prawym wyczuwa się guz twardy, ruchomy, wielkości mniej więcej jajka kurzego. Ciepłota ciała 38,0° C. Ze strony gardła objawy nieżytu ostrego. Ze strony serca nic godnego zaznaczenia.

7. I. 903. Wystąpiły objawy *enteritis follicularis* (stolce około 6 razy na dobę, niezbyt obfite, dość cuchnące, zielonawego koloru ze śluzem i z małą domieszką krwi), które utrzymywały się około 1½ miesiąca.

8. I. 903. Wypływ ropny z ucha prawego (sprawa ta, pomimo opieki i odpowiedniego leczenia, ciągnęła się około 9 miesięcy).

31. I. 903. Po raz pierwszy stwierdzono przy objawach kaszlowych — sporo rzężeń drobno pęcherzykowych w płucach, szczególniej z tyłu po stronie prawej, bez wyraźnych zmian wypukowych. Ciepłota ciała w granicach od 37,6 do 38° C.

5. II. 903. (6-go dnia po pojawieniu się rzężeń) stwierdziłem wyraźne stłumienie odgłosu wypukowego na obu wierzchołkach płuc z tyłu, szczególniej po stronie prawej. Od krewnej, odwiedzającej dziecko, dowiedziałem się, że matka jego umarła na suchoty płucne. Ciepłota ciała waha się w granicach między 37,8 i 38°.8 C. Waga 7600 gram.

Zaleciłem *Calcium glycerino-phosphoricum* po 0,25 — 3 razy dziennie.

1. IV. — to jest blizko w dwa miesiące po pojawieniu się pierwszych objawów płucnych przy podniesionej, jak przedtem, ciepłocie, stwierdziłem wyraźne stłumienie w obu wierzchołkach z tyłu (szczególniej ze strony prawej, gdzie słychać wyraźny oddech oskrzelowy, rzężenia dźwięczne). Stan ogólny uległ widocznej poprawie: waga ciała podniosła się do 8900 gramów.

23. IV. Zmiany w płucach i ciepłota ciała w ciągu ostatnich 3 tygodni prawie bez różnicy. Waga ciała 9700 grm. Glycerofosfat bierze stale 4 razy na dobę. Stan ogólny wybitnie lepszy.

15. V. Stan płuc prawie bez zmiany. Znaczniejsze podwyższenie ciepłoty ciała (do 39,5°) przy wybitnem powiększeniu i tak już dużych, wszystkich wyczuwalnych gruczołów limfatycznych, co zresztą, po 3 dniach minęło (*febris glandularis?*). Waga ciała 10.200 grm. Od tego czasu zaczyna się znaczna poprawa w stanie ogólnym, a mianowicie: następuje zniżka ciepłoty do 37,5° C. najwyżej, dziecko ożywione, mówi sporo, chodzi i ma wygląd zupełnie zdrowego; mimo to jednak zmiany, szczególniej w szczycie prawym, (stłumienie odgłosu wypukowego z oddechem oskrzelowym z drobnemi rzężeniami dźwięcznemi utrzymują się bez zmian widocznych w ciągu 6 tygodni, kiedy mimo, iż dziecko dostaje krztuśca, o względnie łagodnym przebiegu, jednak zmiany owe stają się mniej wyraźnemi tak, że jak to zaznaczył w swej pracy: „o znaczeniu leczniczem związków glyceryno-fosforowych u dzieci", drukowanej w Medycynie, asystent mój ś. p. Dr. I. S m o l e ń s k i: „wobec niezbyt wybitnych danych wysłuchowych i wypukowych ze strony płuc przestaliśmy wierzyć w słuszność pierwotnego naszego rozpoznania i t. d."

Dopiero na 3 miesiące przed śmiercią dziecka następuje pogorszenie w jego stanie zdrowia, polegające na podwyższeniu ciepłoty ciała (w granicach od 37,8 do 38,7° C), wychudnięciu wyraźnem. Brzuszek wzdęty, gdzieniegdzie przy wymacywaniu jamy brzusznej wyczuwa się gruczoły chłonne, dochodzące do wielkości orzecha laskowego. Guza w okolicy prawego dołu biodrowego z powodu silnego wzdęcia wyczuć się nie daje. Ze strony płuc wyraźne stłumienie u szczytu prawego, trochę rzężeń drobnych i odcień odkrzelowy wydechu Ze strony serca i nerek nic godnego zaznaczenia. Mniej więcej na tydzień przed śmiercią wahania ciepłoty ciała robią się większemi (od 37,6 do 39° C) mimo to jednak dziecko jest dość wesołe, bawi się w łóżeczku swojem, i aczkolwiek jest uważane za ciężko chore, jednak robi otoczeniu swemu, składającemu się z Sióstr Miłosierdzia i pielęgniarek istotną niespodziankę, gdy w dniu 18 stycznia 1904 roku, jedząc swoje śniadanie, umiera nagle.

Protokół badania pośmiertnego, wykonanego przez prof. P r z e w ó s k i e g o w obecności mojej i kolegów asystentów oddziałowych, brzmi dosłownie:[1])

K o ś c i: objawy wyraźne krzywicy.

P ł u c a: a) lewe: w stanie niewielkiej rozedmy, z oskrzeli przy ucisku wypływa płyn śluzowo-ropny, na powierzchni płuca lewego zawał koloru białego, b) p r a w e: w stanie rozedmy, obrzęku, z oskrzeli wypływa płyn śluzowo-ropny i w szczycie prawym górnym prawie u wierzchołka samego znajduje się ognisko wielkości orzecha laskowego, wypełnione masą serowatą ze śladami zawapnienia. Przy przecinaniu oba płuca trzeszczą.

G r u c z o ł y o s k r z e l o w e wszystkie powiększone, niektóre zawierają w sobie masę serowatą.

S e r c e: w całości znacznie powiększone, przy przecięciu worka sercowego znajduje się sporo skrzepów krwi, powierzchnia jego zaczerwieniona, nierówna (*pericarditis*); samo serce (t. j — jego część mięśniowa) niezbyt wielkie, u wierzchołka t ę t n i a k w i e l k o ś c i n i e z b y t d u ż e g o o r z e c h a w ł o s k i e g o; p r a w i e p o ś r o d k u o w e g o t ę t n i a k a z n a j d u j e s i ę m a ł y o t w o r e k p o d p o s t a c i ą s z p a r y. Mięsień serca przy przecięciu jest cienki blady. W mięśniu komory lewej, prawie u samego wierzchołka serca, znajduje się ognisko wielkości dużego ziarnka grochu, wypełnione masą serowatą, i rozpoczynające się zwapnienie tego ogniska; wsierdzie w komorze tylko lewej zmętniałe, a miejscami zaczerwienione i na niem widać sporo drobnych gruzełków.

W ą t r o b a: zwiększona, w stanie zastoinowym.

Ś l e d z i o n a: nie powiększona, miękka, na przecięciu ziarnista.

N e r k i: podkowiaste mają dwa moczowody.

G r u c z o ł y o t r z e w n o w e znacznie powiększone i niektóre z nich zserowaciałe.

W innych narządach nie stwierdza się zmian godnych uwagi.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne brzmiało: *Rachitis. Infarctus pulmonis sinistri Bronchitis cum peribronchitide diffusa; ad apicem dextrum, parva caverna. Degeneratio caseosa gl. bronchialium. Aneurysma cordis ruptum (ad apicem); mors ex ruptura cordis Endo-peri-myocarditis tuberculosa. Hepar auctum cyanoticum. Renes concreti Hyperplasia gl. mesenterialium cum caseificatione nonnullarum.*

Badanie drobnowidowe preparatów z wyciętych kawałków mięśnia sercowego, wsierdzia i osierdzia, wykonane przez śp. kol. L i p s k i e g o, prosektora szpitala Dzieciątka Jezus, potwierdziły w zupełności rozpoznanie przy sekcji zwłok dziecka uczynione, a dotyczące charakteru sprawy gruźliczej.

A teraz słów kilka poświęcę wyżej opisanemu przypadkowi.

Otóż, miałem sposobność przejrzenia bardzo obfitego piśmiennictwa odnośnego i nie spotkałem się z opisem przypadku pęknięcia serca u dziecka na skutek sprawy gruźliczej w jego mięśniu, mam tedy chyba słuszne wrażenie, że jeśli nie jest on nawet unikatem, to w każdym razie należy do rzędu rzadkości, gdy bowiem, operując tymże samym materjałem, że się tak wyrażę, kliniczno-sekcyjnym w W. Domu Wychowawczym, już w roku 1901 pisałem pracę mą pod tytułem: »*Morbus coeruleus et transpositio vasorum cordis completa*" (Medycyna i Odczyt na IX Zjeździe lekarzy i przyrodników w Krakowie), przekonałem się, że zanotowano w piśmiennictwie jeszcze 26 podobnych mu.

Co się tyczy objawów ze strony serca u mego małego chorego, to istotnie, mimo zwracania uwagi na to, nic godnego zaznaczenia nie zauważyłem. Wreszcie słówko jeszcze i aczkolwiek sprawa ta bezpośrednio nie dotyczy samej choroby serca u mego małego pacjenta, ale, jak mniemam, na podkreślenie zasługuje, a mianowicie to, na co w odczycie własnym pod tytułem: „o znaczeniu leczniczem związków gliceryno-fosforowych u dzieci", który w W. T. Lekarskiem przed laty wygłosiłem, zwróciłem uwagę, na co również w pracy swej na oddziale moim wykonanej, wskazywał asystent mój śp. kol. I. Smoleński, że wprost zadziwiającym był wpływ owego środka (*Calcium glycerino-phosphoricum* po 0,25 podawany 3 do 4 razy dziennie) na owo, wtedy 1 rok i 10 miesięcy mające dziecko, które mimo choroby ciężkiej i wcale nie nadzwyczajnych warunków odżywiania w biednym szpitalu naszym — potrafiło w ciągu 77 dni zdobyć na wadze przyrost 2100 grm przy pierwotnej wadze swej, wynoszącej 7600 grm.

Wprawdzie wielokrotnie spostrzegaliśmy przypadki przy przeprowadzaniu badań nad wpływem leczniczym związków gliceryno-fosforowych u dzieci w szpitalu, gdzie przyrost wagi w czasie takiego samego leczenia przekraczał dwukrotnie średni normalny przyrost wagi dla dzieci zdrowych w danym okresie czasu, jednak tak wybitnego przyrostu wagi (około 27%) w tak krótkim czasie w szpitalu nie spostrzegałem; w praktyce prywatnej, stosując często związki gliceryno-fosforowe: *Calcium, Magnesium, Natrium et Ferrum glycerino-phosphoricum* (połączone razem, lub oddzielnie) w dawkach dużych i najczęściej pod postacią surowców, widuję od czasu do czasu zjawiska podobne, na co przy sposobności pozwalam sobie zwrócić uwagę. Jeśli teraz przejdziemy do postawienia pewnych wniosków, dotyczących gruźlicy serca u dzieci, jej częstości, objawów klinicznych etc., to możemy streścić się w szeregu następujących punktów:

1) Choroba ta należy do rzędu bardzo rzadkich umiejscowień sprawy gruźliczej.

[1]) Redakcja warsz. chciała poprawić niezbyt ściśle, a nawet wadliwie przytoczone dane sekcyjne, jednak wśród protokołów sekcyjnych z roku 1904, wyżej wzmiankowanego protokołu nie znalazła.

2) Występuje ona niemal zawsze, jako zjawisko wtórne (uogólnienie sprawy gruźliczej); tylko jeden ze znanych mi przypadków w piśmiennictwie opisany przez Demmego, przemawiałby za możliwością istnienia tej sprawy chorobowej i jako pierwotnej w sercu.

3) Należy przypuszczać, że w sprawie tej chorobowej, choćby przez zetknięcie, przedewszystkiem przyjmuje udział osierdzie, a później dopiero przenosi się ona na mięsień sercowy i wsierdzie, co zresztą nie jest drogą obowiązkową, gdyż jeśli przyjąć pod uwagę możność przenoszenia zarazków przy pomocy krwi krążącej, może ona zaczynać się i od wsierdzia.

4) Objawy kliniczne ze strony serca są zwykle niewystarczające dla postawienia rozpoznania pewnego i chyba jakieś bole w okolicy serca, szmery, tarcia osierdzia etc, przy gruźlicy w narządach innych, mogą nasuwać podejrzenie co do istnienia w osierdziu tej sprawy. Oczywiście, w przypadkach podobnych liczyć się będziemy do pewnego stopnia i z innymi objawami sercowymi, jak np. z nadmierną szybkością tętna, lub jego niemiarowością (co zresztą, u dzieci jest aż nadto pospolitem zjawiskiem przy sercu bodaj najzdrowszem); dalej: z przemijającemi objawami sinicy, duszności, obrzękami ogólnymi (vide: przypadek Labbe'go), co zresztą również wprost za rozpoznaniem sprawy gruźliczej w sercu nie przemawia, a wreszcie ze zmianami w wymiarach serca, co także posiada tylko znaczenie względne w stosunku przynajmniej do rozpoznania sprawy chorobowej o charakterze swoistym.

Ponieważ sprawa, dotycząca omyłek w rozpoznawaniu chorób u dzieci interesowała mnie bardzo od lat wielu, a byłem w położeniu szczęśliwem, że przez szereg lat, kierując w W. Domu Wychowawczym olbrzymim oddziałem (z górą 200, a nieraz i 250 dzieci), miałem możność sprawdzania na stole sekcyjnym swych rozpoznań klinicznych i wiele sekcji owych dokonałem, lub też przy ich wykonywaniu byłem obecny, przyszedłem jednak do wniosku smutnego, wygłoszonego w pracy, przytoczonej na wstępie odczytu niniejszego, że „nawet wady serca wrodzone u dzieci, mimo najdokładniejszego badania najczęściej bliżej określić się nie dają“, a pozatem, że: „dążąc wszelkimi sposobami do unikania omyłek rozpoznawczych, a to przez najsumienniejsze i najdokładniejsze badanie chorych wogóle, a dzieci w szczególności, nie możemy w zupełności ich nigdy ominąć“.

Doc. Dr. Franciszek Walter. Kraków

W sprawie przynależności angiolupoidu (Brocq-Pautrier) do gruźlicy skóry, a w szczególności do miliarlupoidu Boecka.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych państw. Szpitala Św. Łazarza w Krakowie.
(Prymarjusz: Doc. Dr. Fr. Walter).

(Dokończenie).

Augiolupoid, opisany po raz pierwszy przez Brocqua i Poutriera, uważać należy za osobną postać chorobową, w grupie gruźlicy skóry. Wszystkie dotyczasowe opisy, zgadzają się z opisami podanemi przez autorów. Cierpienie to spostrzegano zawsze u kobiet, i to w wieku około 40 lat. Przypadki Brocqua i Pautriera dotyczyły kobiet w wieku lat 40, 49, 45, Jeanselma 50 lat, mój 38 lat. Siedzibą angiolupoidu była przedewszystkiem skóra nosa; na sześć przypadków Brocqua i Pautriera pięć było po stronie grzbietnej i bocznej nosa, w pobliżu zewnętrznego kącika ocznego. Mój przypadek powyżej opisany, jak i drugi, który miałem sposobność widzieć w klinice prof. J. Lenartowicza (nieopisany), odznaczały się siedzibą na skórze nosa. Siedziba zmian może być po obu stronach nosa symetryczną. Rzadziej usadawia się angiolupoid na policzku lub na końcu nosa. Ilość wykwitów może być czasami znaczniejszą. Brocq i Pautrier widzieli 4—5 ognisk o średnicy 2—2½ cm. Zabarwienie czerwonano-sine, z odcieniem żółtawym; licznie porozszerzane naczynia krwionośne na powierzchni zmiany. Przebieg jest bardzo powolny, trwa lata, dolegliwości nie sprawia żadnych, skłonności do samoistnego ustępowania, nie spotyka się. Również nie dochodzi do zniszczenia naskórka, ani zaniku skóry, powierzchnia angiolupoidu jest zupełnie gładka, środek nieco wgłębiony, brzegi brodawkowato podniesione. Przy ugniataniu palcami, wyczuwa się charakterystyczny naciek. Brocq i Pautrier znajdowali zawsze albo podejrzane zmiany w płucach, lub dane w wywiadach, przemawiające za przebytemi swoistemi cierpieniami. W jednym przypadku spostrzegali dwa przebyte zapalenia opłucnej, nieżyty oskrzeli, objawy wrzekomo dychawiczne (*l'oppression pseudo-asthmatique*) rozedmę płuc i podejrzane zmiany w szczycie lewym. W przypadku drugim długotrwała grypa i krwioplucie, w trzecim podejrzane zmiany w szczycie prawym, w czwartym istniał równocześnie i toczeń. Ten czwarty przypadek, ważny jest z tego powodu, że obok typowej postaci gruźlicy skóry, istnieć może angiolupoid, podobnie jak istnienie tuberkulidów tak często związane jest z obecnością typowej gruźlicy skóry. Dane te są ważnym wskaźnikiem przy ocenianiu tła swoistego. Wiadomo bowiem, jakie znaczenie mają dane kliniczne, jak wywiady osobiste i rodzinne, jak również stan narządów wewnętrznych. I w moim przypadku wywiady wskazywały na przebycie swoistych zmian w płucach (krwioplucie), jak również zmiany, dające się klinicznie wykazać opukiwaniem (stłumienie w obu szczytach) i osłuchiwaniem.

Rozpoznacie różniczkowe między pewnemi postaciami gruźlicy skóry sprawiać może trudności. Miliarlupoid Boecka ma cechy tak podobne do angiolupoidu, że wielu autorów nie widzi różnicy między obu cierpieniami. Miliarlupoid sadowi się zwykle na twarzy, ale również i na kończynach, tułowia, przeciwnie angiolupoid przeważnie na skórze nosa i to na górnej grzbietnej stronie, rzadziej na policzkach, pozatem inne usadowienie dotychczas nie jest opisane. Ilość wykwitów miliarlupoidu zwykle jest duża, augiolupoid przeważnie występuje, jak pojedynczy wykwit. Zabarwienie angiolupoidu więcej żółtawe, szczególniej ton żółty występuje przy ucisku szkłem; nie spotyka się nigdy plamek żółtawo-szarawych, charakterystycznych dla miliarlupoidu, występujących wybitnie po ucisku szkłem, a nadających wejrzenie mozaikowe naciekowi. W przypadkach miliarlupoidu rozszerzenie naczyń krwionośnych jest cechą drugorzędną, w późniejszym przebiegu występującą, przeciwnie w angiolupoidzie, ma to rozszerzenie naczyń pierwszorzędne znaczenie, jako obraz dominujący (*l'element initial*), występujący od początku powstawania zmiany i trwający przez cały ciąg istnienia wykwitu. Nigdy nie spotyka się w angiolupoidzie zaniku skóry lub blizn powierzchownych, barwikowych, nie ustępuje on też nigdy samoistnie, jak np. miliarlupoid. Trwanie angiolupoidu jest bardzo długie, początek nie jest nigdy ostry (obserwacje Kyrlego nad miliarlupoidem). Histologicznie cechuje angiolupoid w przeciwieństwie do miliarlupoidu budowa, charakteryzująca się złożonym naciekiem i jego swoistem rozmieszczeniem. W przypadkach tocznia szczegółem różniczkowym będą typowe guzki toczniowe i klinicznie, zachowanie się nacieków toczniowych nowo-powstających dookoła dawnego wykwitu, zmiany następowe w naskórku, powstawanie blizne i nawrotów w bliznach, w końcu obraz histologiczny. Toczeń usadowiony dookoła torebek włosowych ma raczej większe podobieństwo do postaci drobno-guzkowych miliarlupoidu.

Postacie późnej kiły guzkowatej różnią się zabarwieniem sinawo-czerwonawem (miedzianem) bez odcienia żółtego, dalej obecnością blizn obok innych danych rozpoznawczych, jak dodatnich odczynów serologicznych i obrazów histologicznych. Pewne wątpliwości mogą budzić spostrzeżenia autorów francuskich (Raveut, Gautier i innych) znajdujących dodatni odczyn Wassermanna, w przypadkach muliarlupoidu Boecka lub sarkoidów typu Darier-Roussy. Zmiany te, ustępowały wśród leczenia neosalwarsanem, nie były więc prawdopodobnie czystą postacią, ale zmianami kiłowemi.

Granuloma annulare (Radcliffe-Crocker) w przeciwieństwie do augiolupoidu wyjątkowo sadowi się na twarzy. Klinicznie występuje w formie pierścieniowatej, złożonej z dro-

bnych guzków o zabarwieniu blado-różowem, odznacza się bardzo powolnym rozwojem, trwającym lata; po wyleczeniu nie powstają blizny, nigdy też nie wiedzie do rozpadów. Utkaniem swem drobnowidowem zbliża się do postaci sarkoidów i lupoidów, a wielu autorów kładzie nacisk na podobieństwo histologiczne z miliarlupoidem Boecka (Gregersen, Rasch, Galewsky, Hartzel) obraz histologiczny jednak angiolupoidu w stosunku do granuloma annulare jest odmienny.

Rokowanie w angiolupoidzie we wczesnych okresach jest dobre. Najlepsze usługi w leczeniu oddaje zabieg chirurgiczny, zwłaszcza, gdy mamy do czynienia, jak to zwykle bywa, z jednem tylko ogniskiem. W leczeniu większej ilości ogisk, zwłaszcza mniejszych, stosować możemy elektrolizę, nacinanie (skaryfikacje), dalej rad lub mesotorium, na większe ogniska leczenie promieniami Röntgena.

Wnioski:

Angiolupoid, opisany przez Brocqua i Pautriera, stanowi swoistą postać chorobową, należącą do gruźlicy skóry, do grupy tak zwanych dotychczas tuberkulidów.

Pomimo wielkiego podobieństwa do miliarlupoidu Boecka, różni się od niego nietylko cechami klinicznemi, ale i budową histologiczną.

Pomimo dotychczasowych ujemnych wyników poszukiwań w kierunku obecności prątków gruźliczych, ujemnych wyników szczepień na zwierzęta i odczynów biologicznych, tuberkulinowych, zaliczyć należy angiolupoid do gruźlicy skóry i ze względu na zachowanie się podobne do miliarlupoidu — wyznaczyć mu miejsce obok tegoż.

Przebieg choroby przewlekły, jednak łagodny. U chorych z angiolupoidem dadzą się wykazać objawy dodatnie w kierunku przebytej lub istniejącej gruźlicy. W leczeniu najlepsze usługi oddaje zabieg chirurgiczny.

Piśmiennictwo:

Podane szczegółowo: Jadassohn: Die Tuberkulose der Haut. Mraceks Handb. der Hautkr. 1904. — Lewandowski: Die Tuberkulose der Haut. 1916. — Zieler: Hauttuberkulose und Tuberkulide. Prakt. Ergebn. a. d. Geb. der Haut. und Geschlechtskr. 1914.— Altmann: Arch. für Derm. B. 135.—Behring: Derm. Zeitschr. B. 17. — Bittdorf u. Kuznitzki: M. m. W. 1915. St. 40. — Bloch: Verhandl. der d. G. Arch. für Derm. B. 119. — Boeck: Arch. für Derm. Zeitschr. für Kaposi. — Boeck: Arch. für Derm. B. 73. — Boeck: Arch. für Derm. B. 121. — Brocq et L. M. Pautrier: XVI. Congrès internat. de méd. Budapest 1909. — Brocq et Pautrier: Annal. de derm. 1913. Nr. 1. — Brocq: Précis-Atlas de pratique derm. 1921 r. — Brunsgaard: Forhandlinger red. Nordisk Dermatol. Forenings 1919. Kopenhaoux 1921. — Brünn: Arch. f. Derm. B. 135. — Ciraite et Vigne: Annal. de Derm. 1920. Nr. 5. — Darier: Précis de Dermatologie 1918. — Föns: Derm. Zeitschr. B. 24. — Gaus: Derm. Zeitsch. B. 33. — Gaus u. Dressel Arch. f. Derm. B. 130. — Grütz u. Hornemann. Arch. f. Derm. B. 136. — Habermann: D. m. W. 1916. H. 50. — Hoffmann: D. m. W. 1916. S. 1564. — Hoffmann: Derm. Woch. 1918 26. Beiheft — Van Hussen: Derm. Zeitschr. B. 27. 1918. — Jadassohn: Tuberkulide Deutsch. Derm. Ges. IX. Kongress. Arch. f. Derm. 1914. B. 119. — Jadassohn: Arch. f. Derm. B. 113. 1912. — Jesionek: Biologie der gesunden und kranken Haut 1916. — Kreibich u. Kraus: Arch. f. Derm. B. 92. — Kyrle: Arch. f. Derm. B. 100. — Kyrle: Arch. f. Derm. B. 125. — Kyrle: Arch. f. Derm. B. 131. — Lewandowski: Arch. f. Derm. B. 123. — Lewandowski: Arch. f. Derm. B. 135. — Lutz: Arch f. Derm. B. 126. — Much: Arch. f. Derm. B. 131. — Nobl Derm. Zeitschr. B. 27. — Plancherel: Derm. Zeitschr. B. 21. — Ructe: Derm. Zeitschr. B. 23. — Stettler: Arch. f. Derm. B. 132. — Stumpke: Derm. Zeitschr. B. 20. — Terebińsky: Ref. Monatsh. f. prakt. Derm. B. — 44. Terebinsky: Derm. Wochenschr. B. 55. — Unna: Derm. Wochenschr. B. 55. — Weinberger: M. m. W. 1916. J. 63. B. 25. — Nichmann: Derm. Woch. B. 65. — Wolfheim: Granuloma multiplex benignum. Iconogr. derm. 1912. — Wolf-Eisner: Arch. f. Derm. B. 132. — Volk: Arch. f. Derm. B. 133. — Zieler: Arch. f. Derm B. 102 — Jeanselme et Burnier: Demonstr. Presse méd. 1921. Nr. 22. p. 219. — Bruns u. Alexander: Arch. f. Derm. 127. — Kyrie u. Reenstierna: Arch. f. Derm. B. 128. — Hauser: Arch. f. Derm. 128 — J. H. Stokes: Archives of Dermat. V. 3. N. 1. 1921.

Z praktyki.

Dr. A. Brenner. Kałusz.

Uwagi nad terapją terpenową duru osutkowego.

Przy porównywaniu przebiegu epidemji duru osutkowego w rozmaitych miejscowościach i w rozmaitym czasie zauważa się znaczne różnice w nasileniu choroby, a więc i w śmiertelności. I tak widzimy epidemje o przebiegu stosunkowo łagodnym, gdzie zapada w krótkim czasie wielka liczba mieszkańców w różnym wieku i z różnego stanu, a mimo niedostatecznej pomocy lekarskiej i złych warunków higjenicznych odsetek śmiertelności jest stosunkowo nieznaczny. Innym znowu razem wśród tych samych, a nawet lepszych warunków zewnętrznych, przebieg jest tak groźny, że znaczna część przypadków kończy się śmiercią i to niezależnie od wieku, odżywienia i t d. Przebieg kliniczny w obu razach nie różni się na pozór od typowego, dobrze nam znanego, obrazu. Przy bliższem jednak spostrzeganiu można znaleźć miernik dla oceny nasilenia danej epidemji. Można bowiem z całą pewnością stwierdzić, że ciężkość epidemji cechuje się większą lub mniejszą ilością przypadków, w których objawy mózgowe występują na pierwszy plan, gdzie już na podstawie klinicznego obrazu można przyjąć główne umiejscowienie objawów sprawy chorobowej w środkowym układzie nerwowym. Ilość przypadków śmiertelnych w danej epidemji wzrasta bowiem proporcjonalnie do częstości wspomnianych wyżej objawów. Stwierdzenie tego związku przyczynowego ma z jednej strony znaczenie dla ułatwienia rokowania tak trudnego w durze osutkowym, z drugiej zaś strony powinno ono nadać pewien kierunek w naszem usiłowaniu leczniczem. Ze spostrzeżenia tego bowiem zdaje się wynikać jasno, że wszelkie skuteczne leczenie duru osutkowego, tj. takie, które będzie w stanie zmniejszyć istotnie śmiertelność w tej chorobie, będzie musiało mieć za zadanie zapobieganie, albo przynajmniej utrzymanie w pewnych granicach schorzenia środkowego układu nerwowego.

Zauważyłem przypadkowo, że olejek terpentynowy oraz wodnik terpenu (*terpin. hydrat.*), podawane *per os* w bardzo małych dawkach, wpływają korzystnie na zespół objawów nerwowych przy durze osutkowym.

Środki wspomniane znane były dotąd głównie, jak wiadomo, ze swoich własności drażniących i wywołujących przekrwienie skóry, a także jako środki zmniejszające wydzielinę gruczołów śluzowych oskrzeli, a po części odkażające drogi oddechowe. W najnowszym czasie zalecono systematyczne wstrzykiwania podskórne olejku terpentynowego w chorobach kobiecych (Zoelpritz), jako środek wpływający korzystnie na przewlekłe i ostre sprawy zapalne. Co do działania na układ nerwowy, to farmakolodzy skłaniają się do zaliczenia całej grupy terpenów do działu środków narkotycznych.[1]). Możnaby zatem przypuszczać, że skupiając się w myśl teorji Overtona i Meyera w lipoidach komórek nerwowych działają one tam odkażająco lub antytoksycznie.

Opierając się na powyższem spostrzeżeniu, usiłowałem od dłuższego czasu w metodyczny sposób przeprowadzać leczenie duru osutkowego za pomocą ciał terpenowych. Posługiwałem się olejkiem terpentynowym, oraz wodnikiem terpenu. Wodnik terpenu nadawał się przedewszystkiem do podawania *per os*. Używałem go do tego celu w postaci proszków, w połączeniu z cukrem, jako pigułki albo rozczyn alkoholowy w stężeniu 1:10. Co do dawkowania, w celu ciągłości działania, podawałem dawki małe od 0,05—0,10 na dawkę, lecz za to w odstępach czasu bardzo krótkich, przynajmniej co godzinę, i to także w porze nocnej. Korzystając z lotności olejku terpentynowego stosowałem go pod postacią wdechiwań zapomocą t. zw. fajki terpentynowej. W dalszym ciągu w tym celu, aby środek w jak najkrótszej drodze zetknął się ze środkowym układem nerwowym, obrałem drogę stosowania go z jamy nosowej przez wdechiwanie wprost, albo przez zakładanie tamponów z waty lub gazy, na które osoba dozorująca od czasu do czasu nalewa po parę kropel olejku. Sposób ten,

[1]) Meyer Gottlieb, die experim. Pharmakologie. 4 wyd. str. 511. in.

pominąwszy tu i ówdzie u wrażliwych osobników występujące miejscowe drażniące działanie, okazał się jednak w praktyce w wysokim stopniu skutecznym, co jest zrozumiałem ze względu na wykazaną anatomicznie łączność dróg chłonnych jamy nosowej z naczyniami jamy czaszkowej. W niektórych przypadkach, zwłaszcza u chorych bardzo niespokojnych, posługiwałem się też z korzyścią czopkami w odpowiedniej dawce

Postępując w ten sposób mogłem dojść do następujących wyników: W pewnej liczbie przypadków już po kilkunastugodzinnem stosowaniu środka, choćby tylko *per os*, następowało bardzo znaczne złagodzenie ogółu objawów, a także obniżenie gorączki.

W drugiej grupie przypadków, do której należała znaczna większość leczonych, przez kombinowane leczenie drogą przez usta, względnie przez odbytnicę, jakoteż drogą nosową, z reguły można było już po krótkim czasie stwierdzić conajmniej znaczną podmiotową poprawę. Ból głowy i bezsenność zmniejszały się albo nawet ustępowały, ciepłota na ogół trzymała się w miernych granicach. Przy dalszem konsekwentnem stosowaniu można było stwierdzić i wyraźny wpływ leczenia na przebieg choroby. Choroba przebiegała w sposób mniej gwałtowny, niż w przypadkach objawowo leczonych. Tętno i siła serca były tak zadowalniające, że nie było potrzeby stosowania środków nasercowych. Samopoczucie albo wcale nie ulegało przyćmieniu albo tylko w bardzo nieznacznym stopniu. Nie przychodziło wcale do gwałtownego podniecenia ruchowego, chorzy poddawali się chętnie rozkazom osób pielęgnujących, a bardzo często nawet w późnym okresie choroby sami dopominali się o lekarstwo celem zażywania względnie wdechiwania. Zwłaszcza przy stosowaniu tamponów do nosa nawet chorzy obdarzeni znaczną siłą mięśniową, którzy zresztą sprawialiby wiele kłopotu otoczeniu, z łatwością dawali się uspokajać, o ile już przedtem nie podlegali narkotycznemu działaniu olejku terpentynowego.

Wielokrotnie miałem sposobność w takich przypadkach spostrzegać, jak stan przekrwienia mózgu, objawiający się na zewnątrz podnieceniem chorego, silnem tętnieniem tętnic dogłowowych, przekrwieniem skóry twarzy i spojówek, po krótkiem leczeniu znikał na stałe. W takich razach, widząc tak korzystny zwrot w obrazie chorobowym, mogłem z całą stanowczością rokować pomyślnie, a dalszy przebieg potwierdzał to w zupełności.

Przy tak korzystnie zmienionym obrazie chorobowym można było oczekiwać i skrócenia przebiegu. W istocie nieraz już w 11-tym dniu choroby, zwykle w 13 lub 14 dniu, bardzo rzadko tylko później, choroba zaczynała ustępować bez burzliwych objawów, jakoteż bez objawów zapadu, mimo, że nie stosowano w całym przebiegu żadnych środków nasercowych lub podniecających. Nie spostrzegałem tu owego niepokojącego okresu przesilenia choroby, w którym rokowanie dla chorego staje się czasami wysoce wątpliwem.

Muszę też tu nadmienić, że ani w ciągu leczenia, ani w okresie zdrowienia, nie spostrzegałem żadnych niemiłych ubocznych objawów działania preparatów terpenowych ze strony nerek itp.

W grupie przypadków najcięższych, z bardzo silnem zajęciem układu nerwowego ze wszystkiemi jego następstwami, które to przypadki były wzięte w leczenie w późnym okresie choroby, albo też już we wcześniejszym okresie, czy to wskutek niekorzystnych warunków osobistych chorego, czy też wskutek nadzwyczajnej jadowitości zakażenia, przedstawiały bardzo ciężki obraz, metoda opisana nie zawsze była w stanie sprowadzić korzystny zwrot. I tu jednak na ogół, można było zauważyć korzystny wpływ na przedmiotowe objawy, a więc na podniecenie ruchowe, objawy opuszkowe, zwłaszcza w zakresie ośrodków oddechowych, a nawet na ilość i jakość tętna. Mimo, że wpływ ten nie zawsze dał się utrzymać, uderzał on zwłaszcza w porównaniu z wynikami zwykłego w takich razach leczenia objawowego zapomocą zastrzykiwań środków podniecających itp., które dla krytycznie patrzącego nie miało zgoła żadnego efektu.

Ze względu na to, że ideałem wszelkiego leczenia musi pozostać nie leczenie już rozwiniętego obrazu chorobowego, lecz zwalczenie choroby w zarodku, t. zw. leczenie poronne, starałem się wypróbowné opisaną metodę także i w tym kierunku. Ze względu na brak wybitnych początkowych objawów duru osutkowego przypadki nadające się do leczenia poronnego bardzo rzadko tylko się spotyka. To też rozporządzam zaledwie kilku przypadkami, w których skutek leczenia poronnego jest wielce prawdopodobnym. Jeden z nich poniżej przytaczam:

J. F., lat 37, urzędnik. Zachorował 14 VII 1921. z dreszczem i gorączką.

16 VII. Ciepłota 39°, tętno 90. Obrzęk śledziony, zapalenie oskrzeli. Inspektor sanitarny Dr. W. stwierdził stanowczo dur osutkowy, zaleciłem leczenie terpenowe skombinowe, które skrupulatnie wykonano

17 VII. Ciepłota 37.2°. Chory czuje się tak dobrze, że przypuszczałem pomyłkę rozpoznawczą i wstrzymałem się z dalszem leczeniem.

18 VII. Ciepłota 37.8°. Na skórze tułowia i kończyn charakterystyczna osutka. Chory poddaje się znowu leczeniu.

19 VII. Ciepłota 36 6°. Tętno 84. Osutka ustępuje. Śledziona niemacalna.

20 VII. Tętno 60. Zdrowienie.

27. VII chory opuszcza szpital.

Sądzę, że nawet przy bardzo ostrożnej ocenie wyników mogę zebrać wynik mych spostrzeżeń w następujących zdaniach:

1. Leczenie terpenowe duru osutkowego jest leczeniem celowem z mechanizmem działania pośrednim, zbliżającym się do działania ergotropowego.

2. Metoda ta jest w stanie, nawet w epidemjach o groźnym przebiegu, zmodyfikować korzystnie przebieg znacznej ilości przypadków chorobowych i może przy systematycznem stosowaniu wpłynąć na obniżenie śmiertelności z duru osutkowego.

3. Leczenie terpenowe otwiera widoki na poronne leczenie duru osutkowego.

Wykład kliniczny.

Prof. dr. J. Lenartowicz. Kraków

Rozpoznawanie i leczenie ostrego wiewióra.

(Ciąg dalszy).

L e c z e n i e. Chorego, u którego stwierdziliśmy wiewióra ostrego części przedniej, pouczamy najdokładniej, jak się ma zachować w ciągu całego leczenia, zwracając z naciskiem uwagę jego na to, że wynik leczenia, przebieg choroby mniej lub więcej pomyślny, zależy w znacznej mierze od ścisłego stosowania się do udzielonych mu wskazówek. U nieletnich wskazane jest powiadomienie o chorobie opiekunów chorego, ponieważ doświadczenie uczy, że chorzy tacy, chcąc ukryć chorobę, nie mogą swobodnie oddać się leczeniu, nie mogą nawet przestrzegać ogólnych wskazówek zachowania się. Zabronić należy nietylko spółkowania, ale nakazać unikania wszystkiego, co podnieca płciowo. Wzbroniona jest również gimnastyka, sporty, prędkie chodzenie, jazda po drogach nierównych, jazda koleją. Wskazana jest dbałość o codzienne wypróżnienia, djeta posilna, nawet mięsna, ale z wyłączeniem przypraw korzennych, z wyłączeniem bezwarunkowem alkoholu pod jakąkolwiek postacią, z wyłączeniem wód mineralnych, jako zmniejszających kwaśność moczu. Ilość płynów, mleka, herbaty, wody, należy dostosować każdorazowo do okresu choroby. Niejednokrotnie bowiem wskazane być może zwiększenie ilości moczu np. w przypadkach, gdzie chwilowo zmuszeni jesteśmy ograniczyć się do leczenia wewnętrznego. Należy zwrócić uwagę chorego, że choroba jest zakaźną, że przeniesienie ropy na spojówkę oka grozi ciężkiem powikłaniem, i dlatego należy nakazać troskliwe mycie rąk po każdem dotknięciu niemi prącia. Przy obfitym wycieku wskazane jest zakładanie waty pod napletek, u obrzezanych przymocowanie jej przylepcem lub suspensorjum z odpowiednią kieszonką.

Do leczenia miejscowego przystępujemy w większości przypadków natychmiast po stwierdzeniu wiewióra. Tylko w wyjątkowych przypadkach — w tych mianowicie, gdzie objawy takie, jak obrzęk napletka, wyciek ropny, bardzo obfity z domieszką krwi, zapalenie naczynia chłonnego grzbietu prącia, bolesność przy oddawaniu moczu, zapalenie żołędzi

i napletka, każą przypuszczać, że leczenie miejscowe byłoby na razie niewykonalne, — ograniczyć się możeby do podawania środków wewnętrznych i, zastosowawszy miejscowo okłady, czekać, aż objawy zapalne ustąpią. Tejsamej wytycznej trzymać się będziemy i w dalszem leczeniu, ilekroć wystąpią powikłania, uniemożliwiające chwilowo energiczniejsze leczenie miejscowe. Leczeniu miejscowemu jednak, jako jedynie racjonalnemu i skutecznemu, główną poświęcimy uwagę. Ponieważ przyczyną wiewióra są dwoinki wiewiórowe, więc celem naszym musi być zniszczenie ich doszczętne przez działanie na nie środkami bakterjobójczemi itd., możliwie bezpośrednio. Środków takich mamy pod dostatkiem. Teoretycznie te z pośród nich uważać będziemy za najlepsze, które najsilniej działać będą bakterjobójczo, a najmniej szkodliwie i niszcząco na błonę śluzową cewki. Idealnym byłby ten środek, któryby posiadał jedynie siłę bakterjobójczą, i to bardzo znaczną, a nie wywoływał żadnych szkodliwych objawów ubocznych. Takiego środka dotąd nie znamy, a działanie tych, które mamy, zależy w znacznej mierze od stopnia rozcieńczenia, w jakiem je stosujemy. Nie obojętną jest również rzeczą i to, jak głęboko wnika w warstwy błony śluzowej dany środek leczniczy, bo celem naszym jest zniszczenie nietylko dwoinek na powierzchni błony śluzowej, ale dosięgnięcie dwoinek, znajdujących się i w jej głębszych warstwach. Dwoinki z powierzchni błony śluzowej usuwa w wielkich ilościach wydzielina ropna, co uważać możemy za samoobronę ustroju, usuwa je mocz, wypłukując niejako cewkę, wytwarza się także z czasem pewna ilość ciał ochronnych, uodporniając tkanki przynajmniej czasowo, co więcej, ciała te przy uogólnieniu się sprawy chorobowej można niejednokrotnie łatwo wykazać we krwi. Zatem nietylko środki bakterjobójcze, ale i siły ochronne ustroju pomocne nam są w leczeniu wiewióra. Umiejętne wyzyskanie tych poszczególnych czynników leczniczych powinno być celem naszego działania.

W porównaniu ze środkami bakterjobójczemi, stosowanemi miejscowo, środki odkażające, stosowane wewnętrznie, mają znacznie mniejszą wartość, i to wartość wątpliwą. Działanie ich tłomaczymy sobie tem, że, przechodząc do moczu, upośledzają w nim rozwój dwoinek, czy to przez wzmożenie kwaśności w moczu, czy też przez rozszczepianie się na ciała odkażające. Obok tego środki te działać mogą kojąco na ból, prawdopodobnie przez zmniejszenie przekrwienia. W leczeniu wiewióra mogą środki wewnętrzne mieć znaczenie jedynie środków pomocniczych, a nie zasadniczych. Kładę na to szczególniejszy nacisk, ponieważ niejednokrotnie przypisuje się im zbyt wielką wartość leczniczą z pominięciem środków miejscowych, głównie wskazanych.

Środki lecznicze miejscowe, używane w leczeniu wiewióra, są przeważnie związkami organicznemi srebra i mają zastąpić azotan srebrowy, który zależnie od rozcieńczenia może być środkiem żrącym, bakterjobójczym lub ściągającym, a który ma między innemi i tę ujemną stronę, że wchodzi w połączenia z białkiem ustroju, a pod wpływem chlorków traci na sile bakterjobójczej. Azotanem srebrowym posługiwać się jednak będziemy z pożytkiem przy leczeniu tylnej części cewki moczowej. Tu środek ten działa najskuteczniej. O ile chodzi o leczenie części przedniej, wskazane są raczej, zwłaszcza w początkach leczenia, środki srebrowe organiczne. W wyborze środka kierujemy się znajomością jego działania, przyczem uwzględnić należy siłę stężenia, w jakiem dany środek powinien być stosowany, bo, jakkolwiek środki te składem chemicznym zbliżone są do siebie, to jednak działanie ich nie jest jednakowe (zwłaszcza działanie uboczne), a wiele zależy od rozcieńczenia środka, podobnie jak co do azotanu srebra. Najpowszechniej używany protargol należy do środków energiczniej działających i dlatego stosować go powinniśmy dopiero wówczas, gdy objawy chorobowe zmniejszą się lub gdy zaraz w początkach są niezbyt wybitne. Stosujemy go w rozcieńczeniach 0,25, 0,5—1 : 100.

Dla ułatwienia doboru środków zestawia Schäffer skalę połączeń organicznych srebra, najczęściej używanych w leczeniu wiewióra, i tę skalę z pewną zmianą przytaczam.

W początkowym okresie wiewióra, przy wrażliwości błony śluzowej, najmniej drażnią:

Argonina w rozcieńczeniu od 0,5—1—2|200.
Novargan od 0,5—1—2—3—/200.
Hegonon od $^1/_4$—$^1/_2$—1/200

Po upływie 3—4 tygodni, o ile wskazanem jest stosowanie środków energiczniej działających, przejść można do:

Protargolu w rozcieńczeniu od 0,5—1—1.5/200
Argothionu (Klawe) od 0,5—1—2/200
Albarginy od 0,1—0,2—0,4—0,6/200
Cholevalu od 0,5—1—2|200.

Pod koniec leczenia wskazane są środki takie, jak:

Argentamina, którą zapisywać należy jako „Liquor Argentamini“ w rozcieńczeniu 0,2—0,5—1|200
Ichthargan w rozcieńczeniu 0,05—0,1—0,2/200
Argentum nitricum do przedniej cewki w rozcieńczeniu 0,05—0,1/200; natomiast do wkraplań pod koniec leczenia części tylnej stosujemy rozczyny stężone, poczynając od $^1/_4$%, a dochodząc stopniowo do $^1/_2$—1—1$^1/_2$—2, a nawet 3%.

Zestawienia powyższego nie należy bynajmniej tak rozumieć, jakobyśmy w ciągu leczenia jednego przypadku wiewióra mieli wyczerpać cały szereg wymienionych leków, często dobór 3—4 leków wystarcza najzupełniej na cały przeciąg leczenia; — pamiętać jednak należy, że dobór ten ma być trafny, a będzie trafny wówczas, jeśli liczyć się będziemy z działaniem obranego leku. Błędem byłoby np. rozpoczęcie leczenia od azotanu srebra, bo zaczynając od najsłabszych stężeń tego środka, działających jedynie ściągająco, nie działalibyśmy bakterjobójczo (co w początkach właśnie jest wskazane), a zaczynając od stężeń silniejszych, wprawdzie bakterjobójczych, ale nie wolnych od działań ubocznych, narazilibyśmy chorego na powikłania nie wiewiórem, ale naszem leczeniem. Zestawienie powyżej podane ma być jedynie wskazówką, od jakich środków zaczynać, a na jakich kończyć należy. Doświadczony lekarz używa najchętniej tych środków, których działanie najlepiej poznał. Dla nieznających dokładnie działania środków przeciwwiewiórowych najbezpieczniej będzie stosować przedewszystkiem środki pierwszej grupy, np. novargan lub argoninę. Zaczynając od stężeń najsłabszych, a przechodząc stopniowo do najsilniejszych, dostrzeżemy niejedokrotnie, że sprawa chorobowa kończy się na szczęście wcześniej, niż pozostały zapas środków jeszcze nie stosowanych. I tutaj nie będzie nie na miejscu uwaga: pomagać siłom ochronnym ustroju, a nie dążyć do przewyższenia ich w tępieniu choroby ze szkodą ustroju.

Klasycznym przykładem takich usiłowań są tak częste, a niestety równie często nieumiejętne próby poronnego leczenia wiewióra. Te i w rękach najbardziej doświadczonego praktyka zawodzą, ale nie szkodzą choremu; w rękach lekarza mniej doświadczonego mogą przynieść i szkodę. Dlatego wskazania do leczenia poronnego z rozmysłu pomijam.

Myślą przewodnią w leczeniu ostrego niepowikłanego wiewióra części przedniej powinno być: systematyczne dążenie do niszczenia dwoinek wiewiórowych przez stosowanie środków bakterjobójczych niedrażniących, stałe śledzenie objawów klinicznych i ich stopnia, stała kontrola mikroskopowa wydzieliny cewki moczowej lub nitek w moczu i stopniowe przechodzenie od środków bakterjobójczych do bakterjobójczo-ściągających, wreszcie ściągających, a w końcu prowokujących. Bakterjobójczemi są wszystkie wyżej wymienione przetwory srebra, — nie wszystkie bakterjobójczo-ściągającemi, niektóre może tylko użyć się dają skutecznie do prowokacji ognisk wiewiórowych ukrytych.

Typem środka bakterjobójczo-ściągającego, a więc wskazanego pod koniec leczenia, jest ichthargan, pamiętać jednak trzeba, że nawet w słabych stężeniach (0,05/200) wyjątkowo zadrażnia. Badanie mikroskopowe pouczy wówczas, że pozorne zaostrzenie sprawy chorobowej nie jest istotne, nie jest wywołane przez dwoinki, a jedynie przez działanie ichtharganu. Zmniejszenie stężenia środka, skrócenie czasu jego stosowania działanie uboczne usunie. Choleval nawet w stężeniach słabych wywołuje niejednokrotnie objawy zapalne, znamionujące się domieszką krwi w wydzielinie ropnej, i dlatego należy go czasem zastąpić innym środkiem mniej drażniącym, a równie energicznym, np. albarginą. Przy leczeniu wiewióra części przedniej niepowikłanego zalecam zwyczajnie w początkach novargan lub argoninę 0,5/200, a postępując co 5—7 dni w stężeniu tego samego leku, dochodzę zwyczajnie w czwartym tygodniu leczenia do stężenia 2|200, nie zmie-

niając leku na inny, chyba wyjątkowo. Skoro wydzielina cewki moczowej stanie się śluzowo-ropną lub śluzową, przechodzę do ichthарganu, początkowo 0,05|200, potem 0,1 200, jako do środka bakterjobójczo - ściągającego. Badanie mikroskopowe, wskazane w ciągu całego leczenia, jest teraz szczególnie ważne. Kilkakrotny ujemny wynik badania mikroskopowego, upoważnia do przejścia do azotanu srebra, i to w postaci wkraplań sposobem Guyona w stężeniu $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$—1—$1\frac{1}{2}$—2%. Wkraplania azotanu srebra, wskazane jedynie pod koniec leczenia, mają tę zaletę, że pozwalają wykryć ogniska wiewiórowe, ukryte w głębszych warstwach błony śluzowej. Azotan srebra zatem w tych stężeniach uważać można za środek prowokujący. Pod wpływem azotanu srebra w tem stężeniu występuje obumarcie i oddzielanie się nabłonka, a przez to dwoinki wiewiórowe głębiej ukryte dostają się na powierzchnię błony śluzowej i już bardzo rychło wywołują zaostrzenie objawów klinicznych, objawiające się wydzieliną ropną. Tak dzieje się jednak w wyjątkowych tylko przypadkach, i to najczęściej po 2—3 wkraplaniach azotanu srebra; w przeważającej liczbie przypadków (około 98%) nie ma zaostrzeń, nie ma wycieku (chyba następnego dnia po zabiegu: odczyn chemiczny), a badanie co do dwoinek wiewiórowych, stale ujemne, dowodzi, że można zaprzestać leczenia. Należy go zatem zaprzestać, ale nie zaprzestawać badań mikroskopowych. Pozwalamy choremu używać trunków i zastrzegłszy, że pewności wyleczenia nie ma jeszcze, że spółkowanie jest nadal wzbronione przez 10—14 dni, badamy kilkakrotnie nitki lub śluz cewki mikroskopowo. O ile wszystkie badania wypadną ujemnie, a wiewiór dotyczy jedynie części przedniej cewki moczowej i był pierwszym wiewiórem, możemy uważać leczenie za skończone, a choremu polecić, by w razie dostrzeżenia najlżejszych, niepokojących objawów, zgłosił się natychmiast do badania.

Leczenie niepowikłanego wiewióra części przedniej, zwłaszcza pierwszego wiewióra, trwa zwykle łącznie z obserwacją po ukończeniu leczenia, 8—10 tygodni. Przeciąg to czasu może trochę długi, ale daje stanowczo pewniejsze wyniki, niż leczenie przyśpieszone, bez uwzględnienia sił ochronnych ustroju, bez uwzględnienia tej naczelnej zasady, że wyleczenie wiewióra ma być wynikiem nie szczęścia i przypadku, ale wynikiem rozumnego i planowego działania. Nic nie działa więcej demoralizująco na chorego, niż złudne obietnice szybkiego wyleczenia, nic nie podkopuje więcej powagi lekarza, niż niedotrzymanie przyrzeczonego terminu wyleczenia. Już wielki Ricord pojmował tę trudność rokowania, skoro mawiał: »Oto zaczął się wiewiór, kiedy się skończy, Bóg raczy wiedzieć«. Słowa mistrza są, jak się zdaje, nieznane wielu; gdyby były znane, w przyrzeczeniach naszych bylibyśmy oględniejsi.

Wspomniałem powyżej, że pomyślny wynik leczenia zależy po części i od odpowiedniego zachowania się chorego, od przestrzegania wskazań ogólnych. Nieobojętny jest także sposób wstrzykiwania. Nie wystarczy zalecić choremu wstrzykiwania, ale należy go równocześnie pouczyć, jak te wstrzykiwania mają być robione. Przed każdem wstrzykiwaniem powinien chory oddać mocz, a naciągnąwszy lek do strzykawki, wstrzykiwać go zwolna i równomiernie, po wstrzyknięciu ucisnąć ujście cewki i zatrzymać płyn wstrzyknięty, zależnie od wskazań, 3—5—10—15 minut. O ile zalecamy dłuższe zatrzymywanie leku w cewce, zalecić można stosowanie dwu wstrzyknięć na jeden zabieg, przyczem pierwsze wstrzyknięcie polecamy zatrzymać 5 minut, drugie 5 lub 10 minut. Takie przedłużone wstrzykiwania wskazane są wówczas, gdy już nastąpi pewne przyzwyczajenie do przepisanego leku, a błona śluzowa cewki jest mniej wrażliwa. Przedłużone wstrzykiwania zalecamy zwłaszcza wieczorem i rano, chcąc przez to zrównoważyć całonocną przerwę. Ilość płynu, który ma cewka pomieścić, zależy od jej pojemności, a ta nawet u tego samego chorego jest zmienną. W początkach zalecamy 5—7 cm³, bo pojemność cewki skutkiem obrzęku błony śluzowej jest mniejsza, w miarę ustępowania obrzęku zwiększa się pojemność cewki; zwiększamy też ilość płynu, polecając wstrzykiwać 10—12—15 cm³. Dostateczne rozciągnięcie błony śluzowej wygładza jej fałdy i pomaga do równomiernego zwilżenia całej jej powierzchni. Strzykawka powinna mieć zatem objętość 12—15 cm³, tłok równomiernie i gładko przesuwalny, koniec kauczukowy o stożku ściętym na końcu, a nie ostrym. Ostry koniec rani błonę śluzową, wnika za głęboko w ujście cewki i nie skrapia należycie lekiem jej przedniego odcinka.

W czasie leczenia niepowikłanego wiewióra części przedniej zalecamy choremu zgłaszanie się co 5—7 dni i to za każdym razem z moczem zatrzymanym przez przeciąg 4—5 godzin Przy każdej wizycie lekarskiej badamy nietylko mocz, ale i części rodne, według podanego powyżej schematu, bo tylko w ten sposób upewnić się możemy, że nie przeoczyliśmy żadnego objawu chorobowego, żadnego powikłania. Po ukończeniu leczenia następuje 10—14 - dniowa obserwacja z kilkakrotnem wśród tego okresu badaniem mikroskopowem. O ile kończymy leczenie wkraplaniem azotanu srebra, to wkraplanie to jest poniekąd i środkiem prowokującym. Jeśli z jakiegokolwiek powodu chcemy ten zabieg pominąć, możemy, jak radzi Blaschko, użyć do prowokacji rozcieńczonego płynu Lugola (Rp. Jodi puri 0,1, Kali jodat. 0,2. Aqu. dest. 120,00). Płyn ten wstrzykujemy strzykawką tryprową i działamy nim 3—5 minut. Po 24 godzinach badamy mikroskopowo wyciek, który już w kilka godzin jako objaw zadrażnienia chemicznego na pewne się pojawia. Badanie mikroskopowe powtarzamy i przez 4—5 dni następnych. Możemy też celem prowokacji oprócz płynów drażniących zastosować równocześnie śródmięśniowe, podskórne lub dożylne wstrzyknięcie szczepionki przeciwwiewiórowej: arthigonu lub gonarginy. Prowokująco działają także napoje wyskokowe, mechaniczne drażnienie cewnikiem główkowym Guyona, zgłębniki metalowe, dilatator Kohlmanna, gorące kąpiele, przemywania sublimatem (1 : 20.000), hydrarg. oxycyanat. (1 : 5.000) i t. p. Gdy po takiej prowokacji, jednej lub dwu, i po kilkakrotnem mikroskopowem badaniu nie zdołamy znaleźć dwoinek wiewiórowych, to leczenie uważać możemy za ukończenie. D. n

---

Oceny i sprawozdania.

Roman Leszczyński. **Zarys farmakologji.** Kompendjum do użytku słuchaczy medycyny. Lwów - Warszawa. Książnica Polska T-stwa Nauczycieli Szkół Wyższych. 1922. Str. 210.

Brak wszelkich podręczników polskich stawia młodzież, uczęszczającą na Wydziały lekarskie Uniwersytetów polskich, w ciężkie warunki zdobywania wiedzy. Niestety trudno się spodziewać usunięcia w krótkim czasie tej poważnej luki przez wydanie dzieł, wyczerpujących przedmiot i mających jednocześnie wysoką wartość naukowo-dydaktyczną. Nim nie nastąpi ta zmiana na lepsze, godne są poparcia wydawnictwa, przedstawiające przedmiot nawet w znacznem skróceniu, mogą bowiem one wskrzeszać w pamięci słuchaczów dane, przedstawione im na wykładach i zajęciach praktycznych. Jakkolwiek i skrócone, muszą jednak wydawnictwa takie, aby mogły przynieść pożądaną korzyść słuchaczom, nie tylko podawać fakty, lecz możliwie rozwijać w czytelniku myślenie i przez to zachęcać do pogłębiania wiedzy i zaznajamiać go z istotnym stanem odpowiedniej gałęzi medycyny bez uszczerbku przez skrócenie dla całości. Z tego właśnie punktu widzenia pragnę na krótko zatrzymać uwagę czytelnika nad »Zarysem farmakologji« R. Leszczyńskiego. Autor zamierzył dać słuchaczom «najistotniejsze wiadomości z dziedziny farmakologji, potrzebne do egzaminu z tego przedmiotu« i w tym celu »zestawił w sposób możliwie prosty wyniki teoretyczne i wiadomości praktyczne« z tej nauki. Podaje więc autor na początku wiadomości ogólne oraz sposoby przepisywania różnych środków, przechodzi następnie do omówienia działania różnych przetworów farmaceutycznych, promieni Roentgena, ciał promieniotwórczych, światła i kończy podaniem tabeli dawek maksymalnych oraz indeksu, zawierającego jednocześnie własności fizyczne większości omówionych w książce ciał. Cały materjał podzielił autor na 32 grupy, wziąwszy za podstawę działanie omawianych środków. «Zarys» przedstawia przedmiot zgodnie ze stanem rzeczy. Niestety, usiłując osiągnąć największą zwięzłość, nie uwydatnia autor w sposób dobitniej-

szy niektórych doniosłych dla przyszłego lekarza faktów, niektóre pomija milczeniem, inne zaś przedstawia tak, że czytelnik, nie obznajomiony z istotnym stanem, może wytworzyć sobie nieprawidłowe o nich pojęcie. Dla przykładu przytoczę niektóre z takich usterek. I tak, znajdujemy w kompendjum opis działania środków, nie mających dziś ani teoretycznego, ani praktycznego znaczenia, natomiast pominął autor niektóre do dzisiejszego dnia stosowane nieraz z dobrym skutkiem. Napróżnobyśmy np. szukali w kompendjum wzmianki o mezotanie, phytinie, piperazynie, błękicie metylenowym, argochromie, chinidynie i inn., nie mówiąc już o tak pochłaniającem dziś naszą uwagę leczeniu proteinowem. Omawiając naparstnicę, kofeinę i kamforę, autor nie uwydatnia znaczenia naparstnicy przedewszystkiem w pierwotnem osłabieniu serca, kofeiny zaś i kamfory we wtórnem. Tę różnicę należało podkreślić tembardziej, że i kofeinę i kamforę autor omawia w grupie środków sercowych, nie zaś, na wzór adrenaliny, w grupie środków naczyniowych. Nie dowiadujemy się też o tak ważnem ze względów praktycznych przewlekłem stosowaniu przetworów naparstnicy, nie dość podkreśla autor znaczenie miareczkowanych jej przetworów, nie wspomina o jej djalizatach, nie zaznacza pierwszych oznak dodatniego jej działania u chorych; same wskazania do jej stosowania zbyt zwęża. Omawiając wskazania do stosowania strychniny, pomija zupełnie nerwice serca. To samo dotyczy stosowania w zaburzeniach czynności serca przetworów chininy. Nie wspomina autor o odkażaniu przez urotropinę dróg oddechowych i żółciowych, o stosowaniu siarki w przewlekłych zapaleniach stawów, salwarsanu w zgorzeli płuc, nie przytacza wcale nalewki konwalji (*T-ra convallariae*), natomiast podaje napar (*Inf. convall.*), nie używany w praktyce ze względu na podrażnienie żołądka, które napar ten łatwo sprowadza, nie podaje stosowania adrenaliny w ostrem zatruciu morfiną itd. Lampę kwarcową stosuje się nietylko w dermatologji, jak to czytamy w kompendjum. Określenia, jak »naparstnica u żaby sprowadza wzmocnienie diastoli« lub »kofeina osłabia diastole» (n. b. czemu nie użył autor tutaj polskiego wyrazu ?), mogą wywołać błędne pojęcia o działaniu na serce tych leków. Należało wyraźnie zaznaczyć, że naparstnica u żaby powiększa rozkurczowe rozszerzenie komory, kofeina zaś utrudnia je. Sprawę działania promieni Roentgena, ciał promieniotwórczych i światła przedstawił autor tak pobieżnie, że lepiejby było tych działów zupełnie nie poruszać.

Zaznaczę wreszcie, że niemiłe wrażenie pozostawia ustawiczne posługiwanie się przez autora terminologją łacińską, fatalnie skoszlawioną, niby na modłę polską. Wciąż czytamy sistola, diastola, motoryczny, embolja, ataksja, opjum itd. (zamiast skurcz, rozkurcz, ruchowy, zator, bezład, makowiec itd.). Niemiłe wrażenie, świadcząc o pośpiechu, czynią też liczne błędy drukarskie, jakkolwiek w przeważnej większości przypadków nawet zaznaczone w dodatku, włożonym do książki.

Należy życzyć, żeby następne wydanie nie zawierało tych wszystkich usterek, jakkolwiek nie ulega wątpliwości, że i obecne, o ile czytelnik będzie zapatrywał się na nie jako tylko na kompendjum, będzie pożyteczne.

Witołd Orłowski. (Kraków).

C. Breul: **Ueber Tuberkulose im Mittelstand. (Tuberkuiose - Bibliothek Nr. 6). Lipsk 1922. J. A. Barth.**

Broszura ta o 62 stronicach z kilkoma tabelami jest właściwie »patografją« gruźlicy, opartą na bardzo gruntownem badaniu i oświetlaniu faktów zebranych z wywiadów. Autor z wielką dokładnością, na podstawie bardzo szczegółowych wywiadów, wydobywa na światło dzienne ogrom faktów, wyjaśniających, jakiemi drogami wślizguje się gruźlica do ustroju w codziennem życiu klas średnich. Przedmiotem badania są głównie studenci, nauczyciele, nauczycielki, urzędnicy, urzędniczki, pielęgniarki i pomocnicy handlowi. W mnogości spostrzeżeń uwydatniają się jasno szkodliwości, które stopniowo i kolejno działały w sposób utajony na ustrój, choć pozornie nie pozostawały w bezpośrednim związku z obecnym stanem i obecnie wykonywanym zawodem. Uwidaczniają się liczne błędy i zaniedbania, oraz różne momenty, które powinny być punktem zaczepienia dla akcji ochronnej przeciwgruźliczej. Wyjaśniają się błędy popełniane przy wyborze zawodu. Autor dochodzi do wniosku, że teren działania ochronnego przeciw gruźlicy należy powiększyć, przyczem głównym punktem ciężkości powinno być rozszerzenie i pogłębienie czynności lekarzy szkolnych. Żąda trwałej obserwacji lekarskiej i przymusowych badań okresowych, zdążających do wczesnego rozpoznania początków i śledzenia źródeł zakażenia. Takie przymusowe badania okresowe należy rozciągnąć także na personal stykający się z młodzieżą, a więc na nauczycieli i opiekunów. Należy prowadzić obowiązkowo karty zdrowia. Dzieci ze skłonnością do gruźlicy należy przenosić do szkół leśnych. Powinno się wpływać na indywidualizowanie programu pracy, czuwać stale nad rozwojem fizycznym, szerzyć wiadomości higjeniczne, udzielać porad przy wyborze zawodu i wskazywać wyższym władzom zauważone braki.

Stosunki wyświetlone przez autora nasuwają liczne refleksje, wnioski i plany, którebу się powinno również i w Polsce zastosować dla zwalczania gruźlicy. Dlatego z pracą tą powinniby się zapoznać u nas przedewszystkiem lekarze szkolni, a nadto higjeniści, władze szkolne, urzędy oraz lekarze urzędowi, pojmujący poważnie swoje zadanie.

Dr. *M. Blassberg.* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Fizjologja.

Z. f. d. ges. exper. Medizin

T 14. Zeszyt 3 i 4.

E. v. Skramlik. **O anatomicznych właściwościach tworów przewodzących serca zimno-krwistych.** Histologiczne badania autora wykazały, że serce zimno-krwistych stanowi jedną nieprzerwaną ciągłość mięśniową. Poszczególne odcinki serca łączą się ze sobą zapomocą szerokich mięśniowych mostów zbudowanych pierścieniowato i złożonych tylko z włókien okólnie ugrupowanych. Mosty te są od wewnątrz wyłożone tkanką łączną, a od strony nasierdzia przerośnięte włóknami tkanki łącznej, które w ten sposób rozluźniają tkankę mięśniową mostów. Elementy mięśniowe mostów nie różnią się od sąsiedniej tkanki. Serce zimno-krwistych różni się od serca ciepło-krwistych tem, że jego poszczególne włókna dają się rozczłonkować, i że komórki mięsne tworów przewodzących nie są jeszcze zróżniczkowane. Okrężny przebieg włókien mięśniowych mostów tłómaczy dostatecznie, że droga, jaką bodziec opisuje na granicy poszczególnych odcinków serca, musi być znacznie dłuższa, od tej, jaką wykazują wymiary podłużne. Już ten wzgląd wyjaśnia nam dobitnie pauzy w czynności pojedyńczych odcinków serca. Nawet w tym przypadku, kiedy przyjmiemy włókna nerwowe, oplatające włókna mięśniowe za przewodniki bodźców, odgrywa główną rolę również tylko długość drogi, jaką bodziec przebiega.

H. Sikorski (Warszawa).

Anatomja patologiczna.

Virchows Archiv.

T. 233. 1921.

T. Huzella. **W sprawie patologji torbieli krezkowych.** Przy sposobności sekcyjnego spostrzegania torbieli krezkowej u noworodka omawia autor obszernie sprawę torbieli krezkowych — głównie jednak sprawę pochodzenia interesujących torbieli nabłonkowych, względnie śródbłonkowych, przyczem opiera się na rozległem piśmiennictwie z zakresu poruszonego tematu Autor stwierdził u noworodka płci męskiej z wrodzonym brakiem jednej kończyny i niedrożnością cewki moczowej, i stąd bardzo znacznie rozdętym pęcherzem moczowym, torbiel krezki wielkości jabłka, dochodzącą do przyczepu krezki do jelita, obok niej zaś drugą, znacznie mniejszą. Obydwie wypełnione były surowiczym, nieco mętnym, słomkowym płynem(200 cm.). W ścianie torbieli, wytworzonej z tkanki łącznej, liczne jamki i szczelinki wyścielone śródbłonkiem, który tylko gdzieniegdzie można było stwierdzić na wewnętrz-

nej powierzchni torbieli. Rozpatrując własny przypadek i piśmiennictwo przychodzi autor do przekonania, że torbiele, spotykane w krezce, są podobne do spotykanych i w innych miejscach ustroju. Torbieli krezki nie można dzielić według rodzaju ich zawartości, ale należy odnośnie do nich zastosować podział, jaki został przyjęty wogóle dla torbieli, spotykanych w ustroju, a więc na prawdziwe nabłonkowe, względnie śródbłonkowe, i twory torbielowate (cystoidy), jak np. bąblowiec wieńcogłówki, jamy rozmiękczynowe po krwotokach, urazowe itd. Torbiele krezkowe — to głównie torbiele śródbłonkowe, należące do grupy torbielowych naczyniaków chłonnych; czy są to rzeczywiste nowotwory, czy też tylko rozszerzenia chłonne, rozstrzygają te dane, któremi kierujemy się w odróżnianiu naczyniaka od rozszerzeń naczynia chłonnego. Przypadek autora pierwszy, w którym stwierdzono u noworodka torbiel krezkową, jest torbielą chłonną pochodzenia rozwojowego; może on świadczyć o płodowem pochodzeniu i innych nabłonkowych, względnie śródbłonkowych, torbieli, stwierdzanych u dorosłych.

S e y l e r. **Histologicznie typowe homologiczne mięśniaki macicy ze wzrostem śródżylnym.** Opis preparatu licznych mięśniaków macicy wyciętej u kobiety 50-letniej. Do żył wrastał nowotwór pod postacią polipowatych tworów, uszypułowanych na długiej postronkowatej nóżce. Powierzchnia polipów była pokryta typowym śródbłonkiem naczynia. Autor omawia zapatrywania na pochodzenie tego rodzaju wrastających do żył mięśniaków, w szczególności zdanie o ich pochodzeniu z mięśniówki żyły. W danym przypadku sprawa niewątpliwie wyszła ze ściany macicy.

P u p k o. **Przyczynki do sprawy stłuszczenia mięśnia sercowego.** Autor zadał sobie następujące pytanie: 1. Czy istnieje fizjologiczne stłuszczenie mięśnia sercowego, względnie poszczególnych jego czynnościowych części? 2. Czy poszczególne, czynnościowo różne części mięśnia sercowego zachowują się pod względem stłuszczenia rozmaicie i czy ewentualnie te różnice należy odnieść do różnego ich czynnościowego znaczenia? i 3. Czy stłuszczenie mięśnia sercowego jest w istocie szkodliwe dla jego wydolności czynnościowej? Otóż autor na podstawie przebadania wcale dużego materjału nie mógł stwierdzić dążności do stłuszczenia włókien mięsnych w miarę starzenia się. Mięśnie brodawkowe i przedsionki okazują nieznaczną wzajemną zależność w stłuszczeniu, w porównaniu do innych części serca. Wybitniejszych różnic między stłuszczeniem prawego i lewego serca nie mógł zauważyć. W ogólności jeszcze największą niezależność od innych części serca co do stłuszczenia okazuje lewy mięsień brodawkowy i pęczki Hissa. Zresztą poszczególne części i okolice serca okazują tak dużą, niezależną od siebie różnorodność w stłuszczeniu, że istotnie nie można się tu dopatrzeć jakiejś systematyczności lub wzajemności względem siebie. Stosunek stłuszczenia serca do jego osłabienia jest niejasny; w każdym razie, gdyby stłuszczenie i osłabienie czynności serca szło ze sobą w parze, musielibyśmy, wobec częstości niedomogi serca, znacznie częściej spotykać się ze stłuszczeniem jego mięśnia.

Zeitschrift für Krebsforschung.
T. 18. Z. ½. 1921.

F. J a n o w i t z. **Złośliwe nowotwory przewodu pokarmowego w czasie wojny.** Zdania o wpływie nienależytego i nieodpowiedniego odżywiania w czasie wojny na ilościowe zachowanie się nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego są różne. Niektórzy podnoszą, że liczba ich zmniejszyła się. Autorka podaje porównawczo dane statystyczne złośliwych nowotworów ze szpitala Rudolfa V i r c h o w a w Berlinie za 4 lata przedwojenne 1911—14 i 5 lat wojennych 1915—1919. W pierwszej serji na 30.609 chorych stwierdzono 342 przypadków raka i 3 mięsaki przewodu pokarmowego, w drugiej serji na 37.350 chorych 398, z tego 2 mięsaki; a więc procentowo 1.12% i 1.06%. Szczegółowe liczby, dotyczące umiejscowienia nowotworów w poszczególnych odcinkach przewodu pokarmowego i inne dane doprowadzają autorkę do wniosku, że w powyższym szpitalu nie można stwierdzić różnicy co do ilości i zachowania się nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego w okresie przedwojennym i w czasie wojny.

T. 18. Z. 3. 1921.

W. R a n. **Porównawcza statystyka z 5-ciu lat wojennych (1914—1919) i 5-ciu lat pokojowych (1909—1914) sekcjonowanych przypadków raka i innych złośliwych nowotworów w patologicznym instytucie szpitala miejskiego Drezno-Friedrichsstadt.** Statystyka obejmuje następujące liczby: W 5 latach pokojowych na 25.129 chorych mężczyzn, wykonano 2.589 sekcji, z czego wypadło na raka 297; w 5 latach wojennych na 25.148 chorych mężczyzn wykonano 2.933 sekcji, z czego wypadło na raka 340 sekcji. W latach pokojowych na 24.650 kobiet chorych wykonano 2.316 sekcji, z czego wypadło na raka 255; w latach wojennych na 25.216 kobiet chorych 2.555 sekcji, z czego na raka wypadło 240 sekcji. W licznych tablicach uwzględnia autor wiek, narządy i t. p. Po zestawieniu szeregu liczb dochodzi autor do następujących wniosków: Materjał sekcyjny wykazuje przyrost raków u mężczyzn, ubytek u kobiet, przyczem rak dotyczył szczególnie osobników między 41 i 50 r. życia, stosunkowo rzadziej wydarzał się u osobników w wieku podeszłym. Przewód pokarmowy w czasie wojny rzadziej był zajęty rakiem u mężczyzn, natomiast częściej u kobiet; narząd oddychania był nim zajęty częściej w czasie wojny i to u obu płci. W narządach płciowych u kobiet rzadziej stwierdzano raka w czasie wojny w porównaniu do czasu pokojowego. W czasie wojny stwierdzono u mężczyzn mniejszą liczbę raków z przerzutami, ale były one złośliwsze; dotyczy to raków przełyku i płuc. U kobiet naogół raki były złośliwsze, z wyjątkiem raków macicy.

Oczywiście autor zdaje sobie sprawę z tego, że jego statystyka nie może mieć ogólniejszego znaczenia dla określenia zachowania się nowotworów złośliwych w czasie wojny — dopiero ewentualnie w łączności z innemi statystykami może pozwolić na przybliżone do rzeczywistości wnioski. Ostateczny sąd o wpływie wojny na raka może być wypowiedziany dopiero w najbliższych latach, ponieważ rak jest chorobą powoli się rozwijającą. *W. N.* (Lwów).

Bakterjologja i odporność.

Cntrlbl. f. Bakteriologie.
Część Oryg. T. 87.

P l a s a j S. i P r i b r a m. **Przyczynki do systematyki drobnoustrojów. Systematyka laseczników dwubiegunowych** (laseczník posocznicy krwawej). Badania dotyczą morfologji (barwienie rzęsek), serologji i biochemji bakteryj posocznicy krwawej, oraz ich stanowiska w systematyce ogólnej drobnoustrojów. Tablica systematyczna obejmuje 18 gatunków, ugrupowanych w trzech typach. Jako nazwę ogólną autorzy polecają *B. multoscepticus*. Prątek dżumowy jest najbardziej zbliżony do typu pierwszego.

H. R o t k y. **Analiza odczynu zlepnego u chorych na dur brzuszny.** Autor stwierdza, że surowice chorych na dur brzuszny mogą dawać obie postacie odczynu zlepnego, a mianowicie: grudkową i obłoczkową. Miano postaci grudkowej jest znacznie niższe.

W. B e r n b l u m. **Badania porównawcze nad różnymi sposobami barwienia laseczników gruźliczych.** Autor porównywa metodę klasyczną Z i e h l - N e e l s e n a ze sposobami autorów następujących: G a r i s - T e l e m a n n, K r o n B e r g e r, U n n a - P a p p e n h e i m i K o n r i c h. Tylko ostatnia dorównywa metodzie klasycznej, a nawet przewyższa ją zarówno pod względem zawartości laseczników w preparacie, jak i co do zabarwienia kontrastowego, które oko chwyta łatwo i bez znużenia. Z tego względu podajemy przepis odnośny: barwi się fuksyną karbolową na gorąco; jak zwykle, odbarwia się 10% roztworem podsiarczynu sodowego, spłukuje wodą i podbarwia zielenią malachitową (nasyconą z dodatkiem podwójnej objętości wody) w ciągu ½—¼ minuty.

K P f e i f f e r i W. R o b i t s c h e k. **Zagęszczanie zawartości laseczników gruźliczych w plwocinie zapomocą zawiesiny mastyki.** Autorzy gotują 50 ccm plwociny z dodatkiem 150 ccm wody przez ½ godz., poczem dodają do 8 ccm mieszaniny 2 ccm rozcieńczonej zawiesiny mastyki (roztwór alkoholowy 10%, rozcieńczony 9 częściami alkoholu i mieszany z wodą w sto-

sunku 1 : 4) i przelewają do probówki wirówkowej. Probówka pozostale przez dobę w cieplarce i wiruje się. Prątki zbierają się zwykle na pograniczu płynu i osadu, ale mogą również znaleść się na samem dnie, lub na połowie wysokości warstwy mastyki. Preparaty doskonale trzymają się szkiełka.

S. Feinmann. **Epidemja duru osutkowego w Rydze w r. 1918—20.** Epidemja była zawleczona z Rosji i objęła 12,5% ogółu ludności — 25.000 osób. Z tego 2329 przeszło przez szpital autora. W tem były trzy przypadki stwierdzonego z pewnością powtórnego zapadnięcia na dur osutkowy. Śmiertelność wynosiła 13, 26%.

W. Fornet. Doniesienie 6. **Czysta hodowla zarazka ospy.** F. dowiódł w szeregu prac dawniejszych, że z krowianki surowej możnao trzymać w czystym stanie zarazek ospowy przez wyjałowienie eterem. Obecnie podaje przyrząd specjalny, zbudowany całkowicie ze szkła, służący do wyjaławiania krowianki parą eteru w ciepłocie 42° w ciągu 5—10 minut. Dawniejsze wyjaławianie eterem płynnym wymagało 24—100 godzin. Krowiankę rozcieńcza się przed wyjałowieniem 10 częściami fizjologicznego rozczynu soli. Szczepienie krowianki wyjałowionej, szczepionej na buljonie i agarze, daje wynik ujemny. Zarazek właściwy hoduje się w warunkach beztlenowych w buljonie, z dodatkiem surowicy i cukru gronowego; bierze się 1 ccm krowianki rozcieńczonej na 100 ccm pożywki. Mieszanina taka nie wywołuje na razie żadnego odczynu na rogówce królika, natomiast trzymana przez 7—10 dni w ciepłocie 30° daje odczyn dodatni, co świadczy o rozmnożeniu się swoistego zarazka, aczkolwiek pożywka nie wykazuje żadnego zmętnienia. Tensam zarazek daje się hodować w rurkach włosowatych, zawierających żelatynę glicerynową z dodatkiem 1% cukru gronowego i indyga, sprowadzając po upływie kilku dni zmianę barwy na zielonkawą a potem na kanarkowo-żółtą. Wreszcie w preparatach barwionych zaprawą Löfflera i fuksyną karbolową można bezpośrednio wykazać obecność zarazka (*microsoma variolae*).

E. Neumark i H. Heck. **O środkach tępiących szczury.** Autorzy zbadali około 10 gatunków preparatów bakteryjnych. Miały to być hodowle czyste specjalnych zarazków, zabijających szczury. Prawie wszystkie próbówki zawierały — bez różnicy nazwy preparatu — mieszaninę banalnych saprofitów z przewagą lasecznika okrężnicy. Tylko dwa preparaty (Ratin i Rattentodt) składały się z hodowli czystych prątków, zbliżonych do grupy duru wrzekomego. Próby trucia szczurów dały wyniki ujemne przy użyciu zarówno hodowli czystych, jak i nieczystych. Pomyślnie wypadły próby z jadami chemicznemi pochodzenia mineralnego (fosfor) i roślinnego (cebula morska). Autorzy podają w końcu przepisy na przygotowanie trutek.

Krinkmann. **O zawartości dopełniacza we krwi ludzkiej.** Autor zbadał około 500 surowic ludzkich i znalazł zawartość dopełniacza niemal stałą, a mianowicie: 0,08—0,1 ccm surowicy rozpuszczało 0,5 ccm 3% krwinek baranich; cyfra ta występuje zarówno u zdrowych jak i w różnych stanach chorobowych. Tylko w 16 przypadkach autor znalazł zawartość znacznie mniejszą, a nawet całkowity brak dopełniacza. Autor obserwował to zjawisko zarówno u zdrowych, jak u chorych. Wahania zawartości dopełniacza u jednego i tego samego osobnika są bardzo małe. W surowicy pobranej jałowo i przechowywanej w zimnie zawartość dopełniacza nie zmienia się w ciągu 24 godzin. Surowica krwi ludzkiej rozpuszcza krwinki rozmaitych zwierząt. Co się tyczy stosunku surowicy krwi ludzkiej do krwinek pobranych od innych ludzi, to autor zbadał 13 przypadków i nie otrzymał ani razu hemolizy, zato w 4 przypadkach hemaglutynację. W jednym przypadku surowica krwi brata zlepiała krwinki siostry.

Szymanowski (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

The Lancet.

N. 1. T. II. 1921.

M. Davidson i Butterfield. **Niezwykły typ niemiarowości w schorzeniu zastawki dwudzielnej i tętnicy głównej.** Chory l. 38 zgłosił się do szpitala z typowemi objawami niedomogi serca: z dusznością, kaszlem, powiększeniem wątroby, obrzękami kończyn, znacznem rozszerzeniem serca Liczba uderzeń tętna na tętnicy sprychowej od 30 do 50 na minutę. Badanie serca wykrywa rytm nieprawidłowy: po każdych 2 uderzeniach, dłuższa przerwa. Uderzenie drugie, wyraźnie zaznaczone w kardjogramie, lecz bardzo słabo na krzywej tętna sprychowego. Ton pierwszy i drugi dobrze słyszalny, w dłuższych przerwach między parami uderzeń czasami słyszalny ton trzeci. Zupełny brak szmeru przedskurczowego, chociaż lewy przedsionek był bardzo powiększony w następstwie wybitnie zwężonego lewego ujścia żylnego. Tętno żylne (*jugularis*) ma postać komorową i na krzywej fali a nie widać. Ponieważ chory nie zażywał wcale naparstnicy, powyższy zespół objawów, mimo braku typowej niemiarowości, nasuwał przypuszczenie migotania przedsionków. Stan chorego stale się pogarszał i tętno było zawsze zwolnione, ponieważ drugie uderzenie serca nie wywoływało nigdy macalnej fali tętna w tętnicy sprychowej (skurcz dodatkowy komorowy). Od czasu do czasu występowały napady omdlenia lub częściowej utraty przytomności, w czasie których tętno dochodziło ledwie do 30. Pod względem klinicznym objawy te przypominały blok serca, ale na krzywych tętna nie stwierdzono niezależnych skurczów przedsionkowych. Nadto mimo zupełnego zwyrodnienia włóknistego mięśnia sercowego, stwierdzonego po śmierci, pęczek przedsionkowo-komorowy pozostał nietknięty.

I. Fox. **Gruczolak limfatyczny a gruźlica.** Spostrzegany przez autora przypadek gruczolaka limfatycznego klinicznie należy do typu brzusznych postaci choroby Hodgkina. Po śmierci znaleziono w śledzionie i gruczołach dosyć liczne laseczniki gruźlicze, jednakże bez swoistego odczynu komórek. Zmiany widoczne gołem okiem i drobnowidowe nie miały wcale cech właściwych gruźlicy, były raczej podobne do zmian, opisywanych przy chorobie Hodgkina. Zastanawiając się w końcu nad związkiem etjologicznym między chorobą Hodgkina i gruźlicą, zaznacza autor, że ogólnie przyjęta teorja wtórnego zakażenia gruczolaków limfatycznych laseczników Kocha wymaga sprawdzenia.

N. 2. T. II. 1921.

L. Hill i J. McQueen. **Ciśnienie włoskowate i krążenie krwi we wstrząsie.** Aby określić ciśnienie krwi w tętniczkach, naczyniach włoskowatych i żyłkach, Hill stosuje ucisk szybki, który natychmiast przerywa krążenie. Przy ucisku powolnym otrzymujemy zgoła inne i niepewne wyniki. W warunkach prawidłowych ciśnienie krwi w polu włoskowatem jest bardzo niskie. Jak stwierdził Hill, na uciętych kończynach żaby wystarcza bardzo małe ciśnienie, żeby wepchnąć krew w naczynia włoskowate błon międzypalcowych. Energja kinetyczna prądu zależy od lepkości krwi i siły tarcia o ściany naczyń włoskowatych. Zwiększenie lepkości krwi musi wywoływać zwolnienie prądu. Fakt, że mimo względnie wysokiego ciśnienia prawidłowego w tętnicach większego kalibru (średnio 130 mm), całkowite ciśnienie kinetyczne i potencjalne w naczyniach włoskowatych nie dochodzi nawet do 10 mm Hg. świadczy najlepiej o niezwykle celowem i ekonomicznem urządzeniu ustroju. Ciśnienie większe narażałoby serce na nadmierną i zbyteczną pracę. Z pośród różnych stanów chorobowych niezmiernie ważne wskazówki daje badanie ciśnienia włoskowatego we wstrząsie urazowym. W niektórych przypadkach wstrząsu Fraser i Corvell stwierdzili ciśnienie skurczowe (Mx.) bardzo obniżone, od 40 do 90 mm Hg, czasami nawet 30 mm Napięcie większych tętnic na tym poziomie utrzymuje się dzięki skurczowi tętniczek, którego równoczesnem i nieuniknionem następstwem jest wybitne zmniejszenie energji kinetycznej prądu w naczyniach włoskowatych. Odpowiednio do zmniejszonego ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, całkowite ciśnienie w naczyniach włoskowatych spada do minimum i prąd krwi staje się nadzwyczajnie wolnym. Innemi słowy, występuje w nich zastój krwi ze wszystkiemi następstwami.

Dzięki urządzeniom obronnym, opisanym przed kilku laty przez Hilla, ustrój może zaradzić złemu. Autor wykazał, 1) że stopień napełnienia krwią naczyń włoskowatych w razie potrzeby może znacznie się zwiększyć na skutek ich

rozszerzenia, 2) że w warunkach zwykłych wielka część naczyń włoskowatych jest zupełnie próżną, wreszcie 3) że między małemi tętnicami i żyłami istnieją połączenia bezpośrednie, przez które przepływa krew pod dość znacznem ciśnieniem, z pominięciem naczyń włoskowatych. W wielu przypadkach wstrząsu stwierdzono w naczyniach włoskowatych zwiększone stężenie krwi z powodu zastoju. We krwi ich (1 mm^3) znajdujemy często o 2 miljony czerwonych krwinek więcej, niż we krwi żylnej. Fakt ten byłby niezrozumiały, gdyby naczynia włoskowate miały być jedyną drogą, łączącą układ tętniczy z żylnym. Natomiast tłumaczy się łatwo ze stanowiska innych i bezpośrednich między niemi połączeń. Krew, przepływająca przez nie, ma jednakowe stężenie i dopiero w układzie żylnym na drodze powrotnej do serca łączy się z krwią więcej stężoną, płynącą z naczyń włoskowatych. W ten sposób korzystny wpływ przetaczania krwi oraz dożylnych wstrzykiwań roztworu gumy we wstrząsie ma łatwo zrozumiałą fizjologiczną podstawę. Zabiegi te przedewszystkiem podnoszą ciśnienie w układzie tętniczym i ułatwiają krążenie krwi przez połączenia bezpośrednie, z pominięciem naczyń włoskowatych, które z powodu zastoju krwi stanowią narazie trudną do przezwyciężenia przeszkodę. Zwiększenie ciśnienia w naczyniach włoskowatych następuje dopiero wtórnie, na skutek ogólnie wzmożonego ciśnienia. Powtóre, przetaczanie krwi lub wlewanie roztworu soli z gumą arabską, rozcieńczając krew, zmniejszają zgęszczenie jej w naczyniach włoskowatych. Przywracając lepkość prawidłową, ułatwiają one dostęp tlenu do komórek tkankowych i zapobiegają dalszemu przesiąkaniu cieczy przez ściany naczyń włoskowatych. W ten sposób badanie ciśnienia włoskowatego rzuca wiele światła na istotę zastoju oraz na niebezpieczne skutki zbyt niskiego ciśnienia w tętnicach.

F. Thomson. **Rozpoznawanie i leczenie błonicy.** Z różnych klinicznych postaci błonicy, ze stanowiska rozpoznawania i leczenia, zasługują na szczególną uwagę postacie ciężkie złośliwe, które cechuje szybko występujący obrzęk gardła (*faucial*) i obrzmienie gruczołów szyjnych oraz towarzyszące im nacieczenie tkanki łącznej (*cellulitis*). Chorzy, nie leczeni w ciągu pierwszych 36 godzin, zazwyczaj giną. Przy leczeniu po 24 godzinach część chorych umiera, natomiast śmierć osób leczonych przed upływem doby, należy do bardzo rzadkich spostrzeżeń. To też wczesne rozpoznanie tej sprawy ma niezwykle doniosłe znaczenie. Jeżeli w ciągu pierwszych 24 godzin występują w gardle charakterystyczne błony, rozpoznanie nie przedstawia szczególnych trudności. Atoli w znacznej liczbie przypadków błony zaczynają wytwarzać się w końcu doby, rzadziej po 36 godzinach. Wówczas w rozpoznaniu różniczkowem trzeba mieć na względzie zapalenie okołomigdałkowe i zapalenie płonicze. W podejrzanym przypadku, nie czekając na wyniki ścisłego bakterjologicznego badania, trzeba natychmiast rozpoczynać leczenie swoiste. Wszelkie inne zabiegi, oprócz odpowiedniego odżywiania i zupełnego spokoju w położeniu leżącem, mają znaczenie podrzędne. Jakkolwiek w poszczególnym przypadku trudno określić pierwszą dawkę antytoksyny, zależy ona bowiem od całego zespołu objawów, w postaciach ciężkich dla pewności lepiej zastrzyknąć dodatkowo 4000 jednostek. Wielkość pierwszej dawki jest dotąd przedmiotem dyskusji, Rolleston w przypadkach ciężkich wstrzykuje odrazu 16,000 do 20,000 jednostek i taką samą lub nieco mniejszą dawkę w dniu następnym; w przypadkach średniego natężenia 8.000 do 12.000 jednostek, w przypadkach lekkich 4000 do 8000, najczęściej bez potrzeby powtarzania tej dawki. Antytoksynę należy wstrzykiwać śródmięśniowo, najlepiej w okolicę zewnętrzną grubych mięśni uda (*vastus externus*). Drugie wstrzyknięcie, zależnie od objawów choroby, powinno się wykonać nie później, jak po 24 godzinach. Powtórna dawka w przypadkach ciężkich waha się od 12,000 do 20,000 jednostek, w przypadkach średniego natężenia od 8000 do 10,000 jednostek. W końcu artykułu, ze względu na zdarzające się przypadki nagłej śmierci, omawia autor ważne znaczenie zupełnego spokoju w położeniu leżącem, początkowo, jeżeli można, nawet bez poduszki. Chorzy, dotknięci najlżejszą błonicą, powinni pozostawać w łóżku przynajmniej 15 dni. Średnio, pożądany jest spokój w ciągu 3 tygodni (minimum), w przypadkach bardzo ciężkich, w ciągu 6, a nawet 9 tyg.

Prof. J. R. MacLeod i Taylor. **Wpływ gorąca i zimna, stosowanego na powierzchni ciała, na ciepłotę mięśni, wątroby, nerek i mózgu.** Autorzy opisują drobiazgowo wyniki systematycznych doświadczeń na królikach, dokonywanych przy pomocy t. zw. »aplikatora« o 33 mm. średnicy, oraz przyrządów termoelektrycznych. Gorąco i zimno stosowano średnio w ciągu jednej godziny. Ogrzewanie uda, przewyższające o 10° C. ciepłotę skóry, wywołuje natychmiastowe podniesienie ciepłoty, które szerzy się na powierzchni i sięga w głąb mięśni na odległość 20 mm. Podniesienie ciepłoty jest następstwem przewodnictwa ciepła przez tkanki, a nie wynikiem rozszerzenia naczyń. Ciepłota krwi, określana głębiej i w pewnem oddaleniu od ogrzewanego miejsca, jest znacznie niższą od ciepłoty tkanek. Przy stosowaniu zimna, jeżeli różnica między ciepłotą przyrządu i skóry dochodzi do 20° C., następuje nagły spadek ciepłoty na powierzchni ciała. Na przestrzeni 25 mm. skóra oziębia się o 13—14° C., równocześnie wpływ zimna sięga na 11—15 mm. wgłąb mięśni i obniża ich ciepłotę o 3.9° do 4.7° C. Co do wątroby i nerek, to ciepło, zastosowane na okolicę tych narządów, jeżeli przewyższa o 10—12° C. ich ciepłotę wewnętrzną, pozostaje bez żadnego wpływu. Oddziaływania zimna, niższe o 20—25° C. od ciepłoty ciała, wywołują wyraźny spadek ciepłoty w wątrobie i bardzo nieznaczny w nerkach. Zdolność przenikania bodźców cieplnych do mózgu jest naogół większa, zależy jednak ściśle od stopnia rozgrzania lub oziębienia głowy. Jeżeli oddziaływanie zewnętrzne przewyższa o 7.4° C, ciepłotą ciała, ciepłota mózgu na głębokości 13 mm. podnosi się o 1.5° C. Analogiczny wpływ wywiera zimno. Zależnie od stopnia oziębienia głowy (o 7.4° C. — 25° C.), obniża się ciepłota mózgu na głębokości 14 mm. o 0,75° — 3,45° C. Zasługuje na podkreślenie. że powyższe oddziaływania cieplne pozostają bez widocznego wpływu na ogólną ciepłotę ciała.

Rozenfeld-Rożkowski. (Częstochowa).

Gruźlica.

Revue de la Tuberculose.
Serja III. Tom II. Nr. 2 1921.

F. Dumarest i I. Lelong. **Badania doświadczalne nad pojemnością oddechową u ludzi leczonych odmą sztuczną.** Badania autorów — przy pomocy spirometru Chauveau — u ludzi leczonych odmą sztuczną wykazują, że z chwilą utworzenia się odmy zmniejsza się nagle pojemność oddechowa; zmniejszenie to jest proporcjonalne do szybkości utworzenia się odmy i wynosi jedną piątą do jednej czwartej ogólnej objętości powietrznej płuc przed zabiegiem; jednocześnie wzrasta liczba oddechów. Po 12—14 dniach jednak pojemność oddechowa powraca do pierwotnej wielkości, nawet u chorych z odmą zupełną; czasem przewyższa ona wielkość pierwotną; oddech staje się przytem znowu normalnym; powrót do normalnej pojemności następuje łatwiej u mężczyzn, niż u kobiet; u młodych osobników — szybciej, niż u starszych. Autorzy radzą przy zakładaniu odmy posługiwać się metodą Forlaniniego i tworzyć odmę powoli, w przeciągu 15 dni, by wywrzeć większy ucisk wtedy dopiero, gdy płuco przystosuje się do nowych warunków przewietrzania.

Mathieu-Pierre Weil. **Azotemja i wskaźnik wydzielniczy mocznika u chorych na gruźlicę płuc.** Autor przeprowadził szereg badań metodycznych u chorych na gruźlicę płuc, poszukując u nich azotemji i określając t. zw. »stałą Ambard'a«; posługiwał się aparatem Ivon'a. U chorych z włóknistą postacią suchot płucnych znalazł zwiększoną zawartość azotu we krwi jakoteż zwiększoną stałą Ambard'a; czyni je zależnemi od zmian miażdżycowych w nerkach. U chorych z postacią serowatą lub włóknisto-serowatą znajdował: 1. ilość azotu i stałą Ambard'a normalne, albo 2. ilość azotu we krwi była normalna, czasem nieco zmniejszona — stała wydzielnicza mocznika zmniejszona, albo 3. stała Ambard'a i azotemja były zwiększone. Z postępem sprawy chorobowej ilość azotu i stała Ambard'a zwiększają się; przeciwnie zaś, wraz z poprawą następuje zmniejszenie się ilości azotu we krwi oraz zejście stałej do normy.

A. Raphael. **Doświadczenie we Framingham. Przyczynek do sposobów walki przeciwgruźliczej w Stanach Zjednoczonych.** Nadzwyczaj ciekawy opis walki z gruźlicą, zakrojonej na wielką skalę, przy pomocy środków, dostarczonych przez Tow. asekuracyjne. Wybrano miasto Framingham (16.000 ludności) o różnorodnym składzie ludności, trudniącej się najrozmaitszemi przemysłami. Miasto ma doskonałą organizację sanitarną. Doświadczenie miało trwać od 3 do 5 lat. Już w pierwszym roku przy pomocy odpowiedniej agitacji oraz szeregu lekarzy i pracowników sanitarnych odwiedzono 1455 rodzin; lekarze zbadali 4473 osób, należących do 1783 rodzin; zarejestrowano wszystkich chorych i podzielono odpowiednio do postaci chorobowych; szczepiono śródskórnie tuberkuliną znaczną ilość dzieci. Na zasadzie liczby stwierdzonych chorych określono odsetek chorych na gruźlicę wogóle na 2,15%, wśród tych z gruźlicą czynną było 0,95%, co dla całych Stanów Zjednoczonych wynosiłoby 2,000.000 chorych wogóle, z tego połowa z gruźlicą czynną. Z pośród chorych 45 osób należało do klasy zamożnej, 115 do średniej i tylko 21 do ubogiej. Liczby te, tak rozbieżne z panującemi pojęciami, tłómaczą sobie tem, że biedni byli to prawie wyłącznie Włosi, którzy mają się odznaczać nadzwyczajną odpornością na gruźlicę. Podczas gdy iczba chorych amerykan wynosiła 2,58%, Irlandczyków 4,85%, Włochów chorych było tylko 0,48%. Ciekawe, że z liczby szczepionych tuberkuliną dzieci wśród Włochów było 51% dodatnich, wśród Irlandczyków 30% dodatnich wyników, a wśród Amerykanów 18%. Wszystkich lżej chorych wysłano do sanatorjów, a ciężej chorych do szpitali; dzieci zostały wyjęte ze środowiska, w którem mogły uledz zakażeniu.

G. Schreiber. **Referat o odczynie Wildbolz'a u dzieci gruźliczych.**

Fernand Bezançon i Andre Rollot. **Znaczenie odmian morfologicznych prątka gruźliczego z punktu widzenia rozpoznania i rokowania gruźlicy płuc.** Na zasadzie wyglądu laseecznika nie można wnioskować o postaci klinicznej gruźlicy płuc. W postaciach ciężkich widziano i laseczniki z ziarnistością i laseczniki jednolite; w przeddzień śmierci zjawiały się wyjątkowo tylko postacie ziarniste w tych przypadkach, gdzie przedtem widziano postacie jednolite. Postać lasecznika nie jest zależna od ilości laseczników, spotykanych w danym przypadku. W hodowlach młodych znajdowano najwięcej jednolitych krótkich lub średniej wielkości laseczników; w hodowlach starych najwięcej laseczników ziarnistych.

Pissavy i Robine. **Postać zewnętrzna prątka Koch'a w związku ze stopniem stanu czynnego sprawy chorobowej w suchotach płuc.** (Oczyt i dyskusja). Autorzy na zasadzie swych badań wypowiadają się przeciw wartości rokowniczej laseczników zawierających ziarenka, co miałoby zwiastować rokowanie pomyślne. Autorzy znajdowali jednocześnie laseczniki z ziarnistością i laseczniki jednolite długie w stosunkowo dużej ilości ciężkich postaci gruźlicy płuc. Żywą dyskusję, wywołaną odczytem, zakończył Calmétte zdaniem, że w chwili obecnej postać lasecznika nie może przyczynić się ani do rokowania, ani do rozpoznania postaci klinicznej i że kwestja nadal pozostaje otwartą. *Tenenbaum* (Łódź).

Choroby skórne i weneryczne.

Archiv f. Dermatologie u. Syphilis.
T. 134. 1921.

Meirowski i Lewen. **Szczególne znaki u zwierząt i ludzi, a systematyka znamion rodzinnych.** Przyczynek do porównawczej morfologji skóry.

M. Fischer. **Związek intelektualnych i psychicznych ułomności z wrodzonemi zaburzeniami w rozwoju skóry.**

L. Leven. **Znamię z równoczesnem zaburzeniem w rozwoju kośćca.**

M. Friedmann. **Mostki i włókniakowate (fibromatoidowe) twory w bliznach po liszaju zołzowym (skrofuloderma).** 1. W bliznach po liszaju zołzowym często spotykane mostki i twory włókniakowate należy uważać na podstawie badania histologicznego za pozostałości po prawidłowej skórze, niezniszczonej przez proces gruźliczy. 2. Budowa ich jednak różni się od skóry prawidłowej. W skórze właściwej, obok więcej lub mniej rozległego nacieku, silne nagromadzenie włókien sprężystych, znajdujących się najczęściej w okresie skłębienia i wybitnego zwyrodnienia. Poszczególne włókna sprężyste względnie ich szczątki znaleść można w nabłonku. Naskórek w głównych zarysach zmnieniony w znaczeniu akantozy (rogowacenia) i więcej lub mniej nietypowego bujania wypustek warstwy Malpighiego (*Retezapfenwucherung*). Mieszki gęściej ułożone niż normalnie, często silnie rozszerzone. Proces gruźliczy najczęściej ukończony.

W. Frei i K. Wiener. **Przypadek owrzodzeń skóry, należących do grupy ecthyma gangraenosum.** U starszej kobiety od roku tworzą się na rozmaitych częściach ciała guzowate nacieki, które szybko ulegają zropieniu i wrzodziejącemu rozpadowi. Owrzodzenia, pełzając obwodowo, zajmują znaczne przestrzenie; okazują jednak skłonność do gojenia. Mimo znalezienia lasecznika ropy błękitnej w poszczególnych, zamkniętych ogniskach, mimo dodatniej allergji i doświadczeń serologicznych i mimo doskonałego działania szczepionki z pyocyaneus — autorowie nie mają odwagi zaliczyć powyższego przypadku do schorzeń skóry, wywołanych wyłącznie przez lasecznika ropy błękitnej.

M. Friedmann. **Przyczynek do pseudoxanthoma elasticum. (Darier).**

J. Klaar. **Acrodermatitis chronica atrophicans z tworzeniem mięsaków.**

J. Csillag. **Nadmierne uwłosienie (hypertrichosis) w związku z pracą zawodową.** W młynie u robotników, którzy od lat zajęci byli noszeniem worów ze zbożem i mąką, zauważył autor wzmożony porosty włosów na tej przestrzeni barku i części grzbietu, na który robotnik zwyczajnie zarzucał przy dźwiganiu ciężary. Możliwe, że to stale w ciągu lat powtarzające się silne obciążenie, sprowadzając miejscowe przekrwienie, wywołało prócz innych objawów, jak przekrwienie, przerost mięśnia, i silniejszy porost włosów.

W. Frei. **Zespół atypowej rybiej łuski z nadmiernie rogowaciejącem znamieniem.**

J. Mayr. **Odczyn z koloidalnem złotem** (*Goldsol*). Drobiazgowe przepisy i wskazówki do należytego sporządzania odczynnika i wykonywania samego odczynu.

M. Barinbaum. **Kiła i rak.** Opis przypadku, w którym po upływie 48 lat od zakażenia na tle rozpadłego kilaka rozwinął się rak.

H. Martenstein. **Toczeń twardzielowaty.** (*Lupus vulgaris nasi rhinoscleromatoides*). Lion i Jadassohn ogłosili 2 przypadki tej atypowej postaci tocznia. Martenstein zebrał 7 podobnych przypadków z kliniki wrocławskiej. Rozpoznanie oparte na badaniu histologicznem, które jest niezbędne ze względu na odróżnienie od twardzieli nosa. Pierwotnie ulega schorzeniu gruźliczemu błona śluzowa przedniej części nosa; najczęściej zaatakowaną jest błona śluzowa w przedsionku, przedniej części dna nosa lub na przedniej stronie dolnej muszli. Gruźlicza tkanka granulacyjna potężną warstwą zajmuje śluzówkę i podśluzówkę. I te masy ziarninowe, wypuklając i napinając chrząstki, dają przy dotyku uczucie wybitnej twardości. Toż cechą tej atypowej postaci tocznia jest bardzo twarda konzystencja a zniekształcenie ograniczone głównie do części chrzęstnej nosa. Skóra blada z sinawym odcieniem zwyczajnie nie okazuje tkanki toczniowej.

Felke. **Badania nad wpływem salvarsanu na przebieg odczynów serologicznych.** Wpływ nieznacznej domieszki salvarsanu do krwi, która jeszcze nie uległa skrzepnieniu, objawia się zniesieniem zdolności krzepnienia lub jego opóźnieniem, zniszczeniem dopełniacza i oddziałaniem na odczyn serologiczny, co prowadzi przy odczynie Wassermanna do samozwrotności lub wzmocnienia już dodatniej reakcji, a przy odczynie Sachs-Georgi'ego do samostrącalności. Wytłómaczeniem może być do pewnego stopnia zmiana w budowie seroglobulin.

W. Frei. **Działanie salvarsanu na krętki blade. (Salvarsan srebrowy i neosalvarsan).** 1. Wkrótce po zastosowaniu leczniczej dawki srebrowego lub neosalvarsanu spostrzegano w większości badanych przypadków przemijające wzmożenie się krętków w wykwitach kiłowych, jako następstwo przejściowego podrażnienia, pobudzenia do rozrostu przez salvar-

sąn. 2. Chociaż w większości przypadków jednorazowe wlewanie salvarsanu usuwa krętki z surowicy uzyskiwanej dzięki miejscowemu drażnieniu, to jednak w niektórych przypadkach, gdy zaczęto od stosowania niskich dawek (0·1 srebrowego, 0·15 neosalvars.), znajdowano krętki jeszcze po kilku wstrzyknięciach, a nawet aż do chwili wygojenia wykwitu.

O. Grütz: **Kliniczna wartość odczynu Sachsa-Georgi'ego przy kile.** Po zbadaniu przeszło 2000 przypadków odczyn S.-G. okazał się cennym nabytkiem w serodjagnostyce kiły. Jeżeli wykonywanie Wassermanna z jakichś powodów staje się chwilowo niemożliwem, a w danym instytucie wszystkie przypadki podlegają dokładnej klinicznej obserwacji i kontroli, tam odczyn Sach.-Georg. może się okazać serodjagnostyczną metodą użyteczną i wystarczającą. Natomiast z płynem mózgowo-rdzeniowym odczyn Sach.-Georg. nie daje zadowalających wyników.

E. Schäber. **O badaniach płynu mózgowo-rdzeniowego przy kile.** Rozprawa Schaebera, oparta na 349 przypadkach, jest niejako uzupełnieniem pracy Rosta (Derm. Z. 23). Autor stara się wykazać, że zdarzają się przypadki tak wczesnej jak i późnej kiły, przy których badanie płynu mózgowo-rdzeniowego daje wynik ujemny. Nawet w przypadku klinicznie zupełnie pewnym co do zajęcia centralnego systemu nerwowego niekiedy wszystkie 4 odczyny dają wynik ujemny. W przypadkach nieleczonych, zwłaszcza w okresie wczesnym, o ile niema wybitnie silnych dolegliwości podmiotowych lub wyraźnych klinicznych objawów, wynik nakłucia rdzeniowego pozwala do pewnego stopnia oceniać stan układu nerwowego. W przypadkach natomiast niedostatecznie silnego leczenia, niewystarczającego do powstrzymania szerzącej się sprawy w układzie nerwowym centralnym, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego nie jest wskaźnikiem, jak dalece zaatakowanym jest system nerwowy. W przypadkach leczonych nie tłómaczą niczego, gdyż spotykamy niemal 40% przypadków ujemnych. Aby uniknąć mylnych rozpoznań, należy przedewszystkiem przeprowadzić najdokładniejsze badanie centralnego systemu nerwowego wszystkimi metodami klinicznemi (badanie neurologiczne, badanie dna oka, pola widzenia, badanie uszu itd.) Wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego ulega w przebiegu kiły wahaniom, stąd wartość mieć może jedynie, gdy pozostaje w ścisłej łączności z innymi klinicznemi objawami i wszystkiemi pomocniczemi sposobami badań. Nie wolno też na podstawie jednorazowego zbadania płynu mózgowo-rdzeniowego wysuwać jakichś daleko idących prognostycznych wniosków. Punkcja lumbalna nie daje też pewnego punktu oparcia dla wczesnego rozpoznania metalues.

J. Csillag. **Fez a strupień woszczynowy u Mahometan.**

M. Strassberg. **Keratodermitis follicularis atrophicans.**

M. Sasakawa. **Rozdział glikogenu w skórze przy normalnych i patologicznych stanach.**

E. Urbach. **Obecność włóknika w procesach kiłowych.** Włóknik znachodzi się we wszystkich okresach, połączonych z silniejszym zapalnym wysiękiem.

E. Thuicke. **Roślinne środki przeciw kile.** Przegląd wszystkich środków roślinnych, używanych w ciągu setek lat do leczenia kiły.

H. W. Siemens. **Klinika, histologia i etiologja tzw. epidermolysis bullosa traumatica (bullosis machanica)** wraz z kliniczno-doświadczalnemi badaniami nad powstawaniem pęcherzy w następstwie drażnienia.

B. Lipschütz. **Czysta hodowla** *bacillus crassus* **i sprawa nazwy** *»ulcus vulvae acutum«*.

C. Cronquist. **Lymphangitis prostato-iliaca.** Opierając się na własnych spostrzeżeniach, na krytyce dotychczas ogło szonych przypadków i na wynikach badań anatomicznych, przychodzi autor do wniosku, że rzeżączkowa spermatocystitis jest nader rzadkiem schorzeniem i w większości przypadków autor radby widzieć raczej *lymphangitis prostatoiliaca* z obrzękiem naczyń chłonnych, biegnących od prostaty do obwodowych limfatycznych gruczołów, które leżą przy wejściu do miednicy małej.

M. Jessner. **Choroba Bowena.** Do znanych w literaturze 9 przypadków choroby Bowena dorzuca autor 2 nowe. Cierpienie to, nazwane przez Dariera *»dermatose précancéreuse de Bowen, dyskératose lenticulaire et en disques«*, charakteryzuje się właściwemi zmianami nabłonka, które prowadzą do tworzenia nabłoniaka. Te zmiany nabłonkowe stwierdza się i w nieznacznych plamach czerwonych, ulegających złuszczaniu i w ogniskach guzkowych nadmiernie zrogowaciałych i w guzach i w nabłoniakowych partjach płaskiego nacieku, także w gruczołach i w przerzutach do narządów wewnętrznych. Najwybitniejszemi cechami obrazu histologicznego jest pewne »nieuporządkowanie« nabłonka, liczne mitozy, więcej śród- niż międzykomórkowy obrzęk, dyskeratoza, występowanie bardzo dużych komórek nabłonkowych z niedokształconemi, nieregularnemi, olbrzymiemi jądrami, które otacza niemal zawsze wakuola.

M. Jessner. **Przyczynek do acrodermatitis chronica atrophicans.**

E. Stäheli. **Zmiany skórne, wywołane przez pleśnie** (*dermatitis pustulosa oidiomycetica*) Opis trzech przypadków ostrej, zapalnej dermatozy, której przyczyną jest pleśń oidium, co stwierdzono i badaniem drobnowidowem i przez założenie hodowli i przez przeszczepienie czystych hodowli na skórę zdrowych osobników, wywołując zupełnie podobny obraz z pierwotnem cierpieniem.

J. Saphier. **Dermatoskopja.** Praca, oparta na żmudnych badaniach, przynosi wiele zajmujących szczegółów o stanie skóry podczas leczenia wcieraniami szaruchy, przynosi spostrzeżenia o guzkach liszaja czerwonego płaskiego w rozmaitych okresach i różniczkowo-rozpoznawcze cechy lupus erythematodes w przeciwstawieniu do lupus vulgaris. Referat o ileby miał przynieść korzyść, musiałby objąć i poprzednie prace autora z dziedziny dermatoskopji.

K. Heudorfer. **Badania nad powstawaniem barwika w skórze i stosunek jego do choroby Addisona.** Badania kontrolne nad przyczyną opisywanej przez Meirowskiego silniejszej, pośmiertnej pigmentacji, wykazały, że własność tę w zasadzie posiada każda skóra. To nowotworzenie barwika jest tem silniejsze, im go więcej przed tem posiadała skóra. Nasilenie barwikowe powstaje dzięki temu, że już gotowe, ale bezbarwne zawiązki barwika wskutek ogrzania zmieniają się w barwik. Naskórek produkuje chemiczną substancję barwikową i to w postaci wspomnianych, bezbarwnych zawiązków, które zwolna zmieniają się w ziarna barwika dzięki utlenieniu w następstwie powinowactwa do tlenu. Silniejsza przeto działalność naskórka jest przyczyną wzmożonego tworzenia barwika. Nie zgadza się to przeto z teorją Blocha, że barwik powłok skórnych powstaje przez zadziałanie utleniającego komórkowego zaczynu na pewne produkta odbudowy białka. Badanie podanego przez Blocha tzw. »Dopa« odczynu dwufenylalaninowego wykazało, że odczyn nie polega na działaniu zaczynów, ale jest specjalnym wyrazem redukujących własności barwika i jego zawiązków. Stąd teorja Blocha co do bronzowego zabarwienia skóry przy chorobie Addisona straciła podstawę. Badania autora, przeprowadzone na 3 przypadkach choroby Addisona, wykazały, że i tutaj ciemne zabarwienie skóry wywołane jest przez żywszą działalność naskórka. Możliwe, że skóra podejmuje pracę, odpowiadającą czynności nadnerczy; skóra jest przeto narządem o wewnętrznem wydzielaniu i przy wypadnięciu działalności nadnerczy obejmuje zastępczo ich rolę. Dzięki temu kompenzacyjnemu zwiększeniu działalności naskórka przychodzi do przebarwienia, przyczem tworzenie barwika jest może jednym z objawów towarzyszących tej wzmożonej funkcji. Możliwe, że to współdziałanie skóry i nadnerczy pozostaje pod wpływem nerwu współczulnego.

M. Rischin. **Przypadek wywołany przez grzybnie parendomyces.** Opis schorzenia, trwającego od 2 miesięcy u 42-letniego Szwajcara, schorzenia, które tak obrazem klinicznym jak i swoim przebiegiem najwięcej przypominało na owłosionej części twarzy *sycosis parasitaria*, a na skórze ciała *trichophytia superficialis*. Badania, do których porównawczo użyto licznych szczepów drożdży, saccharomykozy i parendomyces Balzeri, wykazały, że sprawa chorobowa wywołana przez nieopisany dotychczas rodzaj grzybów, który autor nazwał »parendomyces asteroides«. *Z. Kotiers* (Lwów).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo francuskie.

(Grudzień 1921, spis zupełny).

Achard (Dr.) — Encéphalite lèthargique. In-8 (14,5×23), 350 p. 18 fr.

Benon (R.) — Eléments de pathologie mentale. Clinique et médecine légale. In-12 (12×18,5), 240 p. 6 fr.

Brachet (A.) — Traité d'Embryologie des vertébrés. In-8 (16,4×25,5), 604 p., 576 fig. 60 fr.

Branca (Pr. A.) — Précis d'Embryologie. Embryologie générale et spéciale. In-12 (14,5×19,5), 279 p., 234 fig. 17 fr.

Durville (Maria). — La Petite Chirurgie chez soi. In-16 (11,7×15,5), 256 p. 12 fr.

Guisez (Dr.) — Diagnostic. Traitement et Expertises des séquelles oto-rhino-laryngologiques. In-12 (14×19,5) 222 p. avec 115 fig. 16 fr.

Hérelle (F. d'). — Le Bactériophage. In-8 (16,5×25,5) 227 p., aves fig. Monographies de l'Institut Pasteur. 12 fr.

Liebreich (le Dr. E.) — Le Sang in vitro. In-8 (13,5×21,5), 128 p., 2 pl. 10 fr.

Monin. — Hygiène et Médecine des vieillards. In-12 (12×18,5), 480 p. 10 fr.

Osborn (Henry Fairfield). — L'Origine et l'Evolution de la vie. Edition française. In-8 (15,7×24) 304 p. avec 126 fig 25 fr.

Poulliot (Dr. L.) — Hygiène de Maman et de Bébé. In-12 (18×12), 352 p. avec 44 fig. Cart. 10 fr.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXVI. Posiedzenie naukowe z dnia 14 grudnia 1921. (Dok.).

W dyskusji kol. Rosenhauch zachwala bardzo myśl wprowadzenia okularów pryzmowych, gdyż dają one możność zamaskowania, czy to protez, czy też, jak w tym przypadku, wad wrodzonych.

IV. Kol. Zubrzycki przedstawia podobiznę fotograficzną chorej z *akromegalją*. Chora jest trzeci raz w ciąży i podaje, że w każdej ciąży wybitnie grubiały jej rysy, lecz zmiana ta nie ustępowała po porodzie. Przy ostatniej tj. trzeciej ciąży, zmiany wystąpiły wybitniej, dając wszystkie objawy *akromegalji*. Zubrzycki przypuszcza, że w danym przypadku akromegalja pozostaje niewątpliwie w związku z ciążą. Występujący z reguły w ciąży przerost przysadki mózgowej przeszedł tu zapewne fizjologiczne granice, a zmiany w przysadce poszły tak daleko, że nie mogły się już cofnąć. Za podobnem zapatrywaniem przemawiałyby spostrzeżenia Tandlera i Grossa, którzy twierdzą, że spostrzegane ogólnie zgrubienie rysów u ciężarnych jest następstwem zmian w przysadce mózgowej, występujących w ciąży u każdej kobiety.

Kol Steuermark-Wielski przedstawia szereg djapozytów roentgenowskich zarówno z przypadku Zubrzyckiego, jak i innych.

V. Kol. Michejda przedstawia **preparat jelita, usuniętego operacyjnie** z powodu podwójnego wgłobienia. Mowca zaznacza, iż podwójne wgłobienia jelit są znane w piśmiennictwie, nie spotkał natomiast przypadku, gdzie miałoby się do czynienia z 2 wgłobieniami zwróconemi przeciw sobie, zazwyczaj kierunek posuwania się jelit wgłobionych, względnie ich główjest ten sam. Po odgłobieniu wgłobienia wstecznego, niewątpliwie wtórnego, udało się odgłobienie pierwszego wgłobienia tylko częściowo. Odgłobiła się nawet jeszcze *valvula Bauchini*, nie udało się natomiast odgłobienie jelita ślepego, wykonano przeto resekcję, którą chory zniósł bardzo dobrze.

Uzyskany preparat jest jeszcze ciekawy i z tego względu, że na nim wyraźnie widać, iż zastawka Bauchina została biernie wciągnięta przez wpuklającą się pierwotnie kopułę jelita ślepego, na którem znajdują się wyraźne zmiany włókniste. Mamy tu zatem do czynienia nie z *invaginatio ileocoecalis*, lecz *coecocolica*, która zdaniem Dobruckiego, a także i mowcy, jest nieporównanie częstsza. Punktem wyjścia całej sprawy było najprawdopodobniej zapalenie wyrostka robaczkowego, które doprowadziło do daleko idących zmian włóknistych w obrębie wyrostka i jelita ślepego. (Streszczenie własne).

Szancenbach, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXII. Posiedzenie naukowe z dnia 16. grudnia 1921 r.

Przewodniczy kol. Nowicki. Obecnych członków 53.

1) Kol. Lehm przedstawia 63-letniego chorego z **rakiem przełyku**. Wziernikowanie stwierdza na 32 centymetrze od zębów rozległy naciek ścian przełyku, przenoszący się na tchawicę. Prześwietlania klatki piersiowej tuż po podaży papki barowej wykazały niezbicie obecność jej w drobnych oskrzelikach, bez najmniejszego nawet odczynu wykształnego! Tolerancja ta polega, zdaniem mowcy, albo na wrodzonej mniejszej pobudliwości, albo na porażeniu pod wpływem rosnącego nowotworu zakończeń nerwowych. **W dyskusji** kol. Vrabetz i Ostrowski przypominają również podobne przypadki braku odruchów wykształnych przy zaleganiu obcej treści w oskrzelach. Kol. Węgrzynowski zauważył zjawisko podobne u chorych na promienicę, którym wstrzykuje w tkankę płucną roztwór siarczanu miedziowego. Ponadto przemawiali koledzy: Schramm, Ziembicki, Zalewski, i Nowicki.

2) Zebrani wybierają na wniosek Zarządu Towarzystwa skład Komisji Matki.

3) Kol. Gröer wygłasza odczyt p. t.: **„Leczenie światłem** (helio i actinoterapia)" Streszczenia nie nadesłano. **W dyskusji** przemawiali koledzy: Rencki, Bocheński, Schramm, Nowicki i prelegent.

A. Zakrzewski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie z dnia 4. stycznia 1922 r.

I. Kol. Kummant. **Wycięcie trzech czwartych żołądka z powodu wrzodu, w znieczuleniu miejscowem.** Chory lat 37, od dwu lat objawy żołądkowe. Na wadze stracił 24 kg. obecnie waży 40,5 kg. Skiogram wykazuje niszę Haudecka pośrodku małej krzywizny. Przy operacji okazało się: zrośnięcie małej krzywizny z wątrobą. Wrzód drąży do wątroby i trzustki, gdzie wytworzył krater (3 cm. średnicy). Krater wycięto nożem, krwawienie zatamowano naszyciem sieci. Wycięty żołądek zawierał 40 gr. bismutu (fotografji dokonano przed trzema tygodniami). Stan chorego doskonały.

II. Wysłuchano sprawozdań za r. 1921: sekretarza, bibliotekarza i skarbnika.

III. Wkładkę roczną oznaczono na 4.000 Mk.; wpisowe na 500 Mk., jednorazową daninę na 1500 Mk., na bibliotekę złożyło członków 87.

IV. Przyjęto nowych 12 członków. Towarzystwo liczy obecnie członków stu jedenastu.

V. Dokonano wyboru Zarządu na r. 1922 a to następujących kolegów: Prezes: Seweryn Sterling, zastępca prezesa: Antoni Mikulski, sekretarz I. Józef Michalski, sekretarz II. Fabian Klozenberg, bibliotekarz I. Zdzisław Prechner, bibliotekarz II. Zygmunt Golc, skarbnik Tadeusz Mogilnicki. Komisja rewizyjna: Władysław Pinkus, Wiktor Littauer, Ignacy Pęski. Komisja biblioteczna: Skalski, Starzyński i Venulet.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 4 listopada 1921 r.

Obecnych członków 21.

I. Kol. Wrześniowski pokazał: a) dziecko $1\frac{1}{2}$ roczne z **obustronną wargą zajęczą, rozszczepieniem górnej szczęki i całego podniebienia.** Operacja wytwórcza polegała między innemi na cofnięciu kości przysiecznej, sterczącej prawie równo z koniuszkiem nosa. Wynik kosmetyczny b. dobry;

b) dziewczynkę 8-letnią z lewem **kolanem szpotawem i przegiętem w tył.** Lewa kość piszczelowa krótsza od prawej o 6 cm., kość strzałkowa o 3 cm. Podudzie wykrzywione widocznie na miejscu połączenia nasady i trzonu, przypuszczalnie skutkiem zaniku chrząstki nasadowej górnej w kości piszczelowej;

c) **kostniako-chrzęstniaka śródręcza** chłopca 14-letniego. Guz wielkości dużej pięści wychodził z 4-ej kości śródręcza, którą usunięto wraz z guzem.

II. Kol. Okuszko omówił przypadek **późnego krwotoku atonicznego macicy.** Wezwany do gwałtownego krwotoku w 12 dni po porodzie usunął ręcznie nieduży, wielkości orzecha włoskiego kawałek łożyska; krwotok trwał dalej, mięsień macicy był tak wiotki, iż musiano jamę macicy wytamponować i zastrzyknąć chorej 500 gr. roztworu fizjologicznego soli. Mówca uważa przypadek za bardzo rzadki.

W dyskusji przemawiali koledzy: Kędzierski, Boguckі, E Kon i S. Kon. Kol. E. Kon opisuje przypadek silnego krwotoku w 5 tygodni po porodzie (położnica po rozwiązaniu czuła się dobrze i po tygodniu wstała) — znaleziono w macicy całe łożysko, po którego usunięciu krwotok ustał.

Kol. S. Kon sądzi, że przypadek kol. Okuszki nie należy do rzadkich. W ostatnich kilku miesiącach miał 3 podobne przypadki.

III. Kol. Stefan *Kon* wygłosił referat: **„Zapalenie wyrostka robaczkowego i ciąża".** Przewodnią myślą referatu jest możliwie wczesne rozpoznanie i doszczętne usunięcie wyrostka. W rozpoznaniu należy kierować się wywiadami i szeregiem znanych ogólnie objawów. Czasami niepowstrzymane wymioty podczas ciąży mają swe źródło w sprawach zapalnych wyrostka, które z powodu powiększenia się macicy i rozciągania zrostów ulegają często zaostrzeniu.

W dyskusji koledzy Bram, Wasilewski, Edw. Kon, Okuszko i Kędzierski poparli zdanie sprawozdawcy, zaznaczyli jednak trudności rozpoznawcze w podobnych przypadkach.

Uwaga. W sprawozdaniu z dnia 20 maja 1921 r. (Nr. 11 Pols. Czasop. Lekarsk.) z powodu oszczędności miejsca zostały pominięte następujące szczegóły w streszczeniu pokazów kolegi Wrześniowskiego.

a) Kol. Wrześniowski przedstawił preparat **ciąży jajowodowej**, operowanej w 12 godzin po pęknięciu z wynikiem dodatnim.

b) mały torbiel jajnika, operowany z powodu błędnego rozpoznania ciąży jajowodowej. Wyzdrowienie.

c) **Wyrostek robaczkowy**, wycięty w 48 godzin **po pierwszym w życiu napadzie.** Obok wierzchołka wyrostka, między jego

ścianą, krezką wyrostka i przyklejoną wielką siecią znaleziono ropień wielkości orzecha laskowego. Sączkowanie jamy brzusznej gazą, — wyzdrowienie.

d) Wyrostek robaczkowy i pęcherzyk żółciowy 56-letniej kobiety, usunięte równocześnie drogą operacyjną przez jedno cięcie poprzeczne brzucha. Dokładne zbadanie i rozpoznanie było możliwe dopiero po uśpieniu chorej przed operacją. Wyrostek robaczkowy przekrwiony, obrzmiały, z owrzodzeniami na śluzówce; pęcherzyk żółciowy miał 3 duże plamy zgorzelinowe na błonie surowiczej, zawartość cuchnącą surowiczo-ropną oraz jeden duży kamień wielkości orzecha włoskiego. Sączkowanie jamy brzusznej gazą, wyzdrowienie. (Streszczenie własne).

K. Łokczewski, sekretarz.

Związek lekarzy P. P. — Koło łuckie.

Sprawozdanie roczne z posiedzeń, odbytych w r. 1921.

W r. 1921 Łuckie koło Z.L.P.P. odbyło 12 posiedzeń, w których brali udział prócz członków goście, jak prof Gröer ze Lwowa, któremu Koło w znacznej części zawdzięcza organizację odczytów profesorskich. Odczyty lwowskich profesorów w Łucku odbyły się w czerwcu i miały za temat następujące wykłady: „Organizacja opieki społecznej“ i „Problemy odżywiania“, prof. Gröer; „Obecny stan badań nad rakiem i walka z nim“, prof. Nowicki; „Ogólny pogląd na postępy medycyny wewnętrznej i choroby serca“, prof. Franke; „Postępowanie przy miednicach ścieśnionych“, doc. Bocheński; „Technika ekstrakcji zębów w trudniejszych przypadkach i o znieczulaniu“, prof. Cieszyński; „O odporności“ i „Ogólna epidemjologja“, doc Steusing; „Organizacja Związków lekarsk.“ i „Leczenie chorób wenerycznych“, Dr. Papée; „O krajowych zdrojowiskach i uzdrowiskach“, Dr. Sabatowski. W roku sprawozdawczym Łuckie Koło Zw. Lek zajmowało się zwalczaniem wśród starszych epidemji duru osutkowego, wśród dzieci zaś epidemji płonicy. Pod jesień dur znacznie osłabł, a płonicę zmieniła odra. Referaty naukowe i pokazy mieli: kol. J. Mininson, referat pod tytułem „Centralne pęknięcie krocza w czasie porodu“; pokazy preparatów po laparotomjach z dobrem zejściem — mięśniak macicy, włókniako-mięśniak, skórzaki jajników; pokazy dwóch zaśniadów groniastych; referat z pokazami — trzy przypadki ciąży pozamacicznej przerwanej: w dwóch przypadkach ciąża trąbkowa a w trzecim jajnikowa. Kapitan lekarz W. Fuks wygłosił odczyt pod tytułem „Zimnica i doświadczenie wojenne“; kol. Bejlin — referat „O epidemji płonicy w Łucku“; kol L. Radwański — „Sprawozdanie z działalności Jura na punkcie repatrjacyjnym w Równem“; kol. A. Wojnicz — referat „Trzy różne przypadki przepukliny pachwinowo-mosznowej: patologiczna, sztuczna i wrodzona, operowane sposobem Bassini“, pokazał przy tem wycięte worki przepuklinowe; referat pod tytułem „Z kazuistyki przetok odbytnicy“.

W dyskusji nad referatami i pokazami brali udział prawie wszyscy członkowie stosownie do specjalności. Przewodniczącym kol. Fr. Miłaszewski, sekretarzem kol. Wac. Żytyński. Na ostatniem w roku, z kolei 20, posiedzeniu, z powodu wyjazdu kol. Żytyńskiego do Lwowa, na sekretarza Związku wybrany został kol. A. Wojnicz, który przyjął to zaszczytne stanowisko do powrotu kol. Żytyńskiego. Posiedzenia odbywały się raz na miesiąc, w piątki po 1-ym, w sali „Ogniska“ o godzinie $7^1/_2$ wieczorem. Na posiedzeniach bywało od 12 do 20 członków.

A. Wojnicz, sekretarz. *Miłaszewski*, prezes.

Towarzystwo chirurgów polskich w Warszawie.

Posiedzenie naukowe z dnia 30 grudnia 1921 r.
(w uniwersyteckiej Klinice Chirurg. Nr. 2 w Szpit. Św. Ducha)
Przewodniczy Prof. B. Sawicki. Obecnych 31.

1. Lubelski przedstawił chorego po operacji **skrętu esicy**, przyczem omówił zastosowaną w tym przypadku metodę operacyjną. Polega ona na plastyce krezki esicy, w której wyniku podłużna oś krezki przeistacza się w poprzeczną, a części pętli — doprowadzająca i odprowadzająca — zamiast ścisłego przylegania do siebie, co stwarza warunki sprzyjające skrętowi, rozsuwają się szeroko, uniemożliwiając chorobliwe przemieszczenie. Prócz tego fałduje on ściany kiszki licznymi szwami, nakładanymi w trzech częściach kiszki.

W dyskusji Sawicki zwraca uwagę, że prawdopodobnie nie zawsze da się przeprowadzić podobna plastyka, i przypomina inne przez się stosowane w tych razach sposoby.

2. Fryszman przedstawia chorego po **wyłuszczeniu nerki gruźliczej**, dając w opisie choroby ilustrację do wstecznego prądu moczu w moczowodzie; mianowicie chory przed rokiem był badany za granicą przez poważnego urologa, który rozpoznał obustronną gruźlicę nerek i wysłał chorego do domu. F. przystąpił do zgłębiania moczowodów i stwierdził co następuje. Po stronie prawej zbierał się mocz o cechach typowych dla gruźlicy nerki, z moczowodu lewego przy wprowadzeniu zgłębnika na 15 ctm otrzymano mocz taki sam, jak po stronie prawej, i dopiero po przepchnięciu zgłębnika aż do miedniczki otrzymano mocz zupełnie czysty. Mieliśmy tu niewątpliwie do czynienia z prądem wstecznym dzięki któremu mocz z zakażonej (gruźliczo chorej) prawej nerki przez pęcherz przedostawał się do moczowodu strony drugiej, zdrowej, dzięki czemu przed rokiem rozpoznano mylnie gruźlicą dwustronną nerek. Nerka wyłuszczona przedstawia cechy daleko posuniętej gruźlicy, a chory po operacji poprawia się wybornie, co najlepiej świadczy o dobrym stanie nerki lewej. W celu przekonania się, czy w danym razie nie mamy do czynienia z prądem wstecznym, należy wprowadzić do pęcherza indygokarmin, poczem wszelkie zabarwienie moczu płynącego z nerek będzie wskazywało na prąd wsteczny, albowiem pamiętać należy, iż wchłanianie przez pęcherz niema prawie wcale.

W dyskusji Kiełkiewicz podkreśla, że najpewniejsze i najmniej zwodnicze wyniki daje kontrolowanie wydalania się przez nerki indygokarminu wstrzykniętego podskórnie.

3. Kaczyński przedstawił chorą po niedawno dokonanej operacji osteoplastycznej, mianowicie **modelowania stopy**, z jednej strony krwawego, z drugiej niekrwawego, w przypadku stóp płasko-koślawych wrodzonych ustalonych (*pedes plano-valgi fixati congeniti*). Z obu stron wynik do tej pory osiągnięty przedstawia się zupełnie dodatnio.

W dyskusji Łapiński wypowiada się przeciw modelowaniu niekrwawemu, ponieważ ono pociąga za sobą większy uraz tkanek, aniżeli zabieg krwawy, zwłaszcza pamiętać należy o zatorach tłuszczowych. Wycinając kliny kostne, należy dążyć do hyperkorekcji, gdyż w przeciwnym razie łatwo otrzymuje się nawroty, nawet mimo długotrwałego stosowania gipsu i podkładek.

4. Kołodziejski przedstawił przypadek **modelowania krwawego** z powodu wrodzonych stop końsko-szpotawych (*pedes equino-vari*).

5. Rutkowski Jerzy przedstawił przypadek sekcyjny **ropowicy gazowej** moszny w wyniku posokowego zapalenia wyrostka robaczkowego, mianowicie dotknięty zgorzelą wyrostek, przylegający do bocznego zagłębienia (*fovea*) pachwinowego, w następstwie przedziurawienia powodował zakażenie kanału pachwinowego i ropowicę gazową moszny. Z ropy wyhodowano laseczniki okrężnicy.

6. Zaorski pokazał chorego, u którego w wyniku **ostrego zapalenia szpiku trzonu i nasady dolnej** kości udowej ze zniekształceniem kłykcia zewnętrznego rozwinęło się **kolano koślawe** (*g. valgum*).

W dyskusji Sawicki, opierając się na obrazie roentgenowskim, wypowiada przypuszczenie, iż prawdopodobnie mamy tu do czynienia z nadwichnięciem na skutek zniszczenia więzów

7. Kochan przedstawia przypadek **zrośnięcia 4-ch palców u ręki po oparzeniu**, gdzie z powodzeniem zastosowano plastykę ścięgien i epidermizację bez przeszczepiania naskórka.

8. Rutkowski J. wygłosił odczyt **o bezmoczu odruchowym**, opierając się na następującym przypadku spostrzeganym na klinice: 20-letniemu młodzieńcowi z powodu rzerzączkowego zwężenia cewki dokonano bez uśpienia przecięcia cewki wewnętrznego. Tegoż dnia skok ciepłoty do 39,6, a w ciągu nocy do rana zebrano przez cewnik tylko 50 cm^3 moczu. Przez następne 2 doby całkowity bezmocz z objawami zatrucia w postaci bólu głowy, wymiotów i sinicy. W ciągu trzeciej doby mocz począł się wydalać z powrotem, lecz narazie w ilości nader skąpej (480 grm. na dobę). R. podkreśla okoliczność, że nerki chorego przed zabiegiem były nieskazitelnie zdrowe.

W dyskusji Fryszman wspomina o zastrzykiwaniu dożylnem glukozy przeciw podobnemu bezmoczowi.

9. Wasilewski wygłasza odczyt, objaśniając go własnem spostrzeżeniem, o **wrodzonej torbieli krezkowej mleczowej** (*cystoma entodermale embryonale*) jako przyczynek do rozpoznawania i leczenia torbieli pozaotrzewnowych, czerpiąc wiele danych z obszernej pracy Warchoła (Lwów). W przypadku W. istniał u 16-letniej dziewczyny chełboczący guz jamy brzusznej, robiący wrażenie nagromadzenia płynu wolnego w jamie otrzewny. Po otworzeniu powłok brzusznych okazał się guz leżący pozaotrzewnowo, do którego dotarto po nacięciu lewego listka krezkowego. Torbiel zawierała dwa litry cieczy szaro-mlecznej, ściana jej była bardzo bogato unaczyniona. Wydzielono tylko część ściany, wycięto ją, resztę zaś wszyto w powłoki brzuszne. Badanie płynu wykazało mlecz (*chylus*), a obraz drobnowidowy tkanki ściany okazał się typowy dla układu pokarmowego, z pewnemi tylko zmianami w nabłonku oraz słabym rozwojem warstwy mięśni gładkich. Wygląd błony śluzowej przypominał obraz „*gastritis hyperplastica glandularis*“ (badał prof. Hornowski). Pochodzenie guza niewątpliwie wrodzone na tle zaburzeń rozwojowych płodu. W. nie zna z piśmiennictwa przypadku takiego samego z opisanym. Opisawszy sposoby rozpoznawania i leczenia, podaje statystykę śmiertelności zebraną przez Chołmskiego, mianowicie wynosi ona od 10–33%, co zależy od metody operacyjnej (czem doszczętniej, tem śmiertelność większa). *E. Lewenstern.*

Kółko Naukowe Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

V. Posiedzenie w dniu 23. czerwca 1921.

1) Prym. Leńko: Przedstawiwszy na wstępie ze zbioru oddziałowego z ostatnich 16 lat 139 rzadszych **okazów kamieni pęcherzowych**, kruszonych lub wydobytych przez śp. prof. Grzegorza Ziembickiego, jakoteż ciał obcych cewki i pęcherza, omawia przypadek **niezwykłego powikłania w czasie litotrypsji.** W czasie kruszenia kruszydłem Nr. 2 Collina zaklinowała się część męzka wskutek miału i krwi w rowkn części żeńskiej aparatu tak silnie, iż uderzenia młotkiem przy równoczesnem ściskaniu szczęk dziuba obcęgami do przytrzymywania kości, w otwartym pęcherzu, nie zdołały zbliżyć ramion mniej niż na dwa centymetry rozstępu. Nie mając pilnika do przepiłowania części obwodowej, spróbowano wyciągnąć otwarty przyrząd drogą naturalną, co się też udało, jednakże cewkę trzeba było naciąć na 5 cm od ujścia zewnętrznego. Oprócz krwawego podbiegnięcia na kroczu

i prąciu, rychło przemijającego, nie odniósł chory poważniejszej szkody. Winę przypisać trzeba budowie narzędzia, które dało się rozłożyć dopiero po napuszczeniu nafty do rowka części żeńskiej, rozgrzaniu nad lampką spirytusową i uderzeniach młotkiem drewnianym w kierunku większego rozwarcia i odwrotnie. U Stankiewicza odgięła się część męzka szczęki, u Schlaginweita miała się rzecz podobnie, jak w opisanym przypadku, trzecim znanym w ogóle.

2) Dr. Domaszewicz (Oddz. W. III.) a) Przedstawia małego chłopaka z niezwykłymi objawami zaburzeń w równowadze po przebyciu *encephalitis epidemica*. Jak we wszystkich niemal przypadkach i tu obok charakterystycznego ustawienia parkinsonowskiego spostrzegamy retropulsję, w chwili jednak, gdy dla znalezienia równowagi chory szuka oparcia i cofa się wstecz, a oparcia nie znachodzi, wykonuje ruch t. zw. maneżowy i nagłym zwrotem obraca się w przeciwnym kierunku, aby uniknąć upadku. Gdy stoi oparty, osuwa się, siada, pada i zasypia. Także np. w czasie przyjmowania posiłku, gdy zacznie jeść stojąco, za chwilę usuwa się i kończy leżąco. Prelegent zwraca uwagę, że wszystkie objawy występują u chorego wyraźniej w porze przedpołudniowej, co odpowiada spostrzeżeniom, że porządek dnia jest u takich chorych odwrócony. Lokalizacja zmian w przedstawionym przypadku nie jest łatwa. Przypominając, że u zwierząt, po usunięciu jednej połowy *thalamus opticus*, występują ruchy obrotowe około osi, względnie maneżowe, w stronę zdrową, i tutaj przypuszcza mowca zmiany w okolicy *thalamus opticus*. Istnieją niewątpliwie i inne ogniska (*hemispasmus* po stronie prawej wskazuje na uszkodzenie dróg ruchowych w lewej półkuli mózgowej). Mowca wspomina o doświadczeniach Rothfelda na królikach, o czem była mowa na jednem z posiedzeń Tow. lek. lwowskiego przy sposobności przedstawienia tegoż przypadku.

b) Przedstawia dziewczynę z objawami choroby Friedreicha (*ataxia hereditaria*), która w jej rodzinie wystąpiła sporadycznie. Omawia cechy cierpienia i jego rzadkość. Zwraca uwagę na prace Świtalskiego z piśmiennictwa polskiego.

3) Dr. Nowiński omawia epidemjologję i klinikę cholery i przedstawia model łóżka własnego pomysłu dla cholerycznych. Łóżko to jest zabudowane na kształt skrzyni i podgrzewane odpowiednio urządzonym palnikiem spirytusowym. Zastosował je na większą skalę w czasie swej praktyki szpitalnej przed wojną w Winnicy, gdzie sporządzono 60 takich łóżek. Obok zbawiennego działania stałego ciepła na stan chorych, natychmiastowego pocenia się i skrócenia okresu zamartwiczego, podnosi mowca ekonomję obsługi, gdy bowiem dla 60 chorych potrzebował w zwykłych warunkach 120 sanitarjuszy, po wprowadzeniu opisanego łóżka wystarczało dwunastu. Koszt łóżka wynosił przed wojną 4 rub. 75 kop. wraz z palnikiem. (Przedstawione łóżko zostanie zastosowane na próbę w szpitalu lwowskim. Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji przemawiali kol. Rosenthal, Ziembicki i Zasowski.

VI. posiedzenie z dnia 30 czerwca 1921.

I. Dr. Duczymińska omawia przypadek uszkodzenia główki przy samoistnym porodzie u wieloródki z miednicą płaską nieumiarową. Zwężenie pierwszego stopnia. Linja bezimienna bardziej płaska po stronie prawej. Wzgórek (*promontorium*) sterczy po prawej. Po lewej miednica obszerniejsza. Sp. 24½, Cz. 26½, Tr. 28½, Conj ext. 17½, Conj. diag. 10. Pierwszy poród w ułożeniu Cz. II skończył się wymóżdżeniem. Waga płodu 3600 bez mózgu. Drugi poród w ułożeniu Cz. I. Zgłosiła się z końcem I. okresu, bezpośrednio potem pękł pęcherz. Akcja porodowa bardzo silna. Główka wstawia się do wchodu i przechodzi kanał kostny miednicy małej, dokonując prawidłowych zwrotów. W godzinę rodzi się płód żeński, 4100 gr., omdlały. Po docuceniu okazało się przy oględzinach, że główka posiada duże wzgniecenie na prawej kości czołowej. Po 48 godzinach płód zmarł wśród objawów ucisku mózgu. Sekcja wykazała załamanie kości czołowej prawej aż do opony twardej i wylew krwawy podoponowy.

II. Dr. Zakrzewski (Inst. anat.-pat.) przedstawia preparaty z przypadku wtórnego mięsaka opłucnej i płuc, wychodzącego z żeber.

W dyskusji prym Ziembicki przytacza szczegóły z historji choroby, które pozwoliły powyższe rozpoznanie uczynić za życia.

III. Dr. Baley (Oddz. W. III.) omawia wynik badań nad obrazem krwi w letargicznem zapaleniu mózgu. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji przemawiali Dr. Domaszewicz i prym. Ziembicki, który przedstawiony obraz krwi, odznaczający się m. i. znaczną limfocytozą, uważa za dowód odczynu ustroju na długotrwający proces chorobowy. *W. Z.*

Medycyna społeczna.

Obecna repatrjacja z Rosji z punktu widzenia sanitarnego.

Referaty wygłoszone na posiedzeniu Tow. lek. lwowskiego dnia 27. stycznia 1922 (w streszczeniu).

Dr. H. Palester. Lwów.

O niedomaganiach i postulatach higjenicznych z powodu grożących epidemij w związku z falą repatrjacyjną na przedmurzu Wschodniej Małopolski.

Wieść o powstaniu Państwa Polskiego, wywołała wśród kilko-miljonowej ludności polskiej, rozsianej na olbrzymich przestrzeniach b. imperjum rosyjskiego, żywiołową chęć powrotu do kraju.

Rząd polski w przewidywaniu powrotu powołał do życia tak zwane: »Urzędy Emigracyjne« (Jur). Urzędy te, najwięcej czynne w miesiącach wiosennych i letnich r. 1920, w r. 1921 miały znikomą frekwencję, tak, że zdawało się, iż idą do zaniku; wypadki masowych zachorowań na tyfus osutkowy w okolicach położonych na wschód i zachód od Lwowa, gdzie stwierdzono z wszelką dokładnością zawleczenie epidemji przez uchodźców z Rosji sowieckiej, zaniepokoiły czynniki powołane do walki z epidemją. Postanowiono tedy — utworzyć na wchodniej granicy Państwa szereg stacji odbiorczych dla uchodźców, a mianowicie w: Brodach, Podwołoczyskach, Skałacie, Skale, Okopach św. Trójcy i Husiatynie. Stacje te jednak, wskutek nie dającego się technicznie przeprowadzić zamknięcia granicy, nie miały żadnej pracy, ponieważ uchodźcy przechodzili granicę o kilka kilometrów dalej, aby uniknąć przykrej kwarantanny i urzędowej kontroli władz sowieckich.

Stacje te zwinięto już w lutym 1921 r. Szczelniejsze zamknięcie granicy Polski z oznaczeniem punktów odbiorczych w Baranowiczach, Równem i Kowlu nie sprowadziło także sprawy reemigracyjnej na normalne tory; skutkiem bowiem przepełnienia trzeba było skierowywać repatrjantów do punktów znacznie oddalonych (do takich stacji zaliczono i Lwów) bez przeprowadzenia odwszenia ludzi, odkażenia rzeczy i sprawdzenia stanu zdrowia. W ten sposób powstało tysiące groźnych źródeł, z których epidemja w każdej chwili na kraj cały może się rozlać.

Zarządzenia, które mogłyby poprawić istniejące warunki, rozpadają się na dwie kategorje: A) ogólne i B) lekarskie.

Pod względem ogólnym należy:

1) uruchomić, o ile możności, stacje odbiorcze tylko w okolicach nadgranicznych, tworząc nowe i rozszerzając istniejące już placówki do znaczniejszych rozmiarów;

2) spowodować, aby urzędy, które mają obowiązek zaopatrywania tych instytucji w materjały techniczne i sanitarne, działały sprawniej;

3) uruchomić i doprowadzić do porządku placówki »Jura«, zremontować aparaty kąpielowe i do odkażania, odczyścić ich lokale i urządzić komory dezinfekcyjne sinowodorowe;

4) zarządzić, by pociągi uchodźcze szły jako pośpieszne, by były w drodze zamknięte i miały wozy sanitarne i kuchnie;

5) zamknąć tereny gdzie się umieszcza repatrjantów na czas odosobnienia kwarantannowego.

Pod względem lekarskim:

1) Rozszerzyć pojemność istniejących szpitali zakaźnych;

2) przeprowadzać na stacjach odbiorczych bezwarunkowe badanie lekarskie wszystkich repatrjantów celem oddzielenia zdrowych od chorych;

3) w miejscach, gdzie jest kilka szpitali, umieszczać chorych jednego typu w jednym z nich;

4) powołać znaczniejszą ilość lekarzy, na podstawie umów lub świadczeń na rzecz N. N. K.;

5) przeprowadzać odkażenie i odwszenie wszystkich repartjantów natychmiast po ich przybyciu.

Wobec nadsyłania reemigrantów do Lwowa Expozytura Naczelnego Nadzwycz. Komisarjatu dla spraw walki z epidemjami wydała następujące zarządzenia:

1) Otwarto i urządzono odpowiednio szpital zakaźny na 120—200 łóżek przy ul. Arciszewskiego, w budynku uzyskanym od wojska, ale tylko do 15. marca b. r. Po upływie tego czasu musi być szpital ten w innym budynku pomieszczony, gdyż pawilony zakaźne szpitala powszechnego są stale przepełnione;

2) dla szpitala Stacji Emigracyjnej we Lwowie, wydano bieliznę, a obecnie udzielono potrzebnej pomocy przy odkażaniu repatrjantów;

3) poczyniono potrzebne kroki, by do Lwowa nie nadsyłano repatrjantów zawszonych i bez przepisanej kwarantanny oraz odczyszczenia w punktach wchodowych;

4) pomieszczenie w barakach »Jura« we Lwowie za-

adaptowano tak, by pobyt w nich był znośniejszy i by odczyszczonych repatrjantów można oddzielić od nieczystych;

5) byłoby wskazane, by większe partje repatrjantów nadsyłane do Lwowa, można było umieszczać poza Lwowem np. w koszarach ofiarowanych na ten cel przez wojsko w Tomaszowie Lubelskim;

6) otwarto stację Urzędu Emigracyjnego w Tarnopolu i zaopatrzono ją w odwszalnię i dezynfektory. Stacja ta pomieścić może około 1000 repatrjantów i obsługiwać będzie punkty graniczne: Podwołoczyska, Tarnorudę, Skałat i inne nad Zbruczem położone;

7) uzyskano potrzebne kredyty z funduszów Ligi narodów na remont zniszczonych wojną a obecnie zupełnie nieczynnych szpitali powszechnych, położonych wzdłuż wschodniej granicy Państwa, a to: w Husiatynie, Skałacie, Buczaczu, Horodence i pawilonu zakaź. szpitala powsz. w Zaleszczykach.

Zarządzenia powyższe, obejmujące województwa lwowskie, tarnopolskie i stanisławowskie, energicznie i sprężyście wykonane, ochronią bez wątpienia i tym razem od grozy epidemji tę już tak bardzo rozmaitemi nieszczęściami nawiedzoną część kraju.

Z. Krukowski. Lwów.

Kilka liczb co do chorobliwości i śmiertelności wśród repatrjantów, przebywających we Lwowie.

Repatrjanci z Syberji przybyli do baraków lwowskich dnia 7. grudnia u. r. Liczba ich wynosiła 506 osób; w tem było 127 mężczyzn, 140 kobiet i 239 dzieci. Oprócz Sybiraków na Etapie Urzędu Emigracyjnego znajdowali się uchodźcy z Ukrainy z za Zbrucza w liczbie 252 osób, w tem 133 mężczyzn, 78 kobiet i 41 dzieci; przybyli oni wcześniej.

Od chwili przybycia Sybiraków do dnia 15. stycznia b. r. do szpitala U. E., jako chorych, zgłosiło się 419 osób, w tem 388 Sybiraków i 31 uchodźców. Z ogólnej liczby chorych odesłano do innych szpitali 205 osób, z tego 71 osób do szpitala wojskowego, a 134 osób do państwowych pawilonów zakaźnych. Z liczby odesłanych do szpitala wojskowego było zachorowań: na dur osutkowy 59 przypadków, na dur brzuszny 2, dur powrotny 1, czerwonkę 1, na różne inne choroby 8. Z tej liczby zmarło: mężczyzn 11, kobiet 1, dzieci 1 — razem 13 osób.

Pawilony zakaźne przyjęły 160 osób: z baraków 134 osób, resztę bezpośrednio z dworca kolejowego i ochronki dla dzieci Sybiraków. W tej liczbie było zachorowań: na dur osutkowy 49 przypadków, dur brzuszny 15, dur powrotny 70, czerwonkę 2, płonicę 5, odrę 3, zapalenie opon mózgowych 1, na inne choroby 7, zmarło przed rozpoznaniem 8 osób.

Z ogólnej liczby zmarło: 1 mężczyzna, 10 kobiet, 33 dzieci — razem 44 osób.

W szpitalu Urzędu Emigracyjnego w ambulatorjum porad udzielono 1332. Stale leczono chorych 214 osób. W tem zachorowań było: na dur osutkowy 12, dur brzuszny 9, dur powrotny 68, czerwonkę 7, odrę 23, influenzę 29, błonicę 1, wiatrówkę 1, na inne choroby 62, przyniesiono w agonji — 2 przypadki. Zmarło: 2 mężczyzn, 5 kobiet, 28 dzieci — razem 35 osób. Pozatem zmarło bezpośrednio w barakach 10 dzieci, u których sekcja wykazała: w 8 przypadkach dur powrotny, w 1 płonicę i w 1 błonicę.

Ogółem wśród Sybiraków i uchodźców było zachorowań: na dur osutkowy 120, dur brzuszny 26, dur powrotny 147, czerwonkę 10, płonicę 6, odrę 26, influenzę 29, błonicę 2, wiatrówkę 1, zapalenie opon mózgowych 1, na inne choroby 77, dostawiono w agonji 10 — razem 455 przypadków. Z ogólnej liczby zmarło: 14 mężczyzn, 16 kobiet, 72 dzieci — razem 102 osób. Z tego Sybiraków: 13 mężczyzn, 13 kobiet, 72 dzieci, razem 98 osób. 4 osoby zmarły z pośród personalu sanitarnego szpitala Urzędu Emigracyjnego. — 98 przypadków śmiertelnych z partji Sybiraków stanowi 19.4% ogólnej ilości przybyłych osób, a 24.6% ogólnej ilości zachorowań Sybiraków. 31 przypadków zachorowań z pośród uchodźców z Ukrainy skończyło się szczęśliwie.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że uchodźcy z Ukrainy przybywali w ciągu całego ubiegłego roku, a jednak od stycznia zeszłego roku zachorowań zakaźnych (oprócz kilku przypadków odry) na barakach nie było, choroby zaś zakaźne zjawiły się, i to masowo, dopiero z chwilą przybycia Sybiraków, to możemy wnioskować, że Małopolska wschodnia a więc i Lwów, ze strony Ukrainy są stosunkowo bezpieczne, a główna plaga epidemji grozi nam z środkowej Rosji, skąd łatwo może być zawleczoną przez Baranowicze.

Memorjał lwowskiego Towarzystwa lekarskiego w sprawie repatrjacji.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie, jednoczące w sobie lekarzy Lwowa, po wysłuchaniu szczegółowych referatów, przedłożonych przez odpowiednich fachowców, a dotyczących ujemnych stron higjenicznych i społeczno-lekarskich naszej repatrjacji, nie wdając się w krytykę dotychczasowych zarządzeń, na posiedzeniu naukowem w dniu 27. stycznia 1922 r. uchwaliło wysłać do odpowiednich władz niniejszy memorjał z następującemi postulatami:

1) Zarządzenie bezwzględnej i odpowiednio długiej kwarantanny repatrjantów w miejscach wchodowych na granicach Rzeczypospolitej.

Ze stanowiska higjeny i epidemjologji niedopuszczalne jest bowiem przepuszczanie nieodkażonych i niekontumowanych repatrjantów w głąb kraju, bezwzględnie błędnem jest kwarantannowanie ich w centrum państwa, a wprost karygodnem jest przesyłanie nieodkażonych, pozornie zdrowych a zakażonych do większych zbiorowisk ludzkich, t. j. miast, jak to miało miejsce z transportem Sybiraków, który przybył do Lwowa dnia 7. grudnia 1921 roku. Dla ilustracji wystarczy przytoczyć statystykę, która wykazała, że z grupy 7-mej Sybiraków i uchodźców z za Zbrucza do 8 dni już część zachorowała na dur powrotny, osutkowy i inne choroby zakaźne; wogóle zachorowało 455, zmarło 102. Dodać należy, że niebawem w najbliższem sąsiedztwie baraków wykazano świeże ogniska epidemji duru osutkowego, w których został stanowczo stwierdzony związek z ogniskiem zakaźnem w barakach sybirackich.

2) W razie bezwzględnej niemożności przeprowadzenia kwarantanny repatrjantów w punktach granicznych, urządzenie miejsc kwarantannowych w najbliższem sąsiedztwie granic Rzeczypospolitej, i to na obwodzie miasteczek lub wsi, gdzie znajdą się odpowiednie na ten cel powojenne magazyny, koszary wojskowe, obozy jeńców i t. d.

Rozmieszczenie grup, podlegających kontumacji, i to w małych środowiskach ludzkich, umożliwia w razie wybuchu epidemji jak najprędsze umiejscowienie i powstrzymanie dalszego rozwoju epidemji. Wielkie miasta nie nadają się zupełnie jako punkty kontumacyjne, zwłaszcza wobec nieprzygotowania ich na zwalczanie większych epidemji.

3) Restytucja wojną zniszczonych szpitali, względnie budowa tymczasowych w okresie letnim we wschodnim pogranicznym pasie Państwa, celem utworzenia z nich szpitali dla chorób zakaźnych. Ze stanowiska lekarskiego niedopuszczalne jest przesyłanie zakaźnie chorych repatrjantów w głąb kraju i umieszczanie ich w szpitalach zakaźnych większych miast Rzeczypospolitej.

4) Celem ułatwienia masowego odkażania repatrjantów i ewentualnych ognisk zakaźnych z nimi związanych, wskazanem byłoby reaktywowanie kolumn dezynfekcyjnych i wojskowych, tak zasłużonych przy zwalczaniu epidemji, pociągów kąpielowo-dezynfekcyjnych.

5) W związku z długotrwałą repatrjacją zachodzi możliwość ponownego wybuchu kraj nasz niszczących epidemij, jak duru osutkowego, prawdopodobnie cholery, może i dżumy, konieczne tedy jest już obecnie urządzenie nowych lub powiększenie istniejących po większych miastach szpitali zakaźnych. W tej myśli Lwowskie Towarzystwo lekarskie domaga się bezwzględnie od Rządu dotrzymania zobowiązań, przekazanych przez były Wydział krajowy Królestwa Galicji, a dotyczących wykończenia dalszych pawilonów zakaźnych Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie.

6) Ze względów miejscowych, oceniając niedomagania budżetowe miasta Lwowa, zwraca się Lwowskie Towarzystwo lekarskie do Rządu o wydatne poparcie finansowe miasta celem:

a) rozszerzenia domu izolacyjnego (dzisiejszy zdoła pomieścić z trudem 16 osób);

b) odnowienia i szerokiej rozbudowy kąpieli ludowych;

c) stworzenia nowego zakładu dezynfekcyjnego, gdyż dzisiejszy urąga najprostszym zasadom hygjeny.

7) Lwowskie Towarzystwo lekarskie uważa za odpowiednie poruszenie przy tej sposobności sprawy dotyczącej wszystkich szpitali Rzeczypospolitej Polskiej, t. j. ich niedomagań przedewszystkiem pod względem urządzeń kąpielowych, potrzebnych w chwili przyjęcia chorego, szczególnie zaś pod względem zupełnie niedostatecznego zaopatrzenia w bieliznę, jak i materjału sanitarnego, co znów nie może być obojętnem przy zwalczaniu epidemji wogóle. Nadto Lwowskie Towarzystwo lekarskie musi pod-

nieść, że w szpitalach państwowych brak jest oddziałów dla zakaźnie chorego dziecka.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie przedkładając powyższy memorjał, sądzi, że rezolucje te, jako wyraz opinji ogółu lekarzy lwowskich, zostaną odpowiednio rozważone, zwłaszcza, że dyktowane są myślą o niebezpieczeństwie ze strony grożących epidemij.

Sprawy zawodowe.

Uwagi w sprawie nowej ustawy o izbach lekarskich.

Ustawa o izbach lekarskich, jaka obowiązywała pod zaborem austrjackim, w krótkim stosunkowo czasie okazała się niewystarczającą, i z tego powodu na corocznych zjazdach Izb lekarskich domagano się jej zmiany. Redakcję nowej ustawy poruczono osobnemu komitetowi, wybranemu z łona poszczególnych Izb. Po gruntownych, kilka lat trwających, naradach i rozpatrywaniu rozmaitych projektów, powstał ostateczny projekt t. zw. ordynacji lekarskiej, obejmujący przepisy o reprezentacji zawodowej i o obowiązkach i prawach zawodu. Projekt ten przedłożono Radzie Państwa po poprzedniem rozpatrzeniu przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, które poczyniło w projekcie pewne zmiany natury prawniczej, na które Izby lekarskie się również zgodziły. Uchwaleniu ustawy przeszkodził wybuch wojny.

Projekt ustawy o Izbach i o wykonywaniu praktyki, który Izba lwowska przedłożyła zebraniu delegatów zrzeszeń lekarskich w Warszawie w dniu 26 kwietnia 1919. i który przez to zebranie został przyjęty, wzorował się na projekcie na wstępie wymienionym. Zdaniem bowiem Izby, projekt ten, jako owoc długoletniego doświadczenia, poznania w praktyce życia braków, jakie zawierała dotychczas obowiązująca ustawa, i jako wynik studjów najlepszych znawców medycyny społecznej, usuwał istniejące luki i stanowił logiczną całość, zastosowaną do potrzeb zawodu.

Powyższy projekt Izba lwowska przedstawiła Sejmowi. W sejmowej komisji zdrowia uległ on jednak w ciągu dwóch lat zasadniczym zmianom, co spowodowało, że obie Izby lekarskie, lwowska i krakowska, starały się w licznych przedstawieniach, wysyłanych do Sejmu i komisji zdrowia, zwrócić uwagę na konieczność usunięcia wprowadzonych zmian, jako już to dla zawodu niekorzystnych, jużto nie dających się w praktyce zastosować. Niestety jednak głos nasz nie został uwzględniony i utrzymała się koncepcja komisji zdrowia. Należy z żalem stwierdzić, że zainteresowanie się ustawą wśród posłów sejmowych było bardzo małe, a memorjały i petycje obu Izb nie potrafiły obudzić w nich zajęcia się sprawą i najprawdopodobniej nieczytane utonęły w koszu.

Ze zmian poczynionych przedewszystkiem rozdzielono przepisy o reprezentacji i t. zw. ordynacji zawodowej na dwie osobne ustawy; zdaniem naszem rozdział ten nie jest niczem usprawiedliwiony, zwłaszcza że dążeniem kół lekarskich było skupić wszystko, co się odnosi do wykonywania zawodu, w jedną nierozdzielną, a logicznie związaną całość, na czem niewątpliwie zyskiwała przejrzystość ustawy.

Nowy podział organizacyjny w praktyce natrafi na trudności, których ustawa nie rozwiązuje. Według tego podziału Izbę lekarską tworzą wszyscy w jej okręgu zamieszkali lekarze; to ciężkie ciało ma być powołane do wszelkich uchwał zasadniczych, wymiaru opłat i t. d. Przyszłość okaże, jak dalece utrudni to normalne funkcjonowanie Izb. Zwoływanie bowiem zgromadzeń lekarzy z całej części kraju, prawomocnych, jest w praktyce niewykonalne, a zgromadzenia takie z czasem zredukują się do obecności kilku członków. Stanowczo za obszernem ciałem są rady Izb lekarskich, które minimalnie mają liczyć 20 tu członków, przy liczbie 200 członków Izby; członkowie rady będą musieli zbierać się conajmniej dwa razy do roku, co spowoduje wysokie koszta podróży i djet i podwyższy znacznie opłaty roczne. Skomplikowany jest artykuł 22, tyczący się czasu trwania urzędowania członków zarządu, a pomysł losowania połowy co roku wprost niefortunny; tok i ciągłość prac w Izbie wymaga należytego zaznajomienia się z nimi, i co z tem jest w związku odpowiedniego czasu — wszakże praktyka wykazała, że trzyletni okres był za krótki i słusznie żądano rozszerzenia jego na lat. pięć. Arytmetyka wyborcza zawikłana każe wybierać połowę co roku przy nieparzystym składzie zarządu, i w rezultacie prowadzi do tego, że niektórzy członkowie będą urzędowali przez rok, inni przez dwa lata. Jest rzeczą oczywistą, że krótka kadencja i podział urzędowania sparaliżują normalny tok czynności. Podział ten w zastosowaniu do rady honorowej utrudni załatwienie czynności, które wymagają bardzo często żmudnych i długich rozpatrywań, jeśli w wynjku swym przez zbyt pospieszne działanie nie mają wyrządzić krzywdy.

Terytorjalny podział Izb według województw, możność tworzenia jeszcze mniejszych terenów (Izb okręgowych) nieodpowiada naszym interesom zawodowym; im większy bowiem obszar terytorjalny Izby obejmują, tem więcej zyskuje na tem jednolitość załatwiania spraw zawodowych i powaga reprezentacji na zewnątrz.

Instytucją zupełnie nową jest naczelna Izba lekarska. Stworzono przez to ciężkie i zbyt kosztowne ciało (z każdej Izby wojewódzkiej jeden delegat na 200-tu członków), którego koszta podróży będzie musiał opłacać ogół lekarzy, a które wyposażone w zbyt szerokie atrybucje, stworzy dla równorzędnej dotychczas reprezentacji zawodowej rodzaj drugiej instytucji, nadzorującej czynności poszczególnych Izb Niewiadomo, jakimi motywami kierowali się autorowie tego pomysłu: nadał on formę rzeczywistości temu, przeciw czemu broniliśmy się skutecznie w byłej Austrji, której dążeniem było stworzenie centralnego organu nad Izbami, w każdym razie jednak we formie bardziej autonomicznej od tego, co nas obecnie spotkało.

Przyjęty z naszego projektu artykuł o wiecach Izb lekarskich, instytucji autonomicznej, powstałej ze swobodnej inicjatywy Izb i wolnego wyboru, a mającej na celu porozumiewanie się w sprawach wspólnych cały ogół lekarski obchodzących, bez prawa narzucania powziętych uchwał poszczególnym Izbom, czyni z niej organ, którym dysponować i o jej składzie i działaniu decydować ma odtąd naczelna Izba lekarska, a nawet rząd.

Z projektu naszego przyjęte zostało postanowienie o strzeżeniu praw i interesów stanu i prawo zakładania instytucji zabezpieczających lekarzy na wypadek choroby i wdowy i sieroty po lekarzach na wypadek śmierci lekarza. Należy z uznaniem podkreślić zatrzymanie tego postanowienia w ustawie.

W łonie Izby lwowskiej istnieje już od lat 20-tu kasa chorych lekarzy, a od lat czterech kasa pensyjna dla wdów i sierót po lekarzach; nabierają one ustawowej powagi i będą mogły wymagać od lekarzy w miejsce dobrowolnego, obowiązkowego wpisywania się do tych instytucji. W ustawie o w y k o n y w a n i u p r a k t y k i żałować wypada, że nie został uwzględniony proponowany przez nas obowiązek wpisania się lekarza do Izby przed rozpoczęciem praktyki, jak to jest w Izbie adwokackiej. W ten tylko sposób możliwe jest utrzymanie ewidencji i zaradzenie temu, by całe mnóstwo lekarzy nie uchylało się przez szereg lat od wpisu, jakto dotychczas miało miejsce. Wprowadzony w miejsce tego obowiązek zarejestrowania się i możność rozpoczęcia praktyki dopiero po uzyskaniu pisemnego uprawnienia ze strony Ministerstwa, załatwia rzecz biurokratycznie, utrudni lekarzom rozpoczęcie praktyki, w wielu przypadkach spowoduje niepotrzebną zwłokę, a nawet zgoła możliwość szykany, jakto już mieliśmy sposobność stwierdzić w tym krótkim czasie po ogłoszeniu ustawy.

Naszem zdaniem o wiele prostszym był obowiązek wpisania się i zgłoszenia w Izbie, a następnie zawiadomienia o tem przez Izbę władzy administracyjno - sanitarnej.

Przepis o używaniu tytułu doktora przez tych, którym tego tytułu nie dał Uniwersytet, był dla obu Izb małopolskich niezrozumiałym. Słusznie Wydział lekarski Uniwers. Jagiell. określił w swoim memorjale to postanowienie jako nieistniejące w całym świecie cywilizowanym, a zarazem sprzeczne z zasadniczemi pojęciami o studjach wyższych. Przepis ten wywołał energiczny protest ze strony obu Izb lekarskich, gorący swój protest łagodzi obecnie Izba krakowska zrozumiałą teraz lojalnością wobec kolegów z Królestwa

Przeciw postanowieniu o przymusowej służbie cywilnej na wypadek epidemji w stylizacji przyjętej przez komisję zdrowia wnosiła Izba lekarska dwukrotnie bardzo energiczny protest. W projekcie przez Izbę przedstawionym miał on brzmienie następujące: „Ministerstwo zdrowia może zobowiązać lekarzy do użycia ich w publicznej służbie zdrowia na wypadek nadzwyczajnych stosunków, jeżeli do tego zmuszą względy zdrowotne, zwłaszcza potrzeba zwalczania chorób zakaźnych. Zarządzenie takie wyda Ministerstwo zdrowia po wysłuchaniu opinji odnośnej Izby lub wiecu Izb. Za te czynności należeć się będzie lekarzom osobne wynagrodzenie ustalone w porozumieniu z Izbami lekarskiemi". Postanowienie tej treści miało na celu ujęcie w ramy ustawy praktyki zwyczajowej, t. j. unormowania wykonywanego przez lekarzy obowiązku zwalczania epidemji, szczepień ochronnych, delegacji i ustalania za te czynności wynagrodzenia w porozumieniu i na podstawie opinji Izby. Konieczność ustawowego uregulowania tego obowiązku uznały wszystkie Izby, a i krakowska Izba za tej treści stylizacją postanowienia głosowała, a tem samem słuszność jego uznała.

Z projektu, mającego chronić interesy lekarzy, wyłoniła się treść całkiem inna.

W artykule 21 jest mowa o ogłaszaniu cennika poborów przez urząd wojew. Projekt nasz w artykule 38 postanawiał, że prawo ustanawiania taryfy przysługuje Izbie lekarskiej; stanowisko to staraliśmy się obronić w memorjałach wnoszonych do komisji zdrowia, jednakże bezskutecznie.

Przeciwko już uchwalonej ustawie wnieśli na ręce Izby lekarskiej we Lwowie protest lekarze wolno praktykujący powiatu sanockiego, lekarze pow. sandomierskiego, pow. rzeszowskiego, łańcuckiego, strzyżowskiego i kolbuszowskiego, lekarze obwodu ostrowieckiego i łuckie koło lekarzy.

Obowiązkiem nowowybranych Izb, będzie dążyć w drodze ustawodawczej do usunięcia niedomagań ustawy i wprowadzenia zmian, koniecznych w interesie zawodu i w myśl życzeń kół lekarskich.

Papée.

W sprawie kursów dla lekarzy.

Z kilku stron Państwa otrzymała Redakcja „Polskiej Gazety lekarskiej“ równocześnie listy od szeregu kolegów, bądź z zapytaniem, czy i kiedy odbędą się w Krakowie lub we Lwowie kursy dla lekarzy na wzór kursów urządzanych przed wojną na obu tych Wydziałach lekarskich, bądź z domaganiem się, aby kursy takie powstały i powtarzały się w stałych odstępach czasu, podobnie jak to się dzieje wszędzie za granicą. Jeden z kolegów w liście swym podkreśla, że kursy takie są potrzebne „zwłaszcza obecnie, kiedy umysł, wyjałowiony długą wojną, tak bardzo pożąda pogłębienia nabytych wiadomości“.

Podniesione żądanie jest bardzo słuszne i na czasie i mamy nadzieję, że wszystkie nasze Wydziały lekarskie uniwersyteckie zorganizują kursy. Czas byłby zaś rozpocząć już teraz przygotowania, by pierwsze kursy odbyć się mogły w czasie ferji Wielkanocnych tegorocznych.

Jak się dowiadujemy, Wydział lekarski U. J. K. we Lwowie uchwalił urządzić kursy dla lekarzy i to w drugiej połowie września br. Kursy te trwać będą dziesięć dni, a uwzględnione w nich będą przedewszystkiem najnowsze zdobycze z dziedziny medycyny praktycznej. R.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Prof. Dr. Tadeusz Browicz został mianowany profesorem honorowym Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Lwów.

VII. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek 24 lutego o godz. 6-tej w Poliklinice.

Kol. Węgrzynowski: Sprawozdanie lekarskie za rok 1921 z poradni Towarzystwa walki z gruźlicą.

Kolega Mosler: Stan walki z gruźlicą w Województwie lwowskiem.

Kolega Wiczkowski. O wczesnem rozpoznaniu gruźlicy płuc.

Kol. Sabatowski. Polskie miejsca klimatoterapeutyczne gruźlicy.

Kol. Marcin Selzer. Luźne uwagi w sprawie rozpoznawania i leczenia gruźlicy na podstawie materjału z sanatorjum w Hołosku.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Towarzystwo lekarzy polskich b. G. zawiadamia swych członków z prowincji, że wkładka za I kwartał br. wraz z prenumeratą Polskiej Gazety lekarskiej wynosi 2000 Mk. i należy ją przesyłać pod adresem Skarbnika Towarzystwa Dr. Trzcienieckiego, Asnyka 1.

Kolegów zalegających z wkładką za IV kwartał 1921 w wysokości 1200 Mp. uprasza się o wyrównanie zaległości jak najrychlej.

Ze względu na wysokie koszta prenumeraty Kolegom zalegającym z wkładkami będzie musiała być wysyłka pisma wstrzymana. Koledzy, którzy wysłali prenumeratę za I-szy kwartał br. w kwocie 1800 Mp. wprost do Administracji pisma, zechcą pod adresem Skarbnika przesłać 200 Mp. jako uzupełnienie wkładki kwartalnej.

Poznań.

Instytut praktycznej psychologji. W Poznaniu powstał pierwszy w Polsce „Instytut Praktycznej Psychologji“ urządzony na wzór zagraniczny, a mający na celu zwiększenie sprawności, jakoteż wydajności pracy, oraz zastosowanie psychotechniki w przemyśle i handlu. Do sfinansowania Instytutu w znacznej mierze przyczynił się Polski Bank Handlowy. Kierownikiem Instytutu jest dr. Kazimierz Radwan Prągłowski. Do zarządu należy dyrektor banku p. Piotr Zawadowicz. Prezesem Rady Nadzorczej jest dyrektor banku p. Antoni Doerman. Do komisji naukowej należą prof. uniw. dr. med. Paweł Gantkowski, prof. uniw. dr. fil. Stefan Błachowski, prof. uniw. dr. fil. Florjan Znaniecki i p. Nicefor Perzyński, naczelnik wydziału oświaty pozaszkolnej.

Zmarli.

Dr. Józef Krawczyk l. 33 w Zakopanem.

Dr. Marjan Konwerski w 38 r. życia w Baranowiczach z duru osutkowego. Dr. Konwerski był jednym z pierwszych pracowników kolumn epidemicznych Komitetu Książęco Biskupiego, zwalczających od r. 1915 pod kierunkiem prof. dr. Emila Godlewskiego zarazy, grasujące w Polsce. W pracy tej, narażając ciągle życie, uczestniczył dr. Konwerski bez przerwy, należąc do najdzielniejszych działaczy Nadzwyczajnego komisarjatu epidemicznego. Padł wreszcie ofiarą swego poświęcenia.

Dr. Mieczysław Rospędzikowski kapitan- lekarz, były asystent Sanatorjum dr. Dłuskiego, w 37 r. życia w Tomaszowie Mazowieckim.

Dr. Teofil Rzepnikowski, lekarz, wybitny działacz społeczny, uczestnik powstania w roku 1863. zmarł w Zubowie (Wielkopolska), licząc 79 lat życia. Zmarły położył wielkie zasługi około zakładania Spółek zarobkowych obok ks. Wawrzyniaka i dr. Kusztelana.

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Białostockie	Kieleckie	Krakowskie	Lubelskie	Lwowskie	Łódzkie	Poleskie	Stanisławowskie	Tarnopolskie	Warszawskie	Wołyńskie
za czas		26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921	26 XI—31 XII 1921
Ospa	ch.	10 (2)	87 (31)	—	7 (2)	2 (0)	—	—	27 (7)	5 (0)	17 (5)	3 (0)
	ż.	1 (0)	—	—	2 (0)	1 (0)	—	—	1 (0)	—	—	—
Dur brzuszny	ch.	207 (13)	383 (23)	280 (48)	323 (9)	299 (50)	86 (og.21)	223 (33)	123 (13)	70 (7)	209 (19)	409 (14)
	ż.	21 (5)	41 (2)	8 (0)	24 (2)	16 (1)	26	4 (0	7 (4)	3 (0)	12 (5)	26 (0)
Dur osutk.	ch.	505 (41)	72 (4)	121 (18)	498 (27)	234 (39)	29 (og.1)	810 (77)	231 (22)	200 (24)	145 (6)	215 (18)
	ż.	43 (5)	1 (0)	3 (0)	27 (2)	5 (0)	21	17 (2)	24 (3)	6 (1)	6 (0)	24 (1)
Dur powrotny	ch.	959 (54)	22 (2)	5 (2)	512 (16)	62 (6)	7 (og.0)	152 (8)	11 (1)	18 (0)	2 (1)	371 (8)
	ż.	44 (0)	—	—	24 (0)	—	0	14 (3)	—	—	1 (0)	40 (0)
Czerwonka	ch.	28 (14)	19 (2)	174 (52)	16 (1)	57 (19)	3 (og.5)	31 (0)	3 (1)	—	7 (1)	21 (0)
	ż.	—	1 (0)	7 (1)	1 (1)	0 (2)	4	2 (0)	1 (0)	—	4 (0)	2 (0)
Płonica	ch.	132 (20)	136 (20)	271 (36)	123 (28)	973 (150)	17 (og 3)	61 (4)	433 (74)	118 (18)	110 (12)	163 (16)
	ż.	26 (1)	11 (0)	25 (2)	52 (5)	48 (8)	11	20 (1)	48 (7)	18 (1)	11 (2)	19 (0)
Błonica	ch.	23 (4)	24 (6)	19 (2)	20 (9)	24 (8)	12 (og.8)	52 (6)	5 (0)	17 (2)	28 (0)	39 (4)
	ż.	4 (0)	3 (0)	7 (1)	9 (1)	2 (0)	0	25 (0)	2 (0)	1 (0)	1 (0)	5 (0)
Odra	ch.	203 (8)	358 (4)	142 (7)	121 (6)	520 (25)	6 (og.0)	66 (0)	25 (0)	128 (1)	106 (1)	40 (9)
	ż.	53 (2)	13 (0)	1 (0)	21 (1)	8 (1)	1	11 (0)	—	1 (0)	14 (0)	16 (1)
Krztusiec	ch.	5 (0)	1 (0)	2 (0)	9 (0)	51 (5)	3 (og.0)	30 (0)	2 (5)	—	3 (0)	33 (0)
	ż.	1 (0)	1 (0)	—	2 (0)	—	2	3 (0)	1 (0)	1 (0)	3 (0)	3 (0)
Zimnica	ch.	7 (1)	1 (0)	1 (0)	2 (0)	1 (0)	—	62 (0)	—	—	2 (0)	53 (0)
	ż	1 (0)	—	—	3 (0)	—	—	4 (0)	—	—	—	2 (0)
Gruźlica	ch.	8 (9)	9 (5)	0 (77)	39 (6)	48 (144)	0 (107)	10 (3)	3 (34)	18 (13)	28 (34)	7 (0)
	ż	0 (1)	1 (0)	0 (6)	4 (3)	3 (16)	0 (31)	1 (0)	2 (6)	4 (4)	1 (1)	1 (0)
Nagminne zapalenie opon	ch.	1 (0)	1 (0)	3 (0)	1 (2)	—	—	0 (2)	1 (1)	—	4 (0)	3 (0)
	ż.	—	1 (0)	2 (0)	—	1 (1)	—	1 (1)	—	—	—	—

Warszawa miasto za czas od 26 XI do 31 XII 1921. Dur brzuszny ch. 49 (18) ż. 13 (0). — Dur plamisty ch. 95 (4) ż. 14 (1). — Dur powrotny ch. 84 (1) ż. 12 (0). — Czerwonka ch. 14 (2) ż. 2 (0). — Płonica ch. 147 (26) ż. 22 (4). — Błonica ch. 14 (3) ż. 11 (2) — Odra ch. 70 (13) ż. 8 (3). — Krztusiec ch. 13 (1) ż. 1 (0). — Gruźlica ch. 78 (122) ż. 14 (19). — Nagminne zapalenie opon ch. 4 (2) ż. 3 (2).

Kraków miasto za czas od 26 XI do 31 XII 1921. Dur brzuszny og. 42 (6). — Dur osutkowy og. 20 (3) — Dur powrotny og. 5 (1). — Czerwonka og. 7 (3). — Płonica og. 67 (7). — Błonica og. 20 (1).

Ch = chrześcijanie ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych. Og. = ogółem chrześcijan i żydów.

Konkurs.

Dyrekcja szpitala lwowskiej Gminy wyznaniowej izraelickiej rozpisuje niniejszem konkurs na cztery posady sekundarjuszy w tutejszym szpitalu. Podania na powyższe posady, zaopatrzone w stempel na 10 Mkp, należy przesyłać na ręce **Dyrekcji szpitala** najdalej do dnia 25. lutego b. r. przy dołączeniu następujących dokumentów:

1) Dyplom doktora wszech nauk lekarskich.
2) Dowodu posiadania obywatelstwa polskiego.

O bliższych warunkach można się dowiedzieć w kancelarji Dyrektora codziennie od godziny 12 do 12·30 w południe.

Dr. MEISELS
Dyrektor szpitala.

Zaproszenie do Subskrypcji!

Spółka wydawnicza lekarska

Spółka z ogr. odp.

Kraków — Lwów — Warszawa.

Pragnąc rozszerzyć łamy naszego pisma i oprzeć je na szerszej finansowej podstawie, postanowiliśmy utworzyć Spółkę z ogr. odp. która miałaby za zadanie wydawanie «POLSKIEJ GAZETY LEKARSKIEJ» oraz innych czasopism, odczytów, monografji, podręczników i dzieł naukowych. Kapitał Spółki wyniesie na razie 15,000.000 — Mp. rozłożonych na 1500 udziałów po 10.000 Mp.

Udziały zgłaszać mogą przedewszystkiem lekarze i organizacje lekarskie. Zgłoszenia na udziały prosimy przesłać deklaracji załączonej w poprzednim numerze, a gotówkę prosimy przesłać załączonym czekiem P. K. O. lub przekazać przez Bank Małopolski w Krakowie (Rynek), we Lwowie ul. 3-go Maja 10, w. Warszawie, ulica Marszałkowska 154 na rachunek **Spółki wydawniczej lekarskiej we Lwowie.**

Ostateczny termin zgłoszeń oznacza się na dzień 25 lutego 1922.

W dniu 5 marca odbędzie się organizacyjne Walne Zgromadzenie, wybór władz t. j. Rady Nadzorczej, Dyrekcji i t. d. Udziałowcy odpowiadają tylko swoimi udziałami i uczestniczą w zyskach przedsiębiorstwa od dnia 1-go stycznia 1922.

ZAŁOŻYCIELE:

Prof. Dr. St. Ciechanowski Kraków, Prof. Dr. M. Franke Lwów, Prof. Dr. K. Groer Lwów, Prof. Dr. W. Nowicki Lwów, Prof. Dr. A. Rosner Kraków, Dr. W. Szumlański Warszawa, Dr. J. Szmurło Warszawa, Dr. Cz. Stankiewicz Warszawa, Dr. B. Wojciechowski Kraków, H. Altenberg Lwów, E. Wende i Ska Warszawa, Tow. akc. «IGNIS» Warszawa.

UWAGA: Wszystkich Kolegów, którzy zgłosili w swoim czasie udziały dla Tow. akc. «IGNIS» w Warszawie, upraszamy uprzejmie ze względów formalnych o ponowne wypełnienie załączonej deklaracji.

Dr. Wład. Janowski, Dr. Jan Szmurło, Dr. Wit. Szumlański.

Warszawa, 1 lutego 1922.

Nr. 9 26. lutego 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. dr. Józef Latkowski. Kraków.

O znaczeniu badania układu nerwowego mimowolnego *).

(Z oddziału chorób wewnętrznych Państwowego szpitala św Łazarza w Krakowie. Prym. Prof. Dr. J. Latkowski).

Część układu nerwowego, zaopatrującego narządy, których czynność jest niezależna od woli, nazywamy, według Langleya, układem nerwowym autonomicznym czyli samoczynnym, lub mimowolnym. Ten układ nerwowy zaopatruje narządy o gładkich mięśniach i jest niezależny od układu nerwowego ośrodkowego, choć łączy się z nim przez liczne włókna nerwowe. W układzie tym odróżniamy przedzwojowe i pozazwojowe neurony, ponieważ drogi nerwowe układu mimowolnego są przerwane przez liczne zwoje, umieszczone w poszczególnych narządach.

Langley podzielił układ mimowolny pod względem anatomicznym na dwie grupy, a mianowicie: grupę rozszerzonego nerwu błędnego lub odcinek czaszkowo krzyżowy czyli parasympatyczny i grupę nerwu współczulnego — i wykazał, że te dwie grupy nerwowe pod względem fizjologicznym działają w swych zakończeniach przeciwniczo (antagonistycznie), i to nietylko w sercu, lecz także wszędzie tam, gzie znajdują się w narządach wewnętrznych mięśnie gładkie, a zatem w żołądku i jelitach. I tak współczulny nerw sercowy przyśpieszający podnieca jego czynność, natomiast nerw błędny ją zwalnia. Nerwy trzewne współczulne zwalniają czynność jelit, nerw błędny zaś ją przyśpiesza. Mayer stwierdził istnienie tego antagonizmu pod względem farmakologicznym, a mianowicie spostrzegł, że pewne ciała działają wyłącznie na jedne lub drugie nerwy pobudzająco lub hamująco. N. p. pilokarpina, muskaryna, fizostygmina i cholina działają tylko na nerw błędny, adrenalina natomiast pobudza nerw współczulny, lecz na wydzielanie potu nie działa.

Lecz już przy stosowaniu tych trucizn zauważono różne sprzeczności, a mianowicie np. pilokarpina, muskaryna, fizostygmina i cholina działają podniecająco na nerw błędny, czyli układ czaszkowo-krzyżowy Langleya lub parasympatyczny, ale również działają podniecająco na wydzielanie potu, zależne przecież od nerwu współczulnego. Porażająco zaś działa na nerw błędny atropina, która również hamuje wydzielanie potu.

Eppinger i Hess zaczęli pierwsi stosować te próby farmakologiczne w klinice i starali się udowodnić, że można znaleść ludzi, którzy są wrażliwi tylko na pilokarpinę i atropinę, a nie oddziaływują na adrenalinę. Na podstawie tych spostrzeżeń przyjęli istnienie tak zwanej wagotonji i sympatykotonji i twierdzili, że jest to zboczenie konstytucyjne, polegające na wzmożonem napięciu nerwu błędnego, a cechą jego jest silne oddziaływanie na powyższe ciała. Znajdowali oni tę wrażliwość szczególnie u ludzi gruźliczych, dalej chorych na dusznicę oskrzelową, nadmierne wydzielanie soku żołądkowego i w wielu przypadkach wrzodu żołądka. Wprawdzie późniejsze badania dowiodły, że twórcy pojęcia wagotonji nie mieli słuszności, bo, nie biorąc już w rachubę okoliczności, że na podstawie jedynie oddziaływania farmakologicznego trudno określić odrębne jednostki chorobowe, to tem więcej nie można twierdzić, iż wszędzie tam, gdzie znajdujemy wrażliwość na pilokarpinę, istnieje też rzeczywiście większe napięcie w zakresie nerwu błędnego, czyli że jest wagotonja. Dla badań klinicznych będzie ważnem ocenienie, czy badanie farmakologiczne układu mimowolnego zapomocą wspomnianych ciał daje wyniki jasne i niewątpliwe. Trzeba bowiem przedewszystkiem zauważyć, że porażenie atropinowe nerwu błędnego nie może być równoznaczne z przecięciem tego nerwu, bo atropina może działać jeszcze na inne narządy, będące w związku np z sercem i działa ona, jak i adrenalina, np. na serce kurczęcia lub ryb we wczesnym okresie płodowym, gdy jeszcze niema w niem nerwów. Dalej np. adrenalina działa nie tylko na nerw współczulny, ale także na układ nerwowy ośrodkowy, wnosząc z jej działania przeciw nerwobólom i przeciwdnawego. Nie można porównywać podrażnienia zapomocą adrenaliny lub zahamowania jakiejś czynności z podrażnieniem lub przecięciem nerwu współczulnego, tak jak znowu nie możemy twierdzić, że skutki wstrzykiwania pilokarpiny odnieść można tylko do podrażnienia układu parasympatycznego, gdyż pilokarpina także zwiększa wydzielanie potu, zależne od nerwu współczulnego, a z drugiej znów strony nie wywołuje zwykle zwolnienia tętna, które przy podrażnieniu nerwu błędnego występuje. Adrenalina znów może wywoływać tylko cukromocz, a może nie działać na nerwy sercowe.

Na podstawie tych uwag widzimy, że dzielenie ludzi na wagotoników i sympatotoników ma bardzo niepewne podstawy, dlatego też cały szereg autorów sprzeciwia się takiemu schematyzowaniu i niechce się zgodzić na to, aby wagotonja polegać miała na wzmożonem napięciu nerwu błędnego. Pojęcie to jednak rozpowszechniło się do pewnego stopnia wśród ogółu lekarzy i dlatego też nie od rzeczy będzie sprawę tę rozpatrzeć. Sprawa ta nie miałaby może większego klinicznego znaczenia, gdyby służyła tylko do określenia tego zboczenia. Zaczęto jednak anomalją tą tłómaczyć różne zmiany patologiczne, że wspomnę choćby tylko wrzód żołądka lub choroby gruczołów dokrewnych. Z tego też powodu przeprowadziłem szereg badań kontrolnych, aby zdobyć sobie własne doświadczenie w tej sprawie.

Chcąc przeprowadzić badania układu mimowolnego, uwzględnialiśmy przy badaniu naszych chorych przedewszystkiem objawy kliniczne (stigmata), które można uważać za wynik zaburzenia czynności tych nerwów. Obok badania fizycznego chorych prześwietlaliśmy ich promieniami Roentgena, uwzględniając stan narządów wewnętrznych, a szczególnie serca, żołądka, jelit, gruczołów śródpiersia i t. p. Również badaliśmy czynność wydzielniczą i ruchową żołądka zapomocą zgłębnika. Dalej badano stan narządów limfatycznych, a więc migdałki, dno języka, gruczoły limfatyczne i gruczoły dokrewne. Z drugiej strony używaliśmy do zbadania naszych chorych prób farmakologicznych zapomocą adrenaliny, atropiny i pilokarpiny. Aby ocenić siłę działania danego środka — braliśmy na uwagę całość objawów. Dawkę staraliśmy się przystosować do ciężaru ciała. Zwracaliśmy uwagę na konstytucję chorych, szczególnie na stan asteniczny i związek jego ze skazą limfatyczną. Dalej zwracaliśmy uwagę na zmiany naczynio-ruchowe, jak n. p. nadmierną bladość chorych przy prawidłowej ilości barwika krwi, lub też zbytnią czerwoność skóry, dalej na dermografję, zimne ręce i nogi. — Zwracaliśmy również uwagę na znamiona (stigmata) z zakresu nerwu współczulnego, a więc rozszerzone źrenice, dalej wysadzenie gałek ocznych, nadmierne wydzielanie potu. Zwracaliśmy uwagę na zaburzenia w unerwieniu narządów wewnętrznych przez nerw błędny, a więc przedewszystkiem serca i przewodu pokarmowego. Ważnem również było dla nas uwzględnienie ogólnej nerwowości i jej cech, jak n. p. zwiększonej pobudliwości psychicznej, dalej zachowanie się odruchów ścięgnistych, skórnych, jak również odruchów łuku podniebiennego.

Wstrzykiwaliśmy pilokarpiny 0.75 do 1.00 miligr. na

*) Wedle odczytu w Tow. lek. krakowskiem dnia 28/6 1921

L. p.	Imię i pierwsza litera nazwiska chorego	Wiek	Rozpoznanie	Stigmata	Pilokarpina	Atropina	Adrenalina	Obj. gałkowy	Obj. Erbena	Arytus. resp.	Dermogr.	Zaburz. wydz.	Krwotok
1	D. Józef	26	Ulcus ventriculi								+	+	+
2	W. Jan	26	" "				+				+	+	+
3	M. Józef	33	" "				+			+	+		+
4	Z. Tomasz	37	" duodeni	+									
5	J. Jacenty	49	" callos. ss. stenosi pyl.								+	+	+
6	P. Ludwik	30	" ventriculi	+							+	+	+
7	C. Piotr	48	" duodeni									+	
8	W. Antoni	35	" ventriculi		+			+	+		+		+
9	S. Zdzisław	39	" "	+	+ +						+		+
10	C Jakób	42	" "	+							+	+	+
11	D. Stanisław	46	" "								+		+
12	S. Szymon	30	" "		+						+	+	+
13	M. Tomasz	40	" "		+			+	+	+	+	+	+
14	M. Aleksander	44	" "									+	
15	W. Franciszek	41	" duodeni	+		+					+	+	
16	M. Andrzej	48	" ventriculi		+			+			+	+	+
17	S. Stanisław	31	" "		+	+		+		+	+		+
18	G. Stanisław	32	" "	+	+			+			+	+	+
19	W. Jan	49	" "		+			+		+	+		+
20	S. Abraham	43	" duodeni	+							+		+
21	F. Kazimierz	27	" ventriculi		+ +		+				+		+
22	G. Wojciech	50	" "		+	+					+		+
23	J. Franciszek	30	" "	+	+	+	+	+		+	+		+
24	W. Katarzyna	38	" "	+	+								
25	I. Józef	43	" "					+	+			+	+
26	K. Stanisław	50	" duodeni	+	+ +		+					+	
27	O. Marcin	50	Hyperacid. gastroptosis.					+	+		+		
28	L. Stanisław	25	" digestiva	+				+	+	+	+		
29	G. Czesław	17	Hypersecr. contin	+			+					+	
30	S. Jan	38	Hyperacid. digestiva.									+	
31	G. Jan	19	Hypersecr. contin.	+	+			+				+	
32	H. Zygmunt	26	" "		+		+	+		+	+	+	
33	W. Dawid	14	" " et neuropathia	+	+ +		+	+			+	+	
34	S. Władysław	28	Neurosis. ventric. sensit.	+			+				+		
35	R. Franciszek	30	" " "				+	+		+	+		
36	R. Mikołaj	40	" " "	+			+	+			+		
37	K. Józef	45	Catar. ventr. chron.								+	+	
38	K Piotr	35	" " "								+	+	
39	P. Jan	27	" " "									+	
40	P. Piotr	29	Colica membran.	+	+ +	+	+ +				+		
41	B. Scheja	35	Neuropathia	+		+	+ +	+			+		
42	J. Ignacy	19	Neurasthenia	+							+		
43	P. Józef	42	Gumma cerebri										
44	K. Czesław	19	Neurasthenia	+									
45	T. Ludwik	36	Hypochondria	+						+	+		
46	B. Jan	32	Neuropathia	+				+	+	+	+		
47	A. Franciszek	40	"	+			+				+		
48	I. Władysław	27	Infiltr. apic.	+	+	+		+		+	+		
49	K. Stanisław	34	Stat. p. enceph. let.					+		+	+		
50	D. Leon	23	Infiltr apic.	+	+ +								
51	C. Stanisław	29	Hyperaciditas const.									+	
52	B. Anna	31	Asthma bronch.	+			+						
53	M. Stanisław	27	" "	+	+						+		
54	C. Leib	15	" "								+		
55	C. Marja	18	Diabetes								+		
56	Z Marja	27	Myxoedema					+			+		
57	K. Andrzej	18	"										
58	P. Jan	34	Morb. Addisoni										
59	J Michał	26	Polyarthrit. rheum.										
60	H Stefan	41	Hernia inguin.								+		
61	W. Kasper	50	Emphys. pulm.								+		
62	J. Michał	37	Resid. p. pleurit.							+	+		
63	K. Jan	20	Polyarthrit. rheumat.										
64	J. Józef	20	Indur. apic.										
				27	20	7	15	20	6	13	44	23	20
				42%	31%	10%	23%	31%	9%	20%	69%	35%	76%

70 do 75 kg wagi, zaś atropiny 1 mg, u kobiet 0.75 mg, adrenaliny zaś średnio 1 mg i uważaliśmy za odczyn dodatni — taki, który był odczynem ogólnym, tak np. przy pilokarpinie zwracaliśmy uwagę na ślinienie, pocenie się ciała i wpływ na tętno. Ilość śliny mierzyliśmy i ilość większą od 75 cm^3 uważaliśmy za odczyn dodatni, jak również za odczyn dodatni uważaliśmy pocenie się wybitne i występujące na całem ciele. Przy atropinie uważaliśmy za odczyn dodatni, jeżeli nastąpiło przyśpieszenie tętna przynajmniej o 30 uderzeń na minutę i suchość w ustach, jak również pewne uczucie zdenerwowania. Przy adrenalinie uważaliśmy odczyn za silny, jeżeli obok wyraźnego drżenia kończyn występowało przyśpieszenie tętna o 30 uderzeń na minutę, jak również podwyższenie ciśnienia o 30 mg rtęci. Przy omawianiu tych odczynów należy zauważyć, że mogą one zależeć nie tylko od stanu nerwów obwodowych, ale także od gruczołów dokrewnych i od stanu mięśnia sercowego, tak np. wpływ wydzieliny tarczycy jest stwierdzony na nerw błędny, podniesienie zaś ciśnienia lub przyśpieszenia tętna będzie zależeć od stanu mięśnia sercowego. U wszystkich chorych przeprowadziliśmy dokładne badanie krwi. Zwracaliśmy uwagę na zachowanie się obrazu morfologicznego po wstrzyknięciu adrenaliny, pilokarpiny, a nawet atropiny, a to z tego powodu, że zauważono występowanie limfocytozy, jak również zwiększenie się ilości ciałek białych krwi, po wstrzykiwaniach adrenaliny. Dalej zwracaliśmy uwagę na zachowanie się objawu gałkowego i objawu E r b e n a; pierwszy objaw występuje przy ucisku gałek ocznych i odruchowem działaniu przez nerw trójdzielny na nerw błędny; drugi objaw powstaje pod wpływem zmiany ułożenia tułowia. Adrenalina może te objawy zwiększać lub ułatwić ich występowanie. W ten sposób badaliśmy cały szereg chorych w ciągu kilku lat i obserwacje nasze dotyczą przeszło stu chorych. Podajemy jednak wyniki tylko 64 przypadków, które były dokładnie pod każdym względem zbadane. Badaliśmy przedewszystkiem ludzi zdrowych i bez zaburzeń w układzie nerwowym, dalej chorych w zakresie przewodu pokarmowego, gdyż ta sprawa szczególnie interesuje klinicystów. W końcu badano chorych gruźliczych. Wiek naszych chorych wynosi od 14 do 50 lat, w późniejszym wieku już nie przeprowadzaliśmy badań dlatego, że i wrzód żołądka jest w wieku starszym rzadszy, a największa wrażliwość na trucizny jest w wieku młodym.

Wpływ pilokarpiny na źrenicę ujawnił się w nieznacznej ilości przypadków; zwężenie bowiem źrenic spostrzegaliśmy u 10 chorych. Działania pilokarpiny na mięsień rzęskowy i na szerokość szpary powiekowej nie zauważono. Działanie na narząd krążenia nie jest u naszych chorych wybitne. Tak jak większość autorów — nie spostrzegliśmy wybitnego zwolnienia tętna, które powinno odpowiadać podrażnieniu nerwu błędnego przez pilokarpinę. Tylko u 2 chorych (L p. 40 i 2) nastąpiło nieznaczne zwolnienie tętna, 8 do 12 uderzeń na minutę, częściej natomiast można było zauważyć przyśpieszenie tętna. Przyśpieszenie to spostrzegano szczególniej w przypadkach silnego odczynu przy silnem poceniu się i ślinieniu się chorych; można więc przypuścić, że u bardzo wrażliwych neuropatów uczucie trwogi i podniecenie wywołuje przyśpieszenie tętna, które może unicestwić wpływ pilokarpiny na nerw błędny. Zmiany w ciśnieniu krwi były tak nieznaczne, że nie można właściwie ich podkreślać. Często przy silnem odczynie chorzy odczuwali kołatanie serca i znaczny niepokój, czasem równocześnie zwolnienie tętna (L. p. 40, chory ten oddziaływał bardzo silnie na wszystkie 3 trucizny).

Podobnie nieznaczny wpływ, jak na narząd krążenia, zauważyliśmy — na oddychanie. Tylko w nielicznych przypadkach zauważono zwolnienie oddechu (L. p. 1, 47), u innych zaś chorych również dość rzadko można było wykryć przyśpieszenie oddechu (L. p. 27, 52). W 11 przypadkach zauważono występowanie arytmji oddechowej. Objaw gałkowy wystąpił u 19 chorych, objaw E r b e n a zaś u 6 chorych nie można więc stwierdzić potęgowania się tych objawów pod wpływem pilokarpiny. Dermografja nie ulegała również zmianom jakościowym.

Najwybitniejszym był wpływ, ogólnie znany, na pocenie się i wydzielanie śliny, tylko u dwóch chorych (L. p. 2, 47) nie zauważono tych objawów. U 2 chorych (L. p. 16, 24) zauważyliśmy bardzo słabe pocenie się obok silnego slinienia. Zwykle objawy te występują w równym stopniu; jeszcze rzadsze jest występowanie samego pocenia się (L. p. 26).

Za silny odczyn uważaliśmy ilość śliny, wynoszącą 200 cm^3. Co do potów, to poty rozlewne, przy których bielizna chorego była przemoczona, uważaliśmy również za odczyn silny. Zwykle towarzyszyło zwiększonemu poceniu się zaczerwienienie skóry na twarzy i tułowiu, połączone z przyjemnem uczuciem ciepła.

W zakresie zaburzeń przewodu pokarmowego zauważyliśmy, szczególnie przy silnych odczynach, uczucie ciśnienia i palenia w żołądku, powstawanie odbijań, czkawki, nudności, wymiotów, a nawet bólów w okolicy żołądka. Roentgenologicznie stwierdzaliśmy kurcze żołądka, które wpływały nawet na postać hakowatą żołądka.

Również pod wpływem pilokarpiny można było stwierdzić zapomocą zgłębnika żołądkowego sokotok żołądkowy (L. p. 50, 25, 51). U jednego z chorych (L. p. 40) zauważyliśmy pod wpływem pilokarpiny biegunkę z parciem pod postacią stolców śluzowych. Wymioty występowały tylko u dwóch chorych (L. p. 8, 40).

Nie oddziaływało na pilokarpinę 44 osób, czyli 69%.

(C. d. n.).

Doc. Dr. K. Bocheński. Lwów.

O postępowaniu leczniczem przy łożysku przodującem ze szczególnem uwzględnieniem cięcia cesarskiego.

(Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. J. K.)

Oprócz pęknięcia macicy i drgawek porodowych stanowi łożysko przodujące jedno z najpoważniejszych powikłań ciąży względnie porodu, przy którem nie tylko płód, ale i matka narażeni są na niebezpieczeństwo życia. Niebezpieczeństwo dla matki stanowi przedewszystkiem krwotok, a następnie możność zakażenia.

Krwotok powstaje wskutek przedwczesnego odklejania się łożyska, usadowionego w dolnym odcinku macicy. Odklejanie to ma miejsce już w ostatnich miesiącach ciąży, najpóźniej zaś z chwilą rozpoczęcia się porodu, a powstaje ono wskutek tego, że wobec skurczów macicy dolny jej odcinek ulega rozciągnięciu, co powoduje przesunięcie się tej części macicy na łożysku, unieruchomionem na dolnym odcinku jaja płodowego. Rozluźnia się wskutek tego związek pomiędzy łożyskiem a ścianą macicy, a z otwartych zatok żylnych przestrzeni międzykosmkowych spływa krew pomiędzy częścią odklejonego łożyska a ścianą macicy ku dołowi i na zewnątrz. Ponieważ wytwarzanie się dolnego odcinka macicy jest objawem stałym, zrozumiałą jest rzeczą, że w każdym przypadku przodującego łożyska musi występować krwawienie i że krwawienie to wobec tych okoliczności nie może samoistnie i stale ustać, lecz przeciwnie będzie ono tem silniejsze, im więcej dolny odcinek macicy będzie ulegał rozciąganiu. Im silniejsze więc będą skurcze macicy, tem więcej dolny odcinek macicy będzie się rozciągał i przesuwał w kierunku dna macicy, tem na większej przestrzeni rozluźniać się będzie związek tego odcinka macicy z łożyskiem, a temsamem i krwotok będzie tem silniejszy.

Z przytoczonych okoliczności wynika jedna bardzo ważna wskazówka, a mianowicie, że wobec niemożliwości samoistnego trwałego ustania krwotoku w każdym przypadku krwotoku z łożyska przodującego p o s t ę p o w a n i e n a s z e w i n n o b y ć c z y n n e, a n i e w y c z e k u j ą c e. Bardzo słusznie podnoszą niektórzy, że przeważna część przypadków łożyska przodującego kończy się niepomyślnie nie dlatego, że zastosowano przy nich nieodpowiedni sposób postępowania, lecz że sposób ten zastosowano zapóźno.

Nie wolno się również łudzić ilością utraconej krwi i korzystnie oceniać przypadek, w którym rzekomo krwawienie było nieznaczne, zwłaszcza jeśli od samego początku nie mie-

liśmy sposobności kontrolowania krwotoku i polegamy na danych, podanych nam przez samą chorą lub jej otoczenie. Krwawienia kilkakrotnie się powtarzające mogą organizm tak osłabić, że wreszcie nawet nieznaczny krwotok może być śmiertelny. Jest rzeczą charakterystyczną, że kobiety nawet znaczniejsze, lecz jednorazowe utraty krwi, w czasie porodu lub po porodzie, znoszą stosunkowo dobrze i wnet po nich przychodzą do siebie, a przeciwnie przy łożysku przodującem nawet nieznaczne, lecz powtarzające się krwotoki, działają jakby kumulatywnie na organizm kobiety i stosunkowo w krótkim czasie powodują bardzo znaczną niedokrewność. Okoliczność ta nakłada na nas obowiązek sumiennego kontrolowania każdego krwawienia, a ponieważ najłatwiej i najpewniej rzecz taką przeprowadzić w zakładzie, dlatego **każdy przypadek łożyska przodującego winien być zasadniczo leczony w zakładzie.** To też i postępowanie wyczekujące tylko wówczas jest dopuszczalne i usprawiedliwione, jeśli osoba krwawiąca bezpośrednio po pierwszem krwawieniu zazaz zostaje umieszczoną w odpowiednim zakładzie pod ścisłą opieką fachową.

Oprócz krwotoku, mającego swe źródło w odklejaniu się łożyska, grozi matce w czasie porodu niebezpieczeństwo krwotoku z pęknięcia szyji macicy nawet przy porodzie odbywającym się siłami przyrody. Wskutek blizkości łożyska cały dolny odcinek macicy jest znacznie rozpulchniony i bardzo znacznie przekrwiony. Dlatego nieraz nawet nieznaczne naddarcia szyji krwawią znacznie silniej, jak zwykle, a przy większych naddarciach, sięgających aż do miejsca przyczepu łożyska, powstać może krwotok bardzo gwałtowny i trudny do opanowania. To też każda chęć przyśpieszenia porodu czy to zapomocą kleszczy, czy też przy ręcznem wydobywania płodu, zwiększa niepomiernie możność powstania głębokich naddarć szyji, a temsamem naraża matkę na niebezpieczeństwo skrwawienia się. Rzecz naturalna, że okoliczność ta stwarza niejako kolizję pomiędzy życiem matki a dziecka. Kolizja ta atoli dla położnika nie powinna i nie może istnieć, bo, jeśli gdzie, to tutaj właśnie obowiązuje z całym rygorem zasada, że dla ratowania względnie oszczędzenia matki musi się poświęcić dziecko. Zapewne, że dla lekarza sytuacja taka, gdzie mógłby, przez szybkie ukończenie porodu, urodzić płód dobrze rozwinięty i żywy, gdzie tymczasem interes matki nie pozwala mu dla ratowania tego dziecka nic uczynić, jest tragiczna ze stanowiska ludzkiego, ale niestety konieczna i nieunikniona. Przy płodach niedonoszonych odpadają i te skrupuły, bo dzieci takie i tak nie rokują, aby przy życiu mogły się utrzymać.

Nie mniejsze niebezpieczeństwo krwotoku istnieje nawet w okresie poporodowym. Często bowiem łożysko przodujące oddziela się niezupełnie, konieczność ręcznego jego wydobycia bywa częstsza, nieraz części jego pozostają; wszystko to okoliczności, które krwotok mogą zwiększać i zwykle zwiększają. A i po porodzie grozi niebezpieczeństwo krwotoku atonicznego, gdyż część macicy, w której łożysko było usadowione, nie kurczy się, przez co i naczynia nie zostają zaciśnięte, jak to ma miejsce przy prawidłowem usadowieniu łożyska w ciele macicy, którego mięsień wskutek stałego skurczu zacieśnia naczynia i zapobiega krwotokowi.

Że możność zakażenia matki przy łożysku przodującem jest większa, aniżeli przy porodzie normalnym, składa się na to cały szereg okoliczności. Łożysko przodujące sąsiaduje z tą częścią kanału rodnego (szyja-pochwa), która i w normalnych warunkach nie jest zupełnie jałowa. Drobnoustroje chorobotwórcze z łatwością mogą z tej części kanału rodnego przedostać się w razie wystąpienia krwawienia do zatok żylnych otwartych przestworów międzykosmkowych. Tworzące się przy krwawieniu skrzepy ułatwiają niepomiernie ich rozwój, tak że objawy zakażenia nieraz powstać mogą, zanim czynność porodowa na dobre się rozwinie. Osłabiony utratą krwi organizm, wskutek zmniejszonej odporności, staje się tem podatniejszy dla zakażenia, a konieczność wykonywania pewnych zabiegów niebezpieczeństwo to jeszcze bardziej zwiększa.

Z powyższego przedstawienia rzeczy wynika, że postępowanie lecznicze przy łożysku przodującem ma za zadanie opanowanie krwotoku i zapobieżenie zakażeniu. Tem lepszy będzie sposób, który zastosujemy, im pewniej zadaniu temu odpowie.

Zastanówmy się, czy stosowane powszechnie przy łożysku przodującem sposoby i zabiegi lecznicze zadaniu temu odpowiadają w zupełności.

Należą do tych zabiegów, jak wiadomo, następujące:

1) **Przebicie pęcherza płodowego.** Sposób ten w odpowiednich przypadkach jest bardzo dobry. Po przebiciu bowiem pęcherza ustaje ustalenie łożyska w dolnym odcinku jaja płodowego, błony płodowe przesuwają się ku górze a wraz z niemi i łożysko, które pomimo rozszerzania się dolnego odcinka macicy może do ścian jego przylegać. Zastosować można ten sposób atoli tylko wówczas, jeśli istnieją pewne warunki, a mianowicie skurcze macicy muszą być energiczne, aby pod ich działaniem część poprzedzająca mogła wstąpić niżej i wywierać stały ucisk na ścianę macicy. Najkorzystniej układają się zatem stosunki, jeśli przoduje wówczas główka, bo jako część twarda wywiera dostateczny ucisk na ścianę macicy. Jeśli atoli przoduje znaczniejsza część łożyska, jeśli bóle są słabe i jeśli wreszcie wskutek niekorzystnego położenia płodu część poprzedzająca nie może wstąpić niżej i wywreć pożądanego ucisku, sposób ten może nas zawieść i pomimo przebicia pęcherza może krwotok utrzymywać się dalej. To też sposób ten zastosować możemy jedynie w przypadkach, gdzie mamy brzeżne przodowanie łożyska lub też boczne, i to nieznacznych rozmiarów, pod warunkiem, że czynność porodowa jest energiczna a położenie płodu czaszkowe.

Co do techniki przebicia pęcherza płodowego przy łożysku przodującem, ważną jest rzeczą, aby go nie przebijać, uciskając nań palcem. W ten sposób bowiem palec uciskający na dolny odcinek jaja płodowego przesuwa go ku górze a wraz z nim i łożysko, powodując jego odklejenie a temsamem i zwiększenie krwawienia. By temu zapobiedz, najkorzystniej jest uchwycić pęcherz szczypczykami i przedrzeć go, pociągając ku dołowi. Jest to więc sposób bardzo dobry pod wspomnianymi warunkami, posiadający i tę zaletę, że jest prosty i, co ważniejsza, nieprzedstawiający wielkiego niebezpieczeństwa co do możliwości zakażenia.

2) Gorszym sposobem jest **tamponowanie** pochwy a to dlatego, że pomimo tamponady często krwawienie nie ustaje. Po wytamponowaniu pochwy powstaje ucisk jednostronny od strony pochwy w stronę miejsca łożyskowego, podczas gdy ucisk w przeciwnym kierunku tylko wówczas może powstać, jeśli silne bóle porodowe część poprzedzającą ku dołowi będą spychać. Zazwyczaj atoli tak niebywa, bo i bóle porodowe przy łożysku przodującem najczęściej są słabe i część poprzedzająca zwykle wysoko ustawiona. Ponadto, jeśli tamponujemy przy rozwartem nieco ujściu, może tampon wypełnić szyję macicy, wywierać ucisk na łożysko, przezco ono jeszcze więcej będzie się odklejać od ściany macicy a temsamem i krwotok stać się może coraz gwałtowniejszy. Wreszcie zarzucają niektórzy tamponadzie i tę wadę, że ułatwić ona moża zakażenie a to w ten sposób, że drobnoustroje z pochwy wprost za pośrednictwem tamponu przenosimy do miejsca łożyskowego, skąd przez otwarte światła żył przedostają się wprost do organizmu matki. Przy energicznej tamponadzie ryzykujemy więc dalsze odklejanie się łożyska, silniejsze krwawienie i ewentualnie zakażenie, przy lekkiem zaś wytamponowaniu pochwy działanie tamponu jest iluzoryczne.

Tamponada nie odpowiada więc celowi i zastosowanie jej jest bardzo ograniczone. Najczęściej jeszcze posługiwać się nią musi z konieczności praktyk, który na czas transportu chorej do zakładu tamponuje pochwę.

3) **Obrót skombinowany Braxtona-Hicksa** na nóżkę przy położeniach główkowych lub poprzecznych płodu, względnie sprowadzenie nóżki przy położeniu pośladkowem. Jest to jeden z najpewniejszych sposobów, a tem samem i najlepszy dla lekarza praktyka, nic też dziwnego, że w praktyce prywatnej cieszy się od dawna ogólnem uznaniem. Po dokonanym obrocie ustaje krwawienie głównie dlatego, że pośladki wstępują do miednicy małej i wywierają ucisk na łożysko w kierunku ściany macicy. O ile więc ucisk ten działa korzystnie na ustanie krwawienia, o tyle z drugiej strony upośledza on krążenie w uciśnionej części łożyska i to często

liśmy sposobności kontrolowania krwotoku i polegamy na danych, podanych nam przez samą chorą lub jej otoczenie. Krwawienia kilkakrotnie się powtarzające mogą organizm tak osłabić, że wreszcie nawet nieznaczny krwotok może być śmiertelny. Jest rzeczą charakterystyczną, że kobiety nawet znaczniejsze, lecz jednorazowe utraty krwi, w czasie porodu lub po porodzie, znoszą stosunkowo dobrze i wnet po nich przychodzą do siebie, a przeciwnie przy łożysku przodującem nawet nieznaczne, lecz powtarzające się krwotoki, działają jakby kumulatywnie na organizm kobiety i stosunkowo w krótkim czasie powodują bardzo znaczną niedokrewność. Okoliczność ta nakłada na nas obowiązek sumiennego kontrolowania każdego krwawienia, a ponieważ najłatwiej i najpewniej rzecz taką przeprowadzić w zakładzie, dlatego **każdy przypadek łożyska przodującego winien być zasadniczo leczony w zakładzie.** To też i postępowanie wyczekujące tylko wówczas jest dopuszczalne i usprawiedliwione, jeśli osoba krwawiąca bezpośrednio po pierwszem krwawieniu zazaz zostaje umieszczoną w odpowiednim zakładzie pod ścisłą opieką fachową.

Oprócz krwotoku, mającego swe źródło w odklejaniu się łożyska, grozi matce w czasie porodu niebezpieczeństwo krwotoku z pęknięcia szyji macicy nawet przy porodzie odbywającym się siłami przyrody. Wskutek bliskości łożyska cały dolny odcinek macicy jest znacznie rozpulchniony i bardzo znacznie przekrwiony. Dlatego nieraz nawet nieznaczne naddarcia szyji krwawią znacznie silniej, jak zwykle, a przy większych naddarciach, sięgających aż do miejsca przyczepu łożyska, powstać może krwotok bardzo gwałtowny i trudny do opanowania. To też każda chęć przyśpieszenia porodu czy to zapomocą kleszczy, czy też przy ręcznem wydobywania płodu, zwiększa niepomiernie możność powstania głębokich naddarć szyji, a temsamem naraża matkę na niebezpieczeństwo skrwawienia się. Rzecz naturalna, że okoliczność ta stwarza niejako kolizję pomiędzy życiem matki a dziecka. Kolizja ta atoli dla położnika nie powinna i nie może istnieć, bo, jeśli gdzie, to tutaj właśnie obowiązuje z całym rygorem zasada, że dla ratowania względnie oszczędzenia matki musi się poświęcić dziecko. Zapewne, że dla lekarza sytuacja taka, gdzie mógłby przez szybkie ukończenie porodu, urodzić płód dobrze rozwinięty i żywy, gdzie tymczasem interes matki nie pozwala mu dla ratowania tego dziecka nic uczynić, jest tragiczna ze stanowiska ludzkiego, ale niestety konieczna i nieunikniona. Przy płodach niedonoszonych odpadają i te skrupuły, bo dzieci takie i tak nie rokują, aby przy życiu mogły się utrzymać.

Nie mniejsze niebezpieczeństwo krwotoku istnieje nawet w okresie poporodowym. Często bowiem łożysko przodujące oddziela się niezupełnie, konieczność ręcznego jego wydobycia bywa częstsza, nieraz części jego pozostają; wszystko to okoliczności, które krwotok mogą zwiększać i zwykle zwiększają. A i po porodzie grozi niebezpieczeństwo krwotoku atonicznego, gdyż część macicy, w której łożysko było usadowione, nie kurczy się, przez co i naczynia nie zostają zaciśnięte, jak to ma miejsce przy prawidłowem usadowieniu łożyska w ciele macicy, którego mięsień wskutek stałego skurczu zacieśnia naczynia i zapobiega krwotokowi.

Że możność zakażenia matki przy łożysku przodującem jest większa, aniżeli przy porodzie normalnym, składa się na to cały szereg okoliczności. Łożysko przodujące sąsiaduje z tą częścią kanału rodnego (szyja-pochwa), która i w normalnych warunkach nie jest zupełnie jałowa. Drobnoustroje chorobotwórcze z łatwością mogą z tej części kanału rodnego przedostać się w razie wystąpienia krwawienia do zatok żylnych otwartych przestworów międzykosmkowych. Tworzące się przy krwawieniu skrzepy ułatwiają niepomiernie ich rozwój, tak że objawy zakażenia nieraz powstać mogą, zanim czynność porodowa na dobre się rozwinie. Osłabiony utratą krwi organizm, wskutek zmniejszonej odporności, staje się tem podatniejszy dla zakażenia, a konieczność wykonywania pewnych zabiegów niebezpieczeństwo to jeszcze bardziej zwiększa.

Z powyższego przedstawienia rzeczy wynika, że postępowanie lecznicze przy łożysku przodującem ma za zadanie opanowanie krwotoku i zapobieżenie zakażeniu. Tem lepszy będzie sposób, który zastosujemy, im pewniej zadaniu temu odpowie.

Zastanówmy się, czy stosowane powszechnie przy łożysku przodującem sposoby i zabiegi lecznicze zadaniu temu odpowiadają w zupełności.

Należą do tych zabiegów, jak wiadomo, następujące:

1) **Przebicie pęcherza płodowego.** Sposób ten w odpowiednich przypadkach jest bardzo dobry. Po przebiciu bowiem pęcherza ustaje ustalenie łożyska w dolnym odcinku jaja płodowego, błony płodowe przesuwają się ku górze a wraz z niemi i łożysko, które pomimo rozszerzania się dolnego odcinka macicy może do ścian jego przylegać. Zastosować można ten sposób atoli tylko wówczas, jeśli istnieją pewne warunki, a mianowicie skurcze macicy muszą być energiczne, aby pod ich działaniem część poprzedzająca mogła wstąpić niżej i wywierać stały ucisk na ścianę macicy. Najkorzystniej układają się zatem stosunki, jeśli przoduje wówczas główka, bo jako część twarda wywiera dostateczny ucisk na ścianę macicy. Jeśli atoli przoduje znaczniejsza część łożyska, jeśli bóle są słabe i jeśli wreszcie wskutek niekorzystnego położenia płodu część poprzedzająca nie może wstąpić niżej i wywrzeć pożądanego ucisku, sposób ten może nas zawieść i pomimo przebicia pęcherza może krwotok utrzymywać się dalej. To też sposób ten zastosować możemy jedynie w przypadkach, gdzie mamy brzeżne przodowanie łożyska lub też boczne, i to nieznacznych rozmiarów, pod warunkiem, że czynność porodowa jest energiczna a położenie płodu czaszkowe.

Co do techniki przebicia pęcherza płodowego przy łożysku przodującem, ważną jest rzeczą, aby go nie przebijać, uciskając nań palcem. W ten sposób bowiem palec uciskający na dolny odcinek jaja płodowego przesuwa go ku górze a wraz z nim i łożysko, powodując jego odklejenie a temsamem i zwiększenie krwawienia. By temu zapobiedz, najkorzystniej jest uchwycić pęcherz szczypczykami i przedrzeć go, pociągając ku dołowi. Jest to więc sposób bardzo dobry pod wspomnianymi warunkami, posiadający i tę zaletę, że jest prosty i, co ważniejsza, nieprzedstawiający wielkiego niebezpieczeństwa co do możliwości zakażenia.

2) Gorszym sposobem jest **tamponowanie** pochwy a to dlatego, że pomimo tamponady często krwawienie nie ustaje. Po wytamponowaniu pochwy powstaje ucisk jednostronny od strony pochwy w stronę miejsca łożyskowego, podczas gdy ucisk w przeciwnym kierunku tylko wówczas może powstać, jeśli silne bóle porodowe część poprzedzającą ku dołowi będą spychać. Zazwyczaj atoli tak niebywa, bo i bóle porodowe przy łożysku przodującem najczęściej są słabe i część poprzedzająca zwykle wysoko ustawiona. Ponadto, jeśli tamponujemy przy rozwartem nieco ujściu, może tampon wypełnić szyję macicy, wywierać ucisk na łożysko, przezco ono jeszcze więcej będzie się odklejać od ściany macicy a temsamem i krwotok stać się może coraz gwałtowniejszy. Wreszcie zarzucają niektórzy tamponadzie i tę wadę, że ułatwić ona moża zakażenie a to w ten sposób, że drobnoustroje z pochwy wprost za pośrednictwem tamponu przenosimy do miejsca łożyskowego, skąd przez otwarte światła żył przedostają się wprost do organizmu matki. Przy energicznej tamponadzie ryzykujemy więc dalsze odklejanie się łożyska, silniejsze krwawienie i ewentualnie zakażenie, przy lekkiem zaś wytamponowaniu pochwy działanie tamponu jest iluzoryczne.

Tamponada nie odpowiada więc celowi i zastosowanie jej jest bardzo ograniczone. Najczęściej jeszcze posługiwać się nią musi z konieczności praktyk, który na czas transportu chorej do zakładu tamponuje pochwę.

3) **Obrót skombinowany Braxtona-Hicksa** na nóżkę przy położeniach główkowych lub poprzecznych płodu, względnie sprowadzenie nóżki przy położeniu pośladkowem. Jest to jeden z najpewniejszych sposobów, a tem samem i najlepszy dla lekarza praktyka, nic też dziwnego, że w praktyce prywatnej cieszy się od dawna ogólnem uznaniem. Po dokonanym obrocie ustaje krwawienie głównie dlatego, że pośladki wstępują do miednicy małej i wywierają ucisk na łożysko w kierunku ściany macicy. O ile więc ucisk ten działa korzystnie na ustanie krwawienia, o tyle z drugiej strony upośledza on krążenie w uciśnionej części łożyska i to często

strzeganiu warunków do cięcia cesarskiego, mało jest przypadków łożyska przodującego, któreby się nadawały do tego zabiegu. Jako warunek stawia np. Nowak wyraźne żądanie rodzącej, że chce mieć koniecznie dziecko żywe. Przeważna część autorów atoli uznaje cięcie cesarskie za zabieg odpowiedni przy łożysku przzodującem i podziela w tym względzie zapatrywania Kröniga. Należą do nich Menge, Panków, Charles, Creen, M. Pherson, Scipiades, Parker-Davis, Koblank, Essen-Moeller. Inni jak Enea, Zweifel, Lefebre, Gusaków, Kupferberg nie oświadczają się jako bezwzględni zwolennicy tego zabiegu, lecz go nie odrzucają.

Küstner zasadniczo jest zwolennikiem Hystereurzy przy łożysku przodującem. Co do cięcia cesarskiego, to uważałby je za wskazane jedynie w przypadku zupełnie czystym, a więc ani nie badanym ani nie tamponowanym, i to w razie silniejszego krwotoku w samym początku porodu. W takim razie przenosi cięcie cesarskie klasyczne w ciele macicy nad cięcie pozaotrzewnowe w dolnym odcinku, nie tylko z powodu obawy większego krwotoku, ale i ewentualnych trudności przy oddzieleniu fałdu otrzewny. Zastrzeżenia jego atoli nie pozwoliły mu dotąd na zastosowanie tego zabiegu. Rozumuje bowiem w ten spoaób, że, jeśli wykonujemy cięcie cesarskie klasyczne z powodu ścieśnienia miednicy i osłabiamy macicę przez stworzenie w jej ciele blizny, to niema to dla tej osoby poważniejszego znaczenia, gdyż ścieśniona miednica przy następnej ciąży daje również wskazanie do cięcia cesarskiego. W ten sposób osłabiona przez bliznę macica nie przedstawia dla osoby ciężarnej żadnego niebezpieczeństwa, bo znów osobę tą rozwiążemy przy pomocy cięcia cesarskiego. Inaczej rzecz się ma po cięciu cesarskiem z powodu łożyska przodującego. Na wypadek ponownego zastąpienia osoba ta rodzić będzie sama, bo z wszelkiem prawdopodobieństwem nie będzie znów wskazania do cięcia cesarskiego. W takim razie osoba ta narażona jest na niebezpieczeństwo ewentualnego pęknięcia macicy w bliźnie. Przy cięciu cesarskiem w dolnym odcinku macicy niebezpieczeństwo to odpada i pod tym względem przyznaje Küstner słuszność zapatrywaniu Sellheima.

Stoeckel jest zwolennikiem cięcia cesarskiego śródotrzewnowego w dolnym odcinku macicy i operował dotąd zawsze z dobrym wynikiem. Utrata krwi przy tym zabiegu, zdaniem jego, jest daleko mniejsza, aniżeli przy innych sposobach leczniczych. Jako wielką zaletę cięcia cesarskiego przy łożysku przodującem podnosi Stoeckel okoliczność, że przy niem wykluczone jest wszelkie manipulowanie od strony pochwy, przezco unika się możliwości przeniesienia drobnoustrojów z pochwy w miejsce przyczepu łożyska. Naturalną jest rzeczą, że zabieg ten jedynie gwarantuje zmniejszenie śmiertelności płodów i to do najdalszej granicy możliwości.

Śmiertelność ta do zera nie spadnie nigdy, ponieważ pewien odsetek słabo rozwiniętych i niedonoszonych, choć żywo urodzonych, płodów po pewnym czasie obumiera, ale donoszone i dobrze rozwinięte płody najpewniej cięciem cesarskiem mogą być uratowane.

Sprawa cięcia cesarskiego przy łożysku przodującem nie jest ostatecznie załatwiona i nadaje się w całej pełni do dyskusji. Przedewszystkiem nie jest jeszcze ustalone, jakie przypadki do tego zabiegu się nadają i jakich kryterjów trzymać się należy przy ocenianiu wskazań do tego zabiegu. Z jednej strony możemy powiedzieć, że przypadki brzcżnego przodowania łożyska nie nadają się wcale do tego zabiegu. Z drugiej strony są przypadki, w których zabieg ten jest po prostu nieunikniony i jedyny. Byłyby to przypadki łożyska przodującego szyjnego (*Placenta praevia cervicalis dissecans*). Między niemi atoli są przypadki łożyska przodującego środkowego i bocznego. Pierwsze z nich, jak uczy doświadczenie, są bardzo niebezpieczne, mniej groźne są drugie. Ale również wiemy z doświadczenia, że przypadki bocznego przodowania łożyska kończą się nieraz śmiercią, podczas gdy rozpaczliwe przypadki środkowego przodowania łożyska udaje nam się nieraz uratować. Stosunki anatomiczne nie dają nam więc żadnych pewnych wskazówek. Ważną wskazówką może być ilość utraconej krwi czyli stopień niedokrewności danej osoby. Im rodząca jest więcej skrwawiona, tem więcej dbać winniśmy o to, aby ją rozwiązać przy jak najmniejszej utracie krwi, cięcie cesarskie nadaje się więc po temu najlepiej. Naturalnie, że przypadki zupełnie skrwawione należy inaczej oceniać. Zrozumiałą jest rzeczą, że przypadki zakażone i gorączkujące nie nadają się do tego zabiegu a nawet przypadki tamponowane już muszą być jako podejrzane uważane. Pewną jest rzeczą, że, jeśli się już decydujemy na ten zabieg, to winniśmy go wykonać jak najwcześniej, a więc w samym początku porodu, bo tylko wówczas spełni on swe zadanie, polegające na powstrzymaniu rozszerzania się dolnego odcinka a temsamem i krwotoku.

Bezsprzecznie mimo wielu kwestyj niewyjaśnionych i spornych możemy powiedzieć, że cięcie cesarskie w leczeniu łożyska przodującego stanowi poważną zdobycz, która niewątpliwie w przyszłości przyczyni się do uzyskania lepszych wyników tego bądźcobądź bardzo groźnego powikłania ciąży.

Na koniec podaję opis przypadku całkowitego przodowania łożyska, który przed niedawnym czasem miałem sposobność rozwiązać przy pomocy cięcia cesarskiego szyjnego transperitonealnego.

D. W. lat 33, przyjęta na klinikę 8/XII. 1921.

W wywiadach podaje, że rodziła 2 razy prawidłowo siłami przyrody, ostatnią regularność miała z końcem marca, tak że rozwiązania spodziewała się w pierwszej połowie stycznia 1922. Od szeregu lat pozostaje w leczeniu z powodu cierpienia serca, a z początkiem obecnej ciąży wystąpiły silne objawy niedomogi mięśnia sercowego, tak że lekarze domowi doradzali jej przerwanie ciąży, na co się atoli nie zgodziła.

W dniu, w którym przyjęta została do kliniki, zupełnie niespodzianie i bez żadnej wyraźnej przyczyny wystąpiło obfite krwawienie z części rodnych. Wezwany lekarz domowy, nie badając chorej, zarządził natychmiastowe przewiezienie jej do kliniki.

Badanie w chwili przyjęcia wykazało stan następujący: Ciepłota prawidłowa, tętno przyśpieszone nieregularne, przepuszczające co 3–4 uderzenie. Serce w wymiarze poprzecznym znacznie rozszerzone. Nad końcem serca jakoteż nad tętnicami szmery bardzo wyraźne skurczowe i rozkurczowe. Obrzęk kończyn dolnych. Macica ciężarna sięga dnem 4 palce poniżej wyrostka mieczykowatego, płód żywy, główka jego zbacza na talerz biodrowy prawy. Wymiary miednicy prawidłowe.

Przy badaniu wewnętrznem znaleziono szyję przepuszczającą z trudnością jeden palec, drożną aż do ujścia wewnętrznego, w obrębie którego wyczuć można wszędzie utkanie łożyskowe. Przy ucisku na sklepienia wszystkie miało się uczucie, że powyżej ich jest opór rozlany podatny. Krwawienie przy badaniu nieznaczne.

Rozpoznano ciążę 9-cio miesięczną, położenie płodu żywego skośne i łożysko przodujące całkowicie u osoby z ciężką wadą serca. Niedomykalność zastawki dwudzielnej i zwężenie ujścia żylnego lewego w okresie niewyrównania.

Zastosowano bezwzględny spokój, czopki z makowca i odpowiednie środki nasercowe. Przez następne 3 dni nie było żadnego krwawienia. Dopiero dnia 12/XII. wieczorem pokazały się jednorazowo ślady krwi, a dnia 13/XII. rano wystąpiło silne krwawienie z części rodnych przy równoczesnych słabych i rzadkich skurczach macicy.

Postanowiłem wobec tego nie czekać dłużej i przystąpić do zabiegu. Na wyraźne żądanie chorej, że za wszelką cenę życzy sobie mieć dziecko żywe, zdecydowałem się na wykonanie cięcia cesarskiego, i to w dolnym odcinku macicy. Oprócz życzenia chorej kierowała mną i ta myśl, aby w czasie porodu nie dopuścić do znaczniejszego upływu krwi, co ze względu na stan serca chorej mogło mieć fatalne następstwa.

W sposób zupełnie typowy wykonałem cięcie cesarskie szyjne śródotrzewnowe (*Sectio caesarea cervicalis transperitonealis*). Wydobycie płodu odbyło się bez żadnych trudności, poczem ręcznie wydobyłem łożysko, które w całości usadowione było w dolnym odcinku macicy, tak że środek jego znajdował się niemal nad samem ujściem wewnętrznem. Wydobycie łożyska o tyle było utrudnione, że znaczna jego część, zwłaszcza po stronie lewej i od tyłu tuż naokoło ujścia wewnętrznego, była silnie przyczepiona. Po wytamponowaniu macicy gazą kserotormową zaszyłem ranę dolnego odcinka trójwarstwowo, a wreszcie w typowy sposób powłoki brzuszne. Krwawienie było minimalne, tak że ilość utraconej przez chorą krwi w czasie całego zabiegu ocenić można co najwyżej na 100 gr.

Dodać winienem, że operację wykonałem w celu uniknięcia uśpienia inhalacyjnego ze względu na stan serca matki w znieczuleniu epiduralno-lumbalnem sposobem Rodzińskiego nowocainą, której wstrzyknięto z 1%-owego roztworu do rozworu kości krzyżowej (*hiatus sacralis*) 30 cm^3 a do kanału rdzeniowego, w wysokości pomiędzy 2-gim a 3-cim kręgiem lędźwiowym, 4 cm^3. Znieczulenie było zupełne.

Płód wydobyty ważył 2800 gr, zupełnie dobrze zbudowany rozwija się dobrze. Obecnie (4/I. 1922) waży 3209 gr. Łożysko du-

że o rozmiarach 21×28 cm, kształtu nieregularnego, grubości 1½—2 cm. W samym jego środku wyraźnie zaznacza się część, która uległa odklejeniu, co dowodzi niezbicie, że ta część umiejscowiona była bezpośrednio tuż nad okolicą ujścia wewnętrznego.

Przebieg pooperacyjny o tyle był zamącony, że drugiego dnia wystąpiły znów silne objawy niedomogi serca, które przy odpowiedniem leczeniu po kilku dniach ustąpiły. Rana pooperacyjna zgojona przez rychłozrost.

Nie chcę i nie mogę na podstawie tego jednego przypadku wysnuwać daleko idących wniosków co do wartości cięcia cesarskiego przy łożysku przodującem. Mam to głębokie przekonanie, że u naszej chorej zabieg ten był jedyny, który jej gwarantował najlżejsze rozwiązanie i że przy zastosowaniu innego zabiegu los jej mógł być zupełnie inny. To też zamiar rozwiązania jej w ten a nie w inny sposób powziąłem w chwili, skoro tylko rozpoznałem całkowite przodowanie łożyska. Zapewne, że życzenie chorej, aby mieć koniecznie żywe dziecko, ułatwiło mi decyzję, ale nie było ono jedynym bodźcem mego postępowania.

W każdym razie przypadek nasz dowodzi, że w cięciu cesarskiem posiadamy dzielny środek leczniczy przy łożysku przodującem, który, zdaniem mojem, w odpowiednich przypadkach, winien znaleźć jak najszersze zastosowanie.

Dr. Henryk Sochański. Lwów.

O zatruciu rybami.

(Z opisem przypadku).

Z kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie (dyrektor: prof. dr. Rencki).

Wiadomą jest rzeczą, że zatrucia pokarmami występują zazwyczaj gromadnie. Objawy zatrucia u poszczególnych osobników mogą być rozmaite zależnie od przeróżnych okoliczności i tak nieraz odmienne, że jedynie przynależność chorego do grupy ludzi, którzy równocześnie spożyli jakąś potrawę i zaraz potem zaniemogli, pozwala na zorjentowanie się co do właściwej przyczyny schorzenia. Przedmiotem niniejszego artykułu jest opis zatrucia u osobnika, który wspólnie z kilku innymi spożył nieświeżą rybę. Wszyscy zachorowali, jeden zmarł niebawem, drugi leczył się w szpitalu powszechnym, trzeci, najlżej chory, pozostał w opiece domowej, a czwarty został przeniesiony do kliniki. Historja choroby tego ostatniego przedstawia się w skróceniu w sposób następujący:

Dnia 18 lipca 1920 przywieziono do kliniki mężczyznę lat 53 liczącego, który podał, że 10. VII zachorował nagle po spożyciu marynowanej ryby (z puszki). Choroba zaczęła się wymiotami, gwałtownem pragnieniem i sennością. Przypuszczając, że przyczyną wspomnianych objawów był błąd djetetyczny, zażył olej rącznikowy. Mimo dobrego wypróżnienia stan się nie poprawił. 18. VII. zauważył chory, że gorzej widzi. 17. VII. wystąpiło podwójne widzenie, chrypka, utrudnienie oddechania i połykania (pokarmy stałe) oraz zaburzenia w oddawaniu moczu. W nocy z 17. na 18 VII. gwałtowny napad duszności, 18 VII. przewieziono chorego do kliniki.

S t a n o b e c n y. Wzrost średni, budowa kośćca prawidłowa, odżywienie nieco podupadłe. S k ó r a s u c h a, prawidłowo zabarwiona. Ciepłota ciała 37·2° C. Gałki oczne prawidłowo ustawione, przy spoglądaniu w bok lekki oczopląs. Spojówki zaczerwienione. Źrenice okrągłe, równe, b a r d z o s z e r o k i e, n i e o d d z i a ł y w u j ą c e n a ś w i a t ł o, a bardzo słabo na akkomodację. Nos drożny. Nerwy V. i VII. nie okazują szczególniejszych zboczeń od stanu normalnego. Błona śluzowa jamy ust silnie czerwona. J ę z y k b a r d z o o b ł o ż o n y, s u c h y. Gardło zaczerwienione. Łuki podniebienne są prawidłowo ruchome. G ł o s o c h r y p ł y. Przy wdechu słyszalny zdala s z m e r c i e ś n i o w y. Klatka piersiowa prawidłowo zbudowana. Ruchomość jej i drżenie głosowe po stronie prawej wyraźniejsze. Wypuk nad płucami jawny, granice dolne z tyłu nieco obniżone, ruchome. Przysłuchem stwierdza się nad całą klatką piersiową wspomniany już powyżej szmer cieśniowy w czasie wdechu. Serce powiększone nieco wypukiem w rozmiarze podłużnym. Pierwszy ton nad końcem serca głuchy, drugi ton nad tętnicą płucną zaakcentowany, nad aortą i zastawką trójdzielną po dwa głuche tony. Tętno miarowe, dobrze napięte, 70 na minutę. Brzuch wzdęty, niebolesny, wątroba na palec obniżona, śledziona nie powiększona. Nad resztą brzucha wypuk jawny bębenkowy. Gruczoły pachwinowe niepowiększone. Kończyny dolne nieobrzękłe. Odruchy kolanowe prawidłowe. B a d a n i e l a r y n g o l o g i c z n e (Dr. L e h m) wykazuje stan odpowiadający obustronnemu porażeniu nerwu krtaniowego dolnego (*n. recurrens*).

B a d a n i e o k u l i s t y c z n e (Dr. M u s i a ł) stwierdza porażenie akkomodacyjną i obustronne zapalenie nerwu wzrokowego. Tarcza nerwu wzrokowego brudno-szara, o granicach zamazanych. Naczynia tętnicze wązkie, żyły grube, zwłaszcza w oku lewem, pokryte częściowo wysiękiem.

B a d a n i e k r w i dało wynik następujący: Ciałek czerwonych 4,200.000. Procent hemoglobiny 80. Ciałek białych 6.500, a wśród nich procentowo: 65 leukocytów wielojądrzastych o ziarnistości obojętnochłonnej, 1·5 leukocytów wielojądrzastych o ziarnistości kwasochłonnej, 26·5 limfocytów małych, 2·5 limfocytów dużych i 4·5 leukocytów jednojądrzastych zasadochłonnych.

Mocz przejrzysty, prawidłowo zabarwiony, kwaśny o ciężarze gatunkowym 1 020, bez białka i cukru.

Odczyn Wassermanna w surowicy krwi z wynikiem ujemnym

B a d a n i e n e u r o l o g i c z n e (Doc R o t h f e l d) wykonane 24. VII. przedstawia stan chorego w następujący sposób: Źrenice okrągłe, lewa nieco szersza, ze śladami oddziaływania na światło. Brak reakcji na akkomodację. Ruchy gałek ocznych prawidłowe. Konwergencja dobra. Bolesność gałęzi nerwu trójdzielnego. Czucie twarzy prawidłowe. Język suchy z wystającemi brodawkami. Prawy łuk podniebienny niższy. Języczek zbacza w prawo. Podczas fonacji oba łuki podniebienne prawidłowo się poruszają. Odruch gardłowy zachowany. Siła motoryczna kończyn górnych w stosunku do muskulatury słabsza. Bolesność pni nerwowych na ucisk. Odruchy zachowane. Brak ataksji i drżenia. Odruch brzuszny zachowany. Siła motoryczna kończyn dolnych znacznie zmniejszona. Wychodzenie na krzesło jedną nogą utrudnione. Chód bez zaburzeń. Odruchy kolanowe żywe Odruch ścięgna Achillesa zachowany. Pnie nerwowe kończyn dolnych na ucisk tkliwe. Mięśnie wiotkie. Odruch podeszwowy obustronnie zachowany Objaw Babińskiego ujemny. Przy próbie piętowo-kolanowej niepewność w chwili zbliżania się do celu. Czucie skórne i głębokie zachowane. Objaw Romberga ujemny.

W nocy z 26 na 27. VII. wystąpił silny atak duszności. Laryngolog stwierdza 27. VII. znaczne przekrwienie i obrzęk błony śluzowej krtani. Szpara głosowa 1—2 mm szeroka. Duszność tak gwałtowna, że musiano poczynić przygotowania do ewentualnej tracheotomji.

28. VII. duszność się zmniejsza, kaszel, chrypka, zaczerwienienie gardła, objawy nieżytu oskrzelowego. Przepisano wodnik terpinowy 3×dz. po 0·15 gr.

30 VII. stan podmiotowy i przedmiotowy lepszy. Źrenice oddziaływują dość dobrze na światło (poprawa od 2 dni widoczna). Nieżyt dróg oddechowych mniejszy.

9. VIII. Badanie okulistyczne stwierdza: Vpr. $^{6}/_{8}$, Vl $^{6}/_{12}$ (szkła nie poprawiają), tarcza nerwu wzrokowego nieco atroficzna.

13. VIII. znajduje laryngolog utrzymujące się jeszcze przekrwienie i obrzęk błony śluzowej krtani. Ruchy więzadeł głosowych prawidłowe.

16. VIII. stan pomyślny, chrypka ustąpiła.

17. VIII. nie stwierdza okulista szczególniejszej różnicy w porównaniu z badaniem poprzedniem. Chory opuszcza klinikę w stanie naogół dobrym.

Widzimy, że mieliśmy tu do czynienia z następstwami zatrucia spożytą rybą. Chory nie zauważył, że ryba jest nieświeża, gdyż nie miał prawdopodobnie żadnego na to dowodu. Wiadomo, że nieraz bardzo trujące ryby mogą nie cechować się ani wyglądem ani zapachem i smakiem. Trucizny wytwarzające się czasem w rybach nie mają bowiem wyraźnego zapachu, a ilości ich dające powód do zatrucia mogą być tak nieznaczne, że i smaku potrawy zmienić nie zdołają; trzeba wreszcie pamiętać i o tem, że ryby bywają zazwyczaj podawane z pewnemi przyprawami kuchennemi, które swym zapachem i smakiem mogą zakryć w zupełności zapach i smak właściwej potrawy.

Objawy zatrucia bywają rozmaite, zależnie od rodzaju trucizny. Jak wiadomo mogą być ryby w dwojaki sposób powodem zatrucia a mianowicie:

1) mogą same zawierać w sobie trucizny

albo 2) mogą stać się trującemi dopiero po zadziałaniu na nie pewnych drobnoustrojów, wytwarzających bądźto własne toksyny, bądźto rozkładające substancje białkowate zawarte w rybie i produkujące stąd zasadowe mocno trujące substancje (ptomainy).

O właściwych rybach trujących wiadomo już od najdawniejszych czasów. Wiedzieli o nich jeszcze A r y s t o t e l e s, N i k a n d e r, O p p i a n i P l i n i u s z. Naukowo zajęli się tą sprawą G. J. A l l m a n n, a później B a y e r l e y, G ü n t h e r, G r e s i n i G o t h a r d.

Pomijając ryby zatruwające przez ukąszenie lub ukłucie kolcami (ciernioptomienne), gdyż te nie wchodzą w grę przy zatruciach alimentarnych, należy przejść do ryb, których pewne narządy zawierają truciznę i w razie przypadkowego dostania się do potraw mogą być przyczyną zatrucia. Wiele jadalnych gatunków, jak np. karp, lin i szczupak, mają w narządach wewnętrznych, a zwłaszcza wątrobie, jakoteż w organach płciowych jad, który, dostawszy się do potraw, może wywołać gwałtowne objawy żołądkowo-jelitowe. Bardzo silnie działa wątroba i ikra niektórych

ryb, jak najeżka i przekrętwa. Badania Tagahaskiego, Inoka i Tahary stwierdziły w nich dwa ciała, wywołujące podrażnienie żołądka i kiszek, porażenie motorycznych zakończeń nerwowych w mięśniach, ośrodka naczynioruchowego i oddechowego. W Japonji kończy się 73% zatruć przekrętwą zejściem śmiertelnem. Wiadomo dalej, że nieczyszczone słoną wodą minogi powodują krwotoczne zapalenie błony śluzowej żołądka i kiszek. Dostają się bowiem wtedy do potraw wydzieliny ich gruczołów skórnych. Istnieją i ryby całe trujące, jak np. węgornica. Według Mossa zawiera ona w surowicy krwi toxalbuminę powodującą niekrzepliwość krwi ludzkiej, podrażniającą, a potem porażającą ośrodek oddechowy oraz ośrodki sercowe i układ nerwowy centralny. Duże dawki jadu porażają bez poprzedniego podrażnienia. Gotowanie, kwas solny i pepsyny niszczą omawianą truciznę. Podobnie trującą jest surowica krwi minogów i tuńczyka (Cavazzani, Maracci).

Częściej od poprzednich zdarzają się zatrucia rybami zepsutemi.

W zabitych, a czas jakiś przechowywanych rybach, mogą żyć najrozmaitsze drobnoustroje. Jednym z ogólnie znanych drobnoustrojów jest tutaj lasecznik zatrucia kiełbasianego, przebywający czasem obok odmieńca i innych drobnoustrojów w starych kiełbasach, pasztetach, nieświeżych solonych rybach, konserwach z jarzyn itp. Wydziela on prawdziwą toksynę (v. Ermangem, Brieger, Kempner), niszczoną w ciepłocie + 80° C, a nieczułą na działanie enzymów trawiennych. Sam lasecznik nie żyje w ustroju ludzkim, ale jego toksyna wywołuje ciężkie zatrucia, jeżeli znajdowała się w potrawie i z nią została spożytą. Nazwy otrucia są różne, zależnie od zatrutego pokarmu: *botulismus*, *allantiasis*, *ichtyosismus* i i. Występuje ona w 24 do 36 godzin po spożyciu. Objawia się opadnięciem powiek, rozszerzeniem źrenic, porażeniem akkomodacji, podwójnem widzeniem, zawrotami głowy, suchością błon śluzowych, bezgłosem, utrudnieniem połykania, bezmoczem i zaparciem stolca. Mniej typowe zatrucia przebiegają z wymiotami, biegunką i różnemi objawami nie cechującemi właściwego zatrucia. Śmierć może nastąpić wśród objawów zupełnego porażenia ośrodków rdzenia przedłużonego.

Lasecznik zatrucia kiełbasianego nie jest, jak już wspomnieliśmy, jedynym drobnoustrojem, mogącym sprowadzić zatrucie. Często wywołują je inne bakterje, a zwłaszcza gnilne, wśród których odmieniec (*b. proteus*) ważną odgrywa rolę. Polega ono bądźto na działaniu toksyn bakteryjnych, bądźto ptomain, powstających z rozpadu białka.

Zależnie od ilości jadu wywołuje on albo zaburzenia żołądkowo-jelitowe albo objawy podobne do zatrucia alkaloidami roślinnemi, zwłaszcza atropiną (ptomaina Koberta) a rzadziej muskaryną (w przypadku Sabbyego).

Co do naszego przypadku, należy zadać sobie pytanie, z jakim rodzajem zatrucia rybami mieliśmy tu do czynienia.

Ryba, którą chory spożył, była, według jego podania, łososiem, który do ryb jadowitych nie należy. Mogła tu więc wchodzić w rachubę jedynie intoksykacja substancjami wytworzonemi w rybie działaniem drobnoustrojów w czasie jej rozkładu. Objawy chorobowe zgadzają się wprawdzie pod wielu względami z typowym obrazem botulizmu, ale nie dają się ze wszystkimi szczegółami włożyć w jego ramy, nie wyklucza to jednak tego, iż jad wytworzony przez lasecznik zatrucia kiełbasianego był tu przecież przyczyną zatrucia. Trzeba bowiem wiedzieć, że pewne odstępstwa od typowego obrazu można kłaść na karb osobniczych własności organizmu chorego, a wreszcie nie należy zapominać o tem, że trucizna wywołać może różne zespoły objawów, zależnie od wielkości dawki. Wynikiem zaś tych wszystkich czynników jest dopiero obraz chorobowy.

W naszym przypadku, mimo wszystko, mieliśmy najprawdopodobniej do czynienia z botulizmem, ale przebiegającym nie całkiem typowo i stąd zasługującym na wyszczególnienie.

Józef Goldfeil cand. med. Warszawa.

Leczenie nieswoiste i jego zastosowanie przy zimnicy.

Z Oddziału Chorób Wewnętrznych mjr. lek. Wretowskiego (kierownik oddz. ppułk. lek. Bronowski) w Okr. Szpit. Mokot. W. P. w Warszawie.

Choroba zakaźna jest przejawem walki między makroorganizmem, a atakującemi go mikroorganizmami. W walce tej ustrój nie jest bezbronny, posiada on liczne środki ochronne przyrody humoralnej i komórkowej. Od tego arsenału obronnego, od wydolności czynnościowej ustroju, zależy wynik walki.

A więc celem naszym winno być stworzenie odpowiednich do zwalczenia zakażenia warunków, spotęgowanie środków obronnych ustroju i zwiększenie jego odporności. Normalne procesy fizjologiczne wskazują nam drogę do osiągnięcia tego celu. Już w zwykłych warunkach odbywa się w ustroju ciągły rozpad komórek tkankowych, produkty tego rozpadu są bodźcem dla czynności narządów. Bez tych bodźców niemożliwe jest życie (Kolly [1]). To też osiągnąć największe nasilenie tych bodźców, podtrzymywać wytwarzanie się ich w chwili, gdy słabną procesy, będące wyrazem sprawnego działania ustroju, wywołać ogólne wzmożenie czynnościowe zarodzi (Weichardt), to znaczy podtrzymywać życie, wzmacniać je, gdy grozi porażka w walce z przeciwnikiem.

Wprowadzając do ustroju pozajelitowo, śródmięśniowo, lub podskórnie, istoty białkowe, terpentynę, błękit metylenowy i inne obce ciała, wywołujemy rozpad komórek tkankowych, zastrzykując śródżylnie hypertoniczne roztwory NaCl, mocznika, cukru gronowego, a nawet zwykłą wodę destylowaną (Starkenstein [2]), wywołujemy rozpad leukocytów i płytek Bizozzera (Dresel [2]). Powstałe produkty rozpadu są temi bodźcami, które potęgują normalne czynności komórek i narządów, przedewszystkiem tych, od których zależna jest walka ustroju z zakażeniem, a więc szpiku kostnego i innych narządów krwiotwórczych. Powstają tu przedewszystkiem istoty służące do wydzielenia wprowadzonych do ustroju antigenów, a pozatem i wszystkie inne obronne ciała w zwiększonej ilości. Pozajelitowo wprowadzone obce ciało, jako bodziec nieswoisty, zostaje automatycznie przeobrażone w swoistą postać energji («Kraftform») i daje impuls do wytwarzania niweczników, skierowanych przeciw wywołującym chorobę drobnoustrojom (Mueller [3]). I oto wszystkie rozporządzalne siły obronne ustroju, w znacznej części przeobrażone w potrzebną w danej chwili postać swoistą, zostają zmobilizowane i rzucone na zagrożone placówki.

Te siły obronne ustroju pragnęliśmy wykorzystać i, spotęgowane, skierować przeciwko jednej z największych plag powojennych, zimnicy. W przebiegu zimnicy, jak i każdej innej choroby zakaźnej, znaczną rolę odgrywa odporność osobista ustroju. Wpływa ona na mniejszą lub większą intensywność schorzenia, na trwanie lub prędkie wygaśnięcie zakażenia. Głód i chłód czasów wojennych i powojennych, straszne nieraz warunki higjeniczne, więcej niż niedostateczne odżywianie, były przyczyną ogólnego wycieńczenia i znacznego osłabienia zdolności obronnych organizmu. Stąd tak ciężki przebieg, przewlekłość i częste nawroty, podczas tegorocznej epidemji zimnicy.

Na znaczenie odporności osobistej w przebiegu zimnicy zwraca naszą uwagę Guido Cremonese [4]). Twierdzi on, że zależnie od stopnia odporności mamy bądź zupełną niewrażliwość na zakażenie (odporność bezwzględna), bądź najrozmaitszy przebieg kliniczny: od postaci lekkich (czwartaczka, trzeciaczka) do najbardziej złośliwych (zimnica podzwrotnikowa), doprowadzających do charłactwa i śmierci.

I rzeczywiście, Celli i Elting [5]) opisują przypadki zupełnej niewrażliwości przy zastrzykiwaniu zakażonej krwi lub ukąszeniu przez zakażone komary. Elting zastrzykiwał krew osobników chorych na zimnicę podzwrotnikową i wywoływał zakażenie, natomiast próby zakażenia trzeciaczką, *ceteris paribus*, spełzły na niczem. Obrona ustroju w ostatnim przypadku wobec łagodniejszej postaci zimnicy okazała się wystarczającą, przy cięższej zimnicy podzwrotnikowej musiała skapitulować.

Urządzenia obronne naszego ustroju starają się nie dopuścić do wybuchu choroby, z chwilą zaś, gdy to nastąpiło, zdążają one do zahamowania dalszego rozwoju, zniszczenia i zupełnego unieszkodliwienia wywołujących ją pasorzytów. Jak wykazały badania Cremonese'go, nawet przy zwykłem leczeniu przeciwzimniczem, chinina ma znaczenie pośrednie w zwalczaniu zakażenia: stwarza ona tylko odpowiednie warunki,

dzięki którym niweczniki mogą rozpocząć swą zbawienną dla ustroju pracę. Jak wiemy, pierwotniaki zimnicy tylko w pewnym okresie swego rozwoju mogą być zniszczone we krwi obwodowej, jedynie postacie młode, powstałe bezpośrednio po schizogonji, a więc merozoity, giną pod wpływem chininy, według panującego ogólnie poglądu, pod wpływem zaś ciał odpornościowych ustroju, w myśl badań Cremonese'go [5]). Jest to jednocześnie ten okres w życiu pasorzytów, kiedy wywołują one atak zimniczy. Chwila więc największego niebezpieczeństwa, grożącego z ich strony ustrojowi, jest chwilą najmniejszej odporności pasorzytów. Jest to chwila, gdy ze zwycięzców mogą się stać zwyciężonymi. I oto, chroniąc się przed porażką, przedostają się do czerwonych ciałek, już niedostępne dla działalności niweczników. Tu rozpoczyna się działalność chininy: posiadając dodatnią chemotaksę w stosunku do czerwonych ciałek, przenika ona do nich, wypędza z nich pasorzyty i rzuca je na pastwę krążącym we krwi przeciwciałom (Cremonese).

I rzeczywiście, Antolisci i Marchiafava [5a]) brali na szkiełko krew podczas napadu zimniczego, dodając ostrożnie pod szkiełko pokrywkowe kilka kropel roztworu chininy, przekonali się o wychodzeniu pasorzytów z czerwonych ciałek. Za tem przemawiałby również i fakt, że we krwi osobników z zimnicą, przyjmujących chininę, rzadko spotykamy krwinki zawierające pasorzyty.

A więc, główną rolę przy zwalczaniu zakażenia, według Cremonese'go, odgrywają ciała odpornościowe ustroju. Fuerst, Arneth, Kayser i Petersen [6a]) opisują przypadki spontanicznego wyleczenia zimnicy bez stosowania chininy; spostrzegane w ciągu 2 miesięcy nie dały one nawrotów. Plewny [6a]) wykazał we krwi osobników z zimnicą parazytolysiny i precypitiny. Nie mniej jednak ważną rolę odgrywa tu fagocytująca działalność elementów siatki i śródbłonka śledziony, wątroby, szpiku kostnego i mózgu (Helly [6a]). Na rolę limfocytów i jednojądrzastych, których ilość przy zimnicy jest stale zwiększona, wskazują badania Bergel'a [7]). Twierdzi on, że ciałka te posiadają własności hemo- i lipolityczne o charakterze poniekąd swoistym. I rzeczywiście, surowica osobników z zimnicą działa aglutynująco i hemolitycznie na czerwone krwinki osób zdrowych (Festa, Grixoni, Le Monaco, Panichi [7a]). Działanie to zależne jest od wydzielanego przez komórki jednojądrzaste zymogenu, posiadającego własności dwuchwytnika; wiążąc się z dopełniaczem daje on odpowiednie »lizyny«, w danym przypadku hemolizyny. One to, znajdując się we krwi osobników chorych na zimnicę, działają litycznie na czerwone ciałka, osłabione w swej odporności przez niszczącą działalność pierwotniaków. W wyniku młode postacie pasorzytów, po rozpadzie czerwonych krwinek, zostają wyrzucone do krwi na pastwę niwecznikom.

A więc limfocyty i jednojądrzaste wykonywałyby tę samą czynność, jaką przy zabiegach leczniczych pełni chinina, z tą tylko różnicą, że dochodzi tu do znacznego rozpadu czerwonych ciałek, czego przy działaniu chininy nie widzimy. Zatem przemawiałyby nieraz bardzo ciężkie postacie niedokrwistości, spostrzegane w przebiegu zimnicy. To przypuszczenie, odpowiadające poniekąd poglądom Cremonese'go, zdaje się być bliższe rzeczywistości, niż przypuszczenie Bergel'a, który, widząc w pierwotniakach twory o charakterze lipoidowym, objaśnia tak charakterystyczną dla zimnicy przewagę limfocytów i jednojądrzastych, dążeniem ustroju do lipolitycznego rozszczepienia tych zarazków. Nie jest jednak wykluczone, że i ten sposób walki z pasorzytami może być wykorzystany przez ustrój; przyczem lipoliza może się odbywać, jak na zewnątrz, tak i wewnątrz limfocytów i jednojądrzastych. Zweig i Matko [6a]) stwierdzili obecność ziarenek barwika wewnątrz monocytów. Byłby to produkt, powstały wskutek lipolitycznego rozszczepienia pasorzyta, zawierającego barwik, czy też zwykła fagocytoza?

Widzimy więc, jak bogaty jest arsenał obronny naszego ustroju, i jak wielką rolę przy zwalczaniu zimnicy odgrywają jego urządzenia ochronne. Posiada to dla nas tem większe znaczenie, że jedyny mniej więcej radykalny środek, jakim rozporządzamy przy zimnicy, chinina, zawiodła pokładane w niej nadzieje. Wprost do wyjątków należą przypadki, gdzie pod jej wpływem nastąpiło zupełne wyleczenie: prawie zawsze dochodziło tylko do chwilowego uspokojenia sprawy chorobowej, do przejścia jej w okres utajony. Spostrzegane przez nas przypadki są właśnie tego bezpośrednim dowodem. Z ogólnej liczby 300 chorych na zimnicę, leczonych na naszym oddziale, 85 % przypada na przypadki stare, gdzie zakażenie nastąpiło przed rokiem, dwoma, nawet trzema laty. Mimo dokładnie przeprowadzonego leczenia chininą, miewali oni częste nawroty, w okresie zaś pozornego zdrowia byli osłabieni, często, przeważnie wieczorami, występowały ciepłoty podgorączkowe w połączeniu z ziębieniem i bólem głowy, krew wykazywała charakterystyczne dla przewlekłej zimnicy zmiany. I nagle następował typowy napad zimniczy. Chinina powodowała znów zacisze i w niedalekiej przyszłości nowy napad.

Toteż, przekonawszy się o niezbyt pewnem działaniu chininy, przeszliśmy do leczenia nieswoistego. Opierając się na badaniach Muehlensa [8]), zaczęliśmy stosować śródżylne zastrzykiwania winianu antymonylopotasowego (*tartarus stibiatus*) w dawkach po 0,04—0,06—0,08.

W 3 przypadkach nie osiągnęliśmy żadnego wyniku; w dwóch innych, po przypadkowem zastrzyknięciu *tart. stib.* pod skórę, wytworzył się ropień aseptyczny, o typie »*abcès de fixation*«; w tydzień później, po wypuszczeniu ropy, ciepłota spadła do normy i ustąpiły wszystkie objawy utajonej zimnicy; w ciągu 6 tygodni, chorzy ci czuli się zupełnie dobrze, nie gorączkowali, powrócił apetyt i siły.

Zachęceni tym wynikiem, przeszliśmy do dalszych prób. Punktem wyjścia były dla nas prace Botazzi'ego, v. d. Veldena i Stejskala [9]). Stosowane przez tych autorów śródżylne wlewania hypertonicznych roztworów cukru gronowego i NaCl, miało dla nas podwójne znaczenie. Z jednej strony, płyny te, wywołując wzmożony rozpad płytek Bizozzera i leukocytów, były czynnikiem, potęgującym siły obronne ustroju (aktywowanie zarodzi, Weichardt). Z drugiej zaś strony wywoływały one zachwianie równowagi między krwią a tkankami; bezpośrednio po zastrzyknięciu, jak to wykazały badania Stejskala [9]), rozpoczynało się przechodzenie płynów tkankowych do krwi, po 20 godzinach następował okres powtórnego przesączania się do tkanek płynnych części krwi. Nic prostszego, jak wykorzystać te warunki dla celów leczniczych przy zimnicy, przy której tak często pasorzyty z krwi obwodowej usuwają się do narządów wewnętrznych. Zastrzykując chininę śródmięśniowo, przy prądzie skierowanym w stronę naczyń, i śródżylnie przy powrotnem zagęszczaniu krwi, osiągamy jak gdyby przemycie ustroju, skierowujemy chininę do najodleglejszych zakątków naszego ciała. Pozatem w pierwszym okresie pasorzyty zostają pociągnięte przez płyny tkankowe do naczyń, gdzie ulegają zabójczemu działaniu niweczników. Wobec znacznych zmian, wywoływanych przez hypertoniczne roztwory NaCl, a polegających na zmianach zwyrodnienia miąższu wątroby, nerek i mięśnia sercowego oraz obrzęku mózgu (Achard, Paisseau, Roessle, Nuernberger [10]), stosowaliśmy tylko hypertoniczne roztwory cukru gronowego, dla ustroju zupełnie nieszkodliwe, a nawet potrzebne, jako istota odżywcza, dla sprawnej działalności mięśnia sercowego (Buedingen). I ten ostatni czynnik przy tak częstem przy zimnicy wychudzeniu, osłabieniu, a nawet charłactwie, posiadał dla nas duże znaczenie.

Chininę stosowaliśmy śródżylnie i śródmięśniowo. Zwłaszcza autorowie francuscy (Génévrier [12]) przywiązują wielką wagę do pozajelitowego wprowadzania chininy. Przy zastrzykiwaniach śródmięśniowych osiągaliśmy zmagazynowanie chininy w miejscu zastrzyknięcia, skąd w miarę potrzeby mogła być ona wydzielana do krwioobiegu. Badania Marianiego [12]) na królikach wykazały w miejscu zastrzyknięć po upływie 17 godzin obecność $^{2}/_{3}$ wprowadzonej śródmięśniowo chininy. Cahn-Bronner [14]) stwierdził magazynowanie chininy pod skórą (przy zastrzykiwaniach podskórnych); krew wykazywała większe i dłużej trwające stężenie chininy, niż przy wchłanianiu z jelit; w narządach wewnętrznych można ją było wykryć w długi czas po zniknięciu z krwi. Powyższe badania zdają się przemawiać za przewagą pozajelitowego

wprowadzania chininy nad zwykłem (*per os*); łatwiej osiągamy tu warunki, dzięki którym ustrój w ciągu dłuższego czasu znajduje się pod jej wpływem. Pozatem cała ilość wprowadzonej chininy zostaje wykorzystana, odpada bowiem możliwość niezupełnego jej wchłaniania, jak to może mieć miejsce w jelitach przy przyjmowaniu przez usta.

Obawy przed martwicą są niezbyt uzasadnione: Neumann 15), stosując chininę-urethan podskórnie w 835-ciu przypadkach, miał tylko jeden raz powikłanie w postaci ograniczonej martwicy; my, stosując śródmięśniowe zastrzykiwania chininy z antipiryną, nie mieliśmy żadnych powikłań przy ogólnej liczbie 700 zastrzyknięć, jedynym przykrym objawem była bolesność, utrzymująca się dość długo w miejscu zastrzyknięcia.

Stosowaliśmy przy zastrzykiwaniach śródmięśniowych chininę z antipiryną według Laverana (Rp. chin. mur. 0.5 Antipyr. 0,3 Aqu. dest. 4,0), przy zastrzykiwaniach śródżylnych ampułki Chin. Ureth. a 0,4, rozcieńczając w 10 cm.^{3} fizjol. roztworu NaCl. Podczas przerw w podawaniu chininy stosowaliśmy podskórnie kakodylat sodu.

Osiągnięte przez nas wyniki były bardzo dobre: uporczywe postacie zimnicy przewlekłej, z charakterystycznemi dla niej stanami podgorączkowemi, bólami głowy itd. powodowały nagły zwrot ku wyzdrowieniu; objawy chorobowe ustępowały; niebezpieczeństwo nawrotów zostało usunięte prawie we wszystkich przypadkach (wielu chorych jeszcze obserwujemy dotychczas: w ciągu 4—5 miesięcy nie mieli oni nawrotu).

Bardzo nieliczne przypadki, w których zastrzykiwania chininy nie dały wyniku dodatniego, wykazały nagłą poprawę przy połączeniu leczenia chininą z śródżylnemi wlewaniami cukru gronowego (30 cm^3 25$^0/_0$ glukozy). W 2 przypadkach udało nam się osiągnąć zupełne wyzdrowienie z chwilą, gdy po tygodniowem stosowaniu zastrzyknięć chininy znów przeszliśmy do zwykłych dawek przez usta (*in dosi refracta*).

Leczenie przeprowadzaliśmy według poniższego schematu:

Dzień	Podczas lub bezpośredn. po napadzie.	w okresie utajenia	przypadki b. uporczywe.
1	zastrz. śródż. Chin. Ureth. 0,8 (0,4) po 8 god. Chin. Ureth. 0,4, albo 3 zastrz. śródm Chin. antip. â 0,5, (rano, popoł. i wiecz.)	2 zast. śródm. chin. antip. â 0,5 (rano i wiecz.)	śródm. Chin. antip. 0.5. śródżylnie 30 cm^3 25$^0/_0$ glukozy, po 8 godz. Chin. antip. 0,5 śródmięśniowo, po 20 godz. Chin. Ureth. 0,4 śródżylnie. — 1 i 2 dzień.
2—6	2 zastrz. śródm. chin antip. â 0,5 (rano i wiecz.)		po poł. i wiecz. tegoż dnia (2 dzień) Chin. antip. â 0,5, 3 i 4 dzień 2 razy dziennie Chin. antip. â 0,5. 5 i 6 dzień, jak 1 i 2 dnia.
10—11	„	„	„ „
16—22	„	„	2 razy dziennie śródm. zastrz. Chin. antip. â 0,5.

Piśmiennictwo:

1) Rolly. M. m. W. N. 27. 1921. 2) Przyt. Prinza. M. m. W. N. 38. 1921. 3) Mueller. Zeitschr. für klin. Med. 91. 5—6. 4) Guido Cremonese, przyt. wg. Bull. de l'Inst. Pasteur N. 14. 1921. 5) G. Cremonese. Zeitschr. für Hyg. u Infektions- Kr. 92/3. 1921. 5 a) przyt wg Guido Cremonese'go. 6) Fuerst, Ergebn. d. Hyg., Bakt., Immunit. u. exp. Therapie. T. IV. 1920. 7) Bergel. Die Lymphocytose, Erg. d. Inner. Med. u. Kinderkr. T. XX. 1921. 8) Muehlens. D. m. W. N. 94. 1920. 9) Stejskal. W. Kl. W. N. 4—6—13. 1921. 10) Nuernberger. D. Arch. für Klin. Med. 136/3—4. 11) Buedingen. Ernährungsstörungen d. Herzmuskels 1917. 12) Génévrier. Bull. Soc méd. milit. franc. T. XV. 1921. 13) Mariani. B Kl. W. Nr. 99. 1921. 14) Cahn-Bronner. Zeitsch. für exp. Path. u. Ther. 9. 1920. 15) Neumann. W. Kl. W. N. 34 1921.

Z praktyki.

Dr. Fr. Ślęk, dyrektor Szpitala. Przemyśl.

Kilka uwag w sprawie postępowania wobec uwięzgniętych przepuklin.

Z oddziału chirurgicznego Szpitala powszechnego.

Zdawaćby się mogło, że poruszanie sprawy postępowania wobec uwięzgniętych przepuklin jest rzeczą zbyteczną i nie zasługującą na uwględnienie. Tymczasem rzecz się ma zupełnie inaczej.

Skłania mnie do zabrania głosu w tej sprawie szereg przypadków, które, zanim dostały się w ręce chirurga, były leczone tak radykalnie, że postępowanie lecznicze nie było zabiegiem leczniczym, lecz przeciwnie tak szkodliwem, że do jednego schorzenia dodano drugie powikłanie daleko gorsze.

W przypadkach tych trzymano się ściśle zasad i przepisów o powinności i sumienności lekarskiej, że zanim słońce wejdzie lub zajdzie lekarz zawołany do chorego winien uwolnić chorego od uwięzgnięcia. Gdyby Stromayer wiedział, że słowa jego tak ściśle będą stosowane w podobnych przypadkach, nigdy by ich z pewnością nie wypowiedział.

Najsmutniejszem mi się wydaje w całem tem postępowaniu, że przy tych rękoczynach we wszystkich prawie przypadkach interweniowali lekarze, a nawet lekarz, nie szanując swej godności, wspólnie z bandażystą o światowej sławie, któremu władze zezwalają na podziękowania, zamiast zająć się nim sądownie.

Herman w swym wykładzie klinicznym, ogłoszonym w »Nowinach Lekarskich« Nr. 6. z roku 1908 »Kilka uwag o postępowaniu wobec przepuklin uwięzgniętych, z powodu przypadku ryczałtowego odprowadzenia uwięzgniętej przepukliny pachwinowej« nawołuje do oględnego postępowania przy próbach odprowadzania przepuklin uwięzgniętych.

Że sprawa ta wymaga przypomnienia, tego dowodem np. rok ubiegły, t. j. 1921, w którym na 76 przypadków przepuklin, 40 operowanych było z powodu uwięzgnięcia, w czem w 7 przypadkach próbowano »odprowadzenia« z takim, że się wyrażę, rozmachem, że przyszło do uszkodzeń jelit, a w następstwie tego do zapalenia otrzewnej, wywołanego wskutek przedziurawienia.

O innych przypadkach nie wspominam, gdyż próbowane odprowadzenie, nie wywołało żadnych powikłań.

Na 40 przepuklin uwięzgniętych w 7 przypadkach wywołano powikłania, co procentowo wynosi 17·5$^0/_0$. Postępowanie podobne, słusznie nazywa Graser błędem w sztuce lekarskiej i karygodnem.

1. Herman D. l. 24. Przemyśl. Rozpoznanie: *Hernia scrotalis dex, incarcerata. Repositio en masse.* Operowany 18. I. 1921; uleczony 3. II. 1921. Podczas zabiegu znaleziono worek przepuklinowy wraz z pierścieniem przepuklinowym oderwany i wtłoczony do jamy brzusznej, jelito pęknięte, przy ścianach niezgorzelinowych. We worku nie stwierdza się kału.

2. Markus S. l. 30. Krzywcza. Rozpoznanie: *Hernia scrotalis dex. incarcerata.* Operowany 20. I.; uleczony 15. III. 1921. Skóra zasiniała, wybroczyny, jelito pęknięte, kał we worku przepuklinowym, zmieszany z krwią

3 M. E. l. 40. Felsztyn. Rozpoznauie: *Hernia cruralis inc. dex* W przypadku tym lekarz, badając, przypuszczał „zapalenie wyrostka robaczkowego“ (!) i urwał jelito uwięzgnięte swą ścianą. W jamie brzusznej kał, zapalenie otrzewny, dziura w jelicie cienkiem. Operowany 17. IV. uleczony 15. V. 1921.

4. Gerson S. 42 l. Przemyśl. Rozpoznanie: *Hernia scrotalis dex. inc.* Operowany 1. VI.; uleczony 17. VI. 1921. Według podania chorego lekarz przywołany wraz z bandażystą, podkasawszy rękawy, około godziny próbowali odprowadzić przepuklinę, a gdy to się nie udało, zalecili kąpiel w łaźni i polecili wrócić choremu, aby ten rękoczyn dalej stosować. Chory zamiast pojechać do łaźni, powrócił do Przemyśla. Brzuch cały pokryty sińcami, jak i worek moszonowy. We worku przepuklinowym jelito sine, płyn cuchnący krwawy.

5. Amalia F. l. 50. Jarosław. Rozpoznanie: *Hernia cruralis inc. sin.* Przy próbach odprowadzania, urwano jelito. W jelicie

dziura wielkości halerza. W jamie brzusznej stwierdza się kał i widoczne zapalenie ropne otrzewnej. Operowana 6. VII.; uleczona 18. VIII. 1921

6. Paweł K. l. 60. Pożdziacz. Rozpoznanie: *Fistula stercoralis post herniam crural. inc. sin.* Lekarz zawołany wykonał nacięcie guza, myśląc, że ma z ropniem do czynienia W następstwie przetoka kałowa. Operowany 14. X.; uleczony 24. XI. 1921.

7. Florjan R. 42 l. Babice. Przepuklina od kilku lat. Rozpoznanie: *Hernia scrotalis inc. sin. Repositio en bloc.* Operowano 17. I. 1922. Pozostaje w szpitalu z raną ropiejącą. Chory sam sobie odprowadził przepuklinę wraz z pierścieniem przepuklinowym do jamy brzusznej. Zgorzel jelita, przedziurawienie. Zgorzel jądra lewego.

Jak widzimy ze zestawionych historji chorób, w 4 przypadkach dokonano przedziurawienia jelita, w czem w jednym przypadku oderwano pierścień zaciskający jelito. W przypadkach tych znaleźliśmy zapalenie otrzewnej. W przypadku IV. chory wyglądał tak, jakby był pobity, jelito pokryte wybroczynami, we worku płyn krwawy cuchnący. W przypadku VI. lekarz, myśląc, że ma ropień w pachwinie, naciął jelito. W przypadku VII. chory sam sobie odprowadził przepuklinę »*en bloc*« do jamy brzusznej. W przypadkach I. II. III. IV. V. VII. do operacji radykalnej dodano mniej lub więcej rozległe wycięcie jelita.

Zaznaczyć muszę, że w tych przypadkach rozpoznanie nie było trudnem, czego dowodem były próby odprowadzenia jelita uwięzgniętego, ale czy przez to nie narażono chorych na powikłania grożące śmiercią niechybną, pozostawiam własnemu sądowi czytelników.

Pomijam przypadki, w których rozpoznanie natrafia na trudności, jak przy przepuklinach przeponowych, międzykrocza, dna miednicy, zasłonowych, dwunastnico-jelitowych, i t. p., z któremi spotykamy się nadzwyczaj rzadko, a rozpoznanie wymaga nadzwyczajnej wprawy, a nawet do tego stopnia bywa utrudnione, że dopiero podczas zabiegu można je stwierdzić. Są to przypadki wyjątkowe i pozbawione praktycznej wartości. W przypadkach zaś pozbawionych wszelkiej wątpliwości nie należy postępować z całą bezwzględnością, lecz należy się trzymać zasady »*primum non nocere*«.

Do usunięcia uwięzgnięcia możemy się posługiwać trzema sposobami: 1. *Taxis*, 2. *Herniotomia*, 3. *Operatio radicalis.* Każdy z tych sposobów ma pewne wskazania, których należy ściśle przestrzegać, by nie przynieść choremu szkody.

Do najłagodniejszych należy odprowadzenie bezkrwawe, które, stosowane nieumiejętnie, może wywołać nieobliczone w swych skutkach powikłania. Należy niezapominać, że przepukliny uwięzgnięte nieraz bywają przyrośnięte do worka przepuklinowego, lub też bywają o uwięzgnięciu wstecznem. Wszelkie tedy próby odprowadzenia nie są odpowiednie, gdyż uwięzgnięcia w ten sposób usunąć niepodobna. Dalej ważnem jest pamiętanie, że przepukliny, zależnie od umiejscowienia i od czasu trwania uwięzgnięcia, nieraz od samego początku nie nadają się do tego zabiegu. Mianowicie dla przepuklin udowych, podają chirurdzy czas 8 do 10 godzin, w którym dozwolona bywa próba odprowadzenia, gdyż w razie późnego wykonania może z powodu uwięzgnięcia, ściana jelita ulegnąć zgorzeli, i łatwo jest jelito oberwać, i wywołać zapalenie otrzewnej z przedziurawieniem. Przepukliny pachwinowe można jeszcze próbować po 24 godz. odprowadzać, jednak połączone to bywa już z niebezpieczeństwem. Przepukliny małe ulegają daleko prędzej zgorzeli, aniżeli duże. Niebezpiecznem bywa odprowadzenie we wieku starszym, gdyż naczynia krwionośne kruche, z posuniętą miażdżycą, daleko szybciej powodują zgorzel jelita, wskutek czego może się udać odprowadzenie, ale zgorzelinowego jelita. Napotykano przypadki, w których po próbach odprowadzenia występowały silne krwawienia z kruchych przedartych naczyń.

Do bardzo przykrych uszkodzeń należą przedziurawienia ścian jelita lub też »*repositio en bloc*«.

Zarzuty zaś czynione, że po zabiegach operacyjnych występują zapalenia płuc, są niesłuszne, gdyż mamy cały szereg sposobów operowania bez uśpienia ogólnego, a wiemy dobrze, że i po odprowadzeniu powstają z powodu zatorów, skrzepów urwanych z naczyń krezkowych i jelitowych. W czasach Lisfranca, gdy zabieg operacyjny należał do zabiegów śmiertelnych, bo dawał 80—90% śmierci przy uwięgniętych przepuklinach, uczeń jego Tirman wygłosił zdanie »*Die Taxis ist die Regel, die Operation dagegen die Ausnahme*«. W naszych czasach, gdy stosunki uległy zmianie, zdanie to niema najmniejszej wartości, lecz przeciwne zająć musimy stanowisko i powiedzieć: Zabieg operacyjny jest regułą, odprowadzenia należy do wyjątków«.

Do jakiego stopnia obawiali się chirurdzy dawniejsi zabiegów operacyjnych, to wystarczy wspomnieć zabiegi nieoperacyjne, jak zalecane przez Scharp'a, w r. 1848, stawianie chorego na głowie, Lisfranca przedłużoną taxis do 60 minut trwającą, Gosselin'a forsowną, aż do zmęczenia operatora. Amussat zalecał użycie 6 rąk równocześnie przy odprowadzaniu. Simon starał się przez wprowadzenie ręki do odbytnicy, ściągnąć pętlę uwięzgniętą. Van Swieten, Paré nakłuwali trógrańcem pętlę jelita. Schede, Richter, przesuwali siłą kanał pachwinowy na bok, by w ten sposób łatwiej można było odprowadzającą pętlę wsunąć do jamy brzusznej.

Dalszymi sposobami, jak już zaznaczyłem są zabiegi krwawe, jak herniotomia i zabieg radykalny, który zawsze dodajemy w tym celu, by uchronić chorych od ustawicznego noszenia paska i ponownego uwięzgnięcia.

Przy sposobności, chcę zwrócić uwagę na przepukliny, zwłaszcza udowe, i to obustronne, gdyż zdarzają się przypadki równoczesnego uwięzgnięcia.

W roku 1913 przywieziono do szpitala na oddział chirurgiczny służącą lekarza z przepukliną udową lewostronną uwięzgniętą. Ponieważ chora uskarżała się na przepuklinę po stronie prawej, gdyż ta jej sprawiała dolegliwości, lewa zaś dawała się łatwo odprowadzać do jamy brzusznej, przeto można było przypuszczać, że w tym przypadku mamy przed sobą tylko uwięzgnięcie po stronie prawej, po lewej odprowadzoną do jamy brzusznej. Uwięzgnięcie od 2 godzin. Wobec tego przystąpiłem do zabiegu po stronie prawej. Podczas operacji, znaleziono w rzeczywistości jelito uwięzgnięte swą ścianą boczną. Jak wielkie było moje zdziwienie i kolegów, gdy przy wyciąganiu jelita na zewnątrz w celu zbadania ścian, znaleziono ziarnka maku w jamie brzusznej i na pętlach jelitowych. Przystąpiłem natychmiast do skończenia zabiegu po stronie prawej, i pomimo, że chora nie zgadzała się na operację po stronie lewej, starając się nas przekonać o bezcelowości drugiego zabiegu „gdyż ją nic po tej stronie nie boli", do otwarcia worka przepuklinowego lewego. Po otwarciu i rozszerzeniu kanału udowego, znaleziono w okolicy jego pętlę jelita, w której znajdowała się dziura wielkości halerza. W otoczeniu przedziurawionej pętli znaczna ilość maku, kału, zlepy zapalne. Po oczyszczeniu jamy brzusznej i zeszyciu otworu, jamę brzuszną zeszyto.

Wspominam dlatego o tym przypadku, gdyż należy być bardzo ostrożnym w rozpoznawaniu uwięzgnięcia przepuklin udowych, wskazuję też na niebezpieczeństwo odprowadzania, gdyż już w pierwszych dwóch godzinach, a więc wtedy, kiedy należy przypuszczać, że ściany jelita powinny być jeszcze zdrowe i jędrne, mogą łatwo, przy próbach odprowadzania do jamy brusznej uledz oderwaniu i spowodować w następstwie zapalenie otrzewnej z przebicia. W tym przypadku, gdyby nie znaleziony mak w jamie brzusznej, i gdybyśmy chorej zaufali, chora zmarłaby z powodu zapalenia otrzewnej. Dzięki tylko temu chora opuściła szpital uleczona. Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że radykalny zabieg operacyjny, wykonany w pierwszych 12—24 godzinach, daje procent śmiertelności od 0%—½%, nawet u ludzi starych, w drugiej dobie dochodzi do 5—10%, a zarazem usuwa cierpienie, podczas gdy przy odprowadzeniu bezkrwawem z powodu wyżej podanych powikłań mamy od samego początku choroby, a więc i w pierwszych 12 godzinach 4—5% śmiertelności, a sam zabieg operacyjny w tych powikłanych przypadkach, daleko jest trudniejszy, i wymaga wykonania resekcji jelita, co dla chorego bywa w tych razach nieobojętną rzeczą, to sądzić należy, że lepiej jest wybrać z dwóch złych, zabieg operacyjny, który mniejszą szkodę choremu przyniesie, aniżeli próby odprowadzania forsownego, aż do znużenia operatora, jak zalecał Gosselin. Jeżeli już lekarz zmuszony okolicznościami chce próbować odprowadzenia, to może tego dokonać pod następującymi warunkami i przystępować do rękoczynu: 1. nie powiedzieć sobie »ja muszę odprowadzić, lecz próbować będę odprowadzenia« (Lejars); 2. zarządzić kąpiel gorącą po poprzedniem wstrzyknięciu morfiny i atropiny (0·01 do 0·002) pod skórę, i, po ułożeniu chorego odpowiednio, nie

siłą starać się pętlę uwięzgniętą odprowadzić do jamy brzusznej; 3. nigdy nie należy próby odprowadzania powtarzać, gdyż każda następna jest niebezpieczną; 4. odprowadzenie należy do wyjątków, zabieg operacyjny jest regułą, tem więcej, że szpitali w Małopolsce mamy poddostatkiem.

Wykład kliniczny.

Prof. dr. J. Lenartowicz. Kraków

Rozpoznawanie i leczenie ostrego wiewióra.

(Dokończenie).

Nieco inaczej zachować się musimy w tych przypadkach, gdzie wiewiór nie ogranicza się tylko do części przedniej cewki moczowej, ale po pewnym czasie przechodzi na część tylną, a zdarza się to w znacznej większości przypadków (60%, 70%, a jak niektórzy chcą, nawet w 80% przypadków). Z powodu tej częstości zajęcia części tylnej cewki moczowej nie ma dotąd ustalonego poglądu, czy sprawę chorobową, która przeszła na tę część, uważać za powikłanie, czy przyjąć ją jako zwykłe (choć nie nieodłączne) następstwo sprawy chorobowej. Jakkolwiekbyśmy się na tę sprawę zapatrywali, wydaje mi się koniecznem omówienie jej, choćby w krótkich zarysach, właśnie z powodu jej częstości. Pomijając zatem w tym krótkim szkicu inne powikłania, na to najczęstsze, i to odnośnie do ostrych objawów, chcę zwrócić baczniejszą uwagę. Że celem naszych zabiegów leczniczych będzie dążenie do powstrzymania szerzenia się sprawy chorobowej nie tylko co do stopnia jej objawów, ale i co do szerzenia się dalszego, rozumie się samo przez się. Z pewnością łatwiej przejdzie wiewiór z części przedniej na tylną u osób nieleczonych, lub późno leczonych, niż u osób wcześnie i planowo leczonych, ale doświadczenie poucza, że i wtedy przejście wiewióra na część tylną jest dosyć częste. Dzieje się to najczęściej w 3 tygodniu choroby, a z tą chwilą musi być odmienne nietylko nasze leczenie, ale i rokowanie, od tego bowiem, nie przez wszystkich uznanego powikłania, do powikłań dalszych, istotnych, krok tylko. Ważność próby dwu szklanek, która obowiązuje przy każdem badaniu chorego, tu najlepiej daje się ocenić. Nie zawsze bowiem zajęciu części tylnej towarzyszyć muszą objawy podmiotowe takie, jak częstość oddawania moczu, bóle, parcie niepowściągłe, zatrzymanie moczu itp. Są to objawy częste, ale bynajmniej nie stałe. Zajęcie części tylnej może nastąpić niepostrzeżenie, a jedynie próba dwu szklanek poucza nas, że i część tylna jest zajęta. W takich przypadkach, gdzie jest dużo wydzieliny ropnej spływającej do pęcherza, mocz drugi będzie wyraźnie mętny; w przypadkach o małej ilości wydzieliny ropnej, nitki w pierwszej i drugiej części moczu nie dowodzą bezwzględnie zajęcia części tylnej. Wówczas uciec się trzeba, jak wyżej wspomniałem, do dokładnego przepłukania części przedniej przed oddaniem moczu. Gdy dwoinki wiewiórowe dostaną się poza zwieracz zewnętrzny, t. j. poza tę granicę cewki moczowej, w której dotąd mięsień ten stanowił przeszkodę dla dalszego ich posuwania się, zmienić się musi nasze postępowanie lecznicze. Gdy przy zajęciu części przedniej dwoinki, jako nieprzekraczające tej granicy, dosięgnąć mogliśmy zwykłemi wstrzykiwaniami mniej lub więcej łatwo, to poza tą granicą, skutkiem przeszkody, jaką stanowi mięsień będący w stałym skurczu, zwykłemi wstrzykiwaniami strzykawką tryprową dosięgnąć dwoinek nie możemy. Wskazane są zatem te sposoby lecznicze, które umożliwiają przejście tej granicy. Posługujemy się też niemi w całej pełni, ale z pewnem zastrzeżeniem: nie w chwili, gdy sprawa chorobowa jest u szczytu. Objawy ostre, takie, jak parcie na mocz, bóle, częstość oddawania moczu, krwawienie końcowe, są przeciwwskazaniem do zabiegów miejscowych. Tu należy ograniczyć się do stosowania środków wewnętrznych (jedynie teraz wskazanych), do tzw. środków balsamicznych i środków odkażających. Obok tego zaostrzenie przepisów djetetycznych, o ile można ograniczenie ruchów, ciepłe kąpiele, czasem środki uśmierzające ból. Nieźle działają i środki moczopędne. Zbytecznem byłoby wyliczać poszczególne środki tej grupy. Jest ich cały szereg, a ilość ich odpowiada raczej nieuzasadnionej wierze w ich skuteczność, niż ich skuteczności istotnej. Notthafft na podstawie najnowszych zestawień dowiódł dostatecznie, że jedynie w okresie ostrym zajęcia części tylnej, łagodzą one nieco i skracają czas trwania ostrych objawów. Obojętnem jest, jakiego środka balsamicznego użyjemy, a możemy je naogół niemal wszystkie zastąpić środkami, którym przypisuje się działanie odkażające, takiemi jak: salicylan sodowy, salol, urotropina, heksal, helmitol i t. p. Najtańszy z nich: salicylan sodowy, obok tego napar ziółek moczopędnych (Rp. *Fol. Bucco*, *Fol. Uvae ursi*, *Herba Chenopod. aa*) zastąpi znakomicie wszystkie środki droższe, bynajmniej nie skuteczniejsze. Przy tem prostem i taniem leczeniu objawy ostre w przeciągu 5—7 dni (często rychlej) ustępują i pozwalają przystąpić do leczenia miejscowego, przedtem przeciwwskazanego. I tu, opierając się na własnem doświadczeniu, zalecałbym przedewszystkiem przepłukiwania sposobem Janeta. Sposób ten, o ile chodzi o leczenie części tylnej, bez powikłań, nie zawodzi nigdy, co więcej może być wskazówką do poszukiwania niedostrzeżonych dotąd powikłań, jak zapalenie gruczołu krokowego lub miedniczek nerkowych. Przepłukiwania sposobem Janeta, wykonywane dobrze, oczyszczają mocz II, przedtem mętny, niemal niezawodnie w przeciągu 8—10 dni. Jest to wynik tak częsty i tak zwykły, że jeśli po 10 przepłukiwaniach, co dnia wykonywanych, zmętnienie II. części moczu nie ustępuje, to powinno to być dla nas wskazówką, że prócz zajęcia części tylnej wchodzi w grę inne powikłanie. Wówczas należy zbadać gruczoł krokowy, pęcherzyki nasienne, a gdy badanie da wynik ujemny, myśleć należy o zajęciu miedniczek nerkowych.

Przepłukiwanie sposobem Janeta w leczeniu tylnej części cewki moczowej (i pęcherza) oddaje tak cenne usługi, że uważam za odpowiednie zwrócić na ten zabieg nieco bliższą uwagę. Jest to przedewszystkiem jeden z najprostszych i najmniej ryzykownych sposobów leczenia części tylnej, a ma tę zaletę, że, posługując się nim, unikamy wprowadzania do cewki moczowej cewników. Zestawienie przyrządu Janeta jest bardzo proste. Zwykły szklany irygator, dający się ustawiać na zmiennej wysokości i odpowiednio do cewki moczowej dostosowana nasadka, oto całe urządzenie. Dobór nasadki nie jest rzeczą obojętną. Należy zarzucić nasadki z odpływem wstecznym, bo te nie odpowiadają zadaniu. Przy użyciu nasadek z odpływem wstecznym jedynie pierwszy strumień płynu leczniczego dosięga zwieracza zewnętrznego cewki, dalszy wraca otworem odpływowym nasadki, nie krążąc wcale w cewce (o ile chodzi o jej część przednią, bo przy zamierzonem przepłukaniu części tylnej szczelinę odpływu musimy zatkać palcem). Jedynie nasadki proste, cylindryczne, bez odpływu, odpowiadają celowi. Zarzut, jakoby nasadki takie nie nadawały się do przepłukiwania części przedniej, należy odeprzeć z dwu powodów: po pierwsze leczenie sposobem Janeta ma główne (choć nie wyłączne) zastosowanie w leczeniu części tylnej, a tu zależy na utrudnieniu, a nie na ułatwieniu odpływu, powtóre regulowanie odpływu zależy od nas samych. Jeżeli chcemy przepłukiwać sposobem Janeta jedynie część przednią cewki moczowej, to uczynić to łatwo i z większym dla chorego pożytkiem przy użyciu zwykłej nasadki obłej bez odpływu. Puszczamy po prostu płyn z irygatora, regulując jego dopływ tak, by doszedł do zwieracza zewnętrzego cewki. Skoro poczujemy, że cewka jest należycie rozszerzona, odejmujemy nasadkę od ujścia cewki, płyn w niej nagromadzony wypuszczamy i na nowo go wpuszczamy, powtarzając ten zabieg dowolnie. Tak postępujemy, gdy nam zależy na przepłukaniu sposobem Janeta części przedniej (zresztą zbytecznem, bo ten sam zabieg, o ile chodzi o część przednią cewki, wykonać możemy zwykłą strzykawką).

Gdy jednak używamy sposobu Janeta do tych celów, do jakich właściwie używać się go powinno, celem naszym nie będzie przepłukanie części przedniej, ale (na to kładę nacisk) głównie części tylnej. Granicą między częścią przednią a tylną cewki moczowej jest, jak już wyżej wspomniałem, zwieracz zewnętrzny pęcherza, pozostający w stałym skurczu. Granicę tę przejść możemy przy użyciu pewnej siły mecha-

nicznej, bądź stałej, bądź płynnej. Siłą stałą posługujemy się, używając cewników, siłą płynną, używając sposobu Janeta. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że wprowadzenie płynów do części tylnej cewki moczowej i pęcherza sposobem Janeta ma bezwzględną wyższość nad użyciem cewników. Cewnik sprawiać może jakiekolwiek, choćby najdrobniejsze urazy mechaniczne, płyn wprowadzany pod miernem ciśnieniem z pewnością ich nie wywoła. Dlatego najmniej ryzykownem, najbardziej chroniącem od wszelkich powikłań przy leczeniu wiewióra części tylnej jest użycie sposobu Janeta. Przepłukiwania sposobem Janeta rozpoczynamy, jak zaznaczyłem wyżej, dopiero po ustąpieniu ostrych objawów, a wykonujemy je codziennie, używając na jedno posiedzenie około $1-1\frac{1}{2}$ litra płynu. Rozczynów używamy ciepłych (do 40° C), a to z dwu powodów: po pierwsze dlatego, że przy użyciu płynów ciepłych zwieracz zewnętrzny łatwiej zwalnia, a płyn swobodnie dostaje się do pęcherza, powtóre dlatego, że rozczyn ciepły osłabia łatwiej dwoinki wiewiórowe, niż zimny, zwiększa przy tem przekrwienie i jak się zdaje, przez to przekrwienie działa leczniczo. Niektórzy w tem przekrwieniu jedynie upatrują działanie lecznicze przepłukiwań Janeta.

Najczęściej posługujemy się do tych przepłukiwań rozczynem nadmang. potasowego w stężeniach 1 : 4000—1 : 3000—1 : 2000. W wyjątkowych przypadkach, gdy zależy na silnem zadziałaniu, możemy użyć rozczynu novarganu, argoniny lub protargolu, w rozcieńczeniach 1 : 1000, lub hydrarg. oxycyanatum w rozcieńczeniu 1 : 8000—1 : 5000 wyjątkowo 1 : 2000. Przed płukaniem chory powinien oddać mocz. Rozpoczynając zabieg, przepłukujemy naprzód część przednią cewki, przykładając nasadkę szklaną na krótko tylko do ujścia cewki i wpuszczając do cewki około 15 cm^3 płynu, tj. tyle, by ją całkowicie wypełnić i należycie rozciągnąć. Skoro pod palcami czujemy, że cewka jest należycie wypełniona, odejmujemy nasadkę i wypuszczamy płyn z cewki. Wyrzucenie płynu z cewki z pewnem napięciem dowodzi, że istotnie błona śluzowa była rozciągnięta. Zabieg ten powtarzamy 5—8 razy, poczem przycisnąwszy nasadkę do ujścia cewki, staramy się płyn wprowadzić do części tylnej i do pęcherza. Polecamy choremu, by próbował oddawać mocz. Przy tej próbie skurcz zwieracza ustępuje, a płyn przedostaje się do części tylnej i do pęcherza. Wprowadzamy przy pierwszem płukaniu około 300 cm^3 płynu, polecamy choremu oddać tę ilość do szklanki, badamy, o ile płyn się zmienił (nadmanganian skutkiem oddania tlenu zmieni barwę) i zabieg bezpośrednio potem stosujemy w ten sam sposób po raz drugi, tym razem bez płukania części przedniej. Płyn oddany teraz ma najczęściej barwę niezmienioną i wskazuje, że przepłukiwanie było dokładne. Przy przepłukiwaniach, przedsiębranych w dniach najbliższych, wprowadzamy zwyczajnie już większą ilość rozczynu nadmanganianu potasowego (około 500 cm^3), a to w tym celu, by, wypełniwszy i rozszerzywszy pęcherz moczowy, wyrównać jego fałdy, a przez to całą powierzchnię błony śluzowej przemyć dokładnie.

U chorych wrażliwych przepłukiwanie sprawia czasem pewne trudności. Mimo wezwania do oddawania moczu chorzy nie umieją zwolnić zwieracza, co więcej przez skurcze mięśni opuszkowo-jamistych (*m. bulbo-cavernosi*) wypychają płyn z cewki. Należy wówczas uciec się do wybiegu i przez rozmowę z chorym, przez polecenie czynienia głębokich wdechów, przez odwrócenie uwagi chorego od części rodnych, często przez przeczekanie chwilowego skurczu należy stopniowo dążyć do przezwyciężenia trudności. Wieszanie irygatora ponad zwykłą przepisaną wysokość ($1\frac{1}{2}$ m ponad poziomem chorego) nie wiedzie zwyczajnie do celu, bo płyn, uderzając teraz z większem ciśnieniem o mięsień, pobudza go raczej do nowych, tem silniejszych skurczów. Wskazane jest w tych przypadkach raczej obniżenie irygatora. Przy zmniejszeniu ciśnienia płyn niepostrzeżenie przeciśnie się przez przeszkodę. Przy żadnym sposobie leczenia wyciek ropny części przedniej nie ustępuje tak szybko, jak przy przepłukiwaniach sposobem Janeta. To też używam tego sposobu wyjątkowo i przy leczeniu części przedniej, ale nie używam nigdy nasadek z odpływem. Płuczę tak samo i według tych samych zasad, jakbym miał leczyć część przednią i tylną.

Przeniesienia wiewióra na część tylną nie obawiam się w tych przypadkach, przepłukuję przecież starannie naprzód część przednią, a gdyby nawet przyjąć, że z płynem dostać się mogą dwoinki wiewiórowe do części tylnej, to dostać się tam mogą jedynie z płynem odkażającym, a więc co najmniej osłabione, i to na błonę śluzową również płynem odkażającym zwilżoną. A zresztą przepłukuje się na każdem posiedzeniu dwukrotnie, co jeszcze więcej zmniejsza prawdopodobieństwo zakażenia. W zasadzie pamiętać należy, że przepłukiwania sposobem Janeta służyć mają do leczenia części tylnej i mają zastąpić użycie cewnika, wskazane tylko w wyjątkowych przypadkach, takich np. jak niemożność oddania moczu, wywołana bardzo znacznym obrzękiem zapalnym lub powikłaniami ze strony gruczołu krokowego.

Skoro pod wpływem przepłukiwań sposobem Janeta II. część moczu oczyści się zupełnie, a badaniem szczegółowem nie stwierdzimy żadnych dalszych powikłań, zaprzestajemy chwilowo dalszego leczenia części tylnej, a zalecamy leczenie części przedniej wstrzykiwaniami według wskazań wyżej przytoczonych. Obawa, jakoby zaprzestanie leczenia wiewióra części tylnej (bez innych powikłań) mogło być źródłem zakażenia części przedniej (teoretycznie może uzasadniona), okazuje się w praktyce płonną. Wiemy z doświadczenia klinicznego, że wiewiór części tylnej cewki moczowej ustępuje łatwiej pod wpływem leczenia, niż wiewiór części przedniej. Odmienna budowa błony śluzowej tylnej części cewki moczowej nie sprzyja, jak uczy doświadczenie kliniczne, rozwojowi dwoinek wiewiórowych i dlatego nie należy się obawiać nowych zakażeń części przedniej od strony części tylnej cewki moczowej. Część przednia cewki moczowej, jeszcze wiewiórem dotknięta, nie ulegnie zakażeniu zwiększonemu (superinfekcji), bo to jest rzadkością, zwłaszcza jeżeli chodzi o własne dwoinki wiewiórowe, a powtóre, gdyby nawet tak było, to możliwość ta jest mało prawdopodobną wobec działania środków leczniczych, stosowanych stale do części przedniej. Warunki rozwoju są dla dwoinek wiewiórowych z obu względów jak najbardziej niekorzystne. Działają tu dwie siły: siła ochronna tkanek (choćby miejscowa) i ciągłe niszczenie dwoinek środkami bakterjobójczemi. Za słusznością tego przypuszczenia przemawia doświadczenie kliniczne. Wiewiór części przedniej i tylnej tak leczony (o ile nie ma innych powikłań) nie budzi poważniejszych obaw co do możności doszczętnego wyleczenia. Leczenie trwa zwyczajnie nieco dłużej, niż leczenie wiewióra części przedniej, ale średnio nie przekracza 10—12 tygodni. Pamiętać jednak należy, że w leczeniu wiewióra części tylnej kontrola objawów chorobowych powinna być jak najściślejsza; wkraplań azotanu srebrowego w stężeniach $\frac{1}{4}-\frac{1}{2}-1-1\frac{1}{2}-2\%$ nie wolno nam zaniechać. Wkraplania te, wykonane sposobem Guyona lub Ultzmanna, mają zakończyć leczenie. Że działają leczniczo i zarazem prowokacyjnie, wspomniałem powyżej. Czy wynik ich osądzić jako prowokację, czy jako zupełne wyleczenie, musi w każdym przypadku rozstrzygać badanie mikroskopowe, i to kilkakrotne, teraz, pod koniec leczenia, i po ukończeniu leczenia szczególniej wskazane.

Oceny i sprawozdania.

Wyszedł 1-szy zeszyt kwartalnika klinicznego **szpit. Starozak. w Warszawie**, zawierający kilka rozpraw, jak Z. Flataua — Szpital wobec potrzeb i nakazów nauki, J. Szwejcera — W sprawie racjonalnej rozbudowy szpitala Starozakonnych, S. Goldflama — O skurczu rozciągowym mięśni przeciwniczych, S. Klejna — O cholesterynemji, J. Rotstadta. Lecznictwo szpitalne, a terapja fizykalna, D. Szenkiera O samoistnem moczeniu krwawem, M. Bornsteina — O psychologicznej podstawie klasyfikacji psychjatrycznej. B. Grynkrauta — Pneumoperitoneum; prócz tego znajdujemy tam życiorys Stanisława Pechkranza, zmarłego w r. 1921 ordynatora szpitala Star. W końcu rozpoczęto druk sprawozdań z posiedzeń naukowych, które się odbywały w szpitalu Staroz. w r. 1921. Z uznaniem należy powitać ten nowy dowód widomy pracy naukowej w naszych szpitalach.

Dowód to nie pierwszy w tych czasach, gdyż szpit. Dz. Jezus wydał już w r. 1916 I. zeszyt pamiętnika klinicznego, zawierający sprawozdania z posiedzeń klinicznych, które się odbywają bez przerwy co 2 tygodnie. Dłuższe rozprawy drukowane były w Gazecie lekarskiej, 2-gi zeszyt wyszedł w r. 1917. Dalsze wydawnictwo uległo zwłoce wskutek nagłego wzrostu kosztów drukarskich, zostało jednak wznowione, i w r. 1921 wyszedł 3-ci i 4-ty zeszyt, zawierający w skróceniu sprawozdania z posiedzeń w r. 1918 i 1919. Dalsze zeszyty są już przygotowane do druku. Sprawozdania z bieżących posiedzeń będą drukowane w Polskiej Gazecie lekarskiej, ważniejsze, dłuższe rozprawy, jak dotąd, w czasopismach lekarskich.

W r. 1918 wyszedł w pięknem wydaniu pamiętnik szpitala **Ś. Ducha** za rok 1916 pod redakcją Dr. A. Leśniowskiego, zawierający prócz sprawozdań z posiedzeń klinicznych, «Rzut oka na przeszłość Szpitala i sprawozdania z ruchu chorych na poszczególnych oddziałach«.

Trzeba mieć nadzieję, że ruch naukowy w naszych szpitalach, nie gasnący nigdy, nawet w najcięższych okolicznościach, zacznie się uwydatniać coraz więcej w naszem piśmiennictwie lekarskiem, które wegetowało przez lat kilka z powodu wojny, braku lekarzy, odciągniętych chwilowo od pracy naukowej przez pracę na polu walki z wrogiem i epidemjami. Niemałe znaczenie w tym zastoju, miało nadmierne podniesienie kosztów druku i materjalne zubożenie społeczeństwa.

P.

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Münchener Medizinische Wochenschrift.
Nr. 38. 1921.

Zweifel. **O znaczeniu wczesnego rozpoznania dla trwałego wyleczenia raka macicy.** Autor wykazuje na podstawie statystycznej, jak wielki procent kobiet, cierpiących na raka macicy, można wyleczyć, o ile tylko odda się je we wczesnym okresie choroby w ręce specjalistów, chirurgów czy radjologów. Podaje zarazem w skróceniu wczesne objawy raka macicy.

Kehrer. **Znaczenie badania przez odbytnicę u ciężarnych i rodzących.** Badanie przez obytnicę chroni przed zakażeniem i następową gorączką połogową, przyczem we wszystkich prawie przypadkach, przy dostatecznej wprawie, daje takie same wyniki, jak badanie przez pochwę. Autor w dalszych wywodach zbija zarzuty, stawiane przez przeciwników powyższej metody, opierając się na własnem doświadczeniu 15-to letniem oraz na zapodaniach innych, jak Krönig, Ries, Gauss i i.

Plaut i Mulzer. **Badania nad zmianami płynu mózgowo-rdzeniowego u królików normalnych i zakażonych kiłą.** Dalsze badania nad zmianami, wywołanemi przez zakażenie kiłowe w płynie mózgowo-rdzeniowym królików. Autorzy uważają, że powiększenie ilości komórek w płynie dowodzi istnienia zmian kiłowych w systemie nerwowym. Dalsze badania w toku.

Rimpau i Keck. **Z praktyki leczenia szczepionkami.** Próby leczenia szczepionkami, wytworzonemi z zarazków choroby własnej (*autowakcynami*), wykazały w wielu przypadkach dodatnie wyniki. Wyleczenie następowało, zwłaszcza w umiejscowionych zakażeniach rzadziej, lub wręcz zawodziło przy zakażeniach ogólnych. Czyraczność, zapalenia miedniczki nerkowej i pęcherza, zapalenia ucha średniego i i. stanowią, przy dobrem indywidualizowaniu i dawkowaniu stosownie do wywołanego odczynu oraz stanu organizmu, wdzięczne pole dla leczenia »autowakcyną«. Próby te wykazały przedewszystkiem wyższość wspomnianej terapji nad szczepionkami gotowemi, jak np. »Opsonogen« czy »Leukogen«.

Prinz. **Leczenie przy pomocy stosowania podniet przez podanie wewnętrzne.** Na szeregu doświadczeń porównawczych badał autor stosunek działania na organizm Yatrenu, błękitu metylenowego i i. przy podaniu wspomnianych środków doustnie i pozatrzewiowo. Badania wykazały, że w obydwu wypadkach wyniki są takie same lub conajmniej bardzo podobne. Dalsze badania nad działaniem produktów rozpadu tkanek (przy zastrzyknięciu destylowanej wody) wykazały wyniki podobne, jak przy stosowaniu wyżej wspomnianych środków.

Paulsen. **Objawy zadomowienia u człowieka.**

Moerchen. **Histerja.** Autor rozpatruje przyczynę t. zw. »neurozy«, szczególnie »neurozy wojennej«, która obejmuje częściowo to, co dotychczas nazywano histerją. Powodem neurozy jest, jak tego nauczyły nas czasy wielkiej wojny, konflikt między popędem samozachowawczym a etyką i obowiązkami wobec innych (społeczeństwo). Słabe charaktery, które nie mają dość sił, by podołać tej walce, popadają w neurozę. Podobnie i obecnie jeszcze złe warunki powojenne stawiają ludzi w podobne położenie, toteż i dziś jeszcze spotykamy się z licznemi objawami »neurozy powojennej«. Autor zwraca uwagę na wielkie znaczenie psychoanalizy, która w przeciwstawieniu do czasów przedwojennych każe nam głębiej poznać psychikę takich chorych.

Sippel. **Zwichnięcia stawu biodrowego u noworodków i inne wrodzone zniekształcenia.** Przypadek wrodzonego zwichnięcia stawu biodrowego, w którym autor widzi skutek mechanicznego ucisku na płód w macicy. Rozbiór przypadku z podaniem zdjęć rentgenologicznych.

Hirsch. **Wpływ obowiązkowego stosowania środków zapobiegawczych oraz przymusu zgłaszania w przypadkach śluzoropotoku spojówek u niemowląt.** Autor wykazuje na podstawie statystyki dodatni wpływ na zmniejszenie się zachorzeń, również i śmiertelność zmniejszyła się z 5% w r. 1907 na 1% w roku 1912, roku zaprowadzenia powyżej wymienionych obowiązków.

Wederhake. **Uśpienie pięciominutowe.** Do szczelnie przylegającej maski wlewa się 3 gr. chloroformu, przyczem chory liczy do 20, z tą chwilą dolewa się 15—20 gr. eteru, poczem chory liczy jeszcze mniejwięcej do 30. Uśpienie trwa około 5-ciu minut, w czasie których można spokojnie wykonać mniejsze zabiegi operacyjne.

Löwenstein. **Fizjologiczne zastąpienie czynności porażonego mięśnia czworogłowego uda.** Przypadek fizjologicznego zastąpienia czworogłowego mięśnia uda przez mięsień napinający powięź szeroką uda.

Friedländer. **Miareczkowanie mocznika w moczu dla celów klinicznych.**

Detzel. **Wrodzona przetoka szyjna.**

Flatau. **Rozpoznanie w przypadku ciąży pozamacicznej.** Krótki referat dla praktyki. *B. Piechowski* (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Choroby wewnętrzne.

Archives of internal medicine.
Marzec 1921.

R. Gibson, F. Marton. **Stosowanie wyciągu z przysadki mózgowej oraz histaminy w przypadku moczówki prostej.** Autorowie spostrzegali dosyć ciężki przypadek moczówki prostej u 24-letniego mężczyzny, który poprzednio przechodził kiłę; przekłuciem lędźwiowem starali się sprawić ulgę choremu przez zmniejszenie ucisku na przysadkę mózgową. Wstrzykiwania podskórne wyciągu z przysadki mózgowej czasowo zmniejszały niewiele ilość moczu. Histamina wywierała wpływ podobny, lecz słabszy. Zarzucono wkrótce wstrzykiwania jej, gdyż rozszerzanie się naczyń obwodowych powodowało bardzo silny ból głowy i wyczerpanie. Podawanie dowewnątrz wysuszonej przysadki mózgowej miało swój wpływ doraźny, lecz bardzo niewielki. Po wstrzykiwaniach zmniejszała się zwykle ilość moczu z 15 na 10 litrów na dobę i wzmagało się nasycenie moczu, stan taki trwał kilka dni. Przemiana azotowa odbywała się, jak u człowieka normalnego, któremu dano pić dużo wody. Zahamowania się wytwarzania cukru nie zauważono. We krwi znajdowano prawidłowe ilości mocznika, kreatyniny, chlorków, prawidłowe białka plazmy. Spora ilość znajdowanego we krwi kwasu moczowego tłómaczy się jako wpływ podobny do działania wyciągu przysadki w przypadkach, gdzie nie grają roli gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem.

H. Bumpus, J. Meisser. **Stosunek ogniskowego zakażenia do doborowego umiejscowienia paciorkowców w zapaleniu miedniczek nerkowych.** Prace Rosenowa, dotyczące doborowego umiejscowienia paciorkowców dowiodły, że zakażenie, wychodzące z jamy ustnej, może spowodować zapalenie miedniczek nerkowych, gdyż drobnoustroje te posiadają szczególne powinowactwo z przewodem moczowym. Nieraz, dopóki ogniska miejscowego nie usunie się z jamy ustnej, leczenie dróg moczowych posiada znaczenie tylko łagodzące. Autorowie zbadali szereg chorych z zapaleniem miedniczek nerkowych (podostrem) i jednoczesnem zakażeniem zębowem. Za pomocą wyosabniania paciorkowców z ognisk i dożylnych wstrzykiwań otrzymanych hodowli królikom (27 wstrzyknięć) starali się przekonać o zależności wzajemnej tych stanów chorobowych. 24 razy autorowie otrzymali uszkodzenia nerek, 8 razy pęcherza, 4 razy mięśni, 3 razy żołądka, 2 razy mięśnia sercowego, 4 razy tkanki łącznej. Przy pierwszem przeprowadzaniu drobnoustrojów przez zwierzęta zauważono w 89% uszkodzenia nerek, przy powtórnem w 63%, przy trzeciem w 50%. Autorowie są zdania, że zapalenie miedniczek nerkowych może zależeć od przenikania paciorkowców z ognisk zakażeniowych wskutek doborowego powinowactwa w stosunku do dróg moczowych, a lasecznik okrężnicy, uważany zwykle za przyczynę choroby, posiada wtedy znaczenie podrzędne, wtórne.

R. Fitz. **O stosunku hypertyreoidyzmu do moczówki cukrowej.** W r. 1906 Fryd. Müller omawiał na zjeździe lekarskim pewien typ cukrzycy, stojący w związku z powiększeniem się gruczołu tarczowego. W piśmiennictwie europejskiem liczne potem zjawiły się opisy, lecz w Ameryce sprawa ta mało stosunkowo była poruszaną. Autor zestawia odnośne przypadki ze Szpitala Głównego w Massachusetts oraz z kliniki Mayo.

Serja I. zawiera 5 przypadków moczówki cukrowej, skojarzonej z nietoksycznem powiększeniem się gruczołu tarczowego (przypadki nieoperowane). Serja druga — 4 przypadki z moczówką umiarkowaną (część tarczycy usunięto operacyjnie bez większego wpływu na moczówkę cukrową). Serja III. z wyraźną chorobą Basedowa wykazuje, iż powikłanie moczówką cukrową staje się groźnem w tych razach (przypadki nieoperowane). Wreszcie serja IV. zawiera 9 przypadków gruczolaków tarczycy z objawami toksycznemi (operowanych za pomocą podwiązywania naczyń lub częściowego wycięcia tarczycy).

Zbyt to mało spostrzeżeń, aby ustalić sobie pogląd na wskazania do operacji.

Naogół kojarzenie się cukrzycy z nadmiernem wydzielaniem gruczołu tarczowego spotykamy dotyć rzadko, jest to rzecz prawdopodobnie przypadkowa. Cukrzycę odnajdujemy zwykle już po zjawieniu się zaburzeń w wydzielaniu tarczycowem, lecz może ona i poprzedzać te ostatnie. Ciężkość i stopień tych zachorowań idą zwykle równolegle. Nie mamy podstaw do ustalenia wniosku, że samo tylko częściowe wycięcie gruczołu tarczowego wywiera wpływ leczniczy na cukrzycę. Tam, gdzie w przypadkach z objawami zatruciowemi osiągano poprawę po operacji, występowała ona nie wskutek częściowego usunięcia tarczyny, oraz ilościowego zmniejszenia się jej czynności, lecz dzięki zmianom następczym w przemianie materji. *Julian Drac* (Warszawa).

Heart.
A. Journal for the study of the circulation.
Vol. VIII. 4. 1921.

C. U. Moore i F. R. Menne. **Opis przypadku wrodzonej wady serca człowieka, powodującej krążenia podobne, jak u płazów.** U dziecka, które zmarło w 6 dniu życia, a wykazywało objawy sinicy, a szczególnie podczas krzyku powiększenie stłumienia serca i dwa szmery słyszalne nad całym obszarem, stwierdzono na stole sekcyjnym: zupełny brak przegrody między-komorowej, brak zastawki dwudzielnej, na jej miejscu zupełne odgrodzenie lewego przedsionka od komory, z przedsionka tego prowadził do prawego otwarty otwór owalny, przedsionek prawy miał normalną zastawkę trójdzielną, z jednej komory odchodziła duża tętnica płucna i bardzo wązka tętnica główna, łączące się otwartym przewodem Botalla. Żyły płucne i główne w miejscu właściwem. Krew żylna przechodziła tedy całkowicie do przedsionka prawego, stąd do komory i tętnicą płucną dostawała się do krążenia, częścią zaś wracała tętnicą główną nazad do serca. Krążenie, podobne jak u zimnokrwistych, u człowieka życia utrzymać nie mogło.

D. C. Wilson. **Znaczenie podrażnienia nerwu błędnego w częstoskurczu napadowym pochodzenia przedsionkowego.** Opis przypadku, w którym serce w czasie napadu rozszerzało się o 2.5 cm, a amplituda ciśnienia była bardzo mała; spowodowało to, być może, napady niemoty, porażenia jednostronnego i zgorzel ramienia. Później rozwinęły się (prawdopodobnie na podstawie zmian mózgowych) napady padaczkowe. Podrażnienie nerwu błędnego przez ucisk szyji, gałek ocznych lub głęboki wdech, natychmiast przerywało napady. Gdy chory się nauczył sam stosować takie zabiegi, był wolny od wszelkich napadów.

Archives of internal médicine.
Vol. 28. Nr. 6. Grudzień 1921.

G. R. Minot i L. W. Smith. **Zmiany we krwi, występujące przy zatruciu czwórchloretanem.** Ponieważ zatrucie czwórchloretanem (substancją używaną m. i. przy wyrobie aeroplanów) wywołuje toksyczne zapalenie wątroby z bardzo groźnemi objawami, autorzy przedsięwzięli w pewnej fabryce szereg porównawczych badań krwi, celem stwierdzenia, czy obraz krwi nie mógłby dać wskaźnika co do początku i rokowania cierpienia. Okazało się, że ludzie narażeni na działanie czwórchloretanu, wykazują przed wystąpieniem objawów klinicznych stale zmiany we krwi, a to: 1) wzrost wielkich jednojądrzastych aż do 56% ilości białych ciałek, 2) lekka ogólna leukocytoza, 3) lekka postępująca niedokrewność, 4) mały wzrost ilości płytek. Więcej jak 12% wielkich jednojądrzastych jest pierwszym znakiem zatrucia i wskazania do obserwacji takich ludzi; niekoniecznie jednak wszyscy muszą wykazywać cięższe objawy zatrucia. Obecność większej ilości form młodych jednojądrzastych wskazuje na stan groźniejszy.

C. A. Mc. Kinlay. **Wpływ wyciągu tylnego gruczołu przysadki na podstawową przemianę materji u ludzi zdrowych oraz dotkniętych zaburzeniami w wewnętrznem wydzielaniu.** Różni autorowie widzieli zmianę w jednym gruczole po schorzeniu lub wycięciu drugiego (np. szczury bez tarczycy dobrze rosną po podaniu przedniego płatu przysadki). Wstrzyknięcie wyciągu z tylnego płatu u chorych z obrzękiem śluzowym powoduje o wiele większy spadek ciśnienia jak u zdrowych (Porak itd.) Autor oznaczał zapomocą przyrządu Haldane'a pośrednio wytwarzanie ciepła u ludzi zdrowych, chorych na zaburzenia przysadki i niedomogę tarczycy, oraz osób zdrowych i na tarczycę niedomagających, którym podano tyroksynę[1]) Okazało się, że:

1. zdrowi ludzie odpowiadają na podskórne wstrzyknięcie przysadki wzmożoną przemianą materji,
2. u ludzi z niedomogą tarczycy, przemiana materji była raczej zmniejszona, co pozwala wnioskować, że przysadka wzmaga produkcję ciepła tylko w obecności zdrowej tarczycy,
3. w 4 przypadkach zmniejszonej przemiany materji, w których były objawy zaburzeń gruczołów dokrewnych poza tarczycą, odpowiedź na wyciąg z przysadki była dodatnia,
4. zdrowi ludzie, którzy przedtem dostali tyroksynę, po przyjęciu przysadki okazują bardziej wzmożoną przemianę, niż bez tyroksyny. Śluzakowaci po tyroksynie oddziaływują na przysadkę ujemnie.

Świadczyłoby to o współdziałaniu obydwu gruczołów, a zarazem o tem, że dla dodatniego działania przysadki potrzeba zdrowej tarczycy, a nie wystarcza chwilowe podrażnienie tyroksyną.

G. B. Wallace i E. J. Pellini. **Trucizny naczyń włosowatych, a kwaśnica.** Wychodząc ze założenia, że ciała działające trująco na naczynia włosowate, jak histamina, sole uranowe, kantarydyna, emetyna, toksyna błonicza, sepsyna i złoto, powodują przez uszkodzenie przepuszczalności ścian zaburzenie w utlenianiu tkankowem, a więc kwaśnicę. Autorzy oznaczali kwasotę krwi przed i po wstrzyknięciu powyższych ciał.

[1]) „Hormon" tarczycowy.

Okazało się, że: 1. jady, działające ogólnie na naczynia włosowate, jak toksyna błonicza, uran i kantarydyna, wytwarzają znaczny stopień kwaśnicy, 2. uszkodzenie nerek nie ma znaczenia przy tem, gdyż obustronne wycięcie nerek nie powoduje kwaśnicy, którą można wywołać znowu przez odpowiednie zatrucie takiego zwierzęcia, 3. jady działające tylko na naczynia włosowate jelit, jak emetyna i podofilotoksyna, nie wywołują kwaśnicy, albo tylko w słabym stopniu, 4. uszkodzenie wątroby zapomocą arsenu nie wywarło wpływu na stopień kwasoty, 5. pewne wyniki pozwalają przypuszczać, że tworzenie się kwasu na miejsce w mięśniu, i że 6. powodem kwaśnicy jest niedostateczne utlenienie (*suboxydation*) tkankowe, gdyż powstaje po zatruciach, upośledzających dopływ tlenu, jak methemoglobinemia, albo po zatruciu azotynem sodu, albo też upośledzających utlenianie, jak zatrucie cyankiem potasu. Autorzy sądzą, że kwaśnica w pewnych zakaźnych chorobach (płonica, błonica, grypa, zapalenie płuc), jest spowodowana przez ciężkie zatrucie naczyń włosowatych.

G. M. Mackenzie. **Miejscowe odczulenie u ludzi przeczulonych i znaczenie tegoż dla leczenia gorączki siennej.** Jeżeli wśródskórnie wstrzyknąć wyciąg z białka plemnikowego itp. ciała, względem którego dany osobnik jest przeczulony, to wrażliwość skóry danego miejsca ma to ciało trwa do 3 dni. Wyczerpanie jest swoiste i odnosi się tylko do ciał tworzących antygeny, gdyż np. histamina powodująca również odczyn skórny, ale nieantygenowy, wyczerpania danego miejsca po sobie nie zostawia. Prawdopodobnie nastąpiło wiązanie antygenu z niwecznikiem. Można to spostrzeżenie zużytkować do leczenia gorączki siennej, »allergicznego« nieżytu nosa i innych stanów anafilaksji błony śluzowej nosa. Przez codzienne podawanie działającego ciała do wąchania, następuje wyczerpanie wrażliwości błony śluzowej a z tem ustanie napadów.

T. S. Moise. **Pierwotny rak płuc.** Histologiczny opis 5 przypadków. M. sądzi, że trudno mikroskopowo znaleźć pierwotny punkt wyjścia; w powyższych przypadkach obraz przemawiał za oskrzelami lub gruczołami ich śluzówki. We wszystkich przypadkach przed początkiem cierpienia były stany zapalne płuc m. i. grypy. Przemawia to za teorją powstawania nowotworów na miejscach drażnionych; ciekawe jest, że pogrypowe zmiany w płucach wykazują nagromadzenie komórek przybłonkowych, bardzo podobne do rakowych. Nasuwa to myśl o przechodzeniu tego stanu w prawdziwe rakowe zwyrodnienie.

P. Bailey i F. Bremer. **Doświadczalna moczówka prosta.** Autorzy odsłaniali po przez skroń podstawę mózgu i nie naruszając przysadki wykonali różne cięcia w okolicy *hypothalamus*. We wszystkich przypadkach zranienia okolicy parainfundibularnej nastąpiło obfite moczenie, trwające kilka dni, niekiedy trwałe. Do ostatnich przypadków dołączały się objawy dystrofji tłuszczowo-płciowej. Moczenie obfite trwałe miało wszystkie cechy moczówki prostej u człowieka, a więc zdolność stężania moczu po podaniu małej ilości płynu, wstrzyknięciu wyciągu z przysadki lub podczas gorączki, natomiast wielkie moczenie po podaniu chlorków, niewrażliwość na teobrominę. Zjawisko nie zależy od zaburzeń nerwowych lub naczyniowych, gdyż powstaje także u zwierząt pozbawionych nerwów nerkowych. Uszkodzenie *tuber cinereum* u dwóch psów wytworzyło obraz dystrofji i moczówki, wielkie jednak uszkodzenie pies przypłaca życiem. Cukromocz pojawiał się niekiedy i zależał od stanu odżywiania psa. Inne uszkodzenia podstawy mózgu wywołały tylko cukromocz, ale nie moczenie obfite. Stosunek ciałek sutkowych (*corpora mamillaria*) do moczenia obfitego nie jest jeszcze pewny. We wszystkich przypadkach przysadka była nienaruszona; autorzy sądzą, że niema wpływu nawet pośredniego na powstawanie moczówki i dystrofji. Niema dowodu na krążenie fizjologiczne we krwi składnika działającego przysadki, pituitryny, stale powodującego zgęszczenie moczu, a którego brak wywołałby moczówkę względnie dystrofję. Wszystkie dotychczasowe spostrzeżenia eksperymentalne i kliniczne objawów, występujących po wycięciu przysadki, lub stwierdzonego uszkodzenia tejże wykazują brak ścisłości, ponieważ nie uwzględniono możliwości uszkodzenia lejka. Znane są i przypadki kliniczne dystrofji przy przysadce nienaruszonej.

C. Beeler i R. Fitz. **Cukier we krwi, cukromocz i wydalanie wody u otyłych.** Ponieważ Joslin niedawno podniósł częstość związku między otyłością a cukrzycą, przeto autorzy u 32 otyłych oznaczyli znoszenie cukru, podając 100 g. cukru gronowego, przedtem i potem co 2 i 3 godziny oznaczając cukier we krwi i w moczu. Okazało się, że część otyłych wykazuje nadmiar cukru we krwi i powolne wydalanie, należą tedy do stanu przedcukrzycowego utajonego, można się u nich spodziewać wybuchu zwykłej cukrzycy; część chorych okazuje nadmiernie małe ilości cukru we krwi; zdaje się, że u nich z powodu zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu spalenie lub zmagazynowanie cukru odbywa się z wielką szybkością, co może oszczędza tłuszcz i w ten sposób zwiększa otyłość. U takich ludzi nie przychodzi do późniejszej cukrzycy, należy ich leczyć tylko z powodu otyłości i zaburzeń gruczołów dokrewnych. *Ziemilski* (Lwów).

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.
T. 47. Z. 1. 1921.

E. Schulz. **Przewlekłe zapalenie migdałków jako powód zakażenia mieszanego w przypadku gruźlicy płuc.** W ciężkim przyadku wiele lat trwających ciężkich suchot gorączka zależała od zapalenia gardzieli. W plwocinach i w migdałkach — dwoinki i gronkowce. Po wyłuszczeniu migdałków ustąpiła gorączka.

C. Zehner. **O stosunku grypy do gruźlicy.** W sanatorjum w Agra (Szwajcarja) na 166 pensjonarzy zapadło na grypę w r. 1920 — 27 (w latach 1918,19 nikt); przebieg łagodny. W siedmiu przypadkach grypie ulegli chorzy na gruźlicę, w 20 — niegruźlicy (połowa gruźlików przebyła grypę w r. 1918). Autor próbuje, opierając się na teorji Ehrlicha, wytłumaczyć charakter przebiegu grypy u gruźlików.

F. Luithlen. **Obraz krwi, szczególnie ciałek eozynochłonnych, pod wpływem partigenów Deycke-Mucha.** Wzmożenie się ogólnej liczby białych ciałek, zarówno jak wzrost liczby limfocytów, nie ma żadnego związku z przebiegiem choroby. Istnieje natomiast równoległość między tym przebiegiem a wahaniami w ilości eozynochłonnych. W przypadkach pomyślnych widzimy stałą eozynofilję; gdzie tej nie ma, wolno mówić o przypadku nie nadającym się do leczenia partigenami.

Leichtweiss. **Wartość lecznicza stosowania tuberkuliny podług Ponndorfa.** Metoda P. polega na wcieraniu paru kropel tuberkuliny w bardzo powierzchowne nacięcia skóry na ramieniu (15 do 25 nacięć, 3—5 cm. długich) raz na 3 lub 4 tygodnie. Zdania o wartości tej metody są różne, przeważnie ujemne. Autor jest jej zwolennikiem, jakkolwiek przyznaje, że dawkowanie jest tu bardzo niedokładne. Współcześnie stosuje dożylnie roztwór *Calcii chlorati*.

H. Ladebach. **W sprawie odmy sztucznej.** Opis nowego przyrządu. Propozycja zakładania odmy przy pomocy zastrzykiwania roztworu soli kuchennej, w celu uniknięcia zatoru gazowego.

O. Pöhlmann. **Środek przeciw gruźlicy Friedmanna.** Autor nie widział korzyści (22 przypadki), ale jeszcze nie potępia tego środka.

E. Schmidt. **Gruźlica chirurgiczna.** Światło słoneczne, powietrze i dobre warunki sanitarne, obok wytrwałości — są najwłaściwszemi środkami leczniczemi.

H. Kersten. **Gruźlica na oceanie Cichym.** Przebiega zwykle, jak suchoty galopujące, wskutek braku względnej odporności wśród ludności dotąd wolnej od tej zarazy.

Büttner, Wobst i Heineke. **Droga do sanatorjum.** Chorych należy przed umieszczeniem w sanatorjum poddać obserwacji szpitalnej.

R. Peters. **Wartość rozpoznawcza próby Pirqueta na podstawie większej statystyki.** Praca zmierza do tego, że wynik dodatni próby Pirqueta jest dowodem obecności ogniska gruźliczego i lasecników żywych; należy więc leczyć. Obok środków higieniczno-djetetycznych — tuberkulina; prze-

dewszystkiem zaleca autor: wcieranie maści Petruschky'ego (którego asystentem jest autor).

F. Hamburger. **Gruźlica w wieku szkolnym.** Autor prostuje wysokie liczby statystyczne częstości gruźlicy, które w swoim czasie podał, tyczą się nie krajów Europy wogóle, ale ludności miast wielkich.

Frisch i Kollert. **O t. zw. lipazach krwi u gruźliczych.** W przypadkach gruźlicy włóknistej krew zawiera wiele, w przypadkach gruźlicy wysiękowej, mało lipaz. Stała kontrola przebiegu gruźlicy wykazuje wahania ilości lipaz w związku z poprawą i pogorszeniem stanu ogólnego; znać tu wpływ gruczołów dokrewnych. Między ilością limfocytów i ilością lipaz stałej zależności nie spostrzeżono.

H. Gross. **Czy do założenia odmy sztucznej używać tlenu czy dwutlenku węgla.** Badania doświadczalne doprowadzają do wniosku, że dwutlenek węgla o wiele jest właściwszy, ponieważ krew go szybciej pochłania, co zabezpiecza od zatoru gazowego.

K. Peyrer. **O niebezpieczeństwie zakażenia gruźlicą w starszem dzieciństwie.** Opis dwu przypadków zakażenia się sześcioletnich dzieci z następowym przebiegiem śmiertelnym.

S. St. (Łódź).

Chirurgja.

The Lancet.

15 X. 1921.

Davies. **Kule włosowe żołądka i przewodu pokarmowego** Choroba, nosząca miano «*trichobezoar*» lub »*phytotrichobezoar*» (*tumeur pileuse, hairball*), nie jest tak wielką rzadkością, jak wielu sądzi; po raz pierwszy opisał ją Baudamant w roku 1779; do chwili obecnej w piśmiennictwie zebrano 108 przypadków. Badanie promieniami *X* ułatwia rozpoznanie w razach podejrzanych. U zwierząt połykanie szerści w okresie lenienia jest zjawiskiem zwykłem; powstające w ten sposób kłęby włosia zostają ostatecznie wydalane wraz z kałem. Ciekawą jest rzeczą, że kłęby włosowe najczęściej spotykają się u Angielek. Połykanie włosów rozpoczyna się od najwcześniejszego dzieciństwa, a nie ma nic wspólnego z upośledzeniem umysłu.

Zboczenie to ma pokrewieństwo z jedzeniem kredy, drzewa i t. p. Wiele kobiet obgryza końce włosów, jednak ich nie połyka. Zatrzymywanie się włosów w żołądku, sprzyjające gromadzeniu się większych mas, zależy od przenikania ich w głębokie fałdy śluzówki. W miarę napływania nowych ilości włosów guz rośnie więcej w kierunku podłużnym, niż poprzecznym, i wytwarza odlew jamy żołądka, przenikający w odźwiernik. Ruchy robaczkowe mięśniówki narządu sprzyjają zbijaniu się kłęba; wielkość jego dochodzi do wagi 6 $^1/_2$ funta. Rzeczą godną zaznaczenia jest tolerancyjność żołądka wobec olbrzymich mas włosów; ostatecznie jednak przychodzi wybuch w postaci zapadu, wymiotów i innych objawów niedrożności przewodu pokarmowego.

Rozpoznanie najczęściej bywa fałszywe: guzy śledziony, wątroby, nawet ciążę, przypuszczano tam, gdzie podczas operacji okazał się kłąb włosów w żołądku. D. podaje swoje dwa przypadki; w jednym wymiary guza były 62 cm. na 32 cm. waga 6 $^1/_2$ funta; chora zmarła w godzinę po operacji; w drugim guz był mniejszy (3 $^1/_2$ funta); operowana wyzdrowiała. Godne uwagi są przypadki, gdzie po pomyślnem usunięciu włosów z żołądka po pewnym czasie występowały objawy niedrożności jelit powodowane obecnością kłęba włosowego w kątnicy. Pracę swoją opiera D. na bardzo starannie zebranem piśmiennictwie (podaje ogółem 50 prac), załączając obrazy roentgenologiczne żołądka, wypełnionego guzem włosowym i bismutem, oraz fotografię swego sześciofuntowego «hairball'a».

26. XI. 1921.

Sampson Handley. **Toczeń jako choroba układu chłonnego.** Myślą przewodnią odczytu wygłoszonego przez H. na posiedzeniu »*R. Coll. of Surg. of Engl.*« jest zdanie, że „*lupus tuberculosus*" nie jest cierpieniem skóry, lecz układu chłonnego, mianowicie *lymphangitis destructiva* powłok zewnętrznych ciała". Oddawna uznawano, że wszelka postać tocznia, wcześniej czy później, zakaża układ chłonny. Otóż dziś wiemy niezbicie, iż w układzie tym bierze początek wymieniona sprawa. Inaczej mówiąc, początkiem tocznia jest wtargnięcie zarazków gruźliczych do skórnych dróg chłonnych.

Autor opiera swe spostrzeżenia na drobiazgowych badaniach histologicznych, podając w pracy kilka ilustracyj. Przedewszystkiem mamy obraz prawidłowy układu chłonnego powłok zewnętrznych. Widzimy tu, że początek dróg chłonnych znajduje się w brodawkach skórnych, mianowicie po jednem naczyńku na każdą brodawkę, przyczem, podobnie jak w kosmkach jelitowych, owo naczynie stanowi ośrodek całego układu, jest również otoczone siecią naczyń włosowatych. Bardzo liczne kanały chłonne naskórka łączą się w mniejszą ilość grubszych naczyń skóry właściwej, co ma miejsce w zewnętrznej jednej trzeciej grubości skóry. Od tych niejako gałęzi i konarów drzewa idzie jego pień pojedyńczy, biegnąc poprzez podskórną tkankę tłuszczową, by w obrębie powięzi głębokiej dać gęstą sieć rozgałęzień na podobieństwo korzeni podziemnych. Na całej przestrzeni układowi chłonnemu towarzyszą naczyńka tętnicze i żylne. Opisane dane anatomiczne grają nader ważną rolę w patologji. Przechodząc do patologji układu chłonnego, autor zwraca uwagę, że stałym wynikiem utrudnionego odpływu limfy w skórze jest przerost brodawek. Szczyt podobnych zmian widzimy w słoniowatości. Co się tyczy tocznia, to jego rozwój po powierzchni jest możliwy jedynie na drodze przenikania sprawy zakaźnej do sieci powięziowej, ponieważ sąsiadujące z sobą tereny sieci skórnych nie mają bezpośredniego z sobą połączenia. Tensam typ wędrowania sprawy chorobowej widzimy w raku i mięsaku czerniaczkowym. Pojedyńczy «guzek lupusowy» jest niczem innem, jak wtargnięciem sprawy zapalnej w sferę pierwotnego skórnego rozgałęzienia naczyńka chłonnego.

Leczenie czysto chirurgiczne, to jest wycinanie chorych ognisk, winno się liczyć z danemi przed chwilą podanemi, mianowicie część wycięta musi przekraczać teren oczywiście chory około 1 ctm. wokoło i, co najważniejsze, objąć powięź głęboką, która, jak już wiemy, jest drogą przejścia zakażenia do terenów sąsiednich. W głębi rany muszą być widoczne obnażone mięśnie zupełnie zdrowe. Oczywiście sposób ten może być zastosowany tylko na kończynach i tułowiu, na twarzy jest niewykonalny ze względów choćby kosmetycznych. Dla osiągnięcia wyniku pewniejszego dno rany należy wypalić i pokrycie naskórkiem odłożyć do czasu wytworzenia się zdrowej ziarniny. W razie zajęcia głównej drogi chłonnej i gruczołów wycinamy je razem z terenem skórnym (»*monobloc method*«).

Co się tyczy zabiegów niekrwawych, to przekrwienia zastoinowego sposobem Biera wyrzekł się już sam twórca. Ten sam los spotkał naświetlania Finsen'owskie z tego powodu, że promienie działają jedynie powierzchownie i nie wywierają żadnego wpływu na warstwy głębokie dróg chłonnych, o które przedewszystkiem chodzi. Pozostaje leczenie radem. Pinch z instytutu radjologicznego pisał jeszcze w r. 1919: »Przypadki zastarzałe, których nie udaje się wyleczyć ani Finsenem, ani Roentgenem, ani CO_2, ani śniegiem, nasiekaniami, przypalaniami i t. d., często goją się bardzo prędko po krótkiem stosowaniu radu». Miejsca owrzodzone należy naświetlać półtorej godziny bez filtru, natomiast tereny nie owrzodzone i twardo nacieczone wymagają długiego naświetlania z filtrem srebrnym 1 mm. lub ołowianym 2 mm. Poza działaniem bakterjobójczem na miejsce chore rad wywołuje w sąsiedztwie zdrowem odczyn zapalny jałowy dróg chłonnych i prowadzi do zamknięcia ich światła, stwarzając w ten sposób barjerę przeciw dalszemu zakażeniu. W celu przeniknięcia do powięzi głębokiej należy stosować promienie »gamma». *E. Lewenstern.* (Warszawa).

Journal de Chirurgie.

N. 3. 1921.

Mouchet i Durand. **Leczenie operacyjne wrodzonego zwichnięcia rzepki.** Opis metody operacyjnej, polegającej na zmianie sposobu Roux: oddłutowanie guzowatości kości łydkowej wraz przyczepem ścięgna rzepkowego; wypreparowane ścięgno wraz z rzepką przewleczono przez otwór w torebce stawowej i przemieszczono w kierunku na wewnątrz; ścięgno rzepkowe wraz z przyczepem kostnym, poprzednio odłuto-

wanym, przymocowano śrubą do kości łydkowej. Po upływie 2 miesięcy próby chodzenia wykazały wynik zadowalniający; pozostało ograniczenie zginania (do 90°), zależne od przesunięcia kości udowej ku przodowi (subluxacja w stawie kolanowym, zależna od długotrwałego zgięcia w tym stawie przed operacją); dla uniknięcia tego w analogicznych przypadkach zalecają autorowie przedłużenie ścięgna mięśnia czworogłowego.

Madier. **Leczenie operacyjne spodziectwa (*hypospadiasis*) żołędzi i prącia sposobem Beck-Hackera.** Dzięki wielkiej rozciągliwości daje się cewka moczowa, wypreparowana ze swego łożyska, przeszczepić celem pokrycia wrodzonego ubytku w przedniej części prącia; jako zalety tej metody podnoszą utrzymanie ciągłości nienaruszonej całej cewki moczowej, bez szwów, pozostawienie jej w otoczeniu ciał jamistych, wytworzenie ujścia cewki na końcu żołędzi, jednoczasowość zabiegu i estetyczny jego wynik. Dla otrzymania dobrego wyniku należy, zdaniem M., uwzględnić szereg warunków: najdogodniejszy wiek jest pomiędzy 4-6 rokiem życia; w przypadkach, gdzie otwór wewnętrzny jest bardzo mały, należy go zawczasu przed operacją rozszerzyć na drodze bezkrwawej lub krwawej. Po operacji na ranę zakłada się opatrunek przylepcowy, nie okrążający prącia, celem uniknięcia obrzęku żołędzi i napletka; nigdy nie zakłada M. cewnika na stałe, nie było też nigdy potrzeby cewnikowania pęcherza, mocz oddają chorzy sami, jakkolwiek początkowo jest to dość bolesne, nie dłużej jak pierwsze 36—48 godzin; rana goi się w przeciągu 8—19 dni. Na 15 przypadków, w 13 wynik był zupełnie dobry, w 2 powstały nieznaczne przetoczki, zależne od uszkodzenia zcieńczałej cewki w czasie wypreparowywania. M. uważa metodę Beck-Hackera za najlepszą.

N. 4.

De Lamotte. **Chirurgja migdałków.** Autor jest zwolennikiem wyłuszczania migdałków powiększonych, uważa wycinanie ich (*amygdalotomia*) za niedostateczny zabieg, pozostawiający nadal ogniska zakażenia i umożliwiający nawroty. Metoda podana przez L. jest modyfikacją sposobu Vachera. Operację wykonuje zawsze w uśpieniu chlorkiem etylu, wyjątkowo u dorosłych w znieczuleniu miejscowem nowokainą, bez adrenaliny (niebezpieczeństwo krwotoków następowych). Sam zabieg polega na nacięciu błony śluzowej u podstawy migdałka, wyważeniu całego migdałka z jego łożyska i odcięciu zimną pętlą od szypuły naczyniowej. W przypadkach, gdzie wystąpi znaczne krwawienie, L. wykonuje obkłucie krwawiącego naczynia, o ile zaś krwawienie jest miąższowe, stosuje podskórnie wyciąg z przysadki mózgowej, a miejscowo ucisk guzikiem; zwykle to wystarcza, w przeciwnym razie zakłada szwy na łuki podniebienne.

Lenormant. **Branchioma malignum.** Opis 4-ech przypadków, spostrzeganych w ciągu 2 lat, co wskazuje, zdaniem autora, na nie zbytnią rzadkość tych nowotworów. Guzy te występują w liczbie jednego, w jednym z opisanych występował on jako torbiel, która po wyłuszczeniu dała wkrótce nawroty pod postacią guzów o typie utkania mięsakowego. Leczenie operacyjne, zalecane przez Lenormanta, opiera się na następujących wskazówkach: 1) należy stwarzać sobie szeroki dostęp do guza, najlepiej przez cięcie płatowe, z dodatkiem ewentualnym wycięcia obojczyka; 2) wobec zwykle spotykanych zrostów z otoczeniem należy guz wyłuszczać wraz z przyległemi mięśniami (mostko - sutkowym) i żyłami (szyjna wewnętrzna z dopływami); 3) co się tyczy pni tętniczych, to trzeba czynić wszelkie wysiłki, aby je zachować; podwiązanie pni tętniczych szyjnych, zdaniem L., może spowodować zaburzenia mózgowe; aby opanować łatwo ewentualny krwotok w czasie zabiegu, można podwlekać pod pień tętnicy podwiązkę nie zawiązując jej; na wypadek koniecznego wycięcia tętnicy szyjnej radzi L. wszczepienie tętnicy celem pokrycia ubytku; 4) pnie nerwowe, a zwłaszcza nerw błędny, należy oszczędzać, o ile to jest możliwe; 5) wraz z nowotworem należy wyłuszczać sąsiednie gruczoły chłonne, pomimo tego L. uważa nawroty po operacji za regułę, występują one bardzo szybko, np. 3 tygodnie po operacji, jakkolwiek znane są przypadki wyleczenia trwałego. Leczenie promieniami Roentgena i radu dotychczas nie dało zadowalniających wyników.

N. 5.

Lorin. **Anatomia i chirurgja gruczołów przytarczowych.** Obszerna praca, której streszczenie przedstawia się, jak następuje:

1) U ludzi spotykamy tylko zewnętrzne gruczoły przytarczowe, u zwierząt także i wewnętrzne, tj. śród utkania gruczołu tarczowego; rozróżniamy dwie grupy: dolną i górną. 2) Grupa dolna, wbrew dotychczasowej opinji, jest wybitniejszą, stalszą i znajduje się poza dolnym biegunem płata bocznego gruczołu tarczowego. 3) Grupa górna jest niestała, umiejscowioną bywa poza gruczołem tarczowym, na wysokości jego górnej lub środkowej $^1/_3$. 4) Każdy gruczoł przytarczowy posiada własną tętniczkę, jako rozgałęzienie tętnicy tarczowej dolnej. 5) Wbrew twierdzeniu Halsted'a, Evans'a i Alamartine'a gruczoły przytarczowe nie posiadają tętnic dodatkowych, pochodzących z innych tętnic, jak tarczowe. 6) Przy wszystkich operacjach wycinania, wyłuszczania, a nawet tak zw. hemithyreoidektomji należy szanować tylną część torebki gruczołu tarczowego na całej jej wysokości. 7) Podwiązanie tętnicy tarczowej dolnej zawsze ułatwia zabiegi na gruczole tarczowym. 8) Podwiązywać należy tętnicę tarczową na zewnątrz od powięzi okołotarczowej, a na wewnątrz od tętnicy szyjnej. 9) W przypadkach, gdzie, jak np. przy chorobie Basedowa, należy podwiązać kilka tętnic tarczowych, jedną z czterech głównych tętnic należy zostawić niepodwiązaną; dzięki połączeniom podłużnym i poprzecznym, odżywianie gruczołów przytarczowych pozostanie dostateczne.

Lance, Andrien i Capelle. **Osteochondritis deformans juvenilis.** Na podstawie 17 przypadków autorowie dochodzą do wniosku, że w większości przypadków kiła dziedziczna odgrywa rolę czynnika chorobotwórczego; możliwem jest, że inne choroby zakaźne również mogą stanowić tło tego cierpienia stawów, przy pochodzeniu kiłowem rokowanie należy stawiać lepsze, niżeli przy innem tle; energiczne i wczesne leczenie daje wyleczenie zupełne i *restitutio ad integrum*.

T. Ostrowski. (Lwów).

Choroby kobiece i położnictwo.

Gynécologie et obstétrique.

Nr. 4. 1921.

Edmond Lévy-Solal (Paryż). **Przyczynek do nauki o stosunku kiły do przerostu łożyska.** Na podstawie materjału kliniki Baudelocque'a i poradni przeciwkiłowej dochodzi autor na podstawie dokładnych zestawień i sumiennych rozstrząsań do następujących wyników:

1) Jeśli ciężarna nabyła kiły już podczas ciąży, przerost łożyska spostrzega się mniej więcej w $^1/_3$ przypadków. Najczęściej spostrzega się ten przerost tam, gdzie kiła zjawiła się w samym początku ciąży.

2) W przypadkach kiły czynnej, nie leczonej i objawiającej się podczas ciąży, ciężar łożyska jest w przeważnej części wyższy od prawidłowego.

3) Kiła dawna nieleczona, ale niedająca świeżych objawów, wywołuje mniej więcej w połowie przypadków przerost łożyska.

4) Nie ulega wątpliwości, że leczenie przeciwkiłowe przeciwdziała temu przerostowi. W tym względzie wybitniej działa leczenie arsenikalne, niż rtęciowe.

5) Z ogólnej liczby przerostów łożyska 55% zawdzięcza swoje powstanie kile. *A. Rosner* (Kraków).

Zentralblatt für Gynäkologie.

Nr. 1. 1922.

C. Menge. **Gruczolak ciała macicy u staruszek.** Cierpienie to spostrzegał autor w 8 przypadkach. Charakteryzuje się ono klinicznie powiększeniem ciała macicy, które przy badaniu jest miększe. Występujące nieregularnie krwawienia każą myśleć przedewszystkiem o raku. Przy skrobaniu macicy stwierdza się zawsze znaczną łatwość rozszerzenia szyji i obecność guza w jamie macicy, który szczypczykami daje się usunąć. Budowa anatomiczna nie przedstawia nic złośliwego. Największej charakterystyczną cechą tego nowotworu jest to, że występuje zawsze w kilka lub kilkanaście lat po usta-

niu regularności, kiedy więc błona śluzowa macicy w większym lub mniejszym stopniu uległa już zanikowi. Nawrotów cierpienia nie spostrzegał.

F. Lichtenstein. **Dziesięć lat postępowania położniczego wyczekującego przy drgawkach porodowych.** Postępowanie wyczekujące przy drgawkach porodowych, polegające na upustach krwi i stosowaniu narkotyków, zdaniem autora, ma wyższość nad szybkiem rozwiązaniem rodzącej a to dlatego, że wiele przypadków zwolna ulega wyleczeniu, nie powstają u rodzącej żadne ciężkie obrażenia (skrwawienie, zakażenie), następowo rodząca nie jest narażona na następstwa zranień (przetoki, blizny w szyji macicy), że śmiertelność matek i dzieci spadła niemal o połowę przy tem leczeniu w porównaniu do postępowania czynnego i wreszcie, że lekarz praktyk sam sobie pozostawiony łatwiej może i skuteczniej pomódz rodzącej, aniżeli ciężkimi i poważnymi zabiegami operacyjnymi. Zapatrywanie swe popiera autor licznemi zestawieniami statystycznemi, przyczem obszernie omawia krytycznie liczne zapatrywania i teorje samych drgawek porodowych. W ostatnich latach zamiast morfiny stosował z dobrym skutkiem pantopon lub laudanon, a dla wzmożenia moczenia okazał się bardzo skutecznym środkiem euphyllin.

H. Küster. **W sprawie zmniejszenia niebezpieczeństwa poronienia przy operacjach na macicy ciężarnej.** W 2 przypadkach operacji plastycznej na części pochwowej macicy ciężarnej zastosował autor wstrzyknięcie w część pochwową 10 cm^3 1%-owego rozczynu nowocainy-suprareniny. Sądzi, że w ten sposób zapobiegł zadziałaniu urazu operacyjnego na macicę ciężarną i dlatego nie przyszło do poronienia. Poleca ten sposób do wypróbowania.

W. S. Flatau. **Ulepszenie przy wewnątrzmacicznem stosowaniu radu.** Zastosowanie radu wewnątrz macicy często powoduje uboczne a niepożądane powikłania z powodu gorączki resorbcyjnej, wywołanej zastojem wydzieliny jamy macicy. By temu zapobiedz, wprowadza autor rad do macicy w cylindrze srebrnym dziurkowanym, przez co odpływ z jamy macicy jest zupełnie swobodny.

Erich Färber. **Pojedyńczy miednicomierz dla wszystkich dostępnych wymiarów miednicy kobiecej.** Linja z podziałką, na której swobodnie przesuwać się dają dwa sznurki. Jeden z nich sztywny zapomocą palca badającego usadawia się końcem na odpowiednim punkcie wewnątrz miednicy, drugi na punkcie zewnętrznym. Notuje się kąt ustawienia obu sznurków na skali, poczem odtwarza się ich ustawienie na papierze i mierzy daną odległość. (Rycina i objaśnienie dokładne w tekscie). *K. B.* (Lwów).

Monatsschrift f. Geb. u. Gynaek.

Tom 54. Zeszyt 3, Marzec.

Edm. Herrmann. **Wpływ lipoidu ciała żółtego wzgl. łożyska na krwawienia, cykl miesiączkowania i zaburzenia w okresie przekwitania.** Z dojrzałych żółtych ciał krowich, tudzież z dojrzałego ludzkiego łożyska, może być według określonej metody dobyte ciało, chemicznie określone jako lipoid, które po zastrzyknięciu wpływa silnie podniecająco na rozwój całego narządu płciowego, jakoteż i gruczołów piersiowych u rosnących królików-samiczek. Przy pomocy 5 zastrzyknięć zwiększanych stopniowo porcyj preparatu można w przeciągu 10 dni u 8-tygodniowych królików otrzymać taki stopień rozwoju narządu płciowego, który fizjologicznie odpowiada 25-30 tygodniom. W końcu całego okresu doświadczalnego osiągnięte zmiany w narządach, za wyjątkiem jajnika, wykazują makro- i mikroskopowo już te formy, które najlepiej określają się mianem ruji.

Zwracając w swoich doświadczeniach uwagę na zachowanie się jajnika, autor spostrzegał, że ten, w przeciwieństwie do całego narządu płciowego, wykazywał wstrzymanie dojrzewania aparatu pęcherzykowego. Korzystając z tych spostrzeżeń, autor stosował preparat na takich chorych w klinice, które wykazywały zaburzenia, przypuszczalnie związane z nadmierną czynnością aparatu pęcherzykowego. Przypadki, które w pierwszej linji wzięte były do badań, to te, gdzie, przy zupełnie normalnym objektywnym stanie narządu płciowego, miesiączkowanie występowało częściej, niż jeden raz w ciągu 28 dni, dalej przypadki z meno- i metrorrhagia przy normalnym stanie narządu, następnie przypadki z meno- i metrorrhagia u dziewcząt i kobiet w okresie przekwitania, wreszcie przypadki krwawień przy zapalnych procesach w przydatkach, co do których, zdaniem autora, przyczynę należałoby w znacznej mierze upatrywać w jajnikach. Ilość zbadanych przypadków 73.

Wnioski: Przy krwawieniach pochodzenia jajnikowego można w 95% otrzymać dobry natychmiastowy skutek, a w 74% dobry trwały skutek. Najlepiej reagują na zastrzykiwanie preparatu meno- i metrorrhagia przy normalnym i zapalnym stanie narządu płciowego. Krwawienia u dziewczynek łagodnieją, w okresie przekwitania zaś dają dobry natychmiastowy wynik, ale na trwałość niezadowalniający.

Zaburzenia w okresie przekwitania pod wpływem preparatu albo się wyraźnie zmniejszają, albo zgoła ustępują.

K. Łuniewski (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXVII. Posiedzenia naukowe z d. 21 XII. 1921 r.

Przewodniczy kol. Rosner, członków obecnych 96.

Przewodniczący wita gościa kolegę prof. Lotha z Warszawy, dzisiejszego prelegenta.

Kol. Loth wygłosił odczyt pt. **Współczesne poglądy na normalną budowę człowieka, a konstytucjonalizm.** (Streszczenie własne).

Prelegent stwierdza na wstępie, że zmienność w budowie człowieka jest zjawiskiem powszechnie znanem. Możemy rozpoznawać dużą zmienność geologiczną u form prehistorycznych, zmienność w sensie geograficznym na różnych punktach kuli ziemskiej, czyli zmienność rasową i wreszcie zacieśnioną zmienność indywidualną w obrębie jednej tylko grupy lub rasy ludzkiej.

Badając jakąkolwiek cechę, należy przedewszystkiem ustalić wszystkie, mogące występować typy morfologiczne, poczem dopiero ustalić statystycznie, który z nich przedstawia typ normalny. Na pozostałe formy nie należy patrzeć, jak na „anomalje" lub „warjacje", lecz, jak na odmiany w sensie biologicznym.

Różną procentowość występowania cech można uzasadnić statystycznie, stosując np. różne możliwości prawa Mendla. Autor rozróżnia cechy paleofilogenetyczne, wywodzące się aż od ryb, filogenetyczne od płazów i gadów, genetyczne od ssaków i antropogenetyczne od człekokształtnych, dalej cechy eugenetyczne, czyli ściśle ludzkie, i wreszcie progenetyczne tj. takie, do których ludzkość dąży, ale jeszcze nie doszła, podczas gdy te same cechy występują już, jako reguła, u innych zwierząt człekokształtnych.

Według tego podziału należy też po uprzedniem zbadaniu każdej cechy kwalifikować jej odmiany, jako prymitywne i progresywne. Prelegent zaznacza, że t. zw. cechy eugenetyczne przeważnie należą do kategorji rzadkich odmian (1—10%), podczas gdy większość cech typowych i normalnych, to są cechy antropogenetyczne. Nawiązując do teorji konstytucjonalizmu autor stwierdza, że ta metoda oceny filogenetycznej była dotąd zupełnie pomijana i że wskutek tego wkradło się dużo błędnych pojęć, gdyż medycyna kliniczna operuje określeniami „regresywny", „cecha degeneracyjna" i tak dalej, tam, gdzie chodzi jedynie np. o cechy progresywne. Autor nawołuje więc do rewizji podłoża morfologicznego teorji konstytucjonalizmu w myśl wypowiedzianych uwag.

W dyskusji kol. Blassberg stwierdza, że podczas gdy prelegent zastosował do konstytucjonalizmu probierz biologiczny i rozpatrywał cechy konstytucjonalne porównawczo-anatomicznie jako regresywne względnie progresywne, to jednak dla kliniki oznacza konstytucjonalizm coś innego. Jest to pojęcie istniejące już od czasów Hippokratesa, które współczesna klinika na nowo wskrzesiła i ożywiła. W konstytucjonaliźmie szuka klinika zespołu znamion, które cechują organizmy w ich indywidualnem oddziaływaniu na zewnętrzne bodźce chorobotwórcze i powodują, że rozmaite ustroje wobec czynników tych, np. wobec inwazji bakteryj, różnie i odmiennie się zachowują. Jeżeli np. ustrój jakiś cechuje pewien stan anatomiczny, np. przerost grasicy i narządu limfatycznego lub niedorozwój układu krwionośnego, to klinicznie nie chodzi o to, czy stany te są biologicznie regresywne, czy progresywne, lecz jaka jest ich wartość dla ustroju, dla większej lub mniejszej siły odpornej wobec nagabujących go czynników chorobotwórczych. Konstytucjonalizm powstał zatem wyłącznie dla potrzeb patologji lekarskiej i tem różni się od innych ugrupowań objawowych, które, jak np. skośny układ oczu łącznie z budową czaszki i innemi znamionami u mongołów, mogą łączyć się dla badaczy w inne kompleksy np. antropologiczne. (Streszczenie własne).

Kol. Ciechanowski sądzi, że jednej zwłaszcza myśli prelegenta należy przyklasnąć, a mianowicie, że trzeba cechy morfologiczne poddać rewizji. Wiadomo, że cechy te nie zawsze

istnieją i że znaczna ilość cech, uważanych przez nas za pierwotne, nie zawsze należy do pierwotnych.

Kol. Kostanecki sądzi, że nauka o konstytucjonaliźmie nie wprowadza nowych faktów, tylko rozpatruje je z innego punktu widzenia, przestrzega przed mieszaniem pojęć *varietas i anomalia.*

Kol. Talko-Hryncewicz zgadza się z zapatrywaniem, iż my naogół mało wiemy o rasowych cechach człowieka, a dopóki te cechy nie będą dokładnie zbadane, nie można mówić o cechach degeneratywnych.

Kol. Orłowski podnosi, iż klinika, uznając doniosłość badań, prowadzonych w kierunku wskazanym przez prelegenta, nie może w żaden sposób zgodzić się z poglądem prelegenta, że, nim nie zostanie poznana normalna konstytucja ustroju, powinna klinika zaniechać współczesnych pojęć klinicznych o konstytucji. Takie postępowanie stanowiłoby ogromny krok wstecz w rozwoju medycyny praktycznej. Istotnie, pojęcie konstytucji i znaczenie tego czynnika w klinice wypłynęły z nieprzepartą siłą ze spostrzegań codziennych faktów. To spostrzeganie wykazało nam, że istnieje pewien zespół, raczej nawet zespoły odziedziczonych przez ustrój właściwości morfologicznych, a zwłaszcza czynnościowych, które odgrywają ogromną rolę w życiu ustroju. Podobny zespół dotyczyć może poszczególnych układów ustroju, odpowiednio do tego klinika odróżnia konstytucję układu krwionośnego, krwiotwórczego i innych układów, które w zespole stanowią o konstytucji każdego osobnika. W poszczególnych zespołach jedne cechy mogą mieć charakter postępujący, inne pierwotny, jakto widzimy i w badaniach prelegenta, dotyczących morfologji. To różniczkowanie cech na razie klinikę mniej obchodzi, klinikę zajmują cechujące pewne konstytucje, zespoły *in toto*, zauważono bowiem, że pewne konstytucje usposabiają do pewnych schorzeń lub wpływają na ich przebieg i odwrotnie mogą poniekąd chronić ustrój od zapadania na niektóre sprawy chorobowe. Konstytucja więc może dla ustroju mieć nie zawsze tylko ujemne znaczenie, lecz też i dodatnie wobec niektórych szkodliwości. Przypomnę tylko zaznaczony jeszcze przez Rokitańskiego fakt stosunkowo rzadkiego zapadania na gruźlicę płuc osób ze skazą moczanową. Wyrzec się tych wszystkich faktów oraz zaniechać w klinice dalszego opracowywania zagadnień, związanych z konstytucją, nim antropologja i inne doktryny wyświetlą nam normalną konstytucję, znaczyłoby źle się przysłużyć sprawie, która leży na sercu i nam i prelegentowi. Śledząc z uwagą zdobycze innych doktryn w nauce o konstytucji nie zrzeknie się klinika dalszych samodzielnych dociekań w tej dziedzinie, pomimo ujawniającej się chęci sprowadzenia z tej drogi. (Streszczenie własne).

Kol. Oszacki zaznacza, że inne jest pojęcie konstytucjonalizmu przez przyrodnika biologa, inne zaś przez lekarza klinicystę, podczas gdy pierwszy opiera się na danych statystycznych i jako typ przyjmuje typ częściej spotykany, lekarz za miarę bierze typ idealny człowieka zdrowego. Mowca sądzi, że stanowisko, na jakiem stoi przyrodnik pod względem pojęcia konstytucjonalizmu, lekarzowi nic nowego nie przyniesie.

Dalej w dyskusji przemawiali koledzy Glasner, Rogalski, Rosner, Rose, Eisenberg.

Kol. Blassberg w odpowiedzi prof. Rosnerowi zaznacza, że co do pojęcia konstytucjonalizmu, jako bezwzględnie dziedzicznego, nie wszyscy się zgadzają. Niektórzy bowiem przyjmują konstytucjonalizmy nabyte przez długotrwałe działanie różnych jadów. Nadto przyjmują konstytucjonalizmy parcjalne, a profesor Browicz w świeżo wydanych „Szkicach anatomiczno patologicznych" przyjmuje oprócz dziedzicznego konstytucjonalizmu pokoleniowego także konstytucjonalizm zawiązkowy czyli zarodkowy oraz konstytucjonalizm rozwojowy, (Streszczenie własne). W końcu przemawiali w dyskusji koledzy: Kostanecki (powtórnie), Rosner (powtórnie) Oszacki (powtórnie), Eisenberg (powtórnie) i prelegent. *Szancenbach* (sekretarz).

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 13. stycznia 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 68.

Posiedzenie zagaja prezes i przedstawia program już zgłoszonych wykładów na bieżące półrocze, oraz podkreśla konieczność współpracy wszystkich członków ze względu na dobro Towarzystwa.

1. Kol. Allerhand przedstawia 21-letniego mężczyznę z **wrodzonym brakiem zębów** znacznego stopnia, którego ośmioletni brat jest też dotknięty tąsamą nieprawidłowością rozwojową. Starszy posiada w szczęce górnej tylko korzeń kła prawego, a w żuchwie drugi trzonowiec mleczny po stronie prawej i korzenie pierwszego trzonowca stałego po stronie lewej (prócz tych był jeszcze kieł lewy górny, który wypadł); młodszy ma w szczęce górnej oba drugie trzonowce mleczne, a w żuchwie oba drugie trzonowce mleczne i oba pierwsze trzonowce stałe. Radjogramy (pokaz) wykonane u obu braci, wykazują zupełny brak jakichkolwiek zębów zatrzymanych w szczękach, a wiarygodne wywiady stwierdzają, iż żadne inne zęby ani nie zostały usunięte ani nie wypadły. Zachodzi więc wrodzony brak zębów (*anodontia*). Nawiązując do przedstawionego przypadku przytacza mowca opisy kilku rzadkich podobnych przypadków z piśmiennictwa zagranicznego, poczem omawia, przedstawiając rysunki, rozmaite stopnie braku uzębienia, ich tłumaczenie morfologiczne tudzież przypuszczenia, odnoszące się do etjologji. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zapytuje kol. Sieradzki, jakie będzie leczenie dentystyczne tego przypadku, a kol. Nowicki doradza przeprowadzenie dokładnych badań antropologicznych szczęki, ze względu na postępującą w rodowym rozwoju redukcję szczęki u kręgowców w miarę redukcji zębów.

2. Kol. Strzałkowski przedstawia mężczyznę 18-letniego z **nadliczbowością umiarową palców zupełną**. Szósty palec ręki prawej połączony jest kostniną z piątą kością śródręcza pod kątem 90°; posiada staw członu paznokciowego względnie ruchomy bez wykształconego aparatu ruchowego. Szósty palec lewej ręki na szypule łącznotkankowej. Na kończynach dolnych szóste palce wykształcone, prawidłowo ruchome. Dziedzictwo w rodzinie wykazane; statystyki prof. Schramma i Karewskiego na 60.000 wykazują 16 przypadków niezupełnej nadliczbowości palców.

3. Kol. Musiał przedstawia chorą, lat 26, która 26 grudnia 1921 zażyła 20 gr. chininy. Po zażyciu wystąpiła głuchota, szum w uszach, drgawki i obustronna ślepota, utrzymująca się 36 godzin. Badanie w tym czasie wykazało źrenice bardzo znacznie rozszerzone, brak oddziaływania na światło, oddziaływanie natomiast przy zbieżności. Na dnie oczu naczynia i tarcze nerwu wzrokowego prawidłowe. Siatkówki szaro brunatne, jakby obrzękłe; plamki żółte owalne, wiśniowo-czerwone, przypominające obraz zaczopowania tętnicy głównej siatkówki. Bystrość wzroku powróciła trzeciego dnia, widzenie tylko naośne. Poczucie barw prawidłowe, centralnie widziane. Dnia 5 naczynia siatkówki wąskie, tarcza nerwu wzrokowego blada, ostro odgraniczona. Następnie omówił prelegent zapatrywania co do sposobu powstawania ślepoty pod wpływem chininy. (Ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Ziembicki podnosi, że chora zażyła chininę, jako *abortivum*, kol. Bednarski poleca lecznicze nakłucie lędźwiowe, kol. Reis przypomina pracę Lewina z 1911 roku nad pracownickami przy chininie, u których często widywał poronienia, spostrzegane także w miejscach zimniczych w Indjach, już po dawkach 0·7—1·0 gr. chininy.

4. Kol. Bocheński wygłasza odczyt: **O postępowaniu przy łożysku przodującem** ze szczególnem uwzględnieniem cięcia cesarskiego, z przedstawieniem chorej. (Patrz str. 171.)

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 22 listopada 1921 r.
Obecnych 25.

1) Kol. Wrześniowski przedstawia:

a) **Żyłę podskórną** odpiszczelową (*vena saphena maj.*), wyciętą od miejsca połączenia z żyłą udową prawie do kostki. Powodem zabiegu było zapalenie zakrzepowe z objawami ropnicy. Po wycięciu żyły ciepłota spadła. Po 4 dniach krótkotrwałe podniesienie ciepłoty do 38°, przypuszczalnie z powodu zatoru płucnego. Wyzdrowienie.

b) **dużego włókniaka macicy**, godnego uwagi z dwóch względów: guz wychodził z samego dna macicy, powtóre do górnej powierzchni guza była przyrośnięta wielka sieć ze splotem żył, grubości prawie małego palca. Nasuwa się wniosek, że odpływ krwi z guza odbywał się przez rozszerzone żyły wielkiej sieci. Wyzdrowienie.

2) Kol. Okuszko omawia przypadek **kamicy nerkowej** u 50-letniego mężczyzny z objawami niedrożności jelit i podrażnienia otrzewnej, z ciepłotą 39°. Po dwóch dniach ustąpiły objawy brzuszne, gorączka zaś po upływie tygodnia. Dopiero po 4 tygodniach wyszły dwa małe kamienie. Pokaz kamieni.

3) Kol. Koniecpolski odczytał pracę **„O stosowaniu wyskoku w leczeniu chorób zakaźnych ostrych"**. Prelegent omówił szczegółowo wyniki badań doświadczalnych rozmaitych autorów. Po rozpatrzeniu danych z piśmiennictwa oraz na podstawie własnych spostrzeżeń mowca wypowiada się za bardzo oględnem stosowaniem wyskoku w chorobach zakaźnych. Objawy podrażnienia nerek, jakie często widujemy w chorobach zakaźnych, wzmożone ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego, przypadki (*meningotyphus*) wrzekomego zapalenia opon przy grypie stanowią, zdaniem mowcy, grupę, w której działanie wyskoku uważać należy za szkodliwe. We wszystkich przypadkach, w których mamy porażenie naczyń krwionośnych, stosowanie wyskoku jest przeciwwskazane. Dotyczy to przedewszystkiem duru osutkowego. W ostrych chorobach zakaźnych stosowanie wyskoku jest uzasadnione tylko przy zapadzie.

W dyskusji brali udział koledzy E. Kon, Russ, S. Kon, Wasilewski, Batawia, Łokczewski, Heyman, Szaniawski i Rozenteld. Zaznaczono wybitną różnicę pomiędzy wynikami badań eksperymentalnych a praktyką i doświadczeniem codziennem. Kol. Wasilewski, powołując się na pracę kliniczną Kochmanna (D. m. Woch.), zaleca stosowanie miernych dawek wyskoku w zakażeniach połogowych i w durze powrotnym. Podług Kochmanna małe dawki wyskoku (ok. 50,0 18%), podawane w odstępach półgodzinnych, utrzymują stale wzmożone ciśnienie krwi. Kol. Rozenfeld sądzi, że wnioski farmakologji doświadczalnej nie mogą służyć za sprawdzian w ocenie wartości leczniczej wyskoku. Pobudzające działanie wyskoku na serce jest sprawą sporną, a jednak wywiera on niewątpliwie wpływ pomyślny w zapadzie. Być może, znosi on hamujący wpływ mózgowia na ośrodki naczynioruchowe i, wywołując zmiany w rozmieszczeniu krwi, przyczynia się do poprawy krążenia. Wyskok może być pożyteczny w zapaleniu płuc włóknikowem: zwalniając i pogłębiając oddech, sprzyja lepszemu utlenianiu

krwi (Haldane). Dalej, jako środek odżywczy i szybko ulegający wchłanianiu, wyskok może być pożyteczny w długotrwałych wyniszczających stanach gorączkowych. Angielscy pedjatrzy podkreślają ważne znaczenie wyskoku, jako środka uspokajającego i nasennego, zwłaszcza w zapaleniu płuc u dzieci.

K. Łokczewski, sekretarz.

Związek lekarzy P. P. — Koło łuckie.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 9 stycznia 1922.
Przewodniczy kol. Fr. Miłaszewski. Obecnych 13.

I. Kol. Wojnicz przedstawił a) chorego **po operacji żylaków i wrzodów żylakowych lewego podudzia.** Chory Gr., lat 29, kucharz, w 18-ym roku życia zauważył rozdęcie żył na lewej nodze, które się powiększało i z tego powodu później był zwolniony z wojska. Matka chorego również cierpiała na żylaki na lewej nodze. Od pół roku chory nie pracuje: leczy się z przyczyny rozległych wrzodów w dolnej trzeciej lewego podudzia, powyżej których przeświecają przez skórę węzły kolosalnie rozszerzonej żyły odpiszczelowej. Skóra dolnej części podudzia barwikowo zmieniona. Na prawej nodze nieznaczne rozdęcie żył. Narządy wewnętrzne niezmienione. 2. XII. 1921 r. chory wstąpił do szpit. powiat. w Łucku, 7. XII. mowca przy pomocy kolegów Kubaszewskiego i Kowalskiego dokonał w uśpieniu chloroformem operacji wycięcia rozdętych żył i wyskrobania wrzodów sposobem Matlakowskiego. Rana cięta zaszyta była katgugem i zagoiła się przez rychłozrost, a wyskrobane wrzody zagoiły się po miesiącu przez ziarninowanie. Operowany opuścił szpital w stanie zupełnego zdrowia.

b) chorą **z przetoką brzuszną po laparotomji** (Autoreferat). Chora K., lat 41, służąca, dobrze zbudowana i odżywiona. Przed 9 miesiącami była operowana w szpitalu z powodu tyłopochylenia macicy. Macica była przyszyta do przedniej ściany brzucha nićmi zwyczajnemi, zapewne niedostatecznie wyjałowionemi. Ponieważ w ciągu ośmiu miesięcy rana się nie goiła, wytwarzając głęboką przetokę w przedniej ścianie brzusznej, chora udała się do szpitala pow., gdzie 9. XII. 921. w uśpieniu chloroformowem mowca rozszczepił przetokę i z tylnej powierzchni mięśnia prostego wydobył ropiejący głęboki szef niciany. Rana leczona była sposobem otwartym i zagoiła się zupełnie po miesiącu. Macica pozostała w przodopochyleniu.

W dyskusji zabierali głos koledzy Mininson, Rafałowski i Wojnicz.

II. Kol. Fr. Miłaszewski wygłosił referat: **W sprawie sanatorjum dla chorych piersiowych.** W rzeczowem i treściwem przemówieniu dowiódł, że po wojnie światowej gruźlica się wzmogła w Łucku i jego okolicach, że dla racjonalnego zwalczania gruźlicy konieczną jest rzeczą urządzenie sanatorjum albo szpitala, zwłaszcza dla chorych z otwartą gruźlicą, jako najniebezpieczniejszych rozsadników zarazy. Miejscem dla takiego sanatorjum, czy szpitala, byłby dogodnie dla Łucka położony sosnowy las Kiwirzecki. Z pomocą materjalną pośpieszą, zapewniał, nie tylko prywatne przedsiębiorstwa, lecz i władze państwowe. Na zakończenie swego referatu mowca zwrócił się do obecnych o wypowiedzenie zdania co do poruszonej sprawy.

W dyskusji, w której brali udział koledzy Radwański, Bejlin, Rafałowski, Mininson, Kubaszewski, Lipiński i Wojnicz, wyłoniły się następujące postulaty: 1) Zbadanie terenu w Kiwircach, nadającego się dla sanatorjum, poruczyć komisji złożonej z kolegów Miłaszewskiego, Bejlina i Wojnicza, którzy mają prawo dobrania rzeczoznawców. 2) Poruczyć Zarządowi zebranie danych statystycznych o gruźlicy w szpitalach i ambulatorjach miejskich. 3) Uprosić kol. Radwańskiego o opracowaniu popularnego odczytu o gruźlicy. 4) Prosić kolegów, władających językiem żydowskim o wygłoszenie szeregu popularnych odczytów o gruźlicy dla szerokich mas społeczeństwa Izraelickiego. Koledzy Izraelici zgodzili się na propozycję.

III. Kol. Radwański zapoznał zebranie z programem, mającego się odbyć w Warszawie „Zjazdu Lekarzy i działaczy sanitarnych". Na propozycję prezesa zebranie postanowiło prosić Magistrat Łucki, żeby delegował na zjazd lekarza sanitarnego i jednocześnie prosić kol. Radwańskiego, żeby na zjeździe tym reprezentował Łuckie Koło Związku lekarzy P. P.

A. Wojnicz, sekretarz. *Miłaszewski*, prezes.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 17 stycznia 1922.
Przewodniczy: Prof. Gluziński.

1. G. Drozdowicz. **Sztuczna odma brzuszna** (*pneumoperitoneum*), **jako metoda, rozszerzająca zakres badań rentgenodjagnostycznych organów jamy brzusznej.** Po omówieniu rozwoju metod kontrastowania w rentgenodjagnostyce, mowca przechodzi do opisu techniki stosowania sztucznej odmy brzusznej, polegającej na wprowadzeniu do jamy otrzewnej powietrza, tlenu lub bezwodnika węgla za pomocą igły, względnie trójgrańca, złączonego rurką gumową ze zbiornikiem, zawierającym jedno z powyższych ciał. Nakłucie przedniej ściany jamy brzusznej wykonywa się zwykle powyżej i nazewnątrz od pępka (około 3-ch cm. w obydwóch tych kierunkach) lub na linji środkowej pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowem. Przy wyborze miejsca nakłucia trzeba przedewszystkiem powodować się możliwością zranienia któregokolwiek z narządów miąższowych, względnie guza. Nakłucia wolnej pętli jelitowej nie spostrzegano nigdy; nie opisywano również jakichś przykrych powikłań z powodu zranienia pętli unieruchomionej zrostami. Naogół w piśmiennictwie, obejmującem już obecnie opisy tysięcy przypadków stosowania sztucznej odmy brzusznej, brak danych, któreby świadczyły o niebezpieczeństwie tej metody dla chorych. Spostrzeganej przez niektórych autorów, jak również i przez referenta podskórnej i podpowięziowej odmy łatwo uniknąć przy odpowiedniej technice. Przykre dla chorych uczucie rozpierania w brzuchu przy stosowaniu powietrza staje się znacznie słabszem i krótszem, o ile powietrze zastąpimy tlenem, a zwłaszcza bardzo szybko, bo w ciągu 25—40 minut, wchłaniającym się bezwodnikiem węgla. Celem sztucznej odmy brzusznej, zapoczątkowanej przed 10 laty przez Webera, Lorega i Allessandriniego, jest uwidocznienie mało dostępnych dotąd dla rentgenodjagnostyki organów miąższowych jamy brzusznej, jak wątroby, śledziony, nerek, kobiecych organów płciowych, a przeto i zmian patologicznych, powstałych w tych narządach i w ich sąsiedztwie. Zadanie powyższe spełnia ta metoda w sposób nie dający się niczem zastąpić, zarówno przy stosowaniu bezpośredniego prześwietlania na ekranie, jak również przy utrwaleniu obrazów na rentgenogramach.

Jako przeciwwskazania należy wymienić poważniejsze cierpienia serca, zwłaszcza połączone z utrudnionem oddychaniem, i ostre cierpienia zapalne w obrębie jamy brzusznej.

Przezrocza świetlne rentgenogramów przedstawia referent w porządku swych badań, a więc najprzód przedstawia obrazy królików, u których wykonywał odmę, następnie chorych, u których powietrze wprowadzano po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej, na końcu rentgenogramy chorych, prześwietlanych i zdejmowanych bezpośrednio po zastosowaniu odmy.

Zdjęcia powyższe przedstawiają naocznie wartość metody pozwalając z całą wyrazistością oglądać wątrobę w różnych płaszczyznach, śledzionę z jej wnęką, nerki, zrosty zapalne jelit i guzów. Między innemi przedstawione były zdjęcia chorego, cierpiącego na niedający się bliżej umiejscowić guz w lewej połowie jamy brzusznej.

Z pomocą omawianej metody udało się wyłączyć udział w tej sprawie wątroby, śledziony, nerek i organów trawienia i umiejscowić punkt wyjścia w trzustce, względnie w gruczołach pozaotrzewnowych. (Streszczenie własne).

W dyskusji: Prof. Kryński rozpatruje stronę anatomiczną zabiegu. Allesandrini z Rzymu, jak również francuscy autorowie, zalecają wykonywanie nakłucia z lewej strony na 2 palce powyżej pępka. Nakłucie w tym punkcie przedstawia pewne niebezpieczeństwo ze względu na możliwość skaleczenia tętnicy sutkowej lub tętnicy nadpępkowej górnej. Z tego powodu profesor Kryński radzi przenieść punkt nakłucia na linję środkową. Na podstawie doświadczenia chirurgów i radjologów prof. Kryński twierdzi, że żołądek i jelita grube podatniejsze są do uszkodzenia, niż jelita cienkie, które łatwiej się uchylają i tym sposobem mniej ryzykujemy. Do zabiegu należy używać powietrza lub tlenu. Nie wiadomo jednak, jaki wpływ na komórki nabłonkowe wywiera czysty tlen, możliwe jest masowe złuszczenie nabłonka i, jako następstwo powyższych zmian, liczne zrosty.

Prof. Rzętkowski stwierdza, że w jego klinice zaczęto wykonywać odmę brzuszną we wrześniu 1920 r. Od tego czasu robiono ją wielokrotnie i nabrano w tym kierunku pewnego doświadczenia, które przedewszystkiem poucza, że zabieg ten jest nieszkodliwy. Daje on doskonałe wyniki jako cenna metoda rozpoznawcza pomocnicza w rozpoznawaniu spraw chorobowych, umiejscowionych w przestrzeni podprzeponowej prawej i lewej. Prof. Rzętkowski wyjaśnią stosunki anatomiczne w jamie otrzewnej, które sprawiają, że wprowadzone powietrze zbiera się w najwyższych odcinkach jamy otrzewnej. Wprowadzano 2 — 4 litrów powietrza filtrowanego przez gruby pokład wyjałowionej waty. Wkłuwano igłę niezbyt grubego kalibru w punkt ściany brzusznej, położony na przecięciu lewego brzegu mięśnia brzusznego prostego lewego z linią łączącą pępek z kolcem przednim górnym lewej kości biodrowej. Mierzenie przy tem ciśnienia prof. Rz. uważa za zbyteczne. Powikłania zabiegu: a) odma śródmięśniowa ściany brzusznej, sprawiająca chorym czasem pewne dolegliwości; b) bóle w okolicach łopatek, stawów barkowych, obojczyków. Odma powietrzna trwa dość długo, przeto lepiej stosować odmę tlenową lub CO_2. Odma nie wywiera żadnego wpływu na narządy krążenia. Przeciwwskazaniem do zakładania odmy są ostre stany zapalne otrzewnej.

Za pomocą odmy uwidacznia się doskonale górna prawa boczna powierzchnia wątroby (u stojącego) oraz cała śledziona; nerek prof. Rz w swoich przypadkach nie widywał. Nie widywał też okolicy pęcherzykowej. Prof. Rz. zachęca kolegów do dalszych badań w kierunku odmy brzusznej i omawia widoki tego zabiegu w kierunkach terapeutycznych. (Streszczenie własne).

Skubiszewski, Mesz, Srebrny, K. Tokarski przestrzegali przed stosowaniem odmy za pomocą igły i radzili przystępować do laparotomji, celem wprowadzenia igły pod kontrolą. Judt stwierdził, że zdjęcia prelegenta są prześliczne, zaznaczył jednak, że omawiana metoda przedstawia niebezpieczeństwo, że zdarzały się przypadki śmierci. Z Instytutu braci Mayo odzywają się głosy, które przestrzegają przed stosowaniem odmy brzusznej. Schlesinger również wypowiada się przeciw odmie brzusznej. Prof. Gluziński w swem przemówieniu podkreślił, że przy stosowaniu odmy brzusznej choremu grozi niebezpieczeństwo. W klinice prof. Gluzińskiego spostrzegano przypadki

podrażnienia otrzewnej. Badania doświadczalne prof. Cybulskiego i prof. Gluzińskiego, wykonywane już dawniej w pracowniach, wykazały, że odma brzuszna wpływa znacznie na podniesienie ciśnienia w naczyniach krwionośnych, a nawet w tętnicy płucnej, z tego względu niebezpieczne jest stosowanie odmy brzusznej przy zmianach w narządach krążenia. Należy więc odmę brzuszną, zdaniem prof. Gluzińskiego, stosować ostrożnie.

2. Komocki przedstawił preparaty histologiczne i rysunki przypadku ciąży jajnikowej. W czerwcu 1921 r. kol. Antecki operował chorą z powodu krwotoku wewnętrznego podczas ciąży pozamacicznej. W jajniku naogół niezmienionym okazała się dosyć głęboka jama, mająca mniej więcej kształt pękniętej torbieli, jajowód normalny, z jajnikiem nie zrośnięty. W pobliżu jajnika w jamie otrzewnej leżało makroskopowo nie uszkodzone jajo płodowe wielkości, odpowiadającej jednomiesięcznej ciąży, pokryte na całej powierzchni normalnego kształtu kosmkami. Badanie histologiczne ustaliło w torbieli jajnikowej masę typowych pokrytych dwoma warstwami nabłonka kosmków, ściśle zrośniętych z samą tkanką jajnikową.

Tkanka jajnika oddziałała na wrastanie kosmków w znacznym stopniu wyrażonem przeobrażeniem się doczesnej; na preparatach widać obszerne pola złożone z komórek dużych wielokątnych i okrągłych. Widać również obszerne wylewy krwi do tkanki jajnikowej z następczą jej martwicą. Jak wyżej zaznaczono, kosmki były pokryte dwoma rzędami nabłonka. Należy zgodzić się ze zdaniem większości autorów, że obie warstwy są pochodzenia płodowego, a nie matczynego, niema bowiem w jajniku ani gruczołów ani wogóle tkanki nabłonkowej, z której ta zewnętrzna warstwa mogłaby powstać. Zmiany decidualne w tkance jajnikowej, w bardzo małym stopniu wyrażone, widział dotychczas jedynie Wyder. *Wacław Kowalski*, sekretarz doroczny.

Medycyna społeczna.

Dr. Natan Milgrom. Radziechów.

W sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

Uważam za swój obowiązek poruszyć na łamach „Gazety lekarskiej“ rzecz wielkiej wagi, tembardziej, że, o ile mi wiadomo, nikt inny dotychczas się tą sprawą nie zajmował, chociaż jestto bolączka, trapiąca niejednego lekarza, praktykującego na prowincji. Rozchodzi się o sprawę, co do której obowiązek lekarza względem władzy nie zawsze zgadza się z dążeniem lekarza do działania w ten sposób, aby nie zaszkodzić choremu. *Non nocere!* Oto pierwsza zasada wszelkiego leczenia.

Sprawą tą jest przewóz chorych na choroby zakaźne z wielkich odległości do szpitali zakaźnych. Szczególnie późną jesienią, w zimie i wczesną wiosną sprawa ta staje się aktualną i powoduje szereg nieporozumień w gminach, między rodziną chorych a wykonawczymi organami sanitarnymi. Lekarzom przypada w tym wypadku bardzo nieprzyjemna rola. Rodzina chorego oskarża zwykle lekarza ordynującego, jako tego, który zmuszony był donieść władzy o każdym wypadku choroby zakaźnej. Skutek jest ten, że ludność traci zaufanie do lekarza, unika go i sama się leczy, zasięgając porady u różnych znachorów i cyrulików, zatajających przypadki chorób zakaźnych. Widzimy więc, jak jedno zło pociąga za sobą natychmiast drugie, wzrost partactwa lekarskiego, i tak już na prowincji bardzo rozgałęzionego, którą to sprawę również należałoby wyciągnąć na światło dzienne, jako rzecz pierwszorzędnej wagi dla chorych i lekarzy.

Sądzę, że nie podlega nawet dyskusji, iż przewożenie chorego gorączkującego na odległość trzech, czterech i więcej mil w zimie do szpitala, po którem dopiero następuje długie oczekiwanie na prowizorycznych noszach, aż służba szpitalna będzie gotowa, aż przygotuje się kąpiel etc., jest w wysokim stopniu szkodliwe dla zdrowia chorego i pogarsza rokowanie choroby; dla lekarza, mającego na oku dobro chorego, jest to rzeczą zrozumiałą. Są to wymagania, którym serce nie chorego na dur, lecz zdrowego człowieka, niejednokrotnie ledwie mogłoby podołać, nie mówiąc już o innych ważnych narządach, jak płuca i układ nerwowy. A teraz przypatrzmy się wozom chłopskim, których bardzo często używa się do tych transportów, wozom urągającym wszelkim wymogom pielęgnacji chorego, temu naładowaniu na chorego dziesiątek szmat i futer, aby go uchronić przed „przeziębieniem“, tak, że chory ledwie oddychać może. Kto raz choćby był obecnym przy takim transporcie, musi zastanowić się nad tem, czy korzyść, jaką społeczeństwo odnosi z takiego zarządzenia, równoważy szkodę na zdrowiu, jaką ponosi jednostka, i czy w ogólności przewóz ten odpowiada wymogom sanitarno-policyjnym

Jest rzeczą znaną, że chorych takich przewozi się do szpitala przeważnie dopiero w ostatnim tygodniu choroby. Przyczyny tego są następujące: trudność rozpoznania w początkach choroby, czas, jaki upływa między doniesieniem lekarza, wydaniem zarządzenia przez władzę i wykonaniem tegoż. Kolumna sanitarna, chociaż ruchoma, nie da się z łatwością przerzucać z jednej miejscowości do drugiej. Chory leży przeciętnie przez dziesięć dni i dłużej w domu, jako rozsadnik choroby zakaźnej, a wtedy, gdy otoczenie już zdaje sobie dokładnie sprawę z tego, z jaką chorobą ma do czynienia, gdy sąsiedzi wystrzegają się zetknięcia z tym domem, zajeżdża kolumna sanitarna i zabiera chorego do szpitala. Mogę śmiało twierdzić, że w tym czasie, w którym chory leżał w domu, był on więcej niebezpiecznym i więcej zaraził osób, aniżeli w czasie, który byłby przeleżał w domu, gdyby go nie zabrano do szpitala. Z drugiej znowu strony nie zabrać chorego i zostawić go w ciasnej i przeludnionej izbie jest ze stanowiska sanitarno-policyjnego niedopuszczalne. Należy więc szukać wyjścia z tego błędnego koła.

Zanim nad tem się zastanowimy, muszę jeszcze poruszyć szereg ważnych faktów, służących do wyjaśnienia poruszonej sprawy. Po pierwsze należy stwierdzić, że w większej ilości przypadków chorzy nie mają w szpitalach odpowiedniej należytej opieki. Winę ponoszą w znacznym stopniu nieodpowiednie siły pielęgniarskie. Dur nie wymaga zbytniego leczenia. Im mniej się chorego leczy w dosłownem tego słowa znaczeniu, to znaczy, im mniej się go przeładowuje lekarstwami, tem lepiej dla niego. Natomiast bardzo ważną rzeczą jest należyta, nieustanna i troskliwa opieka i pielęgnacja, a to właśnie w naszych szpitalach epidemicznych przeważnie szwankuje, już to wskutek braku sił, już też wskutek nieodpowiedniego materjału pielęgniarskiego.

Z chorym nie można postępować jak z rzeczą martwą lub numerem. Ważną zasadą racjonalnego leczenia i obchodzenia się z chorym jest indywidualizowanie. Prócz tego należy uwzględnić fakt, że przechodzimy obecnie w fazę życia pokojowego. Podczas wojny niejedno, co jest nieludzkie i barbarzyńskie, jest równocześnie koniecznem. Aby uchronić jakiś oddział wojskowy przed zakażeniem durowem, nie zawahamy się ani na chwilę i prześlemy wszystkich zakaźnie chorych, wojskowych i cywilnych, do szpitala, choćby w zimie i daleko. Inaczej jednakowoż należy rzecz tę traktować w czasie pokoju, gdy nie można już zasłaniać się twardą potrzebą wojny.

W końcu postawię pytanie: Czy istnieje prawomocna ustawa, któraby zmuszała chorego do transportu do szpitala zwykłym wozem na odległość kilku mil wśród srogiej zimy lub deszczów jesiennych, z narażeniem na szwank jego zdrowia i życia?

Zastanówmy się więc nad tem, co należałoby uczynić celem uzdrowienia tych stosunków.

Istnieją tylko dwie drogi: albo ulepszyć środki przewozowe, powiększyć liczbę szpitali i wyszkolić należyty materjał pielęgniarski, albo też nie przewozić zupełnie chorych na taką odległość. Przeciw pierwszej z tych ewentualności przemawiają wielkie koszta, połączone z taką reformą, brak budynków na pomieszczenie powiększonej ilości szpitali i brak należycie wyszkolonych pielęgniarek, któreby rzeczywiście odpowiadały swemu zadaniu. Przeciw drugiej ewentualności natomiast przemawiają względy epidemjologiczne, niemożność odosobnienia chorego w domu wskutek ciasnoty pomieszkań i przeludnienia w miasteczkach i wsiach, brak uświadomienia wśród ludności co do istoty i sposobu przenoszenia się chorób zakaźnych i brak należytej opieki lekarskiej wskutek odległości, dzielącej daną miejscowość od miejsca zamieszkania lekarza.

Jedynem słusznem wyjściem, mojem zdaniem, byłoby pomnożenie liczby kolumn sanit. dla okręgów niemających szpitala zakaźnego, a zmuszonych odsyłać zakaźnie chorych do odległego szpitala w innym okręgu. W takich okręgach powinna wysłana w razie wybuchu epidemji kolumna sanitarna założyć prowizoryczny, na czas epidemji, szpitalik, w którym należałoby umieścić wszystkich chorych na chorobę zakaźną z danej miejscowości. Kolumnę taką, połączoną ze szpitalikiem, można łatwo przenosić z jednej miejscowości do drugiej; potrzebne są tylko dwie dobre pielęgniarki, lekarz zawsze się znajdzie w danym okręgu.

Prosiłbym innych kolegów o zabranie głosu w tej sprawie. W końcu zwracam się do miarodajnych władz, aby zajęły się tą sprawą, w uwzględnieniu przedewszystkiem dobra chorego.

Wiadomości bieżące.

Na życzenie licznych Kolegów z całego kraju przesunięto czas zgłoszeń i wpłaty udziałów **Spółki wydawniczej lekarskiej** do dnia 15 marca 1922. Walne Zgromadzenie organizacyjne Spółki odbędzie się dnia 25. marca br.

Lwów.

VIII. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek 3 marca o godz. 6-tej w Poliklinice.

Pokazy: kol. Łukasiewicz: Przedstawienie przypadków skórnych;

kol. Węglowski: Oesophagoscopia;

kol. Nowicki: Przedstawienie preparatów anat.-patol. a) promienicy płuc, b) rozszerzenia żołądka bardzo znacznego stopnia, c) niezwykłej wady rozwojowej serca.

Wykłady: kol. Wiczkowskiego i Ostrowskiego niewygłoszone na posiedzeniu VI i VII.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Zmarli.

Dr. Witold Zakaszewski, lekarz okręgowy w Uściu solnem, w 54. r. ż.

Konkurs.

Dyrekcja szpitala lwowskiej Gminy wyznaniowej izraelickiej rozpisuje niniejszem konkurs na cztery posady sekundarjuszy w tutejszym szpitalu. Podania na powyższe posady, zaopatrzone w stempel na 10 Mkp, należy przesyłać na ręce **Dyrekcji szpitala** najdalej do dnia 25. lutego b. r. przy dołączeniu następujących dokumentów:

1) Dyplom doktora wszech nauk lekarskich.
2) Dowodu posiadania obywatelstwa polskiego.

O bliższych warunkach można się dowiedzieć w kancelarji Dyrektora codziennie od godziny 12 do 12·30 w południe.

Dr. MEISELS
Dyrektor szpitala.

KONKURS.

Wydział Powiatowy w Makowie nad Orzycem, województwa Warszawskiego, ogłasza konkurs na wolne posady:

1) lekarza prymarjusza w szpitalu powiatowym w Makowie z poborami urzędnika państwowego VI stopnia i 20% do tychże dodatkiem komunalnym, lekarz ten ewentualnie mógłby nadto zająć posadę lekaeza gimnazjum komunalnego w Makowie z poborami według IX stopnia urzędnika państwowego;

2) lekarza szpitala w osadzie Krasnosielc z poborami ryczałtowo 15.000·— miesięcznie.

Ubiegający się o jedną z powyższych posad winni wykazać: a) że są obywatelami Państwa Polskiego, b) posiadają prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, c) nieposzlakowaną przeszłość — przy dołączeniu curriculum vitae. Ponadto: d) dla lekarza prymarjusza, że posiada dostateczne wszechstronne wykształcenie lekarskie — a przedewszystkiem w dziale chirurgji i położnictwa, oraz znajomość administracji szpitalnej.

Lekarz prymarjusz będzie obowiązany do udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej w szpitalu komunalnym i ambulatorjum, administrowania szpitalem (przy pomocy intendenta) i załatwiania spraw tyczących się szpitalnictwa powiatowego związku komunalnego.

Lekarz w Krasnosielcu będzie mógł zajmować się praktyką prywatną.

Oferty wraz z curriculum vitae i odpisami świadectw należy nadsyłać do Wydziału Powiatowego **w terminie do dnia 20 marca 1922 r.**

Starosta: (–) **St. Boguszewski.**

Ze względu na liczne życzenia Pp. lekarzy prowincjonalnych przedłużyliśmy termin zgłoszeń do Spółki wydawniczej lekarskiej do dnia 10 marca 1922.

Zgromadzenie organizacyjne odbędzie się 19 marca 1922.

Komitet Założycieli.

Nr. 10 5. marca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. Teofil Zalewski. Lwów.

O uszkodzeniach postrzałowych narządu słuchowego.

W etjologji zmian chorobowych narządu słuchowego odgrywa uraz niewątpliwie wybitniejszą rolę, niż w etjologji schorzeń innych narządów. Do tego przyczynia się z jednej strony jego budowa anatomiczna, z drugiej zaś strony wikłające się coraz więcej warunki życia, szczególnie w większych miastach, wywierają wpływ ujemy na narząd słuchowy, wspomnę tylko o urazie, jakiemu podlega ustawicznie narząd słuchowy robotnika w wielkich fabrykach żelaznych wskutek panującego tam hałasu.

Toteż uszkodzenia narządu słuchowego budziły zawsze u otjatrów szczególniejsze zainteresowanie. Cały szereg prac klinicznych i doświadczalnych stara się wyjaśnić zmiany chorobowe, jakie wskutek urazu powstają, i wskazać środki, za pomocą których możnaby narząd słuchowy od urazu uchronić lub też skutki urazu złagodzić.

Szczególniejsze zainteresowanie budziły przypadki uszkodzeń pośrednich, ściślej mówiąc, zmiany powstałe wskutek podwyższenia ciśnienia w przewodzie zewnętrznym i wskutek zadziałania dźwięku, a więc swoistej podniety dla narządu słuchowego. W czasach przedwojennych starano się wyzyskać każdy wypadek silniejszych eksplozyj, cały szereg spostrzeżeń wyjaśnił nam nie jedną zawiłą kwestję. Na czem polega szkodliwe działanie silnego lub też długo trwającego dźwięku, wyjaśniły nam do pewnego stopnia badania doświadczalne i spostrzeżenia kliniczne.

I przed wojną wiedziano, że strzał dany tuż nad uchem może wywołać krócej lub dłużej trwające upośledzenie słuchu, a nawet pęknięcie błony bębenkowej, że u artylerzystów przy dłuższem strzelaniu występują pewne zmiany na błonie bębenkowej i w błędniku; wiedziano też, że wystrzał armatni może spowodować pęknięcie bębenka.

Podczas wojny mamy do czynienia z obydwoma rodzajami uszkodzeń narządu słuchowego, bezpośrednie jednak uszkodzenia mamy możność stosunkowo rzadko badać, jednocześnie bowiem z obrażeniem organu słuchu zachodzą w wielu przypadkach obrażenia sąsiednich ważnych części, mózgu i naczyń krwionośnych, tak, że śmierć następuje natychmiast lub wkrótce po zranieniu; tylko stosunkowo nieznaczna ilość bezpośrednich obrażeń narządu słuchowego dostaje się w ręce lekarza. Natomiast uszkodzenia narządu słuchowego, powstałe wskutek zadziałania nadmiernie podwyższonego ciśnienia i nadmiernie silnego dźwięku, stanowią wśród innych uszkodzeń na punktach opatrunkowych i w szpitalach stosunkowo dość duży odsetek. Nie ulega wątpliwości, że bardzo znaczny odsetek z nieznacznemi i przemijającemi uszkodzeniami nie zgłasza się do lekarza; dlatego też określić stosunek uszkodzeń narządu słuchowego do obrażeń innych części ciała jest rzeczą trudną.

Sprawozdania z wojen poprzednich zawierają tylko nieliczne wzmianki o uszkodzeniach narządu słuchowego; w obecnej wojnie, uszkodzenia te są częstym tematem rozpraw naukowych, do czego przyczyniły się niewątpliwie lepsze urządzenia i lepsza pomoc sanitarna w wojsku, jakoteż lepsze wykształcenie lekarzy, ogólne i specjalne.

Badania, jakie przeprowadzono w tej wojnie nad uszkodzeniami narządu słuchowego, mają jednak liczne braki, jako skutek niekorzystnych warunków, w jakich badania takie podczas wojny muszą się odbywać. Główną trudnością, jaka nastręczała się przy tych badaniach, stanowiła niemożność dłuższego spostrzegania przypadku przez jednego i tegosamego lekarza. Często chorzy dostają się w rękę odpowiedniego lekarza zbyt późno, kiedy objawy częściowo lub w całości znikły lub też wystąpiły zmiany wtórne, które zmieniły pierwotny charakter. Z tego też powodu bardzo często trudno w wielu przypadkach orzec, czy dolegliwości podane i objawy stwierdzone są następstwem uszkodzenia, czy też mają jaką inną, dawniej istniejącą przyczynę.

Brak nam szczególnie spostrzeżeń, dotyczących przypadków uszkodzeń w okresie bezpośrednim po urazie, w bezpośredniej bowiem bliskości linji bojowej nie było ani odpowiednich warunków do badań ani odpowiednio wykształconych lekarzy. Podczas oblężenia Lwowa przez rusinów i w czasie następnych walk w bezpośredniej bliskości miasta miałem sposobność spostrzegać szereg przypadków uszkodzeń narządu słuchowego, przypadki te przychodziły do badania przeważnie bezpośrednio po uszkodzeniu lub najwyżej w parę dni, nieznaczną tylko ilość stanowiły przypadki dawniejsze, a dzięki warunkom zewnętrznym mogłem przypadki spostrzegać w szpitalu dłuższy czas. Z tego powodu przypisuję spostrzeżeniom moim pewną wartość.

Ogółem spostrzegałem 66 przypadków, w których stwierdzono w narządzie słuchowym zmiany będące następstwem uszkodzenia tegoż. Podział na obrażenia bezpośrednie i pośrednie uważam za nieodpowiedni, każde bowiem uszkodzenie jest właściwie uszkodzeniem bezpośredniem, przyczyna bowiem musi zadziałać bezpośrednio na tkankę, by naruszyć spoistość jej, a rzeczą jest drugorzędną, czy tą przyczyną jest kula, czy nadmierne ciśnienie w przewodzie zewnętrznym czy nadmiernie silny dźwięk, czy wreszcie wstrząśnienie lub pęknięcie podstawy czaszki wskutek postrzału w głowę. Przez pocisk może nastąpić uszkodzenie wszystkich części narządu słuchu, nadmierne podwyższenie ciśnienia w przewodzie zewnętrznym może wywołać zmiany na błonie bębenkowej, w uchu środkowem i w uchu wewnętrznem; jako przyczynę zmian w błędniku przyjąć też musimy zadziałanie silnego dźwięku, jaki powstaje po wystrzale lub wybuchu.

Podział na bezpośrednie i pośrednie uszkodzenia jest jeszcze i dlatego nieracjonalny, że jednocześnie z t. zw. bezpośredniem uszkodzeniem jednej części narządu słuchowego może mieć miejsce pośrednie uszkodzenie innej części tegoż.

Na 66 przypadków spostrzeganych przezemnie w 5 przypadkach uszkodzona była muszla uszna, w sześciu przypadkach okazywał uszkodzenie przewód uszny, wyrostek sutkowy uszkodzony był w dwóch przypadkach, zmiany na błonie bębenkowej stwierdzono w 14 przypadkach, w jamie bębenkowej w 15 przypadkach, ucho wewnętrzne okazywało zmiany w 55 przypadkach; oprócz tego w jednym przypadku miało miejsce uszkodzenie przez pocisk błędnika, jamy bębenkowej i płatu skroniowego mózgu. Z tego wynika, że zmiany w uchu wewnętrznem przy postrzałowych obrażeniach narządu słuchowego są niejako typowemi zmianami i zmiany spostrzegane w innych częściach narządu słuchowego stanowią znacznie mniejszy odsetek.

Obrażenia muszli usznej we wszystkich pięciu przypadkach powstały wskutek zranienia kulą karabinową. Tylko w jednym przypadku, poza obrażeniem muszli usznej, nie stwierdzono zmian w innych częściach narządu słuchowego; w dwóch przypadkach stwierdzono zmiany w uchu wewnętrznem, przyczem w jednym przypadku stwierdzono zmiany nietylko po stronie obrażenia, lecz i po stronie przeciwnej; w jednym przypadku rozwinęło się bezpośrednio po zranieniu ostre ropienie ucha środkowego, w piątym zaś przypadku, w którym był uszkodzony wyrostek sutkowy, ropienie w uchu środkowem przybrało charakter przewlekły i wygoiło się ze stałem przedziurawieniem błony bębenkowej. Zranienie dotyczyło w trzech przypadkach strony lewej, w dwóch przypadkach strony prawej. We wszystkich przypadkach wygojenie nastąpiło bez powikłań i bez zniekształcenia.

Co do obrażeń zewnętrznego przewodu usznego, to w jednym przypadku przy poprzecznym postrzale przewodu

usznego w narządzie słuchowym, prócz nieznacznych zmian w uchu wewnętrznem, nie stwierdzono zresztą żadnego silniejszego obrażenia: w przypadku tym wskutek postrzału zniszczone zostało oko i uszkodzone zostały boczne kości głowy; przypadek skończył się wyleczeniem.

Pięć innych przypadków musimy zaliczyć do cięźkich obrażeń narządu słuchowego, z tych w czterech przypadkach mamy do czynienia ze znaczniejszem obrażeniem narządu słuchowego na znaczniejszej przestrzeni, tak, że obrażenie zewnętrznego przewodu usznego ma w tych przypadkach mniejsze znaczenie. W czterech przypadkach, jakkolwiek ucho wewnętrzne nie było bezpośrednio przez pocisk uszkodzone, stwierdzono zmiany w uchu wewnętrznem, z powodu jednak zmian następowych w uchu środkowem nie można orzec, czy zmiany te są pierwotne, powstałe wskutek postrzału, czy też następowe, wskutek ropienia w uchu środkowem. W dwóch przypadkach miało miejsce ciężkie uszkodzenie jamy bębenkowej i wyrostka sutkowego.

Jeden przypadek, wstrzał dwa palce poniżej zewnętrznego kąta oka prawego, wystrzał w linji środkowej na karku na wysokości 5 kręgu szyjnego, w chwili przybycia do szpitala nie okazywał z wyjątkiem podwyższenia ciepłoty żadnych objawów ropienia, pomimo to wykonano wydłutowanie wyrostka sutkowego przy operacji usunięto liczne odłamki z wyrostka sutkowego i przewodu usznego; cały wyrostek i jama bębenkowa wypełniona była krwią, błona bębenkowa była porwana w strzępy. Pomimo operacji ciepłota nie opadła; w dna dni po operacji wystąpiło ropne zapalenie stawu kolanowego i barkowego prawego i stawu nadgarstkowego lewego, a dnia trzeciego wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych. Ósmego dnia po operacji nastąpiła śmierć. W drugim przypadku wykonano operację doszczętną; w przypadku tym istniało w chwili przybycia do szpitala obfite ropienie z ran i z ucha; wstrzał przez kość jarzmową, wystrzał za wyrostkiem sutkowym. Uszkodzenie kości okazało się bardzo znaczne, oprócz odłamków z wyrostka sutkowego i przewodu usznego usunięto prawie w całości kość, oddzielającą ucho środkowe od jamy czaszkowej, kość ta bowiem okazała się zgruchotaną na znacznej przestrzeni. Przebieg gojenia był prawidłowy, lecz powolny, zupełne wygojenie nastąpiło przez zarośnięcie jamy pooperacyjnej w sześć miesięsy po operacji; słuch dla szeptu zero. W trzy miesiące po wygojeniu przybył powtórnie do szpitala z ropieniem z ucha i z przetoką na wyrostku sutkowym a badanie wykazało próchnienie kości w górnej części jamy pooperacyjnej Wykonano powtórnie operację, usunięto próchniejącą kość, przyczem odsłonięto na znacznej przestrzeni opony twarde; po operacji wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych i chory zmarł ósmego dnia po operacji.

Dwa inne przypadki skończyły się wyzdrowieniem.

W j e d n y m przypadku wskutek postrzału powstał znaczny ubytek wyrostka sutkowego i tylnej ściany zewnętrznego przewodu usznego w części kostnej, ponadto była przestrzelona małżowina uszna; w parę dni po przybyciu do szpitala wystąpiło ropienie ucha środkowego, jakoteż ropienie w samej ranie. Wygojenie nastąpiło bez operacji z dość dużym otworem w błonie bębenkowej. Słuch dla szeptu dwa metry.

W przypadku d r u g i m, który skończył się wygojeniem, był przestrzał przewodu usznego zewnętrznego z przodu ku tyłowi, przyczem wystrzał był na wyrostku sutkowym, wstrzał z przodu przed uchem. W chwili przybycia do szpitala istniało już obfite ropienie z ucha, a z powodu zwężenia przewodu usznego i obecności obfitej ziarniny krwawiącej w przewodzie głębszych części za pomocą wziernika dojrzeć nie było można. Rana wstrzałowa i wystrzałowa w krótkim czasie bez reakcji się wygoiła. Pomimo leczenia ropienie z ucha środkowego nie zmniejszało się, wystąpiły objawy ze strony wyrostka sutkowego z wysoką gorączką. Wykonano operację doszczętną. Początkowo ciepłota opadła, wkrótce jednak, pojawiły się dreszcze i znaczne podwyższenie ciepłoty, ciepłota w krótkim czasie przybrała charakter pyemiczny. Wykonano powtorną operację; p dwiązano żyłę szyjną wewnętrzną, odsłonięto i otwarto zatokę poprzeczną, w zatoce poprzecznej skrzepu nie stwierdzono. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy, ciepłota wkrótce opadła do stanu prawidłowego. Cała jama pooperacyjna wypełniła się ziarniną i zarosła. Słuch dla szeptu zero

Przypadek p i ą t y przybył do szpitala w miesiąc po zranieniu: wstrzał z tyłu na kości potylicowej prawej, wystrzał na kości ciemieniowej po tej samej stronie, obydwie rany zagojone Chory okazywał zupełną głuchotę na uchu prawem i zaburzenia równowagi, chodzenie jednak bez pomocy było możliwe. Przewód uszny prawy okazywał w części kostnej bardzo silne bliznowate zwężenie, z przewodu usznego wyciekała ropa. Prawy nerw twarzowy był w całości porażony Początkowo chory nie skarżył się na żadne dolegliwości z wyjątkiem zawrotów głowy Po trzech tygodniach wystąpiły bóle głowy i z tego powodu zdecydowano się na zabieg operacyjny. Cięciem, jak do operacji doszczętnej, oddzielono muszlę uszną i oddłótowano trochę kości z tylnej ściany przewodu usznego; badanie wykazało w jamie bębenkowej obecność istoty mózgowej i ropy i stwierdziło szeroką komunikację jamy bębenkowej z jamą czaszkową; z jamy bębenkowej wydobyto liczne odłamki kości. Chory na drugi dzień wśród objawów zapalenia opon mózgowych zmarł.

Sekcja wykazała: w kościach czaszkowych ubytek odpowiednio do wstrzału i wystrzału i oderwanie górnego kantu piramidy, odłamek ten piramidy tkwił głęboko w płacie skroniowym prawym mózgu, strop jamy bębenkowej był zniszczony. W ten sposób, można powiedzieć, zostało całe ucho wewnętrzne oderwane. Na podstawie i na sklepieniu mózgu rozlane ropne zapalenie opon mózgowych i bardzo silne ropienie w ranie płatu skroniowego prawego.

Przypadek ten jest z tego powodu interesujący, że ropa z rany mózgowej wskutek komunikacji z jamą bębenkową opróżniała się na zewnątrz przez przewód uszny; temu trzeba przypisać, że zapalenie opon mózgowych wystąpiło tak późno.

Zmiany, spostrzegane w reszcie przypadków, wywołane są przez nadmierne podwyższenie ciśnienia w przewodzie zewnętrznym, przez zadziałanie silnego dźwięku lub wskutek wstrząsu organu słuchu przy postrzałach czaszki.

W przypadkach ze zmianami na błonie bębenkowej istniały prócz tego zmiany bądź w uchu wewnętrznem, bądź w uchu środkowem, na 14 przypadków tylko w trzech zmiany ograniczały się do samej błony bębenkowej. W pięciu przypadkach spostrzegano mniej lub więcej rozwinięte zapalenie pod postacią ostrego zapalenia błony bębenkowej, przyczem w jednym przypadku było prócz tego na bębenku wynaczynienie. Zmiany te na bębenku mają tylko znaczenie drugorzędne, we wszystkich bowiem przypadkach stwierdzono wybitne zmiany w uchu wewnętrznem tak, że głównem następstwem obrażenia były jedno lub obustronne zmiany w uchu wewnętrznem, którym towarzyszyły wyżej wspomniane zmiany bębenka, przyczem przy zmianach obustronnych w błędniku błona bębenkowa może okazywać zmiany tylko po jednej stronie. Można było zauważyć, że zmianom silniejszym na bębenku odpowiadają też znaczniejsze zmiany w błędniku, przy obustronnych zaś zmianach w błędniku ten błędnik okazywał mniejsze zmiany, po której stronie bębenek zmian nie okazywał lub zmiany były mniejsze.

W dziewięciu przypadkach stwierdzono pęknięcie błony bębenkowej, przyczem w czterech przypadkach miało miejsce obustronne pęknięcie; w pięciu przypadkach z jednostronnem pęknięciem, w dwóch przypadkach istniały zmiany wskazujące na przebyte przewlekłe ropienie ucha środkowego po drugiej stronie. Właściwa błona bębenkowa (*pars tensa*) okazywała pęknięcie dwanaście razy, błona Shrapnella jeden raz. Jeżeli uwzględnimy tylko właściwą część błony bębenkowej, to pęknięcie dotyczyły sześć razy strony prawej i sześć razy strony lewej. Pęknięcie w błonie Shrapnella dotyczyło strony prawej, po stronie lewej w przypadku tym miało miejsce pęknięcie w *pars tensa.*

Wobec tego, że pęknięcie w części wiotkiej (*pars flaccida*), jak to wykazały dotychczasowe spostrzeżenia kliniczne i moje badania doświadczalne [1]), są rzeczą rzadką, możnaby sądzić, że może w tym przypadku otwór w błonie Shrapnella nie jest pochodzenia urazowego, lecz powstał z innego powodu; zastrzeżenie takie tembardziej jest na miejscu, że przy pęknięciu w błonie Shrapnella niema takich charakterystycznych zmian, jak przy pęknięciu właściwej błony bębenkowej. W przypadku tym przyjąłem urazowe pęknięcie górnej części błony bębenkowej na podstawie przebiegu gojenia: otwór powoli, lecz bez jakichkolwiek powikłań, zarastał, błona bębenkowa też nie okazywała żadnych zmian, któreby wskazywały na przebyte dawniej ropienie.

Ilość urazowych pęknięć błony bębenkowej jest niewątpliwie większa, nie ulega wątpliwości, iż w przeważnej ilości przypadków, w których po urazie stwierdzono ropne zapalenie ucha środkowego, zapalenie to jest następstwem urazowego pęknięcia błony bębenkowej; przypadki te w chwili badania nie okazywały zmian charakterystycznych dla pęknięć urazowych, stawianie zaś rozpoznania mniej lub więcej prawdopodobnego li tylko na podstawie wywiadów, uważam za nieodpowiednie. Tylko w dwóch przypadkach, pomimo istnienia ropienia w uchu środkowem, można było bez wahania rozpoznać pęknięcie urazowe. Co do zmian jednoczesnych

[1]) Zeitschrift f. Ohrenheilkunde T. 52.

w innych częściach narządu słuchowego, to, prócz ropienia w uchu środkowem w dwóch wyżej wspomnianych przypadkach, pięć przypadków okazywało zmiany w uchu wewnętrznem. Co do umiejscowienia pęknięcia, to spostrzegano pęknięcie we wszystkich częściach błony bębenkowej, najczęściej jednak w dolnej przedniej części. Ilość przypadków jest zbyt mała, by można było wyciągać ogólne wnioski co do przebiegu i trwania procesu gojenia, muszę jednak podnieść, iż na ogół mam wrażenia, że proces gojenia postępuje bardzo powoli i że do zupełnego zarośnięcia potrzeba znacznie dłuższego czasu, niż zwykliśmy przyjmować. (Dok. nast.)

Dr. Jan Ruszkowski. Warszawa.

O leczeniu ręcznem stożka rogówki.

Z kliniki ocznej Uniwersytetu Warszawskiego.

(Rzecz odczytana 17. XII. 1921 r. na posiedzeniu I. Zjazdu Okulistów Polskich w Warszawie).

Istniały dotychczas dwa sposoby operowania stożka rogówki. W pierwszym, uzasadnionym tem, że stożek rogówki rozwija się pod wpływem zwiększonego ciśnienia śródocznego, miano na celu obniżenie tego ciśnienia za pomocą przecięcia twardówki lub szerokiego wycięcia tęczówki. Drugi sposób miał na celu bezpośrednie działanie na wydęcie rogówki. Graefe wycinał płatek rogówki na szczycie stożka wielkości 2—3 mm, obejmujący połowę grubości jej miąższu, a pozostałą po usunięciu płatka ranę przyżegał azotanem srebra. Bader wycinał szczyt stożka. Badal robił to samo, nakładając przed wycięciem szczytu trzy szwy z końskiego włosa. Fario wycinał półksiężycowy płat obok środka rogówki, a Gałęzowski owalny. Chociaż Morton podaje jeden przypadek, w którym zabieg podobny dał mu świetny wynik (blizna linijna i całkowita siła wzroku), jednak zbyt smutne następstwa większości takich rękoczynów zmusiły do zupełnego ich zaniechania. Więcej uznania zyskał i dziś jeszcze dość rozpowszechniony jest sposób wprowadzony przez Gayet'a, polegający na przyżeganiu szczytu stożka żegadłem. Przyżeganie to musi być głębokie i doprowadzać, według niektórych autorów, nawet do przedziurawienia rogówki. Powstająca na miejscu przyżegania głęboka blizna, kurcząc się, sprowadza spłaszczenie rogówki i przeszkadza ponownemu jej rozdęciu. Blizna ta jednak powoduje zmętnienie środkowej części rogówki, co zmusza nas zwykle do wykonania wycięcia kawałka tęczówki (*iridectomia optica*) i pozbawia oko widzenia naośnego, fatalnie je przytem szpecąc.

Widzimy więc, że wszystkie te zabiegi, skierowane bezpośrednio do stożka, przynoszą albo wyraźną szkodę, albo korzyść tak wątpliwą, jak przyżeganie żegadłem. Na pewne wyróżnienie zasługuje sposób przyżegania Hirschberga. Przyżega on nie szczyt stożka, lecz obwód rogówki w postaci pierścienia i w ten sposób dąży do spłaszczenia jej środka.

Nie dały wyraźnych korzyści i te zabiegi wykonywane na obwodzie rogówki, które miały na celu obniżenie ciśnienia śródgałkowego, mianowicie przecięcie twardówki i wycięcie tęczówki. Zabiegi te w żadnym razie nie mogły być tak szkodliwe, jak wycinanie kawałków rogówki w jej środku, gdyż wykonuje się je w okolicy rąbka rogówki, t. j. w miejscu, które dobrze znosi wszelkie rękoczyny. Przeciwnie, jak to widzimy w naszym przypadku VI. (oko lewe), wycięcie tęczówki wpłynęło w znacznej mierze na wyjaśnienie się zmętnienia szczytu stożka i dało dość znaczną poprawę wzroku. Zmniejszając jednak ciśnienie, nie mogą zabiegi te zmniejszyć nadmiaru rogówki poprzednio rozdętej i dlatego nie mogą dostatecznie wyrównać zniekształcenia jej krzywizny. Brak ten został do pewnego stopnia usunięty przez prof. Noiszewskiego, który po wycięciu tęczówki wycina jeszcze i skrawek rogówki na jej obwodzie.

Do prof. Noiszewskiego zgłosiła się chora z zaćmą starczą, powikłaną przez istniejący oddawna stożek rogówki. Nazajutrz po operacji usunięcia zaćmy z wycięciem tęczówki prof. Noiszewski, zmieniając chorej opatrunek, zauważył, że brzegi rany rogówki nie przylegają do siebie prawidłowo, lecz zachodzą jeden na drugi, mianowicie brzeg środkowy zachodzi na brzeg obwodowy i jest nawet po części zmartwiały. Wtedy prof. Noiszewski odciął nożyczkami ten obumarły pasek brzegu rogówki szerokości około 2 mm. Rana zagoiła się prawidłowo, stożek znikł, a chora oświadczyła, że widzi po operacji tak dobrze, jak nigdy przedtem w życiu. Przypadek ten był ogłoszony w 1902 r. w Centralb. f. prakt. Augenh., oraz w 1907 r., w Postępie okulistycznym. W angielskim podręczniku chirurgji ocznej „*A text-book of ophtalmic Operations*" H. Grimsdale and E. Brewerton, 2 Edit. 1920 r. czytamy, że Bossolino z Turynu ostatnio radzi przy stożku rogówki wycinać jej rąbek i powtarzać to w razie potrzeby nawet okresowo. W ubiegłym roku w klinice ocznej Uniwersytetu Warszawskiego z powodu stożka rogówki operowano troje oczu. Oprócz tego stosowano wycinanie skrawków zbliznowaciałej rogówki w przypadkach częściowego garbiaka rogówki, nawet przy jaskrze wtórnej; przypadki te przytaczamy poniżej.

Przypadek I. K-ska Marjanna 18 l. Oko prawe. Częściowy garbiak rogówki w dolno-zewnętrznej jej części; zrost tęczówki; jaskra następcza; wodoocze; T=32 mm Hg; W= liczy palce na $^1/_2$ metra w skroniowej części pola widzenia. Oko lewe prawidłowe. 25. V. 1921 r. operacja. W ogólnem uśpieniu po tylnem przecięciu twardówki zrobiono cięcie na brzegu rogówki od dołu i zewnątrz i szczypczykami nożyczkowemi Wecker'a wycięto pasek rogówki, a właściwie blizny rogówki, szerokości 2,5 mm. Przez kilka dni po operacji brzegi rany rozchodziły się, lecz po kilku dniach zeszły się, rana zabliźniła się, powierzchnia bielma zmniejszyła się, a garbiak znikł. Chorą po tygodniu wypisano z kliniki. Przez 5 tygodni po operacji badanie wykazuje W=0·1 w skronionej części pola widzenia. Garbiaka niema. Tn.

Przypadek II. L. Awrum 14 l. Oko prawe: Zanik gałki ocznej. Oko niebolesne. W=0. Oko lewe: zapalenie brzegów powiek; częściowy garbiak rogówki w dolno-zewnętrznej jej części; tęczówkozrost; jaskra następcza; T=40 mm Hg; oko źle wziernikuje się; tarcza blada; W=palce na 2 metry. Operacja 5 VII. 1921 r. W uśpieniu ogólnem po tylnem przecięciu twardówki wycięto pasek ze ściany garbiaka, jak w poprzednim przypadku Rana dość szybko zagoiła się i garbiak znikł, ale ciśnienie wciąż podwyższone pomimo zakraplania pilokarpiny, nawet wyższe, niż przed operacją (42 mm Hg), wywołało konieczność wykonania wycięcia tęczówki. Po tej operacji, wykonanej 31. VIII 1921., ciśnienie obniżyło się do normy i chory wypisał się z kliniki bez poprawy wzroku, ale i bez garbiaka i jaskry, we 2 tygodnie po operacji.

Przypadek III i IV. Były to przypadki bardzo znacznego garbiaka rogówki, w których jednak pomimo to za pomocą szerokiego wycięcia tęczówki i obszernego wycięcia blizny rogówki udało się powrócić prawidłową postać rogówki, chociaż chorzy nie odzyskali wzroku.

Przypadki te wyraźnie dowodzą że, mając nadmiar rogówki, możemy część jej usuwać i w ten sposób powracać jej bardziej prawidłową krzywiznę. Gojenie rany po takim zabiegu w naszych, wprawdzie nielicznych, przypadkach odbywało się bez powikłań.

Teraz przechodzimy do operacji właściwego stożka rogówki.

Przypadek V. Janina K., 25 l. Od dziesięciu lat zaczęła gorzej widzieć lewem okiem, a od 2 lat słabnie wzrok oka prawego. Rozpoznanie: Obustronny stożek rogówki wybitniej wyrażony w oku lewem. W. pr. oka = $^1/_5$, lewego oka = palce na $^1/_2$ metra. 2. IV. 1921 r operacja w uśpieniu ogólnem. Cięcie rogówki nożykiem Graefe'go, jak do operacji wydobycia zaćmy. Szerokie wycięcie tęczówki. Nożyczkami wycięto na obwodzie, wzdłuż rany, pasek rogówki ok. $1^1/_2$ mm szeroki. Atropina, opaska. Gojenie prawidłowe, po 10 dniach oko bez objawów zadrażnienia, stożek rogówki zmniejszył się.

22. IV. operacja powtórzona. Cięcie rogówki tym razem do dołu. Wycięcie tęczówki i odcięcie paska rogówki szerokości 1 mm. Po 10 dniach oko zagojone stożek jeszcze mniejszy, zmętnienie szczytu stożka znika, W = palce na 1 metr. Po miesiącu operacja zrobiona na tem samem lewem oku po raz trzeci. Tym razem wycięto pasek rogówki u dołu szerokości $1^1/_2$ mm. Przebieg pooperacyjny został powikłany na szósty dzień przez wzmożenie ciśnienia śródgałkowego, które ustąpiło po zastosowaniu pilokarpiny. Chora wypisana na 14 dzień. Rogówka jeszcze wyciągnięta stożkowato, ale już bardzo nieznacznie W. l. oka = palce na 2 metry.

Przypadek VI. Janina T., 27 l. Lewem okiem źle widzi od kilku lat. Przed 2 tygodniami nastąpiło znaczne pogorszenie wzroku w obu oczach Leczyła się pilokarpiną.

Rozpoznanie: Obustronny znaczny stożek rogówki, wybitniejszy w oku lewem. Szczyty obu stożków objęte przez zmętnienia, średnicy $1^1/_2$ mm w oku prawem i 3 mm w oku lewem. W. o. prawego = $^1/_4$, oka lewego = palce na 1 metr.

13. IX. 1921 r. Operacja Wycięcie tęczówki do góry na oku lewem. Gojenie prawidłowe, stożek nieco spłaszczył się, zmętnienie szczytu bardzo wyjaśniło się. 24. IX. W o. l. = 0.1.

3. X. Stan oka prawego pogarsza się szybko. W o. pr. = 1/15. Chora prosi o operację na prawem oku.

5. X. Operacja na oku prawem. Znieczulenie miejscowe. Wycięcie tęczówki do góry. Wycięcie obwodowego paska rogówki szerokości $1\frac{1}{2}$ mm nożyczkowemi szczypczykami Wecker'a. Komórka wypełniła się dopiero po trzech dniach.

17. X. W o. pr. = 0.2, o. l. = 0.1.

28. X. Oko prawe: Stożek rogówki ustąpił prawie zupełnie. Rana rogówki zabliźniona. Ze zmętnienia szczytu stożka pozostało zaledwie parę szarych kropek, W = 0.2.

Oko lewe: Stożek rogówki zmniejszył się dość znacznie. Zmętnienie szczytu stanowi 1/4 część tego, które było przed operacją. W = 0.1 bez korekcji.

16. XII. Stan obu oczu bez zmian.

Z powyższego widzimy, że i w przypadkach stożka rogówki, również jak i przy garbiakowych rozdęciach rogówki, możemy bezkarnie wycinać skrawki rogówki, wpływając przytem dodatnio na siłę wzroku i zmniejszając zniekształcenie krzywizny rogówki. Zabieg ten ma ogromną wyższość, nawet i pod względem kosmetycznym, nad wszystkiemi innemi, zdążającemi do tego samego celu.

Dr. Tadeusz Fechter, dyrektor szpitala. Jarosław.

Przypadek podskórnego pęknięcia śledziony od urazu tępego, operacyjnie wyleczony.

Ze Szpitala państw. powszechnego.

Marja Daniłko l. 13, córka rolnika, Grabowiec, powiat Przemyśl, została 2. kwietnia 1921, przejechana wozem, naładowanym drzewem o godzine 10 przed południem. W 6 godzin po wypadku przywieziono chorą do szpitala powszechnego w Jarosławiu.

Stan obecny: dziewczę wzrostu średniego, dobrze zbudowane i odżywione. Wyraz twarzy cierpiący, oczy zapadłe, skóra blada, pokryta potem, błony śluzowe blade, kończyny chłodne; język podsychający, ciepłota 37·00 i tętno 100 miękkie ale równe. Chora ustawicznie jęczy i narzeka na gwałtowny ból w brzuchu. Brzuch nieco wzdęty; mięśnie brzucha skurczowo napięte, silniej po stronie lewej. Brzuch w całości przy dotyku bolesny, najbardziej tuż pod łukiem żebrowym lewym, w ściśle określonem miejscu, gdzie chora nie może znieść nawet lekkiego dotknięcia palcem. Odgłos opukowy przytłumiony, zwłaszcza po lewej stronie Wolny płyn w jamie brzusznej. W ciągu badania kilkakrotne wymioty, odbijania, czkawka.

Jak widać z opisu stanu obecnego, rozpoznanie obrażenia jakiegoś trzewia brzusznego nie podlegało w danym przypadku wątpliwości wobec istnienia wszystkich znamiennych cech, jak stały ból, kilkakrotne wymioty, odbijania, skurczowe napięcie powłok, wzdęcie a wreszcie przytłumienie, odpowiadające nagromadzeniu się krwi w jamie brzusznej i ogólne objawy niedokrewności. Okoliczność, że od wypadku upłynęło już 6 godzin, a nie wystąpiły dotąd objawy wybitne zapalenia otrzewnej z przedziurawienia, a dalej stwierdzenie stałej miejscowej bolesności tuż pod łukiem żebrowym lewem z nagromadzeniem krwi w jamie brzusznej, znaczniejszem po stronie lewej, umożliwiły mi rozpoznanie, z wszelkiem prawdopodobieństwem, pęknięcia samej tylko śledziony.

O godzinie 6 wieczorem (8 godzin po wypadku) przystąpiłem do operacji. Uśpienie eterowe. Otwarcie jamy brzusznej cięciem po zewnętrznej stronie mięśnia prostego lewego, przez ranę poczęła się wylewać z jamy otrzewnej obficie płynna krew, barwy wiśniowo-czerwonej Wsunąwszy rękę pod lewy łuk żebrowy to jest w okolicę śledziony przekonałem się, że została ona zmiażdżona; przerwana tętnica śledzionowa broczy; żyła śledzionowa nienaruszona. Na szypułę i tętnicę śledzionową założyłem uciskadło i podwiązałem podwójnie tętnicę i żyłę śledzionową; po przeglądzie jamy brzusznej i jamy powstałej przez usunięcie śledziony pokryłem kikut otrzewną. Zaszycie jamy brzusznej pierwotne, opatrunek. Chora wyzdrowiała bez powikłań i 6. maja 1921 wyleczona opuściła szpital.

Rozpoznanie podskórnego pęknięcia śledziony jest w pierwszych godzinach po wypadku trudne a we większości przypadków wprost niemożliwe, ze względu na to, że pęknięcie śledziony nie wywołuje żadnych znamiennych objawów, różniących je od pęknięcia innych narządów jamy brzusznej. Przy pewnych korzystnych warunkach, zwłaszcza gdy upłynęło już od wypadku kilku godzin, łatwiej już dojść do rozpoznania, jednak i wtedy bywa ono tylko prawdopodobnem. Ze względu jednak, że objawy, potrzebne do ogólnego rozpoznania pęknięcia trzew brzusznych, są dosyć znamienne, a objawy te towarzyszą z reguły i pęknięciu śledziony, nie zależy tyle na szczegółowem rozpoznaniu, ile na tem, ażeby zdać sobie należycie sprawę z doniosłości przypadku i gdzie tego potrzeba, jak najśpieszniej upewnić się w rozpoznaniu przez wykonanie laparatomji próbnej. Według zgodnych zapatrywań większości chirurgów rozpoznane pęknięcie śledziony leczyć należy z reguły operacyjnie, tak samo, jak pęknięcie każdego innego trzewia brzusznego. W przypadkach wątpliwych lepiej jest operować bez pewnego rozponania, nie tracąc czasu na wyczekiwanie, i nie stosować leków odurzających, które tylko zaciemniają obraz choroby, ponieważ laparotomja próbna w tych przypadkach wogóle mniej szkody przynosi, niż czekanie. Wprawdzie stwierdzonym jest fakt, że lekkie pęknięcia śledziony zagoić się mogą bez operacji, jednakże tem kierować się nie można, bo zdarza się niejednokrotnie, że po otwarciu jamy brzusznej znajduje się znacznie cięższe uszkodzenia, niżby to odpowiadało objawom klinicznym przed operacją.

Co do samej techniki zaopatrzenia pęknięcia śledziony to współzawodniczą tutaj ze sobą splenektomja i tamponada.

Założenie szwów jest niepewne, ponieważ nie zabezpiecza dostatecznie przed następowym krwotokiem z powodu kruchości miąższu śledziony i z powodu nadzwyczajnych trudności technicznych ze względu na niedostępne umiejscowienia. Obrażenia podskórne śledziony nie powikłane raną powłok dają bezwzględne wskazanie do jej całkowitego wycięcia, jeśli ogólny stan chorego na to pozwala, i co ważniejsze, niema rozległych zrostów. Wtedy tamponada pozostaje jako jedyne wyjście. Wytamponowanie ma jednak nieprzyjemne strony, a mianowicie: wikła przebieg pooperacyjny i opóźnia gojenie, powtóre tamponada, ażeby odpowiadała celowi, musi być szczelną i działać z dość znacznym uciskiem, a jako taka wywołuje czasem przykre objawy przez ucisk na sąsiednie narządy. (Przypadek pęknięcia śledziony wyleczony tamponadą ogłosił Hinze ze szpitala powszechnego w Rzeszowie w »Przeglądzie Lekarskim« 1919 Nr. 40). Że obrażenia śledziony podskórne dają bezwzględne wskazanie do jej całkowitego wycięcia, uzasadnia Jordan (Heidelberg) w swej pracy ogłoszonej w Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T 2. Z. 3. 1903.

Zabieg chirurgiczny przy podskórnem pęknięciu śledziony ma za najważniejsze zadanie opanować niebezpieczny objaw zagrażający życiu, to jest krwotok wewnętrzny. Szybkie i pewne zatamowanie krwotoku jest głównem zadaniem operatora.

Na ogół wycięcie śledziony musi być przeto uważane jako jedyny sposób pewnego powstrzymania krwotoku, tembardziej, że śledziona nie jest narządem niezbędnie potrzebnym do życia.

Że śledziona nie jest narządem do życia niezbędnie potrzebnym, jest to fakt oddawna znany: znali go już starożytni; przekonały nas o tem doświadczenia na zwierzętach; wycięcie śledziony wykonane w rozmaitych schorzeniach tego narządu i wrodzony brak śledziony u 45-cio letniej kobiety, zmarłej na gruźlicę płuc, opisany przez Glińskiego (»Przegląd Lekarski« 1906 Nr. 42).

Prof. dr. Józef Latkowski. Kraków.

O znaczeniu badania układu nerwowego mimowolnego.

(Z oddziału chorób wewnętrznych Państwowego szpitala św. Łazarza w Krakowie. Prym. Prof. Dr. J. Latkowski).

(Ciąg dalszy).

Atropina sprawia obniżenie pobudliwości układu mimowolnego. Obok rozszerzenia źrenic wywołuje ona suchość w ustach, bicie serca, przyśpieszenie tętna. Suchość błon śluzowych występuje prawie u wszystkich chorych, tak że trudno z tego objawu ocenić siłę odczynu; dlatego najważniejszym odczynem pod tym względem będzie przyśpieszenie tętna i kołatanie serca. Za dodatni odczyn uważaliśmy — jak wspomniałem — odczyn taki, przy którym przyśpieszenie tętna było znaczniejsze i wynosiło 30 uderzeń na minutę, bicie zaś serca było wyraźne.

Przyśpieszenie tętna spostrzegano w 6 przypadkach. Czasem trafia się przewrotne działanie atropiny (u 3 chorych), mianowicie zwolnienie tętna (L. p. 2, 7, 18) Zwolnienie to możnaby tłómaczyć podrażniającem działaniem na zakończenia nerwu błędnego. Ciśnienie pod wpływem atropiny nie ulegało zmianie.

Działanie atropiny na oddychanie daje się nieraz zauważyć. Najczęściej występowała po atropinie arytmja oddechowa (w 15 przypadkach). Występowała ona równolegle z silniejszem oddziaływaniem na atropinę. Objaw gałkowy i objaw Erbena występują rzadziej po wstrzyknięciu atropiny, coby można tłómaczyć porażającem działaniem atropiny na nerw błędny, tak jak z drugiej strony arytmję oddechową można tłómaczyć pobudzającem działaniem atropiny na nerw błędny, a zjawia się ona szczególnie po mniejszych dawkach atropiny.

Rozszerzający wpływ na źrenicę przez porażenie zwieracza wystąpił u 20 chorych, porażenie zaś akomodacji stwierdzono u 2 chorych. Eppinger twierdzi, że chorzy z silnym układem parasympatycznym okazują krótsze działanie atropiny, gdyż porażenie mięśnia tęczówki zostaje prędko pokonane.

Upośledzenie wydzielania śliny dało się zauważyć u wszystkich chorych.

Po wstrzykiwaniu adrenaliny uzyskano odczyn źrenic, potwierdzający dotychczasowe spostrzeżenia, a mianowicie przeważnie źrenica nie oddziaływa na adrenalinę, gdyż na 64 badanych, rozszerzenie jej wystąpiło u 4, zwężenie zaś 6 razy. Rozszerzenie źrenic przez nas spostrzegane wystąpiło u chorych z zaburzeniami w zakresie układu nerwowego, jak neurastenia, kilak mózgu.

Wpływ na tętno i ciśnienie objawiał się przeważnie przyśpieszeniem tętna i podniesieniem parcia krwi. Nieznaczne przyśpieszenie wystąpiło 31 razy, tj. 48.43%, zaś wybitna różnica w tętnie od 20 do 30 uderzeń, tylko u 8 chorych. Zwolnienie tętna było znacznie rzadszem zjawiskiem, gdyż spostrzegano je tylko w 3 przypadkach i to w granicach niewielkich, od 6 do 10 uderzeń na minutę. Szymonowicz tłómaczy zwolnienie tętna zadrażnieniem ośrodków nerwu błędnego przez podniesienie ciśnienia krwi, Amberg stwierdził jednak utrzymywanie się zwolnienia tętna i po spadku ciśnienia, co dowodzi, że pobudzenie nerwu błędnego utrzymuje się dłużej. Stwierdzono też, że po przecięciu nerwów błędnych zwolnienie tętna nie znika i dlatego Falta, Neuborgh, Nobel przyjmują prócz zadrażnienia ośrodków nerwów błędnych i działanie obwodowe. W naszych przypadkach bradykardji podniesienie ciśnienia było znaczne i dochodziło do 25 mm Hg.

Do częstych zjawisk należy zaliczyć zwiększenie parcia krwi, które spostrzegano 44 razy w granicach od 15—40 mm Hg. Wybitny wpływ adrenaliny na ciśnienie znany jest od czasu N. Cybulskiego i Szymonowicza i jest to najczęstszy objaw jej działania. Różnice tego odczynu zależeć mogą od innych czynników, od wydzielania wewnętrznego i od stanu mięśnia sercowego. Kraus i Friedental zwracają uwagę na wydzielinę tarczycy, która ma mieć duży wpływ na nerw błędny.

Wpływ adrenaliny na oddychanie jest mało zbadany. Bauer spostrzegał przyśpieszenie oddechów od 4 do 12 na minutę. W naszych przypadkach stwierdzono podobne oddziaływanie 38 razy od 4 do 16 oddechów, w większości jednak różnica była niewielka od 4 do 6, wybitna zaś tylko u 3 chorych, wynosiła bowiem 9, 10 i 16 oddechów, przytem u tych chorych wogóle odczyn na adrenalinę był znaczny. Zjawisko to tłómaczą zwiększeniem pobudliwości ośrodków oddechowych pod wpływem adrenaliny, gdyż podobne działanie spostrzegano też przez bezpośrednie zastosowanie tej substancji na rdzeń, którego komórki stały się pobudliwsze, zwłaszcza zaś w rogach przednich.

Cukromoczu adrenalinowego bez podania cukru gronowego nie uzyskano nigdy, nawet w przypadkach wybitnego odczynu. Rzadkość tego odczynu podnoszą i inni badacze. Pojawienie się cukru byłoby może zjawiskiem częstszem po dodaniu glukozy, jednak z powodu braku jej nie można było skorzystać z tego środka.

Z kolei zajmiemy się teraz dwoma objawami: objawem gałkowym i objawem Erbena, powstającemi wskutek zadrażnienia nerwu błędnego. Na 64 chorych objaw gałkowy wystąpił 20 razy, tj. 31,2%, z tych u 13 znaleziono go poprzednio. Według innych badań zjawisko to jest częste i ma się pojawiać u osób z pobudliwym układem parasympatycznym, a na dowód tego przytaczają autorowie istnienie jego w przypadkach ciężkich zakażeń, a nawet w agonji. Prócz zwolnienia tętna podczas objawu gałkowego może nastąpić i zmniejszenie jego amplitudy. Sterling przypisuje odczynowi adrenalinowemu pewne znaczenie prognostyczne w różnych chorobach zakaźnych, twierdząc, że żywy odczyn pozwala dobrze rokować. W porównaniu do opisanego objawu, objaw Erbena jest znacznie rzadszy, gdyż stwierdziliśmy go tylko 6 razy, tj. 9,4%.

Zjawisko arytmji oddechowej powstaje często u osób młodych i wskutek zadrażnienia ośrodków nerwu błędnego (Lommel), gdyż po przecięciu nerwów lub porażeniu atropiną nie pojawia się. Spostrzega się też je często u neuropatów i ozdrowieńców, a Hamburger uważa ten objaw za charakterystyczny dla dzieci nerwowych. W badaniach naszych arytmja oddechowa była przed wstrzyknięciem u 9 chorych, po wstrzyknięciu zaś u 16, tj. 25%. Porównując te objawy przekonujemy się, że po adrenalinie częstość ich zwiększa się, jednak nie w takim stopniu, by były charakterystyczne dla odczynu po adrenalinie.

Dermografję spostrzegano często, bo u 43 chorych, częściej polegającą na samem zaczerwienieniu skóry, rzadziej drugi rodzaj z poprzedzającem zaczerwienienie zblednięciem skóry.

Jeżeli uwzględnimy to, że zjawisko dermografji było i przedtem prawie u wszystkich badanych, a spotęgowało się po adrenalinie tylko w 2 przypadkach, musimy stwierdzić niewielki wpływ tej substancji na dermografję.

Z kolei przejdziemy do opisu wyniku badania krwi. Po wstrzyknięciu 0001 gr. adrenaliny zauważyliśmy prawie we wszystkich przypadkach zwiększenie ilości ciałek białych, zwykle największe po 30 do 45 minut, od 2,000 do 12,000. Zwiększenie to bywa nieraz dość znaczne, do podwójnej pierwotnej ilości, a to w 7 przypadkach, tj. 10,1%. Co do powiększenia ilości, to znajdujemy częściej powiększenie ilości limfocytów, niż neutrofilów, lecz to zjawisko nie jest wcale regułą i nie zawsze przeważa przy leukocytozie ilość limfocytów. W każdym razie równocześnie zauważyć się daje zwiększenie się także ilości neutrofilów. Po wstrzyknięciu adrenaliny nie spostrzegano odczynu dwufazowego, jaki opisuje Frey, choć badano krew w różnych czasach po wstrzyknięciu adrenaliny Częstem zjawiskiem w naszych badaniach krwi było bezwzględne powiększenie się ilości wszystkich białych ciałek, tylko u 17 chorych, tj. 26,51% nie było leukocyiozy po wstrzykiwaniach adrenaliny.

Niektórzy autorowie chcą wytłómaczyć pojawianie się leukocytów skurczem torebki śledziony pod wpływem wstrzykiwań adrenaliny. Abel miał na ludziach spostrzegać pomniejszenie się śledziony. Co do tych właśnie spostrzeżeń, to musielibyśmy uważać je za bardzo wątpliwe, gdyż nie widzieliśmy nigdy pomniejszenia się śledziony po wstrzyknięciu adrenaliny. Ponieważ zaś Schenk stwierdza powiększenie się ilości leukocytów u człowieka z wyciętą śledzioną, a Waltenhöfer nie widział powiększenia u królików w eksperymencie, tem więcej, ponieważ we krwi nie widzimy przy leukocytozie adrenalinowej monocytów, które powinny znajdować się w niej, jeżeli leukocytoza ma powstawać wskutek udziału śledziony, — trzeba raczej przyjąć, że adrenalina podrażnia narządy krwiotwórcze, a wynikiem jej jest leukocytoza, często połączona z limfocytozą. Waltenhöfer stwierdził rzeczywistą leukocytozę tak w naczyniach skórnych, jak i w żyle usznej królika i w żyle śledzionowej.

Pojawianie się krwinek białych eozynochronnych po pilokarpinie było dość częste, jak to podają Skór-

czewski i Wasserberżanka. Do częstych objawów należy drżenie i szereg wrażeń podmiotowych, przeważnie nieprzyjemnych, jak lęk, uderzenia do głowy, bicie serca. Drżenie tłómaczą rozmaicie, i tak Joteykówna uważa je za wynik zwiększonej pobudliwości sarkoplazmy. Inni przyjmują siedzibę przyczyny w układzie ośrodkowym (szypułki mózgowe, ciałka czworacze, móżdżek, wzgórki wzrokowe. Drżenie spostrzegano 26 razy, tj. 40,6%.

Jak wynika z przedstawionego działania adrenaliny, wpływ jej zaznacza się przedewszystkiem na narządzie krążenia, gdzie wywołuje zwiększenie czynności serca pod względem siły i częstości skurczów oraz podnosi ciśnienie krwi. Prócz tego dość często zwiększa się ilość leukocytów i limfocytów, wreszcie adrenalina wywołuje drżenie.

Z badanych przez nas chorych tylko 15, tj. 23,41% okazywało wybitniejszy odczyn w zakresie wszystkich objawów opisywanych przy adrenalinie, z tych zaś 6 oddziaływało na pilokarpinę, na atropinę zaś 4. Reszta zaś chorych tj. 47 oddziaływała bądź słabo, bądź też nie oddziaływała. Z badań tych wynika, że osób wrażliwych na adrenalinę jest mało, gdyż, uwzględniając to, że u badanych stwierdzono szereg zaburzeń przyrody nerwowej, ilości przez nas uzyskane są niewielkie. Widzimy również i to, że osoby oddziałujące na adrenalinę okazują się też wrażliwe i na substancję przeciwniczą, tj. pilokarpinę i to w znacznej ilości, bo na 15—6, tj. 40%.

Na podstawie naszych badań możemy stwierdzić, że nie było w naszym materjale wybitnego antagonizmu między działaniem adrenaliny a pilokarpiny i atropiny, mianowicie 8 naszych chorych oddziaływało silnie tak na jedną, jak i na drugą grupę trucizn, gdy 15 oddziaływało tylko na adrenalinę, a 20 na pilokarpinę; nie było też zawsze równoczesności oddziaływania na pilokarpinę i atropinę, a z tych 5 chorych, 2 oddziaływało równocześnie i na adrenalinę; na atropinę zaś oddziaływało 7 chorych. Nie można więc przyjąć, aby większa wrażliwość na pilokarpinę lub adrenalinę miała zależeć od większego napięcia w zakresie nerwu błędnego względnie współczulnego.

Możnaby tak twierdzić, gdyby chorzy oddziaływali zawsze równocześnie na atropinę i pilokarpinę, a nie oddziaływali na adrenalinę, a tak w rzeczywistości nie jest, nie można więc ludzi dzielić na wagotoników i sympatykotoników. Tem bardziej, że z dodatniego wyniku jednego odczynu np. cukromoczu, nie można wnosić o stanie całego nerwu, a tem mniej, że jest on w ciągłem napięciu. Te środki farmakologiczne mogą działać i na inne części układu nerwowego, a przedewszystkiem na uk ad nerwowy ośrodkowy Działanie tych ciał jest też bardzo rozległe, jak np. adrenalina działa na układ naczyniowy, podnosi ciśnienie krwi, przyśpiesza czynność serca, działa moczopędnie, wywołuje leukocytozę itd. Gdy więc z jednego odczynu dodatniego wnosi się o stanie całego nerwu, to popełnia się niedokładność, gdyż wywoływanie cukromoczu jest tylko częścią działania adrenaliny, a może nawet czasem nie pojawić się pomimo istnienia większej ilości cukru we krwi np. przy mniejszem wydzielaniu moczu, lub gdy zużycie cukru będzie w danym przypadku większe od prawidłowego. W innych znów przypadkach może być silne działanie na serce i układ naczyniowy, a może też nie wystąpić działanie na wydzielanie cukru, Tak np. przy duszn cy oskrzelowej często się zdarza wedle Falty, że nie powstaje cukromocz, a jest widoczne działanie na krew i narząd krążenia.

Dalej działanie tych ciał jest zależne od dawki i może być w małych dawkach odwrotne do działania w większych; adrenalina wedle Euiota w małych dawkach rozszerza naczynia, w większych zwęża je, jak wiadomo. Gdy zaś uprzytomnimy sobie, że w każdym nerwie mogą być włókna hamujące i podniecające czynność danego narządu, sprawa staje się jeszcze więcej zawikłaną. Dlatego też sądzimy, że takie schematyzowanie, jak podział na wagotoników i sympatykotoników, nie jest pożądane, bo wprowadza pewną powierzchowność w ujęcie zjawisk biologicznych. Trzeba też zauważyć, że silniejsze oddziaływanie pewnych narządów, względnie nawet zakończeń nerwowych na podniety zdarza się częściej w rozmaitych stanach chorobowych, związanych z osłabieniem czynności danego narządu i tłómaczy się jego chorobliwą pobudliwością Niełatwo więc zrozumieć, dlaczego w celu tłómaczenia zboczeń, połączonych z większą czułością, czy wrażliwością pewnych nerwów, przyjmuje się większe napięcie tych nerwów. Między napięciem (tonus) jakiegoś narządu a pobudliwością nie istnieje wcale taki stały wzajemny stosunek, aby wrażliwość czy pobudliwość wzrastała z napięciem (tonus) tego narządu, a tak sądzą zwolennicy pojęcia wagotonji i wnoszą, że większa wrażliwość na pilokarpinę równa się większemu napięciu w zakresie nerwu błędnego. Tymczasem z licznych spostrzeżeń wynika, że zwykle jest odwrotnie, że pobudliwość wzmożona zjawia się przy zmniejszonem napięciu (tonus). Sądzić więc prędzej musimy, że raczej przyczyną zaburzeń czynnościowych jest nadmierna wrażliwość i dlatego jest silniejsze oddziaływanie na tę truciznę. Gdybyśmy otrzymali po przecięciu nerwu błędnego silny skutek, uwidaczniający się w bardzo znacznem przyśpieszeniu tętna i zwolnieniu oddechu, wtedy moglibyśmy przyjąć silne napięcie nerwu błędnego, ale i w takiem prostem doświadczeniu trzeba rozważyć pytanie, czy w danym przypadku nie było już przedtem istniejącej nadmiernej wrażliwości zakończeń nerwu błędnego. Przy nadmiernej wrażliwości zakończeń nerwu, zniesienie napięcia prawidłowego może mieć również silny skutek, a doświadczenie farmakologiczne z wstrzyknięciem atropiny nie jest tak prostem, jak przecięcie nerwu. Takim przykładem może być ustępowanie zwolnienia tętna po wstrzyknięciu atropiny, gdyż prawidłowe napięcie (tonus) nerwu błędnego mogłoby natrafić na stan nadmiernej wrażliwości jego zakończeń.

Cały szereg autorów stwierdza, tak jak i z naszych doświadczeń wynika, że ludzie nerwowi oddziaływują często na obie grupy trucizn; i tak w dychawicy oskrzelowej, zaliczonej według Eppingera do wagotonji, znajdujemy wrażliwość na te obie grupy trucizn lub tylko na adrenalinę (chory l. 53). Rozważając z punktu biologiczuego zagadnienie czynników tonizujących musimy uwzględnić, że w ustroju ludzkim, wysoce złożonym, czynniki te muszą być rozliczne i bardzo wyspecyalizowane i chyba nie mogą istnieć na jednem miejs u i w jednym tylko narządzie. Za specjalizacją tych czynników i umieszczeniem ich w rozmaitych narządach przemawiałaby ta okoliczność, że spostrzeganie kliniczne poucza, iż stany kurczowe (spastyczne) różnych narządów nie występują równocześnie w kilku narządach; i tak najczęściej występuje tylko kurcz żołądka, odźwiernika lub napad dychawicy albo kurcz pęcherza, a nigdy prawie stanów tych nie spotykamy równocześnie. Np. u jednego chorego występowały na przemian napady dychawicy, odchodzenie błon w stolcu, to znów kurcze żołądka, u innego znowu chorego spostrzegaliśmy kurcze jelit z odchodzeniem błon (*colica membranacea*), w jakiś czas poźniej wystąpiła pokrzywka na całej prawie skórze, a w końcu objawy psychiczne tj napady lęków. Przykłady te dowodzą, że siedziby tego rodzaju zaburzeń nerwowych nie można przypuszczać w jednym nerwie i nie można tłómaczyć większem napięciem nerwu błędnego. W narządach zaś o rożnych własnościach, jak np. sercu, możliwe jest działanie nerwów na poszczególne jego własności nietylko w kierunku osłabiającym lub pobudzającym, ale także w kierunku zmieniającym te własności. Przy tak zawiłym mechaniźmie nie możemy nigdy być pewni, jaki będzie wynik działania farmakologicznego, a zatem z niego nie należy wysnuwać tylko wniosku o większem napięciu nerwów mimowolnych. (D. n.)

Z praktyki.

Adam Leszczyński. Warszawa.

Zastosowanie salwarsanu w promienicy płuc.

Poniżej podaję opis przypadku promienicy płuc, w którym zastosowałem leczenie salwarsanowe.

P. Cz. z Wołynia, l. 40, dnia 13 lipca 1921. dostał dreszczy, kłócia w prawym boku, niezbyt dokuczliwego kaszlu z niezbyt obfitą plwociną, po paru dniach przyłączył się do tych objawów

bardzo silny ból w prawym stawie barkowym, bezsenność, ciepłota 38,5°—39,5°.

Po 2-ch tygodniach wszystkie objawy chorobowe ustąpiły, chory wstał, w ciągu 5 dni czuł się dobrze przy ciepłocie 37,1—37,3°.

Po 5 dniach powrócił silny ból w prawym stawie barkowym, kłócia w boku, pojawiło się ogólne osłabienie, kaszel z nieobfitą plwociną, ciepłota 38,3°—38,5°. Stan taki trwał do 13 sierpnia bez dążności do poprawy, wobec czego chorego przewieziono do Warszawy, w celu poddania go operacji, przypuszczano bowiem ropienie w klatce piersiowej. P. Cz. nigdy poważniej nie chorował, kiły nie przechodził, alkoholu nie nadużywał. Tyle co do wywiadów uzyskanych od chorego i jego otoczenia.

Dnia 15 sierpnia, przy badaniu wspólnie z kol. Erlichem, stwierdzono, że chory skarży się na ból w prawym stawie barkowym, na nieznaczne kłócie w prawym boku, na kaszel niezbyt dokuczliwy i osłabienie. Chory dobrze zbudowany, apatyczny, osłabiony. W stawie barkowym i wogóle na kośćcu i skórze klatki piersiowej i w przestrzeniach międzyżebrowych nie stwierdza się zmian widocznych. Z tyłu, od środka prawej łopatki, z boku i z przodu, na linji pachowej i na linji sutkowej od 4-go żebra stwierdza się stłumienie, oddech zaledwie słyszalny, drżenie głosowe prawie zniesione, ciepłota 38,5°, tętno 120. Kilkakrotne nakłucie próbne (kol. Erlich) dało wynik ujemny. Plwocina i mocz zbadane dn. 16. VIII zmian patologicznych nie wykazały. Po naradzie z prof. Sokołowskim, a następnie z kol. Starkiewiczem, po wyłączeniu ropniaka opłucnej i ropnia międzypłatowego, przyszliśmy do przekonania, że mamy do czynienia z ropniem w prawem płucu. Dnia 27. VIII., jakby na potwierdzenie rozpoznania, chory przy silnym kaszlu zaczął odpluwać cuchnącą żółtawą ropę, z czarnymi niezbyt licznymi punkcikami; w ciągu trzech dni chory wypluł tej ropy około litra, poczem ciepłota spadła do 36,6°—36,5°, ból w barku i kłócie w boku ustąpiły, samopoczucie znacznie się polepszyło. Po wydzieleniu się ropy badanie przedmiotowe wykazało: stłumienie z tyłu znacznie się zmniejszyło, drżenie głosowe wzmogło, oddech, chociaż osłabiony, jednak słyszalny, stępienie na linji pachowej i z przodu klatki piersiowej, jak w dniu 15. VIII.

Stan taki trwał 7 dni, poczem chory znów uskarża się na ból w prawym borku, silne kłucie w prawym boku w okolicy 8-go żebra, obecnie bolesnego na ucisk na linji pachowej, osłabienie, brak apetytu, bezsenność, odpluwa śluzowo ropną plwocinę z żyłkami krwi, ciepłota 38,5°—39,5°.

Kilkakrotne próbne nakłucia na wewnętrznej linji tylnej pachowej (kol. Solman) nad 8-em żebrem wykazało, że igła natrafia na zbitą masę, wysięku zaś nie otrzymano. Prześwietlenie (kol. Grudziński) dn. 9. IX. wykazało: dolna część prawego pola płucnego ponad przeponą zaciemniona na szerokości kilku cm. górna granica tego zaciemnienia tworzy linję względnie ostrą, wykonywującą słabe ruchy oddechowe, u brzegu przyciemnionego granica nieco rozlana. Cień serca leży w miejscu prawidłowem. W przyśrodkowej części prawego pola płucnego, na przestrzeni od wnęki ku dołowi, widać ograniczone ognisko zaciemnione w kształcie trójkąta. W lewem płucu zmian nie ma. Lewa połowa przepony, ustawiona rozedmowo, wykonywa silne ruchy oddechowe.

W dniu 4. IX. w okolicy 8-go żebra na linji pachowej zaczął uwydatniać się obrzęk skóry, bardzo bolesny na dotyk. Dnia 11. XII. wystąpiło w tem miejscu chełbotanie, wobec czego postanowiono dokonać przecięcia ropnia, które wykonano w uśpieniu dn. 14. IX. (kol. Solman).

Po przecięciu wylało się kilka cm. krwawej ropy, przyczem stwierdzono, że żebro w miejscu cięcia pozbawione było okostnej, wycięto około 8-miu cm. tego żebra. W ranie powstałej po wycięciu nie stwierdzono ani zatok, ani przetok.

Przy próbnem nakłuciu w dnie rany igła znów weszła w zbitą masę, bez jakiejkolwiek zawartości. Powstało tedy podejrzenie, czy niema się do czynienia z promienicą płuc i że ropień i martwica żebra są dalszym ciągiem tej sprawy chorobowej — pomimo braku zatok i przetok, co w tych przypadkach jak wiadomo, miewa miejsce (Kijewski, Miklaszewski, Starkiewicz i inni).

Drobnowidowe zbadanie wycieku z ropnia i plwociny w zupełności potwierdziło powyższe podejrzenie (Dr. Szerypo). Przed i po wycięciu zmartwiałego żebra, podmiotowe badanie wykazało w dolnym płacie prawego płuca z tyłu oddech oskrzelowy, inne zaś objawy wysłuchowe i opukowe były, jak przedtem. Po ustaleniu rozpoznania zastosowałem jodek potasu (5,0—200), a dnia 18. IX., uwzględniając stosowanie w promienicy dużych dawek arszeniku, a salwarsanu w zgorzeli płuc z dobrym wynikiem, zaleciłem dożylnie 0,3 salwarsanu (kol. Wielowiejski). Zabieg chory zniósł bardzo dobrze, a ciepłota, która trzymała się po wlewaniu 37,5°—38.3°. w dniu 25. IX. obniżyła się do 36,6°.

W dniu tym znów zastosowano 0,5 Salwarsanu, co chory zniósł bardzo dobrze. Od tego czasu samopoczucie chorego znacznie się polepszyło, kaszel był bardzo nieznaczny z nieobfitą śluzowo-ropną plwociną z żyłkami krwi, rana prawidłowo pokrywa się ziarniną, ból w ramieniu i kłócie w boku ustąpiły, apetyt duży, sen prawidłowy. Przedmiotowo z tyłu oddech dobrze słyszalny, lekkie stłumienie, drżenie głosowe wyraźne. W linji sutkowej i koło rany, opukowe i wysłuchowe zjawiska te same, jak przed operacją.

Dnia 2 X, kaszlu niema już zupełnie, samopoczucie w dalszym ciągu znakomite, rana goi się prawidłowo, chory pragnie opuścić łóżko i wrócić na Wołyń. Badanie przedmiotowe dało ten sam wynik, jak 25. IX.

Zastosowany dnia 2. X. po raz trzeci salwarsan w dawce 0,6 nie wywołał żadnych nowych zmian.

4. X. chory wyjechał na Wołyń z radą, aby po przerwie około dni 10 znów zastosowano u niego salwarsan.

Od kolegi, który wziął w opiekę p. Cz. na Wołyniu, i który zastosował salwarsan dnia 14 X. — 0,3, 24. X. — 0,5 i 4 XI — 0,6, otrzymałem zawiadomienie, że p. Cz. uważa się za zupełnie zdrowego i wrócił do swych gospodarskich zajęć. Wyniku badania kolega nie podał.

Krótka historja choroby p. Cz. jeszcze raz potwierdza, że objawy promienicy płuc są różnorodne i nie mają żadnego stałego typu, np. we wszystkich opisanych przypadkach promienica jest charakteru przewlekłego, przyczem wytwarzają się ropnie i przetoki drążące z opłucnej i płuc, i że samoistnej promienicy płuc nie bywa, tymczasem w podanym przypadku mamy do czynienia właśnie z tym przebiegiem, gdzie promienica płuc rozwinęła się pierwotnie i bez udziału w procesie chorobowym opłucnej. Nie było również ani przetok ani zatok w opłucnej, ani na skórze klatki piersiowej.

Dość długi okres czasu bez nawrotu choroby (2 miesiące) i zupełnie zadawalniający obecny stan zdrowia p. Cz. pozwala wnioskować, że w danym przypadku zastosowanie salwarsanu nie tylko zahamowało dalszy rozwój choroby, ale ją zupełnie usunęło.

Co prawda równocześnie z salwarsanem stosowałem i jodek potasu., pamiętając, że, *salus aegroti suprema lex esto*, ale, jeżeli nawet jodek potasu daje dobre wyniki w promienicy, o czem przekonałem się i sam w 2-ch przypadkach promienicy twarzy, to jednak skutek po zastosowaniu salwarsanu był tak jaskrawy, stanowczo powrót chorego do zdrowia tak szybki i stały, że nie waham się przypisać go w tym przypadku, jeżeli nie całkiem, to przeważnie salwarsanowi.

Zapiski lecznicze.

Martinet (posiedzenie Akademji lekarskiej w Paryżu z d. 14. VI 1921) widział znakomite skutki stosowania — *per rectum* — wyciągów płynnych i — *per os* — wyciągów suchych z mięśni sercowych wołu i konia w przypadkach wad serca niewyrównanych. Spostrzegał wtedy wzmożenie się parcia bocznego, zwiększenie ilości moczu, ustępowanie obrzęków, cofanie się rozszerzonych granic serca.

W przebiegu chorób sercowych zaleca Grossmann, jako środek nasenny, przedewszystkiem przetwory kozłka lekarskiego. Przetworów bromu nie należy stosować zbyt długo, ponieważ powodują apatję. Dobre wyniki widujemy po: bromuralu, 30 cg do 90 cg, po adalinie 50 cg, po medinalu, co drugą noc 50 cg, po luminalu — parę razy dziennie po 10 cg. Przy trwającej duszności nie można się obejść bez morfiny z kamforą; nie należy dawać morfiny przy zapaleniu mięśnia sercowego (błonica, posocznica). M. m. W. 1921 Nr. 43

(Sprawozdawca chętnie podaje, jako środek nasenny, po 25 cg aspiryny na noc).

Schlesinger zwraca uwagę na zapoznawanie pierwszych napadów chromania przestankowego, które przejawia się w postaci parestezji i bólów w kończynie dolnej przy chodzeniu, ustępujących po krótkim wypoczynku; nie należy rozpoznać (i leczyć): goścca, dny, stopy płaskiej, nerwobolu, dopóki nie wykluczymy w takich przypadkach stwardnienia tętnic jako przyczyny. Zalecamy wówczas: bezwzględne zaniechanie użycia nikotyny i zastrzykiwania Natrii nitrosi (0,20:100 Aq dest.), codzień po 50 cg, po tem po 1 gr. podskórnie; dwadzieścia do trzydziestu zastrzyknięć. (Med. Kl. 1921 Nr. 50).

(Podobny objaw może być zwiastunem stwardnienia rozsianego. Brak wtedy podczas napadu oziębienia i bladości w kończynie schorzałej).

Sprawozdania poglądowe.

Dr. A. S. Tenenbaum. Łódź

Postępy w lecznictwie odmą sztuczną.

Piśmiennictwo poświęcone lecznictwu odmą sztuczną liczy corocznie, w prasie lekarskiej europejskiej, setki prac. Wiele z nich zawiera zdobycze nowe, które godne są poznania.

Zagadnienie, na czem głównie polega działanie odmy leczniczej, nie jest ostatecznie rozstrzygnięte. Nie ustalono naprzykład dotąd wpływu układu krwionośnego na gojenie się; zdania o ilości krwi w płucu uciśniętem są podzielone. Podczas gdy jedni (Brauer i Bruns) sądzą, że płuco uciśnięte zawiera mniej krwi, niż zdrowe, inni (Sauerbruch, Cloëtta) są zdania przeciwnego i właśnie w zwiększonej za-

wartości krwi widzą najważniejszy czynnik leczniczy. Sprzeczność tę tłómaczą (Mayerstein) różnicą pomiędzy stanem zapadnięcia się tylko płuca i jego uciśnięciem; przy pierwszem płuco ma być bardziej-, przy drugiem mniej ukrwione, niż płuco zdrowe. Poruszone zagadnienie ma ważne znaczenie praktyczne, gdyż może rozstrzygnąć pytanie: czy należy dążyć do możliwie silnego uciśnięcia płuca, czy tylko do zmniejszenia jego ruchomości, które umożliwia bliznowate kurczenie się tkanki. Pogląd odrębny wypowiada Jessen, upatrujący główne działanie odmy sztucznej w uciśnięciu naczyń krwionośnych i chłonnych. Tylko przekrwieniem żylnem, i to nietylko w płucu operowanem, ale i w płucu symetrycznem, można, podług Plehn'a [3]), objaśnić wpływ leczniczy odmy sztucznej na obydwa płuca. Plehn widział na rentgenogramach płuca symetrycznego wyraźne rozszerzenie i pogłębienie naczyń płucnych; zastój po tej stronie może powstać dzięki przesunięciu śródpiersia wraz z sercem, naczyniami wielkiemi. Inni wreszcie w działaniu odmy upatrują skutek wyciskania do krwiobiegu płynów śródtkankowych i naczyniowych, to ma powodować autoinokulację, więc autotuberkulinizację (Bertier [4]), Gwerder [5]). Zdaniem Sterlinga, w przypadkach ze sprawą rozpadową, stale postępującą, bez skłonności do zabliźniania, należy stosować możliwie największy ucisk, w przypadkach mniej złośliwych ze skłonnościami do zabliźniania wystarczy rozluźnić tkankę płucną, zniszczyć przyleganie płuca do opłucnej.

Zupełnie nową myśl rzucił Gwerder, polecając t. zw. odmę rozluźniającą (*Entspannungspneumothorax)*; we wszystwszystkich przypadkach chce on tym sposobem zapobiedz powstawaniu nowych ognisk w płucu symetrycznem, zmniejszyć częstość tworzenia się wysięków. Taką odmę wolno, według Gwerdera, zastosować i przy obustronnej gruźlicy ciężkiej.

Technika. Większość autorów posługuje się metodą Forlaniniego, jako prostszą, mniej uciążliwą dla chorego, niż metoda Murphy-Brauera. Francuzi np. używają wyłącznie metody Forlaniniego. Operatorom początkującym radzi Klemperer [1]) stosować metodę Brauera, po nabraniu wprawy, sposób Forlaniniego. Uwagi godną jest metoda Schrödera-Kaufmanna (Michelt [6]), polegająca na tem, że po znieczuleniu skóry 1 % nowokainą, przecina się skalpelem skórę, tkankę tłuszczową i mięśnie powierzchowne, a potem wkłuwa się trójgraniec. Po zabiegu, szew na małą rankę. Sterling, by zapobiedz wprowadzeniu igły do opłucny ruchem gwałtownym, radzi naciąć znieczuloną skórę igłą Frank'a i przez małą rankę wprowadza igłę stopniowo; szew jest wtedy zbyteczny. Opisano ostatnio szereg nowych aparatów nie przedstawiających postępu. Klemperer zastępuje manometr tonometrem Recklinghausena.

Z gazów używanych do zabiegu najczęściej jest obecnie stosowane powietrze atmosferyczne. Sprawą zmian zachodzących w składzie gazów, wprowadzonych do opłucnej przy odmie, zajmowano się oddawna. Ostatnio badali to zagadnienie Rist i Strohl [7]) i Grass [8]). Wszysey badacze zgadzają się na to, że gaz, wprowadzony do opłucnej, po pewnym czasie staje się mieszaniną gazów o pewnym składzie stałym. Ten stały skład następuje dość szybko, już po 2-ch minutach podług Grass'a, podług innych nieco później. Po wprowadzeniu gazu, azotu lub powietrza, następuje krótka faza, kiedy objętość gazu się zwiększa.

Zmiana w składzie gazu następuje w opłucnej niezależnie od tego, czy wpuszczamy tlen, azot, kwas węglowy, czy powietrze; do każdego z nich przenikają gazy tkankowe. Skład ostateczny ma być następujący: 90 % N; 4 % O_2 i 6 % CO_2. Przy wysiękach zmniejsza się ilość O_2 i zwiększa się ilość CO_2. Na zasadzie wyników analizy gazu możnaby więc wnioskować, czy mamy wysięk i można również określić wielkość odmy (Grass [15]).

Powyższe badania skłoniły Schwenkenbechera [9]) do stosowania gotowej mieszaniny gazów o składzie: 90 % N, 4 % O_2 i 6 % CO_2.

Co do ilości wpuszczanego gazu, należy kierować się naogół wahaniami manometru i stanem ogólnym chorego. Przy odmie rozluźniającej wpuszcza Gwerder nie więcej, niż 800,0. Dumarest i Lelong [45]) radzą wytworzyć odmę powoli, wpuszczając niewielkie naraz ilości gazu w przeciągu 15 dni i wtedy dopiero wywrzeć silniejszy ucisk, gdy płuco przystosuje się do nowych warunków przewietrzania. O konieczności stosowania promieni Roentgena w każdym przypadku odmy przed jej założeniem i możliwie częstem dokonywaniu prześwietlenia w przebiegu leczenia odmą, mówią wszyscy autorzy.

Rokowanie. Courmont chce oprzeć rokowanie na zwiększeniu się siły aglutynacyjnej surowicy chorego lub jej zmniejszeniu. Sterling posługuje się określaniem parcia ościennego krwi; zwiększenie się parcia przemawia za pomyślnym kierunkiem przebiegu choroby.

Wskazania. Ostatnio niektórzy autorzy rozszerzają wskazania do stosowania odmy sztucznej. Dotychczas $^9/_{10}$ przypadków odmy przypadało na ciężką jednostronną gruźlicę płuc. Obecnie sprawa gruźlicza po stronie drugiej, byle niezbyt rozległa i czynna, nie ma stanowić przeciwwskazania. Gwerder, jak wspomniałem stosuje odmę przy ciężkiej obustronnej gruźlicy płuc. Zdaniem wielu autorów (Plehn, Neumayer, Schwenkenbecher, Weinberg i inni) odmę stosuje się wogóle zbyt rzadko, bo w 2·5 % do 3 % wszystkich przypadków gruźlicy. Zdaniem Sauerbrucha i Brunnera [10]) 5 % przypadków gruźlicy płuc nadaje się do odmy. Neumayer [11]) czyni lekarza odpowiedzialnym przed własnem sumieniem, jeżeli nie poradzi choremu odmy przy istniejących wskazaniach. Za przeciwwskazania do założenia odmy uważają: wycieńczenie ostateczne, współistniejące ciężkie cierpienia nerek, niewyrównane wady serca, choroby wątroby, gruźlicze owrzodzenia jelit, schorzenia gruźlicze narządów moczopłciowych, silną neurastenję, padaczkę, alkoholizm, moczówkę cukrową, wiek ponad lat 45 (Neuman [12]), rozedmę płuc (Wolff [13]). Ciąża nie ma stanowić przeciwwskazania. Przy gruźlicy obustronnej, gdzie nie zawsze można stwierdzić, która strona bardziej jest chora, gdyż rolę główną odgrywa nie tyle rozmiar zmian anatomicznych, ile aktywność cierpienia. Kuthy zakłada odmę po jednej stronie i, jeżeli widzi bezpośrednio wpływ dodatni, to podtrzymuje odmę założoną, w przeciwnym razie wytwarza odmę po stronie przeciwnej.

Statystyka wykazuje, że z powodów technicznych odmy nie udawało się założyć u trzeciej części operowanych. Jakobeus w roku 1919 w 22 przypadkach, w których nie udało się wytworzyć odmy, zastosował przepalanie zrostów za pomocą drutu platynowego, wprowadzonego do opłucnej po przez torakoskop jego pomysłu. Gravesen [9]) stosował metodę Jakobeus'a w 16 przypadkach; tylko w trzech z nich nie udało mu się wytworzyć odmy; w pozostałych 13 wytworzył odmę, przyczem w 5 przypadkach miał wynik bardzo dobry, długotrwały.

Jako rozszerzenie wskazań należy uważać stosowanie odmy w gruźlicy wieku dziecięcego. Stosowano ten zabieg u dzieci kilkumiesięcznych; oseski półroczne dobrze znosiły odmę; u dzieci młodszych widywano jako następstwo odmy przyśpieszenie oddechu, Eliasberg [14]). Wskazania do wytworzenia odmy u dzieci różnią się nieco od wskazań dla dorosłych. Podczas gdy u dorosłych leczenie djetetyczno-higjeniczne może poprawić gruźlicę płuc np. drugiego okresu Turbana, u dzieci gruźlica analogiczna nie daje widoków na poprawę. Z początku wytwarzano odmę tylko u dzieci ciężko chorych, obecnie stosują ją u dzieci nawet w gruźlicy początkowej; zastosowano odmę u dzieci i w gruźlicy obustronnej, gdzie niewiele było do stracenia (Eliasberg); wytwarzano odmę po stronie bardziej chorej, a po kilku miesiącach, po drugiej.

Za rozszerzenie wskazań do odmy przy gruźlicy płuc należy również uważać leczenie ambulatoryjne (Hansen [22]). W Niemczech rzucono myśl założenia instytutów do leczenia ambulatoryjnego odmą sztuczną (Hansen [15]).

Po za gruźlicą płuc dotychczas stosowano odmę przy rozstrzeniach oskrzeli, przy zgorzeli płuca, ropniu płuca i obfitych krwotokach. Obecnie rozszerzono stosowanie odmy na suche zapalenie opłucny (Moritz, Henius [16]).

Friedemann[17]) zastosował odmę przy zapaleniu płuc. Widzi on jej wpływ dodatni w unieruchomieniu płuca, w usunięciu bólu i wywołaniu przekrwienia biernego. Do leczenia mają się nadawać typowe przypadki płatowego zapalenia płuc. Friedemann stosował 400,0 – 600,0 gazu. Chory odczuwa poprawę tuż po zabiegu; naogół przebieg staje się łagodniejszym, widziano nawet przerwanie choroby po zastosowaniu odmy. Zwykle wystarcza jednorazowe wprowadzenie gazu; gdy poprawa po 2 dniach nie następuje, Friedemann powtarza zabieg. Wszystkie dziewięć przypadków Friedemanna i sześć Dawida[18]) skończyły się pomyślnie; w dwóch przypadkach zapalenie przeszło na stronę przeciwną; i tu wynik był dobry. D. n.

Oceny i sprawozdania.

Jakób K. Parnas. **Chemja fizjologiczna ze szczególnem uwzględnieniem fizjologji zwierzęcej.** Część pierwsza. Podstawy chemiczne fizjologji. Stron. XIII i 559. Wydawnictwo podręczników uniwersyteckich. Warszawa, E. Wende i Ska, — Lwów, H. Altenberg. 1922 r.

»Z przekonania, że napisanie podręcznika powinno być obowiązkiem profesora, nie zaś aktem dobrej woli... wyszła podnieta do napisania tej książki«. Obyśmy wśród profesorów naszych Uniwersytetów mieli jak najwięcej takich, którzy w ten sposób pojmują swe obowiązki.

Książka prof. Parnasa wypełnia jedną z najdotkliwszych luk w naszem piśmiennictwie podręcznikowem i już za to należy się autorowi głęboka wdzięczność i uznanie, i to nietylko ze strony uczącej się młodzieży, ponieważ brak w piśmiennictwie ojczystem współczesnego podręcznika chemji fizjologicznej odczuwał także z pewnością dotkliwie niejeden lekarz, niejeden przyrodnik.

Część pierwsza, która właśnie ukazała się w druku, obejmuje „podstawy chemiczne fizjologji, czyli chemję fizjologiczną ogólną“.

W głęboko ujętym wstępie podaje autor definicję chemji fizjologicznej i głównych jej działów, omawia zagadnienia życia, przemiany materji, wzrostu, rozmnażania, podkreśla znaczenie planowego eksperymentu i jego analizy, hipotez i teoryj, jako nici przewodnich i czynników heurystycznych, oraz nauk przygotowawczych i pomocniczych, jako podstawy, na której jedynie da się wznieść w umyśle trwały gmach wiadomości fizjologiczno-chemicznych; kreśli rozwój omawianej nauki, jej metod i kierunków, wreszcie kończy wskazówkami, jak i gdzie się uczyć.

Całą treść tej książki podzielił autor na dziewięć rozdziałów.

W rozdziale pierwszym, obejmującym «składniki pierwiastkowe ustrojów żywych«, omawia autor pierwiastki, wchodzące w skład żywej materji, ich zapasy w przyrodzie martwej, oraz przemiany i drogi, po których przechodzą one w skład istot organizowanych. To krążenie pierwiastków w przyrodzie ilustrują doskonałe i przejrzyste schematy (azot i siarka). Rozdział ten, stanowiący podstawę biologji ogólnej, a obejmujący właściwie stosunki chemiczne istot organizowanych do martwego otoczenia, kończy autor podkreśleniem swoistego chemicznego składu ustrojów bez względu (do pewnego stopnia) na chemiczny skład podłoża, względnie otoczenia, omawiając i wyjaśniając t. zw. «zasadę o minimum» i ujmując ją samodzielnie w postać „logicznej zasady, odnoszącej się do wszelkich układów, które zależą od wielu czynników ograniczających“. Nieuwzględnienie tej zasady, posiadającej pierwszorzędne znaczenie w naukach biologicznych, rozpatrujących zwykle zjawiska w wysokim stopniu złożone i zależne zasadniczo „od wielu czynników ograniczających“, prowadzi, jak to autor słusznie podkreśla, do fałszywych wniosków, a co zatem idzie, niejednokrotnie do nieuzasadnionych zabiegów np. terapeutycznych w medycynie.

Rozdział drugi »woda i roztwory«, obejmujący 132 str. podręcznika, poświęcony jest zasadom t. zw. chemji fizykalnej. Szerokiego i wyczerpującego omówienia doznają tutaj fizykalne własności wody, jej skład chemiczny w rozmaitych stanach skupienia, pojęcie równowagi chemicznej, teorja roztworów, zjawiska powierzchniowe i układy koloidowe. Zagadnienia uchodzące zwykle, może niesłusznie, za bardzo trudne i zawiłe, wyłożone tutaj przystępnie, przejrzyście i z wielkim talentem pedagogicznym, znajdą napewne wdzięcznych czytelników w szerokich kołach lekarzy i przyrodników. Dla łatwiejszego zrozumienia wzorów matematycznych, bez których wykład chemji teoretycznej obejść się nie może, wprowadza autor, naszem zdaniem, bardzo szczęśliwie, krótkie objaśnienia z zakresu matematyki. Ile nowoczesny rozwój chemji teoretycznej zawdzięcza wyższej matematyce, nad tem nie możemy się tu szerzej rozwodzić; o ile zaś znajomość zasad wyższej matematyki ułatwia zrozumienie chemji teoretycznej, wystarczy przytoczyć znane zdanie Jahn'a, wypowiedziane w przedmowie do swojej elektrochemji: «Byłoby to bowiem bezużytecznym trudem starać się wyjaśnić coś tylko połowiczo w wywodach długich na całe stronice, co uświadomionemu mówi jedno równanie, w jednym napisane wierszu».

Rozdział trzeci zajmuje się białkiem i jego cegiełkami, kwasami aminowemi. Na szczególną uwagę w tym rozdziale zasługują ustępy; »E. Budowa chemiczna białka», omawiający istotę i zasadę wielopeptydowych wiązań aminokwasów w białku; »F. Własności fizyczne i chemiczne związków białkowych», w którym znajdujemy wytłumaczenie istoty wszystkich odczynów białkowych i wreszcie przy końcu rozdziału ustęp o przemianach białkowych z poglądowemi schematami krążenia białka między ustrojami roślinnemi a zwierzęcemi, i przemian białka w samym ustroju.

W rozdziale czwartym »węglowodany« znajdzie czytelnik dokładne omówienie budowy strukturowej cukrów, odczyny cukrów, dwucukry, skrobję, glikogen, błonnik, chitynę, pochodne cukrów i wreszcie ustęp o przemianie cukrów w ustrojach zwierzęcych. W ostatnim ustępie omawia autor pokrótce również powstawanie cukru z białka, wyraża stanowcze twierdzenie, że ustrojowi zwierzęcemu brak zdolności przerabiania kwasów tłuszczowych na cukier i podaje wreszcie trzy główne drogi, po których odbywa się zużywanie cukru w tkankach.

W rozdziale piątym omówione są kwasy nukleinowe, zasady purynowe i pyrymidynowe, jako ich części składowe, nukleotydy: kwas inozynowy i gwanilowy, nukleoproteidy, wreszcie przemiana nukleinowa. Kto kiedykolwiek «przegryzał się« przez te związki w innych podręcznikach, oceni może najłatwiej na podstawie tego rozdziału pedagogiczną wartość książki Parnasa. Na podstawie nowszych prac (Levene, Jones) wypowiada autor wielkie prawdopodobieństwo istnienia tylko dwóch kwasów nukleinowych, jednego roślinnego i jednego zwierzęcego. W ustępie o przemianie nukleinowej podkreśla autor zdolność ustroju zwierzęcego do samorzutnej syntezy kwasów nukleinowych; pojedyncze organiczne składniki kwasu nukleinowego są więc endogenicznemi. Przemianę na ostateczny przetwór purynowy, u człowieka zawsze na kwas moczowy, dokonuje cały szereg zaczynów. Ostatecznym produktem przemiany kwasów nukleinowych egzogenicznych (przyjętych z pokarmami) jest u człowieka również kwas moczowy. Nie mogę rozwodzić się tutaj szerzej nad omawianą przez autora pokrótce sprawą dny, odsyłając ciekawych do samego podręcznika, przytoczę jednak dosłownie zakończenie tego rozdziału: »Jeżeli dziś jeszcze zdarzają się lekarze, nieobciążeni ani przez wiek, ani przez rzeczy przekazane«, którzy, trwając w lekkomyślnem nieuctwie, traktują dnę «białem mięsem«, albo zbytecznie odbierają choremu pokarm białkowy, gdy w rzeczywistości trzeba tylko usunąć pokarm purynowy, to nasuwają się słowa Machiavela o »trzecim rodzaju rozumu, co ani sam, ani przy cudzej pomocy nic nie pojmie«. Ostro, ale słusznie!

W rozdziale szóstym opisuje autor tłuszcze i ciała tłuszczowate, kwasy tłuszczowe i mydła, przechodzenie i przemianę kwasów tłuszczowych w ustroju zwierzęcym, glicerynę i jej powstawanie w ustroju, tłuszcze właściwe, przemianę tłuszczową, barwiki tłuszczowe, witamin tłuszczowy (czynnik dopełniający A), wreszcie lipiny (lipoidy) i ich części składowe. Duży rozdział, obejmujący pięćdziesiąt kilka stron, doskonale napisany, zawiera zbyt wiele pod względem nauko-

wym ważnych, pod względem zaś praktycznym zajmujących faktów i wyjaśnień, ażeby je tutaj chociaż wyrywkowo nadmieniać. Możemy tylko jak najgoręciej polecić zaznajomienie się z tym rozdziałem, chociażby z tych względów, że omawianym tu ciałom przypisuje się co raz to większe znaczenie w rozmaitych sprawach farmakodynamicznych, odpornościowych i życiowych w ogólnem tego słowa znaczeniu.

Rozdział siódmy obejmuje cholesterynę i kwasy żółciowe. Podnoszę tu tylko własne, bardzo trafne ujęcie przez autora znaczenia cholesteryny w ustroju, jako rozpuszczalnika organicznego, wyodrębniającego strukturę żywej substancji w środowisku wodnem.

W rozdziale ósmym przedstawione są obszernie: szybkość reakcji, działania katalityczne i zaczynowe, oraz wpływ na nie rozmaitych czynników, jak ciepłoty, stężenia jonów wodorowych itp. Autor postąpił tu zupełnie słusznie, poświęcając wiele miejsca wyjaśnieniu istoty spraw i praw, którym podlegają, systematykę zaś zaczynów podając w przejrzystych tablicach.

Rozdział wreszcie ostatni o »fermentacjach i spalaniach«, może najtrudniejszy w całej książce, traktujący o »właściwych reakcjach pędnych ustrojowych», jest jednak stanowczo najgłębszym i najpiękniejszym rozdziałem całej książki, napisanym wprost po mistrzowsku.

Znakomity ten podręcznik, podający nietylko pewien zasób wiedzy, ale przedewszystkiem uczący myśleć i wgłębiać się w daną naukę, powinien znaleźć się w ręku każdego lekarza, biologa i wogóle przyrodnika, bo każdy ,kto nawet zna dokładnie teren wyłożonej nauki, bardzo, bardzo wiele z niej jeszcze może się nauczyć. Szczególną wartość książki podnosi jeszcze jej współczesność, autor bowiem uwzględnia najnowsze piśmiennictwo, oczywiście całego świata, aż do ostatnich czasów. Autor używa słownictwa chemicznego, zwanego u nas warszawskiem. Przyzwyczajony do słownictwa innego, wolałbym może osobiście, ażeby nazwy takie jak wodziany, i t. p. zastąpione były innemi, uważam jednak sprawę tę za drugorzędną, nie umniejszającą zupełnie bardzo wysokiej wartości książki.

Książka na wskróś oryginalna, świadczy nietylko o głębokiej i wszechstronnej znajomości przedmiotu, bardzo szerokiem i aż do szczegółów dokładnem owładnięciu przez autora nauk biologicznych wogóle i rzadkim wprost darze pedagogicznym, nosi ona też pewne cechy indywidualności literackiej w ujmowaniu i przedstawianiu materjału, które czynią ją zjawiskiem rzadkiem niestety wśród książek naukowych.

Pod względem typograficznym przedstawia się książka bardzo dobrze. Na szczególne uznanie zasługuje bardzo dobre i przejrzyste, pod względem zaś ekonomicznym mało miejsca zajmujące wykonanie trudnych typograficznie, strukturowych wzorów chemicznych.

Z ważniejszych pomyłek drukarskich zauważyliśmy, oprócz wymienionych w spisie pomyłek, następujące:

Na stronie	wiersz			zamiast	ma być
XIII	„	od góry	18	Cholerystyn	Cholesteryn
81	„	„	23	początkowa	porządkowa
81	„	„	26	5 Be	5 B
101	„	„	16	k	K
101	„	z dołu	10	k	K
102	„	od góry	9	k	K
105	„	z dołu	10	$(H')^2$	$(H^{\cdot})^2$
283	„	„	17	opada	popada.
3[illegible]3	„	od góry	17	hipoklastyczne	lipoklastyczne.
497	„	„	10	energje	energję
499	„	z dołu	23	stanowi jako	stanowi
520	„	„	18	$\underrightarrow{K_2O}$	$\underrightarrow{H_2O}$
533	„	„	4	Priaciples	Principles
535	„	„	7	68·2 Kal	2×68·2 Kal.

Zapowiedzianego przez autora drugiego tomu podręcznika oczekujemy z niecierpliwością.

Z. Steusing. (*Lwów*).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Deutsche med. Wochenschrift.
Nr. 44. 1921.

Morgenroth, Schnitzer, Rosenberg. **Nowy środek przeciwgnilny.** (*2 aethoxy 6, 9 diaminoacridinium hydrochloratum.* (*Rivanol*). Po doświadczeniach z wucyną, najlepszym środkiem przeciwgnilnym z alkaloidów grupy chininowej, przeszli autorowie do pochodnych akrydyny. Pożywkę z różną iłością pochodnych akrydyny szczepiono 24 godz. hodowlą paciorkowców. Tak otrzymano granice stężeń związków akrydynowych, działające zabójczo na paciorkowce, jak również ułożono szereg siły działania tych związków. Ale wyniki doświadczenia *in vitro* zatarły się w działaniu u zwierząt. I tak połączenie oxyalilowe, które w rozcieńczeniu 1 : 100,000 działało zabójczo na paciorkowce, w doświadczeniu zwierzęcem było skuteczne w koncentracji 1 : 5000. Połączenia, które doświadczalnie w probówce działały na pewien szczep paciorkowców, nie działają nań zupełnie u zwierząt. U myszy, którym szczepiono świeżo wyhodowane paciorkowce podskórnie, można było otrzymać wyjałowienie tkanki podskórnej przez związek etoksy akrydynowy $^1/_{40}$ 80·000 a u królików przy śródmięśniowem szczepieniu 1 : 5,000 po 24 godzinach.

Takie same były wyniki z ostatnim środkiem dla gronkowców; środka należy używać świeżo sporządzonego, do celów chirurgicznych w rozcieńczeniu 1 : 1,000.

Rosenstein. **Środki przeciwgnilne „chemoterapeutyczne“.** (Doświadczenia z *rivanolem* Morgenrotha). Rivanol czyli 2 etoksy 6, 9 dwuamino - akrydyna ma własność wpływania antyseptycznie na zakażone tkanki; wucynę przewyższa przez mniejsze zadrażnienie tychże. Przy wielu wrzodach, a szczególnie przy zapaleniu gruczołu sutkowego otrzymał autor wyleczenie przez wstrzyknięcie, lub też najpierw aspirację ropy i następnie wstrzyknięcie w jej miejsce riwanolu. Również dodatnie wyniki osiągnął autor przy ogólnem zakażeniu i przy ropieniu po usunięciu ropnia nerki. Środek ten wypełnia znakomicie wskazanie »*ubi infectus — ibi sterilisa*«, podobne do dawnego „*ubi pus — ibi evacua*“; jest jednym ze środków *therapiae sterilisantis magnae.*

Lange i Joshioka. **Podnoszenie złośliwości drobnoustrojów niechorobotwórczych środkami chemicznemi.** W przeciwstawieniu do Muchy otrzymali autorowie ujemne wyniki przy usiłowanem podniesieniu złośliwości sarcyny i laseczników siennego (*bucillus subtilis*) przy równoczesnem szczepieniu z kwasem mlekowym. Przy szczepieniu odmieńcami działanie ujemne występuje dopiero przy dodaniu dawek kwasu mlekowego śmiertelnych zarówno dla drobnoustroju żywego, jak i zabitego. Działanie należy tedy wytłumaczyć jako dodanie 2 urazów. Dodanie kwasu mlekowego do pożywki drobnoustroju nie wpłynęło ponad zwykłe normy w wahaniu właściwości.

Rostock. **Sztuczne podniesienie złośliwości mysich, szczepionych nowotworów kwasem mlekowym.** Autor szczepił mięsakoraka w postaci zawiesiny w mięśnie nóżek myszy. Szczepienia przyjmowały się wszystkie. Śmierć następowała w 40 dniach. Przy równoczesnem wstrzyknięciu 0·5 cm.³ ½ % kwasu mlekowego myszy zdychały w 14—20 dniach i wykazywały makroskopowo widoczne przerzuty w płucach i wątrobie, a raz w innych mięśniach kośćca.

Rehn. **Elektrofizjologja chorobowo zmienionych mięśni ludzkich.** Autor podaje wyniki elektrofizjologiczne, przy badaniu mięśni chorobowo zmienionych zapomocą elektrod w postaci igieł platynowych, wbijanych przez skórę do badanego mięśnia.

Kurtzahn. **Dozowanie promieni rentgenowskich i oparzenia.** Autor opisuje wrzód oparzelinowy na pośladkach chorego, naświetlanego z powodu świądu odbytu. Drobnowidowo obok zapalnego, drobnokomórkowego nacieczenia i ogólnego zwyrodnienia, wybitnemi były zmiany naczyniowe w postaci zgrubienia ścian zarówno żył, jak również i tętnic, do zupełnego nawet zaniku światła tychże.

Po operacji rana nie goiła się przez kilka miesięcy. Autor poleca robienie mrożonych skrawków przy samej operacji, celem przekonania się o zniszczeniu naczyń, i wycinanie wrzodów po rentgenie do głębokości zdrowych ścian naczyniowych. Stąd pochodzą nieudałe zabiegi przeszczepiania na oparzeniach rentgenowych. Autor roztrząsa technikę filtrów i dozorowanie bjologiczne, polegające na prawie równej zdolności reagowania skóry różnych osobników.

Stepp. **Ropienie w jamach nosowych, jako przyczyna schorzeń dróg oddechowych.** Autor przytacza szereg przypadków leczonych na gruźlicę, które okazały się schorzeniem jam nosowych. Po wyleczeniu ropienia w jamach nosowych ustępował stale dotąd trwający kaszel, a także i poprzednio już istniejące, zwykle następowe sprawy gruźlicze wybitnie się poprawiały.

Seiffert. **Wrzody, podobne do durowych w żołądku.** Autor opisuje przypadek mięsaka chłonnego gruczołu przyusznego, który dał przerzuty do płuc, gruczołów chłonnych, w kiszkach i żołądku, w którym powstały nadżarcia i wytworzyły obraz makroskopowo podobny do owrzodzeń, spotykanych przy durze brzusznym.

Stümpke. **Szczepionka wrzodu miękkiego.** Szczepionka, uzyskana mozolnie przez autora, podawana w ilości 0·1—0·5 śródmięśniowo i śródżylnie przy wrzodzie miękkim, powodowała szybkie czyszczenie się nieraz bardzo upartych owrzodzeń; zwykle wystarczały 3—4 injekcyj. *F. K.* (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Choroby wewnętrzne.

Heart.

T. VIII. Nr. 1.

G. C. Robinson i G. R. Herrmann. **Stosunek zamknięcia tętnicy wieńcowej do częstoskurczu napadowego, pochodzenia komorowego.** Mackenzie wykazał za pomocą poligrafu, że przyczyna częstoskurczu może leżeć w przedsionku, lub komorze, ostatnie jest zjawiskiem rzadszem. Lewis przedstawił za pomocą elektrokardjografu przypadek komorowy; eksperymentalnie cierpienie wywołał przez podwiązanie tętnicy wieńcowej. Autorzy przez założenie podwiązki przedniej zstępującej gałązki wywołali naprzód ektopiczne skurcze komorowe, potem komorowy częstoskurcz, a wreszcie trzepotanie komór i śmierć. Klinicznie spostrzegano 4 przypadki bezsprzecznie komorowo powstałego częstoskurczu, a w jednym przypadku stwierdzono przy sekcji znaczne zwężenie wzmiankowanego naczynia. Wszystkie przypadki były dość ciężkie i dały złe rokowanie, gdyż ognisko komorowe zawsze jest sprawą groźniejszą i może doprowadzić do migotania komór. W elektrokardjogramie rozpoznanie opiera się na: 1. poprzedzających częstoskurcz skurczach dodatkowych, napewne komorowych, świadczących o ognisku w komorze, 2. szybkich kompleksach komorowych (QRS 185 na min.), regularnych i równych pod względem wielkości, 3. śladach skurczów przedsionkowych, występujących zupełnie niezależnie od skurczów komór. Zmiany różne we fali T stwierdzono u chorego, którego sekcję wykonano, a spotykano je w różnych sprawach, połączonych z uszkodzeniem tętnicy wieńcowej.

T. Lewis i Th. F. Cotton. **Badanie nad migotaniem i trzepotaniem. Część V. Niektóre skutki faradycznego drażnienia przedsionka.** Opis bezpośrednich skutków miejscowego faradycznego podrażnienia przedsionków. Drażniono obszar o promieniu 8–20 mm., który drgał 1500—2000 r. na min. aż do 5—10 sek. po ustaniu drażnienia. Reszta przedsionka drgała o wiele rzadziej (350—500 na minutę). Zdaje się, że nastąpiło miejscowe podrażnienie zakończeń mięśniowych nerwu błędnego, zmniejszył się okres refrakcyjny mięśnia, który może odpowiadać wszystkich faradycznym wstrząsom, fale drażnienie okrążają przedsionek jeszcze przez krótki czas po ustaniu drażnienia przedsionka; wreszcie okres jest daleko dłuższy i stąd powolniejszy rytm. Niektóre przedsionki odpowiadają na prąd faradyczny nieczystem trzepotaniem, przyczyna jeszcze nieznana. Zwykłe drażnienie prądem rytmicznym galwanicznym (400—700 na min.) wykazuje zupełnie ten sam skutek, co drażnienie prądem faradycznym (który ma w minucie 2500—3000 wstrząsów). Zwierzę zatrute atropiną wykazuje przez czas drażnienia 5—6 razy rzadsze skurcze przedsionków bez następowego skutku po ustaniu drażnienia.

Th. Lewis, A. N. Drury i C. C. Iliescu. **Dalsze spostrzegania stanu »nagłego powrotnego podrażnienia« (rapid re-excitation) przedsionków.** Stan nagłego powrotnego podrażnienia przedsionków polega na bardzo wielkiej liczbie (do 3000 na minutę) skurczów, powstaje w mięśniu sercowym, którego okres refrakcyjny został ogromnie zmniejszony przez podrażnienie nerwu błędnego, a na który działają szybko po sobie następujące bodźce elektryczne, ostatni w czasie częściowego okresu refr. mięśnia. Stan podobny do trzepotania, ale fale poruszają się po bardzo małym kole, o średnicy kilku milimetrów. Pewne nierówności skurczów pochodzą z sinusoidowej postaci fal w chwili okrążania małych wysepek. Okazuje się, że mięsień przedsionkowy posiada niezmienione przewodnictwo nawet dla wielkiej liczby fal na minutę, o ile tylko okres refrakcyjny jest dosyć mały.

Th. Lewis, A. N. Drury i C. C. Iliescu. **Pokaz ruchu kołującego (Circus Movement) w klinicznem trzepotaniu przedsionków.** Bardzo ścisłe obliczenia na podstawie elektrokardjogramu okazały, że podczas trzepotania odbywa się ruch kołujący dokoła przedsionka w przechodzącej płaszczyźnie przez *taenia terminalis* i obydwie żyły główne, ruch zaś odbywa się dokoła żył, idąc prawdopodobnie w dół wzdłuż *taenia terminalis* a do góry wzdłuż lewego przedsionka.

Th. Lewis, A. N. Drury i C. C. Iliescu. **Pokaz ruchu kołującego (Circus Movement) w klinicznem przypadku migotania przedsionków.** Podobnie ścisłe obliczenie, jak poprzednio, wykazały, że ruch podczas migotania w odróżnieniu od ruchu podczas trzepotania nie postępuje stale po jednej płaszczyźnie, płaszczyzna od czasu do czasu odchyla się od swojego pierwotnego położenia o 60^0-90^0 a potem wraca do dawnego położenia. Sposób krążenia fali i odchylania płaszczyzny, choć naogół bardzo różnorodny dla różnych chorych, jest jednak stały dla każdego z osobna; a jeżeli nawet fala wychodzi u pewnego chorego ze swojego stałego łożyska, to wkrótce doń nawraca. *Ziemilski* (Lwów)

Annales de Médecine.

T. X. Nr. 1 i 2. (1921).

Riser i Roques Toulouse. **Trzy przypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowych, przebiegającego pod postacią zapalenia nagminnego.** We wszystkich tych trzech przypadkach autorzy spostrzegali przebieg, który posiadał wiele danych, na podstawie których można było rozpoznawać zapalenie nagminne opon mózgowych. Więc okres zwiastunów był krótki, nic nie znaczący, trwanie choroby bardzo krótkie (5—18 dni), rozwolnienie z obfitemi cuchnącemi odchodami, polynukleoza. W pierwszym przypadku 80% obojętnochłonnych, w drugim 83%, w trzecim 51,7%. Polynukleoza przy powtórnych nakłuciach wzrosła o 10 i więcej procent. Większość tych obojętnochłonnych była nieuszkodzona, jak to wykazało przyżyciowe barwienie (50, 60, 89 na 100). Sprawę rozpoznania rozstrzygnęło badanie bakterjologiczne oraz anatomo-patologiczne. We wszystkich trzech przypadkach stwierdzono zmiany zapalne opon, zależne od toczącej się sprawy gruźliczej w mózgu. Poszukiwanie prątków Kocha w jednym przypadku dało wynik ujemny, w dwu dodatni. Autorzy na podstawie 59 zebranych w piśmiennictwie przypadków dochodzą do wniosku,że polynukleoza w przebiegu gruźliczego zapalenia opon nie jest rzadkością, przytem nie jest ona wynikiem dodatkowego zakażenia. Tego rodzaju postacie mają przebieg ostry lub podostry. Polynukleoza ta uwarunkowana bywa mnogością laseczników Kocha, obecnością w sąsiedztwie opon ogniska serowatego, powstałego wcześniej. Autorom udało się wywołać przy pomocy małej ilości jadu gruźliczego, wyosobnionego metodą Auclair lub Goria, polynukleozę 4 6 dniową po zastrzyku do przestrzeni podoponowej, lub też dłużej utrzymującą się przy powtarzaniu tych zastrzyków co 3—4 dni. W przypadkach ostrego lub podostrego zapalenia opon, o ile nie stwierdzono dwoinek zapalenia opon, należy zawsze szukać laseczników Kocha, w razie ich nieobecności duże znaczenie djagnostyczne, przemawiające za gruźlicą, posiada spadek chlorków w płynie mózgowo-rdzeniowym. W razie wątpliwości,

zastrzyk surowicy antimeningokokowej w żadnym razie nie jest przeciwwskazany.

E. Jeanselme i A. Barbé. **Dane statystyczne przypadków raka, leczonych w szpitalu Tenon w czasie od 1901 do 1906 roku.** Statystyka ta obejmuje liczbę 1501 przypadków raka za czas od 1901 do 1906 roku. W tym czasie przez szpital przewinęło się 86.785 chorych. Na ogólną liczbę 11.794 zgonów przypada na raka 766. Wypisano 735. Ilość zachorowań według płci: mężczyzn 518 (1 rakowaty na 82 chorych), kobiet 983 (1 kobieta na 44 chore). Śmiertelność wśród mężczyzn wynosiła 33·8%, wśród kobiet 66·2%, podczas gdy w innych chorobach stosunek śmiertelności był odwrotny 56,5% mężczyzn, 43,7% kobiet. Śmiertelność odnośnie do wieku i płci: w wieku 30 - 40 lat, mężczyźni 4,4%, kobiety 9,17%, w 50—60 lat mężczyźni 13%, kobiety 28%, w 60—70 lat mężczyźni 14%, kobiety 28%, w 70—80 lat mężczyźni 9%, kobiety 19%. Najczęstszem siedliskiem raka były: macica 409 przypadków, żołądek 296, sutki 153. Te trzy organy dawały w schorzeniu rakowem 57% śmiertelności. Co do częstości zachorzeń organy idą w następującym porządku: wątroba i drogi żółciowe, jelita, prostnica i odbyt, język i twarz. Narządy płciowe u mężczyzn 11 przypadków, u kobiet 584. Rak przewodu pokarmowego u mężczyzn jest znacznie częstszy, niż u kobiet. Przeciętny wiek chorych wynosi 55—60 lat; wyjątek stanowią raki narządów płciowych kobiecych, wiek chorych 48—50 lat. Żaden zawód specjalnie nie usposabia do powstania raka. Niema miejscowości, któreby dawały wyraźnie większy odsetek raków.

Marcel Labbé. **Leczenie chorych na cukrzycę głodzeniem.** Metodę tę zapoczątkował w 1910 roku Guelpa, lecz na większą skalę zastosował ją w lecznictwie Allen w Ameryce. Metoda ta polega na stopniowem odejmowaniu choremu pokarmów, aż do 200 gr zielonej jarzyny na dobę, następnie 2—3 dniowym głodzie (absolutne odjęcie pokarmów, z wyjątkiem wody), potem następuje odżywianie stopniowe począwszy od 200 gr jarzyny zielonej na dobę, następnie masło i mleko, ser, jaja, i po kilku dniach mięso. Wyniki tego leczenia w lżejszych przypadkach cukrzycy są doskonałe: cukromocz znika już w pierwszym dniu głodu lub w cięższych przypadkach w drugim dniu, jeśli zaś odżywienie chorego przeprowadzić ściśle, to może cukromocz więcej nie zjawić się. Przecukrzenie krwi znika w dniach głodu, choć później niż cukromocz, i powraca z chwilą rozpoczęcia odżywiania, lecz już nie wraca do swej poprzedniej wysokości. Przekwaszenie, o ile miało miejsce, znika zupełnie w dniach głodu, by powrócić do niższych wartości przy odżywianiu. Amino- i aminoaciduria zachowuje się podobnie. Równowaga azotowa chwilowo zachwiana, z chwilą odżywiania zachowuje się jak u rekonwalescentów. Spadek wagi nie przenosi 2 kg, u otyłych do 3 kg. Ciśnienie tętnicze, ciepłota, ilość oddechów, częstość tętna spada, lecz szybko wraca do normy. W przypadkach ciężkiej cukrzycy w czasie głodu obserwujemy tożsamo działanie, lecz w znacznie mniejszym stopniu, z chwilą zaś odżywiania poprzedni stan powraca bez zmian, gdy w lżejszych postaciach nic nie wraca do poprzedniej wysokości. Leczenie to jest bardzo dobrze znoszone przez chorych, tembardziej, że jest krótkie. Niemożliwem okazuje się przeprowadzenie tego rodzaju leczenia u polyfagów lub u fagomanów.

V. Hutinel i M. Maillet. **Dystrofje gruczołowe w ogólności i poszczególne dystrofje monosymptomatyczne.** Autorzy choroby wynikłe na tle zaburzeń w gruczołach o wydzielinie wewnętrznej dzielą na: 1. Dystrofje zupełne, 2. Dystrofje ogólne mniej lub więcej usystematyzowane, 3. Dystrofje monosymptomatyczne. Następuje szczegółowy opis schorzeń rozmaitych typów.

Noel Fiessinger i Jean Broussol. **Bjologiczne studja nad niezróżnicowanemi komórkami krwi w ostrej białaczce.** We krwi chorych na ostrą białaczkę spotykamy komórki o jednem jądrze, bez ziarnistości w protoplaźmie, nie należące do leukocytów krwi normalnej. Z limfocytami dużemi łączy ich brak ziarnistości, jednak wielkość ich jest znaczniejsza, postać jądra owalna lub półksiężycowata, zrąb chromatynowy mniej zbity, w jądrze kilka jąderek, w okolicy jądra ostro odgraniczony, delikatny pierścień bazofilny, w protoplazmie liczne wakuole. Autorom rozchodzi się o zbadanie bjologicznych własności tych komórek; są to duże limfocyty Ehrlicha, limfo lub myelogonie Bendy, myeloblasty Naegelego, limfoidocyty Papenheima. Po przeprowadzeniu doświadczeń z krwią 3-ch białaczkowych pod względem zdolności proteolitycznej (rozkraplanie leukocytów na ściętej surowicy wołu), pod względem zawartości oksydazy (metoda Schultzego), pod względem zawartości peroksydazy (metoda Grahama), oraz na zawartość innych zaczynów: jak lipazy, maltazy, lecytynazy, autorzy wyciągają następujące ogólne wnioski. Doświadczenia bjologiczne zgadzają się z dotychczas osiągniętemi wynikami czystej hematologji. Komórki te rzucone zostają do prądu krwi, w wieku, w którym nie okazują one żadnego zróżnicowania ani pod względem postaciowym, ani pod względem czynnościowym. Pewne wszakże ich partje mogą zróżnicować się, choć z grubsza, czy to w kierunku myelocytowym, i jako takie, posiadają już wyżej wspomniane zaczyny, czy to w kierunku limfocytowym, nie zawierając tych zaczynów. Różnicowanie to odbywa się w różnych stosunkach ilościowych, lecz większość ich pozostaje niezróżnicowana, ani postaciowo, ani czynnościowo. To też rezultaty otrzymane przy zastosowaniu prób bjologicznych są rozmaite. Zdolności proteolityczne wykazało 11 przypadków na 22 przypadki ostrej białaczki, 1 przypadek dał słabą reakcję, wynik ujemny w 10 przypadkach. Oksydazy na 55 przypadków, wynik dodatni dały w 22, wynik dodatni bardzo słaby w 7, ujemny w 26.

E. Lenoble. **Kiłowe zapalenie mięśnia sercowego.** Opis dziewięciu przypadków tej sprawy, oraz rozbiór rzeczy dotąd w tej sprawie napisanych.

Jean Paraf. **Pneumokoki a zakażenie pneumokokowe.** Rozbiór krytyczny.

D. Danielopolu i V. Danulesco. **W sprawie mechanizmu powstawania bodźców w napadowem biciu serca.** Autorzy z pomocą adrenaliny, u osobnika z rytmem naprzemiennym, mającym przeto rozległe zmiany w mięśniu sercowym, wywołali napad heterotopicznego przyśpieszenia czynności serca, który posiadał wszystkie cechy elektrokardjograficzne, cechy właściwe napadowego bicia serca. Adrenalinę wstrzyknęli pod skórę po poprzedniem przygotowaniu chorego digitaliną. Z krzywych, zdjętych w danym przypadku, wyciągają następujące wnioski. Napadowe bicie serca powstaje wskutek nadwrażliwości ośrodków heterotopicznych, powstałej na tle uszkodzenia przez procesy zapalne mięśnia sercowego. Nadwrażliwość ta może być ukrytą. Podczas gdy normalnie, na jednoczesne drażnienie gałązek (n. współczulny), prawej i lewej, serce oddziaływa, zmieniając tylko swój rytm co do czasu (przewaga lewej gałązki), to przy nadmiernej pobudliwości ośrodków heterotopicznych oddziaływa ono przy przewadze prawej gałązki nerwu współczulnego. Czynnik, wywołujący napadowe bicie serca, hamuje węzeł zatokowy i pobudza ośrodki heterotopiczne.

Edmond Doumer. **Mierzenie ilości ciał obniżających napięcie powierzchniowe moczu.** Do tych ciał należą sole żółciowe w wybitnym stopniu, tak iż można wykryć cholalurję tam gdzie niema jeszcze innych oznak niedomogi komórek wątrobowych. Dotychczasowe metody nie dawały nawet przybliżonego pojęcia o ilości tych soli, a to z powodów następujących: 1. Mocz jest mniej lub więcej kwaśny, zawiera on kwasy i sole organiczne. 2. Glycocholaty mogą znajdować się jako sól sodowa, albo jako kwas lub też ich mieszanina co daje w każdym wypadku różne rezultaty. 3. Chlorek sodu wpływa przy obecności glykocholatów na większe obniżenie napięcia, niż one same. 4. Obniżenie napięcia nie jest proporcjonalne do ilości glycocholatu. Autor rozwiązuje to w następujący sposób. Mocz alkalizuje Na OH do lekko błękitnego zabarwienia papieru tarne-zolowego. Określa doświadczalnie w wodzie destylowanej zwiększenie się siły obciążającej napięcie glykocholatów w obecności chlorku sodu, które jest proporcjonalne do $\sqrt{z}$ (*z* oznacza ilość chlorków). Wykreśla doświadczalnie krzywą obniżenia napięcia powierzchniowego przy różnych ilościach glykocholatów. W ten sposób dochodzi do ścisłego dosyć dla celów klinicznych określenia ilości gly-

kocholatów. Inne ciała, spotykające się w moczu, nie oddziaływują na obniżenie napięcia, lub w znikomym stopniu, lub np. jak aceton występują wyjątkowo. Inne znowu, choć same jako takie, zmieniałyby to połączenie, lecz nie występują w czystej postaci (np. fenol). Jedynemi, z któremi musimy się liczyć, są aminokwasy, lecz obecność ich w moczu świadczy o tem samem, co i obecność glycocholatów tj. o niedomodze komórek wątrobowych. Sprawę tę szczegółowiej ujęto w Compte-Rendus de la Societé de Biologie, 1921. t. LXXXIV p. 393, 595, 681, 683. Opis sposobu obliczeń w tekście.

T. Milewski (Warszawa).

Gruźlica.

Zeitschrift für Tuberkulose
Z. 5. 1921.

G. Simon. **Przyczynki do kliniki t. zw. zespołu pierwotnego (Raube).** Praca jest poświęcona objawom zespołu pierwotnego (ognisko pierwotne w płucach wraz z przynależnemi doń gruczołami, zajętemi gruźlicą). Wyniki pracy: 1. Tę sprawę można rozpoznać przy pomocy promieni Roentgena; ma ona wyraźną dążność do gojenia się. 2. W okresie wieku szkolnego nie rozszerza się. 3. Ogniska powstałe z przerzutu różnią się od zespołu pierwotnego przez brak zmian w gruczołach przynależnych. 4. Zespół pierwotny można spostrzedz u dorosłych w tej samej postaci, co i u dzieci.

F. Ickerl. **Ochrona dziecka przed zakażeniem gruźlicą.** Ilość zbyt ciasnych mieszkań chorych na suchoty zmniejszyła się w Szczecinie z 13,6% (1919) do 12,9% (1920). Jednocześnie zaś ilość chorych z lasecznikami w plwocinach, nie odosobnionych we własnych sypialniach, wzrosła z 48,1% (1919) do 53,7% (1920). Autor upatruje w tym fakcie skutek niedbałej czynności wywiadowczyń miejscowej Opieki przeciwgruźliczej.

W. Kruse. **Przyczynek do zagadnienia walki z gruźlicą.** Polecenie środka leczniczego Friedmanna do celów zapobiegawczych; szczepienie oseskόw, jako środek zapobiegawczy.

K. Nather. **Zmiany w wolu; przyczynek do poznania posocznicy gruźliczej.**

M. Weinberger. **O osteoarthropatji w przebiegu raka płuc.**

D. Wirth. **Zmiany na okostnej w przebiegu gruźlicy u psa. Sprawozdanie z rozpraw o gruźlicy na 45-tym Kongresie chirurgów niemieckich.**

Zeszyt 6.

Saugmann. **Wyniki trwałe leczenia odmą piersiową suchot płucnych.** Czternastoletnie doświadczenie i 500 leczonych przypadków stanowią podstawę wniosków znanego badacza duńskiego. Krytycznie zebrany materjał liczbowy ujęty jest w szereg tablic. »Tylko nieznajomość metody i jej wyników« może usprawiedliwić przeciwników tej metody (i tych, którzy z jej dobrodziejstw nie korzystają).

H. Kurzok. **Gruźlica kości klinowej w jej stosunku do przysadki mózgowej.**

G. Simon. **Sprawozdanie z 33-go kongresu medycyny wewnętrznej w Wiesbadenie.**

B. Möller. **Niemiecki kongres gruźliczy w Elster (19—21. III. 1921). Sprawozdanie z sanatorjum Beelitz za rok 1920. Sprawozdanie z urządzeń przeciwgruźliczych w mieście M. Gladbach.**

S. Sg. (Łódź).

Choroby dzieci.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.
T. XXII. Zeszyt 1. (r. 1921).

W. Knöpfelmacher i Cl. Kohn. **Badania nad barwikiem żółciowym przy żółtaczce noworodków.** Mocą t. zw. odczynu «diazowego pośredniego« (wedle Hijmansa van den Bergh), który występuje albo spóźniony, albo po dodaniu alkoholu metylowego, stwierdzili autorowie, że barwik żółciowy we krwi wszystkich płodów jak i noworodków z żółtaczką okazał się pochodzenia innego aniżeli wątrobowego (»*anhepatisch*«).

Ponieważ zaś (wedle Schicka) łożysko matki dostarcza materjału do barwika żółciowego płodu i noworodka, który więc powstaje drogą analogiczną do żółtaczki »hemolitycznej« (*icterus haemolyticus*), przeto teorja żółtaczki »zastoinowej« (*Stauungsicterus*) u noworodków jest pozbawiona wszelkiej podstawy.

O. Tezner. **Wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci z wrodzoną kiłą.** U 43 dzieci z wrodzoną kiłą wykazał płyn mózgowo-rdzeniowy w 41·8% odczyny dodatnie (Wassermann, Nonne, Appelt, pleocytoza). Z pomiędzy tych przypadków było 16 niemowląt, u których odczyny dodatnie wystąpiły w 62.5%, w tem dodatniego Wassermanna w 50%.

Wszystkie niemowlęta miały osutkę kiłową. 20 przypadków tyczyło się dzieci starszych bez objawów ze strony układu nerwowego, z których 15% wykazało odczyny dodatnie w płynie. Z 7 przypadków kiły wrodzonej z objawami systemu nerwowego 5 wykazało odczyn dodatni Wassermanna w płynie.

Wyniki te wskazują, że w wielkim odsetku (62.5%) niemowląt z wrodzoną kiłą okazuje się system nerwowy już zajęty. Zmiany te jednak, jak wykazują badania dzieci starszych, w późniejszym wieku ustępują w wielkiej ilości przypadków, a zatem nie pozostawiają trwałych szkodliwych następstw.

H. Mautner. **O dziedzicznie występującym, śmiertelnym przypadku pęcherzycy** (*pemphigus hereditarius*). Opisany przypadek pęcherzycy dziedzicznej, prowadzący po 2-u miesiącach do śmierci wskutek ogólnego zaniku był o tyle charakterystyczny, iż powstające na różnych miejscach ciała pęcherze prowadziły do głębokich wrzodów, a nawet gdzieniegdzie do obumarcia kości, przyczem brak było zaburzeń ze strony nerwów odżywczych, lub też uraźności (*Vulnerabilität*) wskutek zmian naczyniowo-ruchowych.

A. Reuss. **O napadowo występujących zaburzeniach wegetacyjno-nerwowych u dzieci.** Wśród materjału ambulatoryjnego zauważył autor szereg dzieci w wieku szkolnym, u których napadowo występywały zaburzenia wśród następujących objawów: silne ślinienie, mroczki migocące („*Flimmerscotom*“), skłonność do wymiotów, zawrót głowy, zblednięcie bez utraty przytomności, czasami ból głowy.

Ponieważ brak było jakiegokolwiek piętna hysterji lub neurastenji, uważa autor przypadki jako równoważniki t. zw. migreny z tego względu, iż w wielu wypadkach bólu głowy nie było, jednakowoż w ascendencji migrena bywała.

A. Reuss. **Nauka pielęgniarki niemowląt.**

K. Dietl. **Przypadek gruźlicy skóry.** U dziecka w 2-gim roku życia, które, przed 8-ma tygodniami badane, wykazywało zupełnie ujemne odczyny tuberkulinowe, wystąpił wrzód na skórze wraz z opuchnięciem gruczołów miejscowych, który, badany histologicznie, przedstawia się jako wrzód gruźliczy, równocześnie zaś odczyn tuberkulinowy staje się dodatnim. W przypadku tym należy wrzód ten uważać jako pierwotne ognisko gruźlicze, które powstało prawdopodobnie na skutek zakażenia wykwitu liszajca (*impetigo*) lasecznikami gruźlicy.

E. Kirsch-Hoffer. **Przyczynek do kiły nerek w wieku niemowlęcym.**

G. Bessau, S. Rosenbaum i B. Leichtentritt. **Przyczynek do zatrucia niemowląt.** Wedle doświadczeń autorów należy szukać w pożywieniu przyczyny etjologicznej do zatrucia niemowląt, gdyż w innym razie byłoby rzeczą niewyjaśnioną, dlaczego dzieci karmione naturalnie wcale nań nie zapadają. Prątek okrężnicy, wprowadzony z zewnątrz do jelit, zdaje się tu odgrywać pewną rolę. Okazało się bowiem, że w wielu wypadkach mleko o pochodzeniu rzekomo bez zarzutu zawierało żyjące prątki okrężnicy. Te drobnoustroje w związku z uszkodzeniem przewodu pokarmowego z powodu upałów stanowią podłoże do ich nadmiernego rozwoju („*Kolibesiedelung*“). Z drugiej zaś strony u niemowląt karmionych mlekiem krowiem, wyjałowionem bez zarzutu pod kontrolą w zakładach dla niemowląt, zatrucia należały do rzadkości. Dalsze spostrzeżenia autorów stwierdzają, że zatrucie następuje zawsze po biegunce tak, że należy uważać biegunkę, jako czynnik pierwotnie szkodzący.

B. Leichtentritt. **Przyczynek do chorobotwórczości zapalenia szpiku kostnego u niemowląt. Czy »*bacillus faecalis alcaligenes*“ jest chorobotwórczym dla ludzi?** W opisanym przy-

padku zapalenia szpiku kostnego wyhodował autor z krwi krążącej *„bac. faecalis alcaligenes“*; autor stawia kwestję otwartą, czy prątek ów stoi w związku z zapaleniem szpiku kostnego.

F. Göppert. **Przyczynek do rozpoznania i leczenia błonicy nosa.**

Er. Schiff. **Kliniczne a anatomiczne rozpoznanie krzywicy.** Zgrubienie części nasadowych i chrząstkowatych kości jest wyrazem jedynie tylko stopnia nasilenia krzywicy i zubożenia tkanki we wapń, lecz idzie też w parze ze zdolnością organizmu łączenia się z wodą. Tak np. u dzieci krzywiczych dobrze odżywionych są nasadki kostne silnie zgrubiałe, podczas gdy u takichże w złym stanie odżywiania często zgrubień nasadek stwierdzić nie można.

E. Nassau. **Spostrzeżenia epidemjologiczne i poronna odra w wczesnym wieku niemowlęcym.** W drugiem półroczu jest bezwzględna skłonność niemowląt do odry i ospówki. Oseski młodsze zapadają nań wprawdzie rzadziej, lecz nie są też zupełnie odporne. Odra u młodszych osesków przebiega chętnie w formie poronnej, tj. albo przy nieznacznie podniesionej ciepłocie z wyraźnemi objawami odry, albo tylko z nieznacznemi objawami katarainemi. Jest wątpliwe, czy te poronne przypadki u młodszych osesków są wynikiem biernej odporności przeniesionej przez krew lub pokarm matki, albowiem okazało się, że wszczepienie surowicy noworodków niemowlętom starszym w okresie inkubacji wedle postępowania Deykwitza na przebieg odry nie miało żadnego wpływu. Tu należy raczej przyjąć niedość rozwinięte zdolności tkanek młodych osesków oddziaływania na zarazek odry.

W. Erfurth. **Kazuistyka zboczeń ucha.**

Hescheles. (Lwów).

Chirurgja.

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie. T. 33. Z. 4 i 5. 1921.

Karol Nather. **Przyczynek do patologji gruźlicy tarczycy.** Autor omawia 5 przypadków klinicznych, w których u chorych operowanych z powodu wola znaleziono gruzełki prosówkowe lub sprawy gruźlicze rozleglejsze w tarczycy; opisuje następnie własne doświadczenia na świnkach, którym wstrzykiwał do otrzewnej $^1/_{1000}$ mg. kultury prątków oraz koloid wyciśnięty z wola, otrzymanego podczas operacji. Nather nie skonstatował hamującego wpływu tarczycy na rozwój gruźlicy, wywołanej doświadczalnie. Po omówieniu odnośnego piśmiennictwa, trzech postaci bakterjemji (*1. typhobacillose Landouzy*, 2. gruźlica prosówkowa, 3. posocznica gruźlicza w przebiegu mniej lub więcej ciężkiej postaci gruźlicy), Nather przychodzi do wniosku, że gruźlica tarczycy, nie będąca częścią składową gruźlicy prosówkowej, jest oznaką przebytej posocznicy gruźliczej. Niema odporności tarczycy jako narządu w stosunku do gruźlicy.

Leopold Schoenbauer. **Gruźlica chirurgiczna w czasie powojennym; jej leczenie sztucznem słońcem górskiem Bacha i lampą kwarcową Kromayera.** Autor opisuje wyniki leczenia sztucznem słońcem górskiem Bacha i lampą kwarcową Kromayera gruźlicy chirurgicznej w Wiedniu na klinice prof. Eiselsberga. W roku 1919 w porównaniu z r. 1909 zauważyć się daje nadzwyczaj silne wzmożenie się ilości chorych na gruźlicę chirurgiczną, zwłaszcza kobiet; przeważa gruźlica gruczołów w stosunku do gruźlicy kostnej i stawowej. Zwłaszcza przy pierwszej formie ambulatoryjne leczenie światłem dało dobre wyniki, ale i w sprawach stawowych otrzymano wyleczenia i wybitne polepszenia.

Wildegans. **Powikłania chirurgiczne grypy, zwłaszcza ropniaki opłucnej.** Autor daje zestawienie powikłań grypy z powikłaniami chirurgicznemi na zasadzie większego materjału szpitalnego z lat 1918—1920. Operowano 101 ropniaków opłucnej, przyczem w ropie nie wykryto ani razu lasecznika Pfeiffra; śmiertelność silniejsza z początku epidemji wynosiła 35 % przy ropniakach operowanych opłucnej. Pięć razy wystąpiło ropne zapalenie otrzewnej jako powikłanie sprawy opłucnowej. Wildegans omawia stosunek grypy do gruźlicy, opisuje inne powikłania grypy, jak zgorzel płucną, rozstrzenie oskrzelowe, ropnie płuc, zapalenie płuc ropne międzyzrazikowe i t. d. oraz ich chirurgiczne leczenie.

J. de Bruïne Ploos van Amstel. **Colitis haemorrhagica seu colitis ulcerosa.** Autor opisuje cztery spostrzegane przypadki wrzodziejącego zapaleniu kiszki Albu, podkreśla krwawy charakter wypróżnień, jako charakterystyczny, obecność drobnych owrzodzeń w obrazie rektoskopowym oraz zwraca uwagę na obrazy otrzymywane na ekranie po wlewaniach masy kontrastowej do obytnicy. Autor daje dokładne zestawienie piśmiennictwa przedmiotu, przeprowadza różniczkowe rozpoznanie w stosunku do *»enterite phlegmoneuse«* Cheinisse'a, przypadków przewlekłej krwawej biegunki i t. d.; omawia djetę, jaką należy stosować, leczenie preparatami tanniny, glinki, węgla (norit) i t. d., wreszcie leczenie chirurgiczne.

Gundermann i Gerhard Duettmann. **Znaczenie wydalania wody w patologji i rozpoznaniu różniczkowem wrzodu i raka żołądka.** U chorych z wrzodem trawiennym żołądka spotykamy zmniejszenie wydalania wody (próba wodna) przy dobrem wydalaniu soli; przy raku żołądka mamy nieznaczne ilości wydalanej soli; wydalanie wody z początku choroby dobre, później upośledzone. W przewlekłych schorzeniach pęcherzyka żółciowego zachodzą nieprawidłowości w wydalaniu tak wody, jak i soli.

Irena Rothman-Manheim. **Badania składników komórkowych soku żółciowego otrzymywanego przy zgłębnikowaniu dwunastnicy.** O ile przewody żółciowe są prawidłowe i pęcherzyk żółciowy zdrowy, to treść dwunastnicy, otrzymana przy pomocy zgłębnika Einhorna, jest bardzo uboga w komórki. Mamy 1—3 komórek w polu widzenia, przeważnie komórki nabłonka walcowatego, rzadziej białe ciałka krwi, pozatem nabłonki płaskie, wałeczki żółciowe szkliste i ziarniste, komórki kubkowe, śluz, miazgę z rozpadłych komórek. Po wstrzyknięciu 30 ccm. 5 % peptonu w stanach normalnych (druga porcja płynu — żółć pęcherzyka) niema zmiany w osadzie. Przy stanach zapalnych pęcherzyka I porcja płynu normalna, II zawiera duże ilości leukocytów. Przy żółtaczce nieżytowej następuje zwiększenie ilości nabłonków walcowatych. Jeśli płyn z dwunastnicy nie zawiera zupełnie żółci, to mamy do czynienia z zamknięciem światła przewodu żółciowego wspólnego.

Ernst O. Schmidt. **O chorobie Basedowa.** Autor badał wzór krwi oraz leukocytozę po zastrzyku aolanu u chorych na chorobę Basedowa, ale nie znalazł wybitnych różnic w stosunku do innych schorzeń tarczycy. Zato przy badaniu koloidów surowicy według metody Kottmann'a otrzymał wybitne różnice, pozwalające na wyosobnienie choroby Basedowa, jako jednostki chorobowej od innych schorzeń tarczycy. Gdy u chorych z obrzękiem śluzowatym i chorych tyreoidycznych odczyn (wypadanie metalicznego srebra z roztworu po naświetlaniu i dodaniu roztworu hydrochinonu) następował w ciągu kilku minut, u chorych na chorobę Basedowa dopiero po 4—5 godzinach. W chorobie Basedowa mamy zwiększone ilości soli w surowicy, a w przypadkach tyreotoksycznych zmniejszenie ich w stosunku do prawidłowego stanu. *A. Stefanowski.* (Warszawa).

Journal de Chirurgie.
N. 6. 1921.

Sencert i Ferry. **Oderwanie pętli jelitowej od krezki, pochodzenia urazowego.** Opis dwóch przypadków; w pierwszym 9-letni chłopiec uległ przygnieceniu do ziemi przez wózek automobilowy, na skutek czego oprócz uszkodzeń zewnętrznych uda doznał rozerwania tętnicy śledzionowej, pęknięcia trzustki i oderwania pętli jelita cienkiego od krezki na przestrzeni 20 centymetrów, przyczem pętla sama uległa rozdarciu. Tętnicę śledzionową podwiązano, przedartą trzustkę obszyto, a pętlę jelita cienkiego, leżącą w najbliższem sąsiedztwie dwunastnicy, wycięto. Zabieg ten wykonany w 3—4 godziny po wypadku dał zupełnie dobry wynik. W drugim przypadku 49-letni mężczyzna uległ zgnieceniu przez pełną 200 litrową beczkę. Początkowo czuł się dobrze, próbował nawet dalej pracować, z powodu jednak znacznych tępych bólów w brzuchu udał się wozem (20 kim.) do szpitala, gdzie nie znaleziono wskazań do operacji, dopiero po upływie 40 godzin od wypadku wyraźnie wystąpiły objawy otrzewnowe: napięcie mięśni, wzdę-

cie, zmniejszenie stłumienia wątroby, brak stolców i wiatrów, jednak brak wymiotów. T. 38. Puls 110. Operacja wykazała oderwanie od krezki jelita cienkiego na przestrzeni 30 cm.; na całej tej przestrzeni pętla uległa zgorzeli. Pętlę tę stanowiącą dolny odcinek jelita cienkiego, wycięto, obydwa końce jelita wszyto w dolny kąt rany, do Douglasa włożono dren, po upływie trzech tygodni od operacji wytworzono prawidłowe krążenie mas kałowych w kiszkach zapomocą enterotrib'u Dupuytrena, poczem przetokę kałową zaszyto. Wyzdrowienie.

Lenormant. **O padaczce urazowej i jej leczeniu.** Na podstawie obszernych statystyk francuzkich i obcych autorów, L. dochodzi do wniosku, że częstość padaczki po urazie wzrasta w miarę długości okresu obserwacji, znane są np. przypadki, gdzie padaczka wystąpiła dopiero w 2 lata po urazie. Co się tyczy rodzaju urazu, to powodujące rozległe zniszczenie mózgu (odłamki granatów) dają rzadziej obraz padaczki, aniżeli urazy drobne (kule karabinowe), uchodzące nieraz uwadze chirurga. Obecność ciał obcych w mózgu może powodować padaczkę, o ile ciała te tkwią powierzchownie blizko kory, lub też w samej korze; nieudałe próby usunięcia, powodując obrażenie kory mózgowej, działają podobnie; ciała obce głęboko tkwiące, wgojone, są często tolerowane. Doniosłe znaczenie w powstawaniu padaczki odgrywa sposób pierwszego zaopatrzenia rany mózgu: metoda, zdążająca do szybkiego, aseptycznego zagojenia rany daje najlepsze wyniki; należy części zewnętrzne rany oczyścić, brzegi wyrównać, odłamki usunąć i ranę zaszyć, aby zapobiedz następowemu zakażeniu tkanek przez pocisk w swej odporności upośledzone; oto wytyczne leczenia zapobiegawczego padaczki urazowej. W przypadkach padaczki urazowej można stwierdzić zmiany patologiczne w kościach czaszki, w oponach mózgu i w samym mózgu. Bywają jednak przypadki, i to dość częste, gdzie makroskopowo żadnych zmian wykazać nie można, dopiero analiza histologiczna stwierdza ich obecność w mózgu i płynie mózgowordzeniowym. Operować należy nie zawcześnie, bywają bowiem przypadki, że po jednym napadzie padaczkowym więcej ich nie bywa; nigdy nie jest zapóźno, na 39 przypadków, operowanych w 10 lat od początku napadów, w 22 otrzymano wynik dodatni. Stan padaczkowy jest przeciwwskazaniem do zabiegu, należy operować pomiędzy napadami, wyjątkowo, ze wskazań życiowych, można operować i w czasie trwania *status epilepticus*. Operację należy wykonać w obrębie zmian dostrzeganych na czaszce, w braku tych, można wykonać trepanację dekompresyjną, w okolicy skroniowej prawej. Przy stwierdzeniu zmian w kości, należy je usunąć, jak również i odłamki tkwiące w mózgu.

Zbliznowaciałe opony mózgowe należy ostrożnie odpreparować, nie uszkadzając mózgu. W przypadkach, gdzie nie stwierdza się zmian w mózgu, a objawy kliniczne przemawiają za obecnością zmian w pewnych ściśle dających się oznaczyć ośrodkach, można usunąć powierzchowną warstwę (8—10 milimetrów) kory mózgowej. O wartości pokrywania ubytków w oponie twardej drogą auto i hetero-plastyki wyraża się L. sceptycznie, najczęściej przeszczepiona tkanka zamienia się w bliznowatą. Co się tyczy wypełniania ubytków kostnych czaszki, to nie należy ich pokrywać bezpośrednio po zabiegu na oponach lub mózgu, należy odczekać (1—2 lata), a potem dopiero, o ile nawrotu padaczki niema, pokryć drogą plastyki Mayet'a (płat okostnowo kostny z sąsiedztwa zwrócony okostną do mózgu). Na podstawie dotychczasowych wyników L. wyraża się o operacyjnem leczeniu padaczki urazowej, że jest to zabieg mało niebezpieczny, często pożyteczny, rzadko kiedy uzdrawiający, wyjątkowo szkodliwy, wobec czego należy się do niego udawać, gdy leczenie wewnętrzne okaże się bezskutecznem.

Z. 1. 1922

Gosset i Charrier. **Wyniki ostateczne pokrywania plastycznego ubytków pni nerwowych.** Na 99 przypadków plastyki pni nerwowych, zebranych przez autorów w piśmiennictwie francuskiem, operacja wytwórcza okazała się w 17 przypadków zdaniem autorów jako »pozytywna«. Jeżeli porównać tą metodę operacyjną ze zwykłem zeszyciem pnia nerwowego, to ostatni zabieg daje bez porównania lepsze wyniki, bo wedle zestawienia autorów około 40 %. Autoplastyczne pokrycie ubytków pni nerwowych dało około 30 % dodatnich wyników, homoplastyczne około 20 %, heteroplastyczne zaś około 9 %. Ta ostatnia metoda dawała odmienne wyniki, zależnie od tego, czy używano odcinków pni nerwowych zwierząt (psa i królika) utrwalanych w alkoholu, czy też świeżych; w pierwszym przypadku wyniki dodatnie występowały zaledwie w 2 % przypadków, w ostatnim około 30 %.

Lamas i Prat. **Torbiele jamy brzusznej o typie puchlinowym** (*a type ascitique*). Torbiele te wychodzą pierwotnie z powłok jamy brzusznej (z mięśni lub tkanki przedotrzewnowej), wzrastając, zajmują znaczną przestrzeń na przedniej ścianie powłok brzusznych, niespotykając oporu ze strony luźnej tkanki przedotrzewnowej, równomiernie rozszerzają się we wszystkich kierunkach i odpychają trzewia brzuszne w tył do kręgosłupa, naśladując puchlinę brzuszną. Wśród opisanych przez autorów 6 przypadków, zawartość tych torbieli dochodziła od 8 do 35 litrów, bywała ona surowiczą lub ropną. Wyłuszczenie tych torbieli okazało się zabiegiem zbyt ciężkim dla chorych, zwykle znacznie wyniszczonych (2 zejścia śmiertelne na 5 przypadków), wobec czego autorzy zalecają tylko drobne nacięcie, celem opróżnienia torbieli, wykonane w znieczuleniu miejscowem; jama sączkowana uległa zarośnięciu po dłuższym czasie (do kilku miesięcy). Patogeneza tych torbieli jest dla autorów niejasną; uważają oni za możliwe, że są to twory pierwotnie śródotrzewnowe, »wydalone« przez ochronne działanie otrzewnej; wskazują na to ich zdaniem zrosty pomiędzy ścianą torbieli i krezką, spotkane w jednym przypadku sekcyjnym. *T. Ostrowski.* (Lwów).

Choroby kobiece i położnictwo.

Johns Hopkins Hospital Bulletin.
Wrzesień 1921 r.

Shaw. **Ciąża po wszczepieniu końca zewnętrznego jedynego jajowodu.** Przed trzema laty 35-letniej kobiecie z przyczyny bliżej nieznanej usunięto prawy jajowód wraz z jajnikiem. W kwietniu 1919 operowana z powodu ciąży jajowodowej tuż przy lewym rogu (ciąża śródmiąższowa). Wycięto róg macicy wraz z połową dośrodkową jajowodu, którego pozostałość obwodową długości jednego cm. wszczepiono w miąższ macicy. W marcu 1921 roku kobieta, o której mowa, była w siódmym miesiącu ciąży. Notabene okazało się łożysko przodujące i przedwczesny poród z martwym płodem. Przypadek powyższy dowodzi niewątpliwej słuszności poglądu Cullen'a, radzącego, by się obchodzić jaknajoględniej nawet ze szczątkami przydatków.

The Lancet.
15. X. 1921.

Rundle. **Nowy sposób leczenia przewlekłego nieżytu szyjki i błony śluzowej macicy.** Wiadomo dobrze, ile trudności nastręcza leczenie powyższych cierpień. Tłem ich zazwyczaj jest zakażenie rzerzączkowe. W przypadkach zapuszczonych, z którymi — niestety — najczęściej ma lekarz do czynienia, istnieje już zakażenie mieszane. Metoda zastosowana przez Rundlego polega na codziennem wprowadzaniu świeczek pochwowych zawierających 1% intraminy (*di-ortho-diaminothio-bensen*) w stearynie. Czopek pozostaje przez całą noc; rano stosuje się przemywanie siarczanem cynku (1 : 1000). Chore umieszczano na stałe w szpitalu. Już po tygodniu odpływy ginęły, a dalsze leczenie doprowadzało wkrótce (kiedy ? — przyp. ref.) do wyleczenia w sensie nie tylko klinicznym, lecz i bakteryjnym. Nb.: intraminy niemożna stosować do światła szyjki, gdyż w tym razie działa nazbyt żrąco.

Choroby skórne i weneryczne.

Annales de Dermatologie et syphiligraphie.
Nr. 7. 1921.

Thibierge i Legrain. **Ichthyosis foetalis.** Autorzy odróżniają rybią łuskę wrodzoną, klinicznie widoczną już w chwili przyjścia na świat dziecka, od rybiej łuski pospolitej, przy której wrodzoną jest tylko skaza chorobliwa tkanek, ujawniająca się w wykwitach typowych znacznie później; *ichtyosis foetalis* byłaby formą dobrotliwą odpowiadającą *keratoma malignum congenitale*. W opisanych 4 przypadkach

nie zdołano wykryć czynnika dziedziczności; 3 z pomiędzy nich różniły się od rybiej łuski pospolitej znacznie wybitniejszą hyperkeratozą, na tle — niezawsze — żywo zaczerwienionem. Opisywanych przez Brocq'a pęcherzy nie spostrzegano. Zgięcia stawów były stale zajęte. Leczenie maścią salicylową w jednym z przypadków dało wynik dobry, pozostawiając podłużne powierzchowne blizenki na konturach zarysowanych wyraźniej pól skórnych. Autorzy nie zgadzają się na przyłączenie do opracowanej przez nich postaci chorobowej postaci innej, opisanej dawniej przez Thibierge i Giovannini, gdzie było zrogowacenie nadmierne rozsianych pól na skórze, ani *keratoma palmare et plantare*, występującego na wyspie Meleda.

Audry i Chatelier. **Kiła bez znanych wrót zakażenia z natychmiastowem zajęciem gruczołów chłonnych.** Pomijając kliniczną możliwość zaszczepienia kiły w obieg krwi bez okolicznego obrzmienia gruczołów, autorzy opisują 5 przypadków, w których wrzodu pierwotnego nie można było wykazać, a jako pierwszy objaw wystąpiło ropne zapalenie gruczołów pachwinowych. Odczyn Wassermanna silnie dodatni. Autorzy przypuszczają albo wtargnięcie jadu wprost do dróg limfatycznych, albo wrzód pierwotny niedostrzegalnie mały.

Lenormant. **Nowy przypadek pachydermia vorticellata skóry owłosionej głowy.** Autor opisuje operowany przez siebie przypadek niezwykłego zgrubienia owalnej przestrzeni skóry owłosionej na potylicy 9-letniego dziecka. Zmiana skórna o nierównej powierzchni poprzerzynanej głębokiemi rowkami istniała od urodzenia. Zabieg chirurgiczny polegał na usunięciu płata skóry zmienionej i plastycznem zastąpieniu go płatem Thierscha, przeszczepionym z uda. Wynik kosmetyczny dobry.

Pomaret i Think. **Spostrzeżenie o wstrzykiwaniach śródżylnych urotropiny w leczeniu kiły.**

Ravaut i Rabeau. **Przypadek kiły drugorzędnej, leczonej wstrzykiwaniami śródżylnemi urotropiny.** Obie rozprawki zawierają krytykę leczenia kiły urotropiną, którego wyniki, rzekomo dodatnie, przedstawił w r. 1920 Denutreses w Bukareszcie. W jednym przypadku 6, w drugim 13, w trzecim 12 wstrzyknięć urotropiny (średnio po 2.5 dziennie) nie wywołało ani ustąpienia zmian klinicznych, ani usunięcia krętków w wydzielinie guzków, wykazywanych ultramikroskopem. Wyniki te wykluczają skuteczność urotropiny w kile.

Nr. 8—9 1921.

Thibierge i Legrain. **Ichthyosis foetalis.** (Ciąg dalszy). Patrz wyżej.

Malherbe. **Pityriasis rubra gravis.** Autor opisuje przypadek tego rzadkiego we Francji schorzenia, które rozwijało się przed lat 12 z bardzo uporczywym świądem. Chora zmarła wskutek charłactwa. Wśród przebiegu spostrzegano występowanie wykwitów guzkowych na szyji i rękach, podobnych do tuberkulidów, ulegających wessaniu lub rozpadowi. Badanie krwi wykazało mierną niedokrwistość, badanie histologiczne obraz typowy. Ustaliwszy niewątpliwie rozpoznanie, autor wyraża zdanie, że prawdopodobnie łupież czerwony (*pityriasis rubra*) należy uważać za wtórne schorzenie przy towarzyszącej mu zawsze gruźlicy, nie jak Audry, za erytrodermję w związku z białaczką.

Laurentier. **Erythrodermia exfoliativa maligna z zatrucia.** Przypadek autora wykazywał erytrodermję z początku pod postacią wyprysku, później uogólnioną, łuszczącą się silnie, wreszcie wiodącą do ogólnego brunatnego przebarwienia skóry. Świąd bardzo uporczywy, zejście śmiertelne skutkiem charłactwa. Jako przyczyna mogły wchodzić w rachubę zatrucie rtęcią lub arszenikiem, zaczem przemawiały zmiany w wątrobie.

Ravaut i Rabeau. **Szczególna postać grzybka strzygącego na paznokciach.** Zmiany w tym przypadku dotyczyły paznokci dwóch palców prawej ręki i przedstawiały się jako białe drobne plamki. Odpiłki z tych miejsc dały hodowlę grzybka strzygącego. Leczenie przez spiłowywanie plam i pędzlowanie jodem w alkoholu dało szybko wynik dodatni. Innych objawów klinicznych na skórze ani włosach nie było.

Dyboski (Kraków).

Zeitschrift f. Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

T. 20. Z. 1. 2.

K. Langowski. **Statystyka chorób wenerycznych kliniki dermatologicznej w Lipsku w latach 1911—1919 i wpływ wojny.** Str. 1—14. Część I.

Scharfe. **W sprawie kontroli nad prostytutkami.** Str. 17—19. Autor jest zwolennikiem reglamentacji, jednak uważa za rzecz konieczną, aby kontrolę sanitarną nad prostytutkami oddać w ręce lekarzy-urzędników, a nie policji.

Gsell. **Ankieta w sprawie szerzenia się chorób wenerycznych w Szwajcarji.** Str. 20—24. Opis sposobu zbierania danych statystycznych chorób wenerycznych za czas 1. X. 1920 r. do 30. IX. 1921 r. urządzonego staraniem szwajcarskiego Towarzystwa walki z chorobami wenerycznemi. W kantonie zurychskim i St. Gallen statystyka zbierana będzie przymusowo.

Gsell. **Zarządzenia gmin przeciw partactwu leczniczemu w Bawarji, Hesji (przeciw aptekarzom i drogistom) Sachsen-Weimar, w prowincji nadreńskiej i Würtembergji.**

T. 20. Z. 3. 4.

E. Finger. **Lekarskie pozwolenie na małżeństwo.** Str. 49—53. Finger wobec żądania jednego z radnych miasta Wiednia, by zaprowadzono świadectwa lekarskie przed zawieraniem małżeństw, zajmuje stanowisko przeciwne. Świadectwo takie może mieć tylko znaczenie w warstwach społeczeństwa, gdzie stosunek płciowy odbywa się tylko u małżonków. Wiele jednak par narzeczonych utrzymuje stosunki płciowe i przed ślubem i gdyby w tych przypadkach nawet nastąpiło zakażenie, to odmowa świadectwa i tak pociągnęłaby za sobą współżycie w konkubinacie. Świadectwo lekarskie ma znaczenie tylko do chwili, w której było wydane. Świadectwo wydawać powinien lekarz leczący, gdyż łatwo może chory rozmyślnie wprowadzić w błąd lekarza, po raz pierwszy badającego chorego (kiła wczesna utajona). Również i w razie prawdomówności chorego, ujemny wynik w kierunku kiły i wiewióra, nie stanowi zupełnej pewności. Stąd też wartość świadectwa zdrowia jest wątpliwa.

Pinkus i Loewenstein. **Projekt postępowania przy wykonywaniu warunków potrzebnych dla uzyskania pozwolenia na zawarcie małżeństwa.** Str. 54—67. Pozwolenie lekarskie na zawarcie małżeństwa żądane przez Schuberta, może mieć wtedy tylko wartość, gdy jest przymusowe, a nie dobrowolne. Jednak ustawa taka może pociągnąć za sobą niechęć do małżeństwa i przyrost związków nielegalnych. Zawarcie małżeństwa jest sprawą czysto prywatną i dla wielu związków sprawa potomstwa nie odgrywa żadnej roli. Nie tylko od mężczyzn, ale i od kobiet należy żądać świadectw lekarskich. Autorowie podają szczegółowo sposób postępowania przy badaniu chorych w kierunku chorób wenerycznych, żądając od chorego deklaracji, że dał zupełnie prawdziwe odpowiedzi na pytanie lekarza, i że zezwala na zbadanie ewentualne szczegółów, które podał podczas badania.

K. Langowski. **Statystyka chorób wenerycznych kliniki dermatol. w Lipsku za lata 1911—1919 etc.** Str. 68—78. Statystyka ta jest dalszym ciągiem statystyk Einhausa i Frühwalda i Weilera. Liczba leczonych chorych wenerycznych za okres 1911—1919 wynosiła 13.724, w tem 6.317 mężczyzn, 7.033 kobiet i 374 dzieci. W porównaniu z poprzedniemi statystykami, zauważył autor przyrost chorób wenerycznych w tych warstwach społeczeństwa, które dotychczas były oszczędzane. Nawet w najmniejszych miejscowościach pojawiły się przypadki chorób wenerycznych. Statystyka lipska wykazuje znaczny przyrost chorych kobiet zamężnych, jak również i tajnych prostytutek (wpływ jarmarków lipskich). Jako środki zaradcze, uważa autor za konieczne porozumienie się wspólne reglamentarystów i abolicjonistów.

F. Walter (Kraków).

Otjatrja i laryngologja.

Archiv f. Ohrenheilkunde.

T. 108. Z. 3/4.

Lederer. **Przyczynek do anatomji patologicznej nabytej głuchoniemoty.**

Brock i Zumbroich. **Zaburzenia w gojeniu rany po**

wydłótowaniu wyrostka sutkowego wskutek próchnienia kości.

Bleyel. **Czynnościowe znużenie narządu słuchowego.** Czynnościowe znużenie narządu słuchowego występuje w każdym przypadku; znużenie to jest znaczniejsze przy zmianach w uchu wewnętrznem i przy stanach nerwowego wyczerpania, jakoteż przy neurastenji i histerji.

Kobrak. **Fizjologiczne, czy fizyczne tłómaczenie oczopląsu cieplikowego.**

Esch. **Schorzenia narządu przedsionkowego we wczesnym okresie kiły.** Przy wszystkich zachorowaniach nerwu słuchowego najczęściej część słuchowa podlega wyłącznie lub przeważnie schorzeniu; przypadki, w których część przedsionkowa przeważnie lub wyłącznie okazuje zmiany, są rzadkie. Przytacza dwa przypadki, w których we wczesnym okresie kiły, wystąpiło upośledzenie słuchu i zupełna niepobudliwość narządu przedsionkowego. Pod wpływem kombinowanego leczenia jodem, rtęcią i salwarsanem, nastąpiła w obydwu przypadkach poprawa słuchu; co zaś do narządu przedsionkowego, to w jednym przypadku nie było najmniejszej poprawy, w drugim prawidłowa pobudliwość wróciła.

Frühwald. **Przyczynek do kazuistyki guzów przedsionka nosa.** Przypadek rozległego raka nosa, który rozwinął się szybko z brodawki, umiejscowionej na przejściu przegrody skórnej w prawe skrzydełko nosowe; brodawka istniała bez zmiany 12-15 lat. Drugi przypadek z temsamem umiejscowieniem okazuje nowotwór, którego badanie drobnowidowe wykazało utkanie brodawczaka na granicy między dobrotliwym a złośliwym.

Specht. **Przypadek raka błony śluzowej przy skórze pergaminowej barwikowej.** (*Xeroderma pigmentosum*). Przypadek raka jamy nosowej, nie nadający się do operacji, w którym leczenie za pomocą radu dało wynik zadawalający.

Birkholz. **Operacja torbieli zębowych sposobem Denkera.** Przemawia za operacją torbieli zębowych sposobem Denkera. Przytacza przypadki, w których w krótkim czasie nastąpiło wyleczenie.

Ramdohr. **Powikłania wewnątrzczaszkowe, pochodzące z bocznych jam nosa.** Ramdohr podaje dwa przypadki zapalenia ropnego jamy kości klinowej, w których ropienie przeszło na opony mózgowe, zniszczywszy poprzednio kość; w jednym przypadku był prócz tego zakrzep zatoki jamistej. Obydwa przypadki skończyły się śmiercią. Trzeci przypadek dotyczył chorego z przewlekłem ropieniem jamy czołowej i jam sitowych, u którego wystąpiły objawy surowiczego zapalenia opon z napadami czuciowej padaczki Jacksona. W przypadku tym zatoki boczne były operacyjnie otwarte. Przypadek skończył się wyleczeniem. *Zalewski* (Lwów).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy Nr. 1 rok 1922 (Miesięcznik)). Składkowski: Służba sanitarna w bitwie pod Grochowem 25. II 1831 r. — Wasilewski: Epidemja dżumy płucnej na Dalekim Wschodzie w 1921 r.

Pedjatrja Polska. Kramsztyk: Wspomnienie pośmiertne po ś. p. Korybucie Daszkiewiczu. — St. Progulski: O potrzebie zakładania poradni dla dzieci dotkniętych kiłą wrodzoną.—Rozenblumówna: O klinicznym przebiegu spóźnionej krzywicy pod wpływem wrodzonego odżywiania. — Erlichówna: Z patologji przyusznicy. — Frenklowa: Dwa przypadki samoistnej zgorzeli kończyn u dzieci.

Nowiny Lekarskie. Z. 2. A. Jurasz sen.: O ewolucyjnych i inwolucyjnych zmianach krtani w obrazie klinicznym. — Kowalski: Rachiotomja. — Szulczewki: Badanie dzieci w hipnozie. — A. Wrzosek: Wydział lekarski Uniwersytetu Poznańskiego w pierwszym roku swojej działalności. — B. Żmigród: Zapobieganie szkodliwościom wywołanym stosowaniem salwarsanu.

Przegląd Epidemjologiczny. Wyszedł zeszyt 6-ty, Tomu I. „Przeglądu Epidemjologicznego". Zeszyt ten, bogaty w treść, objętości 140 stronic, z licznemi wykresami i tablicami, obejmuje szereg prac z dziedziny serologji i bakterjologji. — L. Hirszfeld i J. Seydlówna: Z bakterjologji durów rzekomych.— S. Sierakowski: O znaczeniu i metodach określania koncentracji jonów wodorowych. — L. Hirszfeld i F. Przesmycki: Badania nad aglutynacją normalną: O izoaglutynacji u koni. — Rywosz: O katalizie wody utlenionej przez bakterje; L. Anigstein: Badania serologiczne nad pierwotniakami. — L. Anigstein i Z. Milińska: Badania nad żółtaczką paratyfusową. — M. Ganz: Gruźlica w Warszawie. — A Wasilewski: Epidemja dżumy płucnej na Dalekim Wschodzie w 1921 i in.

W następnym numerze „Przegląd Epidemjologiczny" zapowiada druk sprawozdania z działalności Nadzwyczajnego Komisarjatu do Walki z Epidemjami, pióra Nacz. Nadzw. Kom. prof. dr. E. Godlewskiego i Dr. Z. Schinzla. „Przegląd Epidemjologiczny" wydany jest staraniem Państwowego Zakładu Epidemjologicznego w Warszawie.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Schnirer. Taschenbuch der Therapie. Leipzig 1922. (Curt Kabitzsch). Wydanie 18. stron 450. Cena (opr.) 40 marek niemieckich.

Wydawnictwo dr. Schnirera, redaktora tygodnika „Klinisch-terapeutische Wochenschrift", ma charakter t. zw. kalendarzyka lekarskiego, a dzięki starannemu opracowaniu współzawodniczy pomyślnie z innemi wydawnictwami niemieckiemi tego rodzaju. Na czele zawiera przegląd terapeutyczny za rok ostatni, pozwalający szybko zorjentować się w najnowszych postępach lecznictwa w różnych krajach. Prócz podręcznika terapeutycznego (alfabetycznie wedle chorób) i rozdziału o najużywańszych lekach, oraz zwykłych tabel (dawki, waga i wzrost, tablica brzemienności i t. p.) zawiera wydawnictwo Schnirera osobny rozdział o kosmetyce, o tuberkulinie, szczepieniach ochronnych, odżywianiu niemowląt itp. Całość mogłaby posłużyć za wzór dla podobnych wydawnictw polskich. *R.*

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XXXVIII. Posiedzenie z dnia 28 grudnia 1921.

Przewodniczy kol Rosner. Członków obecnych 52. Na porządku dziennym wybory do Zarządu Towarzystwa.

Kol. Kostanecki, jako przewodniczący komisji przedwyborczej, w myśl uchwały tejże, przedstawia, aby na miejsce administratora „Przeglądu Lekarskiego", który to urząd wskutek zwinięcia wydawnictwa przestaje istnieć, wybrać dla dopełnienia liczby członków zarządu dodatkowo jednego członka zarządu, któryby pełnił obowiązki drugiego redaktora. Wniosek ten jednogłośnie przyjęto. Na przewodniczącego w myśl uchwały komisji przedwyborczej kol. Kostanecki przedstawia ponowny wybór kol. Rosnera. Zebrani przyjęli powyższy wniosek przez aklamację. Kol. Rosner dziękuje kolegom za pokładane w nim zaufanie, wyboru jednak przyjąć nie może. Ma tyle obowiązków jako profesor i dyrektor kliniki, połączonych zwłaszcza z wydawaniem podręcznika ginekologji i budową nowej kliniki, że musiałby zaniedbywać swe obowiązki prezesa Tow. lekarskiego, prosi przeto, aby koledzy zechcieli wybrać kogo innego.

Kol. Kostanecki stawia kandydaturę na przewodniczącego kol. Woyciechowskiego Brunona, na zastępcę przewodniczącego kol. Waltera Franciszka, na sekretarza dorocznego kol. Wysockiego Piotra, na drugiego redaktora kol. Lenartowicza Jana. Wszystkie powyższe kandydatury jednogłośnie przyjęto. Reszta członków Zarządu, t. j. skarbnik, komisja kontrolna, redaktor i komitet redakcyjny, bez zmian.

Szancenbach.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 20 stycznia 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 78 i 3 gości.

1) Kol. Mostowy przedstawia pomyślny wynik leczenia chirurgicznego u kobiety P. S. lat 31., cierpiącej od 6 lat na chorobę Basedowa. Stan chorej przed operacją: w początkach silne ogólne zdenerwowanie, uderzenia krwi do głowy, biegunki, znaczne chudnięcie a następnie wybitna niemiarowość i przyśpieszenie tętna (120—130); znacznego stopnia rozlane powiększenie tarczycy z wybitnem tętnieniem i szmerami wyczuwalnemi; silny wytrzeszcz gałek ocznych; objaw Graefego dodatni; drżenie kończyn. 30. XII. 1921 operacja: podwiązanie 4 tętnic, wycięcie obu płatów bocznych wola z pozostawieniem odpowiedniej ilości tkanki gruczołowej, a zupełne usunięcie płatu średniego. W 17 dni po operacji stan następujący: zmniejszenie wytrzeszczu; objaw Graefego lekko zaznaczony; tętno stale około 88, dobrze napięte, miarowe; brak drżenia kończyn; objawy ogólnego zdenerwowania ledwie zaznaczone; przybytek na wadze około $1\frac{1}{2}$ kg. Przypadek ten potwierdza wyniki Kochera i wskazuje na to, że w chorobie Basedowa należy dążyć do operacji jak najwcześniejszej i jak najradykalniejszej.

W dyskusji kol. Rencki podnosi znaczenie leczenia klimatycznego i twierdzi, że do zabiegu operacyjnego w chorobie Basedowa należy uciekać się dopiero po wyczerpaniu leczenia wewnętrznego. Przypomina przytem dobre wyniki uzyskane przez Sląka w 30 przypadkach operowanych przez niego i przypadek Rydygiera, w którym jednak w 7 lat po operacji nastąpił nawrót choroby. W tym przypadku Rydygier wykonał tylko podwiązanie naczyń bez resekcji. Kol. Pisek podnosi dodatni wpływ leczenia górskiego, jak i jodowego według Kochera, który w ostat-

nich latach poleca noszenie na piersiach kryształków jodu w malutkiem drewnianem pudełku. Kol. Dawidowicz, który na podstawie własnego doświadczenia wątpliwie zapatruje się na chirurgiczne leczenie choroby B., i kol. Meisels, który wskazuje na niejasność powstawania zrostów na tylnej ścianie tarczycy po naświetlaniu roentgenowskim. Ze względu na rodzaj używanych promieni nie powstają zrosty pod ich wpływem. Kol. Mostowy omawia raz jeszcze statystykę Kochera, opartą na 1,100 przypadkach operowanych, który doszedł do wniosku, że zabiegi późne nie mają rezultatu lub tylko przemijający.

2. Kol. Rencki przedstawia:

a) Przypadki ciężkiej niedokrewności: pierwszy **niedokrewności złośliwej typu Biermera, drugi pochodzenia kiłowego.** Omawiając objawy kliniczne oraz zmiany krwi przy niedokrewności złośliwej, podnosi R. znaczenie rozpoznawcze nowszych objawów, jak: wzmożenie wskaźnika objętościowego ciałek czerwonych, ciemno-złocisto-żółtego zabarwienia surowicy ,krwi zwiększonej ilości bilirubiny surowicy, zmniejszenia monocytów do 1—0% i pojawiania się ich młodych postaci oraz silnej segmentacji jąder ciałek neutrofilnych, wreszcie podkreśla podwyższenie wskaźnika katalazy krwi. Tym wszystkim warunkom odpowiada przypadek pierwszy ze wskaźnikiem katalazy 14 5, nieodpowiada zaś przypadek drugi ze wskaźnikiem katalazy normalnym 4·8.

W przypadku pierwszym osiągnięto znaczniejszą poprawę dopiero od chwili wstrzykiwania śródmięśniowego mleka przy następowem podawaniu arsacetyny (3×0·05), w drugim poprawa postępuje przy leczeniu specyficznem.

b) Przypadek **mięsaka żołądka** u osobnika, u którego przypadłości żołądkowe trwają od $2^1/_2$ miesiąca. W treści żołądkowej stwierdzono mniejsze wartości HCl; w krwi zmniejszenie hemoglobiny przy prawidłowej liczbie i jakości ciałek czerwonych. Nowotwór tworzy liczne przerzuty do wątroby i gruczołów jamy brzusznej, nadto bardzo liczne przerzuty wielkości grochu do jaja kurzego w skórze klatki piersiowej i brzucha. Przyrodę mięsakową nowotworów potwierdziło badanie drobnowidowe guzków skóry.

W dyskusji ad a) kol. M. Selzer przypomina przypadki swoje i przypadki kol. Gluzińskiego i Szczepańskiego, ale na tle gruźliczem, typowej niedokrwistości wtórorzędnej. W dyskusji nad mięsakiem kol. Łukasiewicz podnosi, że rozpoznał u przedstawionego chorego guzki skórne jako przerzut mięsaka. Kol. Nowicki wyjaśnia obraz drobnowidowy wyciętego guzka i podaje charakterystykę mięsaków żołądka.

3. Kol. Czyżowska przedstawia przypadek ciężkiego **zmiękczenia kości** u kobiety 57-letniej. Pierwsze objawy cierpienia wystąpiły przed dwoma laty i doprowadziły do bardzo znacznych zniekształceń szkieletu, zwłaszcza w zakresie kończyn dolnych. Badanie przypadku roentgenem wykazuje znaczne odwapnienie kośćca, i to w zakresie kości miednicowych i udowych, gdzie warstwa korowa jest zcieńczała do 1 mm. W kościach udowych widać szereg złamań poprzecznych. Momentem etjologicznym w tym przypadku mogłoby być zaburzepie w odżywianiu wobec tego, że chora przez sześć miesięcy żyła w Rosji w bardzo złych warunkach odżywiania. W zakresie gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, szczególnie w tarczycy, na których rolę w powstawaniu zmiękninia kości wskazuje Hoennicke, u chorej zmian nie można wykazać.

W dyskusji kol. Franke przytacza ze swego doświadczenia przypadek podobny, w którym sprawa chorobowa rozpoczęła się w następstwie zapalenia miedniczek nerkowych na tle lasecznika okrężnicy i podnosi znaczenie czynnika infekcyjnego w etjologji. Kol. Schramm przypomina zanik kości na tle głodowem. Kol. Nowicki zapytuje, czy prelegentka w celach leczniczych stosowała adrenalinę.

4. Kol. Grek przedstawia trzy przypadki **twardziny skóry** (*Sklerodermia*). Przypadek pierwszy dotyczy kobiety 22-letniej, u której zmiany na skórze przeszły w okres trzeci, tj. zanikowy. W przypadku drugim, u kobiety 50-letniej i mężczyzny 52-letniego, zmiany w skórze przedstawiają się pod postacią obrzęku i stwardnienia. Leczenie w przypadku pierwszym fibrolizyną i adrenaliną pozostało bez wyniku. Obecnie we wszystkich trzech przypadkach zastosowano pełną dawkę drażniącą (*Reizdosis*) promieni Roentgena na grasicę w myśl Hammera, aby przez podrażnienie grasicy uzyskać poprawę czynności gruczołu tarczowego. W pierwszym i trzecim przypadku na razie wyniku leczniczego dopatrzeć się nie można, w przypadku drugim wyraźna podmiotowa poprawa, jak również pewne zwiotczenie skóry chorobowo zmienionej. Poprawę zauważyć można, aczkolwiek brak w tym przypadku powiększenia tarczycy, który to gruczoł jest tylko macalny jako wązka, twarda listewka. W przypadku trzecim, prócz charakterystycznych dla twardziny zmian na skórze i zaników mięśni śródręcza obu rąk, stwierdzić również można obniżenie czucia na dotyk, ból i temperaturę w obrębie nerwu trójdzielnego po stronie lewej, wyraźne zaniki mięśni kończyn górnych wraz z obniżeniem siły mięśniowej. zaniki mięśni łuku barkowego, wyraźnie odstającą łopatkę prawą. Zmiany te nie są charakterystyczne dla twardziny skóry, budzą raczej podejrzenia na rozwijające się równocześnie inne cierpienie w układzie nerwowym środkowym (jamistość rdzenia?)

W dyskusji kol. Demianowski przytacza prace Lewina i Hellera, w których autorowie starają się wykazać, że rozłożenie zmian na skórze odpowiada odcinkom rdzenia. Przy twardzinie stwierdza się często dodatnią próbę Wassermanna i eozynofilję. Kol. Łukasiewicz podnosi, że w przypadkach przedstawionych skóra jest wprawdzie deskowato twarda, ale ścieńczała. Leczniczo poleca jod do 10 gr. dziennie. Przypadki ograniczone cofają się samoistnie w okresie kilku lat, z pozostawieniem zmian barwikowych na skórze. Kol. Rothfeld zaznacza, że w przedstawionych przypadkach należy wziąć pod uwagę jamistość rdzenia i to ze względu na obecność upośledzenia siły motorycznej i zaniki mięśniowe. akrocjanozę i rozpoczęcie sprawy chorobowej w jednym z trzech przypadków od zaburzeń pęcherzowych. Stwierdzone u chorej zniezculenie w zakresie nerwu trójdzielnego należy również do typowych objawów syringomyelji.

5. Kol. Meisels wygłasza wykład: **O odmie otrzewnowej dla celów rozpoznawczych** z pokazami chorych i roentgenogramów. (Rzecz ukaże się w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

Kmietowicz, sekretarz.

Posiedzenie kliniczne w szpitalu św. Ducha w Warszawie z dnia 22 maja 1921 r.

1. Prof. Radliński oznajmił o dokonaniu przezeń operacji **wycięcia śledziony w przypadku choroby Banti'ego**, przedstawionym przez kol. Wagnera na posiedzeniu poprzedniem. Chora zmarła w 24 godzin po operacji, najprawdopodobniej wskutek wstrząsu ogólnego, gdyż sekcja innej przyczyny zgonu nie wykazała.

W dyskusji dr. Chrostowski i prof. Sokołowski wspominali o wycinaniu śledziony w innych stanach chorobowych. Zdaniem prof. Sokołowskiego wycinanie śledziony przy zimnicy, zalecane w ostatnich czasach, nie ma dotąd jeszcze dostatecznego umotywowania.

2. Dr. Kołodziejski przedstawił młodego mężczyznę z kliniki chirurgicznej, którego przywieziono do szpitala z objawami **wstrząśnienia mózgu.** Nakłucie lędźwiowe wykazało domieszkę krwi w płynie mózgowo rdzeniowym. Po 3-ch dniach pobytu w szpitalu objawy wstrząśnienia mózgu zaczęły ustępować, a obecnie chory czuje się dobrze i nie może tylko mówić (*aphasia motoria*). Z innych objawów lekki Babiński z obu stron. W przypadku tym dr. Kołodziejski rozpoznaje uszkodzenie ruchowego ośrodka mowy w zwoju Broca wskutek urazu głowy ze strony przeciwnej (*par contre coup*).

W dyskusji Dr. Dąbrowski rozpoznaje w przypadku tym pęknięcie podstawy czaszki, wskutek czego w płynie mózgowo-rdzeniowym wystąpiła krew. Dr. Kopczyński nie zgadza się z tem przypuszczeniem, gdyż nie było krwawienia z nosa, uszu. Chory zdaniem dr. K, jest jeszcze w stanie ogólnego ogłuszenia. Z objawów ogniskowych jest tylko *aphasia motoria*, co przemawia za istnieniem wybroczyn krwawych wewnątrz istoty mózgowej zwoju Broca. Zdaniem dr. K. rokowanie w przypadku tym jest pomyślne.

Prof. Radliński wyjaśnia mechanizm tego urazu. Krew w płynie mózgowo-rdzeniowym pochodzi, zdaniem jego, z podpajęczynowego wylewu krwi.

3. Dr. Dąbrowski przedstawił chłopca z oddziału prof. Sokołowskiego z **jednostronnym naciekiem gruźliczym płuca** Chorego, **leczono za pomocą odmy sztucznej**, wprowadzając od 350 do 525 cm.³ azotu, w sumie około 3 litrów. Pod wpływem leczenia chory przestał gorączkować, zyskał na wadze i wogóle czuje się dobrze. Lepkość krwi z 5,7 wzrosła do 6.2; ciśnienie krwi z 70 podniosło się do 106. Obecnie nasuwa się pytanie, co robic z takim chorym.

W dyskusji prof. Sokołowski omawia wskazania do stosowania odmy sztucznej. Tylko ścisłe przestrzeganie wskazań Forlaniniego stosowania odmy w jednostronnych sprawach rozpadowych daje wyniki dobre. Stosowanie tego zabiegu w szerszych rozmiarach dyskredytuje jedynie samą metodę leczenia.

Co się tyczy danego przypadku, to, zdaniem prof. Sokołowskiego, w naszych warunkach najlepiej pozostawić chorego przez czas dłuższy w szpitalu wyznaczając mu jakieś lżejsze czynności pomocnicze przy chorych lub administracji szpitalnej. Wypisanie go ze szpitala i praca w dawnych warunkach niewątpliwie w krótkim czasie wyniki leczenia sprowadziłaby do stanu dawnego.

Dr. Chrostowski ze względu na trudności w wynajdywaniu zajęć dla chorych w szpitalu byłby za umieszczeniem chorego w Mieni. Prof. Sokołowski jest zdania, że tylko pozostawienie chorego w szpitalu dałoby mu gwarancję możliwości osiągnięcia jak najlepszych wyników pod okiem kompetentnych lekarzy, którzy w miarę potrzeby stosowane zabiegi mogliby powtarzać. Przy pobycie w Mieni chory byłby pozbawiony tych czynników.

4 Dr. Kohn przedstawił przypadek **charłactwa pochodzenia tarczycowego** po przebytem zapaleniu ropnem tarczycy (*thyreoiditis*), które doprowadziło do zupełnego zniszczenia tego gruczołu. Przypadek dotyczył chorej, która przed 4-ma miesiącami przebywała grypę, pozatem była zdrowa. Obok objawów obrzęku śluzowego chora ma objawy psychozy o charakterze utraty pamięci (*amentia*).

W dyskusji dr. Kopczyński podkreśla związek stanu psychicznego z zaburzeniami gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Radzi stosować preparaty tyreoidyny, które w tych przypadkach dają dobre wyniki. Prof Radliński jest zdania, że w przypadkach zupełnej utraty tarczycy podawanie preparatów

tego gruczołu przez usta nie wystarcza; dlatego też prof. R. mazamiar dokonać zabiegu przezszczepienia tarczycy.

5. Dr. Zaorski przedstawił przypadek **gruźlicy kątnicy** u kobiety chorej na gruźlicę płuc. Chora była operowana, przyczem usunięto całą ślepą kiszkę i znaczny odcinek okrężnicy wstępującej (usunięte części dr. Z. przedstawia). Stan chorej po operacji dobry. Rana jeszcze nie zagojona.

J. Bełkowski, sekretarz.

Polskie Tow. Dermatologiczne. - Oddział lwowski.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 6 lipca 1921.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz. Obecnych 21.

Dr. Zofia Czeżowska przedstawia z kliniki chor. wewn. przypadek *dermatomyositis* u 18-letniej dziewczyny, która zachorowała nagle z wiosną 1920 wśród wysokiej gorączki, bólu głowy, ogólnego osłabienia. Rozległy, dość twardy, jędrny obrzęk zajmuje twarz, tułów i kończyny. Nadto na skórze twarzy, szyji i kończyn rumień, który ulega znacznym zmianom co do natężenia i umiejscowienia. Mięśnie naogół znacznie stwardniałe, przy ucisku bolesne. Przykurczenia w stawach łokciowych. W narządach wewnętrznych, w układzie nerwowym i w gruczołach o wydzielaniu wewnętrznem zmian nie znaleziono. Czynność serca stale przyśpieszona. Temperatura 37·2—37·6⁰.

Podawanie salicylatów bez wyraźnego skutku.

Dr. Leon Krzemicki przedstawia 2 mężczyzn ze **zmianami**, charakterystycznemi dla **skóry górników**, pracujących w kopalniach węgla. Zmiany te polegają na dostawaniu się i wrastaniu pyłu i drobnych odprysków węgla w skórę robotnika, który, pracując z obnażoną górną częścią ciała, jest narażony na liczne obrażenia, otarcia i skaleczenia.

Doc. Leszczyński przedstawia niezwykły przypadek **kombinacji kilaków z twardzielą**. U chorej stwierdzono zupełny ubytek dolnej części nosa, ze znacznem zwężeniem otworów, duży naciek wargi górnej, a wśród nacieku owrzodzenie o cechach kilaka. Odczyn Wassermanna +++. Przy leczeniu przeciwkiłowem owrzodzenie ulega gojeniu, ale zwraca uwagę nadzwyczajna twardość nacieku. Badanie histologiczne wykazało twardziel (*rhinoscleroma*).

Dr. Schusterówna, przedstawiając preparaty histologiczne, omawia powyższy przypadek ze stanowiska anatomo-patologicznego.

Doc. Leszczyński przedstawia chorą ze **zwykłą pęcherzycą, przechodzącą w pęcherzycę swędzącą**. U chorej wszystkie pęcherze wypełnione treścią surowiczo krwawą. Dopiero po kilku tygodniach, gdy stan ogólny się poprawił, zaczęły się zjawiać pęcherze o czysto surowiczej treści. Pęcherze z grubą powłoczką rzadko pękały, a przeważnie przysychały. Na przedniej ścianie języka zjawiały się również pęcherzyki drobniutkie, krwawe. U chorej występują na twarzy, uszach i tułowiu w wielkiej ilości blade, drobniutkie guzeczki, opisywane dawniej jako milia, później jako torbiele naskórkowe; niezwykłem jest tak obfite pojawienie się tych przybłonkowych perełek i powstawanie ich w miejscach, gdzie poprzednio pęcherza nie było. Szczególną też cechą przypadku jest powstawanie pęcherzy w miejscach urazu.

Dr. Mierzecki wygłasza odczyt pt. „**Choroby weneryczne a armje europejskie**". Mowca na podstawie urzędowych zestawień statystycznych sanitarnych władz wojskowych przedstawił rozwój chorobliwości wenerycznej armij europejskich minionego 50-lecia, uwydatniając ich wpływ na budżet i bitność armji. Przedstawił też szczegółowo poglądy na metody walki i przebieg samej walki z wenerycznemi chorobami podczas wojny światowej. Wykazał, że dotychczasowe metody walki z chorobami wenerycznemi dały bardzo nikłe wyniki; chorobowość wzrosła tak w armjach jak i wśród ludności, stąd potrzeba skierowania metody walki na nowe i skuteczniejsze tory.

W dyskusji przemawiają doc. Leszczyński, dr. Krzemicki, dr. Papée i dr. Andruszewski.

Zdzisław Kotiers, sekretarz.

Pierwszy Zjazd lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich[1].

W dniu 28., 29. i 30. stycznia r. b. odbyły się narady Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich, zwołanego przez Związek miast polskich, w sprawach organizacji służby zdrowia w Państwie i stosunku Rządu do Samorządów, zwalczania chorób zakaźnych, w sprawie zaopatrzenia ludności w dobrą wodę do picia i kanalizacji, oraz popularyzacji zasad higjeny.

Po uroczystem otwarciu Zjazdu przez Wiceprezesa Zarządu Związku miast p. A. Śliwińskiego i po przemówieniach Prezesa Rady miejskiej p. Balińskiego i Prezydenta miasta p. Nowodworskiego, wygłosili powitania przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Ministerstwa Rolnictwa i Dóbr Państw. oraz Komisarza Rządu.

Na Prezesa Zjazdu powołano byłego Ministra Zdrowia prof. T. Janiszewskiego (z Krakowa), na Wiceprezesów Dra Legieżyńskiego (ze Lwowa), Dra Boguckiego (z Warszawy), Dra Kozłowskiego (z Wilna), i Dra Surzyńskiego (z Poznania); na sekretarzy Dra Kacprzaka, Dra Burzyńskiego i Dra Trzebińskiego.

Ogółem w obradach Zjazdu wzięło udział 135 osób, a to: delegatów instytucyj lekarskich warszawskich 7, delegatów Ministerstw 14, przedstawicieli Magistratów 6, przedstawicieli Uniwersytetów 1, lekarzy miejskich sanitarnych 19, Komitet organizacyjny 13, referentów 8, przyjezdnych delegatów 47, gości 20. Co do składu osobistego delegatów przyjezdnych, to z nich 4 było działaczy sanitarnych, 6 burmistrzów, prezydentów i ławników, 4 naczelników wydziałów zdrowia, 5 lekarzy sejmikowych i 28 lekarzy miejskich sanitarnych.

Zjazd powziął cały szereg nadzwyczaj ważnych wniosków i uchwał, mających na celu podniesienie stanu zdrowotnego w kraju, które podajemy tu w skróceniu.

I. Najważniejszą sprawą, rozpatrywaną na Zjeździe, była organizacja służby zdrowia w Państwie i stosunek Rządu do samorządów. (Referenci Dr. Bogucki i Dr. Polak). Po wyczerpującej dyskusji postanowiono, że organy sanitarne rządowe winny współdziałać z organami samorządowemi, że stosunek władz centralnych do samorządów w sprawach zdrowotnych określa zasadnicza ustawa sanitarna, do której winny być wydane przez rząd, w porozumieniu z organami samorządowemi, szczegółowe ustawy określające dokładnie obowiązki i prawa samorządów; miasta winny być wydzielone z powiatów i województw, a lekarzom tych miast powinny przysługiwać prawa lekarzy powiatowych, względnie wojewódzkich.

Zarządzenia samorządów w sprawie zdrowia publicznego winny być prowadzone samodzielnie. Rządowi zaś przysługuje kontrola, która ujawnia się przedewszystkiem w skoordynowaniu akcji, oraz popieraniu jej pod względem materjalnym. Działalność samorządów winna dążyć do najszybszego zdrowotnego i oświatowego podniesienia gminy, kierując się w sprawach zdrowotnych przedewszystkiem „polityką zapobiegawczą".

Ze względu na zły stan zdrowotny w Państwie polskiem i na konieczność skoordynowanie akcji sanitarnej we wszystkich dzielnicach, niezbędne jest utrzymanie Ministerstwa Zdrowia Publicznego.

II. W sprawach zwalczania chorób zakaźnych (referenci Dr. Malecióski, Dr. Makowski) uchwalono, że samorządy powinny uważać za swój najpierwszy i najdonioślejszy obowiązek podniesienie zasadniczych warunków sanitarnych miast i na ten cel winny przeznaczać w swych budżetach znaczne fundusze; racjonalna walka z chorobami zakaźnemi winna polegać na stałej organizacji sanitarnej samorządowej, opartej na zasadach polityki zapobiegawczej, która jedynie może zabezpieczyć ludność przed szerzeniem się chorób zakaźnych; dalej wskazano konieczność tworzenia zakładów epidemjologicznych w miastach wojewódzkich; wskazano, że rząd powinien skierować wszelkie usiłowania na kresy wschodnie i że walka z chorobami zakaźnemi na kresach wschodnich winna być prowadzona przez miejscowe organizacje samorządowe, które należy jak najprędzej powołać do życia; w końcu Zjazd uchwalił, aby zwrócić uwagę samorządów i społeczeństwa na to, że walka z chorobami wenerycznemi, które grożą wyludnieniem kraju i zwyrodnieniem rasy, powinna być pod specjalną opieką zarówno władz państwowych, cywilnych i wojskowych, jakoteż i organów samorządowych.

III. Zaopatrywanie miast w dobrą wodę i kanalizację (referenci Dr. Gawłowski, prof. Bujwid, inż. Wędrowski, inż. Rutkowski) znalazło zrozumienie Zjazdu. Uchwały Zjazdu dotyczą niezbędnych zarządzeń, które mają wydać samorządy miejskie oraz organy państwowe celem polepszenia stanu wodnego. Postanowiono zebrać dane o stanie wodnym w kraju, opracować ogólny plan zaopatrywania osiedli w dobrą wodę, przeprowadzić badania epidemjologiczne w miejscowościach najwięcej zagrożonych epidemją z powodu złego stanu wodnego, uchwalono konieczność zorganizowania instytutu higjeny wodnej dla wszelkich spraw, związanych z higjeną wodną w kraju; krytykowano przepisy i ustawy, normujące sprawy wodne w kraju, i postanowiono, aby czynniki miarodajne rządowe poddały rewizji i uzupełniły ustawy i przepisy w tym względzie już wydane; podkreślono, że sprawa racjonalnego usuwania nieczystości i odpadków powinna być uważana za najpilniejszą potrzebę bieżącą miast i miasteczek; wreszcie postanowiono, że rząd winien stworzyć fundusz wodny w celu subsydjowania i wydawania pożyczek na urządzenia, zaopatrujące miasta i miasteczka w wodę, oraz, że rząd winien popierać wszelką akcję samorządów i społeczeństwa, mającą na celu tworzenie towarzystw budowy wodociągów i kanałów.

IV. W sprawie propagandy zasad higjeny (referenci Dr. Budzińska-Tylicka, Dr. Legieżyński) Zjazd uchwalił, że popularyzacja i propaganda higjeny jest jednym z najważniejszych środków pobudzenia społeczeństwa do współpracy z władzami komunalnemi i rządowemi w sprawach ogólno zdrowotnych, a w szczególności w walce z chorobami zakaźnemi, ze śmiertelnością dzieci, z alkoholizmem i chorobami wenerycznemi; Zjazd wzywa lekarzy i działaczy sanitarnych miejskich, by sprawę propagandy zasad higjeny wnieśli bezzwłocznie na porządek obrad w swych Magistratach i Radach miejskich, domagając się na ten cel odpowiednich funduszów; Zjazd uznał za niezbędne urządzenie stałych kursów uzupełniających dla lekarzy sanitarnych, oraz organizację szkół lub kursów dla personalu pomocniczego.

V. W sprawie repatrjacji Zjazd uchwalił:

1) Zważywszy, że sprawa repatrjacji dotychczas nie została uregulowaną, że na etapach w Baranowiczach i Równem utworzyły się ogniska duru osutkowego, a w przyszłości grozi cholera; zważywszy, że polityka sanitarna Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu jest wadliwą, Zjazd uznaje, że Rząd winien zorganizować cały szereg punktów obserwacyjnych w pasie pogranicznym, powołując do współdziału miejscowe organizacje samorządowe. W celu bezzwłocznego przeprowadzenia tej akcji

[1]) Patrz Nr. 7. Polskiej Gazety lekarskiej.

niezbędnem jest zwołanie konferencji władz rządowych z udziałem Komitetu Wykonawczego Zjazdu.

2) Po zapoznaniu się z uchwałą Rady miejskiej m. st. Warszawy w sprawie rozporządzenia Komisarza Rządu do walki z epidemjami, dotyczącego między innemi odpowiedzialności karnej władz samorządowych, Zjazd, solidaryzując się całkowicie z wymienioną uchwałą, wyraża samorządowi m. st. Warszawy uznanie i podziękowanie za energiczną obronę powagi samorządowych władz sanitarnych.

VI. W sprawie statystyki (referenci Dr. Ciągliński i Dr. Heflich) Zjazd uchwalił kilka wniosków praktycznych.

W końcu Zjazd uchwalił powołać stały Komitet Wykonawczy (przy biurze Zarządu Związku miast) w celu: a) dopilnowania i wykonania uchwał Zjazdu, b) wydawania Zarządowi Związku miast opinji w sprawie przygotowujących się, względnie wnoszonych do Sejmu projektów ustaw, tyczących bezpośrednio lub pośrednio spraw zdrowotnych, c) organizowanie Zjazdów.

Komitet wykonawczy stanowią:

(Z Warszawy) Dr. Bogucki, Dr. Budzińska-Tylicka, Dr. Kowalski, Dr. Gawłowski, Dr. Polak, Dr. Rychliński i Dyrektor biura Związku miast, (z Krakowa) Dr. Janiszewski, (ze Lwowa) Dr. Legieżyński, (z Poznania) Dr. Surzyński, (z Wilna) Dr. Kozłowski, (z Białegostoku) Dr. Ostromęcki, (z Włocławka) Dr. Burzyński, (z Kresów wschodnich) Dr. Makowski.

Komitetowi przysługuje prawo kooptacji.

Dr. W. Gawłowski.

Medycyna społeczna.

Dr. A. Kuhn. Lwów.

W sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

Artykuł dr. N. Milgroma pod powyższym tytułem, umieszczony w Nr. 9. Polskiej Gazety lekarskiej, zmusza nas do spojrzenia »prosto w oczy« trudnościom, które napotykamy przy zwalczaniu epidemji na prowincji.

Kol. M. podnosi małą liczbę szpitali epidemicznych, względnie niedostateczną ich ruchomość, nieodpowiedni sposób przewożenia chorych, wreszcie nienależytą opiekę pielęgniarską w szpitalach epidemicznych. Przyznajemy mu słuszność i moglibyśmy wymienić dalsze niedomagania. Przy najlepszych chęciach Rządu, przy olbrzymim nakładzie pracy i kosztów ze strony Nacz. Nadzw. Komisarjatu do spraw walki z epidemjami w wielu kierunkach nie działo się i nie dzieje tak, jakbyśmy pragnęli.

Szpitale epidemiczne N. N. Komisarjatu urządzano w budynkach zazwyczaj rekwirowanych, dworskich, szkolnych, wojskowych, klasztornych itp. Właściciele z reguły odczuwali takie zarządzenia jako naruszenie swoich interesów i często czynili energiczne starania celem odzyskania budynków, czemu nie można się dziwić wobec istniejącego braku pomieszczeń wskutek zniszczeń wojennych; toteż nieraz władze sanitarne musiały w chwilach najnieodpowiedniejszych zwijać szpitale lub też je przenosić. Ile stąd wynikało przykrości dla kolegów kierowników szpitali epid., ile trudności, pracy i kosztu dla N. N. Komisarjatu, ten tylko może wiedzieć, kto na te sprawy z bliska patrzył lub w nich brał udział czynny. Na dobitek należy dodać, że budynki powyższe trzeba było, zazwyczaj znacznym kosztem, adaptować do celów szpitalnych, i że, pomimo to, z nielicznemi wyjątkami, nie uzyskiwano pomieszczeń, odpowiadających wpełni celom szpitali epid. Do tych nielicznych wyjątków należały szpitale epid. pomieszczone w budynkach szpitali powszechnych, które nadto dawały i tę korzyść, że z nich nie rugowano N. N. Komisarjatu.

Liczba szpitali epid. była w pewnych chwilach niewystarczająca, nie tyle ze względu na ilość chorych, ile ze względu na rozległość okręgów, z których szpitale miały się zapełniać. I tu dotykamy kwestji przewozu chorych. Przed około 2 laty postawiono zasadę, że chorzy mają być przewożeni samochodami sanitarnemi, dla skrócenia czasu jazdy chorym i dla możności przewiezienia większej liczby chorych w tymsamym czasie. W r. 1920 i 1921 kilkanaście samochodów ambulansowych N. N. Komisarjatu było w ruchu na terenie Małopolski wschodniej. Przekonano się jednak, że drogi nasze przez przeważną część roku nie nadają się do ruchu samochodowego, wozy poczęły się psuć, a ruch samochodowy stawał się coraz kosztowniejszym, i wreszcie, o ile wiem, obecnie prawie zupełnie wycofano samochody i powrócono do przewożenia chorych naszemi zwykłemi wiejskiemi wozami. Przewóz taki trwa godzinami i może przynieść choremu nieobliczalne szkody, szczególniej w chłodnej porze roku, po złych drogach, tem więcej, gdy odbywa się w późniejszym okresie choroby, kiedy serce chorego jest nadwerężone. Słusznie kol. M. podnosi, że nie mamy prawa, nawet w interesie dobra publicznego, narażać jednostki na szkodę, za wyjątkiem chyba czasu wielkich katastrof, czy wielkich przejść dziejowych, jakiem np. jest wojna.

Prawdziwą Golgotę przechodzili koledzy kierownicy szpitali epid. w stosunku do personalu szpitalnego obojga płci, służby pielęgniarskiej i służby niższej, z powodu niedostatecznego przygotowania tejże, braku obowiązkowości (obok wielkich pretensji), kłótliwości i skłonności do intryg, przywłaszczania sobie przedmiotów należących do inwentarza szpitalnego, niekiedy nawet zawikłań miłosnych. Te właściwości personalu szpitalnego i pozostające z niemi w związku częste zmiany wśród służby szpitalnej zatruwały życie kierowników szpitali epid. Nie twierdzę, że tak było powszechnie, przeciwnie uznaję, że pośród tego personalu były jednostki bardzo pracowite i prawe, ale przecież wątpię, czy znalazłby się choć jeden kierownik lub były kierownik szpitala epid., któryby nie miał kłopotów, o jakich mowa.

Otóż dwie są sprawy w organizacji walki z epidemjami, prowadzonej przez N. N. Komisarjat, które wołają głośno o poprawę: typ szpitali epidemicznych i służba szpitalna.

Szpitale powinny być łatwo przenośne, aby je łatwo i szybko można ustawić tam, gdzie są w danej chwili potrzebne, i niezbyt wielkie, gdyż okazało się, że szpitale wielkie (na 150 do 250 łóżek) nigdy nie były zapełnione, a najczęściej były obłożone tylko w $^{1}/_{3}$ lub $^{1}/_{4}$ części; szpitale muszą być tak skonstruowane, aby w miarę potrzeby można je szybko i bez większych trudności powiększać lub zmniejszać.

Służba (szpitalna i kolumnowa) dla walki z epidemjami musi być zwolna wyszkoloną; należy jej zapewnić byt dostatni i odpowiednie stanowisko w społeczeństwie, przezco udałoby się zapewne wciągnąć do zawodu sfery inteligentne. Posady powinny być stałe, jako kadry personalu jednostek szpitalnych, w miarę potrzeby stwarzanych.

W artykule p. t. »Stan współczesny chorób zakaźnych ostrych i metody ich zwalczania w Galicji«, napisanym w sierpniu 1918 r., a ogłoszonym w Nr. 9—13. Przeglądu Lekarskiego z r. 1919., przedstawiłem plan organizacji walki z epidemjami, który reprodukuję częściowo, ze zmianami wynikającemi ze zmian stosunków i z doświadczeń lat ostatnich. Proponowałem tam: 1. stworzenie stacyj pogotowia epidemicznego, 2. wykształcenie i zorganizowanie służby sanitarnej przeciwepidemicznej, 3. zorganizowanie ruchomych kolumn sanitarnych, 4. opracowanie planu budowy i urządzenia przenośnego barakowego szpitala epid., odpowiadającego naszemu klimatowi.

Stacje pogotowia epidemicznego powinny być utworzone w większych centrach kresowych, jak np. Lwów, Wilno, ewentualnie Brześć Litewski. Stacja stanowiłaby kompleks domów mieszkalnych i magazynów i musiałaby mieć połączenie szynami z dworcem kolejowym tudzież telefonem z Warszawą i Urzędami zdrowia przynależnych Województw. Kierownik stacji, którym byłby lekarz państwowy, urzędnicy, pomocnicy i robotnicy pogotowia mieszkaliby w obrębie stacji. Potrzebneby tu były następujące budynki, urządzenia i przedmioty: a) mieszkanie dyrektora i urzędników (zastępca dyrektora, magazynier, aptekarz, mechanik); b) mieszkanie służby sanitarnej (pielęgniarskiej i dezynfektorskiej); c) mieszkanie robotników (warsztatowych, magazynowych i placowych); d) warsztaty (stolarski, ślusarski, mechaniczny); e) magazyny (jako składy baraków szpitalnych, mieszkalnych, gospodarczych, kąpielowych, sprzętów, przenośnych laboratorjów bakterjologicznych, pościeli, bielizny, ubrań, przyborów szpitalnych, leków, środków i aparatów dezynfekcyjnych, aparatów tuszowych, aparatów do wyjaławiania wody, samochodów ciężarowych i ambulansowych); f) pralnię i prasowalnię; g) wozy kolejowe towarowe, otwarte i kryte.

Działalność stacji przedstawiam sobie następująco: skoro nadejdzie do Województwa wiadomość o epidemicznem wy-

stąpieniu jakiejś groźnej choroby zakaźnej w miejscowości, gdzie niema warunków do należytego urządzenia walki przeciw epidemji, Woj. Urząd zdrowia daje polecenie wysłania stosownego urządzenia na miejsce, a kierownik stacji wysyła urządzenie to, załadowane natychmiast, z potrzebnym personalem, na miejsce wskazane, tak że ono po upływie 24 godzin po otrzymaniu polecenia może już być w drodze. Na miejscu ustawia się baraki, urządza je, personal stacji wchodzi w kontakt z czynnikami miejscowemi, dokonuje przeniesienia chorych do szpitala i obejmuje opiekę nad chorymi i nad ludnością miejscowości. Wybierając miejsce pod baraki uwzględnić należy łatwość komunikacji samochodowej z najbliższą stacją kolejową, tudzież ewentualną potrzebę rozszerzenia szpitala przez dostawienie dalszych baraków. W takich warunkach przewóz chorych będzie się odbywał na małych tylko przestrzeniach, z jednej lub kilku gmin sąsiadujących ze sobą, a stanowiących kompleks gmin zakażonych.

Nie przesądzam, czy rzecz ta da się przeprowadzić w obecnych stosunkach, nie dlatego także zabieram głos, abym uważał swój wniosek za idealne rozwiązanie kwestji (szczególnie ze względu na duże koszty urządzenia stacyj pogotowia i prowadzenia ich, nawet w czasie wolnym od epidemji); celem moim jest sprowokować szerszą dyskusję na temat zwalczania epidemij na prowincji, dyskusję, do której obecnie, po dwuletniej pracy N. N. Komisarjatu w Polsce, wielu Kolegów jest powołanych, a przedewszystkiem kierownicy i byli kierownicy szpitali epid. N. N. K.

Na koniec chcę jeszcze podkreślić, że za bardzo ważne (i bardzo trudne) uważam stworzenie typu baraku szpitalnego, o jakim wyżej mowa pod 4. W tej sprawie musieliby zabrać głos wspólnie z lekarzami PP. technicy, a Ministerstwo zdrowia publ., czy Nacz. Nadzw. Komisarjat, mogłyby rozpisać nagrody konkursowe za najlepsze rozwiązanie problemu.

Państwowa Rada wychowania fizycznego.

Państwowa Rada wychowania fizycznego i kultury cielesnej, utworzona przed rokiem przy Ministerstwie zdrowia, odbyła pierwsze tegoroczne posiedzenie w Warszawie d. 25 lutego 1921. W zastępstwie Ministra zdrowia, który w sprawach urzędowych musiał wyjechać na Pomorze, przewodniczyli posiedzeniu Dyrektorowie depart. Min. zdr., dr. Adamski i dr. Trenkner. Oprócz przedstawicieli Ministerstwa zdrowia byli na posiedzeniu obecni z ramienia Ministerstwa spraw wojskowych generał Jacyna, pułkownik dr. Kukiel, podpułk. dr. Osmólski (szef wydziału wychowania fizycznego Min. spr. wojsk.), z ramienia Ministerstwa oświecenia dr. Wł. Światopełk-Zawadzki, dalej m. i. z Poznania prof. dr. Piasecki i major Sikorski (komendant wyższej szkoły wojsk. wychowania fiz.), z Krakowa prof. dr. Ciechanowski i prof. Zygmunt Wyrobek, ze Lwowa prof. dr. Panek, prof. dr. Gröer, dr. Hojnacki, dr. Wyrzykowski, dr. Biega (prezes Związku sokolego), z Warszawy dr. Sosnowski (dyrektor studjum pedagogicznego) oraz przedstawiciele Związków sportowych z dr. Orłowiczem i dr. Garczyńskim na czele, Związku harcerstwa polskiego (p. Sedlaczek) i i.

Prawie całe posiedzenie zajęły obrady nad projektem ustawy o wychowaniu fizycznem i przysposobieniu wojskowem. Rada wychowania fizycznego, uznając ustawę za odpowiednią, przedstawiła szereg uwag co do szczegółowych postanowień ustawy i uchwaliła prosić Ministerstwo o przygotowanie projektów ustaw uzupełniających.

Sprawę reorganizacji Rady wychowania fizycznego odłożono na następne posiedzenie. Przyjęto sprawozdanie komisji redakcyjnej, która zajmowała się opracowaniem dawniejszych uchwał Rady, oraz sprawozdanie komisji wydawniczej, która ustaliła program wydawnictwa koniecznych podręczników. Wreszcie załatwiono sprawę słownictwa gimnastycznego i rozpatrywano postulaty związków sportowych.

Sprawy zawodowe.

W sprawie Izb lekarskich.

W sprawie Izb lekarskich odbyło się 26. lutego 1922 w Warszawie pod przewodnictwem Ministra zdrowia dr. Chodźki posiedzenie z udziałem przedstawicieli Izb lekarskich, wszystkich zawodowych związków i stowarzyszeń lekarskich oraz dyrektorów wojewódzkich Urzędów zdrowia z całego Państwa. Obrady miały dostarczyć substratu do niektórych ważnych punktów rozporządzenia wykonawczego do uchwalonej przez Sejm ustawy o Izbach lekarskich. Przewodniczący, podkreśliwszy w zagajeniu doniosłość tej ustawy, wyraził podziękowanie posłowi dr. Rottermundowi, przewodniczącemu sejmowej komisji sanitarnej, którego zasługą jest przeprowadzenie ustawy przez Sejm. Obrady dotyczyły podziału terytorjalnego Izb, których będzie zrazu prawdopodobnie 8 (z czasem w miarę przyrostu liczby lekarzy, powstaną Izby w każdem województwie), systemu wyborczego do Izb i kilku drobniejszych szczegółów.

W sprawie wzajemności praktyki lekarskiej między Czechami a Polską stanęło Ministerstwo zdrowia publ. podobno na tem stanowisku, że wzajemność ta byłaby dopuszczalna tylko co do praktyki w zdrojowiskach. (Takie samo stanowisko zajmuje ogół lekarzy w Polsce).

Stowarzyszenie Lekarzy polskich w Warszawie.

Nadzwyczajne ogólne zebranie w dniu 27. stycznia 1922.

Na zebraniu powzięto następujące uchwały:

1. Przedewszystkiem zobowiązano członków Stowarzyszenia do prenumerowania „Polskiej Gazety Lekarskiej" na rok bieżący, jako organu Stowarzyszenia.

2. Żywą dyskusję wywołał projekt **Umowy między Czechosłowacją a Polską w przedmiocie wzajemnego dopuszczania lekarzy do wykonywania praktyki lekarskiej.** Projekt ten został przesłany przez Ministerstwo Zdrowia Publicznego do rozważenia i przedstawienia wniosków. Wobec uchwalonej przez Sejm i obowiązującej „Ustawy w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem", Stowarzyszenie stanęło na gruncie bezwzględnego uzgodnienia umowy z powyższą ustawą, z czego wynika, że lekarze obcokrajowi nie mogą być dopuszczeni do praktyki ogólnej i specjalnej, jedynie powołani na katedry profesorowie mogą z tego prawa korzystać, oraz lekarze zdrojowi i pograniczni, i to na zasadach wzajemności.

3. W wykonaniu uchwały konferencji przedstawicieli zrzeszeń lekarskich z całej Polski w roku 1918 w **sprawie organizacji stanu lekarskiego** na podstawie pracy społeczno-lekarskiej, zawodowej i narodowej, na wniosek Zarządu Stowarzyszenie postanowiło przystąpić do prac przygotowawczych w tym kierunku.

4. Wychodząc z założenia, że stowarzyszeni powinni tworzyć dość ścisły zespół, w którym nietylko celowa praca, wymiana myśli i wspólność dążeń powinny tworzyć podstawę łączności, ale i wzajemny szacunek, ocena pracy, koleżeńskich zalet i uznanie powinny się składać na spójnię koleżeńską, nietylko za życia, ale i z chwilą śmierci danego członka, Zarząd postawił wniosek: 1) aby kol. Archiwista miał obowiązek na najbliższych posiedzeniach ogólnych przedstawiać życiorysy zmarłych członków i te życiorysy składać w archiwum, 2) oraz aby tenże kol. Archiwista miał pieczę i staranie co do portretów zasłużonych członków Stowarzyszenia, których wizerunki Zarząd czy Ogólne Zebranie uchwali umieścić w siedzibie Stowarzyszenia. Wnioski jednomyślnie przyjęto. Zarząd zawiadomił zebranie, że postanowił w sali posiedzeń umieścić portret ś. p. Dra Lasockiego, członka honorowego Stowarzyszenia, zasłużonego obywatela i syna Ojczyzny, oraz dobroczyńcy Stowarzyszenia. Zebranie uczciło Jego pamięć przez powstanie.

5. Zarząd zakomunikował, że Stowarzyszenie otrzymało podziękowanie za udział w 100-letnim jubileuszu Tow. Lekarskiego Warszawskiego, oraz, że w szeregu licznych dowodów wdzięczności za serdeczne przyjęcie lekarzy francuskich podczas Zjazdu we wrześniu roku zeszłego nadeszło podziękowanie od Towarzystwa lekarzy szpitalnych w Lugdunie.

6. Na podstawie Ustawy o poborze daniny Zarząd dał wyjaśnienia członkom w zakresie poboru tejże daniny od lekarzy.

7. Na wniosek Zarządu zebranie uchwaliło wysokość składki członkowskiej podnieść do 3.000 Mk. rocznie.

† ŚP. DR. MARJAN KONWERSKI.

Z Baranowicz nadeszła w ostatnich dniach smutna wieść o śmierci Dra Marjana Konwerskiego, sanitarnego kierownika obozu w Baranowiczach.

Do tylu ofiar, które tam kraj poniósł przybywa strata dzielnego, prawdziwie ideowego człowieka. Zaraziwszy się durem osutkowym, zginął na posterunku w walce z epidemją, przed której wtargnięciem osłaniał nasz kraj na tem najcięższem dziś może stanowisku.

Sp. Marjan Konwerski liczył w dniu śmierci lat 35. Był wychowankiem Jagiellońskiego Uniwersytetu, który ukończył bezpośrednio przed wojną, a z Uniwersytetu wyniósł nietylko wiedzę lekarską, ale i umiłowanie swego zawodu.

Od początku istnienia kolumn sanitarnych Komitetu książęco biskupiego pracował Dr. Konwerski na czele II. kolumny nieraz w bardzo ciężkich warunkach i wraz z grupą szpitali epidemicznych K. B. K. przeszedł w służbę Rządu polskiego, pełniąc, prócz kierownictwa grupy szpitali epidemicznych, obowiązki inspektora sanitarnego z ramienia Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarjatu dla 10 powiatów.

Kiedy w początku zeszłego roku trzeba było otworzyć wielką stację repatrjacyjną w Baranowiczach, w której mieścić się musiał z natury rzeczy pierwszorzędnej wagi punkt sanitarny, poruczył mu N. N. K. sanitarne kierownictwo tej placówki.

Tego zaufania śp. Dr. Konwerski nie zawiódł. Szereg zagranicznych misyj, zwłaszcza delegacja Ligi narodów, które zwiedzały Baranowicze, wydały w zeszłym roku o organizacji sanitarnej N. N. K. jak najchlubniejsze świadectwo.

Ile tam śp. Konwerski włożył pracy, ile jego sił i energji w tę akcję weszło, wiedzą ci, którzy Go na terenie pracy wi-

dywali. Jeżeli w ostatnich czasach okazały się braki w pomieszczeniu chorych, jeżeli stan zdrowotny uchodźców był gorszy, niżbyśmy wszyscy pragnęli, to nie śp. Konwerskiego była to wina.

W naszym kraju, gdzie jeszcze organizacja Państwa nie dojrzała, obwinia się często ludzi najlepszej woli i najlepszych uzdolnień wtedy, gdy wina za niezborność w pracy i niedomagania akcji, leży w centralnych władzach.

To też nie jedną gorzką chwilę zgotowano śp. Konwerskiemu w ostatnich czasach Jego życia; a kto znał właściwości charakteru śp. Konwerskiego, musi mieć poczucie, że Mu wyrządzono krzywdę.

Mimo to, walcząc lat siedm twardo i wytrwale z epidemją i ludźmi, którzy Mu w pracy przeszkadzali, nie ustąpił do śmierci. Zaraza, którą zwalczał, zabrała nam to młode, tyle dla Polski obiecujące życie.

Jako profesor śp. Marjana Konwerskiego, na którego rozwój młodzieńczy w Uniwersytecie naszym przez 6 lat patrzyłem, jako Jego zwierzchnik w siedmioletniej działalności sanitarnej, w której wszystkie Swe siły, cały wielki organizacyjny dar poświęcił dla osłony kraju przed inwazją zarazy, mogę powiedzieć, że nasza stara Jagiellońska szkoła może być dumna, że takiego wychowała obywatela Polski. Był chlubą Komitetu książęco biskupiego przez cały ciąg jego pracy, a potem Nacz. Nadzwycz. Komisarjatu.

Jego życie czyste, owiane miłością Ojczyzny, dobrocią dla ludzi i umiłowaniem zawodu lekarskiego, Jego śmierć na posterunku w obronie kraju, budzą wspomnienia prawdziwej czci dla jego pamięci. *Prof. Dr. E. Godlewski.*

Wiadomości bieżące.

P. Masson, nakładca dzieł i czasopism lekarskich w Paryżu, który już w obu latach ostatnich ofiarnością swoją umożliwił lekarzom polskim korzystanie z czasopism za niezmiernie niską cenę, gotów jest obecnie dostarczyć tym lekarzom, którzy są członkami francusko polskiego Towarzystwa lekarskiego, dzieł, wymienionych w katalogu ze stycznia 1922, licząc jeden frank po 175 marek. Zamówienia należy przesyłać wyłącznie pod adresem: *„M. le Directeur du service de santé de la Mission Militaire française“*, Hotel Polonia w Warszawie, składając równocześnie należytość wprost do Banku zachodniego (*Banque de l'ouest*) w Warszawie na rachunek *MM. Masson & Cie de Paris.* Wobec chwiejności waluty są to warunki tylko tymczasowe, obowiązujące tylko do 1 kwietnia 1922, poczem mogą uledz zmianie, dotyczą zaś wyłącznie dzieł, wydanych przez księgarnię Masson & Cie.

Lwów.

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji. Rada zawiadowcza Towarzystwa na szeregu posiedzeń, które odbywa co tygodnia, powzięła liczne uchwały, które dla Towarzystwa mają znaczenie. I tak w ogólnych zarysach opracowano projekt reorganizacji dotychczasowych sekcyj, odpowiednio do wymagań chwili, która to sprawa przedłożona będzie Walnemu Zgromadzeniu do ostatecznego przyjęcia W celu zachęcenia poszczególnych sekcyj do energiczniejszej czynności postanowiono urządzać na prowincji odczyty i wysyłać specjalnych prelegentów, a nawet kilku równocześnie, do miast prowincjonalnych.

Szczególną opieką otacza Rada zawiadowcza majątek Towarzystwa Morszyn, a dotychczasowe poczynania budzą pełną nadzieję, że sprawa ta już w niedalekiej przyszłości ułoży się dla Towarzystwa nadzwyczaj korzystnie. Wydzierżawienie Zakładu zdrojowego spółce „Polskie Zdroje“ było pierwszym krokiem na tej drodze. Spółka ta bowiem przystąpiła kosztem wielomiljonowym do eksploatacji soli morszyńskiej, która w najbliższych dniach już ukaże się w handlu, jako produkt przewyższający jakością i tanieścią podobne środki zagraniczne. Zagwarantowany kontraktem dzierżawy znaczny procent od eksploatowanej soli przyniesie Towarzystwu dochód, który pozwoli na znaczne zwiększenie pensyj i zapomóg dla wdów i sierót po zmarłych członkach Towarzystwa. Podobnie rzecz się ma i z wodą morszyńską, którą wspomniana Spółka wnet zacznie wysyłać w handel. Sprawa rozbudowy zakładu zdrojowego w Morszynie jest na najlepszej drodze a Spółka „Polskie Zdroje“ już od 1-go maja b. r. ma zamiar otworzyć zakład urządzony z komfortem dla inteligencji z higieniczną kuchnią pod nadzorem fachowego lekarza.

Ponieważ dzierżawcy dotychczasowemu folwarku w Morszynie kończy się dzierżawa z końcem marca 1923 roku, postanowiła Rada zawiadowcza już z wiosną b. r. rozpisać konkurs na nową dzierżawę i to pod warunkami, jakich obecne stosunki wymagają.

Danina państwowa, wyznaczona na dobra Morszyn w wysokości 601.000 Mkp., musiałaby bardzo dotkliwie dać się odczuć Towarzystwu w spełnieniu jego celów. To też Rada zawiadowcza, po zasięgnięciu informacji u miarodajnych czynników, poczyniła bardzo energiczne starania, aby Towarzystwo mogło być zwolnione od daniny, a przynajmniej, by wysokość tejże została znacznie obniżona. Jest nadzieja, że starania Rady zawiadowczej odniosą pożądany skutek.

Sprawa przymusowej parcelacji Morszyna, która groziła poprostu zubożeniem Towarzystwa, została pomyślnie załatwiona dzięki osobistym staraniem Prezesa Towarzystwa, który nie szczędził trudu i czasu, aby brać udział w komisjach w tym celu zwołanych do Morszyna przez Państwowy Urząd ziemski. Dzięki tej zapobiegliwości parcelacja Morszyna została wstrzymana.

Również staraniom Prezesa należy zawdzięczać, że sprawa zamierzonego wyrębu lasu w Morszynie na cele odbudowy kraju nie została urzeczywistniona.

IX. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek 10 marc o godz. 6 w Poliklinice, ul. Lindego. Pokazy 1) przypadków z kliniki dziecięcej i położniczej. Wykłady: 2) kol. Bocheński: „O poronieniu ze stanowiska społecznego“. 3) kol. Stenzel: O błędach akuszerek“.
Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Posiedzenie naukowe Związku lekarzy dentystów lwowskich odbędzie się dnia 4. i 11. marca br. o godz. 7 ½ w Sali wykładowej Instytutu dentystycznego U. J. K., ul. Zielona 5 a. I p. Na porządku dziennym odczyty docenta Dra Z. Steusiga: 1. O odporności i jadach bakteryjnych, jako wstęp do leczenia szczepionkami. 2. O szczepionkach i zastosowaniu ich w stomatologji. Prof. Dr. *Cieszyński*, przewodniczący, Dr. *Allerhand*, w zast. sekr.

Warszawa.

Odezwa od Stowarzyszenia lekarzy polskich. Świat lekarski nie może obojętnie na to patrzeć, aby młodsza brać lekarska, studenci, zdobywając wiedzę w wyższej uczelni i wyrobienie społeczne w swoich organizacjach, cierpiała niedostatek materjalny, a, co zatem idzie, pracowała w atmosferze moralnego przygnębienia i rozgoryczenia. Myśmy dbać o to powinni, aby nasi następcy, którzy zajmą nasze placówki, byli to ludzie, godni miana szlachetnego, należycie przygotowanego zawodowca i dzielnego obywatela kraju, Wprawdzie często walka z przeciwnościami i samopomoc potęguje charaktery, z drugiej znów strony walka o zdobycie choćby skromnego dziś utrzymania musi dużo pochłaniać i sił i czasu, co nie może przecież sprzyjać ani dokładności, ani pogłębieniu studjów, ani rzetelnemu udziałowi w organizacjach studenckich, tych szkołach obywatelskich. Zwrócić też należy uwagę i na to, że studja w dzisiejszych czasach pociągają za sobą poważne koszty ze względu na drożyznę podręczników i pomocy naukowych.

Wszystkie te względy aż nadto wyraźnie wskazują nam drogę postępowania. Przyjść z pomocą naszym młodszym kolegom jest to obowiązek zawodowy i społeczny. Nie będzie to ofiara, ale akt samopomocy zawodowej między starszymi a młodszymi braćmi, będzie to tylko pożyczka, którą znów nasi następcy oddadzą swoim następcom i stąd wytworzy się ciągłość samopomocy, a cele zawsze się znajdą; nawet przy najlepszym dobrobycie współobywateli wszak znajdą się jednostki w trudnem położeniu materjalnem, czy to wskutek warunków familijnych, czy wypadków losu a wreszcie i organizacje studenckie zawsze będą miały cele godne poparcia. Jeszcze raz powtarzamy, nie jest to ofiara, ale akt samopomocy zawodowej, my tylko mamy ten zaszczyt, że od nas ta akcja się rozpoczyna. Każdy więc lekarz, czyto w mieście, czy na powiecie, powinien się obłożyć nie jednorazową, ale coroczną daniną na cel powyższy. Możnaby zgodnie z propozycją samej młodzieży uniwersyteckiej przyjąć jako normę 2% od daniny państwowej w tym roku, a w latach następnych odpowiedni ekwiwalent. Organizacje zawodowe tych dzielnic, które posiadają uniwersytety, powinny wyłonić komitety, któreby się zajęły przy pomocy słuchaczów regestracją lekarzy, zebraniem od nich deklaracyj, oraz sum, a te w porozumieniu z organizacjami studenckiemi przekazały na właściwe cele. Sądzimy, że Lwów, Kraków, Poznań, Wilno i Warszawa są powołane do zajęcia się tą sprawą. Warszawa obejmie ziemie dawnej Kongresówki i w tym celu wyłoniła komisję braterską złożoną z kolegów Ad. Przyborowskiego, E. Olińskiego i F. Bełtowskiego. Komisja ta, pod nazwą „do spraw studenckich przy Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie“ (Widok 23) obejmie wszystkie kwestje i porozumienia związane z tą sprawą.

Viribus unitis budujmy przyszłość naszego stanu lekarskiego. *Zarząd.*

Ze świata.

Targ Lugduński. W czasie od 1-go do 10-go marca r. b. otwarta będzie w Lugdunie (Lyonie) wiosenna wystawa Targu Lugduńskiego, obejmująca m. i. przyrządy chirurgiczne, do badań bakterjologicznych i materjały opatrunkowe, aparaty i przyrządy fotograficzne i kinematograficzne. Bliższych informacyj o wystawach, zwiedzaniu i uczestnictwie w Targu Lugduńskim udziela Izba Handlowa Polsko-Francuska, Warszawa, Szkolna 10

W Nr. 6 w artykule dra Justmana w szpalcie pierwszej we wierszu czwartym od góry zamiast „umożliwia“ ma być „uniemożliwia“, w szpalcie drugiej we wierszu 39-tym od góry zamiast 815 ma być 39.5.

Instytut Praktycznej Psychologji.

Powstał w Polsce pierwszy „Instytut Praktycznej Psychologji“, urządzony na wzór zagraniczny, a mający na celu zwiększenie sprawności, jakotež wydajności pracy, oraz zastosowanie psychotechniki w przemyśle i handlu. Do sfinansowania Instytutu w znacznej mierze przyczynił się Polski Bank Handlowy. Kierownikiem Instytutu jest Dr. Kazimierz Radwan Pragłowski. Do Zarządu należy Dyrektor Banku p. Piotr Zawadowicz. Prezesem Rady Nadzorczej jest Dyrektor Banku p. Antoni Doerman. Do komisji naukowej należą prof. uniw. Dr. med. Paweł Gantkowski, prof. uniw. Dr. fil. Stefan Błachowski, prof. uniw. Dr. fil. Florjan Zaniecki i p. Nicefor Perzyński, Naczelnik Wydziału Oświaty Pozaszkolnej.

KONKURS.

Wydział Powiatowy w Makowie nad Orzycem, województwa Warszawskiego, ogłasza konkurs na wolne posady:

1) lekarza prymarjusza w szpitalu powiatowym w Makowie z poborami urzędnika państwowego VI stopnia i 20% do tychże dodatkiem komunalnym, lekarz ten ewentualnie mógłby nadto zająć posadę lekarza gimnazjum komunalnego w Makowie z poborami według IX stopnia urzędnika państwowego;

2) lekarza szpitala w osadzie Krasnosielc z poborami ryczałtowo 15.000·— miesięcznie.

Ubiegający się o jedną z powyższych posad winni wykazać: a) że są obywatelami Państwa Polskiego, b) posiadają prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, c) nieposzlakowaną przeszłość — przy dołączeniu curriculum vitae. Ponadto: d) dla lekarza prymarjusza, że posiada dostateczne wszechstronne wykształcenie lekarskie — a przedewszystkiem w dziale chirurgji i położnictwa, oraz znajomość administracji szpitalnej.

Lekarz prymarjusz będzie obowiązany do udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej w szpitalu komunalnym i ambulatorjum, administrowania szpitalem (przy pomocy intendenta) i załatwiania spraw tyczących się szpitalnictwa powiatowego związku komunalnego.

Lekarz w Krasnosielcu będzie mógł zajmować się praktyką prywatną.

Oferty wraz z curriculum vitae i odpisami świadectw należy nadsyłać do Wydziału Powiatowego w **terminie do dnia 20 marca 1922 r.**

Starosta: (—) **St. Boguszewski.**

Ze względu na liczne życzenia Pp. lekarzy prowincjonalnych przedłużyliśmy termin zgłoszeń do Spółki wydawniczej lekarskiej do dnia 15 marca 1922.

Zgromadzenie organizacyjne odbędzie się 25 marca 1922.

Komitet Założycieli.

PAŃSTWOWY ZAKŁAD EPIDEMJOLOGICZNY

W WARSZAWIE, ulica Chocimska — dawniej — Langnerowska 2 b

Telefon 248-20. — Adres telegraficzny „CENTREPID - Warszawa". — Nr. konta pocztowego w P. K. O. 30062

poleca

Surowicę przeciwbłoniczą à 1000 jedn. . . . . fl.	350 Mk.
„ „ „ 2000 „ . . . . „	650 „
„ „ czerwonkową . . . „	600 „
„ „ tężcową . . . . . . „	600 „
„ „ paciorkowo, wieloważną „	600 „
„ „ „ dla przyp. szkarl. „	600 „
„ „ meningokok, A., B., A. + B.	600 „
„ normalną końską	250 „
„ aglutynującą mętwik cholery azjat. .	250 „
„ „ laseczkę paraduru A. i B.	260 „
„ „ „ duru brzusznego	250 „
„ „ czerwonki typów Shiga, Flexnera, Y.	250 „
„ „ meningokoki A. B.	250 „
„ hemolityczną	300 „
Szczepionkę przeciwcholeryczną we flak Litr . .	6000 „
„ „ durową A. B. C. „ „ . .	6000 „
„ „Tetra" (przeciwcholeryczną i przeciwdur) „ „ .	6000 „
„ przeciw czerwonk. wieloważną uczuloną Shiga i Flexner flak. Litr. .	6000 „
Szczepionkę „Sexta" (przeciwcholer przeciwdur. i przeciwczerwonk.) we flak. Litr. . . .	6000 „

Szczepionkę przeciwcholer. w ampułk. 1 ccm. . .	75 Mk.
„ „Tetra" „ „ . .	75 „
Szczepionkę „Sexta„ w ampułk. 1 ccm.	75 „
„ streptokokową „ „	75 „
„ staphylokokową „ „	75 „
„ gonokokową „ „	150 „
Pożywki: agar zwykły we flak. à 100 ccm Litr.	1600 „
„ agar alkaliczny „ „ „	1600 „
„ „ Dieudoné „ „ „	2000 „
„ „ Endo lub Drygalski „ „	2000 „
„ buljon zwykły „ „ „	1200 „
„ agar zwykły oraz alkaliczny w probówk., probówka	40 „
„ „ surowiczy „ „	65 „
„ Loeflera „ „	65 „
10% woda peptonowa we flak. à 100 ccm., Litr. .	2400 „
Antigen (wyciąg z serca) 1 ccm.	200 „
Tyfus mysi . . . . fl.	200 „
Krowiankę ospową w rurkach na 1 szczep. . .	150 „
„ „ „ „ 5 „ . .	300 „
„ „ „ „ 10 „ . .	400 „
„ „ we flak. „ 50 „ . .	1500 „
„ „ „ „ 100 „ . .	2000 „
„ „ „ „ 250 „ . .	3500 „

Ceny nieobowiązujące.

Od cen powyższych apteki i hurtownicy otrzymują odpowiedni rabat.

Przy zamówieniu od 25.000 Mk. opakowanie i przesyłka na koszt zakładu

Nr. 11 12. marca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Docent. Dr. Jan Olbrycht. Kraków

Śmierć nagła a gruczoły dokrewne

(według wykładu na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego dnia 5. X. 1921).

Zagadnienie śmierci wogóle jest jednem z najbardziej zajmujących umysł ludzki zagadnień. Nie mniej dotyczy to i śmierci nagłej, przez którą rozumie się śmierć, występującą mniej lub więcej szybko, w sposób nieprzewidziany, u osoby dotąd zupełnie zdrowej, bez najmniejszej przyczyny, lub wśród okoliczności tak błahych, że ich nie można uważać za powód zejścia śmiertelnego. Toteż nic dziwnego, że śmierć nagła budziła i budzi zainteresowanie zarówno ze względu tanatologicznego, anatomo - patologicznego, jak i sądowo-lekarskiego i posiada bardzo obszerne piśmiennictwo. Z polskich autorów, zajmujących się tym tematem, należy wymienić: Wachholza, Piotrowskiego, Sieradzkiego, Jeża, Korala, Horoszkiewicza, Hornowskiego, Puławskiego, Grzywo-Dąbrowskiego.

Przypadki śmierci nagłej zdarzają się względnie często. Według Brouardela wynosi ich odsetek 10% wszystkich sekcyj sądowo-lekarskich, według Streckera 12%, według Wachholza 12·2%; według Richtera umiera w Wiedniu rocznie nagłą śmiercią 800 1000 ludzi. Przypadki śmierci nagłej można podzielić na trzy grupy:

W pierwszej oględziny i sekcja zwłok wykrywają dokładnie i napewne przyczynę śmierci przez stwierdzenie grubych zmian anatomicznych w ważnych dla życia narządach i te przypadki nie przedstawiają żadnych trudności, jak np. krwotoki mózgowe, pęknięcie tętniaków aorty, udławienie się kęsem pokarmowym, krwotok międzyoponowy wskutek zapalenia krwotocznego opony twardej, (*pachymeningitis haemorrhagica interna*) itd.

Drugą grupę, o wiele liczniejszą, stanowią przypadki, w których sekcja wykrywa wprawdzie zmiany chorobowe, lecz nieznaczne, nie tłómaczące same przez się zejścia śmiertelnego. W tych przypadkach dopiero wynik sekcji, uzupełniony wywiadami, łącznie z doświadczeniem lekarskiem, pozwala orzec, że nawet te stosunkowo nieznaczne zmiany anatomiczne mogą wywołać nagłe zejście śmiertelne. Często wprost na pierwszy rzut oka drobne zmiany, sekcją stwierdzone, uzupełnione wywiadami, mogą jasno i pewnie wytłómaczyć nagłe zejście śmiertelne. Np. stwierdzenie małych starych i świeżych blizn po ranach kąsanych na bocznych brzegach języka, łącznie z wywiadami, że denat zmarł wśród drgawek, przemawia z wszelkiem prawdopodobieństwem za śmiercią wśród napadu padaczki. Tutaj należą przypadki śmierci nagłej u osesków i dzieci z powodu zapalenia oskrzeli lub nieżytu jelit, a u dorosłych przy tak często spotykanych zmianach, jak: miażdżyca, rozedma płuc, zrosty opłucne i nieznaczne rozszerzenie serca. Wogóle zmiany, choćby nieznaczne, w narządzie krążenia, czyto w mięśniu sercowym, czy na zastawkach, czy w tętnicy głównej lub w naczyniach wieńcowych, stanowią największy odsetek śmierci nagłej u dorosłych. która występuje wskutek niemożności pokonania przez schorzały narząd wzmożonych oporów, czyto pod wpływem wzruszeń psychicznych lub wysiłków fizycznych, np. lęku, gniewu, parcia na stolec, czyto nagłych zmian ciepłoty otaczającej i ciśnienia barometrycznego itd.

W trzeciej wreszcie grupie przypadków śmierci nagłej sekcja nie wykazuje w ustroju wogóle żadnych zmian. Nie da się zaprzeczyć, że ilość przypadków tego rodzaju zmniejsza się z postępem naszych wiadomości anatomicznych, fizjologicznych i patologicznych. Zresztą w wielu przypadkach z tej grupy badanie drobnowidowe wykaże zmiany, gołem okiem niewidoczne, tłómaczące jednak zejście śmiertelne; dotyczy to zwłaszcza badań mięśnia sercowego, pęczka przedsionkowokomorowego Hisa, węzłów Keith-Flacka i Tawary, tudzież badań nerek i mózgu. W innych przypadkach da ten sam wynik badanie chemiczne, np. wykazując cukier w moczu w przypadkach śmierci nagłej w przebiegu cukrzycy. Wreszcie w innych przypadkach dokładnie i umiejętnie zebrane wywiady, tak ze względu na okoliczności towarzyszące śmierci, jak i na objawy chorobowe, zauważone tuż przed śmiercią, mogą dać podstawę do mniej lub więcej stanowczego orzeczeuia. Dotyczy to przypadków wścieklizny, wstrząśnienia mózgu, śmierci wśród narkozy, wstrząsu (shoku) itp. Tak np. miałem sposobność dokonać w czasie wojny obdukcji zwłok żołnierza, który wobec licznych świadków kopnięty w brzuch, w okolicę żołądka, w kilka minut później skonał. Mimo, że wynik sekcji, jak najdokładniej przeprowadzonej, był zupełnie ujemny — a między innemi nie stwierdzono, jak to się prawie zawsze zdarza, żadnych zmian urazowych w powłokach brzusznych — można było uważać ten przypadek wprost za typowe doświadczenie Goltza u człowieka z wynikiem śmiertelnym.

Poza tem jednak istnieją bez wątpienia, chociaż rzadkie, przypadki śmierci nagłej, w których ani najdokładniejsze badanie anatomiczne, drobnowidowe, chemiczne, ani rozważanie okoliczności ubocznych nie daje żadnej podstawy do określenia przyczyny zejścia śmiertelnego i obducent stoi w tych razach wobec „non scimus“. Nic dziwnego zatem, że odkąd dokładnie zbadano zagadkowe aż do niedawnych czasów gruczoły bez dróg odprowadzających, zwane ogólnie gruczołami dokrewnemi lub gruczołami o wewnętrznem wydzielaniu i przekonano się o ich wybitnym wpływie na więź (habitus), usposobienie, psychikę, umysłowość i wogóle całą osobowość człowieka, skierowano badania także w tym kierunku, czy przypadków śmierci nagłej z grupy drugiej i trzeciej nie możnaby wytłómaczyć zaburzeniami w gruczołach dokrewnych. Z gruczołów tych najlepiej i najobszerniej zbadano: grasicę i nadnercza; o innych gruczołach dokrewnych odnośnie do nagłej śmierci są tylko nieliczne prace i luźne spostrzeżenia.

Chociaż grasica już od dawnych czasów zwracała na siebie uwagę — tak np. Plater już w r. 1614 podawał, że jej powiększenie może być przyczyną śmierci — to były to jednak tylko odosobnione, nie znajdujące szerszego oddźwięku poglądy. Właściwie dopiero Kopp w r. 1830 wprowadził w związek przyczynowy obecność przerosłej, względnie w późniejszym wieku utrzymanej grasicy ze śmiercią, i dał początek bardzo obszernemu piśmiennictwu, zajmującemu się tą sprawą pod nazwą: „śmierć grasicza“ *(mors thymica)*. Stosownie do coraz to nowych spostrzeżeń i odkryć zmieniały się poglądy autorów, tak że właściwie możnaby rozróżnić niejako trzy okresy zapatrywań na tę sprawą. Okresy te jednak nie są od siebie ściśle chronologicznie oddzielone, lecz często zapatrywanie zmodyfikowane przez odkrycie nowych faktów, dalej podtrzymywano, chociaż tymczasem powstał już inny pogląd.

Wedle pierwszych, najdawniejszych badaczy przyjmowano mechaniczny ucisk powiększonej grasicy na tchawicę, względnie na naczynia i nerwy w śródpiersiu przedniem, jako przyczynę śmierci. Cały długi szereg badaczy, a wśród nich tak poważni, jak Cohnheim, Flügge, Grawitz, Virchow i inni, przyjmują wprost uduszenie jako przyczynę śmierci w następstwie ucisku przerosłej grasicy na tchawicę. Ucisku tego miały także dowodzić i spostrzeżenia chirurgów (König, Rehn, Siegel i inni). U dzieci mianowicie z dusznością, u których nie pomagały żadne środki lecznicze, ani nawet tracheotomia, a objawy duszności zni-

kały tylko na czas wprowadzenia długiej, aż do rozgałęzienia tchawicy sięgającej rurki, następowało wyleczenie po operacyjnem wyłuszczeniu przerosłej grasicy.

Ta teorja mechanicznego ucisku grasicy na tchawicę była przez dłuższy czas ogólnie uznana, aż dopiero Friedleben, Haberda, Kayser, Paltauf, Scheele, Wachholz i wielu innych zajęli przeczące jej stanowisko. Podstawą tego zaprzeczenia ucisku ze strony grasicy na tchawicę była niemożność stwierdzenia anatomicznie takiego ucisku. Scheele obciążał ciężarkami tchawicę na zwłokach dzieci i przekonał się, że do zaciśnięcia tchawicy dziecka potrzeba znacznego ciężaru, jakiego przerosła grasica nigdy nie osiąga. Zresztą grasica, rozrastając się, powinna się posuwać w kierunku najmniejszego oporu, a więc głównie ku dołowi, ku sercu i płucom, gdzie jednak dotychczas nie udało się zupełnie ściśle stwierdzić zmian uciskowych. Owszem Kayser mógł się przekonać na kilku spostrzeżeniach, że w razie wzajemnego ucisku na siebie z jednej strony grasicy, a z drugiej strony tchawicy lub naczyń, ulega sama grasica, w miejscu działania ucisku, zanikowi w postaci wyraźnego rowka w gruczole z zanikiem jego miąższu. Ta teorja mechanicznego ucisku na tchawicę nie wytrzymuje zwłaszcza krytyki u dzieci starszych i u osób dorosłych z grasicą przetrwałą, gdzie ucisk można z góry wykluczyć ze względu na obszerność miejsca, sztywność tchawicy i większą oporność wszystkich tkanek wogóle. Co się zaś tyczy spostrzeżeń chirurgów, to w ich spostrzeżeniach zachodzi pytanie, czy wraz z wycięciem grasicy nie odpadło równocześnie i chemiczne działanie gruczołu (wedle Sieradzkiego).

Toteż pojawiły się odmiany pierwotnej teorji mechanicznej, przyjmujące za przyczynę śmierci ucisk powiększonej grasicy na płuca, na serce, na naczynia krwionośne, zwłaszcza żyły: górną główną, bezimienną, płucne, tudzież na nerwy: błędny, krtaniowy, przeponowy, sploty układu współczulnego. Niektórzy autorzy (Dworniczenko, Farret, Kaplan, Piedecocq, Seydel i wielu innych) podają nawet, że spostrzegali zrośnięcie grasicy z nerwami lub naczyniami i ich uciśnięcie. Aczkolwiek nie dą się zaprzeczyć możliwości ucisku grasicy na nerwy i nączynia, który, choćby nawet nieznaczny, wywarty na naczynia, mógłby wywołać zaburzenia w krążeniu w górnej części ciała, a zwłaszcza w mózgu, zaś wywarty na nerwy, mógłby przez ich zadrażnienie wywołać porażenie ośrodków nerwowych i ośrodków serca, to jednak podania te należy brać bardzo ostrożnie, ponieważ wykazanie i stwierdzenie takiego ucisku jest anatomicznie trudne a obrazy sekcyjne mogą nas łatwo w błąd wprowadzić. Weźmy kilka przykładów. Niedodmę płuc uważano często w ogłoszonych przypadkach za następstwo ucisku grasicy, chociaż mogła ona powstać skutkiem nieżytu oskrzelowego. Tchawicę, która u dzieci w pierwszych miesiącach życia nie ma, jak to wynika z badań Richtera, okrągłego światła, lecz poprzecznie owalne, i leży w górnym otworze klatki piersiowej nieco na prawo od linji środkowej ciała, uważano także mylnie za następstwo ucisku względnie przesunięcia przez powiększoną grasicę. Tak samo ma się rzecz z przypłaszczeniem przedsionków serca lub naczyń, które, jeżeli nie są wypełnione krwią, muszą być z powodu swej cienkiej ściany zapadnięte itd.

Podnoszono także z kilku stron (Barrack, Biedert, Grawitz, Pott, Rehn, Strassmann i inni), że przy ucisku przerosłej grasicy na otaczające narządy może ważną rolę odgrywać górny otwór klatki piersiowej, a zwłaszcza jego wymiar strzałkowy (*distantia sternovertebralis*). Szczególną uwagę zwraca na tę okoliczność Pott, któremu wśród badania gardła w czasie wykładu klinicznego zmarło nagle dziecko, a autopsja wykazała tylko dużą grasicę bez innych zmian anatomicznych. Przypuszcza on wraz z innymi, że w takich przypadkach przy przechyleniu głowy w tył, jak to się dzieje przy badaniu gardła, następuje wskutek zmniejszenia się wymiaru strzałkowego nagłe zaciśnięcie tchawicy przez przerosłą grasicę; obok tego może w tych przypadkach odgrywać rolę także ucisk na naczynia i nerwy. Przypadki te mogłyby mieć wytłómaczenie tylko u małych osesków, które z powodu słabych mięśni nie zdołają odchylić główki ku przodowi. U dzieci starszych takie rozumowanie należy uważać prawie za wykluczone, ponieważ z chwilą pochylenia głowy ku przodowi ucisk znika, a ani dziecko, ani dorosły nie ginie z uduszenia przez zaciśnięcie tchawicy, mogące trwać przez kilka tylko lub kilkanaście sekund. Pominąwszy tę okoliczność, trudno także przypadki takie anatomicznie stwierdzić. Możemy tylko przekonać się na zwłokach, że, chcąc zacisnąć światło tchawicy, trzeba głowę przechylić tak silnie ku tyłowi, aby powierzchnia zwykłego przepiłowania czaszki dotykała stołu sekcyjnego. W każdym razie wynika stąd praktyczna uwaga, aby przy sekcji, chcąc się przekonać o ewentualnym ucisku grasicy na sąsiednie narządy, a zwłaszcza na tchawicę, przeciąć jeszcze przed poruszeniem narządów klatki piersiowej i szyjnych poprzecznie tchawicę ponad mostkiem i zapomocą cewnika, lub jeszcze lepiej endoskopu, obejrzeć jej światło.

Ponieważ teorja mechanicznego ucisku grasicy na sąsiadujące narządy nie objaśniała dostatecznie przyczyny śmierci, wprowadził Paltauf w roku 1889 nowe pojęcie co do znaczenia powiększonej grasicy, a mianowicie tak zwaną konstytucję grasiczno-limfatyczną (*status thymico-lymphaticus*), co dało początek nowemu okresowi zapatrywań. Osoby z konstytucją grasiczno-limfatyczną mają obfitą ciastowatą podściółkę tłuszczową; skóra ich blada; cały narząd adenoidalny lub jego części przerosły, a więc duża i długo się utrzymująca grasica, powiększone migdałki, grudki limfatyczne na korzeniu języka, gruczoły chłonne szyi, krezkowe i zaotrzewne, grudki samotne i kępy Peyera w błonie śluzowej jelit. Tak samo duża śledziona o dużych grudkach. Obok tego osoby takie mają często wązką tętnicę główną. Otóż osoby, dotknięte tem zboczeniem, mają być mało odporne na różne wpływy szkodliwe i często nagle umierają już pod wpływem mało znacznych czynników szkodliwych.

Od tego czasu mnożą się spostrzeżenia stanu, opisywanego przez Paltaufa, i bardzo liczni autorzy (Escherich, Haberda, Horoszkiewicz, Kayser, Scheele, Sieradzki, Wachholz i wielu innych) wypowiadają się za poglądem Paltaufa, aczkolwiek zdania ich różnią się co do przyczyny śmierci w tych przypadkach. Paltauf sam uważa za przyczynę śmierci w tych stanach porażenie serca; utrzymująca się grasica nie stanowi, według niego, przyczyny śmierci, lecz tylko objaw częściowy ogólnego zaburzenia. Z innych zapatrywań należy przedewszystkiem podnieść zapatrywanie Svehli, jako charakterystyczne dla wewnętrznego wydzielania. Svehla, wstrzykując wyciągi z grasicy, stwierdzał znaczne obniżenie ciśnienia krwi i przypuszcza na podstawie swoich badań, że przyczyną śmierci w stanach opisywanych przez Paltaufa jest zwiększone, nadmierne wydzielanie grasicy (*hyperthymisatio*), które przez znaczny spadek ciśnienia krwi musi wywołać śmierć. Zapatrywanie to jednak nie mogło się utrzymać, odkąd doświadczalnie (Basch, Popper i inni) przekonano się, że podobnie, jak po wstrzyknięciu wyciągu z grasicy, występuje obniżenie ciśnienia krwi także po wstrzyknięciu wyciągów z najrozmaitszych tkanek; objaw ten, zdaje się, polega na krzepnięciu krwi i zaburzeniach w krążeniu, ponieważ nie występuje on, jeżeli zwierzętom przedtem wstrzyknie się wyciąg z pijawek. Niektórzy badacze (Biedl, Schwarz i Lederer) uważają wprost cholinę za substancję, wywołującą obniżenie ciśnienia krwi.

W nowszych czasach cały szereg badaczy (Hart, Pende, Rachford, Schmidt) wypowiada zapatrywanie, że pierwotny przerost grasicy wiedzie przez patologiczne wzmożenie jej wydzielania do nagromadzenia się w ustroju toksycznych produktów przemiany materji, a jako wyraz anatomiczny tego występuje powiększenie narządu limfatycznego.

Dotąd nie udało się jednak wyosobnić wydzieliny grasicy i poznać dokładnie fizjologicznego jej działania, doświadczenia zaś, wykonane z wyciągami grasicy, nie mogą być ścisłe, ponieważ wyciąg taki nie zawiera samej tylko czynnej substancji gruczołu, lecz musi zawierać także cały

szereg innych produktów przemiany materji. Należy nadto mieć także na względzie fakt, stwierdzony przez Popielskiego, że wyciąg z narządów może zawierać wazodylatynę i hypertenzynę.

Także inne dane przemawiają przeciw powyższej teorji. Przedewszytkiem rozpoznanie konstytucji grasiczno-limfatycznej na stole sekcyjnym, zwłaszcza u dzieci, nie może być ścisłe. U dzieci bowiem powiększają się grudki limfatyczne bardzo łatwo pod wpływem różnych bodźców, i to zarówno w łuku gardłowym, jak w śledzionie, w błonie śluzowej jelit i w gruczołach krezkowych. Także u dorosłych, zmarłych śmiercią gwałtowną, nierzadko spotyka się wielkie grudki limfatyczne. Podobnie ma się rzecz z grasicą, dla której, jak to podniósł między innymi Sieradzki, trudno określić zarówno granicę prawidłowej wielkości dla danego wieku, jak i granicę czasu, w którym już ten gruczoł należy uważać za nieprawidłowo przetrwały. Wielkość grasicy waha się już w stosunkach prawidłowych w znacznych granicach, jak to pierwszy dowiódł Friedleben, według którego ciężar grasicy u noworodków wynosi 5 - 33 gramów. Według zestawień Richtera waha się ciężar grasicy u noworodków od 8—22 gramów; u dzieci w wieku 2—5 lat życia od 8—42 gramów; u dzieci w wieku 6—15 lat życia od 6—14 gramów. Richter i inni znajdowali także u dorosłych wielkie grasice, o czem także i ja wielokrotnie miałem sposobność się przekonać. I tak Richter, stwierdził u 21-letniego mężczyzny, zmarłego wskutek krwotoku mózgowego grasicę, która ważyła 46 gramów, u innego zaś, 27-letniego, zmarłego przez uduszenie się kęsem pokarmowym, grasicę ważącą 40 gramów itd. Tak samo, jak dopiero co wspomniano, nie da ściśle określić wieku, w którym powinien przypadać zanik grasicy. W dawniejszych czasach przyjmowano koniec 2—3 roku życia, potem przesunięto ten okres czasu do 15 roku życia, potem jeszcze dalej, a nawet są zdania niektórych autorów (Waldeyer, Cowper, Claude i inni), że gruczoł ten istnieje i działa przez całe życie.

Następnie stwierdzono, że grasica i narząd limfatyczny przy wszelkich sprawach chorobowych, upośledzających odżywienie ustroju, szybko zmniejsza się tak co do wymiarów, jak i ciężaru, jak o tem łatwo można się przekonać na zwłokach osób, zmarłych w następstwie nieżytu jelit, gruźlicy itp i, jak tego dowodzą dokładne zestawienia Friedlebena, Hansena, Mettenheimera i innych, które dowodzą, że zanik grasicy w tych przypadkach stoi w prostym stosunku do dni choroby. Zgadza się to także z wynikami doświadczeń, przeprowadzonych w tym kierunku na królikach przez Jonsona. Stąd jest zrozumiałem, co zresztą podkreślają liczni autorzy, jak Richter, Hammar, Hohlfeld i inni, że obducenci, sekcjonujący tylko zwłoki szpitalne, to znaczy zwłoki osób wyniszczonych długotrwałą chorobą, a zatem mające narząd adenoidalny w zaniku, rozpoznają często zbyt pochopnie powiększenie grasicy i narządu limfatycznego także tam, gdzie one są jeszcze w granicach prawidłowych. Badania natomiast porównawcze, przeprowadzone na materjale z przypadków śmierci gwałtownej i nagłej osób zdrowych i dobrze odżywionych, wykazują u nich bardzo często (według Richtera w 80% przypadków) duże grasice i narząd limfatyczny. Najlepszego atoli dowodu w tej mierze dostarczają spostrzeżenia, zebrane w czasie wojny światowej, w prosekturach wojskowych na zwłokach bardzo licznych przypadków śmierci nagłej z najrozmaitszych przyczyn. Tak np. Löwenthal podaje, że w Metzu zginęło od bomby, rzuconej z aeroplanu 26 osób w następstwie upływu krwi lub w następstwie ciężkości obrażeń ciała. Przy sekcii wszystkich tych zwłok stwierdzono gołem okiem stan grasiczno-limfatyczny przy prawidłowych zresztą stosunkach w innych narządach. Ponieważ osoby te były na krótki czas przed śmiercią szczepione ochronnie przeciw durowi, mniemano z początku, że to dziwnie jednako u wszystkich osób stwierdzone powiększenie narządu adenoidalnego należy odnieść do szczepienia. Z czasem jednak przekonano się, że także bardzo liczne sekcje zwłok osób z podobnych przypadków, mimo że te osoby nie były szczepione, dały ten sam obraz makroskopowy (badań mikroskopowych nie przeprowadzono), który był zatem tylko dowodem szybkości zejścia śmiertelnego.

Jak z tego widać, pierwotna teorja Paltaufa natrafiła w ten sposób na znaczne trudności. Z biegiem jednak rozwoju nauki o wewnętrznem wydzielaniu zaczęto zwracać uwagę na inne gruczoły, ich wzajemny do siebie stosunek, poddano poszczególne gruczoły dokładnym badaniom histologicznym i w ten sposób rozpoczął się nowy okres zapatrywań na sprawę tu omawianą Od Bartela i Tandlera uważa się stan grasiczno-limfatyczny za jeden tylko z objawów mniej lub więcej zupełnie rozwiniętego stanu hypoplastycznego (*status hypoplasticus*). Przekonano się, że osoby mające dużą grasicę i powiększony narząd limfatyczny okazują nadto cały szereg zboczeń, będących wyrazem zaburzeń w wydzielaniu gruczołów dokrewnych.

Osoby takie mają często olbrzymi wzrost lub nieproporcjonalnie długie do długości kadłuba kończyny, cechy heteroseksualne, np u mężczyzn miednicę i krtań zbliżone budową do typu kobiecego, nadmierny rozwój sutków i podściółki tłuszczowej, owłosienie o typie kobiecym itp. u kobiet naodwrót, owłosienie o typie męzkim, krtań i miednicę o budowie zbliżonej budową swą do typu męzkiego itp. Także same narządy płciowe okazują często nieprawidłowości. U mężczyzn mały członek, wnętrostwo, niedokształcone jądra, zaś mikroskopowo silniejszy rozrost tkanki łącznej na niekorzyść samego miąższu, przyczem kanaliki jądra są słabo rozwinięte (Kyrle, Tandler). U kobiet stwierdza się niedokształcenie części płciowych zewnętrznych, wąską pochwę, małą macicę, obok dużych, gładkich jajników. Badania mikroskopowe (Bartel i Herrmann) jajników takich stwierdzają, że powiększenie ich jest wywołane rozrostem tkanki łącznej, natomiast ilość pęcherzyków jest zmniejszona; naczynia we wnęce jajników są zgrubiałe, ich ściany często szklisto zwyrodniałe; ciałka żółte spotyka się w nich bardzo rzadko.

W narządzie krążenia uderza przedewszystkiem niedokształcenie układu naczyniowego. Tętnica główna i obwodowe mają bardzo wąskie światło i cienkie ściany. Sprawia to wrażenie, jakby układ naczyniowy nie nadążył wraz z ogólnym rozrostem i dlatego naczynia krwionośne, podobnie jak węże gumowe, są napięte, stąd ich światło wąskie a ściany cienkie. I rzeczywiście, jeżeli po odpreparowaniu tętnicy np. udowej odmierzymy na niej kilkanaście centymetrów i następnie w tych miejscach przetniemy, to stwierdzamy, że skurczy się ona znacznie. Błona wewnętrzna takich tętnic okazuje często zmiany tłuszczowe; dość często w lewej połowie serca stwierdza się rozlane zmleczenie wsierdzia (Kolisko).

W niektórych narządach spotyka się szereg wrodzonych nieprawidłowości, tak np w płucach zwiększoną ilość płatów, nadliczbowe moczowody, budowę zrazowatą nerek lub nerkę podkowiastą, w kościach długich utrzymujące się długo chrząstki nasadowe, szpik zaś kostny czerwony. Jelita w całości lub poszczególne ich odcinki (wyrostek robaczkowy) są bardzo długie, np. w przypadku Bartela wynosiła długość jelit 12 metrów u osobnika 177 cm wysokiego.

Z gruczołów dokrewnych najwybitniejsze zmiany są w nadnerczach, jak na to pierwszy Wiesel zwrócił uwagę. W przypadkach stanu grasiczno-limfatycznego spotyka się prawie zawsze niedokształt nadnerczy, zwłaszcza ich substancji rdzeniowej, który zaznacza się makroskopowo przez bardzo wąską substancję rdzeniową, często w postaci cieniutkiej smugi, mikroskopowo zaś przez zmniejszenie ilości komórek chromochłonnych, gorsze chromowanie się, zaniki i wakuolizację tych komórek. Te spostrzeżenia Wiesela potwierdzili liczni badacze, a z polskich Hornowski, który w tym kierunku przeprowadził szczegółowe i obszerne badania Dodać jeszcze należy, że zmiany te dopiero co opisane, odnoszą się nie tylko do samej substancji rdzeniowej nadnerczy, lecz wogóle do całego układu chromochłonnego. Z innych gruczołów dokrewnych jest

gruczoł tarczowy w tych stanach bardzo często powiększony i kolloidowo zwyrodniały. W gruczołach przytarczycznych spotyka się nieraz silniejszy rozrost komórek kwasochłonnych, jak na to pierwszy Hornowski zwrócił uwagę, a które, według niektórych, mają być organami wewnętrznego wydzielania tych gruczołów. O zmianach w gruczołach płciowych była poprzednio mowa.

Fakta te, tylko pokrótce tu przedstawione, nie opierają się na zgodnych poglądach autorów, wiele bowiem szczegółów, które zwłaszcza tyczą się zmian mikroskopowych w poszczególnych gruczołach, podają oni często wręcz przeciwnie sobie. Należy także podnieść, że nie wszystkie te zmiany muszą występować u jednego i tego samego osobnika, co więcej, nawet zachowanie się samej grasicy w tych stanach patologicznych jest różne. Przekonano się w nowszych czasach, że powiększenie grasicy uważane do niedawna za cechę charakterystyczną dla tych stanów nie występuje stale. Spotyka się w tych stanach obok dużych także małe grasice. Jednak ani waga ani wymiary nie mówią o czynności wewnętrzno-wydzielniczej grasicy, a pierwszorzędną rolę odgrywa tu badanie drobnowidowe, ponieważ i mała grasica może zawierać silnie rozwinięte składniki nabłonkowe, a im więcej tych składników i im substancja rdzeniowa grasicy jest szerszą, tem bardziej grasica jest czynną (Hornowski). Ze względu na to rozmaite zachowanie się grasicy podano nawet podział na stan limfatyczny, stan grasiczny i stan grasiczno-limfatyczny. I w tym podziale istnieją różne zdania poszczególnych autorów, ze sobą niezgodne; podam tu cechy dla poszczególnych tych stanów według Hornowskiego, który bliżej się tą sprawą zajmował. „Otóż za cechy charakterystyczne dla stanu limfatycznego należy uważać: przerost gruczołów limfatycznych, zanik grasicy i szeroką, dobrze rozwiniętą substancję rdzeniową nadnerczy. Za cechy charakterystyczne dla stanu grasicznego należy uważać: brak powiększenia gruczołów limfatycznych, przerost grasicy z przewagą składników nabłonkowych i niedokształcenie substancji rdzeniowej nadnerczy. Za cechy charakterystyczne dla stanu grasiczno-limfatycznego uważać należy: nieprawidłowości w budowie, przewlekłe zmiany w gruczołach limfatycznych, powiększoną grasicę z przewagą składników limfatycznych, szeroką substancję rdzeniową nadnerczy, nieraz szerszą od korowej, dużą ilość komórek eozynochłonnych w gruczołach wewnętrznego wydzielania i w gruczołach limfatycznych".

Powyższe przedstawienie jest krótkim tylko szkicem nader licznych badań nad t. zw. śmiercią grasiczną. Jeżelibyśmy teraz na podstawie tego szkicu chcieli wysnuć wnioski co do znaczenia grasicy w śmierci nagłej, to dochodzimy do przekonania, że nie można stać ani na stanowisku niektórych autorów, którzy, jak np. Richter, odmawiają jej wszelkiego znaczenia, lub Epstein, który ją nazywa „Mädchen für Alles", ani też przypisywać jej bezkrytycznie tego znaczenia, jak się to dzieje w znacznej większości ogłoszonych przypadków W przypadkach tych albo sekcję zwłok niedokładnie przeprowadzono, zwłaszcza zaś nie dokonano drobnowidowego badania narządów, albo nagłe zejście dało się aż nadto dostatecznie wytłómaczyć innemi stwierdzonemi zmianami anatomicznemi, albo rozpoznany jako grasiczno-limfatyczny stan odpowiadał prawidłowemu narządowi adenoidalnemu u dobrze rozwiniętych i odżywionych osób i nie był zmianą, charakteryzującą nieprawidłową konstytucję, lecz zmianą, dowodzącą tylko szybkości zejścia śmiertelnego. Że jednak przypadki czystego stanu grasiczno-limfatycznego z zejściem śmiertelnem zdarzają się, to nie może ulegać najmniejszej wątpliwości. Dowodzą tego liczne badania, zwłaszcza Harta, Klosego, Hedingera i innych, tudzież obecność tego stanu w chorobie Addisona, zatem w typowem, przewlekłem, do charł[illegible]wa wiodącem schorzeniu. Przypadki jednak śmierci grasicznej są bardzo rzadkie. To też nie chce się wprost wierzyć, jak pewien prosektor podaje, że w ciągu pół roku miał 13 przypadków śmierci grasicznej. Mnie w ciągu 13 lat zdarzyło się widzieć tylko dwa lub trzy takie przypadki, mimo znacznego i bardzo różnorakiego materjału sekcyjnego (np. w samej Prosekturze wojskowej w Krakowie było w roku 1918 — 1750, w roku 1919 — 1020, w roku 1920 — 1487 zwłok, nie licząc po kilkaset sekcyj rocznie wykonanych przez 13 lat w Zakładzie medycyny sądowej).

Ostatni z tych przypadków sekcjonowałem w maju 1919 roku, a przedstawia się on w krótkości, jak następuje:

Teofil B., 21-letni żołnierz, leczony w jednym z tutejszych szpitali wojskowych z powodu wtórorzędnej kiły wstrzykiwaniami śródmięśniowemi rtęci. Pewnego popołudnia wśród śpiewu i tańca padł nagle na podłogę sali i w kilka chwil później skonał. Wykonana nazajutrz sekcja (Nr. prot. 360/19) wykazała dużą grasicę, wagi 36 gramów, 8·5 cm. długości, 7 cm. szerokości, do 2 cm. grubości, sięgająca aż do połowy worka osierdziowego; na rozkroju miąższ różowo-białawy, o wyraźnej budowie zrazowatej, soczysty. Ucisku na sąsiednie narządy nie stwierdzono. Pod mikroskopem: szeroka substancja rdzeniowa i liczne, wielkie ciała Hassala bez zmian wstecznych. Migdałki były przeszło w dwójnasób powiększone, zwłaszcza ich części limfatyczne; mieszki limfatyczne na korzeniu języka, na nagłośni po obu jej stronach, w zatokach gruszkowatych i w górnej połowie przełyku dochodziły do wielkości ziarna małego grochu. Śledziona o wymiarach 16×11×3 cm. o torebce silnie napiętej, na rozkroju jędrna, nieobierająca się na nożu, ciemno-czerwona, prawie sinawo zabarwiona, a na tem tle białawo-szarawe, do wielkości główki dużej szpilki dochodzące, grudki limfatyczne. Grudki samotne w błonie śluzowej całego jelita cienkiego i grubego, a w jelicie biodrowem także kępy Peyera znacznie powiększone, tak że błona śluzowa jelit nierówna, chropawa, jakby tarło. Gruczoły chłonne na szyji, tudzież krezkowe i zaotrzewne, dochodzą do wielkości orzecha laskowego, różowe, soczyste. Tętnica główna i obwodowe wąskie o ścianach cienkich. Obwód aorty ponad zastawkami wynosił 4 cm. Oba nadnercza wielkości prawidłowej (ciężar prawego 5,5 gr., lewego 6·2 gr.), lecz substancja rdzeniowa bardzo wąska, w postaci cieniutkiej smugi grubości włosa, tu i ówdzie poprzerywanej. Lepiej uwidoczniła się ona po utrwaleniu w płynie Müllera. Pod mikroskopem substancja rdzeniowa składa się z komórek barwiących się słabo żółtawo solami chromu, nadto w wielu z nich wakuolizacja; w substancji korowej niema zmian. Nerki o budowie zrazowatej; owłosienie na wzgórku łonowym o typie kobiecym. Poza tem wynik sekcji był zupełnie ujemny, w szczególności badanie drobnowidowe serca i nerek nie wykazało zmian. Na pośladkach stwierdziłem 5 świeżych, punktowanych blizn po wstrzykiwaniach, lecz wśród mięśni pośladkowych i w tkance podskórnej nie było żadnych zmian np. otorbionej rtęci, która nie wessana i otorbiona mogła była ewentualnie skutkiem upadku po pęknięciu torebki dostać się nagle do krążenia krwi i wywołać śmierć.

Podkreślając jeszcze raz, że nie da się zaprzeczyć, iż przypadki śmierci grasicznej, choć rzadko, zdarzają się, przyznać musimy, że wytłómaczenie przyczyny zejścia śmiertelnego w tych razach sprawia trudności. Dzisiaj, zdaje się, niema już innego zdania jak, że teorja mechanicznego ucisku grasicy na sąsiadujące narządy niema żadnego znaczenia w patogenezie śmierci nagłej, pominąwszy wyjątkowe jakieś przypadki.

Także pojęcie konstytucji grasiczno-limfatycznej w znaczeniu Paltaufa nie daje wystarczającego wytłómaczenia. Przekonano się, że właśnie osoby silne i dobrze odżywione mają grasicę i wogóle cały przyrząd adenoidalny silnie rozwinięty. Dlaczegożby zatem takie osoby miały być mniej odporne na różne czynniki szkodliwe, niż osoby chude lub schorowane, u których ten narząd jest słabo rozwinięty? Przeczą tej mniejszej odporności także spostrzeżenia (Neussera i innych), że osoby dotknięte stanem grasiczno-limfatycznym były nieraz wystawione na działanie znacznych nawet czynników szkodliwych i nie uległy im, a dopiero później kiedyś jakaś błaha przyczyna, np. kąpiel, wywołała nagłą śmierć. Tak samo rzekomo małą odporność tych osób na choroby zakaźne (Bartel) należy wytłómaczyć nie stanem grasiczno-limfatycznym, lecz tem, że osoba taka uległa bardzo ostremu zakażeniu a wskutek krótkotrwałej choroby układ limfatyczny nie miał czasu do zaniku. To samo można odnieść do tak często opisywanych stanów grasiczno-limfatycznych u samobójców itp. Zresztą, jak widzieliśmy, trudno oznaczyć granicę normy dla grasicy, stąd też psychologicznie jest zrozumiałem, że obducent, widząc dużą grasicę i narząd limfatyczny przy nieznacznych innych zmianach, zbyt pochopnie nieraz przyjmuje stan grasiczno-limfatyczny, gdy naodwrót, stwierdzając zmiany chorobowe znacznego stopnia w innych narządach, nie zwraca na narząd adenoidalny większej uwagi. (D. n)

Doc. Dr. Roman Leszczyński. prym. oddz. Szp. powsz. Lwów.

Z zagadnień nauki o kile.

Pomimo zdobyczy ostatnich lat nie możemy powiedzieć, że nauka o kile doszła do kresu rozwoju. Daleko do tego, by wszystkie miejsca ciemne zostały wyjaśnione. Przeciwnie szereg zagadnień czeka na rozwiązanie; co więcej wyłaniają się nowe. Dzięki usilnej pracy zbiorowej poznanie kiły postępuje. Tak została wyjaśnioną sprawa etjologji przez wykrycie krętka bladego. Natomiast sprawa patogenezy i wiele innych zagadnień z ogólnej patologji kiły, czeka na swą kolej.

Niektóre dojrzewają, t. zn. nie mamy dostatecznych danych do postawienia pewników, ale jest znaczna liczba poszlak, dających pole do domysłów, do tworzenia przypuszczeń, są podstawy do budowania hipotez. Logiczne wnioskowanie może mieć niekiedy siłę argumentu nie gorszą, niż fakt A jednak? Czy nauki ścisłe, czy medycyna pozwalają na tego rodzaju substytucję? Czy wolno nam tworzyć łańcuchy myślowe i hipotezą, choćby uzasadnioną, ubiegać fakty? Myślę, że tak. A to dlatego, że po pierwsze, nauka stąd żadnej szkody ponieść nie może. Bo, jeśli założenie było fałszywe, to fakty obalą je. Jeśli natomiast koncepcja intuicyjna była trafna, to tworzy niejako ramy mozajki, w której fakta znane doskonale się pomieszczą, fakta poznawane odnajdą łatwo swe miejsce właściwe, a zaś luki obrazu ukażą nam fakta poznać się mające. I w tem właśnie leży wartość tej metody. Powtóre zastosowanie jej do pracy naukowej od dawna jest w użyciu. Fizyka, chemja, astronomja zasadniczo się nią posługują. Stawianie założenia, robienie przypuszczeń nie jest samo w sobie zbrodnią. Idzie raczej o to, czy hipoteza łączy w sposób zadowalający fakta znane, czy objaśnia fakta poznawane, czy w końcu doświadczenie potwierdza to, co przewidywała.

Te słowa wstępne niech służą mi za usprawiedliwienie, że odważę się puścić na zdradne fale przypuszczeń. Skłania mnie do tego poszukiwanie logicznego ugrupowania, chaotycznych pozornie faktów.

Gdy wmyślimy się w chronologiczny przebieg kiły, gdy staną nam przed oczyma jej odmierzone okresy wylęgania, występowania objawów, utajeń, nawrotów i t d., to jesteśmy poprostu zmuszeni zadać sobie pytanie, dlaczego się to dzieje i jak się to dzieje? Uderzy nas przedewszystkiem zadziwiająca regularność w czasie owych zjawisk powtarzających się, jak kwadry księżyca. Nic z przypadkowości innych chorób, owszem linje przebiegu kiły są, powiedziałbym, klasyczne. Czy bliskie pod względem anatomo-patologicznym kile, trąd i gruźlica, okazują podobne mutacje? Nie! Zatem nie w skutkach anatomicznych leży przyczyna perjodycznych nawrotów. Czy może w podglebiu? Chyba, że nie, bo przecież podglebie, t. j. ustrój ludzki, jest zawsze to samo. Człowiek zapada na wiele rozmaitych chorób, ale nie wiele z nich okazuje tę regularność przebiegu, tę perjodyczność utajeń i nawrotów. Prócz kiły dwie mogę przytoczyć: zimnicę i dur powrotny. Obie one mają swój własny tor, inną amplitudę, niż kiła, lecz są pouczającą analogją. Jeśli więc nie człowiek, cóż tedy może być przyczyną owego następstwa pełni i nowiu w obrazie kiły? Uparcie nasuwa się odpowiedź, że tylko ów drugi stały czynnik, t. j. krętek blady. Bo wszystkie inne czynniki prócz krętka i człowieka są niestałemi w tej walce. Człowiek, jako jednostka, może posiadać osobnicze właściwości, jako gatunek jest jednak ilością stałą. Zatem krętek jest odpowiedzialny za owe perturbacje, on musi dać odpowiedź, dlaczego mamy co sześć miesięcy nawroty, dlaczego utajenia.

Nie ruszymy z miejsca, jeżeli będziemy się upierali przy używaniu określenia »krętek«, jako przyczyny kiły. Mówmy czynnik chorobotwórczy, zarazek kiłowy, jad kiłowy. Jest to pojęcie ogólniejsze. Krętek jako pojęcie ściślejsze zupełnie się w niem mieści. Nawet zostaje miejsce wolne, miejsce niezapełnione, tabula rasa. I tu sedno rzeczy! Co my wiemy o zarazku kiły? Bardzo niewiele. Jest sobie krętek blady, znajdowany w wytworach kiłowych, szczepienia materjałem zawierającym krętki powiodły się; w hodowlach po pewnym czasie znajdowano większą ilość krętków, niż zaszczepiono, widocznie rozmnażały się. Co jeszcze? Pod mikroskopem widziano pewne postacie nietypowe, może zwyrodniałe, może stare, może młode. A może czego niezobaczono? Może, lecz o tem nikt nie pisze.

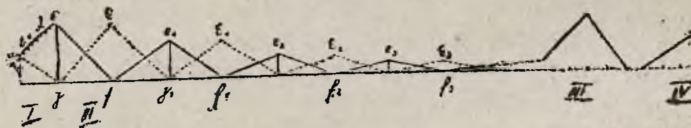
Zatem o krętku właściwie nie wiele wiemy. Nie rozstrzygnięty dotychczas spór, czy to roślina czy zwierzę? Nie wiadomo, jak się mnoży. Sprawa dzielenia się jest dotychczas sporną. Jedni przyjmują, że dzieli się wzdłuż, inni że wszerz, inni wreszcie stawiają w tej sprawie znak pytania. A jednak mnożyć się musi. Krętkowi poświęcono tyle czasu, pracy i uwagi w ciągu lat 15, iż niepodobna przypuścić, żeby przy dzisiejszych badaniach żywych krętków ultramikroskopem, nie zdołano ustalić sposobu rozmnażania się przez dzielenie. Pomyśleć trzeba, że albo dzielenie odbywa się rzadko, albo też wogóle nie jest sposobem rozmnażania krętkowi właściwym.

Bjologja pierwotniaków daje nam w tym względzie pouczające przykłady. Co za bujna rozmaitość w dążeniu do utrzymania gatunku, w przystosowywaniu się do mniej korzystnych warunków bytowania. Bo powtarza się stale to zjawisko, jest ono prawem, iż w warunkach korzystnych pierwotniak mnoży się i tworzy postacie wegetatywne, w niekorzystnych zasklepia się, chroniąc gatunek w postacie trwałe. Nie ma powodu, dlaczegoby »krętek«, który, zdaniem większości autorów, do pierwotniaków się zalicza, miał stanowić wyjątek od tego prawidła. Dlaczego zarazek kiłowy nie ma mieć postaci żywotnych (wegetatywnych) i postaci trwałych, spoczynkowych.

Myśl to nie nowa. Od chwili poznania krętka narzucała się ona szeregowi badaczy (Krzyształowicz i Siedlecki, Mc. Donagh, Hoffmann, Schaudinn, Prowazek i inni). Ostatnio Finger mówi o „*morphologisch differente Dauerformen*«. Przypomina przytem, że powiodły się szczepienia materjałem, w którym absolutnie żadnemi sposobami nie można było odszukać krętków. Czyli, że jad kiłowy znajdował się w tym materjale w innej postaci, niż krętki, a dotychczas nam nieznanej (jako *morphologisch differente Dauerform*).

Niepodobna się upierać przy myśli, że krętek jest jedyną postacią pasorzyta kiły Owszem bez przypuszczenia jego rozmaitych okresów rozwojowych nie zdołamy sobie w żaden sposób wytłómaczyć perjodycznych zmian w obrazie tego zakażenia. Przyjmijmy tedy to przypuszczenie i spróbójmy oglądać przebieg kiły w czasie przez pryzmat tego założenia.

Punktem wyjścia będzie dla nas zjawisko, że nawroty powtarzają się regularnie, co sześć miesięcy. Wprawdzie niekiedy spotykamy się z twierdzeniem, że nawroty występują co 3, 6, 9, 12 miesięcy, jednak wyznać muszę, że nawrotów w 3 i 9 miesięcy nie zdarzało mi się w sposób niewątpliwy spostrzegać t. zn. tak, żeby innego tłómaczenia na to zjawisko nie było. Bo należy mieć na uwadze, że przez leczenie w niewłaściwym czasie stosowane (o czem później) może porządek zostać zwichniętym, zjawiska mogą się przesunąć w czasie i to może dać powód do spostrzegania rzekomych nawrotów w terminach 3 i 9 miesięcy. Zachodzi też druga możliwość, o której będziemy mówić później.



Więc tedy zjawiska występują co sześć miesięcy. Załączony rysunek przedstawia schemat przebiegu kiły. Punkta e, e 1, e 2, odpowiadają pierwszej osutce i nawrotom, tj. wogóle momentom, kiedy nasilenie choroby dochodzi do szczytu, kiedy atak choroby dosięga punktu kulminacyjnego. Między e, e 1, e 2 upływa sześć miesięcy. Punkta f, f 1, f 2, to okresy

najgłębszego utajenia, oddalone od siebie także o sześć miesięcy. Z tego wynika, że ramię zstępujące e-f trwa trzy miesiące, podobnie jak wstępujące f-e 1. Czasy występowania i ustępowania osutek ogólnych, znane nam z kliniki, zgadzają się doskonale z schematem. W przypadkach średnio-ciężkich w 8—9 tygodniu osutki zwyczajnie przybywa, w 11—12 ubywa. W trzy miesiące od największego rozwoju zwykle już niema osutki.

Co innego z miejscowemi wykwitami na błonach śluzowych, na miejscach drażnionych. Tutaj objawy zapalne są silniejsze. Najpierw skutkiem drażnienia (potem, tarciem itp.) i większego stąd dopływu krwi osadza się tam więcej pasorzytów, znajdujących się w rozmaitych okresach rozwoju. Potem wskutek obecności większych ilości pasorzytów przychodzi do silniejszej czynności obronnej ze strony ustroju, występują wybitniejsze postacie, silniej reaktywne wykwity, więc nie plamy, a guzki. Skutkiem większego nacieku, silniejszego zapalenia, postacie te trwają dłużej niż w innych miejscach, tem bardziej, że pierwotna przyczyna drażnienia zapalenie to podtrzymuje. Gdy nadto zebrały się tu pasorzyty różnego wieku, przeto zrozumiałem jest, że i później jeszcze można tu odszukać krętki, chociaż w innych miejscach nie odnajdujemy ich.

Równolegle z krzywą objawów skórnych przebiega krzywa seroreakcji (S. R.). Jest ona bowiem niczem innem, jak odzwierciedleniem spraw w narządach wewnętrznych się toczących, a te nie mogą nie być równoległemi do objawów zewnętrznych. Gdy bowiem następuje zalanie ustroju falą pasorzytów, to dostają się one do narządów wewnętrznych w tym samym czasie co i do skóry. Objawy zewnętrzne dostrzegamy okiem, o wewnętrznych daje nam znać SR. Nasilenie tego odczynu waha się między punktami e (SR.++++) f (SR.—) e'$_1$ (SR.++++). W czasie prorupcji dochodzi do największego napięcia, w okresie centrum utajenia do największego spadku. Przebiega zatem tak: ++++, +++, ++, +, ±, —, ∓, +, ++, +++, ++++. T. zn, że okresy ± lub ++ powtarzają się dwukrotnie, raz na ramieniu zstępującem, drugi raz na wstępującem, tylko następstwo ich jest odwrotne. Zjawisko to jest znane i każdy może je sprawdzić.

W pierwszem, drugiem i trzeciem półroczu zjawiska nawrotów zewnętrznych i wewnętrznych powtarzają się regularnie i perjodycznie, jak pokazuje djagram. Potem objawy zewnętrzne bywają coraz słabsze, potem przestają się pojawiać i jeszcze tylko SR. w dalszym ciągu okazuje perjodyczne wahania. Jednak i ona może dojść do zera i pozostawać na niem czas nieograniczony. Jest to okres późnego utajenia.

Wierzchołki e, e_1, e_2, e_3, są na djagramie coraz niższe. Klinika bowiem uczy nas, że nawroty bywają coraz słabsze, że postacie osutki drugiej lub trzeciej coraz mniej złośliwe, że ilość wykwitów coraz skąpsza. Skóra jest jednym tylko z narządów ustroju i zmiany na niej są, rzecz jasna, grubym bardzo wskaźnikiem procesów toczących się w ustroju. SR. przedstawia wynik zesumowanych zaburzeń bjochemicznych wielu narządów, całego ustroju, jest więc wskaźnikiem o wiele wszechstronniejszym i o wiele czulszym. Gdy pod wpływem sił obronnych ustroju (czy też leczenia) zakażenie wygasa, gdy nasilenia są za słabe, by zmiany skórne wywołać, gdy ograniczają się one tylko do pewnych narządów, czy miejsc w ustroju, SR. i wtedy jeszcze sygnalizuje zaostrzenia, a natężenie jej odpowiada napięciu wchodzących w grę sił obronnych ustroju. Ogniska rozsiane w ustroju nie zawsze muszą dawać kliniczne objawy w czasie zaostrzenia. Mogą one być klinicznie niedostrzegalne, powodują jednak w bjochemizmie ustroju zaburzenia, które tylko za pośrednictwem SR. dochodzą do naszej świadomości. Dlatego z reguły perjodyczne wahania SR. trwają dłużej, niż dostrzegalne nasilenia kliniczne.

Niepodobna wahań przebiegu kiły tłómaczyć wyłącznie perjodycznemi wahaniami odporności. Odporność bowiem musimy uważać raczej za skutek, niż za przyczynę. Odporność wytwarza się pod wpływem jadu. Jeśli zatem istnieją periodyczne wahania odporności, to powstają one niewątpliwie jako następstwo okresów jadowitości. I oto klucz zagadki. Okresy jadowitości! Co to znaczy? To znaczy, że pasorzyt nie zawsze jednakowo jest jadowitym, że ma okresy czynne, kiedy jest bardziej drażniącym dla komórek ustroju, i ma okresy bierne, kiedy jest dla nich mniej lub więcej obojętny. Jeśli raz jest dla komórek obojętny a drugi raz jadowity, to widocznie właściwości jego bjologiczne, postać jego, ulegają przemianom i to jak się domyślać musimy przemianom okresowym. W okresie czynnym znamy jego postać. Jest to krętek blady. Jest to postać żywotna, wysoce szkodliwa dla ustroju, której obecność powoduje stany zapalne, wywołuje odczyn ze strony ustroju. Odczyn ten staje się źródłem odporności. Ustrój zaczyna wytwarzać ciała ochronne, ciała, których obecność jest niekorzystną dla postaci żywotnych pasorzyta. W myśl prawa ogólnego wśród warunków niekorzystnych przejawia się dążność robnoustroju ocalenia gatunku. Pasorzyt, którego postacie wegetatywne są wrażliwe na szkodliwości, w tym przypadku ciała ochronne ludzkie, zaczyna wytwarzać formy odporniejsze, postacie trwałe, postacie spoczynkowe. Postacie te nie są drażniącemi dla ustroju. Z ustaniem przyczyny, ustaje i odczyn ustrojowy, kiła przechodzi w okres utajenia.

Ujęcie, jak powyższe, sprawy postaci żywotnych i trwałych pasorzyta kiły, tłómaczyłoby w sposób dość prawdopodobny i zadowalający nawroty i utajenia. Nie wystarcza jednak dla objaśnienia **miarowej okresowości** zjawisk. Bo w powyższem tłómaczeniu jako przeciwwaga jadom pasorzyta występują ciała ochronne, funkcja powstającej odporności. Odporność zaś już w założeniu swem nie będzie ilością stałą jak pasorzyt, ale ilością zmienną, zależną od warunków zewnętrznych, od osobniczości, od okoliczności przypadkowych. Dlatego objaśnienia okresowości, jako zjawiska stałego, musimy szukać w składniku stałym, t. j. w pasorzycie kiły. Przypuścić musimy, że w okresie t. zw. drugorzędnym kiły okresowe wahania jadowitości i spowodowane tem okresowe odczyny ustroju, widoczne jako nawroty lub SR.++++, są bezpośrednim następstwem perjodycznych okresów rozwojowych pasorzyta. Przypuścić musimy, że między krętkiem, jako postacią żywotną (e) a postacią trwałą (f) są postacie rozwojowe, pośrednie. Przypuścić musimy, że od postaci żywotnej do trwałej przechodzi pazorzyt cykl rozwojowy, czas rozmnażania się. Możebnem jest, że krętek przedstawia właśnie jednę z postaci pasorzyta i że głównie w tej postaci jest dla ustroju niebezpiecznym. Takie ujęcie zagadnienia zbliża nas bardziej do prawdy. Nietylko bowiem zgadza się z faktami znanemi, ale objaśnia je i łączy w łańcuch logiczny.

Zobaczmy teraz, czy przystaje ono do pierwszego okresu kiły. Między zakażeniem, a wystąpieniem osutki (a—e) upływają dwa miesiące. Okres rozwojowy pasorzyta trwa, jak przypuszczamy, sześć miesięcy. Krętek odpowiada pasorzytowi trzymiesięcznemu. A więc zakażenie następuje chyba przez postać mającą jeden miesiąc wieku. Postać ta przechodzi dalej swój okres rozwoju i rozmnażania się, a doszedłszy do szczytu rozwoju, wywołuje odczyn ogólny, pierwszą osutkę. Niewątpliwie odgrywa tu rolę także ta okoliczność, że w tych tygodniach przedstawia ustrój dla pasorzyta najlepsze warunki, glebę dziewiczą. Odporność bowiem, która później będzie tak dużą rolę odgrywać, jest dopiero *in statu nascendi*. Powtóre wielce jest prawdopodobnem, że przy przeszczepieniu przenoszą się na nową glebę pasorzyty różnego wieku; więc obok jednomiesięcznych, dwu-, trzymiesięczne i t. d. Niewiadomo, czy pasorzyt w każdym wieku znosi przeszczepienie, czy pewne postacie nie giną przy zmianie gospodarza. W każdym razie w ten sposób wyjaśnia się, dlaczego już w kilku dni po zakażeniu możemy znaleść w rance nieliczne krętki, dlaczego odwrotnie w niektórych wrzodach spotykamy wiele krętków. Zależy to od ilości pasorzytów dwu i pół miesięcznych ($3 \frac{1}{2} = 2\frac{1}{2}$) jakie w chwili zakażenia się przeniosły. Utworzenie się wrzodu twardego średnio w $\frac{1}{2}$ miesiąca uważać musimy jako odczyn ustroju dziewiczego na obecność postaci jadowitych. Bo, gdyby były niejadowitemi, nie byłoby odczynu. A zatem nie postacie trwałe go wywołują, ale krętek lub też postacie

niedalekie mu wiekiem, młodsze nieco lub starsze (np. 2—3 miesięczne). Wszystkie postacie z prądem limfy i krwi posuwają się, ale znowu tylko postacie jadowite wywołują odczyn gruczołowy przy końcu pierwszego miesiąca. I na szczycie (e) zjawisko odczynu nie jest natychmiastowe. Nasilenie trwa pewien czas, co prawdopodobnie łączyć trzeba z postępującem dojrzewaniem całych grup pokrewnych sobie wiekiem pasorzytów.

Przypuścić trzeba, że między przyczyną a skutkiem, między pojawieniem się masowem postaci jadowitych, a odczynem ustroju, upływa pewien czas, potrzebny do zmobilizowania sił obronnych ustroju. Naprowadza nas na to klinika. Wszak na dwa tygodnie przed wysypką, już w szóstym tygodniu, mamy wysypkę błon śluzowych (*enanthema, angina*). Wszak już w szóstym tygodniu jest SR.++++. A zatem potrzebna jest korrektura. Widoczne jest, że szczyt rozwoju pasorzyta jest wcześniejszy, niż szczyt kliniczny choroby, leży mianowicie przed punktem e. Dalej widoczne jest, że nie postacie jednomiesięczne są temi, które rozstrzygają o zakażeniu, ale starsze ($1^1/_2$ do dwumiesięczne). Bo, jeżeli w szóstym tygodniu tj. w półtora miesiąca, mamy już wysypkę błon śluzowych, to jadowite dojrzałe pasorzyty, które je wywołały, musiały mieć nie mniej, niż półtora miesiąca w chwili, gdy się dostały do nowego ustroju. Jak widzimy, nasze założenie nie staje w sprzeczności ze znanemi zjawiskami pierwszego okresu, owszem w nowem oświetleniu stają się rzeczy znane, także zrozumiałemi.

Dłużni pozostaliśmy w poprzednich wywodach wyjaśnienia w dwóch ustępach. Najpierw co do objawów miejscowych, trwających długo i niestosujących się pozornie do okresów. Otóż występowanie kłykcin, jako nawrotów podlega co do czasu prawidłom, jakie poznaliśmy dla wysypek ogólnych i SR. Może być tedy sprawa tylko odnośnie do kłykcin, jakie w 4—5 miesięcy od zakażenia niekiedy spotykamy. Te zaś poprzednio już starałem się wytłómaczyć. Czynnik uszkadzający (drażnienie) wywołuje a) silniejszy dopływ krwi, z nią b) silniejszy dopływ pasorzytów i to, być może c) rozmaitego wieku Czynnik uszkadzający, pierwotny, ciągle trwający, plus nagromadzenie pasorzytów w różnym wieku, staje się przyczyną silniejszego i trwalszego odczynu (zapalenia). Stąd przewlekłość kłykin w pewnych okolicach, w pewnych warunkach.

Powtóre wrócić musimy do sprawy 3 i 9 miesięcznych nawrotów. Jak zaznaczyłem, osobiście ich »czystych« nie spostrzegałem; a, o ile widziałem, uważałem je zawsze za zjawiska opóźnione. T. zn. a) że była osutka długotrwająca, przygasła, a przy rozpoczęciu zapóźnionego leczenia znowu silniej wystąpiła (odczyn Herxheimera), naśladując nawrót w 3 miesiące; lub też b) leczenie nie zostało we właściwym czasie przeprowadzone, lecz później w okresie utajenia, lub na ramieniu zstępującem. W takim razie pierwszy nawrót, czyli druga osutka (e_1), zostanie wprawdzie nie powstrzymaną, ale odwleczoną i wystąpi dopiero około 9 miesiąca (ε_1). Przez leczenie w niewłaściwym czasie przeprowadzony porządek został tylko zwichniętym (o tem jeszcze później). Jednak, patrząc przez pryzmat naszego założenia, ujrzymy możliwość jeszcze innego trzeciego wyjaśnienia owych 3 i 9 miesięcznych nawrotów. Spojrzyjmy na djagram, na linie kreskami wyznaczone. Przyjmijmy, że w chwili zakażenia (a) dostają się do ustroju głównie dwie postacie (fazy) pasorzyta. Nazwijmy je grupą a i grupę α. Postać młoda rozpoczynająca swój cykl rozwojowy (a na *ramus ascendens*) i postać stara, kończąca swój cykl rozwojowy (*a na ramus descendens*). Postać stara osiągnie maximum spoczynku (γ) właśnie wtedy, gdy postać młoda będzie u szczytu rozwoju. W dalszym ciągu z kolei ona zacznie swój okres rozwojowy i osiągnie szczyt w punkcie ε_1 równoczasowo z okresem spoczynku (f) grupy a. Takim sposobem daje się pomyśleć nasilenie w 3 i 9 miesięcy, jako skutek zakażenia dwoma rozmaitemi szczepami. Przykładem takich stosunków jest zimnica. (D. n.)

Prof. Dr. Teofil Zalewski. Lwów

O uszkodzeniach postrzałowych narządu słuchowego.

(Dokończenie).

W piętnastu przypadkach stwierdzono ostre zapalenie ucha środkowego; zapalenie to rozwinęło się bezpośrednio po wybuchu pocisku w bezpośredniej blizkości lub po strzale tuż koło ucha z broni mniejszego kalibru. Z wyjątkiem jednego, we wszystkich przypadkach w chwili badania istniało już przedziurawienie błony bębenkowej. W dwóch przypadkach, o których już wyżej wspomniano, można było jeszcze rozpoznać urazowe pęknięcie bębenka, co do reszty przypadków, to przynajmniej w pewnej części trzeba także przypuścić jako przyczynę zapalenia pęknięcie błony bębenkowej.

Zachodzi pytanie, czy gwałtowne podwyższenie ciśnienia w przewodzie usznym, jakie powstaje przy wybuchu pocisków ciężkiego kalibrn w bezpośredniej blizkości, lub jakie powstaje, jeżeli pocisk nawet małego kalibru przeleci tuż koło ucha, lub też wreszcie, jeżeli strzał nastąpi w bezpośredniej blizkości ucha, może być przyczyną zapalenia ucha środkowego bez spowodowania pęknięcia błony bębenkowej. Pod tym względem niesłychanie cennym jest jeden przypadek, który przybył do szpitala w 24 godziny po eksplozji granatu w bezpośredniej blizkości. Przy pierszem badaniu stwierdzono w przypadku tym tylko nastrzykanie naczyń; przy następnych badaniach można było spostrzegać krok za krokiem rozwój ostrego zapalenia ucha środkowego z dość znacznem upośledzeniem słuchu i podwyższeniem ciepłoty, wystąpiły nawet objawy ze strony wyrostka sutkowego.

Oprócz zmian w uchu środkowem stwierdzono w pięciu przypadkach zmiany w uchu wewnętrznem.

Przebieg ostrego zapalenia ucha środkowego był we wszystkich przypadkach, z wyjątkiem jednego, prawidłowy, bez jakichkolwiek powikłań; w jednym przypadku, w którym w chwili przybycia do szpitala był już zajęty wyrostek sutkowy, wykonano wydłótowanie tegoż.

Co do przyczyny, to w 23 przypadkach, w których stwierdzono zmiany na błonie bębenkowej lub w jamie bębenkowej, w ośmiu podają eksplozję granatu, w czterech — eksplozję min, w czterech — pęknięcie armaty, w jednym przypadku — wystrzał z armaty tuż ponad głową, w dwóch — przelecenie kuli karabinej tuż koło ucha, w dwóch — eksplozję granatu ręcznego i w dwóch przypadkach — postrzał w twarz.

Jak wspomniałem wyżej, typowem postrzałowem uszkodzeniem narządu słuchu są zmiany w uchu wewnętrznem tak, że w świeżych przypadkach tylko wyjątkowo ich nie stwierdzamy. Wprawdzie w tych przypadkach, w których stwierdzono sprawę zapalną w uchu środkowem, możnaby przypuścić, że zmiany w uchu wewnętrznem powstały następowo wskutek przejścia zapalenia z ucha środkowego, dokładniejsze jednak badanie wykazuje, że zmiany w uchu wewnętrznem i w uchu środkowem są od siebie niezależne a mają tylko wspólną przyczynę.

Chorzy ze zmianami w uchu wewnętrznem zgłaszali się albo bezpośrednio po doznanym urazie ze skargami ze strony narządu słuchu, lub też w późniejszym okresie z podaniem, że pewnych czynności, przy których muszą posługiwać się słuchem, wykonywać nie mogą. Na 55 przypadków 27 okazywało zmiany obustronne, w 15 przypadkach zmiany w uchu wewnętrznem stwierdzono po stronie prawej, w 13 po stronie lewej. Jako przyczynę podano: w 20 przypadkach wybuch granatu, w 7 przypadkach wybuch min, w takiej samej ilości przypadków stwierdzono zmiany w uchu wewnętrznem u rannych w głowę i twarz, w 3 przypadkach jako przyczynę podano rozerwanie armaty, w dwóch — wystrzał armatni, w takiej samej ilości przypadków — eksplozję szrapnela i strzelanie z karabinu maszynowego, w 3 przypadkach — wybuch granatu ręcznego i przelecenie kuli tuż koło ucha, w dwóch przypadkach wreszcie chorzy podali, iż ogłuchli w bitwie podczas bardzo silnego strzelania. W czterech przypadkach mamy do czynienia ze zmianami niejako zawodo-

wemi u żołnierzy dłużej służących w wojsku, których organ słuchu często narażony był na działanie huku.

Czy przy tego rodzaju uszkodzeniach występują zmiany po jednej czy po obydwu stronach, w pierwszym rzędzie zależy od kierunku, z którego uraz dochodzi, przyjmując równą wartość fizjologiczną obydwóch organów słuchu. Zdaje się jednak, że i przyczyna, wywołująca uszkodzenie, nie jest też bez wpływu: np., przy eksplozji granatu połowa uszkodzeń była jednostronnych i połowa obustronnych, przy eksplozji min $^1/_3$ przypadków okazywała zmiany jednostronne a $^2/_3$ obustronne, przy postrzałach w głowę i w twarz zmiany były zawsze jednostronne i to zawsze po stronie zranienia.

Najczęstszym objawem, jaki podają chorzy w następstwie postrzałowego uszkodzenia narządu słuchowego, jest mniejsze lub większe upośledzenie słuchu, tylko w niewielkiej ilości przypadków brak jest skarg na zmiejszenie bystrości słuchu: na 68 przypadków w 55 znajdujemy w wywiadach upośledzenie słuchu. Znacznie rzadziej podają chorzy inne dolegliwości: szum w uszach lub głowie podano w 15 przypadkach, w 10 przypadkach podano ból w uszach, w wielu przypadkach przytem brak było zmian, któreby można było uważać za przyczynę bólu. W siedmiu przypadkach podano utratę przytomności, wszystkie siedem przypadków dotyczyły uszkodzeń narządu słuchu po bardzo silnych detonacjach. Stosunkowo rzadko spotykamy się ze skargami na zawrót głowy: zawrót głowy podało tylko sześciu chorych. Oprócz tych objawów podawano w znikomej ilości przypadków utratę mowy, ból głowy, wymioty. W czterech przypadkach skarg na dolegliwości ze strony narządu słuchowego wogóle nie było i zmiany w narządzie słuchowym wykryto przypadkowo przy badaniu z innego powodu.

We wszystkich przypadkach, w których chorzy skarżyli się na zawrót głowy, narząd przedsionkowy był na bodźce pobudliwy, zaburzenia jednak równowagi, jakie stwierdzono, każą przypuszczać zmiany w narządzie przedsionkowym; zmiany te były zawsze jednostronne i stosunkowo szybko mijały. Zaburzenia równogi były przeważnie mniejszego stopnia: chorzy przeważnie mogli swobodnie się poruszać, byli tylko mniej pewni; zaburzenia równowagi występują w przeważającej ilości przypadków bezpośrednio po uszkodzeniu; w jednym przypadku zaburzenia równowagi wystąpiły w 24 godziny po urazie i były tak silne, że chory bez pomocy nie mógł chodzić; w jednym tylko przypadku zaburzenia równowagi wystąpiły dopiero w dzięsięć dni po urazie. Objawy ze strony narządu przedsionkowego zwykle w kilka godzin lub kilka dni mijają, mogą jednak trwać i znacznie dłużej, np., w dwóch przypadkach dopiero w cztery tygodnie od uszkodzenia ustąpiły zupełnie.

Objawy ze strony nerwu przedsionkowego idą w parze z objawami ze strony nerwu ślimakowego, zdarzają się jednak i wyjątki. W przypadku, o którym wspomniano wyżej, iż objawy ze strony narządu przedsionkowego wystąpiły dopiero w 24 godziny po doznanym urazie, nie było żadnych skarg na dolegliwości ze strony czy to innych części ciała czy też narządu słuchowego. Przypadek ten był badany w siedem dni po uszkodzeniu (wybuch granatu w bezpośredniej bliskości), badanie wykazało słuch prawidłowy, narząd przedsionkowy na bodźce po obydwu stronach pobudliwy, stwierdzono jednak zaburzenia równowagi, które wskazywały na zajęcie prawego narządu przedsionkowego. Przypadek ten wskazuje, że przy uszkodzeniu narządu słuchowego wskutek detonacji uszkodzonym może być tylko sam narząd przedsionkowy, a w każdym razie zmiany w narządzie przedsionkowym mogą być większe, niż w narządzie ślimakowym.

Co do szumu, to powstaje on bezpośrednio po urazie, w wielu przypadkach trwa tylko przez krótki czas i w kilka godzin lub kilka dni znika zupełnie. Nierzadkie są jednak przypadki, że szum trwa czas dłuższy tak, że jeszcze w kilka miesięcy a nawet w kilka lat chorzy skarżą się na szum; w przypadkach tych prawie zawsze stwierdzić się da też znaczniejsze upośledzenie słuchu, co wskazuje na znaczniejsze zmiany w uchu wewnętrznem.

Najważniejszym i najczęstszym objawem przy uszkodzeniu ucha wewnętrznego jest mniejsze lub większe upośledzenie słuchu; przypadki, w których chorzy nie podają tego objawu w wywiadach, należą do bardzo rzadkich wyjątków.

Chcąc zorjentować się co do stopnia upośledzenia słuchu, uwzględnić musimy tylko przypadki, w których prócz zmian w uchu wewnętrznem nie stwierdzono żadnych innych zmian, a w każdym razie nie stwierdzono zmian, któreby na stan ucha wewnętrznego wpływ wywrzeć mogły.

Upośledzenie słuchu bezpośrednio po urazie może być tylko nieznacznego stopnia w postaci ogłuszenia, które w ciągu kilku godzin lub dni mija, nierzadkie jednak są przypadki, gdzie upośledzenie słuchu bezpośrednio po uszkodzeniu jest tak znaczne, że chory nie słyszy nawet mowy głośnej i porozumiewać się musi za pomocą pisma.

Sądząc po upośledzeniu słuchu, jakie stwierdziłem w przypadkach przezemnie spostrzeganych, trzeba uważać zmiany, jakie powstają w uchu wewnętrznem wskutek wybuchu lub postrzału, w większości przypadków za zmiany ciężkie, które tylko powowoli ustępują a w wielu przypadkach *restitutio ad integrum* wogóle nie następuje. W lżejszych przypadkach potrzeba około czterech tygodni, by słuch dla zegarka, stroików i szeptu wrócił do stanu mniej więcej prawidłowego, w przypadkach cięższych jeszcze po 2—3 miesiącach daje się stwierdzić mniejsze lub większe upośledzenie słuchu — jeżeli nie dla szeptu, to dla stroików i zegarka. Szybkość, z jaką zmiany w uchu wewnętrznem ustępują, i granica, do jakiej ustąpić mogą, zależy nietylko od siły uszkodzenia i wielkości zmian chorobowych, tutaj odgrywają osobnicze właściwości pojedyńczych osobników znaczną rolę: nieraz widzimy, że bardzo znaczne zmiany po wybuchu ciężkich pocisków i min znikają zupełnie, w stosunkowo krótkim czasie, w innych zaś przypadkach zmiany lżejsze znikają wolniej a nawet mniejsze lub większe upośledzenie słuchu pozostaje stale.

Przypadki, w których narząd słuchowy do stanu prawidłowego nie wraca, są dość częste; stopień stałych zmian, jakie pozostają po uszkodzeniu, jest różny. Nieraz zgłaszają się chorzy z tem, że mają słuch zupełnie prawidłowy, nie mogą jednak np. telefonować; badanie wykazuje stosunki prawidłowe z wyjątkiem minimalnego upośledzenia słuchu dla tonów wysokich. Drugą dość częstą grupę stanowią ci, którzy wróciwszy po wyleczeniu do służby frontowej, przychodzą ze skargą, że już po kilkudziesięciu wystrzałach karabinowych doznają zupełnego ogłuszenia; u tych dają się stwierdzić choćby nieznaczne zmiany w uchu wewnętrznem. O ile osobniki tej kategorji nie są wycofane na stałe z linji bojowej, dochodzi u nich do stałego znacznego upośledzenia słuchu.

Znaną jest rzeczą, że u artylerzystów rozwijają się często niejako zawodowe zmiany w uchu wewnętrznem wskutek długiego działania silnego huku. Zmiany te występują u artylerzystów, przebywających na froncie dłuższy czas i objawiają się przedewszystkiem upośledzeniem słuchu i szumem. Jeżeli zmiany te doszły do pewnego stopnia, to nawet wycofanie osobników takich z linii bojowej i przeznaczenie ich do służby spokojniejszej nie ma żadnego skutku i nie powoduje ustąpienia zmian chorobowych. Z czterech przezemnie spostrzeganych przypadków w dwóch słuch dla szeptu wynosił zaledwie około jednego metra; obydwaj służyli od początku wojny światowej przy artylerji i przeważnie na froncie; w innych dwóch przypadkach słuch był lepszy, obydwa jednak do służby frontowej nie byli zdolni.

Zauważyć muszę, że zupełnej głuchoty powstałej wskutek detonacji po eksplozji najcięższych pocisków, nie spostrzegałem w żadnym przypadku. Jest to o tyle ważne, że bardzo często przychodzą do badania byli żołnierze z twierdzeniem, że utracili słuch wskutek eksplozji na froncie; przypadki takie powinno się brać bardzo krytycznie.

Wyniki tych spostrzeżeń pozwalają wyciągnąć następujące wnioski:

1) Typowem uszkodzeniem postrzałowem narządu słuchowego są zmiany w uchu wewnętrznem.

2) Zmiany te musimy uważać za zmiany cięższe tak, że w większości przypadków nawet po dłuższym czasie można stwierdzić mniejsze lub większe zmiany.

3) Przypadki z przebytem postrzałowem uszkodzeniem ucha wewnętrznego powinny być w specjalnej opiece i przed powrotem na front powinny być przypadki te poddane badaniu. W razie stwierdzenia, że pobyt na froncie ujemnie wpływa na słuch, powinno się je wycofać z linji bojowej.

4) Artylerzystów powinno się poddawać perjodycznie badaniu; jeżeli się stwierdzi zmiany w uchu wewnętrznem, które mają charakter postępujący, należy artylerzystów takich wycofać z linji bojowej.

5) Należałoby dążyć do tego, by artylerja podczas wojny posiadała podwójną obsługę; wtedy, kiedy jedna połowa pełniłaby służbę przy armacie, druga odpoczywałaby, lub mogłaby pełnić służbę, przy której narząd słuchowy nie byłby narażony na działanie huku.

Prof. dr. Józef Latkowski. Kraków.

O znaczeniu badania układu nerwowego mimowolnego.

(Z oddziału chorób wewnętrznych Państwowego szpitala św Łazarza w Krakowie. Prym. Prof. Dr. J. Latkowski).

(Dokończenie)

Przy ocenie działania środków farmakologicznych na układ mimowolny, musimy przedewszystkiem uwzględnić wpływ gruczołów dokrewnych. Związek gruczołów dokrewnych z układem nerwowym jest niewątpliwy. Nerwy mimowolne bowiem zaopatrują gruczoły dokrewne i czuwają nad ich czynnością. Z drugiej strony wydzielina gruczołów dokrewnych (hormony) wpływa na pobudliwość układu mimowolnego. I tak wiemy o adrenalinie, że ona jako wydzielina nadnerczy, działa niewątpliwie na nerwy współczulne.

Wydzielina tarczycy podrażnia współczulny nerw przyśpieszający czynność serca, wywołuje nieregularny oddech przez podrażnienie nerwu błędnego, wywołuje poty, działając na nerwy gruczołów potnych. Wyciągi przysadki mózgowej działają moczopędnie, podnoszą ciśnienie krwi, zwalniają tętno przez podrażnienie nerwu błędnego, działają na nerwy miedniczne i macicę itd. Z tych przykładów widać, że wyciągi te działają na nerwy mimowolne, i to wybiórczo na pewne zakończenia nerwowe nerwu współczulnego, czy błędnego, i że działają na oba te nerwy. W patologji chorób gruczołów dokrewnych mamy cały szereg przykładów na to, że zmiany w gruczołach dokrewnych, wywołują zmiany nerwowe, np. w chorobie Basedowa znamy cały szereg objawów, które polegają na podrażnieniu nerwów współczulnych i nerwu błędnego, jak np. przyśpieszenie tętna, objawy oczne, poty. Ponieważ te objawy występują w doświadczeniu przy sztucznem zatruciu wyciągiem tarczycy, jesteśmy więc uprawnieni do twierdzenia, że występują one w chorobie Basedowa wskutek zwiększonej wydzieliny tarczycy i działania jej na nerwy mimowolne. Lecz także fizjologiczne zmiany, jak dojrzewanie płciowe, miesiączkowanie, ciąża, połóg, przekwitanie, mogą wywołać zmiany w gruczołach dokrewnych, które mogą być ciężkiemi zaburzeniami chorobowemi i objawiają się często zaburzeniami nerwowemi w układzie mimowolnym.

Zwolennicy pojęcia wagotonji nie liczą się wcale z pojęciem miejscowego napięcia protoplazmy, znajdującego się w samym narządzie i mającego tam swoje siedlisko. Ten „autotonus" narządów musi istnieć niezawodnie i musi zależeć od wpływów gruczołów dokrewnych (hormonów), jako też od produktów przemiany materji. W pracach o wagotonji tej sprawy nie poruszano, a wszystkie te miejscowe zaburzenia uważają autorowie wiedeńscy za zależne od napięcia nerwu błędnego i współczulnego i niejako centralizują je. Powstaje więc z tych jakby poronnych przypadków wagotonji jeszcze dziwaczniejsze pojęcie wagotonji miejscowej, co nie jest z rzeczywistością zgodne. Naszem zdaniem nerwice pojedyńczych narządów zdarzają się często i to zwykle w postaci pojedyńczej, szczególnie u ludzi, nie okazujących wielu cech neuropatycznych. Często też zdarza się zespół objawów, który nie da się wytłómaczyć pojęciem wagotonji, jak np. konstytucyjny niedostatek wydzielania żołądkowego z konstytucyjnem zwolnieniem tętna; taksamo dyspepsje fermentacyjne, w których Eppinger i Hess opisują nadmierne wydzielanie kwasu solnego, przebiegają często ze zmniejszoną kwaśnośną lub brakiem H Cl. Trudno więc te zaburzenia wytłómaczyć większem napięciem (wzmożeniem napięcia) nerwu błędnego.

Może też w pewnych częściach przewodu pokarmowego lub innych narządów, zaopatrywanych przez nerw błędny, istnieć autonomja zwojów nerwowych dość rozwinięta, dlatego można tu spostrzegać zwykle kurcz odźwiernika, lub kurcz esicy tak, jak znów może istnieć osobne miejscowe unerwienie w mięśniach oskrzeli. Za tem, że w przełyku musi być osobny mechanizm nerwowy, niezależny od nerwu błędnego, przemawia spostrzeżenie Krehla, iż po przecięciu obu nerwów błędnych wraca po kilku dniach prawidłowe napięcie mięśni przełyku w okolicy wpustu, a zatem napięcie to musi się wytwarzać autonomicznie.

Z pojęciem wagotonji nie zgadzają się doświadczenia Langley'a, który widział po podrażnieniu nerwu błędnego zwiotczenie wpustu żołądka, a nie skurcz jego. W spostrzeżeniach klinicznych mamy, jak wiadomo, wiele zagadnień niejasnych i zawiłych, a niektóre z nich starali się zwolennicy wagotonji wytłómaczyć tem przypuszczeniem. Tak np. zagadnienie zależności zwolnienia tętna od nerwu błędnego jest bardzo zawiłe i niejasne. Jeśli chcemy je tłómaczyć wzmożonem napięciem nerwów błędnych, to możemy tu zaliczyć jędynie przypadki zwolnienia tętna przy wzmożonym ucisku śródczaszkowym, w tym przypadku nerw błędny może być w ciągłem napięciu. Nie można jednak tym stanem tłómaczyć wszystkich postaci, na które działa atropina. Atropina bowiem może działać, wedle Tschermaka, i na sam mięsień sercowy, dalej może działać paradoksalnie (Haufmann). Zwolnienie tętna może być wypływem zmniejszonego napięcia w nerwach przyśpieszających, może powstać też pod wpływem zaburzeń równowagi między działaniem nerwów współczulnych, a nerwem błędnym. Roche i Cottin badali zapomocą atropiny bradykardję konstytucjonalną u neuropatów, nadto u ozdrowieńców i przy zatruciu żółcią i wykazali jednakie zachowanie się jej względem atropiny, i to takie same, jak u ludzi zdrowych, a mianowicie po wstrzyknięciu 0,002 *atropini sulfur.* zwiększenie liczby tętna o $^1/_3$ pierwotnej liczby.

Wreszcie dla klinicysty zajmujące jest spostrzeżenie, że odruchy ścięgniste prawie znikające wracają niekiedy po wstrzyknięciu adrenaliny, co wskazuje na związek między unerwieniem mimowolnem, a mięśniami kośćca (Brocke, de Boer, de Barenne).

Krytyczne więc rozpatrzenie pojęcia wagotonji na podstawie badań klinicznych doprowadziło do odjęcia mu tego znaczenia i rozciągłości, jakie mu pierwotnie przypisywano. Metoda farmakologiczna, poddana krytycznej analizie, doprowadziła jedynie do wniosku, że zapomocą niej możemy się przekonać o większej wrażliwości układu nerwowego mimowolnego u pewnych ludzi, a nie do wniosku o istnieniu zwiększonego napięcia nerwów, co może odpowiadać rozmaitym postaciom wspomnianych nerwic.

W materjale naszym uwzględniliśmy szczególnie chorych z zaburzeniami żołądka, a mianowicie: nerwice żołądkowe, wrzody żołądka i dwunastnicy; chodziło nam bowiem o stwierdzenie, czy w naszym materjale znajdujemy podstawy dla poparcia twierdzeń Bergmanna, który u chorych na wrzód żołądka znajdował 96·6% zmian w układzie wegetatywnym (u 58 na 60 chorych). Za przyczynę powstawania wrzodu żołądka uważano od dawna z jednej strony zaburzenia w krążeniu krwi w danej części błony śluzowej, z drugiej strony trawienie jej przez sok żołądkowy; błona śluzowa żołądka i dwunastnicy prawidłowo unaczyniona i odżywiana, nie ulega trawieniu przez sok żołądkowy. Przyczyny tego zaburzenia w krążeniu są bardzo liczne. Virchow i Recklinghausen mówią o mechanicznem zamknięciu naczyń przez zakrzep, zator lub miażdżycę tętnic. Eiselsberg, a później Friedrich wskazał na ważność wstecznego zatoru żyły wrotnej. Lecz nie we wszystkich przypadkach tłómaczenia te wystarczają, szczególnie co do po-

wstawania wrzodów w wieku młodym; dlatego Klebs, Lebert, a w ostatnich czasach Benecke, przychylili się do teorji niedokrwienia kurczowego najmniejszych tętniczek żołądka. Van Yjzeren przyjął za przyczynę niedokrwistości zamknięcie naczynia przez kurcz błony mięsnej właściwej (*muscularis propria*), zaś Lichtenbelt przez skurcz warstwy mięsnej błony śluzowej (*muscularis mucosae*).

Teorja nerwowa wrzodu żołądka ma też za sobą szereg doświadczeń. Pierwsze wyniki uzyskania wrzodu po przecięciu nerwu błędnego i współczulnego ogłosił Cammerer w 1828 r.

Schiff wywoływał krwotoki i częściowe owrzodzenia błony śluzowej żołądka przez uszkodzenie wzgórka wzrokowego, szypułki mózgowej, mostu Varola, rdzenia przedłużonego. Podobne wyniki uzyskiwali Brown Séquard, Ebstein, Albertoni, Koch i Ewald. Talmie powiodło się w r. 1890 uzyskać wrzód żołądka w okolicy odźwiernika przez drażnienie nerwu błędnego na szyi; później Van Yjzeren uzyskał wrzód w okolicy odźwiernika na małej krzywiźnie przez resekcję podprzeponową kawałka nerwu błędnego. Podobne wyniki uzyskali Marchetti i Zironi. Również starano się doświadczalnie przez uszkodzenie nerwu współczulnego i zwoju trzewnego (*gangl. coeliacum*) wywołać zmiany w żołądku. Vedova, który zajmował się patogenozą wrzodu żołądka, widział w doświadczeniach swych powstawanie wrzodu żołądka po uszkodzeniu splotu trzewnego. W tych przypadkach powstawały ogniska krwotoczne, martwicze i owrzodzenia, które wyglądały zupełnie podobnie do okrągłego wrzodu żołądka u człowieka. Spostrzżenia te potwierdzili Koboyashi i Schminke. Naturalnie zachodzi tu pytanie, czy wskutek uszkodzenia nerwów zachodzą zaburzenia naczynio ruchowe, czy też odżywcze i one dopiero są przyczyną owrzodzenia żołądka. Talma twierdzi, że tylko dwa zjawiska mogą tłómaczyć powstawanie owrzodzeń, a mianowicie kurcz mięśni żołądka i skurcz małych tętniczek. Van Yjzeren widział po obustronnej resekcji nerwu błędnego wyraźne spastyczne skurcze błony mięsnej żołądka. Doświadczenia zaś Koboyashiego, wykonane w zakładzie Beneckego dowodzą, że miejscowe, przemijające niedokrwienie, tak jak i dawniej wykazywane zaburzenia w krążeniu wskutek zatorów, mogą wywołać obraz anatomiczny i kliniczny wrzodu żołądka. Uzyskali oni owrzodzenia te przez przecięcie rdzenia, przez okłuwanie, względnie przez wycięcie zwoju trzewnego jak i przez podwiązanie nerwów błędnych. Marchetti uzyskiwał przez podwiązanie lewego nerwu błędnego owrzodzenia na przedniej ścianie, po podwiązaniu prawego nerwu błędnego na tylnej ścianie żołądka. Ważne są również doświadczenia, w których po czasowem podwiązaniu tętnicy trzewnej (*coeliaca*) już w 27—29 godzin po podwiązaniu powstawały owrzodzenia, a wstrzyknięcie 1 cm^3 adrenaliny do błony śluzowej żołądka wywoływało bardzo ciężką zgorzel i głębokie owrzodzenia. To samo stwierdził Rosenbach, a Schminke uzyskał owrzodzenie przez podrażnienie zwoju trzewnego. Doświadczenia te potwierdzają przypuszczenia Beneckego, że niedokrwistość odruchowa może mieć znaczenie dla powstawania wrzodu. Badania zaś Payra pozwalają przypuszczać związek patogenetyczny tych zaburzeń dla wrzodu żołądka, gdyż tak w jego doświadczeniach, jak i doświadczeniach Koboyashiego i Beneckego, powstawały w bezpośrednim związku z wynaczynieniami i nadżerkami prawdziwe wrzody żołądka.

A więc z punktu teoretycznego i na podstawie doświadczeń na zwierzętach wydaje się możliwem występowanie zaburzeń naczynioruchonych pod wpływem nerwowym, a wynikiem tego zaburzenia może być stałe upośledzenie odżywienia błony śluzowej żołądka. Naturalnie, że i z innych przyczyn może powstać upośledzenie odżywiania np. wskutek urazu. Jednakże owrzodzenia, powstałe wskutek uszkodzenia mechanicznego, termicznego, lub chemicznego, goją się bardzo szybko wedle eksperymentów Griffiniego, Mathesa i Vassalle'a, choćby nawet sięgały do błony mięsnej, i nie przedstawiają podobieństwa do wrzodu okrągłego. Tak więc właściwie, wedle obecnego stanu nauki o wrzodzie, przyczyną przewlekłego wrzodu jest zaburzenie w krążeniu, które może powstać albo na drodze zakrzepu lub zatoru, albo na drodze nerwowego, kurczowego niedokrwienia.

Na podstawie klinicznych spostrzeżeń stwierdził Bergmann, że najczęstszą przyczyną przewlekłego wrzodu żołądka jest dysharmonja w trzewnym układzie nerwowym. Na podstawie jego badań klinicznych większość chorych na wrzód żołądka i dwunastnicy, ma oznaki zaburzenia harmonji całego układu mimowolnego (u 58 chorych na 60). W żołądku samym znajdują się często oznaki podrażnienia układu nerwowego, jak wzmożona czynność gruczołów i mięśni ze zwiększoną skłonnością do kurczu mięśni, wzmożona kwasność (w naszych spostrzeżeniach 54%) i spastyczny żołądek klepsydrowaty, wykazywany przez radjologów. Otóż Bergmann przypuszcza, że stany kurczowe mięśni błony śluzowej żołądka wiodą do zamknięcia naczyń, do miejscowego niedokrwienia, do nadżerki, a wreszcie do wrzodu.

Westphal i Katsch przeprowadzili doświadczenia na zwierzętach, z których ma wynikać, że zaburzenie w czynności nerwowo-mięśniowej jest właściwą przyczyną wrzodu żołądka. Doświadczenia jednak Westphala nie są przekonywujące, bo nie można ich przenieść na ludzi, gdyż zwierzęta były zatruwane śmiertelnemi dawkami pilokarpiny. Pytanie więc zachodzi, czy słuszne jest przypuszczenie Bergmanna, że nadmierna wrażliwość układu mimowolnego jest konstytucyjną przyczyną powstawania wrzodu żołądka.

W wielu bowiem przypadkach wrzodu żołądka, może nie być wcale objawów podrażnienia nerwów błędnych, może też nie być zaburzeń ruchowych i wydzielniczych, z drugiej strony możemy zauważyć nie raz kurcze błony mięsnej bez wrzodu żołądka, a nawet bez bolów, jak to przy kurczach żołądka się zdarza.

Wedle naszych badań, przeprowadzonych na 39 chorych żołądkowych, musimy zauważyć, że przedewszystkiem nie oddziaływało na trucizny 15 chorych, a więc dosyć znaczny procent (37%) w porównaniu do danych Bergmanna, jak i Westphala. Dalej nie u wszystkich chorych były zaburzenia wydzielnicze (54%), jak nie u wszystkich badanych wykazać można było zaburzenia ruchowe, charakterystyczne dla wrzodu żołądka i dwunastnicy. Statystyka nasza nie różni się pod tym względem od innych autorów i zgadzamy się z ogólnie przyjętem twierdzeniem, że może być wrzód żołądka bez zaburzeń ruchowych i wydzielniczych i bez wyraźnych nawet bolów. Z drugiej jednak strony badania układu mimowolnego u naszych chorych, wykrywa w dużym odsetku (41,6%) oznaki wskazujące na zaburzenia w układzie mimowolnym i dość znaczny odsetek, bo 36%, oddziaływa na trucizny, działające na układ mimowolny. Dlatego na podstawie naszych obserwacyj musimy przyjąć dla patogenezy wielu przypadków wrzodu teorję neurotyczną, bo trudno zrozumieć powstawanie wrzodu u osób młodych, zresztą zdrowych, u których zakrzepy i zatory nie mogą być brane na uwagę. Ta okoliczność, że zdarzają się wrzody żołądka bez objawów kurczów żołądka lub zaburzeń wydzielniczych, nie koniecznie przemawia przeciw teorji neurotycznej, ponieważ, wedle doświadczeń Lichtenbelta, już sam kurcz warstwy mięsnej sluzówki (*muscularis mucosae*) wystarcza do zamknięcia tętniczek i miejscowego niedokrwienia i może być powodem nadżerki, może też powstać i pierwotny skurcz tętnic w rozumieniu Klebsa i Beneckego.

Skurcz właściwej błony mięsnej (*m. musc. propria*) może towarzyszyć skurczowi warstwy mięsnej błony śluzowej ale nie musi być zawsze równoczesny. Jeżeli zaś pod wpływem niedokrwienia lub pod wpływem zakrzepu u osoby starszej, wreszcie pod wpływem zatoru po operacji następuje zamknięcie naczynia, to w tych przypadkach mogą zupełnie nie wystąpić zaburzenia wydzielnicze i ruchowe. Każdy internista zna z własnego doświadczenia przypadki nagłych krwotoków żołądka, przy których nie było żadnych

objawów podmiotowych przed krwotokiem, badanie rentgenologiczne bywa w takich przypadkach często zupełnie ujemne, a nawet przy operacji, czy obdukcji, nie można znaleść przyczyny krwotoków Te przypadki bez objawów spazmofilji, bez zaburzeń wydzielniczych, z ujemnym obrazem rentgenowskim zaliczamy jednak do grupy nadżerek lub wrzodu prostego (*ulcus simplex*), który goi się łatwo w porównaniu do wrzodu przewlekłego, drążącego, wrzodu obchodzącego przedewszystkiem chirurgów. Anatomowie wrzód ten oddzielają jako wrzód ostry od wrzodu przewlekłego i od nadżerek krwotocznych.

Obok tej grupy istnieje jednak jeszcze grupa zaburzeń ruchowo-wydzielniczych bez wrzodu lub z wrzodem. W tej grupie obrazy rentgenowskie są często dodatnie, a jednak przy operacji wrzodu nie ma. W tych przypadkach można myśleć właśnie o dyspozycji kurczowej (*dispositio sppastica*) według Bergmanna o spasmofilji, według Haudecka i te przypadki mogłyby być okresem poprzedzającym wrzód. Tu moglibyśmy więc zaliczyć neuropatów i ludzi, nadmiernie pobudliwych w zakresie układu wegetatywnego. Dalej ludzi z gruźlicą płuc i gruczołów oskrzelowych. Dawniej tych chorych oddzielano jako chorych na nerwicę od chorych na wrzód żołądka. U tych chorych nadżerka na tle zakrzepu lub na tle spastycznego skurczu naczyniowego znajduje już podatne podłoże, bo wzmaga wrażliwość nerwów żołądkowych (już przedtem konstytucyjnie słabszych i wrażliwszych) wywołuje występowanie kurczów mięśniowych i nadmiernej kwaśności, które prawdopodobnie obniżają zdolność gojenia się i wiodą do wrzodu przewlekłego. Za etjologją nerwową wrzodu żołądka przemawiałoby też występowanie wrzodu żołądka w zatruciu ołowiem, jak to podają Ahlvazzi i Schiff, gdyż w tych przypadkach przychodzić może do zapalenia nerwu błędnego; również tę teorję popierają spostrzeżenia Krausa, Paltaufa i Heyrowskiego, dotyczące kurczu wpustu przy zwyrodnienia nerwu błędnego. Za teorją nerwową przemawiają spostrzeżenia autorów, którzy widzieli wrzód żołądka przy zatruciu nikotyną lub alkoholem Wedle tych danych nawet psychiczny uraz mógłby mieć znaczenie etjologicznie ważne. Pod wpływem też tych bodźców nerwowvch może powstać skurcz warstwy mięsnej błony śluzowej (*muscularis mucosae*) tak, jak warstwy mięsnej właściwej (*muscularis propriae*), i w ten sposób kurcze żołądka niekoniecznie muszą być zawsze następstwem wrzodu, lecz mogą być jego przyczyną.

Tak więc patogenozy nerwowej wrzodu nie można obalać, owszem jest ona jedną, choć nie jedyną z przyczyn powstawania i przebiegu przewlekłego wrzodu żołądka, szczególnie u osób młodych, a do postawienia jej przyczyniły się badania doświadczalne i kliniczne. Pamiętać jednak należy o zdaniu Browicza, że „nierzadko we wrzodzie trawiennym żołądka nie jeden, lecz czasem szereg różnorodnych warunków i wpływów, szereg czynników wiedzie do zachorzenia, że doszukiwanie się jednościowej podstawy wiedzie na manowce i pod względem leczniczym“.

Piśmiennictwo.

Bauer. Arch. f. klin. Med. T. 107, Browicz Gaz. lek. 1919 Nr. 27. Dehiv Arch. f. kl. Med. T. 52. Deutsch i Hoffman, Wien, klin. Woch. 1913, S. 569. Eppinger i Hess, Vagotonie. Z. f. klin. Med. T. 67 i 68. Gottlieb i Mayer. Farmakologie. Lewandowski. Zeit. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1913 T. 14. Petren i Thorling. Zeit f. klin. Med. T. 73. R. Schmidt. Wien, klin. Woch. 1911 N. 58. Zeits. f. klin. Med. T. 86. De Berenne Arch. f. Physiol. B. 166 De Boer Zeits. f. Biol T. 65. Dziembowski Berl. klin. Woch. 1917. Franke Zeit. f. klin Med T. 84 O. Loewi Arch. f. exp. Pathol. T. 59. Tschermak. Folia neurobiol. 1907 i 1909. Pflüg. Arch. 1911 T. 136. Falta i Kahn. Zeit. f, klin. Med. 72, 74. Szymonowicz. Pflüg. Arch. f. Phys 64. Talma. Berl. kl. Woch. 1910 N. 10. Zeit. f. kl. Med. 17. Payr. D. Med. Woch. 1909 N. 36. Zironi. D. Arch. f. klin. Chir. 91. Koboyashi. Frank Zeit. f. Path. 3. Eiselsberg. Arch. f. klin. Chir. 59. Della Vedova. Arch. f. Verdaungskr. Nowaczyński. O wrzodzie dwunastnicy. Klebs. Hb. d. phatol. Anatomie. Schminke. Münch med. Woch. 1910.

Z praktyki.

Dr. W. Puławski. Radziejów.

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

(Dalszy przyczynek. Patrz „Przegląd lekarski“. 1919. Nr. 38.)

W roku 1919 spostrzegałem 12 przypadków błonicy, leczonej surowicą swoistą; nie dały one ani jednego zejścia śmiertelnego i grupowały się, jak następuje: 1) *angina*: przypadków 3; 2) *laryngitis*: 5; 3) *angina c. laryngitide*: 4; czyli przypadków krtaniowych razem: 9, tj. 75% liczby ogólnej.

W r. 1920 spostrzegałem 13 przypadków błonicy, leczonej surowicą swoistą, również bez zejścia śmiertelnego; grupowały się one, jak następuje: 1) *angina*: przypadków 2; 2) *laryngitis*: 7; 3) *angina c. laryngitide*: 4; czyli przypadków krtaniowych razem 11, tj. 85% ogólnej liczby. Wysoki odsetek powikłań krtaniowych w obu latach jestem skłonny przypisać, jak i przedtem, temu, że z powodu drożyzny i ciężkich warunków życiowych udawano się po poradę lekarską tylko wtedy, gdy zdawało się grozić większe niebezpieczeństwo wobec objawów krupowych.

W r. 1921 spostrzegałem 24 przypadków błonicy, leczonej surowicą swoistą; wśród nich dwa śmiertelne, co czyni 8% śmiertelności. Przypadki grupowały się, jak następuje: 1) *angina*: przypadków 15; 2) *laryngitis* 5; 3) *angina c. laryngitide*: 4, czyli przypadków krtaniowych razem 9, tj. 38% liczby ogólnej. Ponieważ dwa z nich były śmiertelne, więc dały one 22% śmiertelności.

W ciągu trzech lat sprawozdawczych zatem było razem 49 przypadków, z nich 2 śmiertelne, czyli 4% liczby ogólnej. Przypadków krtaniowych było 29, czyli 59% liczby ogólnej; dały one zatem 7% śmiertelności. Zestawiając dane liczbowe z ubiegłych trzech lat z otrzymanemi poprzednio, można ułożyć tablicę następującą:

Rok	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków śmiertelnych	Śmiertelność ich w %	Liczba przypadków krtaniowych	Ditto w %	Śmiertelność ich w %
1919	12	0	0	9	75	0
1920	13	0	0	11	85	0
1921	24	2	8	9	38	22
1919—1921	49	2	4	29	59	7
1895—1918	994	54	5,4	569	57,2	9,5
1895—1921	1043	56	5,4	598	57,3	9,4

Te wszystkie 49 przypadki grupowały się, jak następuje:

I. Co do płci: chłopców 25; dziewcząt 24.

II. Co do wieku:

od 0 do roku = 4	od 7 do 8 lat = 2
„ 1 „ 2 lat = 13	„ 8 „ 9 „ = 2
„ 2 „ 3 „ = 7	„ 9 „ 10 „ = 2
„ 3 „ 4 „ = 3	„ 12 „ 13 „ = 2
„ 4 „ 5 „ = 6	„ 13 „ 14 „ = 3
„ 6 „ 7 „ = 1	„ 14 „ 15 „ = 4

III. Co do dnia choroby, w którym surowicę wstrzyknięto:

A. Wszystkie przypadki wogóle	B. Przypadki krtaniowe
1 — 8	1 — 11
2 — 11	2 — 8
3 — 13	3 — 8
4 — 9	4 — 2
5 — 6	
6 — 2	

IV. Co do ilości wstrzykniętej surowicy: 2000 jed. ochr. — 43, 3000 jed. ochr. — 1, 4000 jed. ochr — 5.

V. Co do objętości wstrzykniętej surowicy: 7 cm³ — 7, 8 cm³ — 13, 10 cm³ — 24, 14 cm³ — 1, 16 cm³ — 1, 20 cm³ — 3.

VI. Co do wielokrotności dawek: Jednorazowo — 44, dwukrotnie — 5.

VII. Co do objawów posurowiczych: Wśród 47 spostrzeganych przypadków (po potrąceniu dwóch śmiertelnych) osutkę posurowiczą spostrzegałem w sześciu przypadkach (12,7%), w czem w pięciu przypadkach pokrzywkę, która występowała pomiędzy 7 a 10 dniem po wstrzyknięciu 3000 lub 4000 jed. ochr. w objętościach od 14 cm³ do 20 cm³. Pokrzywka wędrowała po skórze, mniej lub więcej świędziała, i z przerwami nie trwała dłużej nad jeden do trzech dni. Białkomoczu nie spostrzegałem przy tem nigdy, mimo wzmożonej nieraz ilości wydzielanego moczu.

W przypadku szóstym (patrz niżej o reinjekcjach Nr. 93) pokrzywka występować zaczęła, naprzemian z plamami rumienia (rash), już piątego dnia po wstrzyknięciu 10 cm³ — 2000 j. ochr. surowicy warszawskiej (z dn. 22. XI. 1920), potęgując się stopniowo przez następne trzy dni (6, 7 i 8 po wstrzyknięciu) przy dość burzliwych objawach, właściwych nagłemu występowaniu pokrzywki, a następnie słabnąc i znikając stopniowo przez następne dwa dni (9 i 10 po wstrzyknięciu).

VIII. Dwa przypadki śmiertelne.

I. H. P., chłopiec 1¾-letni, chory od sześciu dni. Objawy błonicy gardła, na obu migdałkach, łukach, języczku i tylnej ścianie. Od trzech dni objawy krtaniowe, które spowodowały okres duszności (Tak opóźnione szukanie pomocy lekarskiej objaśnia ojciec, stelmach w jednym ze sąsiednich folwarków, brakiem świadomości o grożącem niebezpieczeństwie). Oddechów do 40 na minutę, z udziałem skrzydeł nosa i wciąganiem międzyżebrzy. Tętno nitkowate, bardzo częste, nie dające się zliczyć; na nosie, na twarzy i na palcach kończyn wyraźne objawy występującej sinicy. Po wstrzyknięciu kamfory i kofeiny, zastrzyknięto 2000 jed. ochr. w 10 cm³ surowicy warszawskiej (z dn. 13. XI 20). Podczas wstrzykiwania chory leży apatycznie, i prawie bez ruchu. Odczyn posurowiczy również bez żadnego widocznego znaczenia. Śmierć nastąpiła po upływie 24 godzin przy objawach stopniowego zaniku sił i działania serca.

Jednocześnie 4-letniej siostrze zmarłego, chorej od 4 dni a okazującej objawy błonicy gardła, dość rozlanej, oraz początkowe, od 12 godzin trwające, objawy krtaniowe, zastrzyknąłem 2000 j. ochr. w objętości 10 cm³ tejsamej surowicy. Szybkie zdrowienie bez objawów posurowiczych.

II. St. Waw., chłopiec ¾ roku, synek fornala z przedmieścia, chory piąty dzień na ograniczoną obustronną błonicę gardła. Prócz tego od dwu dni objawy krupowe, którym rodzice początkowo nie przypisywali poważniejszego znaczenia. Objawy te jednak w ciągu godziny przybrały nagle tak groźną postać, że natychmiast zwrócono się o pomoc lekarską. Dziecko silnie zbudowane, czyni wrażenie półtorarocznego; oddycha z dużym wysiłkiem, 44 razy na minutę, przy udziale skrzydeł nosa, mięśni mostkowo-obojczykowo-sutkowych, z wydatnem wciąganiem międzyżebrzy. Tętno nitkowate, bardzo częste, nie dające się zliczyć. Początki sinicy na twarzy i kończynach. Po zastrzyknięciu kamfory i kofeiny wstrzyknięto 2000 j. ochr. w objętości 8 cm³ (warszawskiej, z dn. 30. IX. 21. Kontr. Państw. Nr. 563). Nazajutrz dawkę powtórzono, ale bezskutecznie; śmierć nastąpiła po upływie 16 godzin od drugiego wstrzyknięcia przy objawach zwykłych. Jednocześnie brat zmarłego, 6 ½-letni, chory drugi dzień przy objawach błonicy gardła, otrzymał 2000 j. ochr. w 8 cm³ tej samej surowicy. Szybkie wyzdrowienie, bez objawów posurowiczych.

IX. Co do reinjekcji. Wstrzyknięć powtórnych (*reinjectio*) w ścisłem znaczeniu tego wyrazu, czyli zastosowanych po upływie więcej niż ośmiu tygodni od wstrzyknięcia pierwotnego, spostrzegałem: w r. 1919: trzy przypadki; w r. 1920: jeden, a w r. 1921: pięć przypadków. Przypadki te poniżej w krótkości opisuję, oznaczając je kolejnemi numerami ogólnego szeregu przedtem spostrzeganych przypadków. (Patrz: »Przegląd lekarski«. 1919 Nr. 38 i 1917 Nr. 35—37).

90). W. Gł, dziewcz., 3½ letnia (1919), *Angina diphther.* Trzeci dzień. *Laryngitis crouposa* od 12 godzin. 2000 j. ochr. w 10 cm³ surowicy warszawskiej (Ser. 4. z dn. 7. XI. 1918) Szybkie zdrowienie bez objawów posurowiczych. (1917), *Angina diphther*, drugi dzień, 2000 jed. ochr. w 12 cm³. Szybkie zdrowienie bez objawów posurowiczych.

91). L. Gł., chłopiec, 9½ letni (1919). *Angina diphther*, trzeci dzień, 2000 j. ochr. w 10 cm³. (S 4 z dn. 7. XI. 1918), bez objawów posurowiczych. (1912), *Angina diphther*, drugi dzień, 2000 j. ochr. w 20 cm³. Pokrzywka umiarkowana w 8 i 9 dniu.

92). St. Czaj., dziewcz., 5-letnia (1919), *Angina diphther*, czwarty dzień, 2000 j. ochr. w 10 cm³. (S. I. z dn. 18. II. 19), bez objawów posurowiczych. (1916), *Angina diphther*, drugi dzień, 2000 j. ochr, w 16 cm³ bez objawów posurowiczych.

93). B. Pasz., dziewcz., 1¼ roku, córeczka uchodźców z pod Brześcia Litewskiego (1920). *Angina diphther*, pierwszy dzień, 2000 j. ochr. w 10 cm³ surowicy warszawskiej (z dn. 22. XI. 1920). Piątego dnia po wstrzyknięciu zaczęła występować gdzieniegdzie na skórze pokrzywka, naprzemian z czerwonemi plamami rumienia (rash). Objawy te wzmogły się w dniu następnym, to znikając, to znów pojawiając się coraz to w innem miejscu, przyczem każdy ponowny wybuch wykwitów połączony był z dość burzliwemi objawami, właściwemi dla nagle występującej pokrzywki takiemi, jak: częste i słabe tętno, początkowe zblednięcie skóry, dające wrażenie omdlewania, po którem następowało jej zaczerwienie, swędzenie i jakby obrzęk i t. p. Objawy pokrzywki, doszedłszy chwilami do zupełnego rozwoju na większej powierzchni skóry w dniu 7 i 8 po wstrzyknięciu, zaczęły następnego dnia, czyli dziewiątego po wstrzyknięciu, stopniowo słabnąć i zjawiać się coraz rzadziej. Częściej natomiast pojawiały się plamy rumienia, coraz mniejsze i rzadsze. W 10 dniu po wstrzyknięciu, a 6 od chwili początku pokrzywki, objawy te znikły, i nie wróciły więcej. Tejsamej dziewczynce, według słów matki, osoby inteligentnej, pochodzącej z rodziny lekarzy, przed siedmiu miesiącami (w kwietniu 1920 r.), w ósmym miesiącu życia, w trzecim dniu *Anginae diphtherit*, wstrzyknięto 2000 j. ochr, w 12 cm³ surowicy warszawskiej również w jednej dawce, poczem, także piątego dnia po wstrzyknięciu, wystąpiła silna pokrzywka, przy burzliwych, współtowarzyszących objawów naczynioruchowych. Pokrzywka trwała wówczas przy zmiennem natężeniu, stopniowo słabnącem, około sześciu dni. W przypadku tym, który opisałem nieco obszerniej, zwraca uwagę silniejszy posurowiczy odczyn po zastosowaniu względnie małej ilości surowicy, zarówno po pierwszem jak i po powtórnem wstrzyknięciu. Objawy posurowicze mieszane (pokrzywka i rumień) występowały nieco wcześniej, wybitniej i trwały nieco dłużej, niż zwykle, nie wychodząc jednak poza granice objawów pokrzywkowych zwykłych, zjawiających się nagle wskutek t. zw. idiosynkrazji.

94). M. Sm., chłopiec, 13½ letni, (1921), *Laryngitis crouposa*, pierwszy dzień, 2000 j. ochr. w 10 cm³ (z dn. 22. XI. 920), bez objawów posurowiczych. (1913), *Laryngitis crouposa*, pierwszy dzień, 2000 j. ochr. w 6,8 cm³ bez objawów posurowicych. (1910) *Angina diphtherit*, drugi dzień, 2000 j. ochr. w 20 cm³. Umiarkowana pokrzywka w 7 i 8 dniu po wstrzyknięciu.

95). S. Kl., dziewcz. 14½ letnia (1921), *Angina diphther*, trzeci dzień, 2000 j. ochr. w 7 cm³ (z dn. 18. VII. 21. Kontr. Pańs. Nr. 419), bez objawów posurowiczych. (1910), *Angina diphther.*, pierwszy dzień, 2000 j. ochr w 20 cm³, bez objawów posurowiczych. (1908), *Angina diphther.*, trzeci dzień, 2000 j. ochr. w 20 cm³, pokrzywka w 7—9 dniu po wstrzyknięciu.

96). Z. Mar., dziewcz., 14-letnia (1921), *Angina diphther.*, drugi dzień, 2000 j. ochr. w 7 cm³ (z dn. 18. VII. 21 Nr. 49), bez objawów posurowiczych. (1913), *Laryngitis crouposa*, drugi dzień 2000 j. ochr. w 16 cm³, bez objawów posurowiczych.

97). J. Fab., chłopiec, 14¾ letni (1921) *Angina diphther.*, piąty dzień, 2000 j. ochr. w 8 cm³ (z dn. 30. IX. 21 K. państw. Nr. 563), bez objawów posurowiczych. (1908), *Laryngitis crouposa*, drugi dzień 4000 j. ochr. w 32 cm³ w dwóch dawkach. Pokrzywka między 6 a 9 dniem po wstrzyknięciu.

98). St. Wojc., 13¾ letni (1921), *Angina diphther.*, drugi dzień. 2000 j ochr. w 7.5 cm³ (z dn. 28. IX. 21 Nr. 552), bez objawów posurowiczych. (1909). *Angina diphther.*, trzeci dzień: *Laryngitis crouposa* od 12 godzin. 2000 j. ochr. w 16 cm³, bez objawów posurowiczych.

Z powyższych krótkich opisów dziewięciu przypadków spostrzeganych powtórnych wstrzyknięć możemy wyprowadzić następujące wnioski: 1) Najkrótszy przeciąg czasu pomiędzy powtórnem a pierwotnem wstrzyknięciem wynosił siedm miesięcy (93), najdłuższy 13 lat (97 i 98). 2) W ośmiu przypadkach powtórne wstrzyknięcie nie dało wcale objawów posurowiczych, w jednym zaś (93) wystąpiła osutka w postaci mieszanej, pokrzywki i rumienia, na piąty dzień, była wybitna i trwała sześć dni. W tym samym przypadku i pierwsze wstrzyknięcie przed siedmiu miesiącami wywołało te same objawy posurowicze. 3) W siedmiu przypadkach, w których wstrzyknięcie powtórzono poraz pierwszy, wysypka posurowicza po pierwszej injekcji wystąpiła w trzech przypadkach (91, 93, 97), w dwóch zaś przypadkach, w których wtórne wstrzyknięcie powtórzono (94 i 95), pokrzywka posurowicza pojawiła się również tylko po injekcji pierwszej, dokonanej na 3 i 2 lata przed pierwszą reinjekcją, a ta nie dała objawów posurowiczych, oraz na 11 i 13 lat przed drugą reinjekcją, obecnie opisaną. Dane, dotyczące pierwszych 68 przypadków reinjekcji podałem w mych poprzednich pracach, a mianowicie: 1. »Przegląd Lekarski« 1910. Nr. 41—43. 2) Tamże 1911 Nr 31—32. 3) Tamże 1914 Nr. 29—33. Z pozostałych 30 przypadków, 20 opisałem

w skróceniu w »Przeglądzie lekarskim« 1917 Nr. 35—37; jeden (89) tamże 1919 Nr. 38, a dziewięć pozostałych, przytoczonych w pracy niniejszej, mam zamiar omówić szerzej w oddzielnej pracy. Tu nadmienię tylko, że wśród 1043 przypadków błonicy, leczonej surowicą swoistą, czyli w 987, po potrąceniu 56 śmiertelnych, spostrzegałem 98 przypadków z reinjekcjami jedno lub wielokrotnemi, co stanowi 10% liczby ogólnej.

Dla uzupełnienia powyższej notatki, uważam za właściwe nadmienić, że w ostatnim kwartale 1921 r. pojawiła się płonica, którą jednak pod naciskiem pilnie stosowanego odosobnienia, odkażania i starannego leczenia, udało się wkrótce umiejscowić, tak, że cała ilość przypadków, które doszły do wiadomości lekarskiej ograniczyła się do dwudziestu kilku. Wśród nich 10 przypadków, powikłanych dławcem wrzekomym *(dyfteroidem)* gardzieli, leczono surowicami: przeciwpaciorkowcową wielowartościową (przeciwszkarlatynową) oraz przeciwbłoniczą. Bardziej szczegółowe sprawozdanie mam zamiar ogłosić oddzielnie. Tu nadmienię tylko, że wraz z płonicą pojawiła się w tych samych mieszkaniach błonica (*angina diphterica*) u osób starszych o różnym stopniu przebiegu chorobowego. Trzy z tych przypadków leczono surowicą przeciwbłoniczą, a mianowicie: 1) Mężczyznę 28 letniego, 2000 j. ochr. w 10 cm³, trzeciego dnia choroby. 2) Dziewczynę 21 letnią, 2000 j. ochr. w 10 cm³, drugiego dnia choroby. 3) Dziewczynę, 18 letnią, 4000 j. ochr. w 20 cm³, w dwóch dawkach, piątego i szóstego dnia choroby. Wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie przy szybkiem zdrowieniu bez objawów posurowiczych. Do ogólnej statystyki nie zaliczyłem ich, bo dotyczyły wieku powyżej lat piętnastu.

Zapiski lecznicze.

Przeciw wysiękowi opłucnej, wikłającemu grypę a szczególnie ujemnie wpływającemu na stan zdrowia ciężarnych poleca Wagner systematyczne zastrzykiwania adrenaliny (1‰) co kilka godzin po 1 gramie (aż do 18 gramów) obok salicylatów naparstnicy, kamfory.

Eckstein i Noeggerath stosowali ze znakomitym wynikiem w przebiegu zapalenia płuc u dzieci przy obrzęku płuc i takiem osłabieniu serca, że wenesekcja nie dała poprawy, podłużne nacięcie tętnicy promieniowej z następnem jej zeszyciem. Wypuszczali po 100—150cm krwi tętniczej. (M. m. W. 1921. Nr. 46.)

Przy dymienicach, czyrakach, wrzodziankach, świądzie starczym, figówce, wypryskach strupczastych, stosuje Unna trzy do dziesięciu razy zastrzyknięcia śródmięśniowe mieszaniny: Acid. carbolici 0.9, Olei jecor. aselli 30·0; miejsce zastrzyknięcia: tylna linja pachowa, o dwa palce szerokości poniżej grzebienia miednicy; częstość zabiegu: co trzy lub cztery dni (M. m. W. 1921 Nr. 46).

Przeszczepienie świeżych gruczołów przytarczycowych cielęcia chorym na drżączkę porażenną sprowadza znakomitą poprawę w stanie mięśni. Objawy wtórne, w stawach muszą być wtedy leczone ortopedycznie (M. m. W. 1921 Nr. 34).

Przy niedokrwistości złośliwej, wobec niedoskonałości skutków wycinania śledziony, stosują (Walterhöfer i Schramm) usuwanie szpiku kostnego z jednej kości długich. (Arch. f. Chir. 1921. Tom 118).

Sprawozdania poglądowe.

Dr. A. S. Tenenbaum. Łódź.

Postępy w lecznictwie odmą sztuczną.

(Dokończenie).

Powikłania i nieszczęśliwe zdarzenia. Jakkolwiek Weinberg[27]) zgadza się ze zdaniem Forlaniniego, że przy obecnym stanie techniki operacyjnej, przy obecnem instrumentarjum, nieszczęśliwe przypadki zależne są tylko od nieuwagi lub niedoświadczenia operującego, jednakże i nadal zdarzają się przypadki nieszczęśliwe, chociaż znacznie rzadziej, niż dawniej, przedewszystkiem objawy »mózgowe« jak je nazywają Francuzi (Bertier[4]). Sprawa, czy powikłanie to jest zatorem gazowym, czy odruchem opłucnowym, pozostaje otwartą. Autorzy francuscy (Bertier, Bernard, Jaquerod) uważają wszystkie przypadki za odruch opłucnowy, gdyż »zatoru można byłoby uniknąć«, gdy się jest pewnym, że się jest w przestrzeni międzyopłucnowej, odruchu uniknąć niepodobna, pomimo najlepszej techniki i ostrożności. Za tem, że odruch jest przyczyną powikłania mają przemawiać (Jaquerod): 1) przypadki śmierci przy nakłuciu próbnem; 2) przypadki podobne przy przemywaniu opłucnej; 3) istnienie całej skali przypadków od najlżejszych do śmiertelnych na tem samem podłożu, ale o tak różnem zejściu; 4) ciężkość przypadków spostrzeganych u danego osobnika wzrasta, czyli, że opłucna staje się coraz bardziej wrażliwa; 5) przez podrażnienie chemiczne opłucny (u zwierząt) otrzymywano objawy nerwowe, podobne do powikłań przy odmie; 6) spostrzegany w chirurgji, przy otwarciu dużej żyły, zator gazowy przebiega inaczej, aniżeli powikłania przy odmie; 7) nie dowiedziono dotąd obecności zatoru w naczyniach włosowatych, mózgowych i w naczyniach wieńcowych serca. Autorzy niemieccy (Brauer, Spengler i inni) są zdania, że wszystkie ciężkie przypadki zależą od wniknięcia gazu do naczyń płucnych, naczyń mózgowych lub wieńcowych, odruch z opłucny może wywołać jedynie objawy łagodne.

Z powikłań w przebiegu leczenia odmą najczęstszemi są wysięki opłucnowe. Liczba wysięków, podług różnych autorów waha się w granicach od 22.7% (Eliasberg) do 76% (Saugman) i nawet 80% (Brelon); najczęściej są one surowicze i takiemi pozostają. Jako przyczynę wysięków podają: cierpienie przypadkowe, jak zapalenie gardzieli, grypa, podrażnienie opłucnej przez rozrywanie zrostów lub przez szerzenia się sprawy swoistej z obwodowej części chorego płuca ku opłucnej; pewne znaczenie ma tu również drażnienie opłucnej przez obce ciało, gaz. Wyjałowienie gazu przez przepuszczanie go przez sublimat ma zmniejszać ilość wysięków (Eliasberg[14]). Francuzi dzielą wysięki na trzy grupy (Dumarest, Parodi i Lelong[20]): 1) wysięki idjopatyczne, zależne od drażnienia gazu; występują wcześnie, są niewielkie, szybko się wsysają, zejście zawsze bywa dobre. Towarzyszy im podwyższona ciepłota, częściej jej jednak brak. Płyn zawiera mało białka, w osadzie zaś, ciałka eozynochłonne, limfocytoza. 2) Wysięki gruźlicze o dwóch typach: a) wysięk łagodny, podobny do idjopatycznego, b) wysięk z gorączką. Wczesna limfocytoza przemawia za ich pochodzeniem gruźliczem. 3) Wysięki posocznicze powstają nagle z wysoką ciepłotą; wykazują drobnoustroje, limfocytozę, leukocytozę, krwinki czerwone. Wysięki surowicze, a czasem nawet ropne, nie zawsze działają ujemnie. Ilość wyleczonych z wysiękami ma być prawie jednakowa (Saugman[21]).

Ciężkiem powikłaniem w przebiegu odmy jest powstawanie dodatkowe odmy naturalnej. Tworzy się przedziurawienie tkanki płucnej i połączenie oskrzeli z przestrzenią odmy sztucznej. Na 300 przypadków odmy sztucznej takie powikłanie widział Burnand[22]) w ośmiu. Powikłanie to w przebiegu odmy sztucznej co do ciężkości i przebiegu jest podobne do zwykłej odmy naturalnej; połowa przypadków kończy się śmiercią wskutek zaduszenia się lub złośliwego zapalenia ropnego opłucnej (Landgraf[23]).

Wyniki. Przy omawianiu wyników leczenia odmą sztuczną należy odróżnić wpływ bezpośredni odmy sztucznej od wyników stałych. Żadna inna metoda lecznicza suchot płucnych nie daje tak dobrych wyników bezpośrednich. Większość chorych traci szybko objawy toksyczne, jak gorączkę, poty nocne; około 50% chorych traci laseczniki. Mówiąc o wynikach stałych należy przedewszystkiem przytoczyć statystykę Saugmana[21]). Stosował on odmę od roku 1907 do 1918 u 310 chorych III-go okresu i u 3 — II-go okresu podług Turbana; nie udało się założyć odmy u 92, tj. w 30% przypadków.

Saugman w swej statystyce porównuje wyniki otrzymane u chorych leczonych odmą sztuczną z wynikami u chorych, którym nie udało się założyć odmy. Z pośród chorych leczonych odmą miał: 1) zdolnych do zwykłej lub lżejszej pracy 74 (33,9%), 2) niezdolnych do pracy wskutek tek gruźlicy 7 (3.2%); 3) niezdolnych do pracy z powodu innych przyczyn 1 (0,5%); 4) zmarło na gruźlicę — 130 (59,3%); 5) zmarło z powodu innych przyczyn 6 (2.8%). U chorych, którym nie udało się założyć odmy, wyniki były następujące: 1) zdolnych do zwykłej lub lżejszej pracy było 10 (10,9%); 2) niezdolnych do pracy wskutek gruźlicy 1

(1,1 %); 3) niezdolnych do pracy z powodu innych przyczyn 0 (0 %); 4) zmarło na gruźlicę 79 (85,9 %) i 5) zmarło z powodu innych przyczyn 2 (2,2 %). Po wykluczeniu z ogólnej ilości chorych beznadziejnych miał 74 (40 %) zdolnych do pracy po leczeniu odmą. Z pośród 74 chorych, 18 jeszcze się leczy, 56 zaprzestało leczenia. Liczba zdolnych do pracy, leczonych odmą, jest 3 razy większa od liczby tych, którym odmy nie założono. Rickman[24]) z sanatorjum w St. Blasien miał w ciągu 14 lat u 81 chorych, 66,5 znacznej poprawy lub poprawy, 10% bez poprawy i 18,5% pogorszenia. Harms[25]) w swej statystyce na 193 chorych podaje: zmarło 92, niewiadomy los 48, żyje 53, zdolnych do pracy 65 (34 %), czasowo zdolnych 17, zupełnie wyleczonych 7. Liebe[27]) na 104 przypadków miała dobre wyniki w 43,8 %. Dumarest i Murard na 98 przypadków: nie udało się założyć odmy w 46, w 34 miał odmę zupełną, w 18 częściową; przy odmie zupełnej: bardzo dobre wyniki 25 %, dobre 28 %, średnie 4,16 %, złe 12,5 %; zmarło 37,5%; przy odmie częściowej dobre wyniki 7,14 %, dość dobre 28,57 %, średnie 7,14 %, złe 14,28 %, żadne w 14,28 %, zmarło 28,57 %.

Gravesen czyni wynik zależnym od stopnia ucisku płuca. Przy odmie zupełnej miał zdolnych do pracy 70.2 %, niezdolnych 2,1 %, zmarło na gruźlicę 23,4 % z powodu innych chorób 2,1 %; rezultat niewiadomy w 2,1 %. W przypadkach z odmą niedoskonałą — zdolnych do pracy 33,5 %, zmarło na gruźlicę 66 1/2 %; przy odmie częściowej, zdolnych do pracy 11,1 %, zmarło na gruźlicę 86.7 %; zmarło z powodu innych przyczyn 2,2 %.

Odmie sztucznej przypisują w Niemczech wpływ na zmniejszenie się (w latach 1912—1920) ilości osób pobierających rentę ubezpieczenia inwalidów z powodów gruźlicy (Erwin Dorn[26]).

Wnioski. Zdania wszystkich piszących o tej sprawie można ująć, jak następuje: Odma lecznicza, przy uwzględnieniu ścisłych wskazań i umiejętnem jej stosowaniu, jest metodą najbardziej skuteczną z metod leczenia suchot płucnych daleko posuniętych; należałoby ją częściej stosować w gruźlicy wieku dziecięcego; zasługuje na sprawdzenie wartości jej stosowanie w leczeniu płatowego zapalenia płuc. Odma sztuczna, jak mówi Holmgreen (przyt. przez Saugmana), jest największym postępem w leczeniu suchot płucnych od czasu Brehmera i Dettweilera. Nieszczęśliwe zdarzenia są właściwie rzadkie. Saugman nie miał ani jednego w ostatnich 8 latach.

Porównanie częstości stosowania odmy płucnej leczniczej u nas i w Europie zachodniej doprowadza do wniosku, że nazbyt rzadko ją stosujemy; ogół lekarzy nie zdaje sobie jeszcze dostatecznie sprawy z tego, że statystyka wyleczeń jest odsetkiem wyrwanych rychłej śmierci.

Piśmiennictwo.

1) Klemperer. Die Lungentuberculose, 1920. 2) Bernard. La Tuberculose pulmonaire, 1921. 3) Plehn. M. med. Woch. Nr. 19. 1921. 4) I. Bertier. Pneumothorax artificiel ou therapeutique, (Méthode de Forlanini) w podręczn. Traité de pathologie medicale et de therapeutique appliquè. T. 17 Tuberculose. 5) Gwerder. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. T. 47. Z. 2. 6) G. Michels. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. T. 46. Z. 1. 7) E. Rist i A. Strohl. Annales de Médecine T. 8. N. 4. 8) H. Grass. Beitr. Z. Klin. d. Tuberk. T. 46. Z. 9) A. Schwenkenbecher. Med. Klin. N. 20. 1920 10) F. Sauerbruch i A. Brunner Z. f. Tuberk. T. 34. Z. 3-4. 11) I. Neumayer. M. m. W. N. 43. 1921. 12) Neumann. W. Z. f. Tuberk. T. 35. Z. 3. 13) Erich Wolff. Berl. Klin. W. N. 52. 1921. 14) Helene Eliasberg. D. m. W. N. 35. 1920. 15) Hansen. Med. Klin. N. 49. 1920. 16) K. Henius. D. med. W. N. 1. 1921. 17) U. Friedeman. D. Med. W. N. 7. 1921. 18) O. David. D. Med. Woch. N. 28. 1921. 19) Stöcklin. Beitr. Z. Klin. d. Tub. T. 46. Z. 2. 20) F. Dumarest, F. Parodi i I. Lelong. Annales de Méd. T. 8. N 5 1920. 21) Chr. Saugman. Z. f. Tuberk. T. 34. Z. 6. 22) H. Burnand. Annales de Méd. T. 9. N. 1. 1921. 23) Th. Landgraf Beitr. z Klin. d. Tuberk. T. 45. 1921. 24) L. Rickman. Beitr. Z. Klin. d. Tuberk. T 46 Z 1. 25) Harms. Beitr. z. Klin d. Tuberk. T. 46. Z. 26) Dorn Erwin. Beitr. z. Klin. d. Tuberk. T. 46. Z. 27) Hertha Liebe Beitr. z. Klin. d. Tuberk. T. 49. Z. 2. 28) G. Küss. Revue de la Tub. N. 3. 1921. 29) F. Dumarest i Lelong. Revue de la Tuberc. N. 2. 1921. 30) Gravesen. Ref. w Zeitschr. f. Tuberk. T. 35. Z. 3.

Oceny i sprawozdania.

A. Weil. **Die innere Sekretion.** *Eine Einführung für Studierende und Aerzte.* 1921. Z. 35 rysunkami. Str. II+140.

Wbrew układowi dotąd przyjętemu w pracach o wydzielaniu wewnętrznem, w dziele Weila mamy wyłożony kolejno udział gruczołów dokrewnych w czynności poszczególnych narządów, a nie opis kolejny własności poszczególnych gruczołów. Dwa pierwsze rozdziały są poświęcone rozwojowi pojęcia wydzielania wewnętrznego i rozwojowi histologicznemu gruczołów dokrewnych. W rozdziale trzecim jest mowa o wpływie tych gruczołów na skład i czynności krwi, w stanie zdrowia i w rozmaitych schorzeniach. Rozdział czwarty zawiera stan nauki o wpływie tych gruczołów na czynności narządu krążenia; podobnie w rozdziale piątym, o ich wpływie na oddychanie i powstawanie głosu; w szóstym, na przemianę gazów i regulację ciepła, na przemianę białczanów, tłuszczów, wodanów węgla (pouczający diagram stosunku piqûre rdzenia do wydzielania wewnętrznego), na przemianę związków nieorganicznych, na gospodarstwo wodne i czynności nerek. W rozdziale piątym jest mowa o wpływie gruczołów dokrewnych na czynności żołądka i kiszek. W szóstym, o witaminach i gruczołach dokrewnych (rola witamin jako budulca hormonów). W rozdziale następnym jest mowa o wpływie gruczołów dokrewnych na pracę mięśniową.

Obszernie i szczegółowo jest opracowany dział, tyczący się związku między wzrostem, formą ciała, a gruczołami dokrewnemi: wzrost kośćca, szybkość wzrostu, szerokość barków i miednicy, plan ogólny budowy ciała, cechy płciowe wtórne, zmiana płci, obojnactwo. Dalej mamy poruszone zagadnienia następujące: rozradzanie się, popęd płciowy, psyche i wydzielanie wewnętrzne.

Książkę kończą krótkie rozdziały o chemji hormonów, o metodach ich wykrywania, o wzajemnym wpływie tych gruczołów, o ich stosunku do układu nerwowego.

Podręcznik Weila, jest szczególnie odpowiedni dla lekarzy praktyków, którzy przy czytaniu monografji, poświęconych oddzielnym gruczołom, wpadają łatwo w przesadną ocenę roli danego gruczołu w przebiegu pewnych czynności i zboczeń.

E. Gley. **Quatre lecons sur les sécrétions internes.** Paryż. 1921. Wydanie drugie, str. 160.

Inny zupełnie charakter, niż dzieło wyżej przytoczone, noszą odczyty Gleya, profesora *Collège de France*

Jest to ocena krytyczna obecnego stanu całego zagadnienia o roli gruczołów dokrewnych.

Wykład pierwszy zawiera jedynie historję powstania nauki o wydzielaniu wewnętrznem. Zasługi Claude Bernarda Brown Séquarda i Starlinga; ostatni wprowadził termin: hormony (materje podniecające); ponieważ jednak nie wszystkie wytwory gruczołów dokrewnych mają działanie podniecające, należy uwzględnić i drugie miano: harmazonów, które wywierają wpływ na przemianę materji, na morfogenezę, na stałość składu soków ustroju.

W rozdziale drugim („warunki fizjologiczne niezbędne do wydzielania wewnętrznego") autor rozważa warunki, jakim musi odpowiadać narząd, by wolno go było nazwać gruczołem dokrewnym. Zdaniem G. odpowiadać on musi trzem warunkom: histologicznemu, zawierać komórki swoiście ustosunkowane do naczyń; chemicznemu, żyły gruczołu powinny zawierać wytwór swoisty; fizjologicznemu, żyły gruczołu muszą zawierać krew, wywołującą przy zastrzyknięciu innemu zwierzęciu pewne objawy swoiste.

Zdaniem Gleya wiele obecnych poglądów na hormony oparto na mylnych spostrzeżeniach. Własne badania nad czynnością nadnerczy i adrenaliny doprowadziły autora do wniosków następujących: adrenalina w swej drodze od nadnerczy do serca prawego zostaje rozłożona i rozcieńczona, we krwi tętniczej znajduje się w ilościach nieczynnych, więc wogóle nie dochodzi do tych narządów, na które musiałaby zadziałać, gdyby miała wpływać np. na napięcie naczyń. Gley nie uznaje roli adrenaliny jako bodźca fizjologicznego, nie uznaje fizjologicznej adrenalinemji. *Eo ipso* nie uznaje stanu chorobowego, hypadrenalinemji. Co się tyczy

hyper-adrenalinemji, to żąda dowiedzenia jej istnienia przez bezpośrednie wykazanie zwiększonej zawartości adrenaliny we krwi tętniczej. Zdaniem G l e y a, nie część rdzenna nadnerczy (chromochłonna), tylko część korowa czyni ten narząd niezbędnym dla życia (wytwarzanie lipoidów, cholesteryny).

W wykładzie trzecim („Podstawy badania hormonów i harmazonów") autor potępia obecnie stosowaną w poszukiwaniach naukowych metodę: utożsamiania działania otrzymywanego po w y c i ą g a c h z n a r z ą d u z działaniem wydzieliny (hormon, harmazon) tego narządu. Wyciąg z narządu nie jest wydzieliną wewnętrzną! Z tego punktu widzenia budzą w nim wielkie wątpliwości liczne ogłoszone badania; G l e y dochodzi do tego, że za j e d y n y pewny hormon uważa sekretynę. (Jest więc blizkim stanowiska, jakie zajmował śp. P o p i e l s k i).

Jako harmazony wylicza G l e y: wydzielinę wewnętrzną trzustki, zapobiegającą, by cukier nie przeszedł w nadmiarze do krwi i moczu, antitrombinę (z wątroby), wydzieliny tarczycy, grasicy, przysadki mózgowej, gruczołów płciowych.

W wykładzie czwartym („Rewolucja w biologji") autor wykazuje, jak potężny wpływ na naukę o życiu wywarły prace o czynnościach gruczołów dokrewnych, których rola jest jednak dotąd za mało ściśle zbadana.

S. Sg. (Łódź).

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

The Lancet.

Nr. 3. T. II. 1921.

R. C a r s l a w. **Ostre zapalenie trzustki z następową torbielą. Wyzdrowienie.** Chora 29-letnia w dwa tygodnie po porodzie dostała w górnej części brzucha i w krzyżach gwałtownych bólów, które powtarzały się w różnych odstępach czasu w ciągu 5 tygodni. W lewem podżebrzu bolesny guz wielkości jaja kurzego, ciągłe wymioty, czasami podwyższenie ciepłoty. Po przyjęciu chorej do szpitala stan ogólny znacznie się pogorszył; silne wzdęcie brzucha, lekka sinica. Bolesne stwardnienie wyczuwa się w nadbrzuszu i obu podżebrach. Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono niezwykle powiększoną trzustkę; żołądek i poprzecznica były przesunięte ku dołowi. Trzustka była powiększona równomiernie, twarda i żółtawej barwy. Tkanka okołotrzustkowa obrzękła; w sąsiedztwie części ogonowej — martwica tłuszczowa. W jamie otrzewny płyn wolny, bez domieszki krwi. W 4 tygodnie po operacji nawrót wymiotów i w następnym tygodniu — w nadbrzuszu i lewem podżebrzu bezbolesny opór. Badanie kału wykazało lekką niedomogę trzustki. Przy powtórnej operacji stwierdzono dużą torbiel trzustki wielkości głowy dziecka. Zasługuje na uwagę, że mimo wielkich rozmiarów guza, nie było bólu, żółtaczki, cukromoczu i stolców tłuszczowych. Wymioty były pochodzenia mechanicznego, wskutek ucisku żołądka. Prawdopodobną przyczyną torbieli, która wytworzyła się w miesiąc po ostrem zapaleniu trzustki, było zatkanie przewodów zbyt gęstą wydzieliną lub też częściowa martwica tkanki. W 2 miesiące po drugiej operacji stan chorej był zupełnie dobry.

N. 4. T. II 1921.

Prof. E. H. S t a r l i n g. **Prawo czynności serca.** Podczas natężonego ruchu fizycznego dopływ krwi do mięśni oraz praca serca zwiększa się od 7 do 10 razy. Odpowiednio do potrzeb ustroju, ilość krwi, wyrzucanej przez serce, waha się w bardzo szerokich granicach: od 3 do 30 litrów na minutę. Jaka jest istota i mechanizm tej wielkiej przystosowalności serca? Żeby na to pytanie odpowiedzieć, autor wykonał szereg doświadczeń na zespole serca i płuc, wyciąwszy je z ustroju zwierzęcia. Przy pomocy troskliwie obmyślanego i złożonego urządzenia można było odtworzyć warunki krążenia i oddychania płucnego oraz utrzymać czynność serca od 8 do 12 godzin po śmierci zwierzęcia. Trzy główne czynniki: ciepłotę krwi, jej dopływ do serca i opór, stawiany skurczowemu rzutowi, można było zmieniać niezależnie od siebie i zgodnie z wolą eksperymentatora. Zwiększając i zmniejszając opór tętniczy i mierząc ciśnienie w komorach w okresie rozkurczu (prawie 0), autor przekonał się, że napięcie ścian serca nie jest wcale czynnikiem określającym siłę skurczu w uderzeniu następnem. Siła rzutu skurczowego znajduje się w stosunku prostym do wielkości serca w okresie rozkurczu. Im więcej zdoła rozszerzyć się serce, tem większe będzie w niem ciśnienie podczas następnego skurczu. Przy tożsamości wszystkich innych czynników stopień rozszerzenia serca w czasie rozkurczu można uważać za probierz jego fizjologicznej sprawności. Ale przystosowalność serca ma swoje granice. Jeżeli dla osiągnięcia należytego ciśnienia, serce musi rozszerzyć się nadmiernie, mięsień jego zaczyna słabnąć. Powstaje wreszcie chwila, w której szkodliwe czynniki mechaniczne biorą górę nad fizjologicznym wpływem rozszerzenia serca. Staje się ono coraz większe i nie może opróżnić swej treści. Ponieważ rozszerzenie serca jest następstwem wydłużenia jego włókien mięsnych, zasadnicze prawo serca można sformułować w ten sposób: i m d ł u ż s z e s ą j e g o w ł ó k n a m i ę s n e, t e m w i ę k s z a j e s t e n e r g j a, w y z w a l a n a p r z y s k u r c z u. Prawo to, będące podstawą przystosowalności serca, stosuje się również do wszystkich włókien dowolnego układu mięśniowego. Wydłużenie powierzchni oznacza zwiększenie cząstek czynnych w czasie skurczu. Jest ono równoznaczne ze zwiększeniem całkowitej przemiany chemicznej oraz całkowitego napięcia, powstającego przez zsumowanie napięcia powierzchni każdego oddzielnego włókienka (fibril). [Zastosowanie powyższego prawa w patologji klinicznej będzie omówione w innym artykule (Nr. 25)].

Nr. 5. T. II. 1921.

F. G r i f f i t h. **Serologiczne typy dwoinek w płatowem zapaleniu płuc.** Wyodrębnienie różnych typów dwoinek, jak dowodzą badania z Instytutu R o c k e f e l l e r a, ma bardzo ważne znaczenie w zapobieganiu i leczeniu zapalenia płuc. Podstawą badania jest wybiórcze zlepianie różnych dwoinek przez surowice odpowiednio uodpornionych królików. W tym celu wstrzykuje się królikom dożylnie małe ilości hodowli buljonowej dwoinek typu I, II i III. Początkowo wstrzykuje się hodowle zabite ogrzewaniem do 60°C w ciągu pół godziny, później hodowle żywe. Dawki zwiększa się stopniowo w ciągu 10 tygodni. W 10 dni po ostatniem wstrzyknięciu następuje upust krwi. Zlepiające własności surowicy określano przy pomocy dwoinek z hodowli buljonowej, zawieszonych w rozczynie soli. Zlepianie typu I i II. następuje przy mianie 1 : 320, typu III. — 1 : 640. Każda surowica zawiera zlepniki swoiste dla zastrzykniętego typu. Ze 100 przypadków zapalenia płuc, zbadanych przez autora, w 88 wyosobniono dwoinki z plwociny, w 12 — z płuc. Zarazki szczepiono śródotrzewnowo myszom i z krwi ich serca sporządzano hodowle na agarze i buljonie z domieszką krwi. Typ zarazka określano przy pomocy odczynu aglutynacyjnego, występującego pod wpływem swoistej surowicy króliczej typu I, II, III. Nadto dla szybkiej orjentacji posługiwano się nieco zmienionym amerykańskim sposobem badania. W tym celu badano odrazu materjał, zebrany z jamy otrzewnej myszy, której uprzednio zaszczepiono dwoinki. Jamę otrzewnej przepłukiwano 5 c. cm. rozczynu soli i płyn ten po odwirowaniu mieszano z równą ilością każdej surowicy, rozcieńczonej w stosunku 1 : 10. Jeżeli badany zarazek należy do typu I, II, III, odczyn z odpowiednią surowicą jest natychmiastowy i bardzo wybitny po upływie godziny. W razie ujemnego wyniku badania, jeżeli hodowla rozpuszczała się w żółci, zarazek zaliczano do typu IV. Na podstawie tych badań w 100 przypadkach zapalenia płuc autor stwierdził następującą częstość poszczególnych typów: I—24, II—35, III—10, IV—21. Typ III różni się od pierwszych nietylko serologicznie, ale także cechami morfologicznemi i postacią hodowli.

N. 6. T. II. 1921.

C. M c C l u r e i H. E l l i s. **O stosowaniu kwasu solnego.** W badaniach swych nad znaczeniem nerek w regulacji równowagi alkalicznej krwi autorzy w większej liczbie przypadków stosowali kwas solny (*ac. mur. dil.*), sądząc zgodnie z utartą opinją, że środek ten jest zupełnie nieszkodliwy dla ustroju człowieka. Wkrótce jednak przekonali się, że kwas

solny, nawet w dawkach zwykłych, może wywołać u osób wrażliwych bardzo niepożądane i szkodliwe następstwa. Ta nadwrażliwość czasami daje się spostrzegać u osób pozornie najzupełniej zdrowych. Z jednej strony występują szybko po jego użyciu nudności i wymioty, z drugiej zaś — zaburzenia w krążeniu, ze znacznem podniesieniem ciśnienia krwi, którego źródłem są zapewne nerki. W jednym przypadku po jednodniowem używaniu kwasu solnego ciśnienie krwi podniosło się ze 140 do 240 mm. i wróciło do dawnego stanu dopiero po 3 dniach, pod wpływem związków zasadowych. Podniesieniu ciśnienia krwi towarzyszy najczęściej zwiększone stężenie moczu. Systematyczne badania kwaśności moczu, dokonywane 3 razy dziennie, bezpośrednio po nocy, w godzinach przedpołudniowych i w ciągu dnia po pracy, dowodzą, że stosowanie kwasu solnego upośledza zdolność nerek do wydzielania kwasów, nagromadzonych w ustroju podczas dziennej pracy. Porównanie kwaśności 3 próbek moczu oraz stopień odchylenia od prawidłowego stanu daje ważne wskazówki co do charakteru zaburzeń nerkowych (czynnościowe, organiczne). Pierwszym objawem przemijającego zaburzenia czynnościowego po zastosowaniu kwasu solnego jest zwiększenie stopnia kwaśności, zwłaszcza drugiej części moczu, oraz ujednostajnienie pod tym względem wszystkich części, zebranych w ciągu całej doby. Jeżeli zaś wchodzi w grę istotne uszkodzenie tkanki nerkowej, następuje obniżenie kwaśności moczu, szczególnie części pierwszej, a w związku z upośledzonem wydzielaniem kwasów i towarzyszącem mu podniesieniem ciśnienia krwi zwiększa się ponad normę dzienna ilość moczu. Przy zaburzeniu czynnościowem, jeżeli nadkwaśność krwi nie utrwala się na dłużej, podniesienie ciśnienia przemija szybko. W przeciwnym razie trwa dotąd, dopóki nie nastąpi na innej drodze wyrównanie. Jeżeli mamy powody do przypuszczenia, że źródłem tych zaburzeń są zmiany w budowie nerek, podawanie kwasu solnego i kwaśnych potraw jest przeciwskazane. To też w przypadkach klinicznie wątpliwych, przy stosowaniu kwasu solnego trzeba od czasu do czasu badać ciśnienie krwi oraz mocz na zawartość kwasu wolnego i utajonego. Na podstawie tych badań autorzy przychodzą do wniosku, że kwasy przez swój wpływ na tkankę nerkową są bardzo ważnym regulatorem jakościowego i ilościowego wydzielania moczu.

R. Walker. **Kaolin (bolus alba) w leczeniu cholery azjatyckiej.** Zachęcony świetnemi wynikami, otrzymanemi przez Kulme'a podczas wojny bałkańskiej (zmniejszenie śmiertelności z 60% na 3%), wypróbował autor działanie kaolinu w ciężkiej epidemji cholery w Chinach w 1919 r. Wśród 75 przypadków, dostarczonych do szpitala w stanie bardzo silnego zapadu, nie było ani jednego zejścia śmiertelnego. Chorym podawano do wewnątrz duże ilości mieszanki kaolinu i wody (1 : 1), gęstą zawiesiną przepłukiwano jelita i w razie potrzeby wstrzykiwano dożylnie hipertoniczny roztwór soli. Jeżeli stan chorego nie był rozpaczliwy, jeżeli tętno było macalne a świadomość zachowana, to już po upływie kilku godzin występowała wybitna poprawa. Ustawały wymioty, polepszało się samopoczucie i zjawiał się sen. W przypadkach lekkich biegunka ustaje po 12 godzinach, a po 24—36 godzinach zaczyna wydzielać się mocz. W przypadkach bardzo ciężkich — stosowano roztwór soli dożylnie, a kaolin początkowo z powodu ciągłych wymiotów tylko w lawatywach. Aby wyjaśnić sposób działania tego leku, podjął autor szereg badań doświadczalnych na królikach. Wielkie dawki wypełniają jelita i wchłaniają prątki, które w olbrzymich ilościach wydzielają się na zewnątrz wraz z mieszanką kaolinu. Pod tym względem działa kaolin mechanicznie, a nie bakterjobójczo; prócz tego tworząc ściśle przylegającą powłokę na ścianie jelit, zapobiega wessaniu toksyn. Wskutek tej własności kaolin mógłby znaleźć szersze zastosowanie we wrzodziejących zapaleniach jelit. Najważniejszy jest jednak wpływ ssący, polegający na niezwykłej subtelności cząsteczek. Pochłanianie toksyn przez mieszankę kaolinu tłomaczy szybkie ustawanie biegunki i wymiotów.

N. 7. T. II. 1921 r.

P. Bassett-Smith. **Konserwacja soku cytrynowego i zapobieganie gnilcowi.** Ponieważ witamina przeciwgnilcowa ulega rozkładowi pod wpływem gorąca, autor wykonał liczne doświadczenia na świnkach morskich, chcąc sprawdzić jaka jest istotna wartość przeciwgnilcowa suchego przetworu soku cytrynowego, znajdującego się w handlu w postaci tabletek. Jedna tabletka odpowiada 20 cm³ świeżego soku cytrynowego. Badania autora dowodzą, że tabletki, sporządzane na zimno, zachowują moc działania w ciągu 12 miesięcy. Sok cytrynowy, sporządzany z całego owocu (Messina) i nie zabezpieczony od wpływu gorąca, traci zupełnie swoje przeciwgnilcowe własności. Konserwy z pomidorów podawane w ilości 4 cm³ dziennie są środkiem zapobiegawczym i leczniczym w gnilcu doświadczalnym świnek.

A. Macklin i L. Hussey. **Gnilec w wyprawach podbiegunowych i akcja zapobiegawcza w świetle współczesnej nauki.** Po krótkim wstępie o wielkiem znaczeniu gnilca w historji dotychczasowych wypraw podbiegunowych, dają autorzy ogólny pogląd na istotę gnilca ze stanowiska teorji witamin. W dziale, poświęconym patologji, zasługuje na uwagę opis okresu przedgnilcowego, który na kilka tygodni, a nawet miesięcy, poprzedza objawy właściwej toksemji. Zapobieganie sprowadza się do trzech głównych zadań: 1) do usunięcia czynników usposobiających, związanych z warunkami życia i podróży, 2) do zaopatrzenia uczestników w dostateczną ilość czynnej witaminy przeciwgnilcowej, i 3) do należytego uregulowania funkcji przewodu pokarmowego w okresie przedgnilcowym.

Prof. V. Harding (Canada). **Nudności i wymioty u ciężarnych.** Autor uzasadnia i rozwija szerzej pogląd, wypowiedziany w jednej z prac poprzednich, że głównym czynnikiem etjologicznym wymiotów podczas ciąży jest brak glikogenu w wątrobie matczynej. Twierdzenie to opiera na następujących faktach: 1) Ketonurja jest stałym objawem, spostrzeganym nie tylko w ciężkich, ale i w lekkich postaciach wymiotów. 2) W olbrzymiej większości przypadków djeta, obfitująca w węglowodany, sprowadza wybitną i szybką poprawę. 3) W niektórych przypadkach sekcyjnych znajdowano głębokie zmiany zwyradniające wątroby. 4) W badaniach doświadczalnych na zwierzętach, po krótkotrwałym okresie głodu, spostrzegano nacieczenie tłuszczowe wątroby (*Mottram*). Brak glikogenu, którego nieuniknionem następstwem jest zmiana tkanki wątrobowej, tłomaczy się wielkiem zapotrzebowaniem tego materjału ze strony łożyska. W pierwszych miesiącach ciąży jednym z ważnych zadań łożyska jest gromadzenie glikogenu dla rozwijającego się płodu. Funkcję tę pełni ono do czasu, kiedy wątroba płodu stanie się zdolną do magazynowania własnego zapasu węglowodanów. Dopiero po zupełnem ukształtowaniu łożyska i ustaleniu równowagi między niem i wątrobą matczyną, ilość glikogenu w tej wątrobie wraca do prawidłowego poziomu i wymioty ustają. Dzieje się to najczęściej około czwartego miesiąca ciąży. W rzadkich przypadkach czerpanie glikogenu z zapasów matczynych trwa do końca życia płodowego. Prawdopodobnie płód czerpie swój tłuszcz nie z zasobów tłuszczu matczynego, lecz z węglowodanów (*Slemons*). W miarę przewlekania się sprawy, głód i prawdopodobnie odwodnienie tkanek zwiększają stopień objawów i wywołują t. zw. wymioty złośliwe. Do drugorzędnych czynników etjologicznych zalicza autor zatrucie pochodzenia jelitowego i wpływy nerwowe. Leczenie powinno dążyć przedewszystkiem do utrzymania zapasów glikogenu w wątrobie na możliwie wysokim poziomie. Wskazane jest obfite podawanie węglowodanów, najlepiej z wyłączeniem na czas pewien tłuszczów. Nadto lawatywy odżywcze z 6—8 uncji 10% rozczynu glukozy, 3 razy dziennie. Ten sam rozczyn w ilości 500 c. cm, stosowany podskórnie, wywołuje dosyć silne bóle. W przypadkach bardzo ciężkich, oprócz lawatyw, wskazane jest wstrzykiwanie dożylne jednego litra 5% jałowego rozczynu glukozy. W celu przeciwdziałania odwodnieniu ustroju podawać dużą ilość płynów. Nadto środki łagodnie czyszczące, bezwzględny spokój i brom w lawatywach. W celu uspokojenia układu nerwowego pożądane jest zupełne odosobnienie chorej, najlepiej w zakładzie.

Nr. 10. T. II. 1921 r.

D. Paterson i C. Spence. **Późne skutki nagminnego zapalenia mózgu u dzieci.** Spostrzeżenia autorów dotyczą 25

przypadków nagminnego zapalenia mózgu u dzieci w wieku od 3 miesięcy do 11 lat. Jeden przypadek zakończył się śmiercią, 6 zupełnym powrotem do zdrowia. U pozostałych 18 dzieci stwierdzono wyraźne zaburzenia umysłowe, mające niewątpliwie swe źródło w pierwotnej chorobie mózgu. W 7 przypadkach rozwinęło się stałe i, zdaje się, beznadziejne niedołęstwo umysłowe. W 11 przypadkach pozostało mniej lub więcej zaznaczone osłabienie władz umysłowych. Niektóre dzieci, chociaż poznawały rodziców i przedmioty swego otoczenia, nie były zdolne do nauczenia się najłatwiejszej lekcji. Następstwa zapalenia mózgu są o wiele gorsze u niemowląt, jak u dzieci starszych. Z 5 dzieci, które zachorowały przed ukończeniem roku, wyzdrowiało jedno, natomiast u czterech pozostało wyraźne osłabienie umysłu. Stopień późniejszych zaburzeń znajduje się w stosunku prostym do natężenia pierwotnej choroby. Spostrzegano je najczęściej wówczas, jeżeli otrętwienie i śpiączka trwały od 3 do 4 tygodni. Do skutków fizycznych należą: obustronne porażenie kurczowe, porażenie połowicze, objawowa drżączka porażenna, sztywność mięśniowa i drżenia.

W. Hall i Tilsley. **Wpływ podłoży na zlepianie ziarenkowców zapalenia opon.**

L. Punch. **Wartość odczynu wiązania dopełniacza w gruźlicy płuc.** Autor podaje wyniki badania krwi w 185 przypadkach. Na 71 odczynów dodatnich 52 osoby miały prątki gruźlicze w plwocinie, u 19 osób prątków nie stwierdzono, chociaż w większości były kliniczne objawy gruźlicy. U 102 osób z odczynem ujemnym stwierdzono rozmaite cierpienia nie mające związku z gruźlicą. Wreszcie w 12 przypadkach podejrzanych z powodu wychudnienia, bladości, krwioplucia, ale bez wyraźnych objawów fizycznych i prątków w plwocinie, odczyn był ujemny. Tylko w 2 przypadkach otrzymano wyniki, które ze stanowiska klinicznego trudno było wyjaśnić. Należy tu odczyn dodatni u osoby, zdaje się, zupełnie zdrowej z nieznacznem powiększeniem gruczołów na szyji. Autor wnioskuje, że odczyn wiązania dopełniacza ma wielką wartość w rozpoznawaniu czynnej gruźlicy płuc.

K. R. (Częstochowa).

Archives of internal medicine.

Marzec—kwiecień 1921.

D. Siperstein i M. Litman. **Badania nad wpływem chininy na wątrobę, ciałka krwi i mocz królików.** Prof. Schneider zauważył, iż pod wpływem chininy zwiększa się ilość barwików żółciowych w dwunastnicy i zjawia się urobilinogen. Nasuwa to przypuszczenie, iż chinina może wywoływać w wątrobie zmiany chorobowe. Autorowie stosowali dożylnie królikom chininę w dawkach (od 0,06—0,18 chlorku chininy) klinicznych, poczem zabijali i badali zwierzęta. Jednorazowe wstrzyknięcie powodowało zrazu przekrwienie czynne, po upływie doby zmiany puchlinowe w cytoplazmie, po dwóch dobach zaczynało się rozwijać zwyrodnienie tłuszczowe; po czterech dobach komórki powracały do normy. W razie zastrzykiwań kilkakrotnych komórki rozszerzały się, zatracały budowę prawidłową, ulegały zwyrodnieniu ziarenkowemu. Czterem królikom badano krew. Po pięciu godzinach wzrastała ogólna ilość ciałek krwi z zachowaniem prawidłowego stosunku, jakgdyby ta policytemia zależała od utraty plazmy. Na 4-ty dzień ilość ciałek krwi była już prawidłową. Trzem królikom badano mocz. Zauważono zwiększenie się ilości wydzielanego moczu bezpośrednio po wstrzyknięciu chininy. Autorowie wyprowadzają wniosek, że umiarkowane dawki chlorku chininy, wprowadzane dożylnie królikom zdrowym, stopniowo wywołują zwyrodnienie komórek wątrobowych, niewielką przejściową policytemję, ustalającą się przy wstrzykiwaniach powtórnych, zwiększenie się ilości moczu.

C. M. Richter. **Rozwój pandemji grypy zależy od stanów antycyklonicznych powietrza.** Badanie ciśnienia atmosferycznego od r. 1826—1920 wykazuje, iż po okresie ciśnienia niskiego następuje podobny okres ciśnienia wysokiego, co zależy od wpływu, jaki wywiera czynność słońca. Pandemje grypy i epidemje zapalenia płuc rozwijały się wyłącznie w okresie ciśnienia wysokiego; tak było w r. 1890, 1891, 1918 i 1920. Nie ustalono ich zależności od innych wpływów metereologicznych, jak ciepłota, stopień wilgoci. Zdaniem autora, winne były niewątpliwie antycyklony. Wyjaśnić należy, czy powietrze przenosiło jad, czy też działało dzięki swym własnościom fizycznym lub chemicznym. Przypuszczenie, że grypa rozprzestrzenia się podobnie do innych chorób zakaźnych, dotychczas nie zostało potwierdzone, zarazka grypy nie wykryto. Nie możemy przeszczepiać grypy, ani też wywołać jej doświadczalnie. Nie dowiedziono też sposobu kropelkowego zakażania się grypą. Dla tego też nie dały wyniku próby zapobiegania chorobie. Przynosi chorobę powietrze. Prace, opisujące wpływ wdychania ozonu, gazu trującego w czasie wojny nasuwają myśl, że i grypa rozwijać się może powszechnie wskutek przenikania jakiegoś szkodliwego gazu. Wspomniane antycyklony wywierały swą czynność, tworząc się w r. 1890 w Azji, Bucharze i Kanadzie, w r. 1918 na wyspach Kanaryjskich (grypa hiszpańska) i w Kanadzie. Są dowody, iż powietrze niektórych antycyklonów zawiera ozon w niezwykłej ilości. Wprawdzie nie wyczuwano zapachu ozonu w powietrzu w czasie epidemji, lecz i nie robiono prób wykrywania tego gazu. Może odnajdzie się z czasem inną podobną chemiczną podstawę do powstawania grypy lub też wyjaśni się, że układ włosowaty płuc w pewnych warunkach atmosferycznych niewystarczająco zaopatruje w krew tkanki, aby mogły podołać one prawidłowym procesom życiowym. Tymczasem za konieczne autor uważa dokonanie rozbioru krytycznego powietrza w różnych stanach ciśnienia, zwłaszcza w czasie epidemji chorób płucnych; wiedząc, iż rozległy antycyklon zbliża się do danej miejscowości, można będzie zastosować pewne środki zaradcze.

Junkin. **Mnogie włókniaki zakaźne płucne.** (*Botryomycosis pulmonum*). Botryomykoza znaną jest weterynarzom, jako uszypułowany włóknisty ziarniniak, najczęściej spotykany u koni w skórze lub w bliźnie sznurka nasiennego po trzebieniu. Tosamo cierpienie opisał w r. 1897 Poncet u kobiety (na dłoni). Opisy botrjomykozy ludzkiej podawano później z Francji, Włoch, Szwajcarji, północnej Afryki. W Maroku uważano je za promienicę. W r. 1913 Opie znalazł włókniaki zakaźne w wątrobie ludzkiej. Charakterystyczne uszkodzenia polegają na obfitem przewlekłem ziarenkowaniu tkanek; pod drobnowidzm wykrywa się ziarenka, wewnątrz zaś nich drobnoustroje, podobne do ziarenkowców, co wszystko razem otacza szklista warstwa. W sprawach przewlekłych, opisywanych jako *granulomata pyogenica* lub *pseudobotryomycosis*, tych charakterystycznych ziarenek niema. Co do bakterji, powodujących cierpienie, zdania są podzielone. Jedni sądzą, iż jest to zwykły gronkowiec ropotwórczy złocisty, inni doszukują się jakiegoś ziarenkowca swoistego. Przypadek autora dotyczył czteromiesięcznego chłopca, który zmarł wśród objawów zapalenia płuc odoskrzelowego po kilku tygodniach choroby. Badanie pośmiertne zwłok wykazało botryomykozę płuc.

J. Drac (Warszawa).

Presse Médicale.

Nr. 5. 1921.

L. Cheinisse. **Wstrzykiwania dosercowe.** Winter w r. 1905 dowiódł doświadczalnie, że u psów, u których oddychanie i bicie serca było zniesione, wdychaniem chloroformu można pobudzić znowu działalność sercową i oddechową zastrzyknięciem dosercowem wyciągu z nadnerczy. Inne środki, nawet tosame zastrzyknięcie adrenaliny, lecz dożylnie — pozostają bez skutku. W pięć lat później Latzko ogłosił trzy przypadki zastrzyknięcia dosercowego w przypadkach zapaści. Lecz dopiero w ciągu lat ostatnich i pod wpływem wojny mnożą się spostrzeżenia tego rodzaju. Zastrzyknięcie daje wynik tylko, o ile było zastosowane nie za późno (najpóźniej w 10 minut po zniknięciu tętna). Vogt zebrał 15 przypadków z trwałym wynikiem; daleko więcej ma się rozumieć jest przypadków tylko chwilowego powrotu działalności serca, trwającego tylko minuty lub godziny. Wogóle wyniku trwałego spodziewać się można tam, gdzie serce jest zdrowe. Najwięcej wskazań do zastrzyknięć dosercowych daje chirurgja: zapaście podczas usypiania, na skutek utraty krwi, następnie przypadki wstrząsu urazowego, porażenia piorunem lub prądem elektrycznym. Również wskazanemi są te zastrzy-

knięcia w zabiegach na samem sercu (Henschen). Lecz i w innych dziedzinach mogą one znaleść zastosowanie: w asfiksji noworodków, w ostrym zapadzie sercowym w przebiegu chorób zakaźnych lub spraw naczyniowo-sercowych. Schulze, wychodząc z przekonania o niewinności zabiegu, poleca zastrzykiwać do komory prawej arsenobenzol w przypadkach kiły płucnej. Jest on wogóle zwolennikiem szerokiego stosowania zastrzyknięć dosercowych. Należy odróżniać zastrzyknięcia podosierdziowe, wsierdziowe i dokomorowe. Te ostatnie są najwięcej celowe. Technika odznacza się prostotą: po wyjałowieniu skóry za pomocą jodyny, wkłuwamy cienką (2 mm) i długą (10 cm) igłę w 4-ty przestwór międzyżebrowy lewy, dwa palce w lewo od brzega mostka. Wyciągając od czasu do czasu tłok strzykawki, przekonywujemy się, że na głębokości $3\frac{1}{2}-4\frac{1}{2}$ cm trafiliśmy w światło komory, bo strzykawka wypełnia się krwią. Z leków do zastrzykiwania używać należy rozczynu 1:1000 adrenaliny w ilości 1 cm; można spróbować również wyciągu z przysadki. Z powyższych 15 dobrych wyników 9 osiągnięto zastrzyknięciem adrenaliny. Koffeiną, kamfora, przetwory naparstnicy działają zbyt wolno. *A. Wojciechowski* (Warszawa).

Choroby dzieci.

Archiv für Kinderheilkunde.
Tom 69, zeszyt 5, 1921.

C. Husten. **Dalszy los dzieci, dotkniętych kiłą wrodzoną.**

A. Gödel. **Przypadek rzadkiej wady rozwojowej serca.**

Fr. Wahler. **Dalsze badania w celu sprawdzenia rokowania w przypadkach ostrego zapalenia istoty szarej rdzenia.** Z 21 przypadków, spostrzeganych w ciągu lat 7, autor badał powtórnie 12 przypadków po upływie 2—6 lat od czasu opuszczenia kliniki. Wynik tych badań przedstawia się, jak następuje: brak poprawy w 5 przypadkach, nieznaczne polepszenie w 2 przypadkach, znaczne polepszenie w 4 przypadkach, zupełne wyleczenie w 1 przypadku. Autor wnosi, że rokowanie jest pomyślne w ostrych przypadkach bez objawów zajęcia rdzenia przedłużonego i mostu Varola; w przypadkach przewlekłych, jakkolwiek nie zachodzi już obawa co do życia chorego, rokowanie co do zupełnego wyleczenia jest niepomyślne.

Fr. Wahl. **O gorączce po szczepieniu.**

P. Gerstl. **Karłowatość wskutek krzywicy oraz** *splenomegalia Gaucher* **u dziecka przedwcześnie urodzonego.**

Fr. Groëdel. **Jak się zachowuje powiększone serce w ustroju, który rośnie.** *Jasiński* (Lwów).

Ginekologja.

Archiv für Gynäkologie.
T. 114. Z. 1.

Dr. Hinselmann: **W sprawie teorji zaśniadu groniastego.** Za pomocą histologicznych badań stara się autor rozstrzygnąć sprawę etiologji zaśniadu groniastego. Badaniu seryjnemu poddał szypuły zaśniadów z drugiej połowy ciąży i przedstawia je jako pasma tkanki łącznej, niektóre nieunaczynione, inne o skąpych naczyniach krwionośnych. Dzięki seryjnym właśnie skrawkom uwidocznił się brak ciągłości naczyń krwionośnych w szypułach unaczynionych, przeczy zatem stanowczo teorji pochodzenia naczyniowego pęcherzyków zaśniadu, jak również komunikacji wzajemnej ich wnętrz. Twierdzi natomiast, że powstają one z obrzęku kosmków o luźnej spoistości tkanki łącznej, pomiędzy której włókna wydzielają nabłonki nadmierną ilość płynu. Z odcinków o tkance łącznej bardziej zbitej powstają szypuły. Za przyczynę powstawania obrzęków uważa autor zaburzenie w rozwoju naczyń, które jednakowoż nie jest dotychczas znane.

Dr. A. Mahnert. **O ilości krwi u ciężarnych.** Po krótkich uwagach, poświęconych nowej metodyce oznaczania ogólnej ilości krwi, przedstawia autor swe badania przeprowadzone na 10-iu ciężarnych i kontrolne na 10-iu kobietach nieciężarnych. Wyniki potwierdzają w zupełności dotychczasowe badania prowadzone innemi metodami. Autor stwierdził wzrost tak absolutnej ilości krwi jak też i względnej w stosunku do wagi ciała, oraz znalazł najwyższe wartości w dwuch ostatnich miesiącach ciąży. Przez badanie składu krwi stwierdza spadek odsetki białka surowiczego poniżej normy, jednakże przyrost bezwzględnej ogólnej ilości białka w całej surowicy; uważa to za nowy dowód rzeczywistego przybierania na wadze ciężarnych. W końcu stwierdza stałą liczbę krwinek czerwonych w milimetrze sześciennym krwi, a więc równoległy wzrost ich ilości z wzrostem objętości krwi.

Dr. A. Seitz. **O leczeniu operacyjnem tyłopochylenia i zgięcia macicy.** Opierając się na statystyce własnej, obejmującej 567 operacji wykonywanych sposobem Doléris'a, Olshausena i Langes'a, dochodzi autor do następujących wniosków: leczenie operacyjne tyłozgięcia jest wskazane raczej z powodu powikłań lub równocześnie istniejących schorzeń niż samo jako takie. Jeśli nawet sama zmiana położenia daje powód do zabiegu, konieczną jest rzeczą usunąć tak często znajdowane powikłania, gdyż inaczej samo przywrócenie prawidłowego położenia nie daje zupełnie funkcjonalnych wyników. Do powikłań zalicza zrosty kiszki grubej i w szczególności esicy - *sigmoiditis chron. adhaesiva.* Ujemne wyniki tak podmiotowe jak i przedmiotowe kładzie na karb nawrotu pobocznych schorzeń lub nieusunięcia tychże w czasie operacji. Co do sposobu wreszcie operacyjnego stwierdza, że mało zadowalające wyniki zabiegu Aleksander Adamsa uzasadniają dostatecznie zastosowanie zabiegów operacyjnych od strony jamy brzusznej, z tych zaś poleca *ventrosuspensio uteri* według Doléris-Schauty. *Beck* (Warszawa).

Stomatologja.

Zeitschrift für Stomatologie.
Nr. 6. 1921.

Peter. **Leczenie zapaleń dziąsła.** Autor stwierdził wielkie rozpowszechnienie zapaleń dziąsła od najlżejszych form aż do najcięższych, wrzodziejących, zarówno w armji, jak i wśród ludności cywilnej. Nie wdając się w badanie etjologji, stwierdza autor fakt, że schorzenie jest bardzo uporczywe, mimo leczenia. Doskonałe wyniki otrzymywał autor przy leczeniu chlorkiem sodowym (solą kuchenną), stosowanym w formie suchej i wcieranym energicznie w dziąsła. Po kilku, trzech do czterech, zabiegach miewał autor doskonałe wyniki nawet w przypadkach leczonych przez miesiąc bezskutecznie; dziąsło stawało się znowu dobrze napiętem i odpornem na szkodliwości.

Analogję do tych obserwacyj można znaleźć w spostrzeżeniach referenta, poczynionych w ambulatorjum dentystycznem 6-tej armji, gdzie uzyskano doskonałe wyniki w leczeniu zapaleń dziąsła chlorkiem cynkowym. Zapewne czynnikiem pomyślnie działającym jest w jednym i w drugim przypadku jon chlorowy.

Nr. 11. 1920.

Borschke. **Mierzenie siły, wywieranej przez aparaty regulacyjne, zwłaszcza gumki międzyszczękowe.** Autor próbował przedstawić w formie diagramów działanie wzrastającego obciążenia na aparaty regulacyjne, a mianowicie druty elastyczne, łuki rozszerzające i gumki. Na linji odciętych oznaczał długość, do której się gumka wyciągała przy wzrastającem obciążeniu, które oznaczał na linji rzędnych. W ten sposób otrzymał wcale dokładną miarę siły, wywieranej przez poszczególne aparaty. Przy gumkach przekonał się w ten sposób, iż gumki zrazu »się męczą«, to znaczy, że stają się mniej elastyczne, a później »przychodzą do siebie«. Autor sądzi, iż ogólne wprowadzenie dokładnych miar siły stanowi postęp i krok naprzód od empirji do nauki w ortodoncji.

Meyer. **O leczeniu wapniem.** Skutki braku wapna w organizmie, występujące po wielkich stratach lub nie wystarczającem doprowadzaniu, objawiają się przedewszystkiem w kośćcu a zwłaszcza w zębach, których normalny wzrost i odporność bardzo cierpią. U cierpiących na moczówkę cukrową są choroby zębów bardzo częste, gdyż właśnie specjalna djeta tych chorych, bez mleka, bez owoców strączkowych i z małą ilością chleba, jest bardzo ubogą w wapno. Röse badał wpływ stopnia twardości wody na częstość chorób zębów i na podstawie obszernej statystyki przekonał się, iż im woda twardsza tem mniej chorób zębów, a im miększa, tem więcej. Przekonał się iż z okolic o wodzie twardej pochodziło więcej zdatnych do służby wojskowej, niż z okolic o wodzie miękkiej. Röse badał również wpływ za-

wartości wapna na zdolność karmienia kobiet i przyszedł do podobnych wyników. W roku 1915 wykazali Löw i Emmerich wielki wpływ wapna na płodność w doświadczeniach na myszach, świnkach morskich i królikach. Badania tych autorów wykazały również wpływ nie tylko bezwzględnej zawartości wapna, lecz jeszcze bardziej zawartości względnej, czyli stosunku jego do antagonistów: potasu i magnezu. Udowodniono również doświadczalnie związek między podawaniem chlorku wapniowego a przerostem serca, wykazano na podstawie statystyki, że większa śmiertelność z gruźlicy idzie w parze z mniejszą zawartością wapna w terenie. Pod względem fizjologicznym wapno ma ważny wpływ na krzepliwość krwi tudzież na procesy zapalne błon śluzowych i surowiczych, i skóry. To spowodowało terapeutyczne jego zastosowanie przy zwalczaniu nieżytów przewodu pokarmowego, nieżytu siennego, astmy, tudzież licznych schorzeń skóry i śluzówek. Prawdopodobnie też na tej właściwości przeciwzapaleniowej polega pomyślny wpływ podawania wapna na wzmocnienie się zębów przez ropociek ochwiałych. Od zawartości wapna w sercu i jego płynie odżywczym zależy też działanie środków sercowych np. naparstnicy, jak również hormonów, adrenaliny i choliny. Podawanie wapna ma ważny wpływ na zaburzenia przewodu pokarmowego. Ważny wpływ na wchłonięcie i przyswajanie wapna mają ciała przytarczycowe; tężyczka leczy się podawaniem wapna.

Allerhand (Lwów).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy Nr. 2. 1922: Wojnicz-Sianożęcki. Przyczynek do chemicznej interpretacji zjawisk patologicznych, wywołanych przez bojowe środki chemiczne. — W. Osmólski. Operowanie woreczka ropiejącego. — J. Zieliński. Kilka uwag o urlopowaniu chorych ze szpitali. — M. Zylbersztajn. O leczeniu odmrożeń zastrzykiwaniem mleka.

Ukazało się w 2-giem wydaniu, dwutomowe dzieło dra Szczęsnego Bronowskiego p. t. „Podstawowe sposoby badania klinicznego chorób wewnętrznych".

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in zwölf Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). 1922 (Rocznik XIII.) Styczeń i luty. (Cena zeszytu po 6·50 m. niem.)

Zeszyt styczniowy (biologia i patologja) zawiera rozprawy Lorenza o gruczołach przytarczowych i prof. Rösslego o przeroście i zaniku.

Zeszyt lutowy (choroby krążenia i oddychania) zawiera rozprawy prof Hofbauera o podstawach i stosowaniu systematycznego leczenia oddechowego i prof Hoffmanna o hypertonji, (hypertonia essentialis s. genuina, praesclerosis).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 27 stycznia 1922 r. poświęcone stosunkom sanitarnym w związku z repatrjacją.

Przewodniczący kol. Franke Obecnych 97.

1. Kol. Palester: **O niedomaganiach i postulatach higjenicznych z powodu grożących epidemij** *ex re* **fali repatrjacyjnej na przedmurzu wschodniej Małopolski.**

2. Kol. Steusing **dtto w obrębie miasta Lwowa ze stanowiska lekarskiego.**

3. Docent politechn. inż. Drexler (gość) **dtto ze stanowiska technicznego.** Referent omawia a) przeludnienie miasta Lwowa, gdzie przyrost ludności w ostatnich 11 latach wynosił 15%, a domów tylko 8%. 40.000 mieszkańców mieszka w suterenach. 4·2 głów w dzielnicach chrześcijańskich, a 4·6 w żydowskich przypada na jedno mieszkanie; b) kanalizacja jest za płytka i ma za małe przekroje oraz zły materjał budulcowy. Na 140 km ukończono dopiero 22 km według nowego typu; c) wody wodociągowej z powodu nieszczelności kurków jest ilość niedostateczna; d) w końcu z 141 km ulic tylko 20% jest brukowanych, 64% żwirowanych a 14% ziemnych. Nadto porusza inne braki higjeniczne miasta.

4. Kol. Krukowski podaje **statystykę chorobliwości i śmiertelności u Sybiraków, przybyłych do Lwowa.**

(Referat 1 i 4 oraz rezolucje ukazały się w Nr. 8. Polskiej Gazety lekarskiej).

W dyskusji przemawiali kol. Nowicki, Węgrzynowski, Pisek, Franke, Krzyżanowski, Mikołajski, Domaszewicz, Świątkowski, Zieliński, Gąsiorowski i Gröer.

Na podstawie wniosków i rezolucji poruczono wydziałowi Towarzystwa lekarskiego wypracowanie odpowiedniego memorjału i rozesłanie go do dotyczących władz.

Zainicjowana przez przewodniczącego składka na rzecz dzieci repatrjantów dała kwotę 38.000 Mkp. *Kmietowicz*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie z dnia 13. grudnia 1921 r. Obecnych 20.

1. Kol Wrześniowski pokazał:

a) Dziewczynkę 8-letnią, przedstawioną na posiedzeniu w dniu 4. listopada, **z kolanem szpotawem i w tył przegiętem** (*genu varum et recurvatum*), obecnie wyleczoną po operacji wytwórczej. Operacja polegała na poprzecznem przecięciu kości piszczelowej w miejscu połączenia trzonu z nasadą górną i wszczepieniu w to miejsce kawałka kości piszczelowej z chrząstką nasadową, wyciętego z nogi zdrowej. Brak kości w nodze zdrowej wypełniono płatem tkanki tłuszczowej podskórnej;

b) **wyciętą** u kobiety w 8-ym miesiącu ciąży **wielką esicę,** uległą zgorzeli po skręcie 360°, trwającym 3 doby. Sztuczny odbyt. Powikłanie: rozlane zapalenie otrzewny z wysiękiem posokowatym. Rokowanie złe.

2) Mag. Nowak przedstawił **mocz dziecka $1^1/_2$** rocznego **zabarwiony na niebiesko.** Na podstawie próby z chloroformem rozpoznaje barwik, jako **indygotynę.** Dziecko nie używało lekarstw, nie spożywało pokarmów zabarwionych, barwik pochodzi prawdopodobnie z tynku, który, podług zeznania matki, dziecko zdrapywało ze ściany i zjadało.

3) Kol. Rozenfeld opisał swoje wrażenia **z obchodu stulecia Warszawskiego Towarzystwa lekarskiego.**

K. Łokczewski, sekretarz.

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie. Sekcja szpitalnictwa.

Posiedzenie z dnia 19 grudnia 1921 r.

Przewodniczący prof. Br. Sawicki.

Cz. Otto wygłosił odczyt pt.: **Fundacja Szpitala Św. Ducha, jej przeszłość, stan obecny i zamierzenia na przyszłość.**

Szpital Św. Ducha założony został w r. 1445 przez Annę ks. Mazowiecką. Pierwotnie mieścił się on w budynku przy ul. Piwnej. Księżna hojnie wyposażyła szpital, gdyż oprócz innych dochodów ofiarowała mu dobra Piaseczna w ziemi Czerwińskiej (obecnie, powiat Mińsko-mazowiecki). Król Zygmunt I oddzielnym dekretem potwierdził akt darowizny i polecił zarząd szpitala wraz z dobrami po wsze czasy kapitule Warszawskiej. W roku 1684 do rozszerzonego szpitala wprowadzono siostry miłosierdzia, sprowadzone do Warszawy przez małżonkę Władysława IV Marję Gonzaga. Powierzając szpital siostrom, kapituła zastrzegła codzienne odwiedzanie chorych przez doktora, cyrulika i aptekarza. W XVIII stuleciu kapituła powierzyła zarządzanie całą fundacją siostrom miłosierdzia. W roku 1842 administrowanie obejmuje Rada Opiekuńcza szczegółowa, a w r. 1870, Warszawska Rada Miejska Dobroczynności publicznej. Od r. 1907 szpitalem wraz z dobrami zarządza Magistrat m. Warszawy.

W XIX stuleciu szpital trzykrotnie zmieniał siedzibę. Z ulicy Piwnej przeniósł się początkowo na ulicę Przyrynek, stamtąd skutkiem budowy Cytadeli, do koszar Sierakowskich, wreszcie w r. 1861 do gmachu przy ul Elektoralnej

Według danych z r. 1908 fundacja obejmuje miasteczko Cegłów, 4 folwarki (w ich liczbie. Mienia ze szpitalem) i 6 wsi chłopskich. Obszar ten wynosi blisko 3000 morgów ziemi ornej i przeszło 3800 morgów lasu. Prócz tego, do fundacji należy: sześć placów i 18 nieruchomości w Warszawie.

Na zasadzie liczb z przed roku 1914 mowca przychodzi do wniosku, że majątek ten eksploatowany był nieudolnie, gdyż przynosił dochód bardzo mały. Obecna gospodarka jest nie o wiele lepsza. Przy umiejętnem gospodarowaniu szpital nie tylko mógłby się sam utrzymać, ale nawet zasobnością swoją dorównałby najbogatszym szpitalom w Europie.

Dalej, fundacja ta stanowi chlubną kartę w dziejach naszej kultury i obowiązkiem naszym jest zachowanie jej i przekazanie przyszłym pokoleniom. Dla powyższych względów należałoby, zdaniem mowcy, nie dopuścić, by dobra te, jak to się obecnie projektuje, przeszły na własność miasta.

W dyskusji czł. Sawicki wyjaśnia w tej sprawie stanowisko Magistratu m. Warszawy, który drogą objęcia w posiadanie swe dóbr szpitalnych ma nadzieję uratowania ich od parcelacji, która im grozi przy wprowadzaniu w życie reformy rolnej.

Czł. Borzęcki przypomina, że według kodeksu Napoleona fundacja nie mogła być jednostką prawną. Obecnie na zasadzie dekretu o fundacjach z r. 1919 należy uzyskać dla fundacji statut i uznanie za jednostkę prawną. Dalej czł. Babiński, Wisłocki, Chrostowski, Pawiński, St. Orłowski i Zaborowski wypowiadają się za bezwarunkowem utrzymaniem niezależności szpitala i całej fundacji. Czł. Bączkiewicz proponuje wyłonienie z pośród obecnych komisji, która przy udziale prawników zajęłaby się tą sprawą i wystąpiła do Ministerstwa Zdrowia z gotowym już projektem statutu. Babiński wypowiada się za zwróceniem się do prasy lekarskiej z prośbą o poparcie tej sprawy. czł. Borzęcki zaś, za inicjatywą w tej sprawie rady lekarskiej przy Ministerstwie Zdrowia.

Br. Szerszyński, sekretarz.

Polskie Tow. Oto-rino-laryngologiczne w Warszawie.

Posiedzenie naukowe z dnia 26 stycznia 1922.

Statut Polskiego Towarzystwa Oto-rino-laryngologicznego, obejmującego swą działalnością sprawy naukowe z zakresu właściwej specjalności na obszarze całej Rzeczypospolitej Polskiej, został zatwierdzony przez władze i przesłany do wszystkich Towarzystw lekarskich w kraju.

Koledzy, którzy pragnęliby należeć w charakterze członków do Towarzystwa, zechcą zwrócić się do sekretarza kol. St. Tuza (Warszawa, ul. Krucza Nr. 7).

W dniu 26 stycznia r. b. w klinice laryngo-otjatrycznej odbyło się pierwsze naukowe posiedzenie Towarzystwa, poświęcone pamięci prof. Pieniążka i dra Hejmana.

Wielkie zasługi pierwszego w dziedzinie laryngologji wogóle, a w szczególności jako twórcy, mającej dziś tak wielkie zastosowanie metody tracheobronchoskopji, wyłuszczył w dłuższem przemówieniu kol. J. Pieniążek, zasługi zaś drugiego dla polskiej otologji położone omawiał kol Dobrowolski.

1. Prof. Erbrich przedstawił dwóch chorych ze swojej kliniki: a) z bardzo rzadko spotykaną postacią **gruźlicy krtaniowej**, gdzie sprawa gruźlicza, oszczędzając struny głosowe, zajęła obie nalewki, doprowadziła do unieruchomienia strun i zwężenia szpary głosowej z następczą tracheotomją; b) chorego z niezwykle uporczywą postacią lewostronnej **angina Vincenti**, który przed kilkoma miesiącami był leczony w klinice salwarsanem z powodu tejże anginy po stronie prawej Dziś sprawa doprowadziła do znacznego nacieku łuków i przedziurawienia w przednim Wassermann ujemny. Zastosowano wstrzyknięcia salwarsanu z wynikiem dodatnim.

2. Kol. Tuz **przedstawił chorego po tracheotomji na skutek zwężenia krtani po durze brzusznym**, przebytym przed dwoma laty. U chorego tego stosuje się od kilku miesięcy metodyczne rozszerzanie krtani z bardzo dobrym, jak dotąd, wynikiem Mowca ma nadzieję usunięcia rurki, bez uciekania się do rozszczepienia tchawicy.

W dyskusji brali udział kol. Lubliner, Pieniążek, Karbowski i prof. Erbrich. *St. Tuz*, sekretarz.

Medycyna społeczna.

Edward Bruner. Warszawa.

Walka z wilkiem, jako zadanie społeczne.

(Według odczytu, zgłoszonego na II. Zjazd Polskiego Towarzystwa walki ze zwyrodnieniem rasy).

Do szeregu czynników, które w groźnym stopniu sieją spustoszenie wśród społeczeństw ludzkich, należy — jak to powszechnie wiadomo — gruźlica we wszelkich jej przejawach. Walka z nią, prowadzona z wielką energją przez wszystkie państwa zachodnioeuropejskie, dotyczyła głównie zawsze suchot płucnych, jako najczęstszego jej przejawu. W miarę postępów walki tej zwrócono uwagę i na gruźlicę innych narządów, a między innemi i na gruźlicę skóry, która występuje najczęściej pod postacią wilka, czyli tocznia pospolitego (*tuberculosis luposa v. lupus vulgaris*). Cierpienie to, poczynające się przeważnie w wieku dziecięcym, bardzo powoli postępuje i doprowadza wreszcie do obszernych zniszczeń, umiejscowionych w znacznej liczbie przypadków na skórze twarzy, specjalnie nosa. Chorzy tacy, z widocznem dla wszystkich piętnem choroby, cierpią nietylko fizycznie, ale i moralnie, i wskutek wyglądu swego mają wielkie trudności przy poszukiwaniu pracy. Wilkowaci należą zwykle do najbiedniejszych sfer społeczeństwa, a zatem nie są w stanie przeprowadzić odpowiedniego leczenia, które jest bardzo długotrwałe i kosztowne. Liczba zaś ich jest, jak to wykazują statystyki obce -- dość znaczna (33.000 według Nietnera w Niemczech, 19.000 w dawnej Austrji); u nas co 10-ty chory skórny (po wyłączeniu świerzbu i wszawicy), zgłaszający się do szpitala św. Łazarza w Warszawie w latach 1901 do 1910, dotknięty był toczniem lub inną postacią gruźlicy. Los tych nieszczęśliwych ludzi zmusza nas do szukania sposobów owocnej walki z toczniem, walki, która poza sprawą lecznictwa — jest nakazem społecznym nietylko dla lekarzy, ale i dla szerszego ogółu, współczującego niedoli ludzkiej. Sprawę tę już dwukrotnie poruszałem w prasie lekarskiej (Walka z wilkiem, «Gazeta Lekarska» rok 1911. Nr. 47, 48 oraz Zasady organizacji walki z toczniem, «Zdrowie» r. 1919 Z. 6), co mnie upoważnia do pominięcia wielu zamieszczonych uprzednio szczegółów. Początek całemu ruchowi dała Danja.

Stało się to dzięki energji Finsena, który nietylko wprowadził do lecznictwa tak znakomitą metodę, jaką jest światło ultrafjoletowe skoncentrowane, ale potrafił zorganizować planową walkę z toczniem, popartą finansowo przez państwo, oraz samorządy. Ośrodkiem tej walki stał się założony w 1896 r. w Kopenhadze instytut leczenia światłem, który skupił wszystkich chorych, dotkniętych toczniem z całej Danji. Leczenie w nim prowadzone jest ambulatoryjnie, głównie światłem, chociaż są stosowane pomocniczo i inne metody. Przy zakładzie istnieje specjalne schronisko dla chorych, którzy muszą sami spełniać wszelkie czynności domowe, co znakomicie zmniejsza koszty utrzymania. Wyniki, osiągnięte przez instytut Finsena, były tak zachęcające, iż za przykładem Danji poszły i inne państwa. Na czele ich stanęli Niemcy, którzy od r. 1908 otworzyli przy niemieckim centralnym komitecie zwalczania gruźlicy specjalną komisję do spraw walki z wilkiem Komisja ta rozwinęła bujną działalność w najrozmaitszych kierunkach. Przedewszystkiem przeprowadziła ankietę statystyczną co do częstości wilka w Niemczech, oraz wydała broszury popularne o wilku (Neissera i Hübnera).

W dalszym ciągu dopomogła istniejącym w liczbie 30 zakładom, w których było prowadzone leczenie tocznia, do kupienia potrzebnych aparatów, wreszcie roztoczyła opiekę nad chorymi niezamożnymi. Rok rocznie komisja zwoływała zjazdy, poświęcone tej sprawie, które się odbywały w Berlinie. Na zjazdach tych wybitni specjaliści dermatolodzy wygłaszali referaty o wynikach rozmaitych metod leczniczych, oraz omawiali środki jaknajskuteczniejszej walki z wilkiem. W Austrji, w Wiedniu, stworzono na wzór istytutu Finsena jeden centralny wzorowy zakład leczniczy wraz ze schroniskiem, poświęcony w zasadzie wyłącznie leczeniu tocznia. Jednocześnie powstały specjalne stowarzyszenia, opiekujące się wilkowatymi.

Takie samo stowarzyszenie założono w Szwajcarji: zajęło się ono losem chorych, leczonych w zakładzie leczenia światłem kliniki berneńskiej. W innych krajach, jako to: w Anglji, Francji, szerszej akcji nie rozwinięto, ośrodkami zaś leczniczemi stały się zakłady finsenowskie. Z działalności niektórych z nich (np. londyńskiego) posiadamy bardzo pouczające statystyki.

Opierając się na tych wzrorach, tu tylko jaknajpobieżniej naszkicowanych, powinniśmy powołać do życia organizację, mającą na celu zwalczanie wilka u nas. Zrozumiałem jest, że walka z wilkiem łączy się organicznie z całokształtem walki z gruźlicą i mogłaby być włączoną do działalności Towarzystw przeciwgruźliczych. Jednakże względy praktyczne przemawiałyby za tem, aby Towarzystwo do walki ze zwyrodnieniem rasy ujęło na początek tę sprawę w swoje ręce. W Towarzystwie tem grupuje się znaczna ilość dermatologów, którzy się tą sprawą najbardziej interesują, oraz w ich rękach spoczywa leczenie wilkowatych. Przy dalszym rozwoju akcji powinna się sekcja przeobrazić w specjalne Towarzystwo, czy komitet, wyłącznie poświęcony zwalczaniu wilka w Polsce. Towarzystwo musiałoby posiadać swoje oddziały w tych większych miastach, w których znajdują się odpowiednio urządzone zakłady do leczenia tocznia. Każdy oddział prowadziłby działalność, dostosowaną do warunków miejscowych, częstokroć tak różnych w poszczególnych dzielnicach. Na tem miejscu należy podnieść specjalnie akcję Towarzystwa Higjenicznego w Poznaniu. Utworzyło ono za czasów zaboru pruskiego przy swojem ambulatorjum oddział dermatologiczny, w którym pod kierunkiem dra Adama Karwowskiego leczono bezpłatnie wilkowatych.

Warunki finansowe i brak pomocy państwowej utrudniały naturalnie bardzo całą pracę. Jednocześnie w Poznańskiem, jakoteż na Śląзku, stowarzyszenia niemieckie, korzystając z obfitych zasiłków oraz pomocy władz państwowych i szpitali, rozwinęły bardzo czynną działalność. W Grudziądzu istniało specjalne schronisko dla wilkowatych.

Najpierwszem zadaniem sekcji będzie zdanie sobie sprawy i przeprowadzenie wywiadów statystycznych, jaką mniej więcej ilość wilkowatych posiadamy. Już *à priori* można powiedzieć, że liczba ta będzie wysoka; spotkać się musimy, zwłaszcza z dużą ilością przypadków bardzo zaniedbanych, prawie lub zupełnie nie leczonych. Toczeń, jak to wykazują dane

niemieckie, bardziej jest rozpowszechniony w okolicach o gęstszem zaludnieniu i większem uprzemysłowieniu, przyczem częstość przypadków jego nie jest zależną od częstości przypadków gruźlicy płucnej. (Jadassohn).

W ankiecie statystycznej trzeba zwrócić uwagę zwłaszcza na dzieci, u których choroba znajduje się dopiero w początkowych okresach rozwoju i umiejscawia się jedynie na śluzówce nosa, nie przechodząc jeszcze na skórę. Następnem zadaniem sekcji będzie ścisłe zaznajomienie się z temi środkami leczniczemi, jakie posiadamy w całym kraju do walki z wilkiem. Środki te są bardzo szczupłe, oryginalny aparat finsenowski posiada tylko szpital Św. Łazarza w Warszawie. Inne zakłady, czy to kliniczne, czy też szpitalne lub prywatne, nie są zaopatrzone we wszystkie niezbędne przyrządy i leczenie w nich skutkiem tego musi być prowadzone jednostronnie. Tymczasem doświadczenie kliniczne poucza nas, iż w chorobie tak wybitnie przewlekłej, jaką jest toczeń, możemy osiągnąć wyniki dodatnie tylko przy kombinowaniu rozmaitych metod leczniczych. Kupno nowych aparatów jest dzisiaj ze względów finansowych bardzo utrudnione, chwilowo też powinniśmy dążyć do tego, aby, o ile można, wyzyskać środki przez nas posiadane i udostępnić ich używalność. Leczenie musi być prowadzone przeważnie ambulatoryjnie, gdyż jest tak długie, iż trzebaby było całymi miesiącami, a nawet latami, trzymać chorych w szpitalach. Należy, np. w Warszawie, która posiada oryginalnego Finsena, sprawę tę specjalnie podnieść i wyjaśnić miarodajnym czynnikom miejskim, aby uzyskać możność leczenia światłem chorych, zgłaszających się z zewnątrz, i aby otrzymać odpowiednie fundusze, jakie pociąga za sobą sprawne i stojące na wysokości zadania działanie aparatu. Takie zakłady stałyby się jednocześnie przychodniami dla wilkowatych : do nich kierowanoby chorych z podejrzeniem co do wilka, celem ustalenia rozpoznania, tam też musieliby się chorzy zgłaszać celem stałej kontroli.

Sprawa walki z wilkiem, tak dobrze zrozumiała dla każdego dermatologa, jest dla szerszego ogółu rzeczą zupełnie nieznaną. Nawet ludzie inteligentni, ale nie lekarze, nie wiedzą o tem, iż to właśnie lasecznik gruźlicy jest przyczyną tych zmian zeszpecających twarz i przypuszczają, iż są to sprawy kiłowe. Przed sekcją zatem staje w dalszym ciągu praca nad spopularyzowaniem tej idei: należy przygotować szereg odczytów z odpowiedniemi przeźroczami, wydać specjalne broszury, które w sposób zrozumiały i dostępny wyjaśniłyby czytelnikowi, czem jest toczeń i jakie są jego następstwa, jak można mu zapobiegać, gdzie i jak powinno się go leczyć, wreszcie należy zorganizować wystawy ruchome, które są tak dzielnym środkiem agitacyjnym. Propaganda ta powinna również wyjaśnić, jak ważne jest wyszukiwanie chorych, znajdujących się w początkowych okresach choroby, którzy nie zwracają się do lekarzy, albowiem cierpienie jest często zupełnie bezbolesne. A właśnie te przypadki początkowe są najwdzięczniejszym terenem dla zabiegów leczniczych.

Dzisiaj, gdy dermatologja jest na naszych wydziałach lekarskich przedmiotem obowiązkowym przez dwa półrocza, można mieć pewność, iż przyszli lekarze będą dokładnie obeznani z kliniką tocznia i na zajmowanych przez siebie placówkach społecznych współdziałać będą w walce z wilkiem. Dobrzeby było, aby w wykładach uzupełniających, jakie odbywają się obecnie od czasu do czasu dla lekarzy sanitarnych, szkolnych, oraz wojskowych, zwrócono uwagę słuchaczów i na sprawę zwalczania wilka.

Przypuszczać należy, iż jednocześnie z tą akcją przygotowawczą uda się sekcji zgromadzić pewne fundusze, któreby pozwoliły w przyszłości na rozwinięcie opieki nad chorymi wilkowatymi. Opieka ta stanowi podstawę całej działalności. Trzeba chorych wyszukać, dopomódz im w leczeniu, o ile są niezamożni lub o ile do tego nie są obowiązane inne czynniki np. kasy chorych.

W dalszym ciągu należy postarać się o odpowiednie pomieszczenia dla nich przy zakładach leczniczych, oraz dopilnować ich, aby po ukończeniu leczenia pozostawali stale pod kontrolą lekarską. Bardzo też ważnem zadaniem będzie wynalezienie odpowiedniej pracy dla chorych wyleczonych lub znajdujących się jeszcze w leczeniu. Doświadczenie szpitala Św. Łazarza w Warszawie wykazuje, iż chorzy tacy, użyci, jako służba szpitalna, są niejednokrotnie doskonałym materjałem. Aby choć częściowo wypełnić powyżej naszkicowany plan, należy zainteresować tą akcją władze państwowe i komunalne, stowarzyszenia o celach pokrewnych, związki kobiece i td. oraz powołać do współpracy poza lekarzami i inne sfery społeczeństwa, a przedewszystkiem duchowieństwo i nauczycielstwo.

Mniej więcej połowa chorych, jak to mogłem stwierdzić na danych statystycznych szpitala Św. Łazarza, pochodzi ze wsi. O ile potrafimy odpowiednio uświadomić księży i nauczycieli (ki) ludowych, okażą nam oni wybitną pomoc w wyszukiwaniu przypadków początkowych. Rozumiem dobrze, iż realizacja tej walki będzie trudna i może przez pewien czas niewykonalna w całej rozciągłości z powodu innych spraw, chwilowo ważniejszych dla zdrowia społeczeństwa. Ale każdy z nas, który ma do czynienia z chorymi toczniowymi i wczuwa się w ich cierpienie, uświadamia sobie w całej pełni, iż przy prawidłowej organizacji lecznictwa i opieki nad tymi chorymi nie jednego z nich udałoby się wyleczyć, choćby pod względem kosmetycznym zadowalniająco, i uchronić przed całym szeregiem zeszpeceń i kalectw.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski. Protokół 204. posiedzenia Wydziału z dnia 28. stycznia 1922 r. Przewodniczy Dr. Cercha, pisze Dr. Kostecki, obecnych 7 członków Wydziału, oraz w charakterze gości dla omówienia wspólnych spraw prof Dr. Ciechanowski, członek krakowskiej redakcji „Polskiej Gazety Lekarskiej" i Dr. Strzemieński, prezydent krakowskiej Izby Lekarskiej. Odczytano list Dra Bednarskiego z Alwernji, sekretarza Związku Lekarzy okręgowych w Małopolsce, w którym donosi, iż Walne Zgromadzenie tego Związku ma się odbyć w lutym b. r. w Rzeszowie. Wobec tego prosi o wstrzymanie się z wszelką działalnością w sprawie poprawy bytu lekarzy okręgowych. Delegatem Związku lek. Małopolski na powyższe Walne Zgromadzenie wybrano z Wydziału kol. Dra Hinzego z Rzeszowa.

Uchwalono zwrócić się za pośrednictwem prof. Dra Ciechanowskiego i prof. Dra Lenartowicza do redakcji „Polskiej Gazety Lekarskiej", by ta wzorem pism zagranicznych umieszczała wszelkie komunikaty, wiadomości i zawodowe artykuły Związku i wśród innych tytułów w nagłówku pisma przyjęła także tytuł „Organ Związku Lekarzy Małopolski w Krakowie" (już załatwione).

Uchwalono odezwę, napisaną na podstawie uchwały Wal. Zgromadzenia na polecenie Wydziału przez Dra Żydłowicza do grona profesorów i docentów obu Wydziałów lekarskich w Małopolsce z gorącym odzewem do przystępowania do Związku i stanowczego wpływania na młodszych, podwładnych, kolegów, by zaciągali się w szeregi organizacji.

Omówiono projekt rządowy co do udzielania pomocy lekarskiej po niesłychanie niskich cenach urzędnikom państwowym. Osobna odezwa ma się ukazać w „Polskiej Gazecie Lekarskiej".

Przyjęto wniosek Dra Rzegocińskiego, aby zwrócić się do kolegów na prowincji i zachęcić ich do nadsyłania artykułów treści zawodowej na ręce Wydziału.

Uwolniono od wkładki za rok bieżący kol. Mra chirurga Adolfa Ostersetzera z Czortkowa

Przyjęto do Związku i do Rady Pogrzebowej kol. Dra Jana Rybińskiego z Bronowic małych, Dra Stefana Obsta ze Szczakowej i prof. Dra Józefa Łazarskiego z Krakowa.

Przyjęto do wiadomości sprawozdanie kierownika Kasy Pogrzebowej Związku kol. Dra Grzybowskiego: kasa liczy obecnie 392 członków, wypłaca premję w kwocie 70.000 Mk. Po osiągnięciu liczby 400, co niebawem nastąpi, będzie wypłacała już 80.000 Mk. Od chwili założenia kasy t. j. 15 VII., 1903 zmarło 106 członków, premij wypłacono w kwocie 544.338 Mk.

W ubiegłym roku kol. Dr. Teofil Nieć z Rzeszowa przeznaczył całą ówczesną premję w kwocie 60.000 Mk. za swego brata ś. p. Dra Juljana Niecia z Wieliczki (zmarł 5/5. 1921 w 56 r. ż. na dur osutkowy w Wieliczce) na fundusz Jego imienia. Odsetki funduszu przeznaczył na zasiłki dla wdów lub sierót po członkach Związku. Fundusz ten zwiększył się o 5.800 Mk., złożonych przez lekarzy Miejskiego Urzędu zdrowia w Krakowie celem uczczenia pamięci ich Kolegi ś. p. Dra Tadeusza Kona-Karneckiego. Przy tej sposobności Wydział składa gorące podziękowanie fundatorowi i ofiarodawcom, wzywając ogół kolegów do zasilania powyższego funduszu, jakoteż funduszu im. Jordana, względnie tworzenia nowych przy każdej nadarzającej się sposobności.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Cercha*, przewodniczący.

† ŚP. DR. B. JOHN VOOR.

Mowa wygłoszona na pogrzebie w dniu 16. II. 1922 przez Dr. Jana Bączkiewicza, przewodniczącego Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie.

Imieniem Stowarzyszenia lekarzy polskich, mam nader smutny, ale i zarazem zaszczytny obowiązek, przemówić nad grobem kolegi Amerykanina, obywatela tego kraju, którego przedstawiciel, poraz pierwszy i stanowczy, wniósł przed Trybunał światowy, podczas minionej wojny, prawa do bytu samodzielnego narodów uciśnionych, a przedewszystkiem, obowiązek wskrzeszenia zdławionej Polski, obywatel tego narodu, który podniósł miecz, nie w imię zaborów i zdobyczy materjalnych, a w imię zagwarantowania sprawiedliwości dziejowej syna tej ziemi, która w imię wzniosłych ideałów, tysiące swych obywateli wysłała na pole bitew. A oprócz tego, gdy rozlegał się huk dalekonośnych i morderczych dział, gdy gazy trujące dusiły ludzi, gdy łodzie podwodne zatapiały w falach morskich, jak zwierzęta bezbronne, kobiety i dzieci, gdy brzemię tej okrutnej wojny groziło zagładą kulturze, zdobyczom wieków, pomorem ludzi, gdy w krajach okupowanych ludność wymierać poczęła, powtarzam, ta ziemia amerykańska, w imię ideałów, braterstwa i miłosierdzia, pomyślała o tem, aby wysłać rzesze swych najlepszych obywateli, którzyby pod flagą Czerwonego Krzyża wnosili nie zagładę, lecz odrodzenie, nie głód lecz posiłek, nie ból i cierpienie, lecz ukojenie i spokój, nie rozpacz, lecz nadzieję lepszej przyszłości, i nieśli i dotąd niosą w darze bezinteresownym swą pracę, swe środki, swe doświadczenie, siły swych wzorowych obywateli.

Oto stoimy nad rozwartą mogiłą, która za chwilę przyjmie do łona tej naszej polskiej ziemi, właśnie jednego z tych dzielnych obywateli amerykańskich, który nie tylko swą wiedzę, swój zapał do pracy, swe siły, ale to, co najdroższe, swe życie nam złożył w ofierze.

Ś. p. kapitan John Voor, wicedyrektor amerykańskiego Czerwonego Krzyża w Polsce, podczas podróży inspekcyjnej w rejonie Baranowicz, a więc przy organizacji pomocy dla naszych rodaków powracających z Rosji, zaraził się tyfusem. Straszna ta choroba napastująca nas od strony wschodniego sąsiada, podcięła to młode (miał zaledwie lat 30), pełne czynu, i szlachetne życie. Śmierć doktora Voora była spokojna, przeszedł On do życia przyszłego jako gorliwy i szczery wyznawca Kościoła katolickiego, opatrzony św. Sakramentami i pociechami, jakie Kościół ten w ostatniej chwili życia daje.

Ś p. Dr. Voor ukończył uniwersytet w mieście rodzinnem Louisville, w stanie Kentucky Jako doktor medycyny, w uniwersytecie Luiswilskim był instruktorem w laboratorjum klinicznem; w roku 1917 wstąpił do korpusu lekarskiego armji amerykańskiej, w marcu 1918 roku przybył do Paryża, gdzie objął miejsce w szpitalu wojskowym amerykańskiego Czerwonego Krzyża, w r. 1919 był w Serbji, skąd w marcu 1920 roku przybył do Polski, jako pierwszy dyrektor wykonawczy departamentu lekarskiego, później jako wicedyrektor (komisji) amerykańskiego Czerwonego Krzyża i szef sekcji sanitarno-lekarskiej. Wyrobiony klinicznie, (bo pracował w szpitalu „Bellevue" w New-Jorku i w szpitalu miejskim w Louisville), z zapałem i wiedzą prowadził prace sanitarno-lekarskie, był nie tylko lubiany i szanowany przez swoich rodaków, ale i przez Polaków, z którymi w pracy miał styczność; głęboki ich żal i szacunek towarzyszy mu do grobu.

Jest to nad wyraz tragiczne i dla nas Polaków bolesne, że ten młody, wybitny i szlachetny kolega, postradał życie, jak żołnierz na posterunku, w chwili, gdy pracował nad tem, aby uchronić naszą Ojczyznę od zarazy, nie mniej groźnej, niż wojna.

Naród polski, który w chwili swego odrodzenia, i walki o niepodległość, tyle spotykał przeciwności i wrogich nastrojów, z tem gorętszem sercem odczuwa głęboką wdzięczność dla tych, którzy mu w tych ciężkich chwilach okazywali i okazują pomoc, współdziałanie, i szczere uczucie.

Nie tylko, jako lekarze, ale jako obywatele odczuwamy tę powagę, doniosłość, i majestat tej ofiary życia, jaką szlachetny Amerykanin złożył dla naszego dobra. Świat lekarski głęboko został wzruszony tym faktem. Przez nieudolne usta moje, na trumnie ś. p. Dra Voora składa wiązankę uczuć nie tylko Stowarzyszenie lekarzy, ale także Towarzystwo Lekarskie i Tow. Higjeniczne. Z uczuciem żalu, bólu, i wdzięczności żegnamy ś. p. Dra Voora. Niech ta polska ziemia lekką mu będzie. Nie tylko lekką, ale wdzięczną mu pozostanie. Nie tylko świat lekarski, ale całe społeczeństwo powinno pamiętać, o tej mogile, która po wsze czasy będzie widomym znakiem tej wspaniałomyślnej i ofiarnej pomocy, jaką z rąk Ameryki otrzymaliśmy. Niech ta mogiła będzie nowym trwałym węzłem między szlachetną Ameryką a odrodzoną Polską, niech świadczy, że oba te narody łączą ideały wolności, braterstwa i wdzięczności

Niech ta mogiła, w panteonie naszych zasłużonych na polu chwały, zajmie godne miejsce, obok mogiły Francesca Nullo. Nullo bił się o naszą niepodległość i z mieczem w ręku zginął na polu aitwy. Ś. p. Voor zginął na posterunku w walce z zarazą wschodnią, i zginął pod sztandarem, na którym z jednej strony widnieje napis „Braterstwo ludów" z drugiej „Miłosierdzie".

Cześć Jego pamięci!

Wiadomości bieżące.

Lwów.

X. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek 17 marca br. w Poliklinice ul. Lindego. 1) Pokazy z kliniki chirurgicznej. 2) Wykłady: a) kol. Bocheński: „O poronieniu ze stanowiska społecznego". b) kol. Ostrowski: „O nowoczesnych sposobach leczenia ran". c) kol Aleksiewicz: „O leczeniu ran postrzałowych stawu kolanowego.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Doc. Roman Leszczyński, prymarjusz Państw. Szpitala powsz. we Lwowie, prosi nas o zaznaczenie, że nie jest identycznym z p. Romanem Leszczyńskim, autorem „Farmakologji".

Łódź.

Rada Miejska uchwaliła w dniu 8 lutego b. r. przystąpić w charakterze członka — współwłaściciela do komitetu budowy uzdrowiska dla dzieci zołzowych, dotkniętych schorzeniami gruźlicy zewnętrznej, w Busku (inicjator dr. Szymon Starkiewicz). Na cel powyższy Rada Miejska w Łodzi uchwaliła udział członkowski w wysokości Mkp. dwudziestu pięciu miljonów, płatnych w pięciu równych ratach rocznych.

Warszawa.

Stowarzyszenie lekarzy polskich w Warszawie przysyła następujący komunikat z prośbą o umieszczenie:

Do Sądu koleżeńskiego S. L. P. wpłynęło podanie dwóch kolegów Stowarzyszenia z żądaniem odpowiedzi zasadniczej na pytania następujące: 1. Czy lekarz komunista może należeć do Stowarzyszenia lekarzy polskich? 2. Czy może należeć do Stowarzyszenia lekarzy polskich taki lekarz, który, choć twierdzi, że nie jest komunistą, lecz broni komunistów jawnie, toleruje ich działalność występną, lub świadomie uchyla się od walki z komunizmem, przejawiającym się na gruncie zawodu lekarskiego?

Sąd koleżeński na trzech posiedzeniach w pełnym składzie rozpatrzył postawione kwestje na zasadzie § 51.8 Ustawy Stow. lek. Polsk., który brzmi: „Sąd koleżeński w pełnym składzie jest mocen wygłaszać zasady, jakiemi ma kierować się w postępowaniu członek Stow. lek. polskich" i orzekł co następuje:

„Obowiązkiem każdego prawego i sumiennego obywatela Rzeczypospolitej Polskiej jest walka z każdym czynnikiem rozkładu siły i ładu Państwa polskiego".

„Komunizm zarówno w teorji jak i w czynie usiłuje nie dopuścić do osiągnięcia przez Państwo Polskie ładu i siły i w tym celu sprzymierza się z wrogami Polski, dopuszczając się zdrady kraju".

„Ponieważ Stowarzyszenie lekarzy polskich i jego członkowie mają pilnować, ażeby każdy członek Stowarzyszenia lekarzy polskich był dobrym obywatelem kraju, Sąd koleżeński orzekł:

1. „Stowarzyszenie lekarzy polskich nie powinno ścierpieć w swem łonie komunistów".

2. „Stowarzyszenie lekarzy polskich powinno wymagać od swoich członków ścisłego wypełniania obowiązku zwalczania komunizmu, jako wroga Polski".

Że jednak Sąd koleżeński ma obowiązek być w zgodzie z przekonaniami Stow. lekarzy polskich, którego ma być wyrazem, przeto Sąd koleżeński zwrócił się do Zarządu o zwołanie ogólnego zebrania w celu przedstawienia powyższych orzeczeń z wnioskiem ich przyjęcia, jako orzeczeń Stow lek. polsk. W dniu 27 I. 1922 r. zwołane zostało Nadzwyczajne ogólne zebranie członków Stowarzyszenia lekarzy polskich w drugim terminie. Na zebraniu tem przewodniczący Sądu koleżeńskiego powyższe motywy, orzeczenia i uzasadnienia wniosku przedstawił; po ich wysłuchaniu Zebranie Ogólne jednogłośnie orzeczenie powyższe przyjęło.

Konwencja sanitarna. W Ministerstwie Zdrowia Publicznego odbyła się Konferencja w sprawie zawarcia Konwencji Sanitarnej pomiędzy Rzecząpospolitą Polską z jednej a Rosją, Ukrainą i Białorusią z drugiej strony. Posiedzenie zostało zagajone przemówieniami powitalnemi dra Chodźki z jednej i p. Lorentza, sekretarza Poselstwa R. S. F. S. R. w Warszawie z drugiej strony Jako przedstawiciele Polski występują; dr. H. Trenkner (przewodniczący), dr. G. Sztolcman, kierownik N. N. K. do walki z epidemjami, oraz przedstawiciele Ministerstw: Zdrowia Publ. dr. J. Adamski, dr. J. Sęczyc, A. Lewicki i Br. Krakowski (sekretarz) oraz Spr. Zagr. pp. Kotarski i Sobolewski. Jako delegaci Rosji, Ukrainy i Białorusi byli obecni na Konferencji p. Lorentz (przewodniczący), dr. Freyberg, dr. Kalina, przedstawiciele Nar. Kom. Zdrowia dr. Sysin, p. Sjak.

„Komitet konkursowy funduszu im. małżonków Sieragowskich podaje do wiadomości, iż w r. b. przyznana będzie nagroda na pomoc naukową dla Polaków, pracujących tak w kraju jak i zagranicą, na polu biologji i medycyny doświadczalnej. Kandydaci winni zgłaszać podania wraz z krótkim życiorysem i podaniem prac do Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego (Niecała 7) pod adresem Sekretarza stałego. Prof. Dr. A. Sokołowski.

Zmarli.

Dr. Stanisław Braun, tyt. profesor nadzw. położnictwa i ginekologji Uniw. Jagiell.

Dr. Wójcicki Ignacy, naczelny lekarz szpitala św. Józefa w Ostrołęce, zmarł tamże w 49 r. życia, dnia 11 lutego 1922 roku, na dur osutkowy.

Redakcja otrzymała: P. Słonimski i J. Zweibaum Sur quelques conditions de la coloration vitale des Infusoires. **Odb. z Compt. rend. d. seances de la Soc. de Biologie T. 86.**

Ogłoszenie

Gmina i obszar dworski Koropiec

(7000 mieszkańców) powiat Buczacz

poszukuje lekarza. Mieszkanie zapewnione, warunki bytu bardzo korzystne. — Zgłoszenia pisemne z dołączeniem następujących dokumentów w odpisach niezwrotnych:

1. Metrykę,
2. Dyplom lekarski,
3. Dowód posiadania obywatelstwa polskiego,
4. Krótkie curiculum vite.

nadsyłać należy pod adresem:

Stefana Badeni, Lwów, Sykstuska 43.

Ogłoszenie.

Zarząd Kasy Chorych miasta Łodzi

poszukuje dla Zakładu bakterjologicznego lekarza z dokładną znajomością badań klinicznych. Posada do objęcia od 1 kwietrnia r. b. Warunki zależne od umowy. — Oferty z odpisami świadectw należy nadsyłać do Łodzi.

Państwowy Urząd Pośredn. Pracy ul. Aleje Kościuszki I. 9.

KONKURS

Magistrat m st. Warszawy

ogłasza na podstawie obowiązujących przepisów konkurs na stanowisko

ordynatora chorób wewnętrznych w szpitalu Starczakonnych na Czystem (Wola) (oddział dla chorób zakaźnych)

Ubiegający się o to stanowisko winni wykazać, iż są obywatelami Państwa Polskiego i posiadają prawo praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem, oraz w terminie, określonym przez Magistrat m. st. Warszawy, winni stanąć do konkursu publicznego zgodnie z przepisami, obowiązującymi przy obsadzaniu stanowisk ordynatorów szpitali cywilnych Warszawskich.

Biuro wydziału szpitalnictwa powiadomi ubiegających się o terminie konkursu.

Podania z wyżej wzmiankowanymi dokumentami, curriculum vitae i wykazem prac wnosić należy do dnia 10 maja 1922 r. do Biura Wydziału szpitalnictwa Magistratu m. st. Warszawy (ul. Jasna 1)

KONKURS

Województwo Łódźkie (Wojewódzki Urząd Zdrowia)

ogłasza konkurs na posady

lekarzy powiatowych

w Kole, Łasku i Turku.

Do posad tych jest przywiązane wynagrodzenie według VII kategorji płac.

Oferty z poświadczonymi odpisami, świadectw i życiorysem należy składać pod adresem:

Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w Łodzi, (ul. Rokicińska 53)

Nr. 12. i 13. 26. marca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Międzynarodowa konferencja sanitarna w Warszawie.

Międzynarodowa konferencja sanitarna w stolicy Polski jest faktem pierwszorzędnego pod każdym względem znaczenia. Doniosłość tego faktu dla Polski pod względem politycznym oceniła należycie prasa codzienna polska i zagraniczna; w czasopiśmie lekarskiem podkreślamy wielką doniosłość konferencji dla sprawy zdrowia publicznego w Polsce i dla roli Polski, jako przedmurza, broniącego całą Europę zachodnią przed wtargnięciem zarazy. Napór jej ze wschodu jest tak silny, jakiego Europa bodaj od średniowiecza nie zaznała; nie ulega wątpliwości, że do zagrodzenia drogi na zachód zarazom najgroźniejszym, jakie znają dzieje, nie wystarczyłyby nasze własne siły nawet po ukończonej już budowie Państwa, że temwięcej nie mogą wystarczyć teraz, gdy w domu naszym dopiero zaczynamy dochodzić do ładu. Toteż, jak w ostatnich dwu latach, tak i nadal konieczna jest pomoc międzynarodowa w naszej trudnej, uciążliwej i niezmiernemi ofiarami okupywanej walce. Złożyliśmy jednak już wszelkie dowody, że tę walkę nawet w naszych trudnych warunkach umiemy prowadzić skutecznie, a cały świat cywilizowany zmusiliśmy do uznania naszej na tem polu sprawności. Wyrazem tego uznania jest nietylko zgoda wszystkich państw kulturalnych na zebranie się konferencji w Warszawie, ale również oddanie przewodnictwa konferencji w ręce przedstawiciela Polski. Można się spodziewać, że nawet te państwa, które z niedowierzaniem jeszcze przed kilkunastu miesiącami patrzyły na Polskę jako na przeciwepidemiczny szaniec Europy i ociągały się ze swoją pomocą, teraz pospieszą z nią bez wahania. Miejmy nadzieję, że przedstawiciele obcych rządów, zobaczywszy naocznie, w jakichto powojennych zgliszczach i ruinach, wśród jakich braków i niedostatków, wobec jakich od wschodu sąsiadów stoimy na rubieży, zrozumieją także różnicę między swoją pomocą, prawie wyłącznie pieniężną, a ofiarami życia i zdrowia, które składać muszą w walce z zarazą setki lekarzy- Polaków i tysiące ludności naszej. A jeżeli inne państwa podadzą nam w najbliższych latach pomocną rękę już bez niedowierzania, szczerze i z tem zaufaniem, na jakie na polu sanitarnem zapracowaliśmy, to napewno nietylko zdołamy odgrodzić siebie i drugich nieprzebytą dla duru i cholery, ospy i moru, zaporą, ale również podnieść stan zdrowotny kraju na ten poziom, którym cieszyły się przed wojną wszystkie wolne cywilizowane narody. I dlatego konferencję warszawską przyjął z najżywszą radością ogół lekarzy polskich, za swe naczelne zadania uznający równie dobro ludzkości, jak pomyślność własnej Ojczyzny. *C.*

Prace oryginalne.

Dr. E. Artwiński. Kraków.

Histerja w świetle wojny.

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych U. J. w Krakowie. (Według wykładu w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem w dniu 15. czerwca 1921).

Poglądy przedwojenne na histerję.

W statystyce neurologji wojennej histerja zajmuje miejsce tak wybitne, że już choćby z tego jednego punktu widzenia zasługuje na uwagę rewizja naszych pojęć o histerji i bliższe przyjrzenie się, jak też w czasie wojny pracowały nasze teorje i które z nich z tej ogniowej próby wyszły zwycięzko? Niepodobna jest w krótkich słowach wyczerpać tak rozległego tematu, jakim jest historja teorji histerji, ale jednak krótki rzut oka wstecz jest konieczny dla ujęcia tematu z punktu widzenia nowych doświadczeń wojennych.

U progu studjów nad histerją widnieje genialna postać Charcota, twórcy nowoczesnej szkoły neurologji francuskiej. Wysiłkiem jego myśli zostały rzucone podwaliny pod ten rozległy gmach, jakim jest dzisiaj nauka o histerji. Jednak, jak to często bywa w dziejach myśli ludzkiej, że jednostka genjalna siłą swej powagi przemyca i błędy, które znacznie trudniej wykryć i uwolnić się od nich, niż od błędów zwykłych śmiertelników, gdyż i one noszą na sobie piętno wielkości swego wysokiego pochodzenia, w wielkiej spuściźnie po Charcocie pozostało nam pojęcie, że »histerja wszystko może«, że jest ona zdolna naśladować wszystkie objawy znanych nam chorób. Nauka Charcota jest ujściem, z którego wypływają źródła dalszych dociekań. Liczni jego uczniowie w dalszym ciągu rozwijali jego poglądy i szli w kierunku przez niego wskazanym, budując dalej i w liczne szczegóły wzbogacając tradycjonalny charcotowski gmach. Ale jak zawsze i wszędzie, tak i tu musiała powstać opozycja. Wyszła ona z prac Babińskiego, który systematycznie i z uporem walczy z dziełem swojego mistrza, krusząc za pomocą wnikliwej analizy tradycyjne pojęcia o histerji. A przez kontrast do utartych już pojęć, które w życie wniknęły, nadaje swojej teorji nazwę modernistycznej. Badania Babińskiego na polu histerji można ująć w krótkich słowach jako konsekwentne demaskowanie tej »*la grande simulatrice*«, jak ją słusznie nazwał Charcot. Odbywamy z Babińskim wielki odwrót i widzimy, jak ta wszechmoc histerji stopniowo maleje. W krytycznem świetle badań Babińskiego poznajemy, że histerji daleko do tego, aby mogła naśladować objawy wszystkich chorób. Wynik ostateczny prac Babińskiego, to zwężenie granic możliwości objawów histerycznych. I tak w świetle jego badań występuje na jaw, że niema: ani zgorzeli skóry, ani obrzęku głośni, ani krwioplucia, ani bezmoczu, białkomoczu, ani wreszcie gorączki histerycznej. Dziś są to już dla nas fakta banalne, ale właśnie dlatego musimy ocenić odwagę myśli Babińskiego, gdyż niezapominajmy, że walczył on z faktami, uznanemi przez całą szkołę klasyczną, a co ważniejsze jeszcze, mającemi za sobą całą powagę wielkiego Charcota. Pod wpływem studjów Babińskiego symptomatologja i morfologja histerji tak się zmieniła, że, jak słusznie powiada Babiński, młodzi lekarze, studjując opisy zjawisk histerycznych z epoki Charcota, odnoszą wrażenie, że mają do czynienia z paleopatologją. W tem coraz to ciaśniejszem obramowaniu objawów histerycznych i po wykazaniu i ugruntowaniu dowodami, czego histerja nie zdoła naśladować, trzeba było oczywiście odpowiedzieć, czego zdolna jest jednak dokonać? Odpowiedź na to pytanie była już zawarta *implicite* w części krytycznej pracy Babińskiego, trzeba ją było jednak jeszcze ująć krótką formułą, że »wszystko, co można powtórzyć u pewnych osób przez suggestję, a usunąć przez perswazję, jest objawem histerycznym«. W swoim zapale histerjoburczym posuwa się Babiński tak daleko, że stara się unicestwić nawet samo słowo histerja i proponuje, aby je zastępować słowem, które zawiera w sobie nową definicję,

a mianowicie przez słowo: »*pithiatisme*«, to znaczy uleczalny przez perswazję.

Pod obuchem druzgocącej krytyki Babińskiego padły też i pewne objawy, jak n. p.: wzmożenie odruchów ścięgnistych, zaburzenia czucia, zwężenie pola widzenia, objawy, według innych autorów niewątpliwie wchodzące jeszcze w zakres objawów histerycznych. Dla Babińskiego nie są to już objawy histeryczne, ale produkty sztucznej suggestji lekarskiej.

Kończę ustęp o poglądach Babińskiego, przytaczając jego samego: »To wszystko, co daje się zrealizować przez wolę, może być dziełem histerji«.

Zdanie to zawiera syntezę poglądów Babińskiego na histerję i będziemy musieli jeszcze wrócić do niego w toku dalszych rozważań.

Dyskusja majowa w roku 1908 w paryskiem Towarzystwie neurologicznem prawie bez zastrzeżeń przyjęła ograniczenie objawów histerycznych, stwierdzone przez Babińskiego. W dyskusji zaś w r. 1909 w temże Towarzystwie większość wybitnych neurologów francuskich wystąpiła przeciw wykluczeniu elementu uczuciowego przy powstawaniu objawów histerycznych. Dla retrospektywnego ujęcia histerji muszę wspomnieć, że kontynuatorem myśli Charcota był P. Janet. Z Charcotowskiego też rodu pochodzą i za jego kierunkiem początkowo idą badania Breuera i Freuda.

To byłyby wszystkie ważniejsze stanowiska, z których na histerję przed wojną spoglądano.

Histerje wojenne.

Wojna ujawniła pod względem morfologji wielkie bogactwo histerji urazowych, między któremi jednak powtarza się pewna ilość postaci identycznych w różnych armjach i u różnych narodów.

Obrazy, spostrzegane w klinice krakowskiej, zostały wyczerpująco opisane przez Piltza w pracy: »Przyczynek do nauki o t. zw. nerwicach wojennych i ich leczeniu«, dlatego też nie kuszę się tutaj o odtworzenie całego bogactwa obrazów histerji wojennej i ograniczam się jedynie do przykładów, potrzebnych mi dla objaśnienia rozważań teoretycznych.

Rozpoczynam od znanych każdemu z Panów, objawów drżenia drobnego, rytmicznego całego ciała, a głównie nóg.

W wywiadach chorzy ci podawali jako czynnik przyczynowy przysypanie ziemią wskutek wybuchu granatu, przestrach lub też zmęczenie długiem marszem, albo wogóle nie umieli podać przyczyny. Drżenia te utrzymywały się przez szereg miesięcy, a nieraz i lat całych. Każdemu z nas jestto drżenie znane, fizjologicznie bowiem występuje ono po zmęczeniu lub przestrachu. Turyści i sportsmeni też często je odczuwają. Biorąc za punkt wyjścia to drżenie fizjologiczne i porównując z niem wywiady naszych chorych, spotykamy te same czynniki: strach i zmęczenie, z tą tylko różnicą, że w przypadkach fizjologicznych drżenie to trwa krótko, w przypadkach zaś chorobowych przedłuża się ono i utrwala na długi przeciąg czasu. Wydaje mi się, że jestto najprostsze tłómaczenie powstawania tego drżenia.

Spotykamy tu więc chorobliwe utrwalenie i przedłużenie zjawiska, które w chwili swego powstawania mogło być jeszcze zjawiskiem prawie fizjologicznem. Krótko mówiąc, mamy tu do czynienia z utrwaleniem pewnego automatyzmu. Ale niepodobna jest chyba, jak chce Babiński, wyeliminować z tej gry pierwiastek uczuciowy, który w przeważającej liczbie przypadków odgrywa rolę rozstrzygającą, a także i powtórzenie tego zjawiska jest tylko w pewnym zakresie możliwe, bo żaden człowiek zdrowy nie zdoła tak długo, a nieraz i tak rytmicznie drżeć, jak drżą ci chorzy. Drżenie to pod wpływem odpowiedniego leczenia ustępowało całkowicie, ale wystorczało głośniejsze słowo lub raptowny jakiś niespodziewany gest, aby drżenie to odnowiło się w swojej pierwotnej postaci. Oczywiście, że u osobnika drżeniem obarczonego można je przez suggestję wywołać i często przez perswazję usunąć.

Jako drugi przykład histerji urazowej pragnę przypomnieć te najdziwaczniejsze nieraz przymusowe ustawienia ciała. Krótko opowiedziana historja brzmiała zazwyczaj tak, że pozwalała nam na odtworzenie ruchu w chwili tuż po zranieniu, a ustawienie przymusowe nie było niczem innem, jak właśnie utrwaleniem ustawienia ciała tuż po zranieniu. Przypominam sobie takiego chorego po lekkiej mięśniowo skórnej ranie w bok, u którego wystąpiło znaczne przechylenie ku stronie zranionej, a utrwalenie tego przechylenia nie ustępowało i w czasie snu. Znowu spotykamy utrwalenie pewnego automatyzmu. Oczywiście, że ta postać histerji może być naśladowana bardzo łatwo, świadomie i celowo, lub też nieświadomie. Obfitość i różnorodność histerycznych zaburzeń chodu jest tak wielka i czasem potworna, że dorównuje ona fantazjom pomysłowych dadaistów.

Jednak i w tej różnorodności spotykamy pewne typy zaburzeń chodu, których sylwetka tłómaczyła się jakimś lekkim zazwyczaj urazem i odruchowo przezeń wywołanem ustawieniem ciała; lub też przesadnym, ostrożnym, odruchowo ochronnym chodem chorych na rwę kulszową, lub bólami stawów kolanowych. Szczególnie chorzy, cierpiący na bole stawów kolanowych, stanowili znaczny odsetek w przypadkach histerycznych zaburzeń chodu. Są jednak i takie postacie, jakto już wyżej wspomniałem, u których to tłómaczenie nie jest usprawiedliwione, a wyjaśnienia szukać należy raczej w choreografji i sztuczkach cyrkowych.

Krakowska klinika neurologiczna uwieczniła na filmie pewnego fiakra wiedeńskiego o małpiej zręczności i iście cyrkowej pomysłowości, która uwidoczniła się w jego zmanjerowanym chodzie na czworakach.

Podane wyżej tłómaczenie powstawania mechanizmu histeryj urazowych nie jest nowością i było już w 1909 roku wypowiedziane przez Dejerine'a w dyskusji na temat roli uczucia w powstawaniu chorób nerwowych. Pozwolę sobie przytoczyć go tutaj dosłownie: »Można określić objawy histeryczne, mówiąc, że stanowi je mniej lub więcej uporczywe trwanie objawów, wywołanych przez wstrząs wzruszeniowy« i że u niektórych usobników objawy te »krystalizują się,« jak się dalej wyraża Dejerine. W tej samej dyskusji A. Thomas podnosił trudność rozgraniczenia pewnych objawów histerycznych od niektórych uczuciowych oddziaływań ruchowych (drżenie, lekkie podniecenie). Trudność ta istnieje chyba i po dziś dzień?

Przebieg sprawy chorobowej, o której dotychczas była mowa, ujął Dupré w krótką formułę: »wstrząs, wzruszenie, suggestja, przesada, udawanie, odszkodowanie«.

Dalszy proces utrwalania i przedłużania zjawiska chorobowego jest znacznie trudniej ująć i wytłumaczyć, i nie myślę, aby dał się sprowadzić do jakiejś teorji uniwersalnej, tłómaczącej to utrwalenie; raczej od przypadku do przypadku należy szukać i indywidualizować, niż uogólniać.

W każdym razie szukano tego wytłumaczenia na drodze psychologicznej, a im dalej posuwaliśmy się w psychologicznem tłómaczeniu objawów histerycznych, tem więcej zaczęliśmy je uważać za objawy celowe, aż doszliśmy do ujęcia, pochodzącego od Freuda, a bardzo w czasie wojny w piśmiennictwie niemieckiem popularnego, że histerja jest »ucieczką w chorobę«, a W. Cimbal łączy nawet nerwice urazowe czasów przedwojennych i histerje urazowe wojenne w jednostkę, ktorej nadaje bardzo charakterystyczne nazwy »nerwic celowych«. Nägeli jest jeszcze bardziej krańcowy, gdyż utrzymuje, że dlatego spotykamy w życiu nerwice urazowe, bo w neurologji powstała ta sztuczna jednostka. Znowu pytanie, czy to nie jest zapatrywanie już zbyt krańcowe i jednostronne, boć znamy przypadki histerji urazowej, gdzie tego celu trudno się jest dopatrzeć, gdyż niema mowy ani o odszkodowaniu, ani o chęci uchylenia się od służby wojskowej, a przeciwnie nawet objawy te utrudniają tylko tym chorym życie. Są takie przypadki, opisane przez Dejerine'a, Stierlina i bardzo charakterystyczny przykład z praktyki Oppenheima, który w końcu doprowadził do samobójstwa i wreszcie przykład autobiograficzny, podany przez psychjatrę niemieckiego Rittershausa.

W każdym razie ten czynnik celowości istnieje i u ró-

żnych chorych występuje w zmiennej ilości, a spostrzegł go i należycie zrozumiał już Balzac, który w »Fizjologji małżeństwa« w rozdziałach o migrenie i o nerwozach opisuje te objawy, poczynając od lekkich bólów głowy, poprzez stany przygnębienia i rozstroju nerwowego, a kończąc na klasycznie opisanym napadzie drgawkowym, którego opis pozwolę sobie tutaj przytoczyć w tłomaczeniu Boya. »Kobieta przewala się wówczas jak wicher straszliwy, pręży się w górę, jak płomień, poddaje się, jak fala ślizgająca się po białym żwirze, omdlewa pod nadmiarem miłości, odgaduje przyszłość, wieszczy ją niejako; ale przedewszystkiem, widzi teraźniejszość, druzgoce zwyciężonego męża i napawa go przerażeniem«, a dalej: »Wystarczy nieraz dla mężczyzny, gdy raz jeden ujrzy żonę, rzucającą jak piórkiem trzema lub czterema silnymi ludźmi, aby odeszła mu ochota od uwodzenia jej kiedykolwiek. Stanie się jak dziecko, które raz wywoławszy niebacznie wybuch straszliwej machiny, będzie miało odtąd niesłychane poszanowanie dla najmniejszej sprężynki«.

Czyż opis ten nie zawiera już w zalążku wszystkich współczesnych nam poglądów na histerję Opis napadu jakby z Freuda wyjęty i wyraźne podkreślenie roli napadu, jako czynnika wojującego, a mającego za cel steroryzowanie otoczenia, które pozostaje zwyciężone i ubezwładnione.

Lecz czynnik celowości objawu histerycznego w walce jednostki z jej otoczeniem, to tylko jeden, może bardzo ważny, szczegół w procesie krystalizacji objawów histerycznych, mówiąc językiem Dejerine'a, ale nie jedyny, bo obok niego istnieją i inne: suggestja otoczenia i autosuggestja, tak silnie podkreślana przez Babińskiego. Jednem słowem, jest to sprawa bardzo złożona, na którą składają się liczne czynniki naszej psychiki, świadome i nieświadome, ale my widzimy przesuwające się przed nami wskazówki zegara, którego mechanizmu nie znamy. W czasie wojny praktyczny neurolog, przytłoczony setkami przypadków histerji, musiał sobie z niemi jakoś dawać rady i musiał je leczyć, co pociągnęło za sobą pewne uproszczenie zjawiska. Bo czyż nie wyczuwamy w licznych pismach doby wojennej mniej lub więcej wyraźnego tonu, świadczącego o tem, że tym ludziom przypisywało się jedynie złą wolę; oto poprostu nie chcą się wyleczyć, chcą być chorzy, aby uwolnić się od służby wojskowej, wszak metoda Kaufmanna prawie zawsze jest skuteczna. Tym zwolennikom »złej woli« i »silnej pięści« pragnę przypomnieć słowa Janeta, który w dyskusji w roku 1909 podnosił, że w przepisywaniu tak niepojętej dla nas silnej woli tym chorym tkwi pewna niekonsekwencja, bo czy jest to logiczne przypuszczenie, jak mówił Janet, że jakaś histeryczka, chcąc komuś zrobić na złość, przez kilka lat nie może wstać z łóżka?

Niewątpliwie, że tu i wola odgrywa ważną rolę, ale jaka wola i w jakim stopniu? Zagadnieniu temu poświęca wiele uwagi i pracy Kretschmer, który dzieli znane nam już objawy chorobowe na dwie grupy: chorób histerycznych i przyzwyczajeń histerycznych. Podstawą tego podziału jest, według Kretschmera, wola, gdyż jako histeryczne choroby określa on te zaburzenia, które nie mają bezpośredniego związku ze sferą woli. Jako histeryczne przyzwyczajenia określa zaś wszystkie nieprawidłowości, które przy podmiotowem poczuciu choroby przedmiotowo, jakkolwiek może z trudem, są dla woli dostępne, Wyjaśnię to na przykładzie. Histerycznem schorzeniem będzie szybkie, rytmiczne drżenie prawej ręki, które powstało bezpośrednio po jej zranieniu. Jako przykład histerycznego przyzwyczajenia przytacza Kretschmer żołnierza, który dostał się do szpitala z powodu bólów i lekkiego obrzęku stawu kolanowego przy zachowaniu ruchów czynnych i biernych w tym stawie. Po kilku tygodniach pobytu w szpitalach obrzęk znika, ale występuje przykurczenie w tym stawie, a przy próbie biernego wyprostowania wyczuwa się opór zginaczy. Przykurczenie to utrzymuje się i w czasie snu. To przykurczenie jest przykładem histerycznego przyzwyczajenia, które, według Kretschmera, jest zależne od woli w chwili swego powstawania, a którego sylwetka leży jeszcze w granicach możliwości fizjologicznych. Histeryczne schorzenia mają dwie charakterystyczne cechy: w chwili powstawania są od woli niezależne i mają odrębną sylwetę neurologiczną, to, co Kretschmer nazywa »neurologische Begrenzbarkeit«. Jeżeli spojrzymy z punktu widzenia Babińskiego na to rozgraniczenie Kretschmera, to musimy stwierdzić, że, o ile histeryczne przyzwyczajenia mieszczą się całkowicie w definicji histerji Babińskiego, to objawy, które Kretschmer uważa za histeryczne choroby, w żaden sposób w te ramki wpakować się nie dadzą, gdyż, jak widzieliśmy, w chwili swego powstawania są one od woli niezależne i nie dadzą się dowolnie naśladować. I tutaj spotykamy się z pewną nowością, jaką wojna nam przyniosła, względną zresztą, bo jeżeli, przypomnimy sobie definicję Dejerine'a, to spostrzeżemy, że jest ona w zasadzie prawie zupełnie zgodną z definicją choroby histerycznej Kretschmera. Zarówno w definicji Dejerine'a, jak i Kretschmera wysuwa się na czoło ten automatyzm, ta bezpośrednia odruchowość zjawiska.

Wyszliśmy w naszych rozważaniach od pytania, jaką rolę gra w histerji wola i otrzymaliśmy dwie odpowiedzi. Co do przyzwyczajeń histerycznych ma wola rolę rozstrzygającą i w bardzo znacznej mierze, jeżeli nie całkowicie, są te objawy od niej zależne. Ograniczyliśmy natomiast znaczenie woli w t. zw. chorobach histerycznych. Nasuwa się jednak dalsze pytanie: czy wola nie odgrywa żadnej roli w chorobach histerycznych? Aby na to pytanie odpowiedzieć, wróćmy do bezpośrednich spostrzeżeń klinicznych. Weźmy jako przykład te drżenia, o których mówiłem. Prócz widocznego dla oka rytmicznego drżenia wyczuwa się bardzo wyraźny stan wzmożonego napięcia w obrębie pewnych grup mięśniowych, i jak doświadczenie pouczyło każdego, kto musiał te objawy usuwać, najprostszą drogą, wiodącą do celu, było usunięcie tego napięcia mięśniowego, a po jego ustąpieniu także i drżenie znikało. Najłatwiej było to zrobić przez wywołanie zmęczenia w danej kończynie (Piltz) lub przez miarowe ruchy bierne, np. zginania i rozginania w stawie kolanowym przy równoczesnem odwróceniu uwagi chorego i skierowaniu jej na jakiś inny przedmiot, usuwałem też to napięcie mięśniowe przez nagłe spotęgowanie go i potem raptowne oderwanie elektrody. Z neurologów niemieckich Hirschfeld używał tejże metody, a zwalczanie tego niby-kurczu (*pseudospasmus*) uważa za poestawę swego sposobu leczenia. Takiego też sposobu leczenia ruchami biernemi używałem skutecznie przy usuwaniu tego cierpienia, które Oppenheim określił jako »*myotonia trepitans*«.

Zdawałoby się, że odbiegliśmy daleko od naszego pytania, jaką rolę gra wola w chorobach histerycznych, ale tak nie jest, bo właśnie spostrzeganie tych chorych w czasie ich leczenia rzuc na to pytanie światło. Na tych właśnie leczniczych rozważaniach i spostrzeżeniach opiera Kretschmer swoje prace nad znaczeniem woli w chorobach histerycznych. Kretschmer, podobnie jak i Dejerine, pierwszy okres choroby histerycznej uważa za odruchowy i od woli niezależny, poczem dopiero następuje okres drugi, okres utrwalenia tych objawów, które powstały od woli niezależnie. Mówiłem już, że na to utrwalenie, na ten dejerinowski proces »krystalizacji« muszą się składać liczne czynniki. I tutaj znów jest według Kretschmera wola tym czynnikiem, który to zjawisko odruchowo utrwali. Kretschmer opiera swoje twierdzenia na doświadczeniu fizjologicznem, że każdy z nas przez dowolne lekkie napięcie mięśnia czworogłowego może wzmódz swój odruch kolanowy, i na doświadczeniach tych lekarzy, którzy lecząc te objawy, stale spostrzegali objaw tego niby-kurczu (*pseudospasmus*), o czem przed chwilą obszerniej mówiłem. Impuls woli, dołączony do zjawiska, które powstało w pierwszej chwili jako odruchowe, utrwala je i potęguje, nie zmieniając przytem zewnętrznie jego postaci zjawiska odruchowego. Chodzi tutaj, według Kretschmera, o słabe impulsy woli, które są skierowane na rozległą hypertonizację danej sfery odruchowej. Widzimy więc, z jak różną jakościowo wolą mamy tu do czynienia aniżeli przy symulacji, i że działanie takiej woli lepiej i łatwiej tłomaczy nam te zjawiska, które zawierają w sobie początkowo także składnik od woli niezależny.

Tak pojęte objawy histeryczne stają się istotnie dla chorego nieświadome. I można tu mówić o źle skierowanym

impulsie woli, ale nie koniecznie i nie stale o świadomie złej woli. Dużo się mówiło o uporczywości niektórych histeryków w czasie wojny, ale widzimy, jak głęboko mogą tkwić korzenie tego uporu i jak bardzo zawikłana jest ta sprawa. Tak pojęte objawy histeryczne odzyskują z powrotem swoje prawo do nazwy chorobliwych, a mający je ludzie do praw przysługujących chorym, a czuć już było w atmosferze, że coraz to więcej patrzono na nich, jak na pół, jeżeli nie na całkowitych symulantów. I słusznie, powiada Kretschmer, że są to ludzie, którzy mają jakby dwie wole, jedną, znaną każdemu z nas, i drugą, jakościowo różną od pierwszej, którą on obrazowo i dla wyjaśnienia plastycznie nazywa hypobuliczną, jakby od pierwszej odszczepioną. Tak pojęta wola tłómaczy nam, że histeryk równocześnie chce i nie chce się wyleczyć. Widziałem histeryków z zaciśniętemi od bólu zębami i z dobrą wolą znoszących silne prądy faradyczne, niewątpliwie przykre, a równocześnie nie mających dostatecznie dużo silnej woli w tym kierunku, aby nad swojemi zaburzeniami ruchowemi (drżenie, zaburzenia chodu) potrafili zapanować. Każdy, kto leczył większą liczbę przypadków chorób histerycznych, wyczuwał, że tu prócz woli chorego silną też rolę odgrywa i ten odruchowy zespół, który należało usunąć, lub też, co na jedno wychodzi, nauczyć chorego te objawy opanowywać. Raz jeszcze podkreślić należy, że tam, gdzie istotnie badany posiadał ową złą wolę, tam rola lekarza była bardzo smutna i w walce tej szybciej wyczerpywał się arsenał środków lekarza, niż upór i zła wola symulującego, który z tej walki często wychodził z tryumfem jako niewyleczony.

Pomyślna statystyka przypadków wyleczonych chorób histerycznych w czasie wojny przemawia, według mnie, nie za, ale właśnie przeciw zbyt powszechnemu traktowaniu tych objawów, jako wyrazu jedynie złej woli chorego. Zachowanie się tych chorych w czasie leczenia i to nagłe występowanie np. drżenia z lada powodu, nawet w czasie, kiedy chorzy nie przypuszczali, że są śledzeni, ma więcej podobieństwa do zjawisk odruchowych, niż do zjawiska powstałego, dowolnie robionego. Są to objawy zbyt daleko odbiegające od stanu prawidłowego, aby mogły być dowolnie każdej chwili ponownie wywoływane.

Nerwice odruchowe.

Punktem ciężkości w zakresie omawianych przez nas zagadnień są teorje, wysunięte w czasie wojny przez Babińskiego we Francji i prawie identyczne i niezależnie od niego przez Oppenheima w Niemczech. Spostrzeżenia wojenne przekonały tych badaczy, że istnieją przypadki histerji, które niczem nie różnią się od histerji czasów pokojowych i odpowiadają definicji Babińskiego; ale badacze ci spotkali się też i z pewną nowością, z pewnemi postaciami porażeń i przykurczeń, które według nich nie mają nic wspólnego z histerją. Babiński, Froment i Oppenheim poddali te objawy ścisłej obserwacji, ugrupowali je i stworzyli, jak wiadomo, odrębną jednostkę nozologiczną pod nazwą porażeń odruchowych. Babiński i Froment, jako różnice między porażeniami i przykurczami histerycznemi a odruchowemi podają następujące cechy: zaburzenia ruchowe w stanach odruchowych są ograniczone, często małego natężenia, ale głębokie i względnie uporczywe w leczeniu, a porażenia histeryczne są rozległe, pozornie ciężkie, a w istocie powierzchowne i szybko przemijają pod wpływem odpowiedniego leczenia. Ogólna sylwetka pewnych typów porażnych jest bardzo charakterystyczna i nie daje się dowolnie odtworzyć. Ustawienie przykurczeń i porażeń histerycznych daje się zawsze dowolnie powtórzyć. Zaniki mięśniowe, przy porażeniach odruchowych są zazwyczaj wyraźne i powstają szybko, podobnie jak zaniki mięśniowe, tak też i zaburzenia odżywcze, naczynioruchowe i termiczne w porażeniach histerycznych mogą być zaznaczone, a w odruchowych są zawsze bardzo wyraźne i towarzyszy im redukcja fali, mierzona oscilometrem. Wreszcie w porażeniach odruchowych bywają nierówności odruchów, których w porażeniach histerycznych niema. W porażeniach odruchowych spotykamy też zaburzenia pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów, których niema w porażeniach histerycznych.

Wyżej przytoczone cechy charakterystyczne skłoniły Babińskiego i Fromenta we Francji, a Oppenheima w Niemczech do wyodrębnienia tych porażeń, których istota ma polegać na zaburzeniach odruchowych układu nerwowego, w przeciwieństwie do porażeń histerycznych, które, według Babińskiego, są wyobrażeniowego pochodzenia. W Niemczech teorja nerwic odruchowych Oppenheima spotkała się z ostrym sprzeciwem, we Francji natomiast teorja Babińskiego i Fromenta zyskała sobie licznych zwolenników (H. Meige, Souques, Charpentier, Clovis Vincent i inni). I we Francji jednak teorja ta nie została powszechnie przyjętą, a zwalczali ją Claude i Lhermitte, Roussy, Boisseau i d'OElsnitz. W Niemczech z nielicznemi wyjątkami (Lieppmanna, Struempla i Marburga) utożsamiano te porażenia ze zwykłemi porażeniami histerycznymi. Claude i Lhermitte zwalczali teorję Babińskiego zapomocą teorji, którą nazwano dynamogeniczną, gdyż ci dwaj badacze sądzą, że czynność dynamogeniczna ośrodków nerwowych tłómaczy fizjopatologję tego zespołu (napięcie mięśniowe, zaburzenia naczynioruchowe, wydzielnicze itd.), który następnie przez proces histeryczny zostaje utrwalony. Niezależnie i ja wypowiedziałem podobne przypuszczenie w pracy, ogłoszonej po niemiecku w r. 1918, i nazwałem to tłómaczenie dwufazowem.

Roussy, Boisseau i d'OElsnitz rozbijają zespół opisany przez Babińskiego i Fromenta, na dwa składniki: ruchowy, który uważają za histeryczny, a zaburzenia naczynioruchowe, odżywcze, termiczne i elektryczne uważają za zjawiska wtórne, i towarzyszące porażeniu histerycznemu. Składnik ruchowy tego zespołu uważają za histeryczny, gdyż zdołali usunąć go na drodze psychoterapji podobnie jak zwykłe porażenie histeryczne. Przeciw odruchowemu pochodzeniu towarzyszących objawów z tego zespołu (zaburzenia naczynioruchowe, termiczne i wydzielnicze) wytaczają następujące dowody:

1. Zaburzenia naczynioruchowe, termiczne i wydzielnicze są na obwodowych częściach kończyn, niezależnie od miejsca zranienia.

2. Zranieniom kończyn (n. p. amputacji) nie towarzyszą te objawy.

3. Zaburzenia naczynioruchowe, wydzielnicze i odżywcze spostrzegać też można także przy zwykłych porażeniach histerycznych.

4. Zaburzenia pobudliwości elektrycznej nerwów i mięśni odnoszą ci autorowie do zaburzeń w krążeniu.

Streszczając, możemy powiedzieć, że spostrzegaliśmy w czasie wojny porażenia, które zespołem swoich objawów odbiegają od zwykłych, często spotykanych porażeń histerycznych, i że porażenia te nie dają się dowolnie odtworzyć, co, jak wiemy, jest zasadniczą cechą objawów histerycznych, według Babińskiego. Nic więc dziwnego, że właśnie Babiński musiał w konsekwencji uznać te objawy nie za histeryczne, ale za odruchowe. Spójrzmy jednak na to zagadnienie z innego punktu widzenia. Na początku, mówiąc o drżeniu histerycznem, powiedziałem, że jest ono czasem tak charakterystyczne i rytmiczne w przypadkach histerji urazowej, że prawie niemożliwe jest dowolne naśladowanie go przez dłuższy czas nawet po specjalnem ćwiczeniu się w tym kierunku. Dla objaśnienia mechaniki przytoczyłem w swoim czasie tłómaczenie Dejerine'a.

Dla nerwic odruchowych wydają mi się też podobne tłómaczenie słusznem, bo spostrzeżenia morfologiczne, przytoczone przez Babińskiego, Fromenta i Oppenheima, są niewątpliwie faktem, jednak właściwość ustępowania składnika ruchowego pod wpływem psychoterapji przemawia za przyrodą histeryczną tego porażenia. Swoista zaś sylwetka tych porażeń, różniąca się morfologicznie od zwykłych porażeń histerycznych, tłómaczy się tym właśnie czynnikiem odruchowości, wywołującym te swoiste cechy, które następnie, podobnie jak i drżenie, zostają już wtórnie utrwalone, jako porażenie histeryczne. Jednem słowem uraz w chwili swego działania na drodze odruchowej stwarza te odmienne warunki w kończynie, które później, utrwalone na drodze histeryzacji, nadają porażeniu tę odrębną i swoistą sylwetkę. Jest to zja-

wisko, analogiczne do utrwalonego histerycznego drżenia, które w swoich początkach jest także zjawiskiem odruchowem. W ten sposób pojęte porażenia odruchowe pozwalają na włączenie ich w ramy histerji urazowej i powiązanie ich z innemi objawami. Porażenia te dają się włączyć w obręb histerji, ale jakiej? Jak wiadomo bowiem definicji histerji jeszcze nie posiadamy. Definicja Babińskiego odegrała rolę rozstrzygającą dla rozpoznawania chorób nerwowych i dla ułatwiającego orjentację, ale przecież bardzo schematycznego, podziału chorób na zależne i niezależne od woli ludzkiej. Definicja Babińskiego mieści w sobie całkowicie objawy, które za Kretschmerem moglibyśmy nazwać przyzwyczajeniami histerycznemi, długi zaś szereg objawów, począwszy od drżenia, skończywszy na tak zwanych porażeniach odruchowych, należałoby w myśl tej definicji wyłączyć z zakresu objawów histerycznych, przeciw czemu przemawia znowu to, że są one na drodze psychoterapji uleczalne, a drżenia te, jak to wykazał Nonne, dadzą się przez hypnozę usunąć i ponownie odtworzyć. W porażeniach odruchowych składnik ruchowy jest także dostępny dla psychoterapji, a pozostałe czynniki tego zespołu po pewnym czasie od chwili powrotu ruchów wyrównują się. Ustępowanie tych objawów pod wpływem psychoterapji pozwala albo na włączenie nerwic odruchowych w zakres histerji, której granice uległyby znowu dalszemu przesunięciu, niż sięga granica Babińskiego, gdyż musielibyśmy włączyć w jej zakres objawy cielesne, powstające po urazach psychicznych i fizycznych, z ich wyżej przytoczonym zespołem. Albo też musimy utrzymać odrębną jednostkę nerwicy urazowej (stanowisko Oppenheima), w której skład weszłyby histerje urazowe, porażenia odruchowe oraz nerwice urazowe czasów pokojowych z ich zespołem objawów histeryczno-neurastenicznych. Prócz właściwości leczenia się tych objawów przez psychoterapję jeszcze jeden wzgląd przemawia za włączeniem ich w zakres objawów histerycznych. Wprawdzie życie potwierdziło słuszność spostrzeżeń Babińskiego, że są pewne objawy, których histerja nie może naśladować, mimo to już doświadczenie przedwojenne dowiodło, że symptomatologja histerji jest bogatszą, aniżeli przypuszczał Babiński.

Jakkolwiek w większości przypadków histerji definicja Babińskiego jest słuszną, to jednak mogą występować u pewnych osób takie objawy histeryczne, jakich u innych wywołać nie można. Istota rzeczy może tu tkwi w konstytucji indywidualnej, boć wiemy, jak dalece zmienną jest n. p. skłonność do drżenia lub do reakcji naczynioruchowej. Skłonność ta może być utajoną i dopiero przez uraz psychiczny lub fizyczny zostaje wywołana, a następnie i utrwalona przez procesy wtórne.

Jest to znowu odwrót, ale tylko częściowy do stanowiska Charcota, gdyż definicję Babińskiego należałoby rozszerzyć przez uzupełnienie jej definicją Dejerine'a w ten sposób, »że wszystko to, co daje się zrealizować przez suggestję, której siła jednak dalej sięga, niż siła woli, i utrwalone zespoły, powstające wskutek urazów fizycznych i psychicznych, mogą być dziełem histerji«. Z punktu widzenia metodologicznego wydaje mi się, że samiśmy sobie przysporzyli znacznych trudności w zakresie histerji urazowej, starając się wytyczyć ścisłe granice między objawami psychicznemi i fizycznemi, a właśnie histerja urazowa, podobnie jak i śpiączka nagminna, ukazują całą trudność dzielenia objawów na psychiczne i fizyczne, gdyż oba te cierpienia uwidoczniają, jak te objawy (fizyczne i psychiczne) łączą się między sobą, przeplatają i nawzajem oddziałują, gubiąc granice między tem, co jest fizyczne, a co psychologiczne.

Wreszcie na zakończenie podnieść muszę to, co już uwidoczniło się w ciągu dzisiejszych rozważań, że histerja, zależnie od punktu widzenia, coraz to inny okazuje nam obraz. Zbieramy tych obrazów coraz to więcej, i, jak słusznie powiada Gaupp, bibljoteki już na temat histerji napisano, ale nie posiadamy jeszcze jednolitej definicji.

Ale może kiedyś obrazy te, razem zebrane, tak się nawzajem uzupełnią, że ukażą nam tę prawdziwą histerję.

Piśmiennictwo jest zebrane w pracy:
Eugeniusz Artwiński: „Ueber traumatische Neurosen nach Kriegsverletzungen". Zeitschrift für die ges. Neur. und die Psych. B. XLV. 1919.
Pozatem korzystałem z następujących prac: 1. Kretschmer E. „Hysterische Erkrankung und hysterische Gewöhnung". Zeit. f. d. g. Neur. u. d. Psych B. XXXVII. 1917. 2. Kretschmer E. „Die Gesetze der willkuerlichen Refleksverstaerkung in ihrer Bedeutung für das Hysterie und Simuliationsproblem". Zeit. f. d. g. Neur. u. d. Psych. B. XLI. 1918. 3. Kretschmer E. Die Willenapparate des Hysterischen LIV B. 1920. 4. Oppenheim: „Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfallneurosen". Berlin 1918. 5. Rittershaus: „Zur Frage der Kriegshysterie". Zeit. f. d. g. Neur. u Psych. B. L. 1919. 6. „Discusion sur l'hysterie". Revue Neurologique T. XLI. r. 1 08. 7. Du role de l'émotion dans la genèse des accidents névropatique et psychopat que". Revue neur. t. XLII. 1909. 8. Babiński et Froment: „Hysterie-pithiatisme et troubles nerveux d'ordre reflexe 1918. 9. G. Roussy, J. Boisseau, M. d'OElsnitz: „Traitement des Psychonévroses de guerre" 1919.

Dr. Helena Sparrow. Warszawa.

Z badań doświadczalnych nad durem plamistym.

Z państwowego zakładu epidemjologicznego w Warszawie.
(Dyrektor Dr. L. Rajchman).

Żadnemu z licznych badaczy nie udało się dotąd wyhodować zarazka duru plamistego *in vitro*. Do prac doświadczalnych powszechnie uważany jest jad duru plamistego, hodowany w zwierzętach laboratoryjnych, małpach i świnkach morskich. Najbardziej dostępnemi zwierzętami dla tych celów są świnki morskie, które na zakażenie jadem duru plamistego oddziaływują stale i swoiście. Zapomocą perjodycznych przeszczepiań przeprowadzano jad w szeregu pasaży w ciągu kilku lat (Rocha-Lima w ciągu roku 34 pasaże, Nicolle w ciągu 3 lat 103 pasaże; Olitski pracował ze szczepem pracownianym w ciągu 5 lat). Jad pracowniany zachowuje stałą zjadliwość, jako »*virus fixe*«.

W celu przeszczepienia jadu zabijano w wspomnianych doświadczeniach świnki w 3-cim i 5-tym dniu choroby. Badania wykazały, że z organów wewnętrznych jad duru plamistego znajduje się w największej ilości w układzie nerwowym i w nadnerczach. Opierając się na tych danych, do przeszczepiań używano tkanki mózgowej, roztartej w postaci zawiesiny w fizjol. rozczynie NaCl. Świnkom wstrzykiwano do jamy brzusznej od 0,3—0,5 świeżej substancji mózgowej w 1—2 ccm. NaCl.

Objawy chorobowe, wywołane u zwierząt pracownianych przez zakażenie jadem duru plamistego są znacznie łagodniejsze, niż zwykłe objawy w durze u ludzi, wskutek czego rozpoznanie tej choroby u zwierząt jest trudne.

Swoistość szczepu zwierzęcego stwierdzamy na zasadzie całego szeregu danych. Świnki, szczepione jadem duru plamistego, wykazują po okresie wylęganie, trwającym zazwyczaj od 6—10 dni, podniesienie ciepłoty o 1 lub 2 stopnie; ciepłota ta trwa zazwyczaj w ciągu 8—10 dni i opada litycznie. Krzywa ciepłoty przypomina taką krzywą u ludzi, chorych na dur plamisty i, z wyjątkiem nielicznych odchyleń, jest typową dla każdego przypadku. Przebieg choroby wywołuje zmniejszenie się wagi ciała świnki o kilkadziesiąt gramów. Pozatem żadnych objektywnych objawów chorobowych zwierzęta te nie wykazują.

Zmiany anatomopatologiczne uwidoczniają się makroskopowo jedynie w przekrwieniu narządów wewnętrznych, przyczem śledziona jest powiększona. Mózg i opony są przekrwione w każdym przypadku. Obraz sekcyjny tego typu wyłącza istnienie wtórnego zakażenia, co potwierdzają też ujemne wyniki badań bakterjologicznych krwi, organów wewnętrznych i zawiesiny mózgu. Badania histologiczne organów, a zwłaszcza mózgu, wykazują natomiast ogniskowe schorzenia drobnych naczyń krwionośnych, jak wiadomo, swoiste dla duru plamistego.

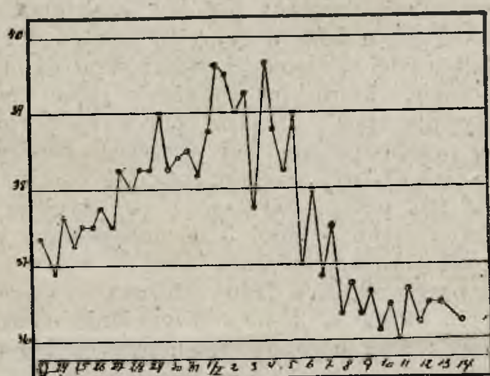
Jednym z dowodów najbardziej przekonywających, a dotyczących tożsamości jadu duru plamistego pracownianego z jadem ludzkim, są zjawiska odpornościowe u świnek. Po przebytej chorobie, świnka, powtórnie zakażona jadem duru plamistego, nie zachorowuje. Odczyn Weil-Felix'a, swoisty dla duru plamistego u ludzi, u świnek tych nie wystę-

puje. Surowica zaś króli, szczepionych tą samą dawką mózgu zjadliwego, po upływie 10—14 dni zlepia proteus X_{19} w rozcieńczeniu od $^1/_{160}$—$^1/_{320}$, podczas gdy Weil i Felix w tych samych warunkach otrzymywali odczyn dodatni w znacznie wyższych rozcieńczeniach. Dodać należy, że króliki nie wykazują żadnych objawów chorobowych po szczepieniu.

Badania laboratoryjne nad durem plamistym opierały się dotychczas na powyższych faktach; nie było jednak pewności, że jad duru plamistego, wprowadzony do ustroju świnki, nie podlega zasadniczym zmianom. Są wszakże badacze (Friedberger), którzy dziś jeszcze kwestjonują, czy Nicolle i Doerr pracowali rzeczywiście z durem plamistym świnek.

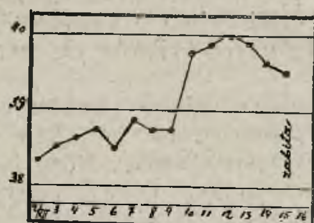
Szczep duru plamistego, hodowany w Państwowym Zakładzie Epidemjologicznym w Warszawie, pochodzenia ludzkiego, otrzymano w styczniu 1921 r. i przeprowadzono go do końca roku przez świnki, na co zużyto około 100 świnek. Szczep ten przeszedł 22 pasaże.

Wyniki badań doświadczalnych, jakie wykonałam nad tym szczepem, podane będą w pracy obszerniejszej w »Przeglądzie Epidemjologicznym«, tu zaś przytoczę doświadczenie końcowe, które uważać należy, jako fragment całości.



H. Sparrow. Typhus exanthematicus.

We wrześniu roku ubiegłego dwie małpy (*macaccus sp.*), zakażono zawiesiną mózgu świnek, chorych na dur plamisty. Ciepłota małp, mierzona w ciągu 4 tygodni, nie wykazała podwyżki, odpowiadającej durowi plamistemu. Ogólny stan małp był dobry, apetytu nie utraciły, napięcie mięśni było normalne; waga ciała pozostała bez zmiany. Odczyn Weil-Felix'a, dodatni przed szczepieniem w rozcieńczeniu 1 : 40 do 1 : 80 (aglutynoskop), pozostał w ciągu 4 tygodni bez zmiany. Po upływie 2 miesięcy małpy zakażono powtórnie, tym razem odwłóknioną krwią ludzi, chorych na dur plamisty, pobraną w okresie wysypkowym. Krew, w ilości 5 ccm., zastrzyknięto do otrzewnej Dalsze obserwacje w ciągu miesiąca nie wykazały jakichkolwiek wahań ciepłoty ciała. Odczyn Weil-Felix'a nie zmienił swego miana.



Krzywa ciepłoty świnki N. 90, zakażonej mózgiem 1. XII. 21.

Nieoczekiwane wyniki tych doświadczeń nasunęły przypuszczenie, że użyty szczep duru plamistego (mózg świnki morskiej), stale zjadliwy dla świnki, utracił swą zjadliwość dla małp i że ten osłabiony szczep, nie wywołując zachorzenia, może uodpornić małpę przeciwko zakażeniu jadem, pochodzącym bezpośrednio od człowieka.

Wyniki wyżej opisanych doświadczeń zachęciły mnie do wypróbowania zjadliwości jadu pracownianego duru plamistego na człowieku. W tym celu zastrzyknęłam sobie pod skórę 0,3 mózgu świnki morskiej 22 pasażu, zabitej w 5-tym dniu choroby.

Odczyn ogólny bezpośrednio nie wystąpił. Miejscowe niewielkie obrzmienie, nieco bolesne na ucisku, pozostawało przez 3 tygodnie. W 20 godzin po zastrzyknięciu mózgu, wprowadzono pod skórę 10 ccm. inaktywowanej surowicy ozdrowieńca po durze plamistym.

Po upływie 10 dni nastąpiło nieznaczne podniesienie się ciepłoty, bóle głowy, bóle mięśniowe, bezsenność, podniecenie. Na trzeci dzień choroby ciepłota podniosła się do 38·3⁰, tętno 90. Na 5-ty dzień wystąpiła drobniutka wysypka, znikająca pod uciskiem na piersiach, plecach, brzuchu i bardzo niewyraźna na kończynach górnych. Następnego dnia wystąpiła wysypka znacznie wyraźniejsza na stronie zginaczy kończyn górnych. Wysypka ta, nieobfita, dość blada, utrzymywała się w ciągu tygodnia, nie przechodząc nigdzie w wybroczyny.

Ciepłota w ciągu 8, 9, 10 i 11 dnia choroby osiągnęła wysokość powyżej 39⁰, poczem, w ciągu 3 dni spadła litycznie. Tętno przez cały czas choroby przeważnie poniżej 90 uderzeń na minutę; jedynie w dniach największego nasilenia choroby tętno osiągnęło około 100 uderzeń na minutę; stale miarowe, równe, o napięciu obniżonem. Nieznaczne powiększenie śledziony można było stwierdzić w 6-tym dniu choroby.

Odczyn Weil-Felix'a, w 4tym dniu choroby ujemny, w 9-tym dodatni jeszcze w rozcieńczeniu surowicy 1 : 6400, hemokultura ujemna. W 10 dni po spadku ciepłoty miano zlepne surowicy zachowało swą siłę. 7-go dnia choroby chora została przeniesiona do szpitala wojskowego przy ul. Pokornej. Rozpoznanie kliniczne duru plamistego stwierdzone zostało przez lekarzy szpitala.

Doświadczenie tu opisane dowodzi, że:

1. choroba świnek, szczepionych krwią ludzi, chorych na dur plamisty, jest rzeczywiście durem plamistym,

2. jad duru plamistego można nieograniczenie przeszczepiać na zwierzętach, wrażliwych na dur plamisty (świnki i małpy),

3. szczep w ciągu roku, przeszczepiany przez świnki 22 razy, zachował w tychże swą zjadliwość dla ludzi,

4. z poprzedniego wynika, że niezależnie od epidemji, w pracowniach zawsze można rozporządzać szczepem duru plamistego, zjadliwym dla ludzi, a przechowywanym na zwierzętach.

Dr. J. Morawiecka. Warszawa.

Badania krwi u chorych na nagminne zmięknienie kości [1]).

Z Oddziału chorób nerwowych i umysłowych Szpitala powszechnego we Lwowie i z kliniki chorób nerwowych Uniw. Warsz. (Prof. Orzechowski).

Badania, które mam zamiar tutaj omówić, dotyczą chorych na zmięknienie kości, spostrzegane w nagminnej postaci we Lwowie i w Warszawie od r. 1916 do ostatnich czasów. Cierpienie to przeważnie uważane jest za chorobę kości *(osteoporosis)*, wynikłą ze złych warunków odżywiania w czasie wojny i tuż po niej (Chełmoński, Goldflam, Higier u nas i szereg autorów austrjackich i niemieckich), zupełnie odmienną od sporadycznie przed wojną pojawiającego się zmięknienia (*osteomalacia*). Orzechowski [2]) na podstawie spostrzeżeń w czasie tej epidemji na terenie lwowskim dochodzi do przekonania, że to schorzenie kości jest nagminną postacią klasycznego zmięknienia sporadycznego. Według niego nie jest wykluczoną przyczyna zakaźna choroby, a w każdym razie czynnik odżywiania ma tylko drugorzędne znaczenie w jej etjologji. Przypuszczenie to opiera Orzechowski między innemi na tem, że cierpienie to zdarza się także u osób ze sfer zamożnych, które nigdy

[1]) Praca ta była przeznaczoną do zeszytu jubileuszowego „Neurologji Polskiej", ofiarowanego Drowi Goldflamowi, gdzie nie mogła jednak być pomieszczoną dla braku miejsca.

[2]) Zob. 2. Zeszyt Wydawnictw Akademji lekarskiej.

w ciągu wojny źle się nie odżywiały. O ile to zapatrywanie się potwierdzi, będą miały wyniki moich badań wogóle znaczenie dla zmięknienia kości, trzeba zaś tu zaznaczyć, że badań hematologicznych w zmięknieniu kości w większym zakresie dotąd nie wykonano. I tak prace Naegelegoz zakresu tego tematu opierają się na materjale tylko 8 przypadków

Przypadki przezemnie badane w liczbie 65, dotyczą 56 chorych z epidemji lwowskiej, a 9 spostrzeganych w ciągu roku 1921 w Warszawie. Jest w tem 55 kobiet i 10 mężczyzn. Co do szczegółów, dotyczących wieku chorych, czasu trwania cierpienia, wogóle co do symptomatologji tego schorzenia kości, a także co do spotykanych u wielu objawów ze strony nerwowej i narządów dokrewnych, odsyłam czytelnika do wspomnianej pracy Orzechowskiego.

Dla ułatwienia przeglądu wyników rozdzieliłam chorych na grupy uwzględniające drugorzędne czynniki etjologiczne, takie, jak złe i niedostateczne odżywianie, ciąża, przekwitanie i wiek starczy. Osobną grupę, „bez etjologji“, stanowią przypadki, w których żadnego z tych czynników etjologicznych nie można było wykazać. Grupa ta „bez etjologji“ zawiera jednak dziewczęta starsze i mężatki bezdzietne lub małodzietne, tak, że i tu istnieje prawdopodobieństwo czynnika przyczynowego w postaci niedostatecznego wyładowania się czynności rozrodczej u kobiet, zresztą pod tym względem dokrewnie silnie wyposażonych. Podział ten umożliwia w pewnej mierze wniknięcie w pytanie, czy który z tych czynników przyczynowych samoistnie, niezależnie od schorzenia kości, nie wpływał na obraz krwi. Ostatnią grupę stanowią mężczyźni. Podział ten tylko w niedostatecznej mierze spełnia swój cel, ułatwienia orjentacji w wynikach, a to z tego powodu, iż u pewnej liczby chorych można było domniemywać się dwóch przyczyn schorzenia kostnego (np. niedobory odżywienia i ciąża, ciąża i przekwitanie). Wyjątkowo nawet mogły wchodzić w grę trzy czynniki przyczynowe, jak np. ciąża+głód+przekwitanie, jeśli zmięknenie zaczęło się wśród ciąży u osoby, która cierpiała poprzednio na niedostatek odżywiania, a w czasie spostrzegania w dalszym rozwoju cierpienia kości znachodziła się w okresie przekwitania. Niektóre nasze przypadki możnaby więc umieścić zamiast w grupie ciążowej, w grupie przekwitaniowej i na odwrót Podział ten nie jest więc z natury rzeczy ścisłym. Etjologja mieszana, prawie z reguły tylko podwójna, była w 18 przypadkach u kobiet Te przypadki o mieszanej przyczynie rozdzielają się mniej więcej na równi między wszystkie grupy, prócz grupy alimentarnej, zawierającej wyłącznie przypadki, w których prócz szkodliwości

Ilość przypadków	Rodzaj grup	Polyglobulja	Oligocytemja	Hemoglobina i wskaźnik barwikowy obniżone	Anizopoikilocytoza	Leukocytoza	Leukopenja	Eozynofilja	Komórki tuczne	Limfocytoza względna	Limfocytoza bezwzględna
15	odżywcza	5	5	11	8	6	1	6	6	8	11
10	ciążowa	4	1	6	4	3	1	4	5	6	7
11	przekwitaniowa	5	2	8	3	2	—	4	6	9	7
7	starcza	1	1	4	3	2	3	2	6	2	2
12	bez etjologji	4	1	6	1	3	2	3	4	8	9
10	męska	—	1	1	2	6	—	2	8	6	8
65	Liczba wszystkich przypadków	19	11	36	21	22	7	21	35	39	44

w odżywianiu żadnej zresztą przyczyny dodatkowej powstania zmięknienia nie można było stwierdzić.

Badania krwi były przeprowadzone u tych samych chorych nieraz kilkakrotnie, w różnych okresach chorobowych i prawie zawsze na czczo. Wyniki otrzymane u chorych, będących w okresie pełnego rozwoju choroby, bo tylko w tym okresie byli chorzy badani, przedstawiały się, jak wskazuje powyższa tablica.

Dla wyjaśnienia należy dodać, że hemoglobina oznaczaną była zapomocą aparatu Sahliego, który u trzech zdrowych osobników wykazywał wartości w granicach od 94 100. Krańcowe wartości przedstawiały się następująco: polyglobulja dla kobiet powyżej 5 miljonów, dla mężczyzn powyżej $5\frac{1}{2}$ mil., oligocytemja od 4 miljonów. Obniżone wartości hemoglobiny poniżej 80, wskaźnika barwikowego poniżej 0·8%, leukocytoza powyżej 8.000, leukopenja poniżej 5000, podwyższony odsetek eozynochłonnych od 4%, limocytoza względna od 30% bezwzględna powyżej 2.000.

Biorąc pod uwagę wszystkie grupy kobiece, stwierdza się w 17 przypadkach objawy miernego stopnia niedokrewności, często o typie blednicowym w połączeniu z prawidłową lub zmniejszoną ilością ciałek czerwonych, z obniżonemi wartościami hemoglobiny i wskaźnika barwikowego. Nizkie wartości hemoglobiny i wskaźnika towarzyszyły nadto stale tym przypadkom, które przebiegały z polyglobulją, tak, iż ogólna ilość przypadków o nizkich wartościach hemoglobiny w liczbie 36, mieści w sobie 19 przypadków, które we krwi wykazywały objawy polyglobulji, a 17 chorych o prawidłowej lub zmniejszonej ilości ciałek czerwonych. W tych wszystkich przypadkach hemoglobina wahała się w granicach od 80—59%, wskaźnik zaś od od 0·8—0·4. Objawy anizo- i poikilocytozy, często z przewagą makrocytów i niekiedy polychromazję można było wykazać w 19 przypadkach, przyczem u 10 chorych towarzyszyły one polyglobulji. Co do ciałek białych, zwiększone ilości ponad normę dochodziły w 16 przypadkach do 15.800 ciałek w 1 mm³, u 7 chorych ilość ich była wcale wybitnie zmniejszoną, poniżej 5.000, w reszcie przypadków (32) wahała się w granicach prawidłowych. Leukocytoza u żadnej chorej nie przebiegała pod postacią wielojądrzastej obojętnochłonnej, łączyła się natomiast zawsze z limfocytozą. Wzmożoną ilość ciałek obojętnochłonnych można było raz jeden tylko wykazać. Godną uwagi jest spostrzegana dość często limfocytoza względna, dochodząca do 59% i bezwzględna (36 przyp.), występująca z reguły ze zmniejszoną ilością ciałek obojętnochłonnych; niekiedy towarzyszył jej zwiększony odsetek komórek kwaśnochłonnych. Ogółem wzmożone ilości, od 4—19%, eozynochłonnych można było wykazać w 19 przypadkach. Co do innych ciałek białych należy zaznaczyć jeszcze częstą obecność komórek tucznych do 2%, w 27 przypadkach, bardzo rzadko był zwiększony odsetek jednojądrzastych (2 przyp.), rzadko również spostrzegało się komórki Türka (4 przyp.), a dwukrotnie w cięższych postaciach myelocyty.

Grupa mężczyzn w liczbie 10 nie wykazuje prawie żadnych zmian w zakresie ciałek czerwonych, za wyjątkiem jednego chorego z etjologją odżywczą, który wykazywał dość ciężki obraz niedokrewności. Natomiast w więcej niż połowie przypadków stwierdzało się limfocytozę, komórki tuczne, rzadziej zwiększony odsetek eozynochłonnych, bardzo rzadko jednojądrzastych (4 przyp.), oraz obecność komórek Türka (2 przyp.). O ile więc idzie o zachowanie się ciałek białych, wyniki te na ogół pokrywają się z wynikami u kobiet.

Zmiany we krwi, bądź to w zakresie ciałek czerwonych, bądź też białych, znachodziły się prawie u wszystkich chorych z wyjątkiem 3 przypadków (2 kobiety i 1 mężczyzna), u których skład krwi przedstawiał się pod każdym względem prawidłowo.

Badania krwi, przeprowadzone u 29 chorych, w okresach poprawy stanu chorobowego wykazywały zmianę na korzyść ciałek czerwonych: polyglobulja, oligocytemja, nizkie ilości barwika i wskaźnika powracały do prawidłowych wartości i ustępowała anizocytoza. U dwóch tylko chorych, mimo znacznego polepszenia się ich stanu chorobowego, polyglobulja trwała nadal. W zakresie ciałek białych wzmożone,

czy też obniżone ich ilości z początku spostrzegania powracały również do normy. U trzech tylko chorych zmniejszona ilość ciałek białych raz się zwiększyła, raz pozostała niezmienioną, a raz przeszła w leukocytozę, ponadto w trzech przypadkach, w których w czasie rozwoju cierpienia były prawidłowe ilości ciałek białych, uległy one w okresie polepszenia zmniejszeniu poniżej normy. Limfocytoza, względna i bezwzględna, w połowie przypadków wróciła do swych prawidłowych wartości, w innych natomiast zwiększała się jeszcze, lub też zjawiała się ona u chorych, którzy jej w czasie rozkwitu cierpienia nie wykazywali. To samo tyczyło się ciałek eozynochłonnych, które bądź to odzyskiwały swe prawidłowe wartości (w 7 przypadkach), bądź się ich ilości jeszcze zwiększały (w 7 przypadkach) [1].

Jako przykład niezwykłej poprawy krwi przytaczam przypadek bardzo ciężkiego zmięknienia.

Chora F. (postać przekwitaniowa), cierpiąca od kilkunastu lat na zmięknienie kości, które dopiero w okresie obecnej epidemji, bardzo się nasiliło, przyczem po raz pierwszy w r. 1919 pojawiły się niezwykle ciężkie zniekształcenia. Chora ta wykazywała od szeregu lat obraz stałej ciężkiej niedokrewności wtórnej. W miarę poprawiania się choroby kostnej, wystąpiła poprawa obrazu krwi, który ostatecznie w roku 1921 pod każdym względem wrócił do normalnego.

Tylko w dwóch przypadkach pogarszał się obraz krwi. W przypadkach tych pogarszał się także obraz kliniczny. U chorej T. (przyp. starczy), u której cierpienie stale postępowało, w miarę pogarszania się stanu chorej zwiększały się objawy niedokrewności, zjawiła się polyglobulja i eozynofilja. U chorej H. (przyp. odżywczy) podczas pobytu na oddziale, mimo leczenia fosforem, nastąpił okres pogorszenia, w czasie którego zwiększył się nieco obraz niedokrewności, zjawiła się anizocytoza, której przedtem nie było, zwiększyły się ilości limfocytów eozynochłonnych. Potem, gdy w ciągu lata stan chorej uległ poprawie, ciałka czerwone wróciły pod każdym względem do stanu prawidłowego, podobnie jak i zwiększona ilość kwaśnochłonnych, a utrzymywała się nadal tylko limfocytoza.

Na tem miejscu chcę także wspomnieć o zmianach w obrazie krwi u trzech chorych, które przeszły trzebienie chirurgiczne.

U chorej S. był zabieg bez wpływu na objawy kostne. Obraz krwi w jakiś czas po zabiegu wykazywał poprawę stanu niedokrewności, oraz czasowe zjawienie się limfocytozy. Chorę tę wytrzebiono z powodu złośliwego nowotworu trąbki. U chorej K., u której cierpienie kości po zabiegu wykazywało wyraźniejszą poprawę, stan błednicowy krwi pozostał niezmieniony, limfocytoza, która była przed zabiegiem, nieco się jeszcze zwiększyła, a tylko wzmożona przedtem ilość kwaśnochłonnych powróciła do normy. Chora W., której stan po trzebieniu bardziej się poprawił, wykazywała w kilka tygodni potem raczej zmiany niekorzystne we krwi, jak powiększenie się polyglobulji, leukocytozy limfocytarnej, a obniżenie wskaźnika barwikowego. Ponieważ chora odeszła z oddziału nie było można badań krwi ponowić.

Rozpatrując wyniki, zestawione na dołączonej tablicy widzimy, iż zmiany we krwi nie są uwarunkowane wpływem któregoś z uwzględnionych przez nas drugorzędnych czynników etjologicznych, są bowiem dość równomiernie rozdzielone na wszystkie grupy. Tak więc obraz niedokrewności, czy polyglobulja, czy limfocytoza i t. d., dotyczą procentowo mniej więcej tej samej ilości przypadków w poszczególnych grupach. Wyjątek stanowią: grupa kobieca starcza, gdzie zmiany w zakresie ilości ciałek czerwonych zdarzają się rzadziej, niż w innych grupach, to samo tyczy się ilości limfocytów, oraz grupa mężczyzn, w której ciałka czerwone przedstawiają się prawie zawsze prawidłowo.

Niedokrewność, wykazująca często u naszych chorych typ błednicowy, wiąże się niewątpliwie z upośledzeniem czynności szpiku kostnego. Według wszelkiego prawdopodobieństwa upośledzenie to ma tu znaczenie objawu pierwotnego, w myśl przypuszczenia Orzechowskiego, że osobnicy ze zmięknieniem kości, jako ludzie, o wrodzonej delikatnej budowie kośćca, mają odpowiednio słaby z natury, mało odporny szpik kostny, który też zawodzi przedewszystkiem w omawianej chorobie.

Trudność w ocenie nastręcza polyglobulja występująca w 19 przypadkach obok nizkich wartości hemoglobiny i wskaźnika barwikowego. U żadnego z chorych z tą polyglobulją nie można było wykazać ani objawów duszności, ani skłonności do pocenia się, co mogłoby polyglobulję tłómaczyć jako objawową. [1]) Niezwykły ten objaw we krwi u pewnej części chorych na zmięknienie, wzmożenia ilości ciałek czerwonych mniej wartościowych, niezależny od czynnika przyczynowego, wieku chorych, ani nasilenia sprawy chorobowej, nie daje się wytłómaczyć; jest jednak rzeczą uderzającą znikanie tego objawu w okresach, gdy chore wracały do zdrowia. Objawu tego nie odnosimy również do podrażnienia szpiku kostnego, jak to podawał Naegeli, choćby z tych względów, że polyglobulia Naegelego o wysokich wartościach hemoglobiny i wskaźnika barwikowego, z objawami podrażnienia układu myelogennego dotyczyła przypadków świeżych, nie zbyt ostro i nie zbyt ciężko przebiegających, u nas zaś występowała ona u chorych, którzy cierpieli już od dłuższego czasu, przy obniżeniu wartości hemoglobiny i wskaźnika, nigdy nie łącząc się z powiększeniem odsetka obojętnochłonnych lub z obecnością myelocytów, a rzadko z eozynofilją.

Na uwzględnienie zasługuje jeszcze limfocytoza względna i bezwzględna w większości przypadków. Pod tym względem wyniki nasze odbiegają od wyników Naegelego i autorów, na których on się powołuje [2]), natomiast o limfocytozie wspominają Goldflam i Heyer w przypadkach obecnego nagminnego zmięknienia kości. Spotykana przez nas limfocytoza występuje, podobnie jak inne zmiany postaciowe krwi, niezależnie od tła przyczynowego. Ważnem to jest z tego względu, iż w ostatnich latach autorzy podkreślają częstość limfocytozy [1]) u osobników zresztą zdrowych w związku ze złem wojennem i powojennem odżywianiem. Wprawdzie u pewnej części naszych chorych zaznaczał się czynnik odżywczy, mimo tego nie można uzależniać pojawiania się limfocytozy u wszystkich chorych ją wykazujących od niedostatecznego odżywiania, z tego powodu, iż znachodziła się ona również u chorych, którzy się zawsze zupełnie dobrze odżywiali, nie była też ona wyłącznym objawem grupy alimentarnej. Trzeba też dodać, że żaden z chorych z limfocytozą nie wykazywał objawów konstytucji limfatycznej, powiększenia gruczołów chłonnych ani prawdopodobnie obecności grasicy, ani też żaden z nich nie przechodził obrzęku głodowego. Limfocytoza ta mogłaby być wyrazem reakcji organizmu na tę bliżej nieznaną przyczynę, która wywołuje zmięknienie, w myśl zapatrywania Orzechowskiego, który jest skłonny przypuszczać przyczynę zakaźną dla nagminnego zmięknienia, a z drugiej strony nie można wykluczyć także pewnego związku limfocytozy z konstytucją neuropatyczną chorych na zmięknienie nagminne, którą bardzo często stwierdzał tenże autor w swoim materjale. Najprawdopodobniej jednak należy ją odnieść w większości przypadków w pierwszym rzędzie do zaburzeń wewnętrznego wydzielania, a to z tego powodu, że zmięknienie kości przedstawia się jako schorzenie ogółu narządów dokrewnych. Do tych samych przyczyn, któremi tłómaczymy limfocytozę, a więc do przyczyny wychodzącej z narządów wewnętrznego wydzielania przedewszystkiem, po części może także do neuropatycznej konstytucji naszych chorych należy odnieść częstość zwiększonego odsetka ciałek kwaśnochłonnych. Trudno wyrazić zdanie, jakby należało tłómaczyć limfocytozę w okresach zdrowienia, możnaby chyba porównać ją z limfozytozą po chorobach zakaźnych, licząc się z hypotezą zakaźnego pochodzenia zmięknienia nagminnego.

Na podstawie tych spostrzeżeń dochodzę do wniosku, iż udział szpiku kostnego w zmięknieniu jest niewątpliwy, ale nie odgrywa takiej roli, jaką mu przypisywał Naegeli, uważając zmięknienie za chorobę szpiku kostnego, wywo-

[1]) Kał na jaja czerwi był badany tylko u nielicznych chorych, u innych, niestety, badania te nie mogły być przeprowadzone. Oczywiście, że tych przypadków, w których eozynofilja znikała, nie można było odnosić do obecności jaj czerwi.

[1]) R. Lampe i E. Saupe Das gegenwärtige Blutbild beim Gesunden. Münch. M. Wochsch. 1920 Nr. 51. O. Bockelmann und E. Nassau. Blutveränderung (Lymphocytose) beim Gesunden. B. Kl. W. 1918 Nr. 15. S. Neumann Wien Kl. W. 1918 Nr. 36.

[1]) Wskaźnik refraktometryczny nie był oznaczany.

[2]) Wśród przytoczonych przez Naegelego autorów tylko Bezançon i Labbe znachodzili limfozytozę.

łaną wzmożoną czynnością gruczołów płciowych żeńskich, a zmiany w kościach za sprawę wtórorzędną, spowodowaną przerostem szpiku kostnego. Zmięknienie kości przedstawia się przedewszystkiem jako schorzenie ogółu narządów wegetatywno-dokrewnych. Udział szpiku kostnego ujawnia się głównie pod postacią obniżenia czynności, objawów natomiast podrażnienia, znachodzonych przez Naegelego w świeżych i nie zbyt ciężkich przypadkach, nawet w naszych przypadkach lekkich i początkowych nie udawało nam się stwierdzić, natomiast znachodziliśmy i u tego typu chorych tylko objawy obniżenia czynności szpiku kostnego.

Piśmiennictwo:
Naegeli: Blutkrankheiten und Blutdiagnostik 1919. Naegeli M. m. W, 1917 Nr. 47. O. Naegeli M. m. W. 1918 Nr. 22. O. Naegeli M m. W. 1918 Nr. 21. O. Naegeli M. m. W. 1918. Nr. 23. Heyer M. m W. 1920 Nr. 4. S. Bergel. Berl. kl. W. 1921. Nr. 34 Goldflam. Medycyna 1917.

Dr. Zenon Leńko, prymarjusz. Lwów

Uchyłek pęcherza moczowego [2]).

Z oddziału urologicznego Szpitala państw. we Lwowie.

Ilość przebiegających szczęśliwie przypadków usunięcia uchyłka pęcherza moczowego jest niewielka, jeżeli Blum zdołał z piśmiennictwa w niedawno ogłoszonej monografji, zebrać ich zaledwie 32. Słusznem tedy wydaje się, podanie historji choroby z przebiegu leczenia podobnego przypadku, zwłaszcza, że chodziło o uchyłek powikłany równoczesną obecnością przerostu stercza.

Z początkiem września 1921 r. zgłosił się na oddział 65-letni mężczyzna z dolegliwościami moczowemi. W 19 r. życia cierpiał na wyciek z cewki, z którego wyleczył się, zresztą zawsze był zdrowy, dopiero w 1917 r. zaniemógł na zapalenie pęcherza po przeziębieniu, z powodu którego leczył się w szpitalu w Opawie. Ówczesne parcie na mocz wprawdzie przeszło, ale powoli zjawiła się pewna trudność w oddawaniu moczu, z powodu czego zgłosił się do tutejszego szpitala. Nie umie podać przyczyny obecnej choroby. Na pytanie, czy nie doznał kiedy jakiego uszkodzenia ciała, przypomniał sobie, że rzeczywiście w 11 roku życia, gdy raz szedł do szkoły, potrącił go w bok dyszel wozu ciężarowego, a gdy upadł na wznak, zgniotło mu kopyto końskie dolną część brzucha, po prawej stronie, choć koń nie stanął nań całą siłą. Na ciele nie znaleziono wówczas uszkodzeń; w moczu nie zauważył krwi i nie doznawał żadnych dolegliwości, na nic się nie skarżył, a na drugi dzień poszedł już do szkoły

Obecnie badaniem w zakresie narządu moczowego nie stwierdza się zmian ze strony nerek i narządów płciowych. Stercz badany przez odbytnicę jest wielkości odpowiedniej, mało twardy, a we wzierniku widoczny jest jako okrężny guz, szerokości palca mężczyzny, z „wrotami" na lewo. Błona śluzowa pęcherza zaczerwieniona, zgrubiała i przy napełnieniu 100 cm.^{3} płynu, pofałdowana. Mocz jest mętny, nie zawiera cukru, ani białka

W dniu 10. września b. r. po wstrzyknięciu 0·02 mf, w znieczuleniu miejscowem (50 cm.^{3} pół % nowokainy), otwarto pęcherz nad spojeniem łonowem, jako pierwszy etap do następowego doszczętnego usunięcia stercza sposobem Freyera, które nastąpiło 24. IX. w znieczuleniu, jak poprzednio.

Przy obmacywaniu wnętrza jamy pęcherza po dokonanej operacji, można było palec wprowadzić w zagłębienie przez szyjkę, które leżała na tyle i zewnętrznej części pęcherza po stronie prawej. Jama tego uchyłka przy próżnym pęcherzu, była wielkości jaja kaczego.

Nasuwały się tedy 3 możliwości: czy do zabiegu usunięcia sterczu, wykonanego dwuczasowo, dodawać obecnie trzeci, nie mniej ciężki, mianowicie wycięcie uchyłka, czy też przyjąć, że po wyjęciu stercza będzie oddawanie moczu swobodne, pomimo obecności uchyłka, czy wreszcie przystąpić do operacji uchyłka później. Wobec dobrego stanu chorego postanowiono uchyłek zaraz usunąć. Do pierwotnego cięcia nadłonowego dodano poprzeczne po prawej stronie od linji środkowej, przez szerokość mięśnia prostego i część mięśni skośnych, poczem odłuszczono pęcherz od otrzewnej, w głębi od sąsiednich tkanek, posiłkując się palcem włożonym przez otwór nadłonowy do uchyłka. Worek miał dość grube ściany i składał się z błony śluzowej, mięśniówki i tkanki łącznej otaczającej. Po przepołowieniu worka przecięto błonę śluzową na wysokości otworu szyjki uchyłka i zeszyto ją linijnie w jednej warstwie, następnie odcięto sam worek i zeszyto pęcherz w drugiej warstwie. Powłoki zeszyto dokładnie, a do przestrzeni okołopęcherzowej z prawej strony, włożono sączek z gazy wioformowej; do pęcherza dren kolankowaty. Prócz podniesienia ciepłoty w pierwszych dwóch dniach i czkawki przez 4 dni, po 5, później po 2 godziny na dobę, zwłaszcza wieczorem, przebieg pooperacyjny był dobry; wygojenie powłok nastąpiło przez rychłozrost, a zarośnięcie otworu w pęcherzu po miesiącu.

Rozpoznanie uchyłka nie należy do łatwych, jeżeli nie jest dość wielki a objawy nie dość wyraźne. Autorowie podają, że niekiedy przez cienkie powłoki można było widzieć przy napełnieniu pęcherza, dwa oddzielone od siebie guzy w okolicy pęcherza, t. j. pęcherz i uchyłek; mówi się o uchyłku, jeżeli po dokładnem oczyszczeniu pęcherza, przy pociśnięciu pęcherza odpływający płyn staje się mętny; zmętnienie może jednak też pochodzić z rozdętej miedniczki. Więcej pewności daje obraz we wzierniku z ciemnawo czerwoną tarczą, z charakterystycznym przebiegiem naczyń krwionośnych przez brzeg szyjki uchyłka, lub widok kamienia, wysterczającego z zagłębienia uchyłka. W naszym przypadku wziernikowanie nie dopisało, a znowu w innym widziało się jak najwyraźniej uchyłek w okolicy moczowodu, gdzie pośmiertne oględziny pęcherza, u zmarłego z innej przyczyny, nie wykazały żadnej jamy, a zjawisko odnieść należało do skurczów pęcherza w owem miejscu, który tworzył jakby worek uchyłkowy. Oglądnąć wnętrze samego uchyłka można tylko wówczas, jeżeli da się wprowadzić doń wziernik; w innych warunkach jest obraz wnętrza zupełnie niewyraźny. Piękny obraz uchyłka daje płyta rentgenowska, jeżeli w uchyłku znajdują się jeden lub kilka kamieni, lub jeżeli możemy sobie pozwolić na napełnienie pęcherza kolargolem.

Właściwej przyczyny powstawania uchyłka nie znamy, prawdopodobnie wszelakiego rodzaju utrudnienie w odpływie moczu i zaleganie w pęcherzu, nawet z czasu płodowego, stanowią główną podstawę jego powstania. Tak w naszym, jak i w innych przypadkach, uraz na napełniony pęcherz, powodujący przy zgnieceniu rozdarcie ściany, może łatwo w następstwie być przyczyną tworzenia się powoli uchyłka, w miejscu zwiększonej podatności tkanek. Brak krwawienia po urazie u naszego chorego przemawiałby za tem, że błona śluzowa pęcherza po uszkodzeniu kopytem była nienaruszona a rozdarcie na ograniczonej przestrzeni nastąpiło poza nią.

Wskutek zalegania moczu przychodzi do nadżerek w błonie śluzowej, następnie do owrzodzeń i głębszych ubytków, zcieńczeń i zaniku ściany pęcherza. Znane wyżłobienie podstawy pęcherza (*bas fond*) przy przeroście stercza, jest często zapowiedzią pęcherza wielokomorowego i beleczkowego (*vessie à colonnes et à cellules*) lub większych kieszeni albo licznych mniejszych uchyłków, przy przewlocznej rozstrzeni pęcherza.

Ponieważ w uchyłku wskutek zalegania moczu, przychodzi do rozkładu treści i zapalenia błony śluzowej, z tworzeniem się grudek śluzu i ropy, stanowiących często jądro dla kamienia, który z czasem przybiera postać uchyłka, podobne zjawisko zdarza się i przy większej ilości złogów. Dla kruszenia są one prawie niedostępne. Uchyłek powstaje w miejscu, gdzie ściana pęcherza już fizjologicznie jest najcieńsza, względnie najsłabsza, przed i za fałdami moczowodowemi, w miejscu, gdzie był przewód omoczni, za trójkątem i po bokach pęcherza. Niekiedy część pęcherza albo nawet prawie cały pęcherz wsuwa się w przepuklinę, zwyczajnie pachwinową, tworząc w niej workowate rozdęcie. Przypadek uchyłka z błony śluzowej pęcherza w przepuklinie operował na tutejszym oddziale chirurgicznym Dr. E. Müller, u kobiety w średnim wieku; uchyłek był wielkości jaja kurzego, nie dawał żadnych podmiotowych objawów, znaleziony przy sposobności doszczętnej operacji wolnej przepukliny pachwinowej.

Jeżeli uchyłek leży przy ujściu pęcherza, utrudnia ze swej strony, napełniając się, oddawanie moczu; jeżeli zaś leży przy moczowodzie, powoduje zastoinę moczu w miedniczce nerkowej. Utrudniony odpływ moczu powoduje powstanie uchyłka, ten znowu nie mniej przyczynia się do rozwinięcia się rozstrzeni pęcherza, obu moczowodów, obu miedniczek nerkowych, aż do powstania wodonercza i zaniku nerek.

Wnętrze uchyłka jest korzystnem miejscem dla rozwoju drobnoustrojów, ostre zapalenie prowadzi często do zgorzeli ściany i przedziurawienia. Ponieważ przy wyczekiwaniu, rokowanie w tej chorobie z powodu wspomnianych powikłań jest złe, przeto wskazane jest leczenie, a polega ono na usunięciu uchyłka przez wyłuszczenie i zeszycie rany. Podobnie usuwa

[2]) Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Kółka naukowego lekarzy szpitala państwowego we Lwowie dnia 12. października 1921.

się nowotwory, jeżeli w uchyłku się usadowią. Konieczne jest dostanie się od zewnątrz do ściany pęcherza i pod kontrolą palca i wzroku strzeżenie się przy wyłuszczaniu przed ubocznemi uszkodzeniami sąsiedztwa. Dostęp powinien prowadzić przedewszystkiem od łona, gorszy jest od pochwy, najtrudniejszy od krzyżów, bo możliwy dopiero po usunięciu kiszki odchodowej na bok. F. Voelcker zaznacza, że wprost zastanawia, jak mało odróżnia się uchyłek od swego otoczenia a to dlatego, ponieważ pęcherz i uchyłek osłania jedna tkanka łączna.

Zaotrzewnowe uchyłki są trudniejsze do wyłuszczenia z powodu niełatwego dostępu do głębokich warstw i niebezpieczeństwa zrostów uchyłka z moczowodem. Jeżeli zachodzą trudności z wynalezieniem uchyłka, wówczas jest wskazane nacięcie pęcherza w pobliżu domniemanego uchyłka i wprowadzenie weń palca, poczem od tego cięcia przedłuża się je aż do brzegu szyjki i okrawuje błonę śluzową. Na palcu usuwamy tkankę łączną z uchyłka ku pęcherzowi lub od pęcherza, wyłuszczamy w całości, przecinamy błonę śluzową i szyjkę w ścianie pęcherza, następnie zeszywamy w jednej linji jednowarstwowo, lepiej dwuwarstwowo. Uchyłki, które rozwinęły się ku otrzewnej, musi się usuwać śródotrzewnowo: otrzewnę przecina się nad uchyłkiem, odłuszcza aż do szyjki, oddziela od pęcherza i odcina worek; następnie zeszywa się otrzewnę a otwór w pęcherzu oddzielnie.

Czasem jeden z moczowodów ma swe ujście w uchyłku; do odsłonięcia nadaje się wówczas poprzeczne cięcie nad spojeniem łonowem, z przedłużeniem ramienia po stronie uchyłka. Moczowód oddzielamy i wszczepiamy w pęcherz, najlepiej po usunięciu uchyłka a przed zeszyciem pęcherza. Kończasty nożyk wkłuwamy skośnie w ścianę pęcherza, w stosownem do wszczepienia miejscu, i robimy otwór, któryby po wygojeniu swą blizną nie zaciskał moczowodu. Część jego obwodowa może wystarczać nieco ku jamie pęcherza, przyczem jest obojętne, czy koniec ten rozszczepiamy, czy nie; wystarczy też umocowanie szwem katgutowym moczowodu do zewnętrznej ściany pęcherza. Jeżeli ujście moczowodu znajduje się w pobliżu szyjki uchyłka, udaje się zostawienie tej części przy pęcherzu; Young nazwał ten sposób operacją z tworzeniem płatu, bo zostawia się przy pęcherzu prostokątny płat z częścią, gdzie jest ujście moczowodu, resztę uchyłka przy szyjce usuwa się a płat bierze w szew rany pęcherza.

Dla leczenia następowego wystarcza cewnik, założony przez cewkę i sączkowanie w sąsiedztwie szwu na pęcherzu, by uchronić się od nacieku moczowego i jego skutków, gdyby puścił jeden ze szwów założonych.

Dr. Roman Glassner. Kraków.

Objaw splotu ramiennego (*Brachialisphaenomen*) w zespole cech dusznicy bolesnej (*stenocardia*).

W październiku z r. zwrócił Rudolf Schmidt na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego praskiego uwagę na nowy objaw, towarzyszący napadom i stanom dusznicy bolesnej (stenokardjalnym), polegający na nadmiernej bolesności splotu nerwu ramiennego, wywołanej uciskiem na tenże splot; ból ten występuje również bardzo wyraźnie przy ucisku na brózdę mięśnia dwugłowego. Objaw ten nazwał Schmidt objawem splotu ramiennego (*Brachialisphaenomen*). Wedle spostrzeżenia Schmidta objaw ten spotykamy u chorych z klinicznie łagodnemi postaciami miażdżycy tętnic wieńcowych serca, trwającemi nieraz kilkanaście lat i dłużej, przyczem badanie przedmiotowe układu krążenia jest przeważnie ujemne, a objawów niedomogi krążenia, prawie nigdy niema, nawet podczas samego napadu, który się zwykle ogranicza do niemiłych uczuć pod mostkiem, występujących podczas chodzenia, zwłaszcza pod górę, a przemijających, gdy chory na chwilę spocznie.

Ponieważ, wedle mojego doświadczenia, nawet najlżejszych objawów dusznicy bolesnej nie należy lekceważyć, a rokować należy zawsze bardzo ostrożnie, pragnę wspomnieć o 5 przypadkach, w których powyżej opisany objaw splotu ramiennego był dominujący, a które zakończyły się nagłą śmiercią.

Pierwszy przypadek dotyczył 36 letn. mężczyzny, który uskarżał się wyłącznie na bóle, napadowo występujące w lewem ramieniu, rozpromieniające się ku stronie wewnętrznej przedramienia aż do 4 i 5 palca. Chory zupełnie się nie skarżył na jakiekolwiek objawy bezpośrednie lub pośrednie, któreby moją myśl kierowały ku schorzeniu układu krążenia. Mimoto najdokładniej zbadałem serce i nic nieprawidłowego, ani anatomicznie, ani czynnościowo, nie stwierdziłem. Podejrzenia ani dowodu w kierunku przymiotu również nie było; natomiast uderzającą była bolesność przy ucisku splotu ramiennego przy zupełnym braku przeczulicy skóry w odpowiednim odcinku, co podkreślam, by tych objawów bolesności pnia nerwowego i przeczulicy skórnej (strefy Heada) nie utożsamiać. Nie zdając sobie sprawy z powyższego objawu (było to przed 14 laty), odesłałem chorego do neurologa, który, nie podając rozpoznania, leczył chorego prądem faradycznym. Chory powyższy zmarł nagle w 3 miesiące później na ślizgawce, skarżąc się chwilę przedtem wobec swego towarzysza na ból w lewej ręce.

Dwa następne przypadki dotyczyły kobiet wyżej lat 50-ciu.

Pierwsza cierpiała na przewlekłe zapalenie nerek, a właściwie wedle współczesnych pojęć i podziałów na nefrosklerozę ze znaczną hypertonją i przerostem serca, przyczem jednak stan podmiotowy był znośny, jedyną skargą chorej był „ciągnący" ból w lewej ręce, który ją nawiedzał przeważnie w nocy, a często nawet sen przerywał. O owym bólu opowiadała, że byłby zresztą znośny, gdyby nie jakieś nieokreślone uczucie lęku, które zawsze bólowi towarzyszy. Splot ramienny był i tutaj na ucisk bardzo tkliwy, w każdym razie niewątpliwie wrażliwszy, niżeli po stronie prawej. Chora ta zmarła pewnej nocy niejako wśród snu, gdyż pielęgnująca osoba nawet chwili skonu nie zauważyła.

U drugiej chorej stwierdzono na 1 $^1/_2$ roku przed śmiercią rozszerzenie aorty i niedomykalność jej zastawek Chora miewała napady duszności, ale na żadne klasyczne objawy stenokardjalne nigdy się nie uskarżała. Ból w lewej ręce z wyraźną stałą bolesnością pnia nerwu ramiennego nawiedzał chorą od czasu do czasu, lecz i w tym przypadku trapił ją raczej jakiś nieokreślony niepokój, aniżeli sam ból. I ta chora zmarła nagle w przeciągu kilku sekund; gdy bezpośrednio na wezwanie przybyłem, chora już nie żyła, a otoczenie oświadczyło, że chora wśród zupełnie dobrego stanu zawołała, że jej „niedobrze" i równocześnie runęła na ziemię.

Przypadek czwarty dotyczy 62 letniego mężczyzny, od szeregu lat cierpiącego na cukrzycę; chory rok rocznie jeździł do Karlsbadu, zresztą chory ten czuł się zupełnie dobrze, był niezwykle sprawny i na nic się nie uskarżał, mimo iż jako ajent handlowy odbywał uciążliwe i dalekie podróże. W ostatnim roku utartym zwyczajem, przed wyjazdem do Karlsbadu, zwrócił się do mnie z prośbą o polecenie do tamecznego lekarza. Przy tej sposobności skarżył się, że od kilku miesięcy miewa ból w lewem ramieniu i że to prawdopodobnie jest „reumatyzm" i radził się, czy nie byłoby wskazane tym razem zamiast do Karlsbadu, jechać do Trenczyna. Przy badaniu nie stwierdziłem dostępnych fizycznem badaniem zmian w sercu; zwróciła jednak moją uwagę owa bolesność splotu nerwu ramiennego Doświadczenie moje nakazywało mi to przyjąć za objaw stenokardjalny i odradzałem wogóle wyjazd. Chory mimoto wyjechał i w drodze na stacji w Boguminie zmarł nagle.

Przypadek piąty jest najklasyczniejszy: Magazynier kolelowy, 60-letni, mieszkał w oddaleniu 3 klm. od stacji i codziennie od całego szeregu lat drogę do służby odbywał pieszo. Do ostatnich miesięcy był zawsze zdrów i drogę tę odbywał bez najmniejszych przypadłości, nawet chwalił korzystny wpływ tego spaceru. Przed 8 miesiącami zgłosił się do mnie w towarzystwie swej żony (pod jej naciskiem wyłącznie udał się do lekarza, tak bowiem małą wagę przypisywał swojemu cierpieniu), i skarżył się, że od niedawna w drodze do służby (droga nieco stroma) doznaje bólu w lewej ręce i że musi na chwilę przystawać, poczem już może iść dalej swobodnie. To powtarza się kilkakrotnie wśród drogi. Drogę powrotną (w dół) odbywa chory już zupełnie swobodnie. Z chwilą pojawienia się bólu występuje na czole chorego zimny pot i ogarnia go jakaś nieokreślona trwoga. U tego chorego oprócz wzmożonego ciśnienia, wynoszącego 200 Hg, mierzonego przyrządem Riva-Rocciego, stwierdziłem tylko ową bolesność pnia splotu ramiennego bez żadnej zgoła przeczulicy skórnej i mięśniowej. Żonie chorego zwróciłem poufnie uwagę, iż to jest poważne cierpienie serca i poleciłem wpłynąć, by chory prosił o urlop i przez pewien czas zaniechał owej 3 kilometrowej pieszej drogi do swej służby. Chory nie zastosował się do moich wskazówek. W cztery tygodnie później zmarł nagle podczas kolacji, i to w przeciągu kilku sekund. Przypadek ten jest o tyle jeszcze uwagi godny, iż przypomina zupełnie chorobę Erba (*claudicatio intermittens*) w odniesieniu do kończyny górnej.

O innych chorych, których stan się poprawił, względnie przebieg choroby jest pomyślniejszy, a którzy żyją, nie wspominam, ponieważ ich historja kliniczna nie jest niezbędna do wniosków, które mam zamiar wyprowadzić.

Analizując owe przypadki z zejściem śmiertelnem, wyróżniamy pewne stale powtarzające się cechy i obrazy. A więc:

Brak dających się wykryć ciężkich zmian w sercu, z wyjątkiom przypadku 3-go, lub nawet zupełna ich nieobecność, brak klasycznych napadów dusznicy bolesnej (stenokardja) w duchu Heberdena, niezaburzona sprawność mięśnia sercowego i brak przeczulicy skórnej i mięśniowej w duchu Mackenziego i Heada. To byłyby cechy ujemne.

Z cech dodatnich na pierwszy plan wysuwa się ból w lewej ręce, lęk towarzyszy bólowi i bolesność przedmiotowa splotu nerwu ramiennego. A na samo czoło należy wysunąć nagłą śmierć bez żadnych uprzednich i w chwili skonu objawów niedomogi serca.

Wbrew zatem wywodom Schmidta, musimy na podstawie przebiegu powyższych przypadków przy dodatnim objawie splotu ramiennego rokować bardzo ostrożnie, a nie przesadzę, jeśli zalecę tę samą ostrożność przy jakimkolwiek innym objawie dusznicy bolesnej. Nie mogę pominąć przypadku Herza: chory zginął wśród pierwszego napadu, który się zaznaczył wyłącznie jako gwałtowny ból w śródręczu z uczuciem niebywałego lęku. Autopsja w tym przypadku stwierdziła silną miażdżycę tętnic wieńcowych serca. Wogóle należy pamiętać, że istnieje cały szereg objawów dusznicy bolesnej, których charakter i usadowienie jest tego rodzaju, że łatwo może odwrócić uwagę lekarza od narządu krążenia. Objawy niniejsze omówiłem jeszcze w roku 1912 w pracy mojej, ogłoszonej w »Przeglądzie lekarskim« pt. »Symptomatologja stanów stenokardjalnych«*). Tam położyłem szczególny nacisk i poświęciłem osobny ustęp temu najbardziej znamiennemu objawowi stenokardjalnemu, jakim jest uczucie lęku i trwogi, towarzyszące nawet najsłabszym przypadłościom stenokardjalnym. Żaden najgwałtowniejszy ból, mający źródło w innym narządzie, nie wywołuje tego charakterystycznego uczucia, co najsłabszy ból pochodzenia stenokardjalnego.

W żadnym z moich przytoczonych przypadków nie brakło tego objawu.

Dlatego też w wątpliwych przypadkach obecność tego uczucia lęku powinna przemawiać za przyrodą stenokardjalną, a tem samem rokowanie obciążyć zastrzeżeniami.

W końcu pokuszę się o wytłumaczenie istoty nagłej śmierci w tych i podobnych przypadkach. Uderzyć musi każdego, że wszyscy ci chorzy zmarli nagle i to natychmiast, bez żadnego takiego zewnętrznego zadziałania, iżbyśmy mogli stwierdzić, że dla schorzałego serca powstały nagle warunki, które przekroczyły jego sprawność zapasową. Można zatem przyjąć, że bliżej nam nieznane powody (np. skurcz naczyń wieńcowych) wywołują ostre niedokrwienie mięśnia sercowego, w następstwie czego występuje nadmierna pobudliwość drugorzędnych i trzeciorzędnych ośrodków, wytwarzających podniety skurczowe; taki zaś stan pociąga za sobą nagłe migotanie komór sercowych *(Herzkammerflimmern)*, z zastanowieniem czynności komór, co doświadczalnie wykazał Hering na zwierzętach i pod nazwą śmierci sekundowej *(Sekundentod)* przeniósł na analogiczne stany i przypadki u ludzi.

Jeśli przyjmiemy powyższe tłumaczenie, sprawa śmierci niespodzianej i nagłej, tak często się wydarzającej u ludzi pozornie zupełnie zdrowych i na nic się nieuskarżających, staje się przynajmniej hypotetycznie wyświetloną. Dalsze badania i spostrzeżenia są jednak konieczne.

Docent. Dr. Jan Olbrycht. Kraków.

Śmierć nagła a gruczoły dokrewne

(według wykładu na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego dnia 5. X. 1921).

(Dokończenie).

Dzisiaj, opierając się na wynikach dotychczasowych badań, zająć musimy stanowisko, że zdarzają się, nawet dość często, przypadki nieprawidłowości konstytucjonalnych, w których jedną z charakterystycznych cech jest przerosła grasica. Obok tego jednak istnieją także zmiany w rozmaitych innych narządach, jużto jako cechy, jużto następstwa zaburzeń w poszczególnych gruczołach dokrewnych. Mimowoli zatem nasuwa się pytanie, czy powiększenie grasicy nie jest zależne od nieprawidłowej czynności innych gruczołów dokrewnych? Rzeczywiście cały szereg badań i doświadczeń przemawia za tem, że istnieją poszczególne gruczoły dokrewne, z których jedne działają na grasicę pobudzająco (thymusexcitatory), jak np. tarczyca, gruczoły przytarczyczne i może przysadka mózgowa, drugie zaś hamująco (thymusdepressory), jak gruczoły płciowe i nadnercza, a właściwie układ chromochłonny. Wedle badań Wiesela i Hornowskiego ma istnieć pomiędzy grasicą a narządem chromochłonnym antagonizm, wyrażający się rozmaitem ich oddziaływaniem na układ współczulny, a mianowicie grasica ma układ ten hamować, narząd zaś chromochłonny ma go pobudzać. Przyczyna zatem nagłej śmierci leżałaby w hypertymizacji, wywołanej niedomogą narządu chromochłonnego. Gdy więc na układ współczulny działają pewne silne bodźce zewnętrzne, które wymagają jego większej sprawności, a więc gdy układ ten potrzebuje znaczniejszego zasilenia go wydzieliną narządu chromochłonnego, jako podniecającą go, tymczasem zaś narząd ten jest albo za słabo rozwinięty, albo też zahamowany nadmierną wydzieliną grasicy, wówczas układ współczulny szybko się wyczerpuje, a przez to może nastąpić nawet nagła śmierć wśród objawów wstrząsu (shoku). Czy jednak w istocie można przypisywać wtedy główną rolę samej tylko powiększonej grasicy, to i według takiego znawcy nauki o wewnętrznem wydzielaniu, jak Biedl, zdaje się wątpliwe. Bo chociaż grasica jest bezsprzecznie gruczołem o wewnętrznem wydzielaniu, to jednak wydzieliny jej dotychczas nie znamy, a doświadczenia z wyciągami z grasicy nie dozwalają na ścisłe wnioski co do patogenezy śmierci grasicznej. I raczej odnieść należy wytłómaczenie śmierci nagłej przy ogólnej konstytucji hypoplastycznej do innych czynników, jak do niewydolności narządu krążenia z powodu małości serca i wązkości tętnic, do upośledzenia czynności układu chromochłonnego z powodu jego niedokształcenia itd., które to czynniki dają się anatomicznie wykazać i wystarczają do wytłómaczenia zejścia.

O wiele łatwiej tłómaczą przypadki śmierci nagłej zmiany stwierdzone w nadnerczach, które ze wszystkich gruczołów dokrewnych zostały najlepiej poznane i zbadane, a to dzięki temu, że udało się wyosobnić i pod względem fizjologicznym zbadać ich wydzielinę. Nadnercza stanowią tylko pod względem anatomicznym jednolity gruczoł, natomiast pod względem rozwojowym, morfologicznym, fizjologicznym i patologicznym składają się z dwóch odrębnych układów. Substancja rdzeniowa należy do układu chromochłonnego, który nosi nazwę tę stąd, że komórki jego posiadają powinowactwo chemiczne do soli chromowych i barwią się niemi brunatnawo. Układ ten nosi także nazwę adrenalinowego od swojej wydzieliny adrenaliny, stanowiącej niezbędny dla życia hormon. Układ chromochłonny jest w ścisłym związku z układem współczulnym i dla istnienia prawidłowego napięcia w układzie współczulnym jest koniecznie potrzebne, aby ten układ otrzymywał podniety dostateczne od narządu chromochłonnego. Substancja korowa nadnerczy należy do układu międzynerkowego (interrenalnego), charakteryzującego się tem, że komórki jego zawierają silnie błyszczące, podwójnie światło łamiące ziarna lipoidów. Znaczenie substancji korowej nie jest jeszcze zupełnie ściśle zbadane. Działanie jej zdaje się polegać głównie na wydzielaniu swoistej wydzieliny, a mianowicie choliny, i na działaniu antytoksycznem i zobojętniającem działanie jadów, tudzież toksycznych produktów przemiany materji.

Obok połączenia się obu tych układów w nadnerczach istnieje również nagromadzenie się komórek obu substancyj poza temi gruczołami, a mianowicie komórek substancji korowej w tz. dodatkowych Marchandowskich nadnerczach, komórek zaś substancji rdzeniowej w obrębie układu współczulnego w tz. ciałkach przywojowych (pa-

*) Patrz Nr. 24 R. 1912.

raganglia), do których zaliczają kłębek szyjnotętniczy (paraganglion caroticum) i ogonowy (coccygeum) Co więcej, ilość komórek chromochłonnych w ciałkach przyzwojowych ma nawet co do masy przewyższać ilość ich w substancji rdzeniowej nadnerczy. Może to mieć znaczenie w przypadkach śmierci nagłej, w których nieznaczne tylko zmiany dadzą się stwierdzić w nadnerczach, gdy główne znajdą się w reszcie układu chromochłonnego. I naodwrót znaczne nawet zmiany w substancji rdzeniowej nadnerczy mogą nie dawać objawów, jeżeli reszta układu chromochłonnego jest nienaruszona.

Już od czasu pierwszych eksperymentalnych badań nadnerczy wiadomo, że ich doszczętne usunięcie w jakikolwiek sposób wywołuje szybką śmierć wśród objawów t. zw. niedomogi nadnerczowej (insufficientia suprarenalis). Nie jest atoli jeszcze ściśle dowiedzione, którego z układów wypadnięcie czynności odgrywa w tem główną rolę Są autorzy, którzy przypisują ją substancji korowej. Tak np. Marchand widział nagłe zejście śmiertelne przy zniszczeniu kory przez sprawy chorobowe. Natomiast większość autorów przypisuje w tych przypadkach zejście śmiertelne zniszczeniu substancji rdzeniowej. Według najnowszych badań zdaje się, że oba układy odgrywają równie ważną rolę, i że zarówno komórki kory, jak i chromochłonne, są w swojej czynności wzajemnie od siebie zależne (Landau, Pfeiffer). Jakkolwiek zresztą ma się ta sprawa, przyjąć należy jeszcze od czasów Virchowa za pewnik, że wszelkie sprawy chorobowe, które jako następstwo mają zniszczenie nadnerczy, a zwłaszcza ich substancji rdzeniowej, wiodą do śmierci.

Ze spraw tych należy przedewszystkiem wymienić krwotoki z następowem zniszczeniem miąższu gruczołowego. Występują one często i w najrozmaitszych sprawach. Naprzód i najczęściej spostrzegano je u noworodków Z początku uważano je za urazowe, powstałe w następstwie wahań Schultzego lub ciężkiego porodu (Hengge, Oberndorffer, Gackowski i inni). Wkrótce jednak przeciwko temu zapatrywaniu podniosły się głosy z Schultzem na czele, ponieważ przekonano się z czasem, że krwotoki w nadnerczach można stwierdzić także u tych noworodków, u których nie było ciężkiego porodu i u których nie wykonywano wahań Schultzego. Również i mnie nadarzyła się sposobność sekcjonowania podobnych przypadków w krakowskim zakładzie medycyny sądowej, w których był napewno wykluczony i uraz porodowy i zamartwica (asphyxia) w czasie porodu i wahania Schultzego i inne zabiegi ratownicze, a jednak w nadnerczach były rozległe wylewy krwawe. Wytłómaczenie ich pochodzenia jest trudne. Przeciwko ich urazowemu pochodzeniu przemawia także, bardzo rzadkie, występowanie krwotoków, w nadnerczach u dorosłych po urazie, zdaje się z powodu ukrytego położenia gruczołów. Z ogłoszonych przypadków, po krytycznem ich rozważeniu, tylko trzy (Hervey, Borrmann, Dürck) można uważać napewno za następstwo urazu, ponieważ były pośmiertnie potwierdzone, i ponieważ znaleziono tu złamanie ostatnich żeber, pozostałości po wylewach krwawych, zbliznowacenie nadnerczy przy braku swoistych spraw chorobowych. Przypadki te jednak z wyjątkiem pierwszego nie wywołały śmierci nagłej, lecz objawy choroby Addisona z przebiegiem śmiertelnym. W innych przypadkach nie można wykluczyć, czy niezależnie od urazu nie toczyła się już w nadnerczach sprawa chorobowa, która tylko wskutek urazu doznała ewentualnie pogorszenia.

Dalszą grupę przypadków, w których stwierdza się krwotoki w nadnerczach, stanowią choroby zakaźne i zatrucia. Z chorób zakaźnych należy przedewszystkiem wymienić błonicę (Roux i Yersin), w której zmiany te należą prawie do stałych, nadto dur brzuszny i osutkowy, wąglik, zapalenie płuc, tężec, chorobę Weila i wiele innych (Oppenheim i Loepper, Simmonds, Gierke i wielu innych). Także w ostatniej epidemji grypy i czerwonki kilkakrotnie stwierdziłem wybroczyny dość znaczne w nadnerczach. Z zatruć należy wymienić zatrucia sublimatem, arsenem, fosforem, solami chromowemi itd. (Oppenheim i Loepper, Formiggini, Marchetti, Bernard i Bigard i inni). Jeżeli do tego dodać, że podobne zmiany stwierdza się także przy działaniu toru (Domarus), wstrząsie anafilaktycznym i toksykozach białkowych (Olbrycht), oparzeniach, skazie krwotocznej i białaczce, zakrzepie i zatorze naczyń środkowych itd., to widzimy, że nadnercza w najrozmaitszych sprawach chorobowych oddziaływują przekrwieniem i wybroczynami. Muszę atoli na podstawie własnych badań zaznaczyć, że naogół zmiany te są nieznaczne i dopiero badaniem mikroskopowem dają się stwierdzić jako włosowate wybroczyny. Rzadziej są one widoczne gołem okiem, a wyjątkowo tylko tak rozległe, że cały gruczoł jest zniszczony przez wylewy krwawe i przedstawia się albo jako torbiel, wypełniona krwią, albo w postaci krwiaków i rozległych nacieków krwotocznych. Stąd jest zrozumiałe, że tylko te wielkie zmiany, jako niszczące miąższ gruczołowy, mogą wywołać nagłe zejście śmiertelne.

Starano się także z wielu stron odnieść nagłe zejście śmiertelne do niedostatecznej czynności nadnerczy w następstwie ich niedokształcenia. Pomijając bardzo rzadkie przypadki wrodzonego braku nadnerczy lub niezupełnego ich rozwoju, które zwykle łączą się z niedokształceniem mózgowia (zwłaszcza przy anencephalia, hemicephalia, cyclopia, mikrocephalia, hydrocephalus congenitus), zdarza się niedokształt nadnerczy, zwłaszcza ich substancji rdzeniowej, nie tak rzadko. Bardzo często łączy się on, jak poprzednio obszernie o tem była mowa, że stanem grasiczno-limfatycznym, a osoby takie mają być mało odporne na rozmaite szkodliwe czynniki, jak na zakażenie, narkozę, ciepło promieniujące itp. Przy ocenie tego rodzaju przypadków należy mieć na uwadze, że także poza nadnerczami istnieją w znacznej ilości działające komórki obu układów, które tylko z trudnością mogą być w całości zbadane, a które mogą uledz zastępczemu przerostowi i chronić ustrój przed wystąpieniem ostrej niedomogi nadnerczowej.

Z przewlekłych spraw chorobowych gruźlica, kiła, nowotwory i torbiele mogą wywołać zniszczenie tych niezbędnych dla życia gruczołów. Najczęściej spotykamy się z gruźlicą, która daje kliniczny obraz choroby Addisona. W przebiegu tej choroby może przyjść do nagłego zejścia śmiertelnego, jak tego dowodzą przypadki Richtera, Merkela i innych. W 1919 roku miałem i ja sposobność spostrzegać podobny przypadek, którego historja w krótkości tak się przedstawia:

Żołnierz armji gen. Hallera, 23-letni T. K., zawsze dotąd zdrowy, wjechał, jadąc automobilem, na płot, wypadł z automobilu, potłukł się i chwilowo miał nawet stracić przytomność. Odwieziony do szpitala na prowincji, skarżył się na bóle w kończynach i brzuchu i na niemożność chodzenia. Rozpoznano: *dysbasia hysterica* i po kilku dniach odesłano chorego na oddział nerwowy do Krakowa. Tutaj był tylko dwa dni, a krótkie badanie (Dr. Artwiński) wykazało wybitną bladość z lekkim sinawym odcieniem powłok skórnych i widocznych błon śluzowych, bardzo słabe tętno, znaczne obniżenie ciepłoty ciała (T = 35·8° C), ruchy czynne znacznie osłabione, ogólne obniżenie czucia, rozlaną bolesność brzucha przy obmacywaniu. Na trzeci dzień, a w tydzień po wypadku, chory, idąc od okna do łóżka i skarżąc się na bóle w brzuchu, padł nagle nieżywy. Rozpoznane: *Commotio spinalis, trauma abdominis.*

Wykonana na drugi dzień sekcja (Nr. prot. 461/19) nie wykazała żadnych zmian urazowych ani w rdzeniu, ani w narządach wewnętrznych lub w powłokach. Przy sekcji stwierdziłem tylko nieznacznego stopnia rozszerzenie serca prawego bez widocznej przyczyny, pewną nieznaczną wąskość tętnic, silny rozrost tkanki tłuszczowej podskórnej, w sieci i okołonerkowej, przerost narządu adenoidalnego, zwłaszcza w błonie śluzowej jelit, która skutkiem tego była nierówna, chropawa jak tarło Grasica była częściowo wśród tkanki tłuszczowej śródpiersia przedniego zachowana a mikroskopowo wykazywała wybitny stopień zaniku. Mianowicie wśród obfitej tkanki tłuszczowej i łącznej znajdowały się tylko nieliczne i małe wysepki tkanki grasicy, składającej się wyłącznie z komórek limfatycznych; nieliczne ciałka Hassala wykazywały zmiany tłuszczowe. Główne i jedyne zmiany chorobowe przedstawiały właściwie tylko oba nadnercza. Znajdowały się one na właściwem miejscu w postaci wałeczków grubości małego palca, mało przypominając kształtem prawidłowe nadnercza, były chrząstkowato twarde, o powierzchni nierównej, guzowatej, umieszczone wśród obfitej tkanki tłuszczowej okołonerkowej, z której z trudnością dały się dokładnie odgraniczyć i odpreparować. Po możliwie dokładnem odpreparowaniu ciężar prawego wynosił

3,0 g. lewego 2,7 g. Przy przekrawaniu nóż natrafiał prawie wszędzie na znaczne trudności z powodu złogów soli wapniowych, tylko tu i ówdzie były zserowaciałe ogniska, które dały się przeciąć. Na przekroju nie można było rozróżnić charakterystycznej budowy nadnerczy, tj odrębnej substancji rdzeniowej i korowej, lecz stwierdzało się tylko wśród zbitej tkanki łącznej ogniska zwapniałe i nieliczne zserowaciałe. Także po utrwaleniu nadnerczy w 4% formalinie i płynie Müllera nie można było stwierdzić innych jakichś szczegółów lub resztek tkanki gruczołowej Badanie drobnowidowe stwierdziło wśród wiotkiej tkanki tłuszczowej, która była przetkana bardzo zbitą tkankę łączną włóknistą ze skąpemi naczyniami krwionośnemi, liczne ogniska serowate, złogi soli wapniowych i nieliczne gruzełki; natomiast nie udało się stwierdzić nawet śladów tkanki gruczołowej nadnerczy. Badanie zwojów brzusznych wykazało zmniejszenie się komórek chromochłonnych i gorsze ich (słabo żółte) barwienie się.

Na podstawie tego wyniku sekcji i badania mikroskopowego należało uznać za przyczynę śmierci brak czynności nadnerczy. Przemawiały za tem także objawy stwierdzone za życia, jak ogólna słabość mięśniowa (*asthenia muscularis*), spadek ciśnienia krwi, wybitna bladość, ciepłota ciała niższa od prawidłowej, bole w stawach i mięśniach, podobne do gośćcowych, dolegliwości brzuszne (*cardialgia*) i ogólne nerwowe. Natomiast nie było w naszym przypadku najcharakterystyczniejszego objawu, a mianowicie pigmentacji powłok skórnych (*melanodermia*) i błon śluzowych. Chociaż pigmentacja ta ma przy schorzeniu nadnerczy wielkie znaczenie rozpoznawcze, to wiadomo, że nie należy jej uważać za bezwzględnie konieczny objaw i że istnieją przypadki choroby Addisona (t. zn. schorzenia nadnerczy) bez zmian barwikowych w skórze (Strümpell i inni). Przypadek ten zasługuje na wzmiankę także i z tego powodu, że zmiany gruźlicze były w samych tylko nadnerczach, natomiast ani w płucach, ani w gruczołach chłonnych nie powiodło się nigdzie zmian tych stwierdzić. Przypadki takiej odosobnionej, wyłącznie w nadnerczach usadowionej, gruźlicy zdarzają się dość rzadko (według Gierkego w 17%) i występują szczególnie w nadnerczach niedokształconych.

Wytłómaczenie tej okoliczności, że aż do wypadku automobilowego nie było żadnych objawów chorobowych, jest łatwe, ponieważ, jak już była o tem mowa, także przy przewlekłych sprawach chorobowych w różnych innych narządach mogą nie występować objawy chorobowe, a mimo to później pod wpływem jakiegoś szkodliwego czynnika nagle następuje śmierć. Zresztą w tym przypadku zupełnego zniszczenia nadnerczy przez dawno już trwającą sprawę chorobową mogła poza nadnerczami znajdująca się reszta układu chromochłonnego pracować zastępczo i wystarczająco dla warunków zwyczajnych, a dopiero z chwilą wypadku nastąpiło jej wyczerpanie się.

Podkreślając jeszcze raz tę okoliczność, że zmiany chorobowe w nadnerczach pozwalają na wytłómaczenie nagłej śmierci, należy tu jednak zaraz dodać to zastrzeżenie, że, jeżeli się nie chce popaść w ten sam błąd, jak przy śmierci grasicznej i nie rozpoznawać bezkrytycznie zbyt często śmierci z braku substancji chromochłonnej (*mors e hypochromaffinosi)*, zmiany te muszą być znaczne, badaniem drobnowidowem potwierdzone i odnosić się do całego układu chromochłonnego. Opierać się na samej tylko wielkości i ciężarze nadnerczy i na tej tylko podstawie rozpoznawać ich niedokształcenie i do niego odnosić zejście śmiertelne, nie wolno, ponieważ wielkość nadnerczy waha się znacznie, jak to wynika między innemi z obliczeń Pendego, który znalazł u 100 zwłok, że waga nadnerczy wynosiła od 7—20 gramów. Średnia waga obu nadnerczy wynosi u mężczyzn 11.5 g., u kobiet 10.5 g. Także nieznacznym zmianom np. drobnym wybroczynom nie należy przypisywać zbytniego znaczenia. Jak bowiem z badań Pfeiffera i moich własnych wynika, oddziałują nadnercza wogóle bardzo łatwo na rozmaite bodźce nerwowej i toksycznej przyrody przekrwieniem i wybroczynami. Dopiero stwierdzenie wybitnych zmian, jak rozległych krwotoków, zniknięcia lipoidów i substancji chromochłonnej itd, pozwala na przyjęcie związku między niemi a nagłem zejściem. Badaniu powinien być poddany także układ chromochłonny pozanadnerczowy, ponieważ te części układu chromochłonnego mają takie samo znaczenie, jak tego dowodzi cały szereg doświadczeń, np. pozostanie zwierząt przy życiu po zniszczeniu substancji rdzeniowej nadnerczy, zastępczy przerost tkanki chromochłonnej w ciałkach przyzwojowych, działanie fizjologiczne wyciągów, sporządzonych z tych ciałek, zgodne z działaniem adrenaliny itp.

Znaczenie innych gruczołów dokrewnych w patogenezie śmierci nagłej nie jest jeszcze zbadane i tylko luźne, nieliczne spostrzeżenia istnieją w tym kierunku. W każdym razie stwierdzenie zniszczenia przez jakąkolwiek sprawę chorobową niezbędnych do życia gruczołów dokrewnych, jak ciałek przytarczycznych, przysadki mózgowej itd, tłómaczyłoby dostatecznie nagłe zejście śmiertelne. Tak np. Grosser i Betke opisują 3 przypadki śmierci nagłej u dzieci, u których stwierdzili dawne i świeże rozległe krwotoki w ciałkach przytarczycznych i które to zmiany, być może, stały w związku przyczynowym ze śmiercią.

Jak widzimy, z postępem wiedzy lekarskiej, kiedy poznano bliżej wewnętrzne wydzielanie, także sprawa śmierci nagłej wyjaśnia się w wielu dotąd niejasnych przypadkach. Badania te są jednak dopiero w początkach. I dopiero systematyczne badania gruczołów dokrewnych, przeprowadzone w przypadkach śmierci nagłej, mogą nam więcej rzucić światła. Zasadniczą jednak jest rzeczą, na co słusznie zwracają uwagę badacze, jak między nimi Gliński i Hornowski, aby przy badaniach tych uwzględniać możliwie wszystkie gruczoły dokrewne, albowiem zaburzenie jednego z nich narusza ich korelację, od której zależy prawidłowa sprawność całego ustroju. Ponieważ zaś wydzieliny gruczołów dokrewnych są regulatorami życiowej sprawności ustroju, to brak ich lub skład wadliwy musi wywołać śmierć, „tak jak brak lub wadliwy skład oliwy w lampie musi sprowadzić jej zgaśnięcie". (Wachholz).

Piśmiennictwo:

Bartel Status thymico-lymphaticus u. Status hypoplasticus. 1912. — Bartel i Stein. Arch. f. Anat. u Physiol. 1906. — Bartel i Herrmann. Monatschrift f. Geburshilfe u. Gynäk. 1911. — Basch. Jahrb. f. Kinderheilk. 1906 i 1908. D. m. W. 1913. — Bernard i Bigard. C. R. de la Soc. de Biol. 1902, 1904, 1905. — Biedert. Zblt. f. Kinderkr. 1896. — Biedl. Innere Sekretion 1913. Wiedeń. — Biehler. O nadnerczach, 1914. Warszawa. — Borrmann D. Arch. f. Klin. Med. 1906. Brouardel. La mort et la mort subite. 1895. Paryż. — Claude i Gougerot. Journ. de la physiol. et path. gener. 1908. — Cybulski. Gaz. lek. 1895. — Dürck. Aerztl. Sachverständ. Ztg. 1919. — Dworniczenko. Vjschrft. f. ger. Med. 1897. — Escherich. B. kl. W. 1896. — Epstein. przyt. według Richtera (l. c.) — Farret Contribution a l'étude du thymus chez l'enfant 1896. Paryż. — Flügge. Vjschrft. f. ger. Med. 1899. — Formiggini. Bul. d. soc. med. chir. di Modena 1909. — Friedleben. Die Physiologie der Thymusdrüse in Gesundheit u. Kranheit 1858. Frankfurt. — Gackowski Nebennierenblutung bei einem Neugeborenen 1905 Monachium (dyssert). — Gierke. Drüsen mit innerer Sekretion w Aschoffa Path Anath T. 2 1919. — Gliński Nowiny lek. 1913. — Goldzieher. Die Nebennieren 1911. Wiesbaden. Grawitz. D. m. W. 1888. — Grosser i Betke. M. m. W. 1910. — Grzywo-Dąbrowski. Biuletyn Min. Zdrowia publ. Rok III; Lekarz Wojsk. 1921. Haberda. W. Kl. W. 1896. — Hammar. Vjschft f. ger Med. 1909. — Hansen. Über d. Thymusdrüse u. über Beziehungen zur Entwicklung d. Kindes 1894. Kilonia. — Hart. M. m. W. 1908; W. Kl. W. 1908. — Hedinger. Verhandl. d. deutsch. path. Gesell. 1907. — Henge. M. m. W. 1904 i 1905. — Hervey. Bul. de la Soc. anat. 1870. — Hohlfeld. D. m. W. 1912. — Hornowski Nowiny lek. 1912. Lwowski Tyg. lek. 1912 i 1913. Przegl. lek. 1916. — Horoszkiewicz. Aerztl. Sachverständ. Ztg. 1903. — Jeż. Przegl. lek. 1897. — Jonson. Arch. f. mikroskop Anat. T. 73. — Kaplan. Bemerkungen zur normalen u topographischen Anat. d. Thymus mit besonderer Berücksichtigung der plötzlichen Todesfälle bei Thymushypertrophie 1903. Berlin. (Dyssert) — Kayser. Beziehung der Thymus zu plötzlichen Todesfällen 1895. Giessen. (Dyssert). — Kolisko. Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache. Hdb. d. ärztl. Sachverständigentätigkeit. Tom 2. — Koral. Medycyna 1907. Kyrle. W. Kl. W. 1910. — Landau. Die Nebennierenrinde 1915. Jena Lange. M. m. W. 1903. — Löwenthal. Vjschrft. f. ger. Med. 1920 — Marchand. M. m. W. 1909. — Mettenheimer. Jahrb. f. Kinderheilk. 1897. — Merkel. M. m. W. 1910. — Olbrycht. Przegl. lek. 1920. — Oppenheim i Loepper. C. R. de la Soc. de Biol. 1901. 1902, 1903. — Paltauf. A. W. kl. W. 1889 i 1890. — Pende. przyt według Biedla (l. c.) — Pfeiffer. Ztschrft. f. ges. exp. Med. 1919. — Piedecocq. La mort subite des nourisson par hypertrophie du Thymus 1894. Paryż. (Dyssert). — Piotrowski. Przegl. lek. 1895. — Popielski. Lwowski tyg. lek. 1912. — Popper. Sitzungsber. d. Akad. zu Wien 1905 i 1906. — Pott. Jahrb. f. Kinderheilk. 1892. — Puławski Gaz. lek 1920 — Rehn. Arch. f Klin. Ch. 1906. — Richter. Ger-ärztl. Technik. u. Diagn. 1905. Lipsk; Ztschrft. f. Med. Bte 1911. — Rosner Rozpr. Akad Umiejętn. 1918. Kraków. — Roux i Yersin. Annal. de l'Inst. Pasteur 1889. Scheele. Ztschrft. f. klin. Med. 1890. — Schultze, M. m. W. 1905. Schwarz i Lederer, Pflüg. Arch. 1908. — Seydel. Vjschrft. f ger. Med 1898. — Siegel. B. kl. W. 1896 — Sieradzki. Pam. jubil E. Korczyńskiego. 1899 — Simmonds. Virch. Arch. 1902. — Strassmann. Ztschrft. f. Med. Bte. 1899. — Strümpell. Lehrb d spez. Path u. Ther. d. inner. Krankh. 1918. Tom. II. Lipsk. — Sury. Vjschrft. f. ger. Med. 1908. —

Svehla. W. m. Bl. 1896. — Szymonowicz. Morfologja i fizjologja nadnerczy 1895. Kraków. — Tandler. W. kl. W. 1910.— Tandler i Grosz. Die biologischen Grundlagen d. sekundären Geschlechtscharaktere 1913. Berlin. — Virchov. Virch. Arch. 1857; Krankhafte Geschwülste 1862. Berlin. — Wachholz. Przegl. lek. 1893 i 1895; Medycyna sądowa 1920. Kraków. — Waldeyer. Ber. d. preuss. Akad. 1890. — Welecki. Przegl lek. 1908. — Wiesel. Ergeb. d. allg. Pathol. u. Anat. 1911. Sieńgalewicz. Lwowski Tyg. lek. 1913.

Doc. Dr. Roman Leszczyński. prym. oddz. Szp. powsz. Lwów.

Z zagadnień nauki o kile.

(Dokończenie).

Rozpatrzyliśmy dotychczas stosunki pierwszego i drugiego okresu, czyli kiły wczesnej. Przekonaliśmy się, że przyjęcie perjodycznego cyklu rozwojowego pasorzyta kiły, jako zasadniczego punktu wyjścia, pozwala nam wyjaśnić w sposób naturalny, nieprzymuszony, owe zmiany porom roku podobne, jakie widzimy we wczesnej kile.

Z porządku rzeczy musimy się zająć okresem późnej kiły, utajonej lub jawnej, i zbadać, czy przypuszczenia nasze dadzą nam i tutaj zadowalające wyjaśnienia, czy nie staną gdzie w sprzeczności z faktami. Zaznaczyliśmy poprzednio, że wierzchołki e, e_1, e_2, są coraz niższe, zgodnie ze spostrzeganiem klinicznem, które poucza nas, że z każdem półroczem nasilenie objawów ogólnych słabnie, aż choroba przejdzie w okres pozornego utajenia. Gdy chwilę pomyślimy kategorjami bjologicznemi, stanie się nam jasnem, że zjawisko powyższe nie może być niczem innem, jak wypadkową zmagania się dwóch sił. Ustrój, który został zaatakowanym, był w pierwszej chwili prawie bezbronnym. Pasorzyt znalazł wyborne warunki i przechodził okresy swego rozwoju, nie troszcząc się początkowo o swego gospodarza. Jednak ustrój też nie pozostał bezczynnym. Owszem, zaczął się bronić, puścił w ruch swe środki ochronne. Wobec wzmagającej się obrony ataki pasorzyta stawały się coraz słabsze, aż przyszedł moment, że z ofenzywy przeszedł sam w obronę i oszańcował się w swych rozsianych redutach, jako postacie trwałe, spoczynkowe. I oto nastał okres późnego utajenia.

Gdy początkowo pasorzyt przebywał swe cykle bez przeszkody, osiągał pełnię rozkwitu, to później rozwój jego odbywał się w warunkach coraz niekorzystniejszych. Osobniki, które zdołały się oprzeć wpływowi niweczników ludzkich i zdołały się rozwinąć, były słabsze, a ich potomstwo, pokolenia następne, karłowaciały, ulegały zwyrodnieniu. Nieposiadały tej jadowitości, co pierwsze pokolenia najeźdźców, i z trudem tylko powtarzały swe cykle, by w końcu ostatecznie zasklepić się w postacie trwałe, odporne, ale nie jadowite.

Okres późnego utajenia ma tedy zupełnie inny charakter i znaczenie, niż okresy wczesnych perjodycznych utajeń. Gdy bowiem tamte odpowiadały normalnym czasom wypoczynku między dwoma perjodami rozwojowemi pasorzyta, to późne utajenie jest wyrazem zwycięstwa ustroju nad wrogiem. Odporność ustroju doszła do takiego napięcia, że nie pozwala na wytwarzanie żywotnych postaci, zabija je, a pasorzyt szuka ocalenia gatunku, zamykając się w postacie trwałe. SR. będzie wtedy ujemną.

Jeśli w okresie późnego utajenia SR jest jeszcze dodatnią, to dowodzi nam to, że gra jeszcze nie rozegrana, że gdzieś w podziemiach toczy się jeszcze walka, że bronią się jeszcze jakieś twierdze. O ile one nie zostaną zdobyte, a ostatnia wataha rozgromioną, istnieje zawsze niebezpieczeństwo, że przy zmianie warunków ogień na nowo może zapłonąć. Odporność została wywołaną koniecznością: *Actio semper par reactioni*, jak głosi prawo fizyczne. Z ustaniem akcji, ustaje powoli i reakcja, tj. produkcja ciał ochronnych. I może nadejść chwila, że czynniki wstrzymujące rozwój zarodników okażą się za słabe. Prysną lody i ziarno zacznie kiełkować. Pasorzyt budzi się do nowego życia. Pewnie, nie znajduje on tych idealnych warunków, co w chwili zakażenia. Ustrój, chociaż zaniechał masowego wytwarzania niweczników, nie jest znowu tak bezbronnym, jak ongiś. Komórki zachowały nawyczki wojenne. To też pasorzyt, rozwijając się w innych warunkach, jest innym. Jadowitość jego i siła ekspanzji są ograniczone. Nie marzy już o zdobyciu całego ustroju, nie robi dalekich wypraw po nowe kolonje, a zadowala się rozszerzaniem stanu posiadania, »infiltracją pokojową«, siejąc zniszczenie w najbliższem swem otoczeniu. Po okresie pierwszo i drugorzędnym znajdujemy się w obliczu okresu trzeciorzędnego, kilakowego. Jako wyraz miejscowych odczynów zapalnych pojawić się może znowu SR. dodatnia.

Czy zmiany nazywane czwartorzędnemi lub ogólnikowo *metalues* różnią się zasadniczo od trzeciorzędnych? Niewątpliwie i klinicznie i anatomo-patologicznie są wyraźne różnice. Nie chcę jednak tutaj roztrząsać, czy zasadnicze rozdzielanie tych okresów jest usprawiedliwionem. Dla zrozumienia biegu wypadków w tym ostatnim okresie wystarczy, jeśli podkreślimy to, co wyżej zaczynaliśmy, że pasorzyt staje się »innym«. Na skutek zmienionych warunków otoczenia nabiera on innych właściwości biologicznych, coś jakby parafraza prawa mimikry. Nic też dziwnego, że ów »przerodzony« pasorzyt wywołuje swą obecnością inne odczyny, tak różne klinicznie i anatomo-patologicznie od dawnych.

W tym okresie mogą jego okresy rozwojowe być niezupełnemi, szczątkowemi, lub też odbywać się nieregularnie. Może też być, że obok siebie żyją równocześnie pasorzyty w różnych okresach, tak, że żadna grupa nie uzyskuje dominującego stanowiska. Może też przestrój tkanek lub tylko ograniczoność ilościowa jest przyczyną, że owych dużych umiarowych perjodów teraz już nie spotykamy.

W ten sposób, mając nasze założenie za busolę, przebiegliśmy labirynty przebiegu kiły. I nie zawiodła nas. Okazało się, że wszystkie, codzienne, znane klinicznie fakta, dadzą się pomieścić w ramach naszej hypotezy. Okazało się, że dadzą się one ułożyć w łańcuch logiczny. Okazało się, że kiła pod tym kątem oglądana przedstawia całość zwartą, prostą, zrozumiałą. Czy mamy więc prawo, w myśl wstępnych wywodów, uznać przypuszczenie za uzasadnione. Myślę, że tak. Nie wątpię, że najbliższe lata przyniosą potwierdzające dowody.

Sprzeniewierzylibyśmy się sobie, gdybyśmy z naszych wywodów nie wysnuli wniosków praktycznych. Medycyna jest nauką ściśle praktyczną. Jej celem ostatecznym, zasadniczym, głównym, jest leczenie chorego człowieka. Na dnie naszego pożądania prawdy leży zawsze chęć doskonalenia lecznictwa. To też i nasze wywody zachowałyby odcień jałowości, gdybyśmy nie potrafili wyciągnąć z nich praktycznych wskazówek. Zrozumienie wewnętrznego mechanizmu kiły powinno ułatwić nam skuteczne jej zwalczanie. Właściwie ustrój sam ją zwalcza, a nasze zadanie, jako terapeutów, wspomódz go w wysiłkach, ułatwić zwycięstwo, przechylić w chwilach wątpliwych szalę na korzyść człowieka.

Zatem pierwszem wskazaniem w leczeniu nie szukać dróg odrębnych, niż te, któremi sam ustrój idzie, ale owszem dostosować nasze usiłowania do wysiłków chorego ustroju. Zasada ta w odniesieniu do kiły jest szczególnie ważną. Choroba ma tak wybitny tor własny, że czynność obronna ustroju poniewoli musi iść tymże śladem. Zatem i nasza czynność pomocnicza nie powinna odeń odbiegać. To jasne. A jednak, czy codziennie nie dzieje się przeciwnie? Czy nie jesteśmy codziennie świadkami bezmyślności, bezplanowości, szablonu w leczeniu kiły? Grzech to śmiertelny, a jednak powszedni. Gdzieś, ktoś, kiedyś słyszał, żeby leczyć kiłę co dwa, czy trzy miesiące. I leczy też każdego chorego, który mu się pod rękę nawinie, nie bacząc, w jakim momencie zakażenia się znajduje, nie uwzględniając, czy to okres nasilenia czy utajenia. Byle leczyć!

A przecież oddawna wytrawnym syfilidologom było wiadomem, że leczenie w okresie utajenia mało warte. Przecież dlatego tylko zalecano dawniej objawowe leczenie. Nowsze badania ustaliły i potwierdziły dawne zapatrywanie. Dziś nie powinno nikomu być obcem, że leczenie w okresie

czynnej kiły jest skuteczniejszem, niż w okresie spoczynkowym.

Zasada ta nabiera znaczenia i wyrazistości, gdy patrzymy na przebieg kiły pod kątem poprzednio wyłuszczonym. Jeśli uznajemy cykliczność okresów rozwojowych pasorzyta, perjody jego jadowitości, to odrazu zyskujemy wytyczne dla naszego postępowania leczniczego. Postacie spoczynkowe są postaciami trwałemi, odpornemi, podczas gdy postacie jadowite, żywotne, są wrażliwe na szkodliwości. Jako takie są dostępne działaniu sił ochronnych ustroju, zarówno jak i leków. Ziarno możemy polewać witrjolem bez szkody, gdy roślinkę tem zniszczymy. Jasnem jest, że uderzyć należy wtedy, gdy to uderzenie może wyrządzić szkodę. Będziemy zatem atakować pasorzyty w chwili, gdy są najwrażliwsze, tj. w okresie nasilenia, wystrzegać się będziemy bezużytecznych zabiegów w czasach, gdy pasorzytowi szkody nie możemy wyrządzić.

Ponadto wiemy, że w okresie nasilenia choroby ustrój sam wytęża siły w walce z najeźdźcą (stąd odporność). W tej chwili nasza pomoc jest dlań najbardziej cenna, najbardziej skuteczna. 1. Leczenie więc będziemy stosować co sześć miesięcy i rozpoczynać je nieco wcześniej (około 2 tygodnie) nim zaostrzenie dochodzi do szczytu, aby o ile możności przeszkadzać rozmnażaniu się zarazka. Gdybyśmy zanadto wcześnie zaczynali, mogłoby wogóle nie dojść do rozwoju postaci wrażliwych, nastąpiłoby uderzenie w próżnię. 2. Natomiast ile możności przeciągniemy leczenie poza szczyt (na ramię zstępujące), aby sprowadzić jak najdalej idące zwyrodnienie młodych osobników, aby jak najwięcej ich zniszczyć, aby jak najmniej z pośród nich zdołało przeobrazić się w postacie trwałe. Leczenie powinno być dostatecznie długie, obejmować przynajmniej połowę czasu między szczytem nasilenia i utajenia (e—f), zatem półtora miesiąca. Dodawszy dwa tygodnie przed acme, otrzymamy ośm tygodni, jako średni normalny czas trwania leczenia.

Gdybyśmy wymierzyli leczenie na czas utajenia, nie dosięgnęlibyśmy pasorzyta, ale zato komórki ustroju. W miejsce zasłużonego odpoczynku po walce stoczonej, musiałyby się zabrać do zobojętnienia nowego czynnika drażniącego. I być może niejedna by pomyślała: Boże broń mnie od przyjaciół bo od nieprzyjaciół sama się obronię! 3. Mając te wytyczne, wiemy odrazu, jak zachować się w początkach zakażenia t. j. w ciągu dwu pierwszych miesięcy. Ponieważ rozumowanie naprowadza nas na myśl, że zakażającemi są przedewszystkiem pewne postacie młodociane w wieku około półtora miesiąca, więc też, nie zwlekając, zastosujemy jak najenergiczniejsze leczenie, aby ile możności: a) zabić je, b) niedopuścić do dojrzałości płciowej, do rozmnażania się. Doświadczenie uczy nas, ze przy obecnych sposobach leczenia niejednokrotnie nam się to udaje. Są to poronne leczenia, o których tyle się w ostatnich latach pisze i czyta. Zarazem jednak wiemy już dziś, że wynik takiego leczenia poronnego bywa niekiedy pozornym. Do rozwoju choroby nie dochodzi, SR. zostaje ujemną, a przecież po kilku latach przekonujemy się, że nadzieje były zwodnicze. My ,mając do dyspozycji naszą hypotezę, łatwo sobie to wytłumaczymy. Oto obok form żywotnych dostały się przy zakażeniu i postacie trwałe, które naturalnie oparły się leczeniu. Gdyby po pierwszem, było nastąpiło drugie i trzecie leczenie w stosownej chwili, ich potomstwo zostałoby zabitem. Jeśli jednak po pierwszem leczeniu, zaniechano dalszego, zarodniki rozkwitły, rozmnożyły się. Było ich za mało, aby wywołać objawy i SR. dodatnią. Lecz po kilku cyklach ilość ich wzrosła dostatecznie i stajemy niespodzianie wobec objawów.

Czy w pierwszym okresie, czy w drugim, musimy sobie zdawać sprawę z tego, iż nie mamy żadnej pewności, czy wszystkie pasorzyty zostały zabite. SR. jest odczynem dość grubym i mówi nam ogólnikowo o odczynie ustroju. Jeśli jednak pasorzytów mało, odczyn bywa słaby, i SR. może być ujemną. Nie uprawnia nas to wcale do zaprzestania leczenia. Byłaby to nieprzezorność. Przeciwnie ponieważ pierwsze leczenie (w okresie pierwszej wysypki wykonane) nie zabija wszystkich pasorzytów, bo wszak nie tak rzadko bywa nawrót, przeto musimy przypuścić, że i drugie, nawet trzecie leczenie nie doprowadza jeszcze do zupełnego oczyszczenia ustroju z pasorzytów. Musimy przypuścić, że leczenie łącznie z obroną własną ustroju, stopniowo dopiero tępią zarazki. W każdem półroczu coraz mniej ich budzi się, a jeszcze mniej zasypia. W końcu dochodzi do zupełnego wyjałowienia ustroju. Brak nam ścisłych danych do oceny, kiedy to następuje. Ostatnim dowodem obecności krętków, jest ostatnia SR +. Po tym słupie granicznym skazani jesteśmy na doświadczenie. Wedle dzisiejszych doświadczeń należy jeszcze zastosować dwa albo trzy (Finger) leczenia półroczne z ujemną SR, zanim przejdziemy do wyczekiwania. Ale i później stać musimy z bronią u nogi, czujni, aby nas niespodzianie wróg nie zaskoczył.

W okresach późnej kiły wskazówki, jakie nam daje przypuszczalna bjologja pasorzyta, są mniej kategoryczne. Przebieg kliniczny objawów kilakowych nie wykazuje tej charakterystycznej okresowości, co w pierwszych półroczach. Niemniej przeto w założeniu, że właściwości bjologiczne pasorzyta nie mogły ulec radykalnej, istotnej przemianie, możemy w zasadniczych linjach trzymać się tych wytycznych, jakie poznaliśmy dla wczesnej kiły. Wystrzegać się i tu będziemy leczeń zbyt krótkich, nieregularnych, bezplanowych.

Należy się jeszcze kilka słów o działaniu leków przeciwkiłowych, przedewszystkiem Hg i As. Nie idzie o wniknięcie w chemizm ich akcji, a raczej o poznanie promienia działania każdego z tych środków. Opierając się na spostrzeżeniach klinicznych i rozpatrując je z naszego punktu widzenia, będziemy się starali ocenić ich wartość leczniczą, uzyskać wskazówki, jak i kiedy niemi posługiwać się należy. Że Hg ma pływ na kiłę, za tem świadczy doświadczenie wieków. Że odpowiednio użyta jest arcydzielną bronią, to pewne, a jeśli nie każdy, i nie zawsze może się poszczycić wynikami, to przyczyna tego leżeć będzie w pewnej mierze w chorym, w niemniejszej jednak i w lekarzu. Z historji medycyny wiemy, jak zmieniały się poglądy, jak pod wpływem fałszywej doktryny dawano Hg za dużo lub za mało. Na ogół nie brano jednak dostatecznie pod uwagę tego momentu, który jest przewodnią myślą całych naszych wywodów. Nie liczono się dostatecznie z samym pasorzytem, z jego właściwościami. Na usprawiedliwienie czasów przeszłych powiedzieć należy, że nie znano pasorzyta kiły. Mikrobjologja jest nauką nowoczesną, parazytologja ciągle się rozwija i dalecy jesteśmy od kresu. Ale duch nowych poglądów, zorza nowych horyzontów pozwalają nam przeczuć tam, gdzie ścisłego dowodu jeszcze niema. Sposób rozwoju pasorzyta kiłowego nie jest jeszcze wykryty, ale taka ogromna ilość poszlak naprowadza nas na to, że, jak wydaje mi się, nie jesteśmy zbyt dalecy od prawdy.

Biorąc wyłuszczone poglądy za podstawę leczenia, zrozumiemy, dlaczego w jednych przypadkach Hg dawała wyniki, w innych nie. Musiałbym się powtarzać, zaczynać *ab ovo* rzecz o nasileniu i utajeniu, o postaciach żywotnych i odpornych i td., gdybym się nie streścił. Stosując Hg w okresie utajenia uderzamy w próżnię. Lek nie działa na postacie spoczynkowe, są to postacie odporne. Stosując bezskutecznie Hg w okresach utajenia miejmy pretensję do siebie, nie do rtęci. A że leczenie stosowane w okresie utajenia (f) nie zapobiega nawrotom, o tem wie każdy, kto swe spostrzeżenia opiera na większym materjale. Nie wymagajmy od rtęci tego, czego zdziałać nie może, ale wykorzystajmy jej potęgę wtedy, kiedy ma pole do popisu. Gdy na widowni ukazują się postacie młodociane, gdy one przechodzą okres rozwojowy, gdy nieco później w zwiększonej ilości pasorzytują młode osobniki, wtedy jest czas do stosowania rtęci. Postacie jadowite, niebezpieczne dla ustroju są nawzajem dostępnemi działaniu leku, jak i działaniu sił obronnych ustroju. Jeśli w każdym cyklu zaatakujemy pasorzyty w wieku pokwitania, doprowadzimy je po kilku okresach do zwyrodnienia, do wymarcia. To odnosi się i do As. Jest jednak pewna różnica między skutecznością As i Hg. As daje nam dobre wyniki w niektórych okresach bardzo wczesnych. Wtedy możemy spostrzegać działanie objawowe i do pewnego stopnia niekiedy działanie trwałe. Jak nas dziesięcioletnie doświadczenia nau-

czyły sam As daje wyniki dużo gorsze i mniej pewne co do trwałości, niż sama Hg. Nawroty po leczeniu wyłącznie As są nieledwie regułą. W okresach późniejszych As goi łatwo owrzodzenia kilakowe (podobnie jak jod), ale też i nie wiele więcej. Otrzymuje się wrażenie, że As nie tyle jest mniej skutecznym, ile bardziej elektywnym. Jak się zdaje, jest on bardzo trującym, zabójczym, ale tylko dla pewnych najwrażliwszych postaci pasorzyta. Stąd wypływa ograniczenie w czasie jego wartości. Rtęć natomiast, może odrobinę mniej trująca, działa zato na pasorzyty w rozmaitych fazach ich rozkwitu. Jeśli nie zawsze zabija, to niechybnie prowadzi do zwyrodniania się pasorzytów, do ich zwątlenia. Biorąc porównanie z balistyki powiemy, że As ma większą chyżość początkową, zaś Hg szerszy stożek projekcyjny. Postacie młode (ramię wstępujące) i starsze (ramię zstępujące) są, zdaje się, mało dostępne działaniu As., ale jeszcze nie obojętne na Hg. As działa najbliżej punktu szczytowego (e) naszego djagramu, Hg schodzi niżej. Dlatego leczenie samą rtęcią daje wyniki, pod względem trwałości, o całe niebo lepsze, niż samym As (vide najnowsze statystyki). Prócz tego wchodzi w rachubę i okoliczność, że Hg. dla komórek ustrojowych jest o wiele mniej trująca, niż As. Ta sprawa jednak wychodzi poza ramy dzisiejszych rozważań.

Na tem zakończymy nasze wywody. Właściwie z faktów nie podaliśmy nic nowego. Wzięliśmy rzeczy dawno znane, nieco nowszych i ożywiliśmy je poglądami rodzącemi się, ideami wiszącemi w powietrzu. Z pyłu faktów staraliśmy się ulepić bryłę. Czy nam się to udało, przyszłość, miejmy nadzieję, niedaleka rozstrzygnie. Jak we wstępie wspomniałem, hypoteza zyskuje prawo obywatelstwa, jeśli w sposób nieprzymuszony godzi fakta dawniej znane z nowemi, jeśli pozwala je objaśnić, jeśli wypełnia luki naszych wiadomości przypuszczeniami w taki sposób, że uzyskuje się zwartą całość. Powiązanie faktów znanych w sposób logiczny, oparty na pewnej hypotezie, oświetlenie ich pod jednolitym kątem widzenia, były właśnie naszym celem. Nie łudzę się, żeby przedstawiona synteza rozwiązywała ostatecznie problem patogenezy i przebiegu kiły. Uważam ją jedynie za rusztowanie tymczasowe, które wnet już zostanie zastąpione przez budowę monumentalną.

Dopisek. W Zentralblat für Haut und Geschlechtskrankheiten T. I. N. 10., str. 609 r. 1921, znalazłem sprawozdanie z pracy hiszpańskiego autora Matheu, Carlos Pilado: Technika i wyniki leczenia oksydacyjno-redukcyjnego kiły. (Semana med. rocznik 28, N. 5, str. 128-136 r. 1921).

Autor uważa za udowodnione, że zarazek kiły, leucocytozoon syphilidis, odbywa stały cykl rozwojowy, w którym krętek Schaudinna przedstawia dojrzały męski osobnik. Dowody: długi okres wylęgania, intermitujące nawroty, podobnie jak przy zimnicy, wyniki leczenia salwarsanem, który zabija krętki, a nie leczy kiły, nie znalezienie postaci podziałowych krętka, zakaźność niektórych postaci trzeciorzędnych, w których nie można wykazać krętków i td

Założenie więc podobne do mojego. Dalsze jednak dedukcje hiszpańskiego autora poszły inną drogą, niż moje.

Z praktyki.

Dr. Dorota Goldmanówna. Lwów.

Leczenie żylaków sposobem Linsera.

Z oddziału żeńskiego skórno-wenerycznego szpitala P. we Lwowie.
Prym. Doc. Dr. Roman Leszczyński.

Jednem z częstych cierpień, stanowiących plagę zarówno dla chorych jak i szpitali, są żylaki i rozwijające się na ich tle wrzody podudzia. Dotychczas rozporządzaliśmy leczeniem chirurgicznem, po którem jednakowoż bywały nawroty, lub też byliśmy zmuszeni do postępowania zachowawczego, przynoszącego tylko ulgę, nigdy zaś wyleczenia, a mianowicie rozmaitego rodzaju opaski. W poszukiwaniu środków zaradczych przeciwko temu *„crux medicorum et aegrotorum"* zwróciliśmy uwagę na sposób ogłoszony w czasie wojny i być może z tego powodu dotychczas u nas mało znany.

W roku 1916 podał Linser sposób leczenia żylaków wstrzykiwaniami w nie roztworu sublimatu. Punktem wyjścia było dlań spostrzeżenie, że po zapaleniach zakrzepowych żył, żylaki zamykały się, i drugie, że przy wstrzykiwaniach wśródżylnych przetworów rtęciowych, jakie stosowano przy kile, wytwarzały się zgrubienia ścian żylnych, prowadzące z czasem do ich zarośnięcia. Autor ten postanowił tedy wykorzystać powyższe zjawiska celem planowego leczenia żylaków. Sposób postępowania, polecony przezeń, jest nader prosty. Podwiązuje się kończynę powyżej początku żylaków i przyciskając rozszerzoną żyłę poniżej miejsca, w które chcemy wstrzyknąć, wstrzykujemy 1—2 cm^3 1%-wego roztworu sublimatu. Ucisk podtrzymuje się do dziesięciu minut dla wzmożenia działania na ścianę żyły. Rozpoczyna się wstrzykiwanie zależnie od siedziby żylaków, o ile możności w żyłę rozszerzoną powyżej żylaka. Nie należy natomiast wstrzykiwać w sam żylak.

Następstwem zabiegu, który jest sam przez się niebolesnym, jest podrażnienie błony wewnętrznej żyły, prowadzące w ciągu mniej więcej 12 godzin do wytworzenia się zakrzepu i zamknięcia żyły. Sposób Linsera został wypróbowany później przez szereg autorów (Kuder, Nobel, Zirn, Fabry) i wszyscy wyrażają się o nim korzystnie. Wolff na podstawie badań na zwierzętach starał się wyświetlić histologję, i wykazał, że nie zachodzi niebezpieczeństwo zatoru. Wyklucza je dlatego, ponieważ podstawą do wytworzenia się zakrzepu jest nie zakrzep koagulacyjny a zapalenie ściany żyły, skutkiem czego zakrzep zaczyna się przy ścianie i jest ściśle z nią połączony.

Co się tyczy działań ubocznych, to Linser spostrzegał jedynie takie, jakie zwyczajnie występują przy sublimacie: niekiedy zapalenie dziąseł, rzadko przejściowy białkomocz lub nieżytowe podrażnienie jelit. Co zaś do obawy postępowania zakrzepu, to, wedle dotychczasowych doświadczeń, nie przechodzi on nigdy poza otwór owalny. Bolesność bywała rozmaitą nigdy bardzo znaczną. Nawroty, po kilkoletniej obserwacji, stwierdzono wyjątkowo i to tylko w żyłach krążenia ubocznego. Sposób tak prosty i dający, wedle zapewnień autorów, tak dobre wyniki, wydał się nam nader ponętnym. Dlatego zaczęliśmy go stosować przed kilku miesiącami we wszystkich nadających się przypadkach. Ponieważ wybieraliśmy przypadki szczególnie rozległych żylaków i leczyliśmy prawie wyłącznie w szpitalu, nie ambulatoryjnie, dlatego nie zebraliśmy dotychczas większej liczby spostrzeżeń. Wyborne jednak wyniki, jakie widzieliśmy, skłaniają nas do podzielenia się niemi i zachęcenia kolegów do używania tego sposobu. Stosowaliśmy postępowanie Linsera w 15-tu przypadkach. Trzymaliśmy się techniki wstrzykiwań, podanej przez autora. Po wstrzyknięciu widzieliśmy nazajutrz zaczynające się zapalenie żyły, a to mniej lub więcej wyraźne zaczerwienienie i stwardnienie, nieznaczną bolesność. Objawy te wzmagały się nieco w następnych dniach, przyczem zakrzep rozszerzał się w obu kierunkach, powyżej i poniżej miejsca wstrzyknięcia. Niekiedy oprócz zapalenia żyły występowało także ogniskowo zapalenie około żyły. W kilku przypadkach pojawiła się nieco większa bolesność, a to przedewszystkiem wtedy, jeśli chory więcej chodził. W jednym przypadku widzieliśmy obrzęk podudzia, który trwał aż do czasu, gdy się dostateczne wytworzyło krążenie uboczne. W 2 przypadkach widzieliśmy miejscową zgorzel skóry, nie przechodzącą wielkości grochu, która się bez trudności wygoiła. W obu tych przypadkach nie zastosowaliśmy się do zastrzeżenie Linsera i ukłucie wypadło ponad kością (*tibia, condylus internus femoris*). Zasadniczo cały proces miał charakter bezgnilnego zapalenia żył. Do tygodnia, najwyżej 10-ciu dni, sprawa się kończyła, pozostawiając w miejscu rozszerzonej żyły twardy, niebolesny postronek. Podwyżki ciepłoty wynosiły ½ stopnia. Zapalenie dziąseł spostrzegaliśmy raz tylko, podrażnienia nerek i jelit nie widzieliśmy. Zwyczajnie wystarczało jedno wstrzyknięcie, jeśli było dość wysoko zrobione, w przeciwnym razie uzupełnialiśmy pierwotny wynik wstrzykując w boczne gałązki. Ponieważ dawka wynosiła 0·02 g rtęci (2 cm^3 1%-go roztworu sublimatu), nie powtarzaliśmy wstrzyknięcia prędzej, jak na 3-ci dzień. Taksamo naturalnie, jeśli wstrzyknięcie wykonywano raz na jednej raz na drugiej kończynie.

Przebieg bywał korzystniejszym, jeśli chory pozostawał stale w łóżku, wydaje nam się jednak dopuszczalnem stoso-

wanie zabiegu u chorych dochodzących, naturalnie pod warunkiem, że w domu będą zachowywali się o ile możności spokojnie. Zwyczajnie już po pierwszem, a często jedynem, wstrzyknięciu, widywaliśmy uderzającą zmianę obrazu: nietylko zamknięcie się na dużej przestrzeni rozszerzonych żył, ale i zmniejszenie innych dolegliwości z żylakiem połączonych, jakoto obrzęku kończyny, zasinienia skóry, a przedewszystkiem świądu i ociężałości. Jak wiadomo wrzody podudzia (*ulcera varicosa*) rozwijają się, podobnie jak i wypryski, na tle żylaków. Otóż mogliśmy zauważyć poprawę samoistną następowych wyprysków wkrótce po zamknięciu żylaka. Ostatnio zaczęliśmy stosować ten zabieg szczególnie powyżej wrzodów podudzia. Pod tym względem zamało jeszcze mamy obserwacji, ale już dziś możemy stwierdzić, że zabieg ten wywiera niezwykle korzystny wpływ na przebieg i szybkość gojenia się owrzodzeń. Spostrzeżenia w tym względzie mamy zamiar dalej prowadzić i w swoim czasie podać do wiadomości.

W ogólności dotychczasowe nasze osobiste doświadczenia pozwalają nam na równi z innymi zalecić gorąco ten sposób. Między krwawą operacją, tak niemiłą zawsze dla chorego, a dozgonną pończochą gumową pojawia się sposób prosty, nie niebezpieczny i dający bezpośrednio rzeczywiście dobre wyniki.

Zapiski lecznicze.

Różę leczył Hirsch w 120 przypadkach jednorazowem pędzlowaniem zajętych miejsc i skóry zdrowej na 2—3 palce wokoło 16% rozczynem azotanu srebra z dobrym skutkiem. Ciepłota spadała w 2—4 dni potem i tylko 3 razy wystąpił nawrót. (Medizinische Klinik 1921. 17. Nr. 43).

Krzywicę leczą Lehnerdt i Weinberg, podając 3 do 4 razy dziennie 0,2—0,5 suprarenini hydrochlorici (1‰) i równocześnie Calcium carbonatum 3 razy dziennie na czubek noża przez 4—6 tygodni. (Münch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 46.

Zatrucie gazem świetlnym leczył z powodzeniem Kottek, podając 25% magnesium-perhydrol, co trzy godziny po 1 gr; obok tego: upust krwi i oddychanie sztuczne. (Münch. med Wochenschr. 1921 Nr. 43).

Jod przy chorobie Basedowa wolno stosować — wbrew panującym poglądom — ale pod warunkiem stosowania dawek bardzo małych (Neisser). Ostatnio Loevy i Zondek widzieli poprawę stanu ogólnego (waga) i uczucia podmiotowego po stosowaniu jodu w takiej postaci: Kalii jdati 1 g., Aqu. dest. 20 g S. 3 r. po 3 krople. Dawkę zwiększać tak długo, dopóki wzrasta waga leczonego; nie ponad 20 kropel na dawkę. Po dojściu do indywidualnego maximum, dawki stopniowo zmniejszać, przerywając wreszcie na czas jakiś stosowanie jodu. (Deut. m. W. 1922. Nr. 46).

Leczenie zatruć sproszkowanym węglem (*Carbo animalis Merck*) gorąco poleca G. Klemperer. Działanie tego środka jest fizyczne (adsorpcja); odbywa się na znacznej powierzchni. Dobre wyniki widział K. w zatruciach sublimatem, arszenikiem, lizolem, fosforem, sinkiem potasu. Po wszelkich zatruciach, za wyjątkiem zatruć kwasami lub ługami (w pierwszym przypadku stosujemy magnezję, w drugim, rozcieńczony kwas octowy lub cytrynowy), należy — po przepłukaniu żołądka — dwie łyżki proszku węgla z 30 g magnesiae sulfuricae wlać zatrutemu do żołądka. Jeśli jest zbyt późno na przepłukanie żołądka, wlewamy odrazu węgiel i magnezję w pół litrze wody. To leczenie stosować należy i w zatruciach pokarmowych (mięso, ryby, grzyby), przy zapaleniu kiszek, czerwonce, cholerze, jest ono skuteczne w początku choroby. Dzienna dawka węgla wynosi 20 do 30 g. (Ther. d. Gegenw. 1920).

Sprawozdania poglądowe.

J. K. Parnas. Lwów.

Analiza chemiczna krwi

według O. Folin'a i Hsien Wu [1]).

Analiza chemiczna krwi stanowi dziś w fizjologji i patologji chemicznej, w klinice i w zwykłem rozpoznawstwie środek doniosły, i zajmuje miejsce conajmniej równorzędne obok analizy moczu. Podczas gdy analiza moczu, oznaczenie ilości wydalonej chloru i mocznika, amoniaku i kwasu moczowego, fosforanów, cukru, kreatyniny i ciał acetonowych daje bilanse przemiany, niekiedy jasne, niekiedy jednak trudne do interpretowania, to oznaczenie zawartości tych substancyj we krwi daje już dzisiaj w wielu przypadkach jaśniejszą charakterystykę stanu chemicznego ustroju, funkcji narządów i zaburzeń tych funkcyj. Wystarczy wspomnieć o znaczeniu, jakie ma w patologji i klinice cukrzycy stwierdzenie stopnia przecukrzenia krwi, obok bilansu cukromoczowego; stwierdzenie w dnie zwiększonej zawartości kwasu moczowego we krwi obok — częstokroć niejasnego — bilansu wydalania tego kwasu, wreszcie stwierdzenie zasobów zasadowych krwi [2]) obok bilansu wydalania kwasów w moczu [3]).

Ze względu na coraz wzrastającą doniosłość teoretyczną i kliniczną analizy chemicznej krwi, a mianowicie oznaczenia ilościowego jonu chlorowego, azotu niebiałkowego, mocznika, kreatyny i kreatyniny, kwasu moczowego oraz cukru gronowego, podajemy oryginalny system analizy chemicznej krwi, opracowany przez zasłużonego analityka fizjologicznego, Amerykanina O. Folin'a i jego ucznia, Chińczyka Wu; zaznaczamy, że autorowie angielscy, francuscy i niemieccy, którzy pracowali sposobem Folina i Wu, wyrażają się z wielkiem uznaniem o tej metodzie i, że sam mogłem się o jej wielkiej sprawności, łatwości i ścisłości przekonać [4]).

1. Do krwi dodaje się 0·2% sproszkowanego szczawianu potasowego, ażeby ją uczynić niekrzepliwą: najlepiej opróżyć szczawianem ściany naczynia, do którego się upuszcza krew; następnie odbiałcza się krew, dodając na każdy ccm. krwi: 7 ccm. wody, w celu rozpuszczenia ciałek czerwonych i rozcieńczenia, oraz 1 ccm. roztworu wodnego, zawierającego 10% wolframianu sodowego; potem zakwasić 1 ccm. kwasu siarkowego ²/₃ normalnego; dobrze wstrząsać i odsączyć od osadu, zawierającego całe białko. Przesącz krwi odbiałczonej i rozcieńczonej przy tem dziesięciokrotnie służy do dalszych analiz.

2. Azot niebiałkowy oznacza się po spaleniu za pomocą mieszaniny, złożonej z 300 ccm. kwasu fosforowego (ciężar właściwy 1·7) i 100 ccm. kwasu siarkowego stężonego; do tej mieszaniny dodaje się: na 100 ccm.—10 ccm. roztworu $CuSO_4$ 6%-owego, oraz 100 ccm. wody. Na 5 ccm. przesączu krwi odbiałczonej, bierze się 1 ccm. powyższego odczynnika i spala się we wielkich probówkach ze szkła jenajskiego. W płynie, zawierającym po spaleniu azot niebiałkowy jako sole amonowe, oznacza się amoniak bez destylowania kolorymetrycznie, wywoławszy z pomocą odczynnika Nesslera barwę żółtą; rozcieńcza się płyn do 35 ccm., dodaje 15 ccm. odczynnika Nesslera i porównuje z podstawowym roztworem salmiaku lub szczawianu amonowego o znanej zawartości, do którego równolegle dodano kwasu, spalono, rozcieńczono i dodano odczynnika Nesslera.

Odczynnik Nesslera sporządza się w sposób następujący: 150 g. jodku potasowego, 110 g. jodu, 100 ccm. wody i 150 g. rtęci wstrząsać dopóty, dopóki jod nie zniknie i płyn nie wyjaśnieje: ochłodzić i wstrząsać, aż płyn przybierze barwę zupełnie jasną; odlać z rtęci; wypłukać i rozcieńczyć wodą do 2 l. Z tego płynu wziąć 750 ccm. i dodać 750 ccm. wody oraz 3.500 ccm. sody żrącej 10%-towej.

Przy oznaczeniu ilościowem mocznika zarzucono zupełnie nieścisłe metody bromowe, oraz inne metody azoto-metryczne. Zamieniając mocznik w amoniak zapomocą ureazy, zaczynu swoistego, unika się błędów tamtych metod; do 5 ccm. przesączu krwi odbiałczonej dodaje się, (dla zapewnienia stężenia jonów wodorowych właściwego, optymalnego dla działania zaczynu) 2 krople roztworu, złożonego z ²/₃ roztworu fosfaranu drugorzędowego i ¹/₃ roztworu fosforanu pierwszorzędnego, zawierających po jednej cząsteczce gramowej tych soli w litrze, 1 ccm. roztworu ureazy sojowej; roztwór fermentu sporządza się, wymywając 3 g. permutytu [5]) najpierw kwasem octowym 2%-owym, potem dwu-

---

[1]) Otto Folin i Hsien Wu; A system of blood analysis. 1. Journal of biol. chemistry t. XXXVIII. str. 106 (1919): 2. tamże t. XLI. str. 367, 1920. 3. tamże t XLV. str. 449, 1921.

[2]) Donald Van Slyke, Glenn E. Cullen, A. Fitz i E. Stillman, Journal of biol. Chemistry, t. XXX. str. 287—457 (1917).

[3]) L. Michaelis: Die Wasserstoffionenconcentration (1914).

[4]) Częste zapytania o metody, służące do oznaczania uwzględnionych tu ciał w jak najmniejszych ilościach krwi, płynu mózgo-rdzeniowego i t. d. skierowywane do mnie głównie ze strony pracowników klinicznych, skłoniły mnie do napisania tego referatu.

[5]) Jest to krzemian glinowo-sodowy, który służy do odwapniania wody; działa się na roztwór zaczynu sojowego permutytu w celu usunięcia jonu amonowego, który z mączki mógł się do roztworu dostać.

krotnie wodą, dodając wreszcie 100 ccm. alkoholu 30%-owego i 5 g. mąki sojowej [6]), wstrząsać przez 10 minut i sączyć gotowy roztwór zaczynowy.

Po dodaniu zaczynu do roztworu, zawierającego mocznik, następuje w ciepłocie 55° rozkład zupełny mocznika w przeciągu 10 minut. Amoniak przepędza się przez destylowanie, lub prądem powietrza, zbiera w płynie kwaśnym i »nesleryzuje«, jak wyżej, albo też miareczkuje [7]).

Pomijając oznaczanie kreatyny i kreatyniny podamy sposób oznaczania kwasu moczowego.

Kwas moczowy wyosobnia się przytem jako związek srebrowy nierozpuszczalny, a uwolniwszy go z tego związku, oznacza się kolorymetrycznie na podstawie odczynu Folin'a i Denisa; odczyn ten polega na głębokiem zabarwieniu niebieskiem, występującem po dodaniu w płynie zasadowym fosforowolframianu sodowego do kwasu moczowego. 20 ccm. przesączu z krwi odbiałczonej wlewa się do rurki wirówkowej, dodając 4 ccm. roztworu 5%-owego mleczanu srebrowego, rozpuszczonego w 5%-owym kwasie mlekowym; miesza się i wiruje, zlewa płyn z osadu, zawierającego związek srebrowy kwasu moczowego; potem wypiera się kwas moczowy z związku srebrowego osadzonego, dodając do osadu 2 ccm. odczynnika zawierającego 10% NaCl w $\frac{n}{10}$ kwasie solnym, ponadto 10 ccm. wody; potem wiruje się znowu. Płyn zawierający kwas moczowy przelewa się do kolby miarowej o pojemności 25 ccm., dodając 1 ccm. 10%-owego siarczanu sodowego, 0·5 ccm. 5%-owego cjanku sodowego; 3 ccm. 20-%-owego węglanu sodowego.

Płyn otrzymany w ten sposób porównuje się kolorymetrycznie z roztworem podstawowym kwasu moczowego, sporządzonego przez rozpuszczenie 0·1 g. kwasu moczowego w 15 ccm. węglanu litowego 0·4-procentowego, dodanie 300 g. wody i 500 ccm. 20%-owego siarczynu sodowego. Z tego roztworu bierze się próby; pierwszy raz 1 ccm. + 1 ccm. 10%-owego $Na_2 SO_3$, drugi raz 2 ccm. płynu samego: dodaje się po 1 ccm. cjanku sodowego i 4 ccm. wymienionego powyżej chlorku sodowego. Dodawszy do próby badanej 0·5 ccm. odczynnika fosforowolframowego [8]) według Folin'a i rozcieńczywszy do 25 ccm., a analogicznie do prób porównywanych po 1 ccm. tegoż odczynnika i rozcieńczywszy do 50 ccm., oznacza się kwas moczowy, porównując kolorymetrycznie natężenie zabarwienia niebieskiego płynów.

Oryginalna metoda oznaczania cukru gronowego polega na redukcji zasadowego roztworu miedziowego, poczem ilość utworzonego tlenku miedziawego oznacza się znowu na podstawie zabarwienia niebieskiego, wywołanego przez redukcję kwasu fosforowolframowego i molibdenowego, tlenkiem miedziawym w płynie kwaśnym, i to przez porównanie tego zabarwienia, wywołanego przez analizowany roztwór cukru z zabarwieniem, wywołanym przez roztwór cukru znany, podstawowy.

Odczynnik miedziowy zawiera 40 g. bezwodnego węglanu sodowego, 7·5 g. kwasu winnego i 4·5 g. $Cu SO_4$ w litrze.

Odczynnik fosforowolframowo - molibdenowy otrzymuje się, gotując przez ½ godziny 35 g. kwasu molibdenowego i 5 g. wolframianu sodowego z 400 ccm. sody żrącej 50%-owej, rozcieńczając po dodaniu 125 ccm. kwasu fosforowego 85%-ego do 500 ccm.

Folin zaleca stosowanie specjalnych próbek, o pojemności — oznaczonej znakiem — 25 ccm., a opatrzone blisko zwężeniem, oddzielającem dolną część kulistą o pojemności 4 ccm.; szyjka, łącząca część dolną i górną probówki, ma 8 mm. średnicy a 40 mm. długości.

Oznaczenie cukru wykonuje się, dając do jednej probówki 2 ccm. przesączu krwi odbiałczonej, do drugiej 2 ccm. roztworu podstawowego, zawierającego w 10 ccm. 1 mg. glukozy, do trzeciej tyleż roztworu, zawierającego w 10 ccm. 2 mg. glukozy. Do każdej próby dodać po 2 ccm. roztworu miedziowego. Ogrzewać obydwie próby w wodzie wrzącej przez 6 minut, ochłodzić w wodzie bez wstrząsania i dodać po 2 ccm. odczynnika fosforowolframowo-molibdenowego, po rozpuszczeniu tlenku miedziawego rozcieńczyć wodę do 25 ccm., wymieszać i porównać zabarwienia kolorymetrycznie [9]).

Oznaczenie chlorków we krwi odbiałczonej zapomocą kwasu wolframowego wykonuje się zapomocą następującej odmiany metody Volhardowskiej [10]):

Odczynniki: 1. Równoważne roztwory mianowane azotanu srebrowego ($\frac{1}{35\cdot46}$ normalny) i siarkocjanku amonowego lub potasowego ($\frac{1}{35\cdot46}$ n). 2. Sproszkowany siarczan żelazowo-amonowy. 3. Kwas azotowy stężony (c. wł. 1·42).

10 ccm. przesączu krwi odbiałczonej (równoważne z 1 ccm. krwi) dodaje się w miseczce porcelanowej do 5 ccm. roztworu srebrowego, miesza się, po 5 minutach dodaje się około 0,3 g. siarczanu żelazowo-amonowego, poczem miareczkuje się nadmiar jonu srebrowego siarkocjankiem, dopóki nie wystąpi wyraźne i trwałe, przez conajmniej 15", czerwone (łososiowe) zabarwienie. Różnica między liczbą ccm. roztworu srebrowego dodanych, a zużytych ccm. siarkocjanku daje w miligramach ilość chloru, zawartego w 1 ccm. krwi.

Oceny i sprawozdania.

E. Kisch: **Diagnostik und Therapie der Knochen und Gelenktuberkulose mit besonderer Berüchsichtigung der Theorie und Praxis der Sonnenbehandlung.** Lipsk 1921. Str. 285, tablic 6, rysunków 361.

Praca oparta jest na materjale szpitala dla gruźlicy chirurgicznej w Hohenlychen, założonego w 1914 r. w celu stosowania w dolinach metody Rollierowskiej leczenia słońcem gruźlicy chirurgicznej.

W części ogólnej Kisch w szeregu rozdziałów uzasadnia swą skombinowaną metodę leczenia gruźlicy chirurgicznej słońcem (lub aparatami zastępczemi), zastoiną i podawaniem jodu. Za główny czynnik leczniczy w świetle słonecznem nie uważa, jak dotychczas przyjmowano, promieni pozafjoletowych, ale promienie cieplne. Dlatego jako aparatu zastępczego dla słońca nie używa lampy kwarcowej, wysyłającej przeważnie promienie ultrafjoletowe, używa natomiast lampy tlenowo-acetylenowej własnej konstrukcji, która wysyła promienie cieplne. W dalszych rozdziałach uzasadnia, że czynnikiem leczniczym przy działaniu słońca jest wywołane ciepłem, silne i długotrwałe przekrwienie naświetlanych części ciała, i na tej podstawie przeprowadza analogję z leczeniem zastoiną. Twierdzenia swoje udowadnia szeregiem tablic, zawierających pomiary ciepłoty skóry pod działaniem promieni słonecznych i aparatów własnych, a także pomiary ilości krwi, otrzymanej z symetrycznego nakłucia po stronie wystawionej na działanie promieni i po stronie osłoniętej.

---

[6]) Mąka z fasoli azjatyckiej glicyne hispida, taniego i rozpowszechnionego środka żywnościowego, zawierającego wiele ureazy, czyli zaczynu, rozkładającego mocznik na węglan amonowy.

[7]) Ref. posługuje się metodą niemniej sprawną i szybką, przy której amoniak utworzony poddaje się destylacji, odbierając w kwasie siarkowym $\frac{1}{100}$ normalnym i miareczkując jodometrycznie według Kjeldahla. Destylowanie amoniaku trwa w podanym przez Ref. i R. Wagnera przyrządzie około 1½ minuty, można wykonać kilkanaście takich, „mikro - Kjeldahlów" w przeciągu godziny. (Bioch Z. t. 125. s. 253).

[8]) 100 g. wolframianu sodowego, 102 ccm. kwasu fosforowego (66·3%) i 750 ccm. wody gotować 2 godziny, potem ochłodzić i rozcieńczyć do 1 l.

[9]) Inną metodę oznaczania cukru gronowego we krwi, łatwą, a wielokrotnie wypróbowaną, wymagającą prostych odczynników, podał L. Michaelis (por. Parnas: Wskazówki i objaśnienia do ćwiczeń z chemji lekarskiej (1919) str 120). Ref. stosuje metodę Bertrand'a, Michaelisa oznaczania glukozy w kombinacji z odbiałczaniem krwi zapomocą kwasu wolframowego według Folin'a i Wu.

[10]) Obok metody Volharda stosuje się do oznaczania chlorków w krwi lub osoczu czulszą metodę jodometryczną. Por. Mc. Lean i von Slyke, Journal of. biol. Chemistry t. XXI. (1915) str. 361; Bell i Doisy tamże t. XLV. str. 427 (chlor w tkankach); von Styke i Donleavy, tamże t. XXVII. str. 55 (1919) M. Smitt, tamże XLV, str. 337 (1921).

W części szczegółowej w szeregu rozdziałów podaje autor klinikę, djagnostykę i szczegółowy opis techniki swego skombinowanego leczenia jodem, słońcem i przekrwieniem zastoinowem poszczególnych postaci klinicznych gruźlicy kostnej i stawowej. Opatrunków gipsowych zasadniczo nie używa, natomiast szeroko stosuje opatrunki wyciągowe. Przy schorzeniach stawów stosuje systematycznie ostrożną gimnastykę czynną i bierną. W części klinicznej przytacza autor bardzo obfitą kazuistykę z Hohenlychen, ilustrowaną zdjęciami fotograficznemi i rentgenologicznemi, któremi udowadnia, że pod wpływem tych zabiegów nie tylko leczą się daleko posunięte zmiany gruźlicze kości i stawów, ale także następuje wessanie się martwiaków kostnych i wypełnienie ogniska chorobowego świeżą normalną tkanką kostną. Najważniejszą jednak zdobyczą jego metody jest to, że u chorych wyleczonych powraca częściowa, a nawet zupełna sprawność czynnościowa stawów, np. z 58 wyleczonych przypadków gruźliczego zapalenia stawu biodrowego 37·9% miało ruchomość stawu zupełnie normalną, 24·1% »praktycznie normalną«, 25·8% małą, a tylko u 8·6% pozostało zesztywnienie stawu. Przy rozdęciu kości (*spina ventosa*) w 95% wyleczonych przypadków ruchomość palca była normalna, u 5% prawie normalna bez zniekształcenia palców. W porównianiu z wynikami leczenia opatrunkami ustalającemi są to wyniki imponujące; trzeba mieć jednak możność — u nas chyba nigdzie nieosiągalną — leczenia w szpitalu chorego przez szereg miesięcy, a nawet lat, gdyż przeciętnie przebieg leczenia tą metodą nie jest szybszy, niż innemi metodami zachowawczemi, jak to widać z przytoczonej przez Kischa statystyki.

M. Tomaszewska (Łódź)

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

»Wraczebnoje Dieło« (Kazań).
N. 7—10. 1921.

Georgiewski. **Obniżenie ciepłoty w przebiegu duru osutkowego, jako objaw jego zaostrzenia.** W przebiegu duru osutkowego spostrzegał autor dużo przypadków w Charkowie podczas epidemji 1919—21 r., w których w 9—11 dniu choroby następował przełom rzekomy (*pseudocrisis*). Ciepłota opada wtedy prawie do poziomu prawidłowego (37° C.) i w ciągu kilku godzin utrzymuje się na tej wysokości; następnie podnosi się do 39° C. i wyżej. We wszystkich tych przypadkach spostrzegano zwiększenie się wysypki (często bardzo obfitej), które poprzedzało lub towarzyszyło temu rzekomemu przełomowi. Przebieg choroby był ciężki i w większości przypadków następowała śmierć. Autor proponuje takie przypadki z rzekomym przełomem, któremu towarzyszy nowa obfita wysypka, nazwać obniżeniem ciepłoty z zaostrzenia się choroby (*exacerbatio*), ponieważ wtedy następuje spotęgowanie się choroby.

Lifszic. **Epidemja żółtaczki.** W 1920 roku spostrzegał autor w Charkowie epidemję żółtaczki. Chorzy narzekali na mdłości, niesmak w ustach, brak apetytu, zaparcie stolca, ogólne osłabienie siły mięśniowej i senność. Przedmiotowo stwierdzono: nieznaczne powiększenie wątroby, pęcherzyk żółciowy niemacalny, śledziona nieco powiększona; jeśli żółtaczce towarzyszyła gorączka, to śledziona była znacznie powiększona.

Mikroskopowe badanie osadu moczowego dawało obraz taki, jak przy toksyczno-zakaźnych zmianach nerek. Przebieg choroby w przypadkach lekkich trwał od 3—5, w średnio ciężkich do 10 dni, z ciepłotą od 37,3—37,7, w ciężkich był stan durowy (*status typhosus*) w ciągu tygodnia, gorączka 38,5—39 i wyżej, żółtaczka od 6—8 tygodni. Z 226 chorych autora wyzdrowieli wszyscy z wyjątkiem jednego, u którego, w 6 — 7 dniu choroby nastąpił ostry żółty zanik wątroby. Autor uważa, spostrzeganą przez siebie żółtaczkę nagminną za najwięcej zbliżoną do żółtaczki nieżytowej. Obie te postacie żółtaczki są chorobą zakaźną. Czy choroba ta zostaje wywołana przez swoisty *bac. icterogenes*, czy przez jakieś inne bakterje, autor narazie rozstrzygnąć nie może, uważając za niezbędne dalsze badania w tym kierunku.

Gejmanowicz. **Zastosowanie ludzkiej surowicy z ostatniego okresu ciąży przy krwawieniach.** W przypadku krwawiączki, gdzie w ciągu trzech tygodni bez przerwy trwało krwawienie, nie ustępujące przy zastosowaniu wszelkich znanych środków przeciwkrwotocznych, otrzymał autor wynik dodatni, wstrzykując pod skórę 20 cm³ surowicy krwi ze świeżego łożyska. Po upływie 48 godzin krwawienie ustało i więcej się nie powtarzało. Autor sądzi, że, o ile, podług Sahli'ego, jest w krwawiączce zmniejszona ilość wytwarzanego fermentu, jako podstawy wytwarzania się skrzepów, to we krwi kobiety w ostatnim okresie ciąży, stosunki te są prawdopodobnie wprost odwrotne, tj. zwiększona ilość fermentu (zwiększona krzepliwość krwi) jest przygotowaniem się ustroju do aktu porodowego, przy którym utrata krwi nie przekracza pewnych granic fizjologicznych. Tem też tłumaczy autor dodatni wynik przy zastosowaniu tej surowicy.

Jarocki. **Leczenie dużych surowiczo-włóknikowych wysięków opłucnej zapomocą przemieszczenia wysięku w jamie opłucnej.** Sposób ten zastosował autor w przypadku, w którym znaczny wysięk opłucny, jako powikłanie grypy, nie ustępował przy zastosowaniu środków leczniczych, ani po dwukrotnem wypompowaniu płynu (2 litry) za pomocą przyrządu Dieulafoy. Przyjmując, że przy zapaleniach opłucnej włóknik zamyka początki naczyń chłonnych opłucnej i że nad poziomem wysięku opłucna ścienna zostaje sklejona z opłucną płuca za pomocą włóknika, przypuścił autor, że wessanie nie nastąpiło z powodu otorbienia wysięku włóknikiem. Wobec tego postanowił przesunąć wysięk w jamie opłucnej, aby płyn, przedostawszy się z tej części, gdzie był otorbiony włóknikiem do opłucnej mniej zmienionej, miał korzystniejsze warunki, do wessania. W tym celu ułożono chorego w ciągu 20 minut na brzuchu; górna granica wysięku od przodu, która przy położeniu na wznak sięgała do 5 żebra, przesunęła się wtedy do 4 żebra. Wieczorem ciepłota podniosła się o jeden stopień ponad ciepłotę poprzedniego wieczoru. Od tego dnia rozpoczęło się szybkie wessanie wysięku i powolne opadanie ciepłoty. Po upływie trzech tygodni od zabiegu wysięk wessał się zupełnie, a chorego wysłano na trzy miesiące do Krymu. Chory wrócił potem do ciężkiej pracy, a w ciągu dłuższego czasu autor nie stwierdził u tego chorego objawów choroby płucnej.

Sz. Tenenbaum. (Piotrków).

Czasopisma archiwalne.

Bakterjologja i odporność.

Comptes rendus des seances de la Societé de Biologie.
T. 84. 1921.

André Jacquelin i Charles Richet. **Objawy anafilaksji pokarmowej, wywołane u człowieka doświadczalnie drogą reakcji skórnej.** Do reakcji tej używano jedną kroplę zmacerowanego pokarmu i trzymano kilka minut na miejscu ukłucia. Autorzy zwrócili uwagę na trzy zasadnicze punkty: 1) że mała ilość antygenu wprowadzona drogą parenteralną, wywołuje u osób dotkniętych anafilaksją pokarmową objawy w różnych częściach ciała; 2) że objawy te są analogiczne do tych, jakie wywołuje spożycie pokarmów szkodliwych dla danego osobnika; 3) że objawy występują zawsze w słabszym stopniu i dopiero po 7—8 godzinach.

Vallet. **Leczenie auto-szczepionkami, uczulonemi surowicą chorego.** Autor zaleca przygotowanie szczepionki z bakterji wyosobnionych z ustroju chorego, uczulone surowicą tegosamego chorego.

Wollman. **O zjawisku d'Herelle'a.** Autor chciał przekonać się, czy bakterjofagi mogą działać poprzez woreczki z kolodjum. W tym celu napełniał je żywą hodowlą Shigi i pogrążał woreczki w probówce z czystym buljonem. Jeśli ścianka kolodjonowa była więcej przepuszczalna, to bakterjofagi dodane do płynu zewnętrznego rozpuszczały hodowle zawarte w woreczku, a zatem przechodziły przez ściankę. O ile zaś ścianka była gęstsza, to hodowla Shigi, znajdująca się w woreczku, rozpuszczeniu nie uległa, pomimo to siła sama bakterjofagów zwiększała się.

Bakterjofagi mogą zatem rosnąć nietylko w żywej hodowli Shigi, ale również i w przesączu, który przeszedł przez ściankę z kolodjum.

Cluzet, Rochais i Kofman. **Bakterjobójcze działanie radu na prątki Ebertha. Zmienność dawki bakterjobójczej.** W tychsamych warunkach doświadczalnych (czas i temperatura) bakterjobójcza dawka radu jest różną, nietylko dla różnych gatunków bakteryj, ale i dla odmian tego samego gatunku.

Bessan, Lavergne. **O bakterjach Morgana.** Bakterje Morgana N I są najczęściej sprawcami biegunki letniej u dzieci i tworzą grupę zupełnie odrębną od prątków czerwonkowych.

Nègre Bocquet. **O własnościach antygenowych wyciągów alkohollometylowych z lasecznikow gruźliczych.** Zdaniem autorów wyciąg alkoholometylowy laseczników gruźliczych zawiera więcej fosfatydów i przy reakcji z odchyleniem dopełniacza czulszym jest od wyciągu etylowego.

Vandremer. **Względna kwasoodporność laseczników gruźlicy ludzkiej i bydła rogatego.** Niektóre szczepy laseczników gruźlicy ludzkiej i bydlęcej, hodowane przez dłuższy czas w buljonie z gliceryną, posiadają względną kwasoodporność. Gruźlica ludzka traci kwasoodporność już po pierwszym posiewie na agarze zwykłym, zaś lasecznik typu bydlęcego przez hodowanie na agarze z 2 % cukrem gronowym.

Kwasoodporność powraca: a) przez dodanie do agaru zwykłego minimalnej ilości surowicy; b) przez posiew laseczników niekwasoodpornych na pożywkach z gliceryną.

Gratia i Bordet. **Wpływ reakcji podłoża na przenośną autolizę bakteryjną.** Substancja żerna, otrzymana według metody Bordet i Ciuca, wywołuje autolizę w nowej hodowli buljonowej, lub też powstrzymuje rozwój bakteryj w świeżo posianym buljonie. Zahamowanie zależne jest od reakcji środowiska, jest ono tem większe, im stężenie jonów wodorowych w buljonie jest słabsze.

Bordet i Ciuca. **Mechanizm przenośnej autolizy bakteryjnej.** Doświadczenia autorów dowiodły, że własności *lyzogenu* nie istnieją nawet w minimalnej ilości w prawidłowej hodowli *bact. coli*, gdyż nie rozpuszczają się samorzutnie. Liza hodowli wywołana bywa przez bakterje, które nabrały tej własności przez kontakt z wysiękiem, obfitującym w leukocyty.

Bordet i Ciuca. **Swoistość przenośnej autolizy bakteryjnej.** Substancja żerna, wywołana przez kontakt określonego szczepu *bact. coli* z wysiękiem obfitującym w leukocyty, nie działa na wszystkie szczepy *bact. coli*, wyosobnione z jelit u ludzi lub zwierząt. Brak swoistości w zjawisku autolizy wyraża się w tem, że wyżej wymienionym płynem litycznym wywołać można rozpuszczanie się prątków Shigi nawet nieco w silniejszym stopniu, niż *bact. coli*. Na para A i B płyn lityczny działa silnie. Co się tyczy prątków tyfusu, to tylko niektóre z tych szczepów rozpuszczają się, i nie odrazu, a dopiero po kilku pasażach płynu litycznego w zawiesinie tyfusowej. Inne gatunki bakterji (wąglik, lasecznik ropy błękitnej gronkowce, paciorkowce, itd.) nie rozpuszczają się.

Bordet i Ciuca. **Autoliza bakteryjna i surowica autylityczna.** Przesączona zawiesina rozpuszczonych prątków *bact. coli* zawiera czynnik żerny. Autorom udało się uodpornić królika, zastrzykując mu przez kilka miesięcy powyższy płyn. Surowica uodpornionych króli w wybitnym stopniu niszczy własności żerne płynu. Surowica odpornościowa unieczynniona niszczy również własności żerne, w czem autor widzi dowód, że przyczyną własności żernych nie może być twór żywy.

Roskam. **Pokrzywka, pepton i anafilaksja.** Autor spostrzegł w dwóch przypadkach, że dożylne zastrzyki 10 % peptonu uczulają organizm ludzki, który reagował pokrzywką na późniejsze zastrzyki.

De Vacle. **Bierne przeniesienie odporności peptonowej.** Podług autora można przenieść odporność, przeciw zastrzykowi peptonu, jeśli zamiast plazmy peptonowej użyje się surowicy otrzymanej z osocza za pomocą rozcieńczenia. Surowicę taką autor nazwał seroplazmą.

De Wacle. **Antianafilaksja bierna.** Seroplazma otrzymana z psa po wstrząsie anafilaktycznym przez zastrzyki jaja kurzego lub surowicy końskiej, chroni świnki morskie od śmiertelnych skutków zastrzyku homologicznego antygenu.

De Wacle. **Antianafilaksja i odporność przeciw zakażeniu.** Podobne doświadczenia robił autor zastrzykiwaniem proteinów bakteryjnych, i twierdzi, że seroplazma psów, otrzymana w czasie wstrząsu, chroni świnki od śmiertelnej dawki danych bakteryj.

Levaditi i Harmer. **Badania doświadczalne nad Encephalitio epidem.** Myszy białe są wrażliwe na zarazek *encephal.* wprowadzony do mózgu, przyczem okres inkubacji trwa 2—3 dni. Zakażenie dootrzewnowe lub podskórne przedłuża ten okres do ośmiu dni. Zakażenie *per os* jest niemożliwe. Szczepiony królom do rogówki poprzednio uszkodzonej, zarazek powoduje stan zapalny rogówki i spojówki, zwierzęta giną w 6 — 12 dni. Zarazek *encephal.* przechowuje się w mleku w temperaturze pokojowej 60 dni, a 15 dni w wodzie.

Thomsen i Vollmand. **Próba podziału gonokoków na typy.** Reakcja wiązania dopełniacza pozwoliła ustalić podział gonokoków na 4 typy.

Thomsen i Christensen. **Przyczynek do znajomości typów dwoinek zapalenia płuc.** Ustalone trzy typy pneumokoków zachowują się pod względem serologicznym niejednakowo, np. 0,2 cm. surowicy I chroni myszki przed zastrzykiem 0.5 cm. hodowli typu I do otrzewny, lecz nie zabezpiecza przed 0.000001 cm. hodowli typu III.

D' Herelle. **O naturze bakterjofagów.** Zjawisko rozpuszczania bakterji przez bakterjofagi odbywa się w dwu fazach: a) rozpuszczalność prątków; b) powstanie hodowli wtórnych, tj. prątków, które opierają się pasorzytnictwu. Zjawisko to obserwować można pod ultramikroskopem.

D' Herelle. **Procesy odbywające się w bakterjach odpornych względem działania bakterjofagów.** Hodowle wtórne wynikają z rozmnażania się bardzo nielicznych prątków Shigi obdarzonych odpornością. Zdaniem autora mamy tu do czynienia z symbiozą, a raczej z komensalizmem między bakterjami i prątkami odpornemi. Zastrzyki takich hodowli wywołują u królików porażenie kończyn tylnych, śmierć i typową zmianę w jelitach; surowica anti-czerwonkowa chroni króla przed dawką śmiertelną itd. A zatem hodowle wtórne są to formy pochodzące od prątków Shigi.

Lewaditi i Harvier. **Badania doświadczalne nad nagminnem zapaleniem opon.** Autorzy doszli do następujących wyników: a) śródmięśniowe zastrzyki zarazkiem zap. mózgu są chorobotwórcze dla króli; b) dootrzewnowe udają się, o ile zarazek przeszedł liczne pasaże przez mózg tych zwierząt, i pomimo to ginie on szybko z płynu otrzewnowego; c) śródskórne zaś nie wywołują zmian miejscowych, ani zaburzeń ogólnych; d) zakażenie króli zawiesiną gruczołów wstrzykniętą do mózgu nie powoduje śmierci zwierzęcia; e) żółć niszczy *in vitro* zarazek nagminnego zapalenia mózgu.

Bondo i Fridericia. **Charakterystyczne własności odmian bact. coli wyhodowane ze zwierząt ciepło i zimnokrwistych.** Dla sprawdzenia ilości wytworzonego kwasu użyto kalorymetrycznego sposobu określenia wartości pH w obecności czerwieni metylowej, jako wskaźnika. Liczne próby, robione nawet i przy wysokiej ciepłocie, nie wykazały różnicy we wzroście i w zdolności wytwarzania kwasu między *bact. coli* zwierząt ciepło i zimnokrwistych. Co się tyczy reakcji indolowej, występuje ona rzadko w hodowlach *bact. coli* zimnokrwistych, u ciepłokrwistych zaś w 90 %.

Meyer. **Badania nad krztuśćcem.** Na mocy 1665 prób autor stwierdził w późniejszych fazach choroby zmniejszanie się ilości bakteryj kokluszowych, co zbiega się z obserwacją kliniczną zmniejszania się zakaźności. Do posiewów używał autor specjalnego podłoża, wyciągu ziemniaczanego z dodatkiem agaru i surowicy końskiej. Kolonje bakteryj kokluszowych łatwo jest odróżnić od innych, opierając się na ich lśniącym wyglądzie.

Minet i Benoit. **Szczególny sposób przygotowania szczepionek przeciw chorobom płucnym.** Przygotowanie tej szczepionki wymaga, aby pracownie posiadały pewien zasób

stężonych szczepionek różnych gatunków zarazków pochodzących z płuc. Na zasadzie obrazu mikroskopowego danej plwociny, badanej przez kilka dni, autorzy określają stosunek ilościowy między poszczególnemi zarazkami i wyprowadzają formułę szczepionki.

A b t. B l a n c. **Hodowla i przechowywanie bakteryj na podłożu z drożdży autolizowanych.** Autorzy polecają, zamiast wyciągu z mięsa, wyciąg z drożdży, pożywka ta jest znacznie tańsza od innych; z 1 kgr. suchych drożdży piwowarskich otrzymać można 30 - 35 litrów buljonu 2 %. Wzrost bakteryj na tej pożywce jest bardzo obfity, szczepy dają się przechowywać w ciągu 3 miesięcy.

M a i s i n. **O istocie bakterjofagów.** Czynnik bakterjożerny nie djalizuje, strąca się przez nasycony siarczan amonowy; pół nasycony siarczan amonowy strąca go tylko częściowo.

M a i s i n. **Przystosowanie się bakterjofagów.** Czynnik bakterjożerny, przygotowany według metody B o r d e t i C i u c a, czynnym jest dla *bact. coli* d' H e r e l l e'a i dla niektórych bakteryj z grupy coli - tyfusowych lub czerwonkowych. Pewne odmiany tych prątków nie ulegają z początku wpływowi fermentu, lecz dopiero po pewnym czasie, wskutek przystosowania się. *Julja Seydel.* (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

The Lancet.

N. 11. T. II. 1921.

L. B o l k. **Udział gruczołów dokrewnych w rozwoju filogenetycznym człowieka.** Jednem z głównych zadań gruczołów dokrewnych jest zapewnienie ustrojowi ludzkiemu harmonijnego rozwoju kształtów nie tylko w życiu osobniczem (ontogenja), ale również w ewolucji rodowej (filogenja). Różnice somatyczne między pierwotnemi kształtami przodków, a więcej zróżniczkowanemi cechami potomków mają charakter regresywny albo progresywny. W przypadku pierwszym pewna cecha anatomiczna przodka jest nieobecna lub mniej rozwinięta w pokoleniach następczych. Innemi słowy, utajona zdolność do rozwoju tej cechy została stłumioną lub osłabioną w ewolucji rodowej. W przypadku drugim pewne cechy anatomiczne są rozwinięte więcej, jak u przodków. Otóż, zdaniem autora, wszystkie zasadnicze znamiona morfologiczne ciała są wynikiem tłumiącego wpływu gruczołów dokrewnych. Na dowód przytacza autor wiele faktów, zaczerpniętych z patologji i embrjologji porównawczej, a dotyczących braku uwłosienia skóry, jej białości u niektórych ras, prostości szczęk, zrastania się szwów czaszkowych, powstawania warg sromowych większych i błony dziewiczej, środkowego położenia otworu potylicznego, budowy łuku tętnicy głównej i nerek, opóźnienia rozwoju płciowego, różnicy płci, wreszcie przystosowania się ludzkiego ustroju do pokarmu mięsnego. Co do nieuwłosienia skóry u człowieka, autor stwierdza, że brak ten jest ogólną cechą życia płodowego. U wszystkich zarodków człekokształtnych (*Primates*) włosy wyrastają późno, i rozwój uwłosienia skóry u kręgowców tego gatunku zdaje się być naogół opóźniony. Opóźnienie to jest początkowym okresem procesu, który wiedzie do zupełnej utraty włosów u człowieka, z wyjątkiem głowy. Fakt, że u zupełnie dojrzałego płodu szympansa skóra jest pozbawiona barwika i prawie naga, a włosy zaczynają wyrastać początkowo na głowie, tłumaczy poniekąd sposób rozmieszczenia włosów na powierzchni ciała ludzkiego i wskazuje, że muszą tu wchodzić w grę jakieś wspólne czynniki wewnętrzne. Czynnikiem tym właśnie jest hamująca porost włosów funkcja przysadki. Pod wpływem niektórych jej chorób zdolność wytwarzania włosów budzi się z uśpienia i mniej lub więcej obfite uwłosienie ukazuje się na tułowiu i członkach. Zestawiając fakty embrjologiczne z patologicznemi, wyjaśnia autor w sposób podobny udział innych gruczołów dokrewnych (nadnerczy, grasicy, tarczycy, szyszynki) w powstawaniu wymienionych wyżej cech morfologicznych. Ostatecznie wywody swoje streszcza autor w następujących sześciu punktach: 1) Zasadnicze cechy ludzkiego ustroju powstają z przeżycia znamion zarodkowych. 2) Trwałość tych znamion jest wynikiem opóźnienia lub stłumienia rozwoju pewnych ogólnych cech człekokształtnych (*Primates*). 3) Opóźnienie to lub stłumienie pozostaje w związku z funkcją gruczołów dokrewnych. 4) W niektórych stanach chorobowych ustaje tłumiący wpływ tych gruczołów i występują cechy dawne, właściwe przodkom człekokształtnym. 5) Opóźnienie dotyczy całego rozwoju człowieka, a nie tylko jego cech somatycznych. 6) Opóźnienie szybkości rozwoju może mieć pewien związek z przejściem od roślinnej żywności przodków do pożywienia mieszanego lub mięsnego pokoleń późniejszych.

N. 12. T. II 1921.

M. F l a c k. **Sprawność oddechowa, jako czynnik zdrowia i choroby.** Wykład pierwszy. Autor, jako lekarz z oddziałów lotniczych, miał możność zbadać przyczyny „znużenia" lotników i wypracować schemat, określający niezbędne kwalifikacje dla pomyślnej na tem polu pracy. Na podstawie swych badań przychodzi F. do wniosku, że sprawność oddechowa jest koniecznym warunkiem zdrowia i wytrzymałości fizycznej zarówno w lotnictwie, jak i w innych rodzajach pracy. W wykładzie pierwszym kreśli autor obecny stan poglądów na funkcję oddychania. Oprócz wymiany gazowej ruchy oddechowe mają na celu 1) ułatwić, szczególnie w położeniu pionowem, powrót krwi do serca, 2) dzięki mięsieniu przewodu pokarmowego dopomóc w utrzymaniu prawidłowego napięcia mięśniowego żołądka i jelit. Zasadniczą cechą spokojnego wdechu jest opuszczenie przepony i uniesienie ku górze dolnych żeber. Rozszerzenie górnej części klatki piersiowej jest czynnością dodatkową przy wdechu głębszym. Wbrew powszechnej opinji, rozszerzenie to wpływa w stopniu małym na zwiększenie pojemności oddechowej płuc i należy bezwarunkowo rozstać się z poglądem, że żebrowy typ oddychania powinien być prawidłem dla kobiet. Jest on raczej w związku z niewłaściwą odzieżą. Wydech prawidłowy jest również aktem c z y n n y m i powstaje wskutek skurczu mięśni brzucha, zwłaszcza części górnej, i klatki piersiowej. Tak więc wdech i wydech są wynikiem współrzędnej akcji mięśni przeciwniczych. Z powodu niejednakowej rozciągliwości swej tkanki, płuca nie rozszerzają się równomiernie we wszystkich kierunkach. Najwięcej rozciągliwą jest powierzchnia przeponowa i mostkowo-żebrowa. Rozszerzanie się szczytu zależy od stopnia rozciągnięcia całego płuca i w pierwszym rzędzie od ruchów przepony. Jak dowodzą badania radjograficzne, przy oddychaniu żebrowem ruchy przepony są bardzo małe i dlatego przewietrzanie szczytów, niedostateczne. Pod względem czynnościowym K e i t h wyróżnia 2 grupy żeber: górną od 2 go do 5-go i dolną od 6-go do 10-go. Obie grupy różnią się swoją postacią, kierunkiem mięśni, rodzajem stawów, więzadeł i ruchów. Zadaniem pierwszej grupy jest rozszerzenie górnych płatów płuc, zadaniem drugiej, rozszerzenie dolnych. W ostatniej części wykładu omawia autor szczegółowo wpływ ruchów oddechowych na krążenie krwi. W postawie stojącej krew wskutek wysokiego ciśnienia hydrostatycznego ciąży ku dołowi i spłynęłaby całkowicie w tym kierunku, gdyby układ żylny i włosowaty był odpowiednio rozciągliwy i gdyby mechanizm wyrównawczy, wytworzony podczas ewolucji dziejowej, nie przeciwdziałał skutecznie sile ciążenia. Grają tu pewną rolę zastawki żylne oraz mięśnie kończyn, które, kurcząc się, wypychają krew w kierunku żył głównych. Jednakże najważniejsze zadanie spełniają ruchy oddechowe oraz wpływy naczynioruchowe. Rozszerzająca się przy wdechu klatka piersiowa wsysa bezpośrednio krew do prawej komory, następnie wdechowe opuszczenie przepony oraz wydechowy skurcz mięśni brzusznych wypychają krew w kierunku serca z żyły głównej dolnej i wątroby. Na dowód przytacza autor bardzo ciekawe doświadczenia L. H i l l a na psach i królikach. U psa unieruchomionego na desce w położeniu pionowem, z głową ku górze, następuje natychmiast spadek ciśnienia krwi w tętnicy głównej i głównej żyle górnej, a ustępuje w położeniu poziomem Po przecięciu rdzenia na wysokości pierwszego kręgu piersiowego ulega porażeniu oddychanie brzuszne i żebrowe, pozostaje tylko przeponowe. Jednocześnie wskutek porażenia nerwów naczynioruchowych w polu trzewnem zwiększa się wybitnie pojemność naczyń brzusznych. Otóż po tej operacji, w położeniu pionowem, cała krew wskutek ciężkości gromadzi się w żyłach brzusznych, serce opró-

żnia się zupełnie i kurczy się bez celu. Pod wpływem ucisku ściany brzusznej ręką, prawa połowa serca zaczyna się napełniać, ciśnienie krwi podnosić, i wreszcie powraca krążenie. W położeniu poziomem skutek operacji przejawia się głównie znacznym spadkiem parcia tętniczego. W innej serji doświadczeń badano wpływ położenia pionowego na krążenie krwi u zwierząt, bądź z porażonym mechanizmem naczynioruchowym (przecięcie nerwów trzewnych), bądź oddechowym (kurara). Z doświadczeń tych wynika, że oba mechanizmy mogą zastępować się wzajemnie w pewnych granicach i że sprawność ich jest koniecznym warunkiem prawidłowego krążenia w postawie stojącej. Jeżeli mechanizm wyrównawczy ulega zniszczeniu, wyczerpaniu lub zahamowaniu (ośrodki opuszkowe), krążenie krwi słabnie i nie może utrzymać życia w tej postawie. Znużenie tego mechanizmu występuje codziennie pod wpływem ciężkiej pracy mięśniowej, sen zaś i odpoczynek w położeniu leżącem przywracają mu sprawność. W niektórych cierpieniach, jak np. w neurastenji, wstrząsie urazowym, krwotoku, w wyczerpaniu fizycznem w następstwie chorób, zdolność wyrównawcza znacznie się zmniejsza. Pożyteczną wskazówką kliniczną osłabienia tej zdolności jest stopień przyśpieszenia tętna przy zmianie położenia leżącego na postawę stojącą. *)

E. Dodds **Nowy sposób badania funkcji wydzielniczej żołądka i jelit.** Oryginalna metoda autora polega na określeniu ciśnienia częściowego kwasu węglowego w atmosferze pęcherzykowej przed i w czasie trawienia. Ciśnienie to waha się odpowiednio do jakości i ilości wydzielanych soków trawiennych. Ponieważ w czasie wydzielania soku żołądkowego krew pozbywa się części składników kwaśnych i odczyn jej staje się wskutek tego więcej zasadowym, przeto następuje zatrzymanie kwasu węglowego i prężność jego zwiększa się we krwi i powietrzu pęcherzyków płucnych. Wręcz odmienny skutek wywiera wydzielanie alkalicznego soku trzustki i jelit. Wskutek utraty zasad część CO_2 musi się z krwi wydzielić i prężność jego we krwi i powietrzu pęcherzykowem odpowiednio zmniejszyć. Powietrze wydechowe zbiera się i poddaje badaniu w przyrządzie Haldane'a, najpierw przed próbnem śniadaniem, a następnie co 15 minut, dopóki prężność w 2 kolejnych pomiarach nie będzie jednakową. U człowieka zdrowego prężność pęcherzyka CO_2 po próbnem śniadaniu zwiększa się po upływie $^1/_2$ godziny o 6 mm. Hg (z 39 na 45 mm), po upływie $1^1/_2$ godziny wraca prawie do dawnego poziomu, po 2 godzinach spada nieco niżej (37), wreszcie po $2^1/_2$ godz. zachowuje stały i pierwotny swój poziom. Przy wrzodzie żołądka wzniesienie, wyniosłość i spadek krzywej zaznaczają się silniej. Przy raku, zamiast zwiększenia następuje zmniejszenie prężności, które po $1^1/_2$ godz. wynosić może 4 mm. Oczywiście badanie to dla chorego jest o wiele przyjemniejsze, niż wprowadzanie do żołądka zgłębnika, prócz tego daje ono wskazówki co do funkcji wydzielniczej wszystkich gruczołów trawiennych.

N. 13. Tom. II, 1921.

I. Takahashi. **Badania doświadczalne nad zapobiegawczem szczepieniem płonicy.** Punktem wyjścia poszukiwań autora były prace doświadczalne Kusamy, któremu udało się uodpornić małpy przeciw durowi przy pomocy bezpośredniego wstrzykiwania odpowiednio rozcieńczonej krwi chorych. Autor w analogiczny sposób próbował uodpornić przeciw płonicy pięcioro własnych dzieci w wieku od lat 3 do 10. W tym celu krew, wziętą z dosyć ciężkiego przypadku płonicy, rozcieńczano 10,000 razy $1^0/_0$ roztworem cytrynianu sodowego. 1 ccm. tego rozczynu zawierał 0,0001 ccm. krwi zakażonej jadem. Po podskórnem wstrzyknięciu dzieciom 1 ccm. w ciągu trzech następnych tygodni nie stwierdzono żadnych objawów ze strony gardła, ciepłoty i moczu. Żeby przekonać się, czy zdołano osiągnąć pożądany stopień uodpornienia czynnego, po 5 tygodniach zastosowano taką dawkę krwi, która przypuszczalnie powinna była wywołać chorobę. Opierając się na doświadczeniach Bernhardta, który stwierdził rozwój zakażenia płoniczego u małp po wstrzyknięciu 0.25 c. cm. cieczy z pęcherza skórnego chorych na płonicę, autor sądził, że 0,1 —0,15 c. cm. krwi powinno w tym celu wystarczyć. Krew wziętą ze świeżego i również ciężkiego przypadku płonicy rozcieńczano w stosunku 1:10. Trojgu dzieciom wstrzyknięto 1.5 c. cm. rozczynu, najmłodszemu, 0,6. Najściślejsze badania w następnych tygodniach nie wykryły u dzieci objawów choroby. W ostatniej serji doświadczeń, w 115 dni po pierwszem szczepieniu, jako materjału zakaźnego, użyto mieszanki krwi chorego na płonicę z wydzieliną gardła. Małpy tym materjałem szczepione zapadały na typowe objawy płonicy. Mieszankę tę wcierano w błonę śluzową gardła i migdałków 2 dzieciom, nie uczęszczającym do szkoły. Ale i ta próba dała wynik ujemny. W ocenie tych doświadczeń trzeba się liczyć z 2 czynnikami: z możliwością odporności naturalnej oraz z brakiem pewności, czy ilość wstrzykniętego jadu była dostateczną dla zakażenia ustroju. W każdym bądź razie badania T. zasługują na uwagę i powinny być bodźcem do dalpracy w tym kierunku.

M. Culpin. **Współczesne stanowisko psychoterapji.** Na wstępie stwierdza autor, że jednym z ważnych i nieoczekiwanych wyników wojny światowej było wielkie zainteresowanie zagadnieniami psychologicznemi lekarzy angielskich. Wśród ścierających się poglądów co do istoty wstrząsu i nerwic psychicznych przeważa zdanie, że różne zboczenia natury histerycznej i neurastenicznej, spostrzegane tak często u żołnierzy, mają podkład psychiczny, głównie wzruszeniowy. Badania psychoanalityczne dowodzą, że w przypadkach tych, zgodnie z teorją Freuda, mamy do czynienia z tłumieniem i spychaniem w sferę podświadomą wyobrażeń o przykrem zabarwieniu wzruszeniowem, wywołujących w swoim czasie uczucie przerażenia lub trwogi. Wskrzeszenie tych zapomnianych wyobrażeń, wyrwanie ich ze sfery nieświadomej, nietylko wyjaśnia sposób powstawania najdziwaczniejszych objawów nerwowych, ale pomaga również do ich usunięcia. To też główna podstawa teorji Freuda znajduje ważne poparcie w neurologicznem doświadczeniu wojny. Metoda psychoanalityczna znalazła ostatnio ważne zastosowanie w badaniu i zwalczaniu przestępczości dzieci: obłędu kradzieżnego, włóczęgostwa, lenistwa i tp. Podług W. Healego z Chicago, na 2000 przypadków, badanych w zakładzie, w $7^0/_0$ stwierdzono istnienie myślowego »starcia« i spychania w nieświadomość wyobrażeń przykrych o podłożu płciowem.

N. 14. Tom II. 1921.

J. Drummond i K. Coward. **Odżywianie i wzrost pod wpływem djety beztłuszczowej.** Mimo wielu badań i teoryj, fizjologja nie może dotąd odpowiedzieć stanowczo, czy tłuszcze, poza swoją wartością kaloryczną, są niezbędnemi składnikami pożywienia zwierząt. Odpowiedź jest dlatego trudna, że witamin A, będący zasadniczym warunkiem życia i rozwoju młodych ustrojów zwierzęcych, znajduje się w mieszaninie z tłuszczami i nie mógł być wyosobniony w postaci od nich niezależnej. Celem wyjaśnienia tej kwestji podjęli autorzy dwie serje doświadczeń. W pierwszej chodziło o wynalezienie djety możliwie beztłuszczowej, a jednak zawierającej dostateczną ilość witaminu A. Otóż doświadczenia na szczurach przekonały autorów, że wyciąg marchwi odpowiada najlepiej powyższym warunkom. W średniej porcji dziennej 15—20 g. wyciągu zwierzęta otrzymywały zaledwie 14 mg. prawdziwego tłuszczu. Rozwój i wzrost szczurów były prawidłowe, zachodziła jednak wątpliwość, czy ta minimalna ilość tłuszczu nie grała jakiejś poważniejszej roli w ogólnej przemianie materji. To też w ostatnich 2 latach wszystkie usiłowania autorów były skierowane ku temu, żeby witamin A uwolnić od wszelkich połączeń tłuszczowych. Otrzymano z tranu i zielonych roślin substancję A bardzo czynną i wolną zupełnie od tłuszczu. W ten sposób udało się ostatecznie sporządzić djetę beztłuszczową, dostateczną pod względem kalorycznym i zawierającą niezbędną ilość substancji A. Szczury rozwijały się

*) Wykład drugi i trzeci (N 13, 14, 15) nie nadają się w całości do krótkiego streszczenia. W wykładzie drugim podaje autor sposób badania pilotów i kandydatów do służby lotniczej. Badanie polega na określeniu 1) całkowitej pojemności oddechowej płuc, 2) zdolności zatrzymania oddechu po głębokim wydechu i wdechu, 3) siły wydechu i 4) jego wytrzymałości. W ostatnim wykładzie streszcza autor swoje wywody i poleca 10 ćwiczeń gimnastycznych, przystosowanych do wymagań fizjologicznego oddychania i mających na celu zwiększanie sprawności oddechowej i fizycznej.

prawidłowo, stan ich był zupełnie dobry, tylko śmiertelność nieco większa, niż zwierząt, karmionych tłuszczami. Stąd wniosek, że ze stanowiska ściśle fizjologicznego tłuszcze obojętne nie zdają się być koniecznemi składnikami pożywienia zwierząt.

P o w e l l W h i t e. **Miedź w nowotworach i tkankach prawidłowych.** Podczas badań nad ilością fosforu i wapnia w nowotworach przypadkowo stwierdzono, że po wyparowaniu kwaśnego wyciągu raka i spaleniu pozostałości popiół miał wyraźne zabarwienie niebieskie. Jak się okazało, zabarwienie to polega na obecności miedzi. Fakt ten zachęcił autora do podjęcia na szerszą skalę badań, dotyczących obecności miedzi w nowotworach oraz w tkankach prawidłowych, zwierzęcych i roślinnych. Badania ilościowe i jakościowe, opisane szczegółowo przez autora, dały następujące wyniki: 1) Miedź jest powszechnie obecną w tkankach zwierząt i roślin. 2) Znane działanie katalityczne miedzi oraz obecność jej w nasionach, jajach, w tkance płodu, jak również dojrzałego ustroju, nasuwa przypuszczenie, że spełnia ona jakieś fizjologiczne zadania. 3) Ilość miedzi jest największą w tkankach nowotworowych zwyrodniałych. Można przypuszczać, że proces zwyrodnienia idzie w parze ze zwiększoną czynnością katalityczną, albo, że miedź, podobnie jak wapień, dąży do osiadania w tkance zwyrodniałej. *K. R.* (Częstochowa).

Archives des maladies de l'appareil digestiv et de la nutrition. T. XII. N. 1. 1922.

A. C a d e i M o r e n a s. **Rak a samoistne rozszerzenie przewodu pokarmowego.** Samoistne rozszerzenie przewodu pokarmowego często przez długi czas pozostaje utajone i dopiero powikłania ujawniają daleko już zwykle posunięte schorzenie. Autorowie omawiają 2 odnośne przypadki. W obu razach przewód pokarmowy na całej przestrzeni był znacznie rozszerzony, a w sąsiedztwie przepony rakowato zwyrodniały. Zejście śmiertelne nastąpiło w jednym przypadku z powodu przebicia się nowotworu do oskrzela, w drugim, z powodu przetoki do miąższu płuca z następową zgorzelą. Ponieważ w miejscu nowotworu nie stwierdzono istotnego zwężenia, a stwierdzono zwyrodnienie rakowate w szerokich sfałdowanych ścianach przewodu, uważają autorowie w tych przypadkach sprawę nowotworową, jako wtórną, powstałą w już poprzednio samoistnie rozszerzonym przewodzie, w miejscu oporu stawianego przez przeponę do dalszego rozszerzania się. Podkreśla się trudności rozpoznania pomiędzy pierwotnym nowotworem z następowem zwężeniem przewodu i rozszerzeniem części nadnowotworowej, a pomiędzy zmienionem rakowo już samoistnie przedtem rozszerzonego przewodu.

L. B o u c h u t i P. F r a n c o l i n. **Lewostronne porażenie przepony w przypadku owrzodzenia żołądka.** Opisanie 4-ch przypadków owrzodzenia żołądka, połączonych z porażeniem lewej przepony. Badanie szczegółowe opisanych chorych pozwoliło wykluczyć kategorycznie schorzenie serca, opłucnej i płuca, któreby mogło spowodować stałe wysokie ustawienie przepony. Owrzodzenie zaś żołądka stwierdzone we wszystkich podanych przypadkach uważają autorowie za przyczynę porażenia przepony, sądząc mianowicie, że, jak schorzenia narządów położonych powyżej przepony, więc płuc i opłucnej, mogą przechodzić na przeponę w postaci zapalenia nerwów lub mięśnia i powodować stałe porażenie lub zanik jej mięśni, tak i sprawy chorobowe, poniżej przepony leżącego żołądka, mogą rozciągać się na przeponę z tym samym ostatecznym wynikiem: porażeniem lewej połowy.

G a b r i e l M i g i n i a c. **Leczenie rozszerzenia esicy, powikłanego ostrą niedrożnością.** Autor przytacza 27 odnośnych przypadków częściowo wybranych z piśmiennictwa, częściowo własnych. W przypadkach tych dokonano 41 zabiegów, a mianowicie: 1) Odbyt nieprawidłowy pachwinowy ostateczny 1 raz; 2) utworzenie odbytu sztucznego w ślepej kiszce, 5 operacyj; 3) utworzenie odbytu sztucznego w wyrostku robaczkowym, 1 operacja; 4) to samo w okrężnicy, 3 operacje; 5) odkręcenie zwykłe, 5 operacyj; 6) odkręcenie i wypróżnienie przez nacięcie, 5 operacyj; 7) sfałdowanie esicy, 1 operacja; 8) wycięcie późne pętli poza jamą brzuszną z pozostawieniem odbytu nieprawidłowego *in situ*, 2 razy; 9) wycięcie i natychmiastowe zeszycie jelita bez utworzenia odbytu sztucznego, 9 razy; 10) wycięcie natychmiastowe esicy, wyjętej z jamy brzusznej i wszytej swemi końcami w powłoki skórne, sześć operacyj; 11) usunięcie mas kałowych przez odbytnicę, dwa razy; 12) zespolenie, 4 razy.

Zastanawiając się nad wynikami tych zabiegów i przyczynami niepowodzeń w poszczególnych przypadkach, przychodzi autor do wniosków następujących: 1) poprzestanie na utworzeniu odbytu sztucznego z zaniechaniem operacji radykalnej, usunięcia rozszerzonej esicy, może być zastosowane tylko w najcięższych przypadkach, gdy dłuższy zabieg nie jest możliwy ze względu na stan chorego, 2) we wszystkich innych przypadkach należy bezwarunkowo wycinać schorzałą esicę.

Za najlepszy sposób postępowania w takim razie uważa autor przyszycie do powłok skórnych doprowadzającego i odprowadzającego końca wyjętej na zewnątrz jamy brzusznej esicy, i natychmiastowe wycięcie jej z pozostawieniem utworzonego przytem odbytu sztucznego i zamknięciem go później przy operowaniu powtórnem *à froid*.

J. Misiewiczówna. (Warszawa).

Mittheilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. d. Chirurgie. T. 33. Z. 5. 1921.

R u d o l f D e m e l. **Wyniki operacyjnego leczenia wynicowania pęcherza.** Autor omawia metody operacyjnego leczenia tego cierpienia, zatrzymując się dłużej nad metodą M a y d l'a wszczepiania moczowodów wraz z przylegającą do nich częścią pęcherza moczowego do esicy. Autor zestawia 8 przypadków operowanych tą metodą i kilka przypadków operowanych przy pomocy innych metod; następnie omawia powikłania, zwłaszcza zapalenie miedniczek i nerek wstępujące, które to powikłanie może wystąpić nieraz po dłuższym okresie zdrowia chorego i powoduje przeważną ilość zejść śmiertelnych. Jeden przypadek operowany metodą P e t e r s e n'a-K u e m m e l'a zewnątrzotrzewnego wszczepiania moczowodów do odbytnicy dał dobre wyniki czynnościowe przy spostrzeganiu przeszło dwu i półletniem.

W. E. M e r t e n s. **Punkt Lanz'a i jego znaczenie przy rozpoznawaniu schorzeń wyrostka robaczkowego.** Autor stwierdza, że punkt M c B u r n e y'a — w prawym dole biodrowym na linji, łączącej przedni górny kolec kości biodrowej z pępkiem w odległości 2 cali angielskich (= 5,3 cm.) od tegoż kolca — odpowiada nie miejscu przyczepu wyrostka robaczkowego, lecz kątnicy. Natomiast punkt L a n z'a, prawa trzecia część linji, łączącej oba przednie górne kolce kości biodrowej, odpowiada dokładnie miejscu odejścia wyrostka. Należy odróżniać oba punkty, tembardziej, że średnio wzajemna ich odległość wynosi 4 cm. M e r t e n s stwierdził na zasadzie większego materjału statystycznego, że punkt L a n z'a jest 7 razy częściej bolesnym, niż punkt M c B u r n e y'a przy schorzeniach wyrostka robaczkowego.

T e o d o r F i n g e r. **O stosowaniu sanartritu w przewlekłych cierpieniach stawowych.** Sanartrit, wprowadzony do leczenia przez H e i l n e r'a, a przedstawiający bezbiałkowy wyciąg z chrząstek cielęcych, wywołuje polepszenie stanu w przypadkach zniekształcającego gośćca stawowego, podczas gdy w zapaleniu gośćcowem przewlekłem często nie daje poprawy.

K a r o l L a n g e. **Co może dać badanie płynu mózgowordzeniowego przy rozpoznawaniu guza mózgu.** Autor wyprowadza swe wnioski na zasadzie 5000 badań płynów mózgowordzeniowych, w tem z góry 60 badań przy guzach mózgu. L a n g e zwraca uwagę na fakt, że płyn mózgowordzeniowy w ostatnich przypadkach posiada żółte zabarwienie; może być ono tak słabe, że bez kolorymetru nie da się wykryć. Trzeba wykluczyć zabarwienie wskutek bilirubiny i luteiny: to pierwsze spotyka się bardzo rzadko, i to przy wybitnej żółtaczce; »*xanthochromie* + *coagulation en masse*« autorów francuskich (F r o i n) bywa jedynie przy stanach zapalnych opon mózgowych na tle posocznicowem lub gruźliczem i jest warunkowaną obecnością luteiny, barwika osocza, ginie też przy koagulacji białka. Lekkie, żółte, nigdy czerwonawe, zabarwienie płynu przy guzach mózgu jest warunkowane obecnością barwika krwi, ewentualnie już chemicznie zmienionego, wskutek drobnych a częstych krwawień z naczyń włosowatych.

Przy innych krwawieniach, np. urazowych, otrzymujemy przy odwirowywaniu w osadzie krwinki, czego nie bywa przy guzie mózgu. Krwinki w izotonicznym płynie mózgowordzeniowym rozpuszczają się powoli w 8—14 dni po krwawieniu. Ilość białka w płynie jest w przypadkach guzów mózgu zwiększona: mamy ilości większe od normalnej ilości (0,18 do 0,19 pro mille) np. 0,4 pro mille, lecz wykryć tego przy pomocy odczynu Nonne'go nie można, gdyż jest on zbyt mało czułym. Natomiast bardzo ważną usługę oddaje nam w tych badaniach próba Lange'go ze złotem koloidalnem, wykazuje ona zmiany, różniące się wybitnie tak od przypadków normalnych, jak i od kiły ośrodkowego układu nerwowego. Odczyn Wassermanna jest zbędny, gdyż przy małych ilościach białka nie może wypaść dodatnio. Cytodjagnostyka wykazuje stan normalny.

Herman Schlesinger. **O zwiększeniu się ilości zapaleń stawu biodrowego i rwy kulszowej oraz o różniczkowem rozpoznawaniu obu cierpień.** W Wiedniu, prawdopodobnie wskutek złego odżywiania się, zwiększyła się w ostatnich latach ilość chorych z objawami rwy kulszowej. Dużo z tych chorych wykazywało zmiany początkowe w stawie biodrowym na tle zmięknienia kości. Objawy często ustępowały pod wpływem dobrego żywienia i stosowania tranu z fosforem.

Alfred Szenes. **O złamaniach samoistnych na tle odżywczem; ich związek z późną krzywicą i zmięknieniem kości.** Autor spostrzegał w Wiedniu w latach 1919—1921, 15 przypadków samoistnych złamań i nadłamań, z tego 12 przypadków dotyczyło ludzi w wieku dojrzewania. Złamania tyczyły przeważnie kości udowej i piszczeli. Autor znajdował w większości wypadków u dorastających objawy późnej krzywicy i stanu dziecięcego, we wszystkich zaś przypadkach zgąbczenie kości, powstałe na tle odżywczem. W samorodnych złamaniach Szenes widzi połączenie objawów późnej krzywicy wraz z pseudokrzywiczem zgąbczeniem kości. Leczenie: podniesienie jakościowe odżywiania, tran z fosforem, wapno; miejscowo zaś unieruchomianie, wyprostowywanie, wycięcie kości. Przebieg dość przewlekły.

Alfred Szenes. **O solach wapniowych we krwi.** Autor stwierdził przy pomocy metody Wright'a powolniejsze krzepnięcie krwi w kilku przypadkach późnej krzywicy. W większości tych przypadków ilość fizjologicznie czynnego wapnia we krwi była zmniejszona. Badania porównawcze stosunku wapnia wolnego i ogólnej jego ilości we krwi w tych przypadkach wykazały niezależność wahań.

A. Stefanowski (Warszawa).

Choroby kobiece i położnictwo.
Zentralblatt für Gynäkologie.
Nr. 2. 1922.

L. Seitz. **W sprawie nazw nieprawidłowości miesiączkowych.** W celu dokładnego określenia wszelkich objawów, jakie przy regularności występują, proponuje autor zaprowadzenie nowych nazw, któreby dany objaw cechowały. Schemat jego przedstawia się następująco:

I. Zaburzenia czuciowe:

a) *Algomenorrhöe*, regularność bolesna, z bólami miejscowemi w macicy lub okolicy.

b) *Dysmenorrhöe*, regularność nieprawidłowa (*die schlechte Periode*), z dolegliwościami w różnych częściach ciała, często przed wystąpieniem krwawienia.

c) *Algodysmenorrhöe*, forma mieszana.

II. Zaburzenie w krwawieniu:

a) *Amenorrhöe*, brak krwawienia.

b) *Oligomenorrhöe*, za skąpe krwawienie.

c) *Polymenorrhöe*, za silne krwawienie (*menorrhagia*). Wszystkie krwawienia, nie będące w związku z regularnością, nazywa, jak dotąd, *metrorrhagia*.

d) *Proiomenorrhöe*, przedwczesna regularność, występująca w zbyt krótkich odstępach czasu.

e) *Opsomenorrhöe*, regularność, występująca w zbyt długich odstępach czasu.

Zupełnie prawidłową regularność nazywa autor *Eumenorrhöe*. Przez kombinację tych nazw określa autor wszystkie objawy nieprawidłowe, występujące w czasie regularności. I tak np. regularność normalną co do ilości i zresztą prawidłową, ale występującą w odstępach czasu zbyt długich, nazywa *Eu-opso-menorrhöe*, regularność za obfitą i bolesną zwie się *poly-algomenorrhöe* itp.

Jaschke i Salomon. **O leczeniu upławów bacillosanem.** Badania autorów wykazały, że *bacillosan* nie posiada stałego składu, zawartość bakteryj wahała się i to w szerokich granicach w preparatach dostarczanych przez fabrykę w różnych czasach, dlatego też i wyniki ich leczenia tym preparatem były niepomyślne. Myśl Loesera, oparta na podstawach biologicznych, stosowania *bacillosanu*, jako środka, mającego zawierać laseczniki kwasu mlecznego i inne drobnoustroje, uważają za jedynie słuszną w leczeniu upławów, sądzą atoli, że *bacillosan* do praktyki ogólnej się nie nadaje, jedynie używać go można w klinice, gdzie skład jego przed zastosowaniem można skontrolować.

Kubinyi i Johan. **Kilak jajnika, dodatni wynik badania na prątki kręte (*spirochaete*).** Przypadek dotyczy osoby, u której stwierdzono guz jajnika, a drobnowidowem badaniem rozpoznano kilaka. W guzkach kilakowych wykazano liczne krętki.

Olga Steuding. **W sprawie plastyki pochwy.** Autorka zestawia wyniki operacyjne zbudowania sztucznej pochwy sposobem Schuberta, który używa do tego celu odbytnicy i porównywa wyniki tej metody z wynikami metod Baldwin-Mori-Haberlina, przy której to metodzie używa się dla zbudowania pochwy jelita cienkiego. Dane statystyczne przemawiają na korzyść metody Schuberta.

Fohr. **W sprawie ustawienia główki wymiarem prostym w prostym wymiarze wchodu miednicy** (*Zum hohen Geradstand*). Przypadek kazuistyczny, dotyczący pierwiastki z miednicą ogólnie zwężoną, u której główka we wchodzie miednicy ustawiona była szwem strzałkowym w prostym wymiarze, potylicą ku tyłowi. Wobec braku postępu porodowego, mimo, że poród trwał już 45 godzin, ukończono poród, założywszy kleszcze Kiellanda, przy których pomocy z łatwością dokonano zwrotu główki.

Nelins. **W sprawie niskiego poprzecznego ustawienia główki.** W trzech przypadkach spostrzegał autor niskie poprzeczne ustawienie główki. Żadnej znanej dotąd przyczyny tej nieprawidłowości nie mógł wykazać. Stwierdził natomiast we wszystkich trzech przypadkach, że pępowina była bardzo krótka i silnie okręcona około szyjki płodu. Sądzi więc, że ta okoliczność przez utrudnienie zwrotu główki, była przyczyną niskiego poprzecznego ustawienia główki.

Nr. 3. 1922.

Fleischmann. **Rozwój włókniaka po przeszczepieniu jajnika.** U osoby 34-letniej, która miesiączkowała regularnie od 14 do 18 roku życia, a następnie przez lat 16 nie miała zupełnie regularności, przeszczepił autor jajnik, uzyskany przy operacji innej chorej. W kilka miesięcy po przeszczepieniu mógł stwierdzić powiększenie macicy, wnet potem wystąpiły prawidłowe regularności, a w rogu macicy rozwinął się włókniak. Wystąpienie regularności i rozwój włókniaka odnosi autor do działania hormonów przeszczepionego jajnika.

Driessen. **W sprawie techniki leczenia włókniaków promieniami Roentgena. Naświetlanie na 2 posiedzeniach.** Długoletnie doświadczenie przekonało autora, że przy włókniakach macicy uzyskiwał najrychlej i bez żadnych ubocznych działań ustanie krwawień, gdy naświetlał chore na 2 posiedzeniach, a mianowicie wnet po regularności jednego dnia jeden jajnik, drugiego dnia drugi jajnik, zawsze od przodu i od tyłu po $^1/_4$ godziny. Po następnej regularności powtarza naświetlanie w ten sam sposób. Stosowanie pełnej dawki na jednem posiedzeniu uważa za szkodliwe.

Liegner. **Leczenie suggestją w cierpieniach chorób kobiecych.** Autor stosował z dobrym skutkiem hipnozę w przypadkach mimowolnego moczenia, wymiotów niepowściągliwych, bolesnego miesiączkowania, a nawet przy wyskrobaniu macicy, jakoteż przy zbyt bolesnym porodzie. Sądzi, że nie każdą kobietę można poddać ze skutkiem działania hypnozy, bo zastosowanie to wymaga wprawy i doświadczenia.

Lönne i Schugt. **W sprawie obecności laseczników błoniczych w pochwie.** W 45% badanych przez siebie przypadków stwierdzili autorowie obecność w pochwie prątków

nibybłoniczych *(Pseudodiphteriebacillen)*. Nie przeczą, że mogą w pochwie znajdować się prątki błonicze, atoli tak rzadko, że nie przypuszczają, aby one odgrywały poważniejszą rolę w zakażeniu płodu przy przejściu przez pochwę.

H. Doerfler. **O wskazaniach do przytwierdzenia macicy do powłok brzusznych.** Wszystkie operacje, mające na celu przytwierdzenie macicy do powłok brzusznych, uważa autor za niewystarczające, gdyż po każdej z nich, wcześniej czy później, powstają nawroty. Dlatego od szeregu lat stosuje sposób skrócenia więzów okrągłych, polegający na tem, że przez otwór na tępo zrobiony w powięzi, mięśniach i otrzewny, wyprowadza więzadło okrągłe i pętle jego przyszywa do powięzi. Po takiem skróceniu więzadeł nigdy nie spostrzegał nawrotu cierpienia. W razie potrzeby wykonuje dodatkowo plastykę krocza. Jako zaletę tego zabiegu, zwłaszcza w porównaniu do operacji Aleksandra-Adamsa, podnosi okoliczność, że można równocześnie usunąć inne zmiany na macicy lub jej sąsiedztwie.

Nr. 4. 1922.

Henkel. **O śródczaszkowych krwotokach u noworodków.** W 12 przypadkach krwotoków śródczaszkowych u płodów, nieżywourodzonych tylko w 2 przypadkach stwierdził autor uraz jako przyczynę krwotoku. We wszystkich pozostałych przypadkach przyczynę tę mógł stanowczo wykluczyć, tak że dla wytłumaczenia powstania krwotoku śródczaszkowego nie może przyjąć innej przyczyny, jak tylko uduszenie płodu, przy którem wskutek zastoju żylnego przychodzi do pęknięcia naczyń. Ponieważ po operacji kleszczowej daleko rzadziej mógł wykazać krwotok śródczaszkowy, aniżeli w przypadkach, w których dzieci rodziły się siłami przyrody, lecz nieżywe z krwotokami śródczaszkowemi, dlatego radzi w przypadkach grożącego uduszenia się płodu stosować operację kleszczową częściej, niż dotychczas. W ten sposób spodziewa się uzyskać lepsze wyniki co do płodów.

Arnold. **Ciąża po ciężkiem obustronnem zapaleniu przydatków macicy.** Przypadek kazuistyczny, dotyczący chorej, która przez dłuższy czas chorowała z powodu zapalenia przydatków pod postacią guzów wielkości jaja gęsiego i u której od strony pochwy wydobył znaczną ilość ropy prawdopodobnie z trąbki. Osoba ta po tym zabiegu zaszła w ciążę i urodziła płód żywy, donoszony.

M. Müller. **Kliniczne spostrzeżenia nad cukrem gronowym, jako środkiem wzmacniającym bóle porodowe.** Cukier gronowy w rozczynie 40--50%, stosowany śródżylnie w ilości 10 cm^3, okazał się w doświadczeniach autora jako dzielny środek wzmacniający czynność porodową, zwłaszcza w przypadkach następowego osłabienia bólów porodowych wskutek ogólnego wycieńczenia. Środek ten jest zupełnie nieszkodliwy tak dla matki, jak i dla dziecka, a posiada nadto tę zaletę, że jest tani i łatwy do nabycia.

Sigwart. **Odpowiedź na artykuł E. Sachsa p. t.: W sprawie wytoczenia główki następującej płodu nieżywego.** Artykuł polemiczny, w którym autor podtrzymuje uczyniony Sachsowi zarzut, że w przypadkach niemożności wydobycia główki następującej odcięcie tułowia na wysokości szyjki płodu zabiegu nie ułatwi, jak to twierdzi Sachs.

Baumm. **W sprawie IV-go rękoczynu.** Na podstawie wieloletniego doświadczenie klinicznego dowodzi autor, że rękoczynem IV. jesteśmy w stanie bardzo dokładnie ocenić stosunek główki do miednicy, a mianowicie, jak nisko w kanale rodnym główka się znajduje. Sądzi nawet, że rękoczyn ten daleko pewniej określa ten stosunek, aniżeli badanie wewnętrzne, przy którem wydłużenie główki lub też duże przedgłowie mogą utrudniać a nawet uniemożliwiać dokładne ocenienie, w jakiej płaszczyźnie miednicy główka tkwi swym największym obwodem.

Hellendall. **Krwawe zabarwienie pępka jako objaw rozpoznawczy ciąży zewnątrzmacicznej.** W numerze 25-tym Zentrbl. f. Gyn. z r. 1921 podał autor powyższy objaw, jaki spostegał w przypadku ciąży zewnątrzmacicznej. U dotyczącej osoby istniała przepuklina pępkowa wielkości wiśni a skóra w miejscu pępowiny z powodu ścieńczenia przeświecała sino. Obecnie stwierdza, że Cullen objaw ten spostrzegał jeszcze przed 2 laty.

Nr. 5. 1922.

Lichtenstein. **Krwiak powłok brzusznych samoistnie podczas porodu powstały.** U pierwiastki rodzącej na końcu ciąży w czasie porodu wystąpiły podbiegnięcia krwawe na spojówce gałki ocznej a nadto duży krwiak w powłokach brzusznych. Powstanie krwiaka tłumaczy autor znaczną pracą tłoczni brzusznej w czasie wydalania płodu.

Hinselmann. **Powstawanie zatok trofoblastycznych i syncycjalnych w jaju ludzkiem.** Artykuł polemiczny z zapatrywaniami Temesvary'ego, zawartemi w pracy tego autora w Arch. f. Gyn. T. CXV. z. 1. p. t. »O bardzo wczesnem jaju ludzkiem«.

Klee. **Mięsakorak macicy.** U osoby 58-letniej z powodu krwawień usunięto macicę a na preparacie stwierdzono polipowaty guz błony śluzowej macicy, którego badanie drobnowidowe wykazało utkanie rakowe i mięsakowe i to w ten sposób rozmieszczone, że części brzeżne guza okazywały utkanie mięsakowe, środkowe zaś rakowe, a między niemi obraz był zatarty, tak, że nie można było powiedzieć, które utkanie przeważa.

Heinlein. **W sprawie postępowania przy łożysku przodującem (Metreuryza, czy cięcie cesarskie?)** Materjał statystyczny autora obejmuje 133 przypadki. Leczenie w przeważnej liczbie przypadków (91) polegało na stosowaniu metreuryzy, rzadziej obrótu na nóżkę. Śmiertelność matek wynosi 2.3%, dzieci 19.5%. Przy środkowem przodowaniu łożyska, które daje wyniki najgorsze, procent śmiertelności matek wynosi 5.3%, zaś dzieci 33.3%. W 91% przypadkach trzeci okres porodowy przebiegał zupełnie gładko i bez krwotoku. Wobec tak dobrych wyników uważa autor metreurzę za jedyny sposób przy łożysku przodującem, a wyjątkowo godziłby się tylko na cięcie cesarskie i to w przypadkach zupełnie czystych u starszych pierwiastek o niepodatnych częściach miękkich.

Reh. **50%-owy alkohol do tamowania krwi.** Wielokrotnie przekonał się autor, że 50-owy alkohol stosunkowo szybko tamuje krwawienie i to tak w przypadkach ginekologicznych, jak i położniczych.

Lauros. **Torbiel bąblowca w jamie Douglasa, jako przeszkoda porodowa.** Przypadek kazuistyczny, dotyczący osoby rodzącej, u której torbiel bąblowca, wychodząca z tylnej wargi, wypełniała całą miednicę małą, tak iż w celu rozwiązania rodzącej musiano wykonać cięcie cesarskie. *K. B.* (Lwów).

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego.

Rok V. N. 1.

Pierwszy tegoroczny zeszyt Biuletynu nosi datę 1 lutego 1922; wyszedł prawie równocześnie ze sprawozdaniem naszem z poprzedniego zeszytu*), nie może więc jeszcze przedstawiać zmiany, potrzebnej, według nas, w układzie i treści tego wydawnictwa. To też i w tym zeszycie odczuwa się brak systematycznego ugrupowania ustaw i rozporządzeń; brak informacji o bieżących pracach i przygotowywanych działaniach, którym publiczna dyskusja mogłaby nieraz przynieść pożytek; zbyt późne ogłaszanie statystyki epidemicznej; niezmiernie powolny i późny druk sprawozdań Ministerstwa (za r. 1918 jeszcze nie ukończone); brak szczegółowych wiadomości o sprawach sanitarnych w Sejmie, któreby w Biuletynie także należało uwzględnić; wreszcie możnaby bez szkody pominąć niejedno drobne rozporządzenie lub okólnik, bądź mające znaczenie bardzo lokalne, bądź takie, które straciły już znaczenie, zanim doczekały się druku. Zupełnie chybia celu ogłaszanie, jak w tym zeszycie, sprawozdania lekarzy sądowych przy sądzie okręgowym w Warszawie, bo równem prawem należałoby pomieszczać takież sprawozdania z innych sądów okręgowych, coby wypełniło całe tomy zestawieniami, ile który z lekarzy wykonał sekcji, a ile oględzin, i w jakich sprawach. Nawet statystyka sekcyj wedle przyczyn śmierci nie ma w tych warunkach wartości, będąc tylko ułamkiem w statystyce ogólnej.

Z trzech zawartych w tym zeszycie przemówień kierownika Ministerstwa zdrowia, dr. Chodźki: na otwarciu kongresu lekarskiego francusko-polskiego, przy omawianiu ustawy

*) Polska Gaz. Lek. Nr. 6. r. 1922.

o zdrojowiskach w Sejmie i na otwarciu zjazdu okulistów, najważniejsze jest pierwsze, bo w krótkich słowach dało ono gościom francuskim obraz polskiej pracy na polu zdrowia publicznego za czasów Księstwa Warszawskiego i Królestwa Kongresowego, oraz obraz dorobku naszego od odzyskania wolności, na który się składa: Zasadnicza ustawa sanitarna, ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, o szczepieniu krowianką, o funduszu mieszkaniowym, o ograniczeniach w sprzedaży alkoholu, projekty ustaw o zdrojowiskach, o walce z chorobami wenerycznemi, o Izbach lekarskich; skuteczna walka Naczelnego Komisarjatu epidemicznego z durem osutkowym i innemi zarazami; utworzenie 16 okręgowych urzędów zdrowia i 242 powiatowych; 43 szpitale państwowe powszechne (w byłej Galicji, przejęte po Wydziale Krajowym) i 130 szpitali epidemicznych; 6 państwowych stacyj bakterjologicznych (wliczając instytut epidemiologiczny), 2 zakłady wyrobu surowic, 2 zakłady krowiankowe, 1 zakład kontroli surowic, 2 zakłady Pasteurowskie, 3 zakłady badania środków spożywczych, 1 zakład farmaceutyczny. Budżet Ministerstwa zdrowia na rok 1921 doszedł kwoty 2 miljardów 200 miljonów (stanowiąc jednak tylko 1.2% ogólnego budżetu Państwa).

Z ustaw, ogłoszonych w tym zeszycie Biuletynu i przez to udostępnionych ogółowi lekarzy, najważniejszą jest ustawa o Izbach lekarskich i praktyce lekarskiej; z rozporządzeń Ministerstwa, zobowiązanie lekarzy do zgłaszania przypadków żółtaczki zakaźnej i grypy z zapaleniem płuc, rozciągnięcie ustaw sanitarnych na województwa ziem wschodnich, utworzenie państwowego komitetu przeciwgruźliczego, wprowadzenie instytucyj powiatowych dozorców sanitarnych (tj. sanitarjuszy do pomocy lekarzom urzędowym, postulat dawno, jeszcze za zaborczych rządów, podnoszony w Małopolsce). W organizacji Państwowego Komitetu przeciwgruźliczego uderza, że członkowie jego będą, jak się zdaje, powoływani wyłącznie ze stolicy, a z Uniwersytetów będzie miał w nim przedstawiciela (i to jednego) tylko uniwersytet warszawski. Nie wiemy, co było przyczyną tej centralistycznej konstrukcji statutu komitetu; może, słuszna w zasadzie, chęć oszczędności, w tym przypadku jednak pozbawiająca komitet współdziałania bardzo wybitnych współpracowników i bardzo koniecznej bezpośredniej styczności z doświadczonymi znawcami, tylko dlatego, że mieszkają poza Warszawą. Widoczna już chęć oszczędności była źródłem rozporządzenia, ograniczającego doniesienia telegraficzne o chorobach zakaźnych tylko do cholery i dżumy; zdaje nam się, że oprócz nich powinnyby pozostać doniesienia telegraficzne już conajmniej o ospie, a może i o durze osutkowym, skoro szczęśliwie przebyliśmy, zdaje się, jego zadomowienie się w Polsce i znowu wkraczamy w okres, w którym chodzić będzie o gaszenie pierwszych iskier, wpadających z poza granic Państwa.

Nieproporcjonalnie wiele rozporządzeń, zawartych w tym zeszycie Biuletynu, dotyczy znowu spraw aptekarskich. Prócz tego znajdujemy szereg rozporządzeń mieszkaniowych o znaczeniu tylko lokalnem, któreby mogły pozostać niedrukowane.

Ze statystyki chorób zakaźnych, doprowadzonej niestety tylko do 8 października 1921, najważniejsze cyfry są następujące:

	od 19. VI. do 16 VII.	od 17. VII. do 14. VIII.	od 15. VIII do 10. IX.	od 11. IX. do 8. X
ospa	335+38	208+41	102+24	59+9
cholera	—	2+1	4+1	—
dur brzuszny	1517+96	1826+126	305[illegible]+187	4312+347
dur osutkowy	2327+168	12[illegible]6+99	738+52	693+53
dur powrotny	745+9	545+15	402+7	581+13
czerwonka	1710+197	6428+763	11013+1603	8157+1207
płonica	2280+376	2001+293	2076+308	3038+407
błonica	317+37	302+29	367+29	493+44
zapalenie opon	17+16	36+22	29+19	24+12
zimnica	18003+7	9947+2	2988+2	1272+4
gruźlica	327+576	258+564	318+526	342+536

Ospa i dur osutkowy miały się więc wyraźnie ku wygasaniu, natomiast mocno wzrósł dur brzuszny. Letnie miesiące przyniosły, jak zwykle, znaczne wzmożenie się epidemji czerwonki. Zimnica, o ile na jej statystyce polegać można, zmalała i w październiku jeszcze nie znać jej jesiennego nasilenia.

Sprawozdaniu z czynności Ministerstwa w r. 1918, wlokącemu się od wielu miesięcy, przeznaczono tym razem tylko 3 kartki dalszego ciągu.

Z działalności samorządów podaje Biuletyn wzmianki o zjazdach burmistrzów, konferencji w sprawie nabiałowej, kursach dla lekarzy sanitarnych, oraz działalności Płocka i Ozorkowa. R.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 3 lutego 1922 r.
Przewodniczy: Kol. Franke. Obecnych 70

1. Kol. Switalski przedstawia chorą z **myasthenia pseudoparalitica**. Jako objawy występują utrudnienia w mówieniu, połykaniu, widzenie podwójne, opadnięcie powieki, niedomykalność powiek (*lagophtalmus*). Odczyn Wassermanna ujemny, myasteniczny dodatni. Porażenie opuszkowe wykluczone. Prześwietlenie daje obraz ujemny co do zmian w grasicy, jest natomiast powiększoną tarczyca.

W dyskusji kol. Domaszewicz opisuje dwa przypadki myastenji, w których za życia rentgenem i przy sekcji wykazano zachowaną grasicę. Kol. Węgrzynowski przytacza jeden przypadek z utrzymaną grasicą, drugi z powiększoną tarczycą, gdzie po podaniu tarczycy ustąpiły objawy. Sądzi, żę miało się tu do czynienia z dysfunkcją tarczycy. Kol. Switalski dodaje, że w przedstawionym przypadku podaje chorej z dobrym skutkiem wyciąg jajuikowy.

2. Kol. Begleiter przedstawia trzy przypadki **kurczu torsyjnego** (*dystonia lordotica*). (Ukaże się w P. Gaz lek.)

3. Kol. Domaszewicz przedstawia 10 letniego chłopca z zaburzeniami ruchowemi po **letargicznem zapaleniu mózgu.** Nawiązując do przypadków kurczu torsyjnego, przedstawionych przez kol. Begleitera, omawia pewne podobieństwo niektórych objawów, jak skrzywienie kręgosłupa ku przodowi, chód chorego i mimowolne ruchy, polegające na tem, że w czasie poniewolnego biegnięcia wstecz (*retropulsio*) występują u chorego ruchy obrotowe dookoła podłużnej osi ciała, które wstrzymują rozpoczętą retropulsję i chronią chorego od upadku. Za przyczynę tych objawów uważa D. połowicze zaburzenie napięcia mięśniowego, regulowanego z środkowego układu nerwowego za pośrednictwem dróg pozapiramidowych, które w tym przypadku zostały niewątpliwie uszkodzone przez proces zapalny w przebiegu letargicznego zapalenia mózgu. Opisane jednak objawy kliniczne nie pozwalają D. na dokładne umiejscowienie sprawy chorobowej w mózgu i stanowcze rozstrzygnięcie, czy w tym przypadku mamy właśnie do czynienia z objawami ze strony ciała prążkowanego (*corpus striatum*). Pewne podobieństwo objawów klinicznych między zapaleniem mózgu letargicznem a kurczem torsyjnym, pseudosklerozą i chorobą Wilsona, pozwala poniekąd przypuszczać pewną analogję zmian anatomicznych i lokalizacji w mózgu, w przebiegu tych chorób.

W dyskusji kol. Rothfeld podnosi, że Thomalla sprowadza kurcz torsyjny, chorobę Wilsona, pseudosklerozę Strümpla-Westphala i obustronną atetozę do jednego mianownika i określa je jako *dystonia lenticularis*, która przejawić się może w jednej z wymienionych postaci klinicznych. Do przypadków sekcyj Thomalli i Wimmera, wymienionych przez kol. Begleitera, doliczyć możnaby też przypadek Westphala, dotyczący 43 letniego chorego, u którego wystąpiły ruchy mimowolne, przypominające kurcze torsyjne, obok objawów drżączki porażennej bez drżenia. Drobnowidowo stwierdzono zmiany w ciele prążkowanem. Dalej zwraca uwagę na pracę Cassierera, który podnosi pewien związek między kurczami mięśni szyjnych a kurczem torsyjnym, i opiera się na obserwacji dwóch przypadków, w których kurcze mięśni szyjnych uogólniły się pod postacią kurczów torsyjnych. W jednym z nich badanie drobnowidowe mózgu wykazało zmiany w corpus striatum. R. sam obserwował jeden przypadek z objawami kurczu torsyjnego, jako następstwo nagminnego zapalenia mózgu. Na sekcji stwierdzono obustronne ogniska martwicowe w ciele prążkowanem. (A. r.) Nadto zabierali głos obaj prelegenci i kol. Fels.

4. Kol. Schusterówna przedstawia: a) preparat **promienicy płuca**. U mężczyzny 49 lat liczącego płat dolny płuca prawego przedstawia obraz włóknistego zapalenia płuc. Wśród pasm łącznotkankowych w płucu, jakoteż w zgrubiałej opłucnej widoczne są ogniska żółtawe dość suche, miejscami rozpadające się otoczone przeważnie wyraźnym szarawym rąbkiem. Drobnowidowo ogniska te przedstawiają się jako ropnie, z widocznemi wśród nich ziarnami promienicowemi. W otoczeniu ropni młoda i starsza tkanka ziarninowa. b) Preparat **guza jamy brzusznej**, który składał się częściowo z nowotworowo zmienionych gruczołów, które uległy martwicy i włóknistej przemianie pod wpływem działania promieni Rentgena, częściowo z gruczołów gruźliczych, serowato zmienionych. Pierwotna sprawa nowotworowa była w jądrze prawem pod postacią mięsaka okrągłokomórkowego; obok niej stara gruźlica w płucach i gruczołach i świeższa prosówkowa w całym organiźmie, dalej świeży wrzód gruźliczy w górnej części jelita krętego. Przebicie tego wrzodu do jamy

brzusznej z następowem zapaleniem otrzewnej były dostateczną przyczyną śmierci.

W dyskusji kol. Węgrzynowski podnosi niejasny przebieg kliniczny powyższej promienicy płuc (gorączka 37%.) Dodaje, że po lewej stronie powłok brzusznych znajdował się ropień, który nacięty drobnowidowo wykazał ognisko promienicze. Leczenie 5% roztworem siarczanu miedzi wygoiło sprawę na powłokach (Bęrącz). Wstrzykiwanie siarczanu miedzi do opłucnej pozostało bez skutku. Kol. Rencki podaje obraz kliniczny przypadku mięsaka. Kol. Gąsiorowski zapytuje, czy nie było zmian w szczęce dolnej w przypadku promienicy płuc. Kol. Schusterówna odpowiada, że zmian, blizn, jak i zajęcia gruczołów chłonnych na szyji nie było.

5. Kol. Gröer wygłasza wykład: **O wpływie zabiegów farmakodynamicznych na przebieg zapalenia.** (Ukaże się w druku). *Kmietowicz* (sekretarz).

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji. Sekcja rzeszowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 25. lutego 1922 w państwowym szpitalu powsz. w Rzeszowie. Obecnych 25 członków.

Przewodniczący wita licznych gości z prowincji i kolegów wojskowych.

1. Kol. Hinze przedstawia a) dwie kobiety w okresie ozdrowienia po usunięciu operacyjnem **olbrzymich torbieli skórzastych** z okolicy nerek. Są to potworniaki z tworzącemi się torbielami. Prawdopodobnie pochodzą z przewodu Gärtnerowskiego, posiadającego wybitną skłonność do tworzenia torbieli. Za pochodzeniem z przewodu Gärtnerowskiego przemawiałoby zachowanie się otrzewnej, esicy oraz stosunek do nerki — nastręczający wielkie trudności rozpoznawcze i operacyjne. Dwukrotne poronienia, które jedna z operowanych przed zabiegiem przechodziła, należałoby odnieść do wpływów odruchowych, jakie guz wywierał na układ płciowy za pośrednictwem zrostów guzów z macicą. b) mężczyznę 70-letniego, u którego wykonano **usunięcie gruczołu krokowego** wielkości średniej pomarańczy. Operację wykonano, po dwutygodniowem przygotowaniu chorego (vide I. Kiełkiewicz Gaz. lek. p. Nr. 3). Do przygotowania chorych zaniedbanych wystarcza, zdaniem prelegenta, założenie cewnika na stałe, cewnikowanie, a w ostateczności założenie trójgrańca Fleuranta. c) Dwudziestoletnią osobę wyleczoną ze skrócenia nogi po **złamaniu uda**, przez **ponowne złamanie** i wyciąg Volkmanowski do 25 klg. Wyciąg zakłada się stale sposobem Gelińskiego. d) Dwa przypadki **plastyki całego nosa z powodu nowotworów**. W jednym przypadku utrzymany był tylko brzeg nozdrzy, co jednak znacznie ułatwiło zabieg i dało doskonały rezultat kosmetyczny.

2. Kol. Maurer przedstawia dwa przypadki **wola operowane** metodą Kochera. Omawia obszernie wskazania do leczenia a) chirurgicznego i b) wewnętrznego. Leczenie wewnętrzne ma znaczenie tylko zapobiegawcze przed wolem w miejscowościach tą chorobą dotkniętych, czego w Polsce dotąd nigdzie i nigdy się nie czyni Natomiast wszystkie przypadki kliniczne grupujące się w zbiorze objawów hypo- czy hypertyreozy, dają obecnie bezwzględne wskazania do operacji. Co się tyczy samej techniki operacyjnej omówił sprawę obecnie aktualną, drenowania pooperacyjnego rany.

3. Kol. Dziubek przedstawia mężczyznę lat 43 z **kiłą rdzenia**. Choroba rozwinęła się w przeciągu roku od zakażenia. Chory był leczony kilkakrotnie w szpitalu. W czasie kiły 2-go rzędnej, przechodził obustronne zapalenie tęczówki. Mimo energicznego leczenia wystąpiły wybitne zmiany w rdzeniu. Chory zgłosił się z porażeniem pęcherza, odbytu i obu nóg. Chód prawie niemożliwy, spastyczny, zniesienie odruchów brzusznych, jądrowych, a wzmożenie odruchów kolanowych i Babińskiego. Czucie wszędzie dobrze utrzymane. Ponowne energiczne leczenie (wcierki, neo-salvarsan) działają korzystnie na opisane zmiany.

4. Kol. Biliński (Strzyżów) przedstawił **okaleczenie na szyji** w rodzaju *pharyngotomia subhyoidea*. Krtań zupełnie oddzielona od kości gnykowej, przełyk otwarty. Chorego odżywia się sondą. Wszystko przemawia za usiłowanem samobójstwem, które ranion**y** pokrywa i nie przyznaje. *Dr. Hinze.*

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 20 grudnia 1921 r.

Obecnych członków 16.

1. Kol. Rozenfeld przedstawia 29 letnią mężatkę w 8 miesiącu ciąży, która zatacza się silnie przy chodzeniu. Stan ten zauważono od 6 tygodni Odczyn Wassermanna ujemny. Zespół objawów nasuwa przypuszczenie **ogniska chorobowego w ośrodkowych drogach zewnątrz-móżdżkowych.**

2. Kol. Szaniawski odczytuje pracę: **„Stan obecny poglądów na wymioty okresowe z acetonemią u dzieci".** Z teorji, tłumaczących powstawanie tej sprawy, uwydatnił prelegent poglądy *Marfana* na znaczenie zmian chorobowych w komórkach wątroby oraz na warunki powstawania nadmiaru ciał acetonowych i nieznanej bliżej substancji wymiotnej. Zdaniem tego badacza wymioty okresowe u dzieci należą prawdopodobnie do szeregu cierpień pochodzenia anafilaktycznego. W zakończeniu omówił prelegent 3 własne przypadki: dzieci nie należały do sfer zamożnych, teorja więc przekarmiania tłuszczami nie znajduje tu uzasadnienia. Prelegent zaleca w przypadkach nudności i wymiotów u dzieci badanie moczu na aceton.

W dyskusji brali udział koledzy Wacław Kon, Łokczewski, Rozenfeld i mag. Nowak. Kol. W. Kon omówił źródła powstawania acetonu w ustroju. Między innemi wskazał na rolę drobnoustroju *clostridium butyricum* w powstawaniu w jelitach kwasów tłuszczowych drogą fermentacji. Kol. Rozenfeld nie uważa przekarmiania dzieci tłuszczami za dostateczny powód powstawania acetonemji i wymiotów okresowych; podkreśla, że w patogenezie kwasicy, oprócz wadliwej przemiany tłuszczowej, należałoby uwzględnić stopień zasadowości krwi i przemianę związków zasadowych w ustroju. Nadmierne wydzielanie ich przez nerki lub zatrzymanie w ustroju kwaśnego fosforanu sodowego może być przyczyną kwasicy.

3. Kol. Rozenfeld wygłosił odczyt: **„Nowsze zdobycze patologji czynnościowej serca"**, część I. **„o zwężeniu ujścia żylnego lewego".** (Będzie drukowane w Polskiej Gazecie Lekarskiej). *Łokczewski* (sekretarz)

Kaliskie Towarzystwo lekarskie.

Sprawozdanie za rok 1921.

W roku 1921 Kaliskie Towarzystwo Lekarskie liczyło 20 członków; przewodniczącym był kol. Koszutski, zastępcą przewodniczącego kol. Cegłowski, sekretarzem kol. Sulikowski, skarbnikiem i bibliotekarzem kol. Cichocki.

Posiedzeń odbyło się 9, a mianowicie:

Dn 18. II. 1921 r. 1. Kol. Cegłowski mówił: 1) o spostrzeganym przez siebie i operowanym przypadku **nawrotu przepukliny pachwinowej**; 2) o przypadku samoistnego wyleczenia **wgłobienia jelit** z pokazem wydzielonego przy oddawaniu stolca pół metrowego zmartwiałego jelita; 3) o wykonanej operacji **przetoki kiszkowej** z zastosowaniem guzika Murphy; 4) o stosowanej przez siebie narkozie eterowej; 5) o dokonanej przez siebie operacji **gastroenterostomozy** wskutek owrzodzenia żołądka.

2. Kol. Czajkowski mówił o spostrzeganym przez siebie nowotworze, wyrastającym z rany szrapnelowej za uchem.

Dn. 17. III. 1921. 1. Kol. Koszutski przedstawił **chłopca** z prawostronnym **naczyniakiem twarzy**, przyczem zmiany wrodzone wpłynęły i na budowę gałki ocznej, mianowicie białkówka i rogówka są większe, niż na lewej stronie.

2. Kol. Cegłowski przedstawił ozdrowieńca po wycięciu 2 żeber wskutek **ropniaka pneumokokowego**. U chorego przez długi czas rozpoznawano gruźlicę płuc, ważył 100 f. Po operacji stopniowo poprawił się, przyszedł do sił i obecnie czuje się zdrowym i waży 170 funtów.

Dn. 25. IV. 1921. 1. Kol. Białobłocki przedstawił chorą po **rozlanem zapaleniu całej skóry** wskutek wysmarowania całego ciała dziegciem oraz wyszorowaniu się w kąpieli szarem mydłem. Cała skóra była w stanie zapalnym, mokra z oddzielającemi się całemi płatami naskórka. Stan ogólny zawsze był dobry. Obecnie stan skóry jest o wiele lepszy i chora dobrze się czuje.

2 Kol. Koszutski przedstawił chorego z **bielmem obu óczu** wskutek jaglicy, oraz chorą z **zapaleniem całej gałki ocznej.**

3. Kol. Zucker opowiada o spostrzeganym przez siebie **noworodku potworku bez jednej nóżki**, z palcami kończyn pozrastanemi, z zarośniętemi oczyma, z jednym otworem nosowym. Potworek żył krótki czas.

4 Omawiano projektowane **ustawy o ordynacji lekarskiej i o izbach lekarskich** i przyjęto rezolucję, protestującą przeciw wielu punktom tego projektu.

Dn. 19. V. 1921 r. 1. Kol Białobłocki a) mówił o spostrzeganym przez siebie chorym, cierpiącym od roku na **wysypkę grudkową twarzy i rąk**; cierpienie to uważa za trąd.

b) Odczytał wykład pt.: **„Przyczynek do stosowania preparatów arszeniku"**, w którym mówił o stosowaniu atoksylu, salwarsanu i neosalwarsanu nie tylko w kile, lecz i w cierpieniach, połączonych z upadkiem tężyzny i odżywiania tkanek; wskazuje, że od lat 20 szeroko w swej praktyce stosował 5% atoksyl po 1 gm. bez żadnych powikłań.

Dn. 1. VI. 1921 r. 1. Kol. Cegłowski przedstawił preparat żołądka i wątroby z sekcji zmarłego na 4 dzień **po operacji gastroenterostomozy**, dokonanej z powodu trawiennego wrzodu żołądka; na sekcji stwierdzono szczelne i dokładne połączenie operacyjne żołądka z kiszką. Śmierć nastąpiła wskutek wycieńczenia, gdyż chory zbyt późno był skierowany na operację. Nawołuje do wczesnego skierowywania chorych na wrzód żołądka do chirurgów.

Dn. 22. VI. 1921 r. Kol Sulikowski przedstawił 14-letniego **ozdrowieńca po tężcu**, leczonego nacięciem żyły i wlewaniami fizjologicznego rozczynu soli oraz wstrzykiwaniem podskórnem 8 fl. surowicy swoistej.

2 Kol. Koszutski przedstawił 8-letniego chłopca z **wywinięciem powieki** na tle blizny po zagojonem owrzodzeniu zołzowem.

3. Kol. Białobłocki przedstawił chorą z **toczniem twarzy**, leczoną z dodatnim wynikiem wstrzykiwaniami atoksylu.

4 Kol. Tokarzewski odczytał wykład: **„Eugcnika a choroby społeczne"**. Rzecz ta była następnie drukowaną w Gazecie Kaliskiej.

Dnia 27 września 1921 r. 1. kol. Koszutski przedstawił a) dwie chore **z zaćmą** przez siebie operowaną; jedna z nich była operowaną w warunkach niekorzystnych (zapalenie spojówki, wypłynięcie wypadkowe podczas operacji części ciałka szklistego),

wynik jednak jest dodatni. b) Chorą, u której **łuszczka jaglicza** po przypadkowem zakażeniu oka wiewiórem prześwietliła się.

2. Kol. Białobłocki przedstawił 2 chorych na **toczeń twarzy**, leczonych atoxyl'em.

3. Kol. Cegłowski mówił o operacji usunięcia **wypędniętej macicy z dużym mięśniakiem**, przyczem dla uniknięcia wtórnego wypadnięcia pochwy zrobił przyszycie kikuta do ściany brzucha.

Dnia 24. X. 1921 r. 1. Kol. Cegłowski przedstawił a) 4 siostry z wyraźnym **wolem**. b) Mówił o dokonanej przez siebie **laparotomji** w 3 dni po porodzie, przy której znalazł w jamie brzusznej **wolną żółć i pęcherzyk żółciowy pęknięty**. Chora zmarła. c) O dokonanej przez siebie trepanacji wyrostka sutkowego; po operacji ciepłota przez trzy dni nie opadała, tętno ciągle było napięte i zwolnione; po zastrzyknięciu dwa razy po 4 fl. surowicy przeciwpaciorkowcowej wielowartościowej gorączka ustąpiła, chory wyzdrowiał.

2. Kol. Czajkowski przedstawił chorego, u którego po przebytem **nagminnem zapaleniu mózgu** wystąpiły objawy, świadczące o rozsianym procesie w mózgu i rdzeniu, przypominające pseudosklerozę Westphall-Strümpella. Po odpowiednich zabiegach fizjoterapeutycznych i wstrzykiwaniach scopolamini hydrobromici po 0.0003 chory znacznie się poprawił; leczenie w toku.

3. Kol. Pawłowski opisał spostrzegany przez siebie i operowany przez kol. Cegłowskiego przypadek **ciąży pozamacicznej** donoszonej i przedłużonej, ciekawy ze względu na przebieg i trudności w rozpoznaniu.

Dnia 17. XI. 1921 r. 1. kol. Auerbachówna przedstawiła dziewczynkę, która po durze brzusznym zapadła na **raka wodnego** z ciepłotą do 40°. Po zastosowaniu przez kol Cegłowskiego przyżegań i zastrzyknięcia surowicy przeciwbłoniczej chora wyzdrowiała. Choroba była powikłana różą.

2. Kol. Cegłowski zdał sprawę z operowanego przez siebie przypadku **ropnego zapalenia pęcherzyka żółciowego**. Chora wyzdrowiała.

3 Lekarz weterynarji Nehrebecki odczytał wykład: **Walka z gruźlicą, a sanitarny nadzór nad mlekiem i jego przetworami.** Po ożywionej dyskusji, w której stwierdzono wielki brak w mieście produktów nabiałowych i ujemne tego skutki, postanowiono zwrócić z się przedstawieniem do odpowiednich władz z prośbą o poczynienie kroków w celu poprawy tego stanu.

4. Kol. Czajkowski przedstawił różne **zafałszowane produkty spożywcze.**

Dnia 29. XII. 1921 r. 1. kol. Cegłowski przedstawił mężczyznę, operowanego przed dwoma tygodniami wskutek **żylaków goleni.** Zagojenie per primam; zwraca uwagę na ważność zaszycia *fasciae superficialis* dla uniknięcia przepukliny mięśniowej.

2 Kol. Koszutski przedstawił a) chorą, która **paznokciem niejako wytrepanowała sobie rogówkę.** Otwór okrągły o średnicy $2^1/_2$ mm w dolnozewnętrznym kwadrancie rogówki. Rana goi się czysto, lecz bardzo powoli: otwór zatkany masą galaretowatą, przednia komora odnowiona, wypadnięcia tęczówki niema. b) Dziewczynkę z ze.em **zewnętrznym** z zupełną obustronną emmetropią i pełną bystrością. W danym przypadku wada łamliwości nie mogła mieć wpływu na rozwój zeza.

3. Kol. Cegłowski zdał sprawę z operowanego przez siebie przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego i z operowanego mięsaka jajnika.

4. Kol. Czajkowski przedstawił **ciało obce z przewodu usznego**, które, jak się okazało, było małym polipem.

5. Kol. Pawłowski mówił o **połoźnicy**, którą na 2 dzień po porodzie zastał w stanie znacznego podniecenia, nieprzytomną. Chora wkrótce, przy rozpaczliwym stanie ogólnym, zmarła. Przypuszcza, że to były ataki **mocznicy** lub błyskawiczna posocznica.

Sulikowski, pisarz.

Towarzystwo Lekarzy Polaków na Śląsku w Katowicach.

Posiedzenie naukowe z dnia 19 lutego 1922 r.
Przewodniczy Dr. Hanke. Obecnych 39 członków.

1 Przyjęto statuty Towarzystwa i regulamin Sądu honorowego koleżeńskiego.

2. Kol. Hessek zdaje sprawę **ze stanu gospodarczego lekarzy Polaków na Górnym Śląsku.** Po przejęciu administracji w polskiej części Śląska zajmą polscy kandydaci wszystkie stanowiska lekarzy powiatowych i kierowników zakładów państwowych i prowincjonalnych. Szpitale miejskie podlegają władzom autonomicznym, a gwareckie kasie knapszaftowej w Tarnowskich Górach, wyłamują się więc z pod wpływu administracji polskiej, ale i tam drogą nadzoru sięgnie nasza ingerencja. Ustawodawstwo kolejowe pozostanie na terenie Śląska niezmienione, jedynie dyrekcja katowicka zostanie podzielona na część polską i niemiecką. W części polskiej będzie się uwzględniać tylko polskich lekarzy kandydatów. Ponieważ na obszarze Śląska mamy tylko niewielu lekarzy Polaków, będziemy zmuszeni dla obsadzenia tak rozlicznych stanowisk lekarskich sprowadzać kolegów z Polski, ale jak najlepszych, aby nauce lekarskiej polskiej wyrobić tu jak najlepszą opinję.

3. Kol. Hanke przedstawia sprawę zajęcia posad w **ubezpieczeniach miejscowych i krajowych.**

4 Kol. Pawelec wygłasza obszerny referat o **gruźlicy i sposobach walki z tą klęską** ludzkości i podaje, w jaki sposób należy się do tej pracy zabrać na Śląsku. Po wyczerpującej dyskusji wybrano Centralny Komitet dla walki z gruźlicą, w którym zogniskuje się organizacja walki z gruźlicą.

Hessek, sekretarz.

Związek lekarzy P. P. — Oddział łucki.

Posiedzenie naukowe z dnia 20 stycznia 1922.
Przewodniczy kol. Fr. Miłaszewski. Obecnych 8.

1. Kol. M. Jasiński przedstawił 16 letnią izraelitkę z wadą serca wysokiego stopnia na tle przebytego przed 3 laty gośćca stawowego. Przed dwoma tygodniami owa chora nagle zaniewidziała na lewe oko i trzymała to w tajemnicy: na dnie oka wytworzył się charakterystyczny obraz chorobowy z powodu **zatoru tętnicy środkowej siatkówki**. Od dwóch tygodni nagle straciła wzrok na lewem oku, gdy zwróciła się do mowcy, znalazł co następuje: na lewe oko nie widzi $(V = \frac{1)}{\infty}$, prawe oko N. Refrakcja miarowa, rogówka czysta. Źrenica lewego oka nieco szersza, bezpośrednia wrażliwość osłabiona, wzajemna zachowana. Przy badaniu dna oka wziernikiem stwierdzono w okolicy plamki żółtej i brodawki nerwu wzrokowego, której granice są zatarte, jasną białawo żółtą przestrzeń; jaskrawo występuje plamka i naczynia w okolicy zagłębienia środkowego. Z leków zastosowano KJ. Miesienia oka podług Perlesa zaniechano, ponieważ chorej sprawiało to silne bóle. Na operacyjny sposób leczenia chora się nie zgodziła.

W dyskusji brali udział wszyscy obecni. Kol. M. Pietkiewicz przytoczył przypadek nagłej ślepoty na tle histerji, jaki się zdarzył temi czasy u jednej z młodych urzędniczek województwa. Chora nagle oślepła na obydwa oczy, lecz w prędkim czasie po wypoczynku i odpowiedniem, wzmacniającem organizm leczeniu wzrok odzyskała.

2. Kol. Wojnicz nie mógł pokazać chorej, ponieważ po wyzdrowieniu ze szpitala wypisała się do domu, przedstawił więc tylko preparat zoperowanego raka kiszki prostej i gruczołów chłonnych, usuniętych z trójkątów Scarpy pochodzący od 67 l chorej; zauważyła ona przed pół rokiem krew w stolcu, gdy krwawienie i bóle w krzyżu, nogach i kiszce zaczęły się zwiększać, chora udała się o poradę do mowcy, który stwierdził raka w dolnym odcinku kiszki prostej z przerzutami do trójkątów Scarpy. U chorej dokonano operacji w uśpieniu chloroformowo eterowem w sposób następujący: forsownie rozciągnięto zwieracze odbytu i wynicowano kiszkę prostą wraz z nowotworem; asystent przez pochwę palcami wypinał nowotwór; cięcie poprowadzono w granicach zdrowej śluzówki, usuwając podłoże nowotworu wręcz do śluzówki pochwowej, którą pozostawiono jako zdrową; brzegi rany utrzymywano grubemi ligaturami i po nałożeniu szwu katgutowego ligatury usunięto. Kiszka się schowała nie przedstawiając znaczniejszego zwężenia swego światła. Następnie usunięto gruczoły chłonne z trójkątów Scarpy. Rany zagoiły się przez rychłozrost i po trzech tygodniach operowana opuściła szpital jako zdrowa.

W dyskusji zabierali głos koledzy: B. Bejlin, Fr. Miłaszewski i M. Kubaszewski.

3. Po odczytaniu i zatwierdzeniu protokołu z poprzedniego posiedzenia, prezes odczytał dwa pisma, jedno od komitetu pomocy doraźnej dla repatrjantów, drugie od Towarzystwa „Kropla mleka", wzywające lekarzy Związku do okazania pomocy chorym repatrjantom i biednym dzieciom i matkom. Na propozycję prezesa, lekarze chętnie zgodzili się przyjąć kolejne dyżury w obu instytucjach.

4. W wolnych wnioskach kol. B. Bejlin poruszył sprawę **etyki lekarskiej**, chcąc wywołać dyskusję nad poszczególnym przypadkiem, lecz prezes zaproponował wnieść sprawę pisemnie na następne posiedzenie.

prezes *Fr. Miłaszewski.* sekretarz *A. Wojnicz.*

III. Zjazd psychjatrów polskich we Wilnie.

W myśl uchwały II. Zjazdu Psychjatrów Polskich w dniu 4, 5 i 6 czerwca 1922 r. odbędzie się w Wilnie III Zjazd Psychjatrów polskich z następującym programem: 1. Ubezwłasnowolnienie wskutek choroby psychicznej. 2. Zaburzenia psychiczne związane ze zmianami w działalności gruczołów o wydzielinie wewnętrznej. 3. Zagadnienia terminologji psychjatrycznej. 4. Postępy w leczeniu psychicznie chorych. 5. Zmiany anatomiczne w chorobach psychicznych.

Powyższe referaty zasadnicze nie wyłączają tematów luźnych, jedynie będą miały przed niemi pierwszeństwo. Czas referatu zasadniczego ustalono na 20 min., przemówienia dyskusyjne na 5 min., czas referatu zasadniczego, który zagadnienie stawia, może być przedłużony do 30 min.

Termin zgłaszania odczytów upływa z dniem 25 kwietnia rb. W celu ułożenia dokładnego programu prac Zjazdu, Komitet uprasza o nadesłanie, oprócz tytułu, odczytu — jeszcze krótkiego streszczenia (o ile można pisanego na maszynie). Komitet organizacyjny prosi również wszystkich panów Kolegów, mających przyjechać do Wilna, aby powiadomili o tem Komitet również do dnia 25 kwietnia w celu przygotowania przez Sekcję mieszkaniową Komitetu odpowiedniej ilości lokalów w Wilnie dla członków Zjazdu. W pociągu pośpiesznym Warszawa—Wilno w dniu 3 czerwca rb. będą zarezerwowane miejsca dla członków Zjazdu tak w wozach zwyczajnych, jak i w sypialnych. Poczyniono sta-

rania o otrzymanie zniżek kolejowych dla członków Zjazdu. Wszelką korespondencję (zgłoszenia udziału w Zjeździe i ewentualnie tytuły referatów na powyższe tematy oraz inne, streszczenia odczytów itd) uprasza się skierowywać pod adresem: Wilno, Uniwersytet, Prof. St. Władyczko.

W imieniu Komitetu Organizacyjnego Przewodniczący Komitetu: Prof. Stanisław Władyczko.

Zjazd doroczny neurologów francuskich od 3—4 czerwca 1921.

Souques: Sprawozdanie o zespołach parkinsonowskich. S. nie uważa drżączki porażnej za jednostkę chorobową. Istnieją tylko zespoły parkinsonowskie, wynikłe z różnych przyczyn, działających atoli na jedną i tę samą okolicę mózgowia, mianowicie na jądra przynależne funkcjonalnie do ciała prążkowanego według jednych lub przedewszystkiem na miejsce czarne (*locus niger, substantia nigra* Soemeringi). według Tretiakowa.

Przyczyny zespołów parkinsonowskich. Nie stanowią przyczyny wzruszenia, jak to ongiś utrzymywali klasycy, a wykazuje to S. na podstawie bardzo starannie opracowanego materjału. Tak samo nie mają znaczenia przyczynowego urazy. Bardzo poważnem źródłem zespołów parkinsonowskich mogą być cierpienia zakaźne wśród nich na pierwszem miejscu zapalenie nagminne mózgu. Zatrucia nie odgrywają roli, kiła wyjątkowo, a miażdżyca prawdopodobnie także nie ma znaczenia, jakie jej przypisywano, chyba w obrazach parkinsonowskich na tle zmian ogniskowych (krwotoki, zmiękczenia, lakuny itp.).

Objawy parkinsonowskie. W streszczeniu tem uwzględniamy tylko szczegóły bardziej interesujące lub mniej znane Drżenie zazwyczaj na krótką bardzo chwilę ustaje w czasie ruchów dowolnych, czasem jednak wprost przeciwnie, nasila się. Nigdy nie spostrzegał objawu zgięcia w stawie biodrowym. Zniesienie ruchów automatycznych i skojarzonych wykazuje się za pomocą próby młynka i wywrócenia w tył (*renversement du tronc en arriere*). Przy próbie młynka chory wywija jednem ramieniem w koło, wówczas drugie ramię zwisa nieruchomo, gdy prawidłowo powinno ujawniać pewne wahania ruchowe. Przy próbie wywrócenia chorego siedzącego opartego na krześle ze stopami lekko wychylonemi naprzód i spoczywającemi na podłodze nagle podaje się krzesło silnie w tył. Wówczas u zdrowego i porażonego połowiczo (po stronie porażonej silniej) podudzia wychylają się znacznie wprzód, gdy u chorego na drżączkę pozostają one nieruchome. Brak ruchów automatycznych wyraża się w braku harmonji i krągłości takich ruchów, jak siadanie, chodzenie i zwroty przedewszystkiem. Zaburzenie więc dotyczy funkcyj ruchowych, bardziej „zwierzęcych", w przeciwstawieniu do zaburzeń piramidowych, przy których cierpią bardziej ruchy więcej zróżnicowane, inteligentne, bardziej „ludzkie". Zaburzenie to automatyzmu ruchowego mogłoby zależeć od przykurczeń parkinsonowskich znane są jednak przypadki, gdzie tych przykurczeń nie ma, a jednak zaburzenie ruchów występuje w identyczny sposób.

Do objawów choroby Parkinsona należy t. zw. *Kinésie paradoxale*, albo *progression métadromique*, polegająca na tem, że nieraz chory zupełnie i od dawna zesztywniali, nie mogący chodzić lub sprawnie mówić, ni stąd ni zowąd przez pewien czas chodzą i mówią zupełnie dobrze. Postacie kliniczne: typowa, poronna z drżeniem, bez sztywności mięśniowej i poronna ze sztywnością a bez drżenia. Obok tych trzech postaci należy wyróżniać: przedstarczą i starczą, młodzieńczą i postać unormowaną przez ogniska chorobowe duże w jądrach prążkowanych. Najbardziej aktualnym jest zespół parkinsonowski poencephalityczny. Nie wiemy, czy przy tem chodzi o przewlekły stan zapalny, który doprowadza z czasem do obrazu Parkinsonowskiego, czy też chodzi tylko o pozostałości blizn w nerwowym układzie, powstałych jako zejście ostrej sprawy zapalnej. Przytem zespół parkinsonowski może już w ostrej fazie cierpienia się ujawniać lub dopiero z czasem powstawać, w każdym razie, rozwijając się, szybciej niż w typowej chorobie Parkinsona

Zasadniczej różnicy objawowej między chorobą Parkinsona a zespołem poencefalitycznym nie ma. Zdaniem Souques'a są przypadki przejścia tego zespołu w prawdziwą chorobę Parkinsona. Różnica w przebiegu jest ta, że obok przypadków postępujących są takie, które zatrzymują się, a nawet poprawiają trwale.

Dyskusja: Netter utrzymuje, że jad zapalenia nagminnego żyje w ustroju bardzo długo, wywołuje nawroty i stałe pogarszanie się sprawy, uzyskujące szczyt nasilenia wówczas, gdy zjawia się obraz choroby Parkinsona, która też zwykle postępuje. Zresztą choroba Parkinsona i dawniej bywała czasem następstwem sporadycznie występującej sprawy zapalnej w mózgowiu, etjologicznie identycznej z obecnie panującem nagminnem zapaleniem. C. d. n.

Orzechowski.

Medycyna społeczna.

K. Jonscher, st. asystent klin. ped. Warszawa.

Z epidemjologji płonicy.

Znajomość nasza epidemjologji wielu chorób zakaźnych pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Nawet wykrycie i poznanie własności zarazków nie wyjaśniły wszystkich nasuwających się zagadnień — nie wyjaśniły z tego powodu, że, jak przekonujemy się coraz więcej, uwzględniały tylko jednę stronę sprawy. Bakterjologja, opanowawszy zupełnie umysły lekarzy, przyczyniła się niewątpliwie do znacznego zaniedbania strony klinicznej chorób zakaźnych, nie uwzględniała prawie zupełnie znaczenia własności ustroju ludzkiego dla ich powstawania i dla ich przebiegu.

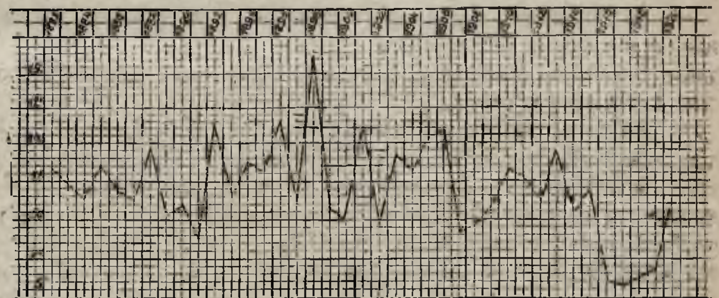
Obecnie, poznawszy te braki, staramy się je uzupełnić przez określenie zmian ustroju ludzkiego, sprzyjających powstawaniu chorób zakaźnych. Jak to zwykle bywa, nowy ten kierunek, jako reakcja przeciwko niepodzielnemu panowaniu bakterjologji w epidemjologji, wykazuje wyraźne skłonności do przejścia w drugą ostateczność — zbytniego przeceniania własności ustroju przy niedocenianiu znaczenia drobnoustrojów chorobotwórczych. Wyrazem tego jest chociażby praca Szontagha »o dyspozycji«.

Przeglądając nasze dotychczasowe wiadomości o wpływie stanu ustroju ludzkiego na powstawanie chorób zakaźnych, widzimy, że wiemy nie wiele więcej od dawniejszych autorów z czasów przedbakterjologicznych.

To też każde spostrzeżenie z tej dziedziny zasługuje na omówienie. Chciałbym zwrócić tutaj uwagę na zachowanie się płonicy w ostatnich latach, gdyż sądzę, że może się to przyczynić do uzupełnienia epidemjologji tej postaci chorobowej.

Przy przeglądaniu danych statystycznych m. st. Warszawy za ostatnie lata, zastanowiło mnie dziwne zachowanie się śmiertelności z płonicy — uległa ona w latach 1916-19 tak wybitnemu obniżeniu, jakiego nie notowano od dziesiątków lat. Dawniejsze obniżania się śmiertelności z płonicy nie dochodziły nigdy do tak niskiego poziomu i nie trwały nigdy tak długo. (Patrz tablica I.).

Śmiertelność z PŁONICY na 100.000 mieszkańców stoł. m. Warszawy



Tablica I.

Śmiertelność z płonicy

na 100.000 mieszkańców stoł m. Warszawy

Data	%	Data	%
1882	83,8	1902	49,4
1883	44,5	1903	91,6
1884	72,1	1904	83,0
1885	84,8	1905	103,9
1886	73,2	1906	107,2
1887	65,1	1907	42,2
1888	96,7	1908	45,4
1889	57,4	1909	56,3
1890	60,3	1910	84,5
1891	37,4	1911	76,9
1892	114,6	1912	57,8
1893	60,7	1913	98,8
1894	88,8	1914	54,4
1895	82,1	1915	68,9
1896	117,6	1916	10,0
1897	69,3	1917	7,0
1898	162,6	1918	10,6
1899	57,3	1919	14,8
1900	50,1	1920	62,6
1901	105,6		

Śmiertelność z płonicy

w odsetkach ogółu zmarłych.

Data	%	Data	%
1911	3,97	1915	2,82
1912	3,39	1916	0,43
1913	5,58	1917	0,33
1914	2,95	1918	0,64

Zachorzenia na płonicę w Warszawie na 100.000 mieszkańców

Data	%
1916	63,8
1917	37,9
1018	50,9
1919	86,1
1920	349,3

Liczba zgłoszonych przypadków płonicy w Warszawie była, jak widzimy, również bardzo mała w latach 1916—19. Dla należytej oceny tego faktu należało ustalić, czy było to zjawiskiem wyłącznie miejscowem, czy też dającem się stwierdzić w innych miastach, względnie krajach.

Poniższa tablica wykazuje, że spostrzegano to również w Krakowie.

Tablica II.

Śmiertelność z płonicy w Krakowie.

Data	wiek dzieci 0—1	1—5	5—15	0—15	% ogółu zmarłych
1911	8	57	22	87	6,5
1612	3	33	18	54	5,0
1913	10	57	31	98	7,5
1914	9	71	62	142	10,6
1915 [1]	9	21	19	49	5,7
1916	4	22	22	48	3,7
1917	—	20	11	31	2,5
1918	3	6	5	14	1,0
1919	3	13	6	22	1,9
1920	4	26	29	59	3,8

Nasilenie epidemji płonicy zmniejsza się również w Anglji w tym samym czasie, zwiększając się tak jak u nas, nieznacznie w roku 1919, wybitnie w roku 1920.

W Anglji zgłoszono przypadków płonicy:

1911	— 104.651	1916	— 75.722
1912	— 107.508	1917	— 48.817
1913	— 130.700	1918	— 48.129
1914	— 165.045	1919	— 82.398
1915	— 127.086	1920	— 119.438

W Niemczech Czerny stwierdza tak znaczne zmniejszenie się liczby przypadków płonicy (i gośćca stawowego), jakie przedtem spostrzegano tylko wyjątkowo i tylko dla bardzo krótkich okresów.

Fakty te zadziwiają niewątpliwie w pierwszej chwili, są one właściwie zupełnem przeciwstawieniem tego, czego należało oczekiwać. Mieliśmy przecież do czynienia, u nas i w Niemczech,[2]) z ludnością wygłodzoną, wyniszczoną, czyli przedstawiającą podatne podłoże dla wszelkiego rodzaju epidemij; to też szerzyły się one u nas, jak wiemy, w tym czasie w zastraszający sposób — gruźlica, dur osutkowy, brzuszny i powrotny oraz czerwonka zabierały liczne ofiary.

Zadziwiający wyjątek stanowi płonica; jakby głodzenie nie sprzyjało jej powstawaniu i szerzeniu się, jakby dopiero powrót do zwykłych (naogół jednak nieodpowiednich) warunków odżywiania (1919—1920) był niezbędny do jej rozwoju!

Jest to w każdym razie doświadczeniem na wielką skalę, potwierdzającem poglądy Czerny'ego i Szontagha na powstawanie płonicy. Czerny jest zdania, że rozwój i nasilenie epidemji płonicy jest odzwierciedleniem nieodpowiedniego odżywiania. Szontagh uważa, że dla powstawania płonicy niezbędne jest pewne »uczulenie« ustroju przez zaburzenia przemiany materji; w tym tak zmienionym ustroju paciorkowce znajdują odpowiednie podłoże dla swego rozwoju.

Za tem, że tak jest rzeczywiście, przemawiają jeszcze następujące fakty:

Na płonicę zapadają częściej naogół dzieci dobrze odżywione, rzadziej wyniszczone; jeżeli uprzytomnimy sobie ogólne wrażenie z oddziału płoniczego, to niewątpliwie musimy uznać, że przeciętny stan odżywienia tych dzieci jest znacznie lepszy od przeciętnego stanu na innych oddziałach szpitalnych.

W Ameryce uczyniono spostrzeżenie, że płonica szerzy się stosunkowo więcej w okręgach rolniczych, niż przemysłowych, chociaż z powodu gęstości zaludnienia w tych ostatnich należało oczekiwać raczej wyników wręcz przeciwnych. To zachowanie się płonicy zrozumiemy łatwiej, uwzględniając odmienne odżywianie się ludności na wsi i w miastach i jego znaczenie w powstawaniu tej postaci chorobowej.

Na słaby rozwój epidemji płonicy w latach 1916—1919 mogłyby teoretycznie wpłynąć jeszcze dwa czynniki:

1) Znaczna epidemja w roku 1913 w Warszawie, w Krakowie w 1913 i 1914 z następczem osłabieniem wskutek braku podatnych ustrojów. Przypuszczenie to jest mało prawdopodobne, gdyż nierównie większe epidemje, niż w roku 1913, spostrzegamy w Warszawie już uprzednio; nigdy jednak, jak już wspomniałem, nie powodowały one, nawet w przybliżeniu, tak niskiego spadku w latach późniejszych. Różnica jest tutaj zbyt wybitna, by pogląd ten można było uznać chociażby za prawdopodobny.

2) Możnaby przypuszczać, że znaczny rozwój innych chorób zakaźnych (dur osutkowy, czerwonka) nie sprzyjał szerzeniu się płonicy. Brak jest zupełnie jakichkolwiek danych na poparcie tego przypuszczenia; przeciwko nim przemawia chociażby zestawienie zachorowań i zgonów na choroby zakaźne Min. Zdrowia Publ. Widzimy tam, że n. p. w Województwie lwowskiem w roku 1921 panuje równocześnie epidemja duru osutkowego i płonicy, lub czerwonki i płonicy.

Dochodzimy do wniosków ostatecznych:

Wygłodzenie ludności i radykalna zmiana w odżywianiu w latach 1916—1919 spowodowały znaczne zmniejszenie się epidemji płonicy w całej Europie, czyli w szerzeniu się epidemji płonicy i w jej powstawaniu stan odżywiania i przemiany materji odgrywa wybitną rolę.

---

[1]) Ewakuacja Krakowa.

[2]) W Anglji odżywianie się ludności uległo również znacznym zmianom w czasie wojny.

W sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

Nad faktami, które w poprzednim numerze poruszył kolega Milgrom, zastanawiał się pewnie niejeden z lekarzy, biorących udział w zwalczaniu chorób zakaźnych. Stosunki te byłyby niezrozumiałe dla lekarzy, gdybyśmy patrzyli na nie tylko z punktu widzenia opieki nad chorą jednostką Lecz tu rozstrzygającą dla urzędów sanitarnych musi być ochrona społeczeństwa zdrowego, zaś los jednostki chorej jest niejako sprawą drugorzędną.

Że jednostka staje się ofiarą wymagań społeczeństwa, to z tem zjawiskiem spotykamy się też w różnych innych dziedzinach życia. Szerzeniu się epidemji musi się zapobiedz za każdą cenę, więc choćby z krzywdą dla jednostki.

Nie mamy statystyki, ażeby móc nią poprzeć nasze obawy co do szkodliwości transportu wozami chłopskiemi w porze zimowej. Lecz, choćbyśmy się na to zgodzili, to jak jednak przekonać rodzinę chorego, że właśnie co innego, a nie kilkumilowy transport wozem na mrozie lub na deszczu, w przypadkach niepomyślnych, był przyczyną śmierci.

Zresztą już ze stanowiska sanitarnego takie przewożenie chorych nie jest odpowiednie. Niema żadnej pewności, że choćby w drodze powrotnej różne osoby nie zetkną się z tym samym wozem.

Zakładania szpitalików prowizorycznych nie uważałbym za najlepsze rozwiązanie. Zazwyczaj brak odpowiednich ubikacyj; ale nawet, jeśli szpital można założyć, to i tak nie da się uniknąć przewożenia z domów daleko porozrzucanych

Jedynem wyjściem jest wyposażenie powiatu albo szpitali w osobne wozy dla chorych zakaźnych, odpowiednio urządzone, a najlepiej, gdzie drogi dobre, w automobile sanitarne.

Wobec teraźniejszego kierunku oszczędnościowego brzmi to napozór fantastycznie. Pominąwszy jednak, że takie wydatki nawet obecnie niepowinny należeć w budżecie do pozycyj skreślanych, miejmy nadzieję, że w niezbyt dalekiej przyszłości staną się rzeczywistością takie urządzenia, do których również należą prawidłowo kursujące wozy dla chorych w pociągach oraz przewożenie chorych chirurgicznych samochodem do szpitali prowincjonalnych. Z miejsc dla samochodu niedostępnych odbędzie się transport z mieszkania chorego do gościńca zapomocą wózka dwukołowego z odpowiedniem, dającem się odkażać pudłem. Na taki wózek każda gmina mogłaby się zdobyć przy zmniejszeniu wydatków na rzeczy mniej potrzebne. *Z. F. Ružicka* (Zator)

W sprawie zwalczania epidemji, omawianej w „Polskiej Gazecie lekarskiej“, podniósłbym szczególne znaczenie kolumn dezynfekcyjnych, zwłaszcza w górach, gdzie już nie samochodem, ale nieraz na wozie nie można zwieść chorego przez szereg miesięcy w roku, a nawet nieraz przez rok cały. W takim wypadku tylko mydło, wapno i maszynka do strzyżenia i golenia, i to wciąż

używane, mogą coś pomódz. Musi jednak tem wszystkiem kierować i wykonywać te czynności ręka uczciwa człowieka przejętego myślą niesienia pomocy bez względu na wstręt do niechlujstwa, a nieraz i opór, który trzeba w ostateczności pokonywać nawet przy pomocy policji.

Dla społecznej higjeny i czystości potrzebny jest bezwzględny zakaz plucia i zanieczyszczania wagonów kolejowych, stacyj, czego łatwo może przypilnować służba kolejowa, jeśli ta służba będzie odpowiedzialną za tę czystość dyscyplinarnie, natychmiast, podobnie jak jest odpowiedzialną za całość szyb. Publiczność zmuszoną zostanie do czystości karą natychmiast ściągalną. Podróżny, na którym przypadkowo stwierdzą wszy, nie powinien mieć prawa do jazdy koleją. Napisy i nalepki we wagonach i na stacjach, dotyczące przestrzegania czystości, to próżny wydatek, wobec kultury naszego społeczeństwa. Ściąganie natychmiastowe kar po poprzedniem pouczeniu przez umieszczenie odpowiednich ostrzeżeń z pewnością przyniesie skutek.

Dr. St. W. Nowak, Stary Sącz.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy Małopolski.

205 posiedzenie Wydziału Związku lekarzy Małopolski z dnia 18 lutego 1922.

Przewodniczy Dr. M. Cercha, sekretarz Dr. Kostecki, obecni: Prezydent Izby lekarskiej Dr. Strzemieński, jako gość; Dr. Bannet, Dr. Grzybowski, Dr. Kartowski, Dr. Póżniak, Dr. Rzegociński, Dr. Stahr i Dr. Żydłowicz.

Przyjęto protokół ostatniego posiedzenia. Uchwalono ogłosić zakaz zawierania z władzami rządowemi kontraktów co do udzielania porady lekarskiej urzędnikom państwowym i ich rodzinom bez porozumienia się ze Związkiem lekarzy Małopolski i Izbą lekarską.

Dr. Stahr porusza sprawę leczenia urzędników państwowych, którzy zapraszają w tej sprawie Związek i Izbę na wspólne posiedzenie. Na delegatów wyznaczono przewodniczącego Dra Cerchę i Dra Stahra. Imieniem Izby wystąpi prezydent Dr. Strzemieński. Wysłannicy mają przedstawić i przedmiotowo oświetlić obustronną szkodę, jaką pociągnąć za sobą musi narzucenie udzielania bardzo licho płatnej porady lekarskiej urzędnikom na koszt skarbu (wizyta u lekarza 200 marek, u chorego 400 marek, za zbadanie przez specjalistę o 50 marek więcej. Za wszelkie zabiegi operacyjne, położnicze, ginekologiczne, uszne, nosowe, oczne 1500 marek). Istotnie ubodzy urzędnicy spotykają się i tak zawsze z pełnemi względami lekarzy. Przez zgłoszonych lekarzy będzie można udzielać tańszej pomocy lekarskiej biedniejszym urzędnikom, o ile ci urzędnicy wykażą się świadectwami ubóstwa lub niezamożności. Co do czynników, wydających takie poświadczenia, można się umówić na wspólnem posiedzeniu. W razie nadużycia wspomnianą pomoc lekarska będzie cofnięta.

Uchwalono wydrukować odezwę do profesorów i docentów obu wszechnic, zredagowaną przez Dra Żydłowicza, w „Polskiej Gazecie lekarskiej“.

Dr. Żydłowicz zgłasza wniosek przystąpienia Związku do Związku lekarzy P. P. w Warszawie. Proponuje wybór osobnego komitetu z łona Związku, któryby się zajął opracowaniem głównego zarysu oraz warunków, na jakich przystąpienie to miałoby nastąpić. Po załatwieniu wstępnych prac należy zwołać z wiosną zjazd delegatów do Krakowa. Przyjęciem ich ma się zająć Wydział. Do Komitetu wybrano prezydenta Izby Dra Strzemieńskiego, z Wydziału Dra Grzybowskiego, Dra Stahra i Dra Żydłowicza.

Uchwalono poprzeć memorjał Związku lekarzy Okręgowych w Małopolsce, wystosowany do Ministerstwa zdrowia publicznego.

Dr. Żydłowicz przedstawia sprawę partactwa lekarskiego przez niejakiego Artura Andahazego w Krośnie. Po ukończeniu dochodzeń ma Wydział sprawę ogłosić w „Polskiej Gaz. lekarskiej“.

Pismem do Ministerstwa zdrowia publicznego załatwiono zażalenie Dra Tadeusza Mayzla ze Sokołowa pod Rzeszowem w sprawie bezprawnego zajęcia części prywatnego mieszkania na szkołę przez tamtejszą gminę. Ze względów sanitarnych Ministerjum zdrowia publicznego uważa umieszczenie klas w mieszkaniu lekarza (z 3 pokoji i kuchni zajęto 1 pokój z kuchnią) za przeciwwskazane i poleca ich usunięcie. Mimoto miejscowe czynniki lekceważą rozporządzenia najwyższych władz.

Prof. Dr. Zygmunt Radliński z Warszawy zgłasza swe wystąpienie ze Związku, a chęć pozostania w Kasie pogrzebowej. Uchwalono, że w podobnych przypadkach, o ile dotyczący wstąpi do tamtejszej organizacji, jaką jest Związek lek. P. P., może pozostać członkiem Kasy pogrzebowej, w przeciwnym razie zostanie wykreślony. Formalne zgłoszenie wystąpienia ze Związku powinno się odbywać pismem poleconem do Wydziału tylko w miesiącu grudniu, rok naprzód.

Przeznaczono 50.000 marek na subskrybowanie pięciu udziałów Spółki Wydawniczej lekarskiej we Lwowie (Polska Gazeta lekarska).

Do Związku i Kasy pogrzebowej przystąpił Dr. Jan Opolski ze Stanisławowa, Dr Łucjan Gawenda z Mielca. Do Kasy pogrzebowej członkowie Związku dyr. szpit. Dr. Stanisław Choróbski ze Sambora i Dr. Antoni Kuczewski z Zakopanego. Kasa pogrzebowa liczy 400 członków. Premja pogrzebowa 80.000 marek.

Sekretarz Dr. *Kostecki*. Przewodniczący Dr. *Cercha*.

Odezwa

do Grona Profesorów i Docentów Wydziału lekarskiego Wszechnicy Jagiellońskiej w Krakowie i Wszechnicy Jana Kazimierza we Lwowie.

W myśl uchwały Walnego Zgromadzenia zwraca się Wydział Związku lekarzy Małopolski w Krakowie z następującą sprawą:

Od chwili powstania wolnej Ojczyzny dąży rząd Rzeczypospolitej systematycznie do zsocjalizowania stanu lekarskiego. Widać to aż nadto dobrze z uchwalonych już ustaw i projektów do nich. Wszystkie one zmierzają do wytworzenia „urzędniczego“ stanu lekarskiego, za ciężką, niebezpieczną i ofiarną pracę licho wynagradzanego. Obecnie doszedł znowu do skutku projekt zabezpieczenia bezpłatnej pomocy lekarskiej na wypadek choroby dla urzędników i ich rodzin. Wypłacając niedostateczne pensje swym urzędnikom, chce rząd braki te wyrównać i daje im podarunek z cudzej kieszeni. Niedługo czekać, a wyłoni się niewątpliwie w najbliższej przyszłości projekt ubezpieczenia na wypadek choroby wszystkich kmieci w Polsce, bez względu na ich zamożność. Jeśli tak dalej pójdzie, doczekamy się rychło, że nie będzie u nas nikogo, coby nie był ubezpieczony w jakiejś kasie chorych. Maluczko, a niebawem mała część chorych będzie zajeżdżała przed lokal Kasy własnym powozem, czy też samochodem. Nie potrzebujemy dodawać, że najgorzej na tem wyjdą obie strony, tj. chorzy i lekarze. Pierwsi będą rzeczywiście urzędownie leczeni, a dla drugich ustanie wszelkie szlachetne współzawodnictwo i wszelka chęć do dalszego kształcenia się celem pogłębienia wiedzy.

Wobec tej grozy Związek lekarzy Małopolski wziął obecnie na siebie ciężki trud, w ścisłem porozumieniu z Warszawą, Poznaniem, Lwowem i Lublinem, jednolitego i karnego zrzeszenia wszystkich lekarzy w Polsce, by w ten sposób zapobiec wszelkim usiłowaniom ubrania lekarzy w mundur licho płatnych urzędników.

W chwili tworzenia się przed 20-tu laty organizacji lekarzy w Małopolsce stanął na jej czele profesor Wszechnicy Jagiellońskiej śp. Dr. Henryk Jordan, a dzisiaj jeszcze pamiętamy, że Jego to inicjatywie i wytężającej pracy udało się, choć w części, szeregować lekarzy.

W czasie, gdy rozpanoszone wojenne i powojenne szumowiny zepchnęły na szary koniec pracującą dla dobra społeczeństwa inteligencję, która wiedzie marny żywot, ostatnia już pora, aby nasi naukowi przewodnicy i przodownicy złączyli się z rzeszą lekarską. Niewątpliwie wszyscy odczuwają, a niebawem jeszcze dotkliwiej odczują system, który coraz bezwzględniej i śmielej spychać nas będzie na ów szary koniec.

Wielu już z pośród Was należy do Związku, są jednak tacy co o nim nie myślą i Tych do wstąpienia w nasze szeregi serdecznie zapraszamy. Nie wyłącznie o wkładkę i bierne przystąpienie nam chodzi; pragniemy przedewszystkiem widzieć swych przewodników uniwersyteckich przy pracy i poza uniwersytetem na innem wspólnem polu, a tem jest organizacja. Za Waszym pięknym przykładem pójdzie również ogół młodych i najmłodszych lekarzy, którzy dziś są najzupełniej obojętni dla najżywotniejszych spraw, godzących śmiertelnie w najbliższą tych lekarzy przyszłość. Na lekarskiej niwie społecznej pracują tylko starzy i starsi koledzy, którzy niedługo może nie będą wcale potrzebowali pomocy Związku. Młodzi śpią, a zbudzą się dopiero, gdy im z ręki podczas snu wszystkie wypadną atuty. Wtedy nie pozostanie nic innego, jak tylko ugiąć karku i pójść w jarzmo!

Wydział Związku lekarzy Małopolski w Krakowie:

Dr. *Kostecki*, Sekretarz. Dr. *Cercha*, przewodniczący.

Od redakcji.

Z powodu strejku składaczy nie mógł wyjść w swoim czasie Nr. 12 i 13 naszego pisma; niniejszy, opóźniony, obejmuje obydwa razem. Celem regularnego dostarczania naszego pisma w przyszłości zmuszeni jesteśmy jeszcze numer 14 15 wydać jako jeden zeszyt o objętości powiększonej. Następne numery będą otrzymywali Czytelnicy znacznie wcześniej niż dotąd.

Wiadomości bieżące.

Sprawozdanie z Międzynarodowej Konferencji sanitarnej, która odbywa się w Warszawie, podamy w możliwie najbliższym numerze.

Lwów.

Walne Zgromadzenie Spółki wydawniczej lekarskiej odbyło się dnia 25 bm. we Lwowie. W zebraniu, któremu przewodniczył prof. dr. Beck a następnie dr. Szumlański, uczestniczyli prócz

licznych udziałowców ze Lwowa, udziałowcy i pełnomocnicy z Warszawy pełnomocnicy udziałowców z Krakowa i Łodzi, oraz pełnomocnicy i udziałowcy z prowincjonalnych miast Małopolski i b. Kongresówki. Po przeprowadzeniu prawnych formalności i po dyskusji uchwalono statut Spółki, poczem wybrano Radę nadzorczą. Następnego dnia ukonstytuowała się Rada nadzorcza, wybierając prof. Renckiego prezesem, dr. Stankiewicza (Warszawa) zastępcą prezesa, doc. dr. Bocheńskiego sekretarzem, w dalszym ciągu wybrano Zarząd Spółki i omówiono szczegóły, dotyczące najbliższej jej działalności. Na podstawie uchwał Walnego Zgromadzenia, a następnie Rady nadzorczej, rozpoczyna Spółka wydawnicza lekarska wydawać pod własną firmą „Polską Gazetę Lekarską“ i „Pedjatrję“, a spełniając swe cele, przystępuje także do wydawnictwa podręczników i monografyj z zakresu medycyny.

Zawiązanie pierwszej na ziemiach polskich i w zjednoczonej Polsce „Spółki wydawniczej lekarskiej“, utworzonej i złożonej z lekarzy, jest dużym i wielce pocieszającym krokiem naprzód w dziedzinie wydawniczej naszego perjodycznego i książkowego piśmiennictwa lekarskiego. Nowo zawiązana „Spółka“, oparta na poważnych kapitałach, oraz fachowem kierownictwie znanych wydawców, p. A. Altenberga i Gubrynowicza, spełni niewątpliwie swe cele z wielką korzyścią dla polskiego świata lekarskiego i uczącej się młodzi lekarskiej na naszych Wszechnicach.

Ze względu na szeroki zakres swej działalności kapitał „Spółki“ ma być wydatnie powiększony, dlatego też udziały w dalszym ciągu mogą być zgłaszane przez lekarzy.

Izba lekarska na posiedzeniu w dniu 5-go marca br postanowiła na rok bieżący (1922) opłatę w wysokości 1000 Mp. Opłatę należy nadesłać kwitem pocztowej kasy oszczędności w Warszawie, który zostanie doręczony lekarzom zamiejscowym pocztą. Lekarze zamieszkali we Lwowie zechcą uiszczać opłatę roczną bezpośrednio w biurze Izby (Lindego l. 5.). O ile uiszczenie opłaty nastąpi po dniu 30-tym czerwca 1922, należytość roczna zwiększa się o 500 marek.

Kraków.

Zarząd Biblioteki Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Prym. Dr. Kostrzewskiemu i Dr. Weissbergowi, za czasopisma ofiarowane Bibliotece.

Polskie Towarzystwo Balneologiczne wyda w najbliższym czasie, jako załącznik do Pol. Gaz. Lek., spis polskich, czynnych zdrojowisk ze wskazaniami i środkami leczniczemi. Ponadto umieści spis lekarzy tam praktykujących, o ile zgłoszą się oni do Administracji Wydawnictw P. Tow. Baln. (Kraków, Bonerowska 11, H. Fallek) i zapłacą z góry za ogłoszenie 1000 Mk

W sprawie propagandy higjeny dziecka do Krakowa przybył p. Charles Phillips, dyrektor departamentu popularnego wykształcenia przy amerykańskim Czerwonym Krzyżu w Warszawie. Amerykański Czerwony Krzyż bierze czynny i nader żywy udział w ruchu społecznym, jaki zapanował w Polsce w kierunku uzdrowienia podstawy narodu tj. dzieci, tej podstawy tak zagrożonej z powodu stosunków wojennych i powojennych. Prócz założenia z górą 200 poradni i stacyj, dostarczania odpowiedniego pożywienia i opieki lekarskiej zabrano się energicznie do pracy oświatowej wśród matek i ojców. Praca ta będzie miała na oku przedewszystkiem krzewienie higjeny dziecka. W tym celu utworzony będzie lotny oddział, który zwiedzać będzie cały kraj celem urządzania odczytów, pokazów kinematograficznych, rozdawania odpowiednich oryginalnych broszur itp. Prelegentami będą lekarze polscy. Oddział lotny będzie składał się z trzech lekarzy i jednej lekarki, a przybycie jego poprzedzi zawsze przyjazd sekretarza oddziału, który, zaopatrzony w listy polecające od Ministerstw, będzie starał się o pozyskanie do współpracy przedstawicieli urzędów zdrowia i władz szkolnych, oraz miejscowej prasy. Na początek oddział objedzie większe miasta, w których już istnieją poradnie. Oto ogólny zarys działalności „Oddziału propagandy higjeny dziecka“. Owocność tej pracy pożytecznej została już stwierdzona i wypróbowana we Francji, gdzie przeprowadził ją Instytut Rockefellera celem poparcia walki z gruźlicą. Zainteresowanie się nią u nas Ministerstwa zdrowia i oświecenia oraz polskiego Czerwonego Krzyża przyczyni się niewątpliwie do pełnego powodzenia tak bardzo humanitarnego i dla nas ważnego przedsięwzięcia.

Warszawa.

Rada Warszawskiego Towarzystwa Higjenicznego podaje do wiadomości, że od dnia 1 maja br. wakuje stanowisko redaktora miesięcznika „Zdrowie“, jedynego pisma polskiego poświęconego higjenie. Pragnący zająć to stanowisko proszeni są o zgłoszenie się do Zarządu Towarzystwa (Karowa I. 31) w celu omówienia warunków.

I. Walne Zgromadzenie członków Polskiego Tow. dermatologicznego odbędzie się w dniu 7 i 8 maja br. w Warszawie. Tematy (dowolne) prac i referatów zgłaszać należy najpóźniej do 1 kwietnia br. na ręce sekretarza kol. R a c i n o w s k i e g o, Warszawa, Książęca 2.

Z ramienia Polskiego Komitetu do zwalczania raka odbędą się w sali wykładowej Zakładu Fizjologji w Uniwersytecie (Krakowskie Przedmieście, Uniwersytet. Gmach na lewo, I-sze drzwi, I-sze piętro), począwszy od 30. III. 1922, w każdy czwartek, od 8 wiecz. do 10 wiecz. dla lekarzy, względnie studentów, następujące odczyty z nauki o nowotworach, zwłaszcza o raku:

W marcu 30-go: I. Dane ogólne z nozologji nowotworów Dr. Sterling-Okuniewski. II. Teorje pochodzenia nowotworów. Prof. Dr. Hornowski.

W kwietniu 6-go: III. Badania doświadczalne nad nowotworami IV. Leczenie ogólne. Dr. Czesław Jankowski.

13 go: V. Leczenie promieniami Roentgena. Dr. G. Fr. Drozdowicz. VI Leczenie radem. Dr Kaz. Węckowski

20-go: VII Stosunek nowotworów do układu krwiotwórczego. Dr Stanisław Klein. VIII. Rak przewodu pokarmowego. Dr. Br. Wejnert.

27-go: IX. Rak narządów płciowych kobiecych. Dr. L. Lorentowicz. X. O nabłoniakach. Prof Dr. Krzyształowicz.

Wejście bezpłatne.

Z różnych stron.

Zjazd dermatologów i syfilidologów francuskich odbędzie się w Paryżu w dniach 6, 7 i 8 czerwca br. Udział w Zjeździe mogą brać zarówno lekarze francuscy, jak i zagraniczni. Zgłoszenia i wkładki w kwocie 60 fr. przesyłać należy przed 15 maja pod adresem: M. le Dr. Hudelo, 8, rue d'Alger à Paris.

Fundacja Rockefellera, mając na celu pomoc dla wszystkich narodów na polu zdrowia publicznego, obdarzyła w r. 1912 Uniwersytety (Wydziały lekarskie) w Kanadzie kwotą 5 miljonów dolarów, przeznaczyła bardzo znaczne sumy na Wydział lekarski w Londynie, między innemi 5 miljonów na złączenie i wyposażenie szkół lekarskich, obdarzyła 1 miljonem fundację imienia królowej belgijskiej i postanowiła swoim kosztem zrekonstruować Wydział lekarski w Brukseli. Dla P o l s k i, Austrji, Węgier, Jugosławji i Czech, opłaca fundacja czasopisma lekarskie angielskie i amerykańskie. W Chinach buduje fundacja szkołę lekarską w Pekinie, subwencjonuje 31 szpitali, które też jej kosztem mają być powiększone. „Szkoły higjeny i zdrowia publicznego“ w Johns Hopkins University i w Brazylji otrzymują znaczne zasiłki. 90 studentów należących do 13 narodowości otrzymuje stypendja celem przygotowania się do działalności nauczycielskiej. W miastach amerykańskich do Anglji, Belgji i Jugosławji utrzymuje fundacja higjenistów i lekarzy. W Ameryce południowej i środkowej prowadzi fundacja walkę z żółtą febrą, w 10 Stanach Ameryki północnej walkę z zimnicą, popiera badania mikrobiologiczne w 9 Stanach Ameryki półn i 18 państwach obcych. Bardzo znaczne zasiłki otrzymuje Czechosłowacja na publiczną służbę zdrowia. We Francji stworzyła fundacja podczas wojny liczne sanatorja i dyspenzatorja, oraz szkoły i organizacje opiekunek zdrowia, obecnie już przejęte przez rząd francuski. Wreszcie 1 miljon dolarów przeznaczyła fundacja na sieroty wojenne w Europie. (Presse med. Nr. 21. z 15. III. 1921).

Jak widać z tego, zakres działania fundacji Rockefellera jest istotnie wszechświatowy, a środki jej olbrzymie. Wśród obdarzonych krajów znajduje się i Polska, gdzie opłacanie przez fundację części kosztów czasopism lekarskich angielskich i amerykańskich, wobec stanu naszej waluty bez tej pomocy prawie niedostępnych, jest istotnem dobrodziejstwem dla instytutów uniwersyteckich. Zdaje się, że poza tą pomocą nie udziela fundacja innych zasiłków dla Polski, mniej na nas zwracając uwagi niż np. na Czechy. Może to i lepiej, im więcej będziemy opierać się na własnych siłach; szlachetną zaś pomoc Ameryki bez względu na jej rozmiary na zawsze zachowamy w pamięci.

Piśmiennictwo lekarskie w Rosji W roku 1917 w związku z rewolucją, a szczególnie z anarchją, która panowała w Rosji po przewrocie bolszewickim, pism lekarskich nie było. W 1918 r. Towarzystwo lekarskie imienia Pirogowa i centralny Związek zawodowy lekarzy w Moskwie wydawały pismo „Obszczestwennyj wracz“, miesięcznik, poświęcony wyłącznie sprawom zawodowym. Pismo to niedługo się utrzymało. Nieprzychylne stanowisko Komisarjatu zdrowia względem organizacyj zawodowych wyłącznie lekarskich, jak również okropnie ciężkie warunki, nie sprzyjające jakiejkolwiek pracy, sprawiły, że musiano zawiesić to pismo. Artykuły pomieszczone w pierwszych 5 numerach tego pisma były to głównie referaty poświęcone durowi osutkowemu, a odczytane na Zjeździe Pirogowskim w r. 1918. W 19 9 r. powstaje w Charkowie pod redakcją prof. Szatiłowa i Fawra miesięcznik „Wraczebnoje dieło“. Pismo to było przez dłuższy okres jedynym naukowym miesięcznikiem lekarskim w Rosji. Szczególnie zasługuje na uwagę Nr. 12—20 z 1 grudnia 1920 r. poświęcony nowym zdobyczom wiedzy o durze osutkowym (176 str.) Streszczenie z tego numeru prześlę do następnego numeru „Polskiej Gazety lekarskiej“. W 1921 r. wychodzą w Moskwie pod redakcją prof. Pletniewa i innych „Kliniczeskaja medicina“ i „Referatywnyj żurnał“, w Petersburgu pod redakcją prof. Feodorowa „Nowyj chirurgiczeskij archiw“. Towarzystwa lekarskie w Kursku, Tule, Wiatce i Saratowie wydają miesięczniki, dwumiesięczniki i kwartalniki. Od 1919 r. Komisarjat zdrowia wydaje bardzo nieregularnie pismo pod nazwą „Izwiestia Narodnogo Komisarjata Zdorowia“, redagowane przez dr. Sołowiowa Pismo to zawiera dekrety Komisarjatu zdrowia, artykuły Sysina o chorobliwości i śmiertelności z chorób zakaźnych w Rosji, sprawozdania gubernialnych zarządów zdrowia, a także wskazówki o planach i drogach urzeczywistnienia tak zwanej „sowieckiej medycyny“. *Sz. Tenenbaum* (Piotrków).

Zmarli.

Dr. Kazimierz Ś c i b o r o w s k i, starszy lekarz powiatowy w Brzesku, w 58 r. ż.

Dr Jan P o r a d a, em. major-lekarz W. P. w 39 r. życia w Krakowie.

Nr. 14 i 15. 9 kwietnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. dr. Jakób Rothfeld, asystent kliniki ch. nerw. Lwów.

Badania doświadczalne nad wpływem półkul mózgowych, międzymózgowia i śródmózgowia na odczyny ruchowe z narządu przedsionkowego ucha.

Z Zakładu fizjologji Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

Sprawa lokalizacji odczynów ruchowych, wywoływanych drażnieniem błędników, jest mimo licznych badań nierozwiązaną. Badania te opierają się z jednej strony na spostrzeganiu zaburzeń w tych odruchach w przebiegu schorzeń układu nerwowego, z drugiej strony na badaniach doświadczalnych na zwierzęciu, które mają za zadanie kontrolować te wnioski, które się nasuwają ze spostrzegania klinicznego.

Pierwsze badanie doświadczalne na zwierzęciu zapoczątkowane zostały przez Barany'ego, Reicha i przezemnie.[1]) Wykazaliśmy w pracy wspólnie ogłoszonej zaburzenia w ruchowych odczynach po wycięciu lub przecięciu robaka móżdżku, po wycięciu półkul móżdżkowych i po zniszczeniu kory móżdżkowej nad robakiem. Z tego wysnuliśmy wniosek, że odczyny ku przodowi i ku tyłowi są umiejscowione w rdzeniu przedłużonym, a pozostają tylko pod wpływem móżdżku.

Sam badałem [2]) wpływ doświadczalnych obrażeń obszaru jądra Deitersa na błędnikowe odczyny ruchowe i stwierdziłem, że jądro Deitersa ma niewątpliwy udział w powstawaniu tych odruchów. Natomiast nie mogłem stwierdzić wpływu uszkodzeń jądra Deitersa na odczyn ku przodowi i ku tyłowi, co może pochodzi stąd, że uszkadzałem jądro Deitersa tylko po jednej stronie Nie jest wykluczone, że symetryczne uszkodzenia tego jądra po obu stronach spowodowałyby zaburzenia we wspomnianych odczynach ruchowych. Ta kwestja wymaga jeszcze opracowania.

Co się tyczy drogi, po której przenoszą się bodźce błędnikowe na mięśnie ciała, to stwierdziłem,[3]) że bodźce dla mięśni szyjnych przebiegają z błędnika przez przeciwległy powrózek podłużny tylny (*fasciculus longitudinalis posterior*), a dla mięśni tułowia i kończyn najprawdopodobniej przez *tractus Deitero-spinalis* po tej samej stronie.

Jakkolwiek wyniki tych badań rzucają pewne światło na ośrodkowy mechanizm powstawania odczynów ruchowych, wywoływanych z narządu przedsionkowego ucha, to jednak dalekiemi są od rozwiązania sprawy umiejscowienia. Tu należało — jak to zresztą zaznaczyłem już we wspomnianej pracy z Baranym i Reichem — zbadać odczyny ruchowe po wycięciu poszczególnych części ośrodkowego układu nerwowego: płata czołowego, skroniowego, sfery ruchowej, półkul mózgowych, międzymózgowia i śródmózgowia

Wpływ tych części układu nerwowego na odczyny ruchowe jest przedmiotem niniejszej pracy.

Metody badania zwierząt znajdzie czytelnik w pracach pod 2) i 3) przytoczonych. Muszę tu zaznaczyć, że w ciągu badań w niniejszej pracy przytoczonych, okazało się, że przy ocenianiu odczynów ruchowych nie wystarczy ocenić odczyn ruchowy jako całość, tylko że należy zwrócić baczną uwagę na odruch poszczególnych części ciała, które, dopiero razem wziąwszy, stanowią właściwy odczyn ruchowy. I tak przy odczynie ruchowym, występującym po kręceniu zwierzęcia przy poziomo ustawionej głowie, tj. przy odczynie kołowania, należy przedewszystkiem zwrócić uwagę na odczyn ruchowy głowy, na drżenie głowy (*nystagmus*), na jego nasilenie, na stosunek powolnego ruchu głowy do szybkiego; pokazało się dalej, że w warunkach prawidłowych ruch głowy przy nystagmie poziomym głowy jest ruchem złożonym, że głowa wykonuje równocześnie ruch około osi łączącej ciemię z podniebieniem — a więc zwrot i ruch około osi długiej, łączącej potylicę z pyskiem — a więc skręt. Na stosunek tych dwóch składowych należy zwracać uwagę, gdyż przy pewnych uszkodzeniach mózgu przeważa jeden ruch nad drugim i to jest punktem wyjścia niektórych zaburzeń w odczynach ruchowych. Rozłożenie każdego odczynu ruchowego na te poszczególne składowe jest, jak to niżej wykazuję, ważne dla zrozumienia tego tak bardzo skomplikowanego mechanizmu. Z tych powodów badaliśmy oddzielnie odczyny ruchowe głowy w ten sposób, że po skończonych obrotach przytrzymywano tułów, a głowę puszczano wolno; dla stwierdzenia odczynów ruchowych tułowia znowu wykonywano 10 obrotów i puszczano zwierzę całe wolno.

Dla zbadania wpływu poszczególnych części mózgu na odczyny ruchowe posługiwałem się usuwaniem operacyjnem tych części ośrodkowego układu nerwowego u królików.

Doświadczenia te obejmują następujące grupy:

1) Wycięcie półkul mózgowych bez uszkodzenia pnia mózgowego.

2) Wycięcie czołowych części półkul mózgowych.

3) Wycięcie półkul mózgowych a) z pozostawieniem wzgórka wzrokowego, b) wraz ze wzgórkiem wzrokowym, c) wraz ze wzgórkami czworaczemi.

4) Uszkodzenia pnia mózgowego bez naruszenia półkul mózgowych, uskutecznione w ten sposób, że po odsłonięciu mózgu odsuwałem półkule zapomocą szpatułki włożonej między obie półkule i wbijałem w pień mózgowy wązki nożyk Graefego. Oczywiście, że operacje te odbywały się na ślepo i dopiero badanie histologiczne wykazywało rozległość obrażenia. Doświadczenia 1—3 były wykonywane po jednej i po obu stronach.

Przed doświadczeniem badano zwierzę na krześle obrotowem, aby ustalić jakość i nasilenie fizjologicznych odczynów ruchowych. Po operacji zostawiono zwierzę jakiś czas w spokoju, potem dopiero przystąpiono do ustalenia tych objawów, które spowodował sam zabieg. Zwierzęta w przeważnej ilości przypadków obserwowano tylko przez jeden dzień; wyjątkowo zostawiano je jeszcze na 2-gi lub 3-ci dzień do badania. Zwracałem uwagę przedewszystkiem na zachowanie się zwierząt pod względem ruchowym, a więc czy zwierzę wykonuje ruchy ogólne, czy niema porażeń kończyn, czy niema zaburzeń równowagi ciała, czy ułożenie tułowia jest prawidłowe, czy ustawienie kończyn nie zbacza od ustawienia prawidłowego, czy niema wzmożonego napięcia mięśni kończyn. Dalej szczególną uwagę zwracałem na ustawienie głowy, na ruchy przymusowe głowy i takież ruchy tułowia. Dalej notowałem ustawienie gałek ocznych, wystąpienie nystagmu ocznego w spokoju i po ruchach głowy. Dopiero po ustaleniu tych objawów, wywołanych samym zabiegiem operacyjnym, przystępowałem do badania na krześle obrotowem. Po wielokrotnem badaniu i ustaleniu niewątpliwych zmian w odczynach ruchowych zwierzę zabijano, mózg wyjmowałem i utrwalałem, celem przeprowadzenia badań histologicznych.

Ogółem operowanych było 80 królików, Z powodu braku miejsca nie mogę podać w niniejszej pracy protokołów z doświadczeń i muszę się ograniczyć do podania wyników ogólnych z poszczególnych grup; protokoły ogłoszone będą w „Pflügers Archiv für die ges. Physiologie."[4])

Grupa 1.

Wycięcie półkul mózgowych bez uszkodzenia ciałka prążkowanego nie wywołuje zboczeń w odczynach ruchowych z narządu przedsionkowego ucha.

Grupa 2.

W doświadczeniach tej grupy wycięto czołowe części półkul mózgowych po jednej lub po obu stronach w ten sposób, że po usunięciu kości czołowej kilka milimetrów poza szwem ciemieniowo-czołowym i po przecięciu opony twardej przecinałem szpatułką półkulę i usuwałem jej przednią część. Zależnie od miejsca przecięcia objawy bywają różne:

Jednostronne wycięcia: a) o ile wycinamy przednią część półkuli przez ciałko prążkowane na wysokości jądra ogoniastego i soczewkowego, tam gdzie torebka wewnętrzna zaczyna się zaznaczać, to brak wszelkich zmian w odczynach; b) jeżeli cięcie jest bardziej oddalone tak, że trafia *globus pallidus* i otoczkę jądra soczewkowego (*putamen*), wtedy występuje różnica w nasileniu, drżenie głowy (*nystagmus*), a mianowicie jest ono ku zdrowej stronie ledwie zaznaczone, ku operowanej zaś silne; c) jeszcze więcej oddalone cięcie przez początki wzgórka wzrokowego powoduje brak szybkiego ruchu drżenia głowy ku stronie zdrowej, zostaje tylko powolny ruch głowy ku operowanej; drżenie głowy ku operowanej jest zachowane. Odczyn kręcenia się (*manege*) brak ku stronie operowanej.

Obustronne wycięcie części czołowych półkul mózgowych na wysokości początku wzgórka wzrokowego (jak pod c) powoduje brak szybkiego ruchu drżenia głowy, brak odczynu krę-

[1]) Barany, Reich i Rothfeld. Exper. Unters. über die vestibul. Reaktionsbewegungen an Tieren insbes. im Zustande der decerebrate rigidity. Neur. Zblt. 17 1912

[2]) Rothfeld. O wpływie doświadczalnych obrażeń rdzenia przedłużonego na odczyny błędnikowe z narządu przedsionkowego ucha. Rozp. Wyd. mat. przyrod. A. U. w Krakowie T, 54. Ser. B.,

[3]) Rothfeld. Physiologie des Bogengangapparates. Verhandl. der Gesell. der deutsch. Naturfor. u. Aerzte, Wien 1913.

[4]) Tom 192. Zeszyt 4/6.

cenia się (*manege*) ku obu stronom, obniżenie, względnie brak odczynów ku przodowi i ku tyłowi.

Grupa 3.

Grupa ta obejmuje doświadczenia, w których obok jednej półkuli mózgowej wycięto po tej samej stronie przednią część pnia mózgowego aż do wzgórka wzrokowego włącznie. Objawy po takim zabiegu są następujące:

1) występuje samoistne kołowanie ku stronie zdrowej i zwrot głowy ku zdrowej;

2) brak drżenia głowy ku stronie zdrowej, tj. brak szybkiego ruchu głowy ku zdrowej i powolnego ruchu ku operowanej; skręt głowy ku operowanej zachowany. W miejscu drżenia głowy ku zdrowej występuje skręt ku operowanej;

3) drżenie głowy ku operowanej zachowane;

4) manege ku operowanej brak; zwierzę pada ku zdrowej, manege ku zdrowej nie stale występuje;

5) odczyn padania zachowany ku obu stronom;

6) odczyn ku przodowi i ku tyłowi zachowany.

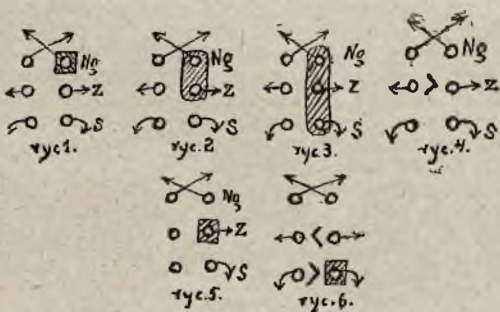
Grupa 4.

Wycięcie jednej półkuli mózgowej wraz z połową pnia mózgowego po tej samej stronie aż po śródmózgowie powoduje:

a) objawy samoistne: 1) skręt głowy ku stronie zdrowej, połączony czasem ze zwrotem głowy ku stronie zdrowej, 2) zaburzenia równowagi ciała, zwierzę pada ku stronie zdrowej, 3) zwiększenie napięcia mięśni kończyn po stronie operowanej.

b) zmiany w odczynach ruchowych: 1) brak drżenia głowy (*nystagmus*) w większości przypadków ku obu stronom po zadrażnieniu błędnika przez kręcenie przy poziomo ustawionej głowie, 2) brak odczynu kołowania (*manege*), zwierzę w przeważnej ilości przypadków pada ku stronie zdrowej, 3) odczyn padania po kręceniu przy pionowo ku górze zwróconej głowie jest silniejszy ku zdrowej, niż ku operowanej, 4) odczyn ku przodowi i ku tyłowi zaznacza się zwyczajnie tylko przez odczyn ruchowy głowy ku górze lub ku tyłowi. Badanie tych odczynów możliwe tylko przy ułożeniu zwierzęcia na stronie nie operowanej.

Z faktu niewątpliwie stwierdzonego, że w drugiej grupie doświadczeń, niszcząc ciało prążkowane aż do przedniej części wzgórka wzrokowego, wywołujemy ubytek szybkiego ruchu drżenia głowy ku stronie zdrowej, wynika, że możemy przyjąć istnienie ośrodka dla szybkiego ruchu drżenia głowy, umiejscowionego we wspomnianych miejscach. Działanie tych ośrodków jest skrzyżowane, t. zn., że lewy ośrodek powoduje szybki ruch drżenia głowy ku prawej i przeciwnie. Naznaczmy ten ośrodek dla szybkiego ruchu głowy przez Ng, a kierunek jego działania przez strzałkę (rys. 1). Zniszczenie Ng prawego powoduje zatem brak szybkiego ruchu drżenia głowy ku l e w e j; przez drażnienie błędników otrzymujemy w takim przypadku tylko powolny ruch głowy ku prawej Z tego wynika dalej, że musimy przyjąć oddzielny ośrodek dla powolnego ruchu jeden dla ruchu ku prawej, drugi ku lewej, a działanie tych ośrodków jest takie, że ośrodek powolnego zwrotu głowy po stronie prawej zwraca głowę na prawo, lewy na lewo. Naznaczmy te ośrodki literą »z«. Przyjęcie tych ośrodków zwrotu jest uzasadnione faktem, że w trzeciej grupie naszych doświadczeń, występuje po operacji zwrot głowy ku stronie z d r o w e j, czyli że pozostały ośrodek zwrotu przeważa; za istnieniem takich ośrodków przemawia i to, że w trzeciej grupie doświadczeń po kręceniu przy poziomo ustawionej głowie nie występuje zwrot głowy ku stronie operowanej tylko skręt głowy około osi długiej tj. łączącej potylicę z pyskiem, czyli że w tej grupie doświadczeń niszczymy powolny ruch drżenia głowy, a więc z w r o t ku operowanej. Przytoczony właśnie fakt, że możemy oddzielnie zniszczyć zwrot głowy, a skręt głowy jest przytem dalej zachowany i daje się wywołać przez zadrażnienie błędników, świadczy o istnieniu oddzielnego ośrodka dla z w r o t u, a oddzielnego ośrodka dla s k r ę t u głowy »s«; działanie tych ośrodków jest takie, że ośrodek prawy skręca głowę około osi potylica-pysk ku stronie prawej, a lewy ku lewej. Przyjęcie tych ośrodków znajduje swe uzasadnienie w grupie 4. doświadczeń, gdzie przez operacyjne obrażenia pnia mózgowego wywoływaliśmy stale skręt głowy ku stronie z d r o w e j; wobec tego, że w doświadczeniach grupy 3 zniszczony był wzgórek wzrokowy, a w grupie 4 wzgórek wzrokowy i śródmózgowie po jednej stronie, należy przyjąć, że ośrodek »z« umiejscowiony jest we wzgórku wzrokowym, a ośrodek »s« w śródmózgowiu. Za istnieniem tych ośrodków przemawia także ściśle spostrzeganie odczynu ruchowego głowy u królika zdrowego: przy poziomem drżeniu głowy ruch głowy nie odbywa się w idealnej płaszczyźnie poziomej, oś długa nie leży w płaszczyźnie poziomej, tylko nachylona jest do poziomu pod kątem mniej więcej około 45°, stąd też i oś krótka głowy nie stoi pionowo i stąd ruch głowy na prawo i lewo odbywa się około dwóch osi tak, że ruchy drżenia głowy przy drżeniu poziomem są złożone ze zwrotu i skrętu. I tak przy ruchu nystaktycznym głowy, np. na lewo, występuje wraz ze zwrotem głowy równocześnie skręt głowy na prawo (prawe ucho się obniża), z czego wynika, że przy odpowiedniem drażnieniu np. przez kręcenie 10 razy w prawo przy poziomo ustawionej głowie, a więc przy drżeniu głowy ku lewej, zostaje zadrażniony ośrodek zwrotu ku prawej i skrętu ku lewej, czyli, że »z« prawy i »s« lewy mają działanie sprzężone. To równoczesne pobudzenie tych dwóch ośrodków może być wynikiem jednego i tego samego bezpośredniego bodźca, albo pochodzi stąd, że przy zadrażnieniu »z« prawego zostaje zahamowany »s« prawy, a dzięki temu przeważa »s« lewy. Jeżeli kręcimy zwierzę zdrowe przy pionowo ku górze zwróconej głowie, to przedewszystkiem zostaje zadrażniony ośrodek skrętu, a obok tego zaznacza się także zwrot głowy ku stronie przeciwnej; wtedy zostaje zahamowany ośrodek zwrotu po tej samej stronie, po której jest zadrażniony ośrodek skrętu, np. przy zadrażnieniu »s« prawego zostaje zahamowany »z« prawy, a tem samem przeważa »z« lewy.



Zobaczmy, o ile na podstawie tego schematu dadzą się wytłumaczyć zaburzenia w odczynach ruchowych stwierdzone w naszych doświadczeniach.

Najważniejszym ubytkiem, spowodowanym wycięciem czołowych części półkul mózgowych wraz z corpus striatum i przedniej części wzgórka wzrokowego jest brak szybkiego ruchu drżenia głowy. Po wycięciu jednej strony występuje po zadrażnieniu błędników przez obracanie zamiast prawidłowego drżenia głowy tylko zwrot głowy ku stronie operowanej, a brak jest szybkich ruchów ku stronie przeciwnej. Ten niewątpliwie stwierdzony fakt pozwala wnosić, że szybki ruch drżenia głowy umiejscowiony jest w corpus striatum, względnie w przedniej części wzgórka wzrokowego i to w ten sposób, że prawy ośrodek daje przy odpowiedniem drażnieniu błędników drżenie głowy ku stronie lewej, lewy ku stronie prawej. Za tem przypuszczeniem przemawiają doświadczenia z obustronnem zniszczeniem przednich części półkul mózgowych, w których brak jest szybkiego ruchu drżenia głowy ku jednej i ku drugiej stronie. Tu należy podnieść, że oczopląs nie ulega zmianie wskutek usunięcia przednich części półkul mózgowych. Drżenie głowy jest zatem niezależne od drżenia ocznego czyli, że ośrodkowy mechanizm powstawania tych dwóch, u prawidłowego zwierzęcia równocześnie, pod wpływem jednego i tego samego bodźca się zjawiających odruchów, jest zasadniczo różny.

Dalszym ubytkiem w prawidłowych odruchach, wywoływanych przez obracanie przy poziomo ustawionej głowie, jest brak odczynu kręcenia się. Nasuwa się pytanie, czy brak tego odczynu jest bezpośredniem następstwem braku czołowej części półkuli mózgowej, czy pośrednim, wskutek braku drżenia głowy. Jaki jest stosunek odczynu kołowania do drżenia głowy w prawidłowych warunkach? Na podstawie dokładnej analizy odczynów ruchowych u zwierząt, [5]) doszedłem do wniosku, że odczyn ruchowy głowy jest nieodzownie koniecznym dla powstawania odczynu ruchowego tułowia i koń-

[5]) Rotbfeld. O wpływie ustawienia głowy na błędnikowe odczyny ruchowe u zwierząt. Rozp. Wyd. mat. przyrod. A. U. w Krakowie. T. 24. (cz. 2.) Ser. B.

czyn i że brak reakcji ze strony głowy może spowodować ubytek całego odczynu ruchowego z narządu przedsionkowego ucha. Błędnikowe odczyny ruchowe są bowiem uwarunkowane przez dwa czynniki: pierwszy, to bezpośredni wpływ bodźców błędnikowych na mięśnie tułowia i kończyn, drugi, to wpływ ruchów głowy na zmiany napięcia mięśniowego w kończynach i tułowiu. Zadrażnienie błędników powoduje z jednej strony reakcję głowy, z drugiej strony udziela się mięśniom kończyn i tułowia w ten sposób, że przyłącza się do objawów następowych, wywołanych zmianą ustawienia głowy względem tułowia. Wpływ odczynu głowy na błędnikowe odczyny ruchowe, wykazałem w ten sposób, że przeciąłem królikowi mięśnie karkowe, tak, że głowa spadała ku dołowi, a po zadrażnieniu błędnika nie mogły wystąpić ruchy głowy; odczynu kręcenia się nie było, mimo, że narząd przedsionkowy obwodowy i ośrodkowy nie był uszkodzony. Na podstawie tych badań doszedłem do wniosku, że odruch ze strony głowy jest konieczny do powstawania błędnikowego odczynu ruchowego i przyjąłem wtedy, że, gdyby z powodu przerwy w łuku odruchowym dla odczynu ruchowego głowy, odruch ten nie wystąpił, musiałyby się także ujawnić ubytki w odczynach ruchowych kończyn i tułowia. To przypuszczenie potwierdzają obecne doświadczenia, w których przez usunięcie czołowych części półkul mózgowych wraz z corp. str. i przedniej części wzgórka wzrokowego niszczymy ośrodek dla szybkiego ruchu drżenia głowy i wskutek ubytku tego odczynu ruchowego głowy brak także w tych doświadczeniach odczynu kręcenia się. Ubytek tego ostatniego odczynu jest zatem tylko pośrednim następstwem uszkodzeń odpowiednich ośrodków ruchów nystaktycznych głowy, a bezpośredniem następstwem braku odczynu ruchowego głowy.

Co się tyczy innych zmian, wywołanych wycięciem czołowych części pókól mózgowych, a mianowicie, zmian odczynów ku przodowi i ku tyłowi, to należy zauważyć, że do powstawania tych odczynów jest potrzebne w warunkach prawidłowych umiarowe działanie mięśni prawie całego ciała, głównie mięśni tułowia; w czasie odczynu ku przodowi jest kręgosłup wygięty wypukłością ku górze, w czasie odczynu ku tyłowi wypukłością ku dołowi. Jest to obok ruchu głowy — ku górze przy odczynie ku tyłowi, ku dołowi przy odczynie ku przodowi — najwybitniejszy objaw tych odczynów. Po wycięciu jednego płata czołowego prawidłowy odczyn jest o tyle zmieniony, że zwierzę zbacza, względnie zwraca się w czasie odczynu ku stronie zdrowej, tu uwidacznia się zatem pewna nieumiarowość w odczynie ruchowym, która jest wynikiem nieumiarowego napięcia mięśni tułowia, które w tym przypadku w pierwszym rzędzie wchodzi w rachubę.

W grupie 3 mamy po operacji zwrot głowy ku stronie zdrowej, a po zadrażnieniu błędników przez kręcenie przy poziomo ustawionej głowie brak drżenia głowy ku zdrowej, brak powolnego ruchu, zwrotu głowy ku operowanej przy zachowanym skręcie głowy ku operowanej; drżenie głowy ku operowanej jest zachowane. Mamy zatem zniszczenie ośrodka »Ng« np. prawego i »z« prawego. Brak »z« prawego tłumaczy nam zwrot głowy ku lewej, który występuje po operacji i jest wynikiem przewagi »z« lewego (rys. 2); po zadrażnieniu błędników przez kręcenie brak także zwrotu głowy na prawo, ponieważ »z« jest zniszczony czyli brak powolnego ruchu głowy na prawo, a w jego miejsce występuje skręt głowy ku prawej. Brak szybkiego ruchu głowy ku lewej tłumaczy się ubytkiem »Ng« prawego. Drżenie głowy ku prawej jest zachowane, ponieważ »Ng« lewy i »z« lewy są zachowane, a więc, w myśl powyżej wyłuszczonej teorji, drżenie głowy ku prawej może się odbyć.

Przejdźmy do 4-tej grupy doświadczeń, w których niszczyliśmy obok wzgórka wzrokowego także części śródmózgowia; jednym ze stałych objawów w tych doświadczeniach jest skręt głowy ku stronie zdrowej, będący wynikiem ubytku ośrodka dla skrętu głowy »s«. Obok tego stwierdziliśmy w tych doświadczeniach brak drżenia poziomego głowy ku obu stronom mimo, że tylko jedna strona międzymózgowia i śródmózgowia była zniszczona. Przyjmijmy, że mamy zniszczone międzymózgowie i śródmózgowie po stronie prawej (rys. 3). Brak »s« prawego powoduje skręt głowy ku stronie lewej, jako wynik przewagi »s« lewego. Ta przewaga »s« lewego wpływa hamująco na ośrodek »z« lewy, który nadto dzięki ubytkowi »s« prawego traci pobudzenia, które otrzymuje w fizjologicznych warunkach dzięki sprzężonemu działaniu tych dwóch ośrodków. Brak drżenia głowy ku lewej, brak zwrotu głowy ku prawej tłumaczy się ubytkiem »z« prawego i »Ng« prawego. Brak drżenia głowy ku prawej mimo zachowania »z« lewego i »Ng« lewego, należy sobie tak tłumaczyć, że zahamowanie ośrodka »z« lewego jest tak silne, że nie może się ujawnić działanie »Ng« lewego. Jak to jeszcze niżej przy omówieniu zaburzeń przy innych doświadczeniach wykażemy, działanie ośrodka dla powolnego ruchu głowy jest nieodzownie koniecznem dla ujawnienia się działania ośrodka dla szybkiej składowej drżenia głowy »Ng«. Jeżeli np. niszczymy sam ośrodek »z«, to nie będzie drżenia głowy mimo, że ośrodek »Ng« jest zachowany. W naszym przypadku zahamowanie »z« lewego jest tak znaczne, że równa się ubytkowi tego ośrodka i skutkiem tego także i »Ng« lewy nie może być pobudzony. Za tem, że ośrodek »z« lewy jest zahamowany przez »s«, przemawia i ten fakt w grupie 4 stwierdzony, że skręt głowy ku zdrowej wywołany samym zabiegiem operacyjnym, nie daje się zmienić przez podrażnienie błędników tak, że zarówno po kręceniu 10 razy w prawo, jak i 10 razy w lewo, głowa zostaje nadal skręconą ku lewej. Aby drżenie głowy ku prawej mogło w tym przypadku wystąpić, czyli aby mogło się ujawnić działanie »Ng« lewego, musi nastąpić zwolnienie napięcia »s« lewego tak, aby głowa mogła się zwrócić ku stronie prawej; tem samem zmniejsza się zahamowanie «z« lewego, co przyczynia się do ujawnienia działania ośrodka »Ng« lewego. O ile takie zwolnienie napięcia »s« lewego jest możliwe i głowa z ustawienia wywołanego zabiegiem operacyjnym zwraca się skutkiem zadrażnienia błędników ku linji środkowej, względnie ją przekracza, to wtedy i drżenie głowy ku stronie operowanej jest możliwe, jak się o tem w szeregu doświadczeń mogłem przekonać.

Skręt głowy ku stronie zdrowej, brak zwrotu ku operowanej, brak drżenia głowy ku stronie zdrowej tłumaczy się ubytkiem wszystkich trzech ośrodków po stronie operowanej, brak drżenia głowy ku stronie zdrowej, mimo, że ośrodek dla szybkiego ruchu ku zdrowej jest zachowany, tłumaczy się zahamowaniem ośrodka zwrotu ku stronie zdrowej, który jest potrzebny dla ujawnienia działania ośrodka dla szybkiego ruchu głowy ku operowanej. Zahamowanie tego ośrodka zwrotu jest spowodowane przewagą ośrodka skrętu ku zdrowej; o ile ta przewaga da się zmniejszyć przez zadrażnienie błędników, wtedy może wystąpić drżenie głowy ku stronie operowanej. D. n.

Prymarjusz Dr. Kostrzewski. Kraków.

Zachowanie się opon mózgowo-rdzeniowych wobec surowicy obcogatunkowej.

Zachowanie się opon mózgowordzeniowych wobec surowicy obcogatunkowej i sposób stosowania surowicy przy schorzeniach wewnątrz worka opon mózgowordzeniowych, przedstawiają jedno i tosamo zagadnienie. Tę samą sprawę ujęto raz ze stanowiska fizjologji względnie patologji, drugi raz ze stanowiska terapji. Zachowanie się opon mózgowordzeniowych wobec surowicy obcogatunkowej rozstrzyga o tem, jak należy stosować surowicę, mającą swoiście działać w świetle worka opon mózgowordzeniowych, a powtóre wskazuje na to, jak należy pojmować mechanizm działania surowicy, wstrzykniętej do worka opon mózgowordzeniowych. W tem znaczeniu, znajomość przedmiotu określonego nagłówkiem pożądaną jest dla lekarza-praktyka.

Niezmienione opony mózgowordzeniowe stanowią nieprzepuszczalną ścianę między światłem naczyń krwionośnych, a wnętrzem worka opon mózgowordzeniowych, zarówno dla prawidłowych, jakoteż nieprawidłowych składników krwi (wyjątków nie uwzględniam); dotyczy to także ciał odpornościowych, czy to powstałych w danym ustroju, czy to wprowadzonych doń z zewnątrz.

W przypadkach schorzeń opon mózgowordzeniowych, stają się opony do pewnego stopnia przepuszczalne. Zależnie od własności surowicy krwi, płyn mózgowordzeniowy nabiera odpowiednich cech na skutek przechodzenia ciał, mam na myśli ciała odpornościowe więc aglutyniny, precypityny itd., z krwi do płynu mózgowordzeniowego. Schorzenie opon mózgowordzeniowych, powodujące ich przepuszczalność, nie musi wcale pozostawać w etjologicznym związku z ciałami odpornościowemi surowicy krwi, a więc i płynu mózgowordzeniowego. Jako przykład przytoczę dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowordzeniowym, przy braku zmian kiłowych w oponach i w układzie nerwowym środkowym. Płyn mózgowordzeniowy o takich własnościach spotykano niejednokrotnie w przypadkach gruźliczego zapalenia opon; zawsze chodziło o chorych równocześnie na kiłę, których surowica krwi dawała dodatni odczyn Wassermanna. Po tych uwagach przechodzę do właściwego przedmiotu.

Aby się przekonać, w jakiej mierze opony mózgowordzeniowe w przebiegu zapalenia nagminnego są przepuszczalne dla surowicy przeciwmeningokokowej, posługiwałem się surowicą (królika), mającą własność kłaczkowacenia (precypitowania) surowicy leczniczej (końskiej). Badania przeprowadzono na dwu chorych.

Jednemu choremu wstrzyknięto dożylnie w ciągu czterech dni 190 cm³ surowicy przeciwmeningokokowej. W 24 godzin po ostatniem wstrzyknięciu dożylnem surowicy leczniczej, pobrano krew z żyły i równocześnie odpuszczono płyn mózgowordzeniowy przez nakłucie lędźwiowe, celem zbadania ich na zawartość surowicy końskiej. Surowicę końską wykazano w surowicy krwi chorego w rozcieńczeniu 1 : 400, zaś w płynie mózgowordzeniowym w rozcieńczeniu 1 : 10. Podane rozcieńczenia surowicy krwi i płynu mózgowordzeniowego stanowią górną granicę, do której można było jeszcze surowicę końską wykazać. Miano surowicy precypitacyjnej, oznaczane przy doświadczeniu, wynosiło 1 : 20.000, czyli surowica lecznicza w krwi chorego uległa rozcieńczeniu 1 : 50, zaś w płynie mózgowordzeniowym rozcieńczeniu 1 : 2000. Tak więc płyn mózgowordzeniowy zawierał surowicę leczniczą w 40 razy mniejszem stężeniu, niż krew chorego.

Drugiemu choremu wstrzyknięto dożylnie 90 cm³ surowicy przeciwmeningokokowej. W 6 i w 24 godzin później pobrano krew z żyły i równocześnie odpuszczono płyn mózgowordzeniowy przez nakłucie lędźwiowe. W ten sposób pobrany materjał badano na zawartość surowicy końskiej w jednym i tymsamym dniu, zapomocą jednej i tejsamej surowicy precypitacyjnej. W surowicy krwi chorego, pobranej zarówno w 6, jak w 24 godzin po dożylnem wstrzyknięciu surowicy leczniczej, wykazano surowicę końską aż do rozcieńczenia 1 : 400. Natomiast w płynie mózgowordzeniowym, pobranym w 6 godzin po zastosowaniu surowicy przeciwmeningokokowej, surowicy końskiej nie wykazano wcale. Dopiero płyn mózgowordzeniowy odpuszczony w 24 godzin, licząc od wstrzyknięcia dożylnego, wykazał surowicę końską, ale tylko do rozcieńczenia 1 : 2. Miano surowicy precypitacyjnej oznaczane przy doświadczeniu wynosiło 1 : 30.000, czyli surowica końska uległa rozcieńczeniu w krwi chorego 1 : 75, zaś w płynie mózgowordzeniowym 1 : 15.000. Płyn więc mózgowordzeniowy zawierał w 200 razy większem rozcieńczeniu surowicę leczniczą, niż pobrana równocześnie surowica krwi chorego. Jeszcze raz, a mianowicie w 6 dni po zastosowaniu surowicy leczniczej, badano krew i płyn mózgowordzeniowy równocześnie pobrane od chorego, na zawartość w nich surowicy końskiej. Stwierdzono wtedy surowicę końską w surowicy krwi chorego do rozcieńczenia 1 : 200, zaś w płynie mózgowordzeniowym do rozcieńczenia 1 : 5. Wobec tego, że miano surowicy precypitacyjnej, tym razem użytej, oznaczone przy doświadczeniu, wynosiło 1 : 200.000, surowica końska w surowicy krwi chorego znajdowała się w rozcieńczeniu 1 : 1000, zaś w płynie mózgowordzeniowym w rozcieńczeniu 1 : 40.000. W płynie więc mózgowordzeniowym surowica lecznicza była w 40 razy mniejszem stężeniu, niż w surowicy chorego. W ciągu pięciu dni, które dzielą badanie pierwsze od drugiego, stosunek między zawartością surowicy końskiej we krwi chorego, a zawartością jej w płynie mózgowordzeniowym zmienił się znacznie na korzyść płynu mózgowordzeniowego. W badaniach tych posługiwano się dwiema różnemi surowicami precypitacyjnemi, daleko od siebie stojącemi pod względem wysokości miana, ale to jest rzeczą drugorzędną. W powyższych bowiem wynikach chodzi nie o ilości bezwzględne, ale o stosunek między zawartością surowicy leczniczej w surowicy krwi chorego z jednej, a w płynie mózgowordzeniowym z drugiej strony.

Surowica lecznicza wprowadzona dożylnie, nie rozdziela się więc równomiernie na krew i płyn mózgowordzeniowy, lecz przechodzi z krwi do płynu mózgowordzeniowego tylko w bardzo skąpej mierze. Wprost olbrzymie ilości surowicy leczniczej wypadałoby wprowadzać do krwiobiegu, by przy przedstawionej przepuszczalności opon dla surowicy obcogatunkowej, można było w płynie mózgowordzeniowym osiągnąć takie stężenie surowicy, jakie się stara utrzymywać Lewkowicz przy leczeniu swoistem nagminnego zapalenia opon. Lewkowicz w swym sposobie leczenia, głośnym w świecie naukowym daleko poza granicami kraju, opiera się na znanych badaniach Bujaka. Bujak wykazał *in vitro*, że surowica przeciwmeningokokowa działa najsilniej bakterjobójczo w rozcieńczeniu 1 : 30 — 1 : 10, a w myśl tego postępuje Lewkowicz przy leczeniu chorych.

Przepuszczalność opon mózgowordzeniowych dla surowicy obcogatunkowej badałem u chorych na nagminne zapalenie opon. Przychodzi na myśl, w jakiej mierze jakość, a w jakiej mierze nasilenie schorzenia opon, wpływa na ich przepuszczalność. W tych warunkach jednak, jakie spotkałem u dwu omówionych chorych, trudno przypuszczać, by surowica swoista stosowana śródżylnie, mogła w sposób swoisty leczniczo działać w obrębie worka opon mózgowordzeniowych.

Tak ma się sprawa przepuszczalności opon mózgowordzeniowych dla surowicy obcogatunkowej z krwi do płynu mózgowordzeniowego.

A jak się zachowuje przepuszczalność opon mózgowordzeniowych dla surowicy obcogatunkowej w odwrotnym kierunku, tj. z płynu mózgowordzeniowego do krwi?

W tym kierunku własnego doświadczenia nie posiadam, więc przytaczam badania Bujaka. W dociekaniach swych nad zachowaniem się surowicy obcogatunkowej wprowadzonej dokomorowo lub nardzeniowo, Bujak u pięciu z pośród chorych zbadał krew na zawartość surowicy końskiej. Oto najważniejsze dane z wyników, które Bujak podaje:

1) *Tetanus.* W 41 godzin po zastosowaniu surowicy przeciwtężcowej dokomorowo, stężenie surowicy końskiej w płynie mózgowordzeniowym i surowicy krwi są sobie równe a w 88 godzin, licząc od zastosowania surowicy leczniczej, krew chorego zawiera w 30 przeszło razy większem stężeniu surowicę końską, niż płyn mózgowordzeniowy.

2) *Mening. cer. spin. epidem. + Bac. influenzae.* W $1\frac{1}{2}$ godziny po zastosowaniu surowicy śródczaszkowo, znajdują się znaczne ilości surowicy końskiej w krwi chorego, zaś w $3\frac{1}{2}$ godziny z 35 cm³ surowicy zastosowanej jak wyżej podano, 30 cm³ znajduje się we krwi chorego, a tylko 5 cm³ w płynie mózgowordzeniowym.

3) *Meningitis tbc.* W 5 godzin po wstrzyknięciu surowicy nardzeniowo, płyn wydobyty z komór mózgowych i surowica krwi okazują w temsamem stężeniu surowicę końską.

4) *Meningitis tbc.* W 20 godzin po zastosowaniu surowicy nardzeniowo, płyn mózgowordzeniowy w komorach zawiera surowicę końską w 3 razy większem stężeniu niż krew.

5) *Mening. tbc.* W 3 godziny po wstrzyknięciu surowicy nardzeniowo, w płynie z komór mózgowych surowica końska znajduje się w 3 razy większem stężeniu, niż w surowicy krwi. Bujak więc wykazał, że surowica obcogatunkowa, wstrzyknięta do worka opon mózgowordzeniowych, dostaje się w znacznej ilości, już po kilku godzinach, do krwiobiegu, bez względu na przyrodę schorzenia opon. Zarówno w doświadczeniach Bujaka, jak i moich, posługiwano się jedną i tą samą metodą badania. Porównanie zaś wyników otrzymanych w jednych i drugich badaniach wykazuje bardzo wielkie różnice między nimi. Skoro zaś tak jest, należy przyjąć, że przepuszczalność opon mózgowordzeniowych dla

surowicy obcogatunkowej jest inna z krwi do płynu mózgowordzeniowego, a inna w kierunku odwrotnym, t. zn. z płynu mózgowordzeniowego do krwi.

Opony bronią wnętrza worka opon mózgowordzeniowych przed napływem surowicy obcogatunkowej, krążącej we krwi, i naodwrót opony umożliwiają szybkie przechodzenie do krwi surowicy obcogatunkowej, wstrzykniętej do wnętrza worka opon mózgowordzeniowych.

Z tego zachowania się opon, tak wielce różnego, a pozostającego w związku z tem, czy surowica obcogatunkowa znajduje się zewnątrz, czy wewnątrz światła worka opon mózgowordzeniowych, wynikają następujące wnioski:

1) Stosowanie surowicy leczniczej *zewnątrz worka* opon mózgowordzeniowych, w celu zadziałania w sposób swoisty na sprawę chorobową *we wnętrzu worka* opon mózgowordzeniowych, jest sposobem *nieodpowiednio* dobranym.

2) Surowica lecznicza, wstrzyknięta do wnętrza worka opon mózgowordzeniowych, aczkolwiek w celu *swoistego* tylko i *miejscowego* działania, działa przecie równocześnie *ogólnoustrojowo i nieswoiście*. Z worka opon mózgowordzeniowych dostaje się surowica do krwiobiegu. Jako białko obcogatunkowe, jest surowica bardzo silnym bodźcem, który ze strony ustroju powoduje różnorakie odczyny. Przychodzi do stanu, zwanego odpornością; przychodzi więc i do stanu nadwrażliwości. (Przypominam opisany przez *Tempkę*, przypadek śmierci z powodu »natychmiastowego odczynu«). Ale obok tego przychodzi do pewnej bliżej nam nieznanej przemiany w czynnościach ustroju, przemiany, w następstwie której w schorzeniach o niekorzystnym przebiegu może nastąpić zwrot korzystny. Z owej własności białka obcogatunkowego, wywoływania tego rodzaju zmiany w czynnościach ustroju, korzysta w ostatnich latach sztuka lekarska, stosując »*proteinoterapję*«. Ze sprawą zaś »*proteinoterapji*« łączy się znów ściśle zagadnienie: jaki udział przypada działaniu *swoistemu*, a jaki działaniu *nieswoistemu*, w leczniczej wartości surowicy *swoistej*.

Piśmiennictwo:

1) *Bujak*: Rozp. Wydz. mat.-przyr. Akad Um w Krakowie Ser. B. T. LVIII. 1919. — 2) *Bujak*: Przegl Lek. 1919 Nr. 29. 3) *Jahnel*: Arch. f. Psychiatr. T. LVI. — 4) *Kafka*: Zeitschr. f. g. Neur. u. Psychiatr. T. VI. — 5) *Lewkowicz*: Przegl. Lek. 1916. Nr. 1. i 2. — 6) *Lewkowicz*: Przegl. Lek. 1917 Nr. 43. — 7) *Lewkowicz*: Przegl. Lek. 1919 Nr. 16, 17. i 18. — 8) *Lewkowicz*: Przegl. Lek. 1920 Nr. 3. — 9) *Tempka*: Przegl. Lek. 1919 Nr. 15.

Ludwik Fleck. Lwów.

O pewnej statystycznej okresowości przy durze powrotnym.

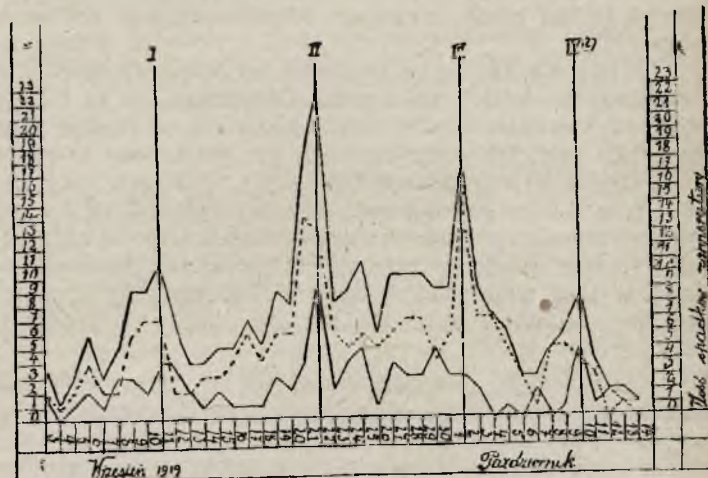
Pracując w wojskowym szpitalu epidemicznym zauważyłem, że koniec napadu duru powrotnego wypada nieraz u wielkiej liczby chorych równocześnie. Zdarzało się, że jednego dnia spadała ciepłota u 19·5% chorych, podczas kiedy średnia dzienna ilość spadków wynosiła zaledwie 6·5%.

Takie dnie maximum spadków powtarzały się regularnie co mniej więcej 8—11 dni. We wrześniu 1919 miały one miejsce 1, 11, 22 dnia tego miesiąca, a w październiku 2, 10 itd.

Aby sprawę tę ściślej stwierdzić, zebrałem statystykę z około 120 przypadków bakterjologicznie stwierdzonych i nie powikłanych i wykreśliłem załączone krzywe.

Krzywe 1. do 3 przedstawiają ilość spadków ciepłoty dziennie w czasie od 3. IX. 1919 do 14. X. 1919.

Obliczyłem, że wielkość spostrzegawczego błędu wynosi dla pierwszych trzech z tych krzywych spadków ciepłoty $^1/_5$, tj. że na 10 danych tej statystyki jest co najwyżej jedna wątpliwa. Ten błąd spostrzegawczy pochodzi z pomyłek w kartach gorączkowych, a także możliwie z przeoczonego powikłania stanu chorobowego. Miarodajne są jedynie wahania krzywej większe od interpolowanej i pozbawionej błędu na dany dzień wartości o conajmniej $\pm 0·1$ wzniesienia krzywej. Ponieważ średnia maximum jest od średniej ogólnej około 2 razy większa (w pierwszej krzywej 15|7, po uwzględnieniu błędu conajmniej 13·5|7·7) a od średniej minimum około cztery razy większa, więc przypadkowość wahań, wynikła z błędu spostrzegawczego, jest już na pierwszy rzut oka prawie wykluczoną. Śledziłem tę regularność od sierpnia 1919 do grudnia 1919, ale zbieranie kart gorączkowych do statystyki napotykało na pewne trudności, nie mogę więc podać krzywych za ten cały czas. Przytem spadło nasilenie epidemji duru powrotnego tak, że szpital nie posiadał równocześnie więcej, niż kilkadziesiąt przypadków.



Krzywe l. 1, 2. i 3.

Krzywa l. 1. (grubsza linja ciągła) podaje ilość spadków ciepłoty wspólnie dla jeńców i żołnierzy.
Krzywa l. 2. (przerywana linja) podaje tę ilość u jeńców.
Krzywa l. 3. (cieńsza linja ciągła) odnosi się do żołnierzy.
I., II., III. i IV. (?) maximum spadków.

Krzywa pierwsza pokazuje ilość przesileń duru bez względu na to, który napad właśnie się kończył i jest wspólną dla jeńców i żołnierzy. Okresowość jej jest wyraźną: pierwsze maximum wypadło 11. września i wykazuje 11 spadków ciepłoty (po uwzględnieniu błędu 9·9—12·1), podczas gdy interpolowana wartość między 10. a 12. września wynosi $\frac{9+6}{2} = 7·5$. Błąd $\pm 0·1 \times 7·5 = \pm 0·75$, więc prawdopodobna ilość spadków na 11. września, gdyby spadki te były równomiernie rozłożone, leży w granicach 6·8—8·2. Wzniesienie krzywej jest więc poza obszarem samego błędu spostrzegawczego.

Następne maximum miało miejsce 22/IX. tj. dokładnie po 11. dniach. Od 19/IX. do 3/X. średnia spadków jest trochę większą od ogólnej, bo wynosi 11·7. Przyczyną tego jest większa ilość chorych w tym okresie. Jest to niewątpliwie błędem statystyki, która powinna przez cały badany okres opierać się o jednaką ilość chorych, nie mogłem jednak tego osiągnąć. Błąd ten daje się wyrównać, jeśli w odpowiednim stosunku zmniejszymy wzniesienie krzywej w tym odcinku. Maximum z 22/IX. wynosiłoby $23 \times \frac{6}{11·7} = 11·8$, gdzie liczba 6 jest średnią dla odcinka od 6. do 18. września. Wzniesienie tego maximum odpowiada więc prawie dokładnie wzniesieniu poprzedniego.

Następne, trzecie maximum wypada 2/X., tj. po dziesięciu dniach, i jest nieco niższe, znowu stosownie do zaczynającego się obniżenia poziomu krzywej w tem miejscu. Co do czwartego maximum, które na rysunku wypada 10/X. tj. po 8 dniach, to trzeba uwzględnić gwałtowne opadanie krzywej, oznaczające, iż w okresie tym za mało przypadków wciągnięto do statystyki. Dlatego zbyt małe wzniesienie szczytu nie może być uważane za sprzeciwiające się badanej regularności, tem bardziej, że leży ono w każdym razie poza obszarem błędu: wartość interpolowana na 10|X. 4·5—5·5, maximum 8·1—9·9.

Oprócz maximów widać na krzywej wyraźnie minima, przypadające na 14/IX., 26/IX., 6/X., tj. w przybliżeniu co 11 dni.

Krzywa druga podaje rozmieszczenie spadków ciepłoty w tym samym okresie wśród jeńców, przybywających do szpitala z jednego źrodła zakażenia (stacja zborna jeńców). Stąd specjalna wartość tej krzywej. Okresowość i tu wyraźna, najwyższe wzniesienia prawie ściśle do mniejszej ilości badanych przypadków proporcjonalnie mniejsze. Drugie maximum przesunięte częściowo z 22/IX. na 21/IX. Czwartego maximum nie widać zupełnie, krzywa w tem miejscu gubi się z powodu za małej ilości przypadków.

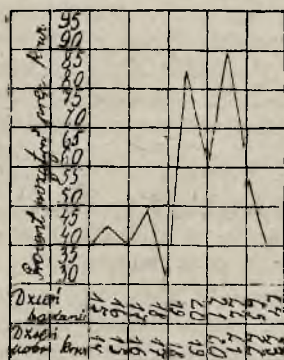
Gdyby okresowość badana pochodziła z jakiegoś falowania śródła infekcji, należałoby oczekiwać, że obszar maximum będzie w tej krzywej węższy niż w pierwszej, tj. że krzywa będzie miała ostrzejsze wzniesienia, tego jednak nie widać.

Krzywa trzecia pochodzi od żołnierzy, więc z najrozmaitszych źródeł zakażenia. Okresowość i tu zupełnie wyraźna, stosunek między średnią ogólną, a średnią maximum taki sam, jak w poprzednich (1 : 2). Krzywa ta pochodzi z około 40 przypadków, należałoby więc jednostkę rzędnej około 3 razy powiększyć, aby wygląd był jej taki, jak krzywej pierwszej. Stąd wrażenie płaskości, jakie krzywa ta robi. Trzecie maximum przesunięte na 30/IX., poprzedzający okres wynosi więc tylko 8 dni. W każdym razie krzywa ta dowodzi, że okresowość badana nie zależy od źródła zakażenia.

Aby znaleźć ewentualny związek tej okresowości z poszczególnemi napadami duru powrotnego, wykreśliłem następnie krzywe szczegółowe, wspólne dla jeńców i żołnierzy, a oddzielne dla napadu pierwszego, drugiego i trzeciego. Krzywych tych nie zamieszczam. Tu błąd spostrzegawczy jest około dwa razy większy z powodu trudności oznaczenia, z którym napadem mamy do czynienia, bo wielu chorych przebywa pierwszy napad poza szpitalem. W każdym razie wzniesienia leżą poza obszarem błędu. Proporcje między maximum i minimum ilości przesileń są te same.

Krzywa pierwszego napadu gubi się po 30/IX., co stąd pochodzi, że karty gorączkowe chorych, którzy po 30/IX. mieli pierwszy napad, nie doszły do mnie w czasie zbierania statystyki, ponieważ chorzy ci zostali dopiero w drugiej połowie listopada wypisani. Z podobnej przyczyny gubią się krzywe drugiego i trzeciego napadu w kierunku na lewo, bo karty chorych, którzy wtedy mieli drugi lub trzeci napad, nie były mi już dostępne.

W każdym razie krzywe te wykazują: 1) że okresowość badana zachodzi także dla każdego poszczególnego napadu, bo każda krzywa tworzy co najmniej dwa maxima, tj. że okresowość ta jest niezależną nietylko od miejsca, ale i od czasu zakażenia; 2) że okresy dla wszystkich napadów w przybliżeniu pokrywają się.



Krzywa 1. 8.
Odsetek dodatnich wyników badania krwi przesyłanej na krętki Obermayera w okresie maximum spadków ciepłoty.

Krzywa ósma przedstawia odsetek dodatnich wyników badania krwi przesyłanej w okresie od 15. do 24.IX. (górne daty na rysunku) do pracowni tego samego szpitala w celu zbadania jej na obecność krętków Obermeiera Okazuje się, że krzywa ta wykazuje wzniesienie podobne do wzniesienia krzywej pierwszej, ale szersze i przesunięte na lewo. Ponieważ preparaty przychodzą do pracowni dzień po pobraniu, więc przesunięcie to jest właściwie jeszcze o 24 godzin większe i należy odczytywać dolne daty.

To przesunięcie i nagły przyrost dodatnich preparatów są zgodne ze spostrzeżeniem, że najczęściej spotyka się krętki we krwi w ostatnie 3 dni napadu aż do 12 godzin przed przesileniem, dlatego około dwa dni przed maximum spadków i sam dzień tego maximum dają w pracowni największy odsetek dodatnich preparatów. Jeśli maximum dodatnich preparatów zaczyna się w pracowni 20-go, to około 22-go należy oczekiwać maximum spadku ciepłoty. Naturalnie konieczne są pewne warunki, aby statystykę taką można było przeprowadzić: po pierwsze muszą zawsze ci sami lekarze zarządzać pobieranie krwi do badania i kierować się przytem faktycznem podejrzeniem na dur powrotny, bo tylko wtedy wpływ „niepotrzebnie" posłanych preparatów będzie stale ten sam i na rachunek nie wpłynie. Po drugie cały obraz epidemjologiczny nie powinien w badanym okresie uledz jakimś nagłym zmianom. Po trzecie wreszcie badanie w pracowni musi się odbywać zawsze tą samą metodą, przez te same osoby i z tą samą starannością, Ponieważ wszystkie te warunki miały miejsce w wymienionym szpitalu w tym okresie, uważam, że ta statystyka dodatnich preparatów, która i w dalszych okresach tak się przedstawiała, w wysokim stopniu potwierdza istnienie badanej okresowości.

Krzywa siódma[1]) przedstawia dzienną ilość wzniesień ciepłoty wspólnie dla jeńców i żołnierzy i bez względu na napad. Za dzień wzniesienia ciepłoty uważam dzień przekroczenia 37° C. Granice błędu są dla tej krzywej znacznie większe, niż dla poprzednich, obliczam je na około $\pm$ $^1/_4$ tj. według dokładnego, krytycznego rozważenia przy łóżku chorego i kontroli pomiarów ciepłoty doszedłem do przekonania, że na cztery dane tej statystyki wzniesień co najwyżej jedna jest wątpliwą. Obszar błędu wynosi więc $^1/_2$. To duże zwiększenie w porównaniu z krzywemi 1—3 pochodzi stąd, że znacznie łatwiej jest przeoczyć wzniesienie się temperatury przy durze powrotnym, które jest znacznie mniej gwałtowne i widoczne, niż krytyczny spadek. Pozatem oznaczenie początku wzniesienia jest nieraz trudne, bo zwłaszcza u dłużej chorujących zdarzają się różne kilkugodzinne lub jednodniowe zwyżki temperatury do 37° C i ponadto. Wreszcie zmniejsza wartość tej krzywej w porównaniu z krzywą pierwszą i to, że statystyka ta zawiera mniej wzniesień, niż tamta spadków. Pochodzi to stąd, że większość chorych przyjmowana była do szpitala już z gorączką. Liczba wzniesień wynosi tu tylko 161, podczas kiedy spadków było 302.

Krzywa wzniesień przedstawia liczne wahania. Średnia maximum wynosi 6·5, średnia ogólna 4. Stosunek więc gorszy, niż w poprzednich.

Po uwzględnieniu większych, niż tam, granic błędu ma się średnia maximum do średniej ogólnej, jak 4·9 do 5, to znaczy, że wzniesienia te stoją w obszarze błędu. Naturalnie wykaże to rachunek i dla każdego poszczególnego wzniesienia. N p. pierwsze wzniesienie wypada 19/IX. i wynosi 11, po odliczeniu błędu 8·25—13·75, interpolowana wartość na ten dzień 7, z dodaniem błędu 5·25—8·75. Wzniesienie to stoi więc w obszarze błędu prawdopodobnego a ponieważ jest tak i z innemi, krzywa nasza przedstawia więc właściwie tylko wahania błędu i równomierny prawie przyrost chorych w okresie 14—19/IX.

Co do wzniesień ciepłoty, nie widać więc żadnej takiej regularności, jak przy spadkach. Gdyby ona istniała w podobnym stopniu, jak co do spadków, to nawet przy tym zwiększonym błędzie dałaby się wykazać. Że jej jednak niema jest zupełnie zrozumiałem. Ponieważ długość trwania napadu duru powrotnego jest zmienna, również zmienia się długość okresów międzynapadowych, więc jedynie jeśli nie istnieje żadna regularność co do początku napadu, może koniec jego wypadać w regularnych odstępach czasu. Co do owych krzywych wzniesień, to muszę nadmienić, że zbierałem i tu możliwie dokładne dane statystyczne analogicznie

[1]) Niezamieszczona.

do krzywych 2—6, ale zawsze z wynikiem takim, jak przy krzywej 7.

Uważam więc, że statystyka ta, o ile z powodu zbyt małej ilości przypadków nie udowodniła z całą ścisłością istnienia omawianej okresowości, to w każdym razie zwraca naszą uwagę na zjawisko, że istnieje prawdopodobnie 8—11 dniowy okres, w ciągu którego tak są rozłożone przesilenia duru powrotnego, że przez 3—4 dni zdarzają się dziennie u około 3 razy większej ilości chorych, niż przez każdy z pozostałych 4—8 dni. Najczęściej przytem jest jeden dzień najliczniejszych i jeden najnieliczniejszych spadków, przyczem w ten pierwszy zdarza się około 4 razy tyle przesileń, co w ten ostatni. Okresowość ta istnieje dla wszystkich napadów. Przyczyna jej nie leży ani w czasie ani w źródle zakażenia Są nią albo jakieś biologiczne własności krętków albo też jakieś okresowe, synchroniczne, zmiany w samym ustroju człowieka, albo oba czynniki razem. Jeden z tych dwóch czynników udałoby się może wykluczyć, gdyby udało się ułożyć taką samą statystykę dla jakiejkolwiek innej choroby z krytycznym spadkiem ciepłoty np. pneumonia croup. Okazałoby się, czy tu zachodzi również jakaś okresowość i czy długość okresu jest taka sama.

Znaleziona okresowość przy durze powrotnym daje się w dwóch kierunkach wyzyskać Po pierwsze dla rozpoznania duru powrotnego. Każda podejrzana w tym kierunku choroba jest 3 razy prawdopodobniej durem powrotnym, jeśli spadek krytyczny wypadł w okresie maximum, niż gdyby był wypadł w inne dnie. Okres daje się naturalnie zawsze z góry obliczyć, o ile się poprzednie maximum znalazło.

Więc jeżeli lekarz został 22 IX. zawezwany do chorego podejrzanego na dur powrotny i znalazł stan bezgorączkowy, a rodzina podaje, że ciepłota wśród takich a takich objawów 21/IX, spadła, to *ceteris paribus* jest około 3 razy prawdopodobniejszem, iż ma do czynienia z durem powrotnym, niż gdyby ten spadek ciepłoty był nastąpił 20/IX. Tak samo, jeśli przesilenie nastąpiło 14/IX, to *ceteris paribus* jest blisko 1·5 razy prawdopodobniejsze, że podejrzana choroba nie jest durem powrotnym, niż gdyby była nastąpiła w inny dzień.

Nie należy lekceważyć wartości rozpoznawczej tego rodzaju danych. Przecież odczyn Widala w słabych rozcieńczeniach daje też tylko pewne prawdopodobieństwo. Mimo to, gdyby silniejsze rozcieńczenia były niemożliwe, nie zaniechanoby go.

Po drugie da się ta okresowość wyzyskać dla rokowania. Mając stwierdzony dur powrotny, możemy w przybliżeniu przewidzieć, kiedy napad się skończy. Jeśli maximum ma wypaść 22-go, to już kilka dni przedtem mogliśmy się spodziewać, że większość napadów skończy się 22-go a tylko u mniejszości chorych, którzy zaczęli gorączkować 20. i 21., przesilenie wówczas nie nastąpi.

Często spostrzegałem nawet przeciąganie się napadu, który trwał dłużej, niż zwykle, by dosięgnąć dokładnie do okresu maximum, lub też urywanie się w dzień maximum napadu, który rozpoczął się trzy dni przed nim. Dla leczenia salvarsanem, a i dla rokowania wogóle, nie jest takie obliczanie prawdopodobnej długości trwania napadu obojętne.

Dr. Tadeusz Załęski, prym. szpit. pow. Tarnów.

Przypadek piorunującej posocznicy nieningokokowej, przebiegającej bez zajęcia opon mózgowych.

Według odczytu w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem dnia 18. stycznia 1922.

Zagranicą całokształt sprawy zakaźnej meningokokowej opracowany jest bardzo dokładnie we wszystkich szczegółach, w polskiem piśmiennictwie lekarskiem natomiast sprawami meningokokowemi pozaoponowemi prawie wcale się nie zajmowano. Wobec tego pozwalam sobie opisać przypadek piorunującej posocznicy meningokokowej, przebiegającej bez zajęcia opon mózgowych, który spostrzegałem w maju zeszłego roku w Płocku w szpitalu dla chorób zakaźnych.

Chora Anna S. 22 l. z obozu wojsk rosyjskich generała Bałachowicza, internowanych w Płocku Zachorowała nagle 16. maja; do tego czasu była zdrową i wesołą. W dniu, w którym zachorowała, czuła się dobrze, miała apetyt i podczas obiadu zjadła dużo suszonych grzybów. Nagle o 9-tej wieczorem dostała silnych dreszczy, łamania w całem ciele i gwałtownego bólu głowy. O 10-tej wymioty; w wyrzuconej treści niestrawione grzyby, co wywołało przypuszczenie, że zatruła się grzybami. Ciepłota 39,8°; tętno bardzo częste; chorą ogarnął niepokój i niewytłumaczony lęk i przeczucie bliskiej śmierci. Nazajutrz stan chorej się pogorszył. Ciepłota 40,1°; w dalszym ciągu bóle i łamania w całem ciele i bóle głowy; przytomna. O 6-tej rano zauważono na twarzy i całem ciele chorej drobne brunatne i większe sine plamy, które z każdą niemal chwilą zwiększały się co do ilości. O 2-giej popołudniu chorą przyniesiono do płockiego szpitala dla chorób zakaźnych.

Status praesens: Chora dobrze zbudowana i odżywiona. Odrazu uderza niezwykły wygląd chorej. Twarz, kończyny górne i dolne i całe ciało obrzmiałe i pokryte sińcami tak gęsto rozrzuconemi i zlewającemi się ze sobą, że chora robi wrażenie mocno pobitej kijami. Przy dokładnem obejrzeniu tych plam zauważono, że są one dwojakiego rodzaju. Pierwszy stanowią niewielkie, wyraźnie zarysowane wybroczyny w samej skórze, wielkości od ziarnka prosa do ziarnka grochu, barwy ciemnobrunatnej. Wybroczynami temi, podobnemi do dużych petechji zasiana dość gęsto cała skóra. Występują one na tle plam drugiego rodzaju, dużych, sino-marmurowych o rozpływających się zarysach. Plamy te powstały wskutek głębokich, podskórnych wynaczynień, przepajających krwią tkankę podskórną i skórę i dających obraz zwykłych sińców, powstałych od urazów, tylko bardziej rozlanych i nierównomiernie zabarwionych. Obrzęk twarzy, kończyn i tułowia powstał również wskutek tych obfitych wynaczynień i przepojenia skóry i tkanki podskórnej krwią i osoczem. Spojówki gałek ocznych nastrzykane o naczyniach bardzo rozszerzonych, ale bez wybroczyn. Na dostrzegalnych śluzówkach wybroczyn nie dopatrzono. Krwotoków z nosa, jelit, pęcherza i narządów płciowych nie było.

Całe ciało wrażliwe. Najlżejsze dotknięcie, najmniejsze poruszenie wywołuje silne bóle. Szczególną bolesność chora odczuwa w stawach. W kończynach górnych i dolnych parestezje: chora odczuwa mrowienie i przenikliwy chłód, szczególniej w kończynach dolnych. Bardzo wyraźne znieczulenie kończyn o typie obwodowym.

Świadomość zupełna. Odpowiada z trudnością, ale przytomnie. Sztywności karku niema. Objawów K e r n i g a i B r u d z i ń s k i e g o wobec bolesności kończyn stwierdzić nie można. Język wilgotny, obłożony. Łaknienia niema, pragnienie nieznaczne. Ciepłota 39,9°. Tętno bardzo częste i nikłe, nie daje się obliczyć z powodu obrzęku rąk. Oddech częsty, 42 na minutę. Odruchy źrenicowe prawidłowe. Słuch bez zmian. Płuca bez dostrzegalnych zmian. Tony serca bardzo słabe. Granice serca przesunięte w prawo i w lewo. Stolca nie było. Mocz ciemny, wysycony. Białko 0,15 pro mille. Cukru, żółci i urobiliny nie znaleziono. Indykan zwiększony. Odczyn dwuazowy Ehrlich'a ujemny. W osadzie płaskie komórki nabłonkowe, poszczególne leukocyty, komórki nabłonka nerkowego w niewielkiej ilości, czerwone ciałka krwi w dość znacznej ilości i pojedyncze wałeczki szkliste.

Przy b a d a n i u k r w i znaleziono znaczną leukocytozę 32.600 leukocytów w ccm.. Zwiększona ilość obojętnochłonnych leukocytów i dużych jednojądrzastych. Na zabarwionych mazankach ze krwi wykryto w dużej ilości dwoinki, podobne do gonokoków, gramem ujemne i znajdujące się przeważnie wewnątrz leukocytów; niektóre z nich leżą jednakże i swobodnie między czerwonemi ciałkami krwi. Każdy dziesiąty lub piętnasty leukocyt zawiera w sobie dwoinki w ilości jednej pary do 20—30 par w niektórych. Dwoinki znajdują się nietylko w wielojądrzastych leukocytach, ale i w dużych jednojądrzastych.

Ponieważ rozpoznanie wahało się między posocznicą gonokokową i meningokokową, u chorej były zbadane narządy płciowe, w których jednakże nie wykryto żadnej sprawy ropnej. Przy nakłuciu lędźwiowem otrzymano 20 ccm. płynu zupełnie przejrzystego, nie zawierającego większej ilości białka i dającego odczyn na cukier. W osadzie poszczególne lymfocyty i trochę czerwonych ciałek krwi. Drobnoustrojów w płynie nie znaleziono. Płyn zasiany do buljonu z płynem puchlinowym pozostał, jak się później okazało, jałowym Odczyn strątowy V i n c e n t'a (3 krople surowicy z 50 kroplami płynu) z surowicami djagnostycznemi przeciwmeningokokowemi A i B (z Państwowego Zakładu Epidemjologicznego w Warszawie) dał wynik ujemny.

Krew, wzięta z żyły w przegubie łokciowym w ilości 10 centymetrów sześciennych, zaszczepiono w buljonie z płynem puchlinowym i na agarze z tymże płynem.

O 6-tej wieczorem chora umarła z powodu porażenia serca. Cały przebieg choroby trwał 21 godzin. Sekcja ze względów ode mnie niezależnych nie mogła być wykonaną.

Nazajutrz, 18-go maja, krew, zaszczepiono w buljonie i na agarze, dała obfitą hodowlę dwoinek, podobnych do gonokoków, ale tworzących również tetrady i barwiących się gram-ujemnie.

H o d o w l a została przeszczepiona na agar z płynem z opuchliny jamy brzusznej i na agar D o p t e r'a i K o c h'a z cukrem gronowym i maltozą z czerwienią oboj. Po 20 godzinach wyrosła na agarze puchlinowym obfita hodowla dwoinek, z którą wykonano

odczyn aglutynacyjny z surowicami aglutynującemi przeciwmeningokokowemi A i B w rozczynach 1:50, 1:100 i 1:200. Po 2 godzinach pobytu w cieplarce przy 37°C odczyn aglutynacyjny wypadł wyraźnie dodatnio tylko dla surowicy antimeningokokowej typu A we wszystkich trzech próbówkach (miano surowicy było 1:400). Surowica przeciwmeningokokowa dla szczepu B, sklejania dwoinek nie dała. W hodowlach, które wyrosły na pożywkach Dopter'a i Koch'a, nastąpiło zaczerwienienie podłoża i w probówkach z cukrem gronowym i z maltozą.

A więc wyhodowana ze krwi chorej dwoinka była meningokokiem Weichselbaum'a typu A, a sprawa chorobowa przez nią wywołana, posocznicą meningokokową o przebiegu piorunującym — *septicaemia meningococcea fulminans cum purpura*, jednakże bez zajęcia, opon mózgowych.

W tym czasie w Płocku i jego okolicach panowała niewielka epidemja nagminnego zapalenia opon mózgowych i w miejscowym szpitalu dla chorób zakaźnych leczyło się na tę sprawę 5 osób. W 4 z tych przypadków wyhodowano z płynu mózgowo-rdzeniowego meningokoka typu A. Odwirowany zaś płyn mózgowo-rdzeniowy tychże 4 chorych dawał wyraźny odczyn strątowy Vincent'a z djagnostyczną surowicą przeciwmeningokokową typu A i ujemny z surowicą dla typu B. A więc przypadek posocznicy meningokokowej u chorej S. nie był w tej miejscowości odosobnionym przypadkiem sprawy meningokokowej.

Przypadek ten zasługuje na uwagę nie tylko dlatego, że jest to pierwszy przypadek czystej posocznicy meningokokowej, spostrzegany w Polsce, ale i dla tego, że w nim meningokoki zostały znalezione bezpośrednio we krwi chorej bakterjoskopicznie na zwykłych mazankach ze krwi, fakt, który, o ile mi wiadomo, nie był dotąd zaznaczony w piśmiennictwie lekarskiem.

W tezie M. Dauge[1]) *»les formes septicémiques de la méningite cérébrospinale«*, wydanej w końcu 1921 r. i obejmującej całe piśmiennictwo francuskie poświęcone tej sprawie i ważniejsze prace w innych językach, wyliczone są poszczególne narządy, w których znajdowano u różnych chorych meningokoki, a więc wyhodowywano je z ognisk plamicowych i spostrzegano bezpośrednio w rozszerzonych naczyniach włosowatych skóry, wyciętej z ognisk plamicowych (Netter i Salanier, Muir, Sharpe, Renault i Cain, Pick i inni); miano stwierdzić ich obecność w płynie opryszczek (P. Durand); często znajdowano je przy zajęciach jam surowiczych w wysiękach ropnych, a więc najczęściej w stawach (Josias, Fronz, Gwyn, Lenhartz, Netter i inni) i w ropniakach opłucnej (Loisiieur i Monsiols); w różnych przypadkach zajęcia wsierdzia (Weichselbaum i Gohn, Schottmüller, Claude i Bloch, Teissier i inni); w ogniskach ropnych w nerkach (Westenhöffer); w moczu przy zapaleniu najądrza (Pick, Lancelin); w żółci (Weichselbaum) i w wydzielinach spojówki (Sainton i Bosquet). Znajdowano je również w zawartości oskrzelików przy bronchopneumoniach meningokokowych (Dr. Mendelsowa[2]) i nawet w wydzielinach ropnych cewki moczowej w jednym przypadku meningokokowego zapalenia opon mózgowych. Ze krwi wyhodowywano meningokoki wielokrotnie i dotąd jest to jedyny pewny sposób rozpoznania posocznic meningokokowych. Nigdzie, jednakże, w piśmiennictwie lekarskiem nie spotyka się wzmianki o tem, żeby meningokoki zostały wykryte bezpośrednio we krwi przez zastosowanie zwykłej metody bakterjoskopicznej tak, jak wykrywają się np. pasorzyty zimnicze przy zimnicy, krętki Obermeier'a przy durze powrotnym, lub laseczki Yersin'a przy ciężkich postaciach dżumy. Martini i Rhöde[3]), badając hodowle meningokoków, otrzymane w buljonie, w którym była zaszczepiona krew chorego na posocznicę meningokokową, spostrzegali meningokoki wewnątrz ocalałych w buljonie leukocytów, które wyglądały »jak gonokoki w wydzielinach rzeżączkowych«, jednakże nic nie wspominają o tem, by wykryli je bezpośrednio we krwi chorego. Brak ten w tak licznych i dokładnych badaniach, jakie były stosowane przy sprawach meningokokowych, jest tem bardziej zadziwiający, że w moim przypadku meningokoki były we krwi w bardzo dużej ilości i spostrzegałem je niemal w każdem polu widzenia. A przecież mój przypadek nie może być wyjątkiem.

Dotąd ogniska plamicowe w skórze przy posocznicach meningokokowych były zwykle uważane za zatory naczyń włosowatych skupieniami ciałek ropnych. Wobec, jednakże, wykrycia przy tem zakażeniu tak wielkiej ilości zarazków we krwi, należałoby zmiany plamicowe tłumaczyć przyczynami czysto septycznemi (w znaczeniu *bacteriaemia)* a nie septycznoropnemi (w znaczeniu *pyaemia*). Można je porównać prędzej z plamicami przy ospie krwotocznej lub innych chorobach zakaźnych o przebiegu piorunującym, niż z zatorami skórnemi przy umiejscowionych sprawach ropnych.

W przyszłości należy zwrócić baczniejszą uwagę na bezpośrednie bakterjoskopiczne badanie krwi przy nagminnem zapaleniu opon mózgowych, a także w przypadkach podejrzanych o czyste posocznice meningokokowe. W ciężkich przypadkach posocznicy meningokokowej, przebiegającej z plamicą i wysypkami rumieniowemi, odnalezienie meningokoków we krwi zapewne nie będzie przedstawiało trudności, bo zarazek jest we krwi w dużej ilości. Przy lżejszych zaś postaciach ogólnego zakażenia meningokokowego wyszukanie meningokoków będzie trudniejsze, ale, ponieważ meningokoki krążą w ustroju przeważnie w leukocytach, nawet w tak złośliwej postaci posocznicy, jaka była w moim przypadku, to należy robić poszukiwania w skupieniach leukocytów (np. rozpuszczając czerwone ciałka krwi i odwirowując leukocyty).

Niedawno Weill i Colaneri[4]), badając przypadek posocznicy gonokokowej, znaleźli gonokoki w ropie *abscés de fixation*, którą dotąd uważano zawsze za jałową. Oznaczałoby to, że do ogniska ropnego aseptycznego przywędrowały leukocyty, które pochłonęły gonokoki gdzieindziej. Wobec tego należałoby w przypadkach podejrzanych o zakażenia meningokokowe, wywoływać umyślne ropnie i w ich ropie szukać meningokoków.

Drugą osobliwością mojego przypadku jest ta okoliczność, że w nim sprawa meningokokowa przebiegała bez zajęcia opon mózgowych. Przypadków takich, jednakże, spostrzegano już wiele i nie należą one do zjawisk bardzo rzadkich. Przy udoskonaleniu zaś metod rozpoznawczych niewątpliwie będą one spostrzegane jeszcze częściej.

Dotąd ze spraw meningokokowych najbardziej charakterystyczną i łatwą do rozpoznania była sprawa oponowa — ropne zapalenie opon mózgowych. To też ona była najpierw ustalona jako oddzielny obraz kliniczny i przez dłuższy czas była uważaną za sprawę pierwotną, a wszelkie inne umiejscowienia meningokoków za sprawy przerzutowe, wtórne. Jednakże obecnie poglądy nasze na całokształt sprawy meningokokowej po przebytej ewolucji uległy znacznej zmianie i zaczyna się ustalać następny pogląd:

Meningokoki wywołują duże epidemje nieżytów górnych dróg oddechowych, szczególniej w okolicy nosowo-gardłowej. Zarazek udziela się zdrowym od chorych albo »roznosicieli« bezpośrednio, lub przez zakażenie kropelkowe. Skupienia ludzi ułatwiają zakażenie. Zajęcie błon śluzowych bywa najczęściej nieznaczne. Czasem, jednakże, sprawa staje się poważniejszą; występują zapalenia gardła, przebiegające z gorączką i nalotami; ogromna większość tych zachorzeń kończy się wyzdrowieniem i tylko w niewielkim stosunkowo odsetku meningokoki dostają się ze śluzówki do krwi i tu, albo ulegają zniszczeniu, albo stają się przyczyną nader poważnych spraw, które mogą być podzielone na cztery grupy.

Do pierwszej grupy zaliczamy zwykłe nagminne zapalenie opon mózgowych, przebiegające bez widocznego udziału innych narządów, jak dawniej mówiono, bez powikłań. Sprawy te zaliczają się do stosunkowo dobrotliwych postaci zakażenia meningokokowego; jedynie umiejscowienie sprawy czyni ją niebezpieczną. Zapalenie to zwykle i u dzieci i u dorosłych występuje nagle bez objawów poprzedzających. A więc obecność meningokoków we krwi, która, według naszych poglądów, powinna była poprzedzać zapalenie opon mózgowych, przebiegała w tych przypadkach skrycie. Przyczyny tego są nam dotąd nieznane. Może dla tego, że dwoinki meningokokowe, które nadzwyczaj łatwo ulegają fagocytozie, krążą w ustroju wewnątrz leukocytów, a z przykładu zimnicy wiemy, że pasożyty, znajdujące się wewnątrz komórek, nie wywołują ogól-

nego odczynu ustroju. Dopiero w komorach mózgowych (prof. Lewkowicz), albo płynie mózgowo-rdzeniowym, dwoinki zostają z leukocytów zwolnione, zaczynają się rozmnażać i wtedy występują znane nam objawy zapalenia opon mózgowych. Znamy już cały szereg obserwacyj, kiedy w płynie mózgowo-rdzeniowym znajdowano meningokoki w ogromnej ilości i czystej hodowli, kiedy ciałek ropnych w płynie jeszcze nie było, a objawy oponowe już wystąpiły (L. Pape i Guy Laroche[5]).

Do drugiej grupy zaliczamy te przypadki nagminnego zapalenia opon mózgowych, w których do objawów zapalenia opon, występujących nagle bez poprzedzających zwiastunów, dołączają się objawy zajęcia innych narządów, a nieraz całego ustroju, a więc sprawy ropne w jamach surowiczych (stawach, opłucnej, osierdziu), gałce ocznej, płucach i ogólne zakażenie krwi, połączone z bólami w stawach, wysypkami rumieniowemi i plamicowemi i krwotokami ze śluzówek. Dawniej mówiono, że zapalenie opon zostało powikłane przerzutami. Dziś wiemy, że pierwotnym objawem w tych przypadkach jest ogólne zakażenie krwi, bakterjemja meningokokowa, a zapalenie opon i inne umiejscowienia zarazka są sprawami wtórnemi, powstałemi wskutek poprzedzającej bakterjemji. Przypadki te należą do ciężkich zakażeń meningokokowych i dają gorsze rokowanie, niż grupa pierwsza.

Przykładów tych pierwszych 2 grup nie będę przytaczał, gdyż są one ogólnie znane

Trzecia grupa spraw meningokokowych ma już inny przebieg. Zapalenie opon mózgowych i tu jest spostrzegane, ale poprzedzane ono bywa innemi umiejscowieniami meningokokowemi, trwającemi przed wystąpieniem objawów oponowych od kilku dni do kilku tygodni, a nawet miesięcy. Tu objawy ogólnego zakażenia ustroju lub spraw umiejscowionych ropnych, poprzedzają sprawę oponową.

Pierwszy taki przypadek był ogłoszony w 1905 roku przez Martini i Röde[6]). W tym przypadku u chorego wystąpiły najpierw objawy ogólnego zakażenia ustroju. Posiew krwi dał hodowlę meningokoków i dopiero na 7 dzień u chorego wystąpiły objawy zajęcia opon mózgowych.

Od tego czasu była ogłoszona spora ilość spostrzeżeń, w których jakaś sprawa meningokokowa poprzedzała zajęcie opon: a więc zapalenie płuc odskrzelowe meningokokowe u dzieci (Göppert), zapalenia wsierdzia (Hochhaus), ropne opłucnej (Loiseleur i Mensiols) i szczególniej posocznice (Netter). Na posiedzeniu z dnia 2 lutego r. z. Łódzkiego Towarzystwa lekarskiego Dr. Mendelsowa[2]) miała odczyt o 3 przypadkach ogólnego zakażenia meningokokowego. W 2 z nich zapalenie opon mózgowych było poprzedzone dwustronnem zapaleniem płuc; na sekcji w drobnych oskrzelikach wykryto meningokoki. W przypadku Rist i Poris'a[7]) plamica poprzedzała zajęcie opon mózgowych prawie na miesiąc.

Do czwartej, wreszcie, grupy zaliczamy te przypadki zakażeń meningokokowych, które przebiegają zupełnie bez udziału w sprawie opon mózgowych. Są to przeważnie posocznice meningokokowe.

Pierwszy, zdaje się, Netter[8]) spostrzegał taki przypadek w 1909 r. u osoby, która podczas pielęgnowania siostry, chorej na nagminne zapalenie opon mózgowych, dostała gorączki, połączonej z plamicą, krwotokami jelitowemi, wysypkami rumieniowemi i bólami w stawach. Objawów oponowych nie było. Chora została wyleczona zastrzykiwaniami surowicy przeciwmeningokokowej.

Od tego czasu ogłoszono cały szereg podobnych przypadków, szczególnie częstych w czasie ostatniej epidemji meningokokowej i podczas wojny. Netter i Debré[9]) mogli na podstawie przypadków, spostrzeganych przez siebie i ogłoszonych przez innych autorów, ustalić ogólny obraz chorobowy posocznicy meningokokowej. Głównymi objawami tej posocznicy są: 1) gorączka o typie przerywanym, wrzekomo zimniczym; 2) bóle i obrzęki stawów, przypominające ostry gościec stawowy i 3) wysypki rumieniowe i plamicowe. Przebieg tych posocznic może być gwałtowny, wówczas przebiegają one pod postacią plamicy krwotocznej i powodowują śmierć w przeciągu kilku dni, a nawet kilku godzin. Inne przebiegają daleko łagodniej, trwają kilka tygodni, najczęściej przypominają ostry gościec stawowy albo dur brzuszny i zwykle kończą się wyzdrowieniem. Większość tych posocznic zostaje nierozpoznana.

Do grupy posocznic o przebiegu gwałtownym trzeba oczywiście zaliczyć i mój przypadek. Kilka takich spostrzeżeń było opisane w piśmiennictwie zagranicznem. Przytoczę jedno takie spostrzeżenie, bardzo zbliżone do mojego i opisane przez Gruber'a i Fanny Kischensteiner[10]).

M. K. 20 lat. zachorował nagle nad ranem. Bóle głowy i wymioty. Tegoż dnia przywieziony do szpitala w ciężkim stanie. Zapalenie spojówek. W nozdrzach zaschnięte strupki krwi. Na twarzy i całem ciele wybroczyny od wielkości ziarnka prosa do 5 fenigowej monety barwy ciemnej, bronzowo-czerwonej. Granice wybroczyn nieprawidłowe Język obłożony. Oskrzela i płuca bez zmian. Działalność serca nieprawidłowa; częste extrasystole. Tętno nikłe, miękkie. Odurzenie. Kernig niewyraźny. Przeczulenie całego ciała. Nakłucie lędźwiowe: płyn przejrzysty bez leukocytów i bakteryj. Zastrzyknięto 40 centym. sześć. surowicy nardzeniowo. Jednocześnie zasiano krew na agarze. Wyrosła czysta hodowla meningokokowa. W parę godzin po zastrzyknięciu surowicy przemijająca osutka pokrzywkowa. Ilość wybroczyn w skórze zwiększa się; występują nowe ciemne czerwono-sine i blado sine plamy.

Nazajutrz niezuaczna poprawa tętna. Niektóre wybroczynki zmniejszyły się. Twarz i całe ciało przepojone wynaczyniami. Obok niektórych wybroczyn skórnych wystąpiły pęcherzyki z surowiczą zawartością. O 5-tej popołudniu drugie nakłucie lędźwiowe. W osadzie niema ani leukocytów, ani bakteryj. Nowy posiew krwi na agarze pozostał jałowym. W moczu białko. Odczyn dwuazowy Ehrlich'a ujemny. O 10-tej wieczorem śmierć. Na sekcji: opony makroskopowo nie zajęte, przy drobnowidowem badaniu wykryto rozpoczynające się zapalenie opon. Ogólne zmiany septyczne. W jednym ze stawów ropa, w której znaleziono meningokoki.

Posocznice meningokokowe o łagodnym przebiegu także są opisane przez wielu autorów. Wymienię tylko Oettingera, P. L. Marie, Heber i Bloch'a[11]), a z niemieckich autorów Lauffenstein'a[12]). Trwają one długo, kilka tygodni nieraz, przebieg ciepłoty jest nieprawidłowy, przerywany, wrzekomo-zimniczy, występują bóle i obrzęki stawów, osutki rumieniowe i plamicowe nieraz ledwie dostrzegalne. Posocznice te są bardzo trudne do rozpoznania, które może być ustalone jedynie na podstawie badań bakterjologicznych.

Leczenie posocznic meningokokowych było dotąd tylko swoiste. Stosowano surowice przeciw meningokokowe, a także szczepionki: stock- i auto-wakcyny.

Netter, jak już wspomniałem, wyleczył swoją chorą zastrzykiwaniami surowicy nardzeniowo. Chociaż u jego chorej zajęcia opon nie było, a tylko objawy ogólnego zakażenia ustroju, jednakże nastąpiło wyzdrowienie. Chevrel i Bourdinière[13]) w swoim przypadku stosowali z dobrym skutkiem surowicę dożylnie. Monziols i Loiseleur[14]) zastrzykiwali surowicę podskórnie i jednocześnie do wysięku ropnego w opłucnej. Barbier[15]) i Teissier[16]) zastrzykiwali swoim chorym surowicę loco dolenti — do ropni stawowych, a Cantonnet[17]) przy ciężkiem meningokokowem zapaleniu rogówki dostosował miejscowe wkraplanie surowicy. Ostatniemi czasy Mery i Girard[18]), a także Sergen, Pruvost i Bordet[19]) leczyli swoich chorych z dobrym wynikiem wielowartościowemi szczepionkami (stock-wakcynami). Leczenie surowicą w ich przypadkach pozostało bez skutku. Bourges, Bouillier i Jobard[20]) wyleczyli swojego chorego auto-wakcyną.

Swoistego leczenia w moim przypadku nie zdążyłem zastosować z powodu zbyt szybkiego przebiegu choroby.

Piśmiennictwo.

[1]) M. Dauge. Les formes septicémiques de la meningite cérébrospinale. Thèse de Paris 1921 r. Str. 70—71. [2]) Dr. Mendelsowa. Trzy przypadki ogólnego zakażenia meningokokowego. Odczyt w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkiem. Polskie czasopismo lekarskie 1921 r. Nr. 4 str. 67. [3]) Martini i Röde. Ber. Klin. Woch 1905 r. Nr. 32. [4]) Weill et Colaneri. Bull. et Mém. de Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. 1921 r. str. 695. [5]) Le Pape et Guy Laroche. Soc. Méd. des Hopit. de Paris 5 mai 1916 r. [6]) Martin i Röde loc. cit. [7]) Rist et Paris. Archives générales de Méd. 23. II. 1904. [8]) Netter Acad. de Médicine 27. VII. 1909 r. [9]) Netter et Debré. La méningite cérébrospinale. Paris. Mass. Edit. 1911 r. [10]) Gruber und Fanny Kirschensteiner. Ergebnisse der in. Med. u. Kinderh. kde.

T. XX. 1917 r.[11]) przytoczono według Bourges I. Roneillier et Jobard. Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. 1921 r. str. 1001. [12]) Lauffenstein. Medic. Klin. 1921 r. Nr. 47. str 1439. [13]) Chevrel et Bourdiniere. Soc. Me. des Hopitaux de Paris 29 lipca 1910 r. [14]) Monziols et Loiseleur Soc. Méd. des Hopitaux de Paris. 25 luty 1910 r. [15]) Barbier. Soc. Méd. des Hopitaux de Paris 7 maja 1910 r [16]) Teissier. Soc. Méd. des Hopitaux de Paris 21 maja 1910 r. [17]) Cantonnet. Société d'ophtalmologie de Paris. 1909 r. [18]) Mery et Girard Bullet. de l'Acad. de Méd., octobre 1915 r. [19]) Sergent, Pruvost et Bordet. Soc. Méd. des Hopitaux de Paris, 26. maja 1920 r [20]) Bourges, Bouillier et Jobard. loc. cit.

Dr. Maksymiljan Blassberg. Kraków.

O tak zwanem „zaziębieniu".

Przez »zaziębienie« rozumiemy taką zmianę ciepłoty, względnie krótkotrwałe działanie zimna na organizm, które wywołuje skutki chorobotwórcze, szkodliwe dla zdrowia. Kiedy się jednak staramy rozglądnąć bliżej w tem pojęciu i rozpatrzeć, jakie działanie zimna potrzebne jest, czy to ilościowo, czy jakościowo, do wywołania zaziębienia i jakiemi drogami ono się odbywa, jeżeli chcemy odróżnić to, co nazywamy w medycynie działaniem zimna, od tego, co nazywamy powszechnie »zaziębieniem« czyli »przeziębieniem«, to napotykamy na nieprzezwyciężone trudności. W żadnej może innej dziedzinie medycyny nie splotły się ze sobą istotne fakta i pojęcia naukowe tak silnie z codziennemi pojęciami laików, o charakterze dogmatycznym, a często wręcz o cechach bezkrytycznego zabobonu, jak w tej właśnie.

Działanie zimna na ustrój składa się z dwóch czynników. Jednym jest działające zimno, a drugim odczyn ustroju na zimno działające Czynnikiem zimnym, działającym na ustrój, może być atmosfera powietrzna, otaczająca ziemię, dalej woda, deszcz, śnieg i inne opady atmosferyczne, następnie mgły, opary i wilgoć, a w końcu zimne zabiegi lekarskie, zapomocą których działa się na ustrój. Częścią ustroju najbardziej wystawioną na działanie zimna jest skóra, na drugiem miejscu stoją jamy wewnętrzne, do których przenikać ono może, bądź za pośrednictwem skóry, bądź przez naturalne otwory ciała, jak usta, nos, uszy i tp. Zimno działające na ciało ludzkie napotyka w niem na ustrój wysoce zróżniczkowany, który ma własną ciepłotę prawie stałą, wahającą się w nieznacznych granicach, a co najważniejsze, ma własną organizację, wytwarzającą ciepło i regulującą jego granice. Materjału palnego dostarcza, jak wiadomo, przewód pokarmowy w postaci pokarmów, przyczem miechy, jakiemi są płuca, wysysają z powietrza tlen potrzebny dla spalania żywności, a wytworzone ciepło narząd krążenia rozprowadza po całym ustroju. Aby w ustroju nie nagromadzało się zbyt dużo ciepła, skóra i płuca przez promieniowanie, wydzielanie i parowanie oddają nadmiar ciepła. Nadto przy automatycznej regulacji ciepła wchodzą w grę ośrodki nerwowe, regulujące ciepło drogą bezpośrednią lub pośrednią przez nerwy naczynioruchowe oraz gruczoły, bądź przyśpieszające, bądź zwalniające tempo przemiany materji. W końcu przyrodzony popęd samozachowawczy nauczył człowieka zapomocą mieszkania, bielizny, ubrania i pościeli chronić się przed utratą własnego ciepła.

Samo działanie zimna jako takiego jest faktem naukowo stwierdzonym, choć zakres jego działania i drogi nie są jeszcze dotąd dobrze znane. Że np. hemoglobinurja paroxymalis powstawać może pod wpływem silnego zimna, działającego choćby na ograniczoną powierzchnię ustroju, nie ulega wątpliwości. Tak samo znane są doświadczenia Pasteura, robione na kurach, które są odporne wobec zakażenia bakterjami wąglika, natomiast zanużone stopami i tylną częścią ciała na dłuższy czas do zimnej wody podlegają temu zakażeniu. Wiadomo jest też, że wilgotność otaczającego powietrza i środowiska, wilgotność np. klimatu, może silnie oziębiać ciało, przeszkadzać parowaniu i prowadzić do oziębienia powierzchni ciała, a głównie kończyn, i do odmrożeń. Petenkoffer jeszcze w r. 1865 wykazał np., że jeżeli z mokremi pończochami wejdziemy z pola do suchego i ciepłego pokoju, to natychmiast występuje w pokoju parowanie, które może ciału odebrać znaczną ilość ciepła. Trzy łuty t. j. 38.4 gr. wełny pończochowej z łatwością wsiąka tyle wilgoci, że dla ususzenia ich stopa musi oddać ilość ciepła, która wystarczałaby do ogrzania ćwierci litra wody od 0, aż do punktu wrzenia lub do stopienia przeszło 250 gr. lodu. Według badań naukowych głównie szkodliwem jest działanie zimna przez zaburzenie urządzenia, regulującego ciepło własne ustroju, a którego najdalej idącym skutkiem jest śmierć ze zmarznięcia. W pośrodku między zdrowiem a śmiercią ze zmarznięcia jest cały szereg zmian i szkodliwości, wynikłych z ujemnego działania zimna, zmian, które są bądź ograniczone bądź ogólne. Przy działaniu tem wchodzi w grę zarówno konstytucja i odporność danego ustroju, jak stopień oraz czas trwania zimna, które osłabiają lub porażają prawidłową zdolność reakcji ustroju i wywołują postępującą utratę ciepła aż do porażenia. Współdziałają tu wszystkie czynniki fizykalne, obniżające ciepłotę bezpośrednio lub pośrednio, np. przez wpływ na parowanie i promieniowanie lub wywołując bezpośrednie anemizowanie tkanki i miejscowe zmiany następowe. Jak dalece w tej dziedzinie medycyna daleką jest jeszcze od stwierdzenia faktycznego stanu rzeczy, tego przykładem jest śmierć ze zmarznięcia. Otóż dla wytłómaczenia jej istoty powstało niemniej, jak pięć hypotez. Jedni (Pouchet), tłómaczą ją zatruciem spowodowanem przez zmienioną krew w zamarzłych okolicach ciała, drudzy (Michel) przyjmują wielokrotne zatory włoskowate w płucach z następową asfiksją śmiertelną, trzecia grupa autorów (Moricheau-Beaupé, Ruhl, Virey, Guerard, Krajewski) uważa przekrwienie mózgu za przyczynę śmierci ze zmarznięcia, czwarta grupa (Ogston, Walter) przeciwnie niedokrewność mózgu za czynnik śmiertelny, wreszcie piąta grupa (Horwat, Laveran) dopatruje się w układzie mięśniowym i w sercu dominującego czynnika śmierci ze zmarznięcia.

Atoli, o ile ujemne działanie zimna, jako takiego, na ustrój jest faktem bądź co bądź naukowo stwierdzonym, to działanie zimna, jako czynnika patologicznego, nie pokrywa się z tem, co tkwi w nazwie rozpowszechnionej zarówno u lekarzy, jak i laików, jako tak zwane »zaziębienie« czyli »przeziębienie«. Nazwa ta bowiem mieści w sobie przelotne i krótkotrwałe zadziałanie ochłodzenia różnego rodzaju, stopnia i pochodzenia, a nawet takie bodźce chłodu i lekkiego lub częściowego oziębienia, które są stałemi zjawiskami wśród codziennych wpływów atmosferycznych i klimatycznych, które są ściśle związane ze środowiskiem życiowem człowieka i do których ustrój ludzki i tryb życia są zresztą ściśle przystosowane. Według rozpowszechnionych pojęć po zadziałaniu krótkotrwałem lub nagłem zimna na powierzchnię ciała, albo po oddychaniu chłodnem powietrzem, albo po spożyciu chłodnych potraw następuje zachorzenie, albo w miejscu zadziałania zimna, albo też w narządach odległych i w innych okolicach ciała. Przytem rozmaite są pojęcia w tym względzie. Jedni bowiem uważają zaziębienie tylko jako czynnik przyczynowy, podczas gdy inni uważają je samo przez się za chorobę samoistną, a nawet niektórzy uzasadniają to analogją do zakażenia, które zarazem oznacza czynność zakażającego jadu, jakoteż równocześnie reakcję ustroju.

Tymczasem na fakt istnienia tego, co pospolicie nazywamy »zaziębieniem« czyli »przeziębieniem«, nie posiadamy dotychczas ścisłych ani pewnych i przekonywujących dowodów naukowych. Dawne pojęcie patologiczne przeziębienia »*a frigore*« uległo gruntownemu oczyszczeniu w miarę, jak nowsze badania wykryły istotę i etjologję całego szeregu chorób i stwierdziły inne czynniki przyczynowe tam, gdzie poprzednio dopatrywano się zaziębienia. Z rozkwitem bakterjologji uważa się dziś wiele dawniejszych »zaziębień« za choroby zakaźne, jak np.: katar nosa, influencę, zapalenie gardła, zapalenie okostnej zęba, zapalenie płuc, ostry gościec stawowy, ostre zapalenie wsierdzia i t. p.

Doświadczenia na zwierzętach nie są miarodajne, nie tylko ze względu na odmienność swoistej reakcji gatunku, jako takiego, ale także ze względu na grube różnice w budowie, jak posiadanie sierści oraz na inne zachowanie się funkcjonalne i odmienną wrażliwość O »przeziębieniu« u zwierząt pod wpływem krótkotrwałego zadziałania zimna nie zwy-

kło się mówić. Próby doświadczalne wywołania u królików i psów zaziębienia i katarów dróg oddechowych przez naprzemienne wdychanie zimnego i ciepłego powietrza były bezskuteczne. Mimo tego, że stosowano u wierząt tak znaczne oziębienia, że regulacja ciepła była u nich znacznie uszkodzona i że mogły doprowadzić do śmierci, to jednak nie udawało się na drodze odruchowej wywołać żadnej choroby. Na ogół jednak doświadczenia odbywały się na zwierzętach bardzo silnie oziębianych, wskutek czego nie zachodzi analogja do tego, co określa się zaziębieniem.

Z doświadczeń na ludziach, które miały na celu wywołanie tego, co się nazywa »zaziębieniem«, znane są doświadczenia profesora praskiego Chodouńskiego, robione na sobie samym w 57 roku życia, a powtórzone w 63 roku życia. Chodouński zauważa, że był wychowany w obawie przed zaziębieniem, że zawsze unikał przeciągów, zmiany powietrza i przemoczenia nóg, że nosił trykoty, a mimo to nawiedzały go wciąż katary nosa i oskrzeli oraz gościec mięśniowy. Dopiero, kiedy mimo notorycznego przeziębienia na wycieczkach pozostał zdrowym, nabrał wątpliwości i zaczął sprawę zaziębienia badać naukowo na zwierzętach i ludziach, a przedewszystkiem na sobie samym. Z heroicznem zaparciem się siebie wykonywał on na sobie systematycznie całe szeregi bardzo przykrych doświadczeń, starając się wywołać zaziębienie. Po zimnych, ciepłych lub gorących kąpielach, w granicach od 4—45°, wystawiał się zwilgocony, goło i boso, na silne przeciągi o ciepłocie od — 15 do + 12° C., trwające do godziny czasu, albo narażał się na nagłe zmiany ciepłoty dochodzące do 41° różnicy, albo też oziębiał znacznie różne okolice ciała, jak twarzy, karku, serca, nerwu kulszowego, nerek i stawów. Mimo, że cierpiał na przewlekły nieżyt oskrzeli, a w plwocinie i na migdałkach wykazał hodowlami najrozmaitsze bakterje, nie zaziębił się. Poglądy Chodouńskiego spotkały się z krytyką w tym kierunku, że we wnioskach swych poszedł za daleko, twierdząc, że czynniki, które klinicznie wchodzą w grę przy zaziębieniu, nie tylko nie szkodzą człowiekowi, lecz nawet nie usposabiają do chorób, a w szczególności zakaźnych. Twierdzono też, że wielu innych ludzi w tych samych warunkach zachorowałoby. Pozostaje jednak faktem, że Chodouński pierwszy starał się doświadczalnie i w sposób bardziej ścisły zbadać zaziębienie i stworzyć pewne warunki dla klinicznej obserwacji tego zjawiska u ludzi, a jednak doszedł do ujemnych wyników.

Dotąd istnieją tylko ogólnikowe teorje o zaziębieniu, oparte mniej lub więcej na spostrzeżeniach, doświadczeniach, przypuszczeniach lub domysłach, które różni autorowie dowolnie przyjmują, jako mniej lub więcej prawdopodobne, celem częściowego przynajmniej wyjaśnienia zaziębienia, jako momentu przyczynowego różnych schorzeń Najbardziej znane i rozpowszechnione są hypotezy naczyniowe, według których, wskutek zaziębienia następuje zaburzenie równowagi w krążeniu krwi po ciele i zmiana jej ruchu, działająca bądź przez upośledzenie odżywienia i anemizowanie pewnych tkanek, bądź przez cofanie się krwi z pewnych przestrzeni i narządów ciała, np. ze skóry, a napływanie do wnętrza lub innych narządów i wywoływanie przekrwienia lub zapalenia.

Zdołałem zestawić 8 różnych poglądów na tę sprawę. I tak: 1) Sokołowski przytacza teorję naczyniową Boucharda, dla wyjaśnienia roli przeziębienia np. w zapaleniu płuc. Podług tej teorji przez działanie zimna na błony śluzowe występuje zwężenie naczyń, albo bezpośrednio, albo pośrednio przez skurcz mięśni otaczających naczynia. Wskutek tego następuje pewne zaburzenie w odżywianiu błony śluzowej, nabłonek uszkadza się, pęcznieje, ewentualnie złuszcza się i staje się nieodpornym wobec drobnoustrojów. Drobnoustroje te, przebywające stale na błonie śluzowej, lub przypadkowo tam się znajdujące, przenikają wskutek tego głębiej i wywołują zapalenia różnego stopnia.

2) Druga teorja tłómaczy zaziębienie wprost odwrotnie, aniżeli poprzednia, to jest nie przez skurcz, lecz przez rozszerzenie naczyń. Według tego poglądu zaziębienie jest następstwem złego rozmieszczenia krwi, tj. niedokrwienia jednej, a równocześnie przekrwienia innej okolicy ciała. Jeżeli np. nogi zostaną oziębione, to powstaje przekrwienie i obrzęk gdzieindziej, np. w nosie, w kiszkach lub w drogach oddechowych, a stąd to, co nazywamy katarem. Według tego więc przypuszczenia zaziębienie nie powstaje miejscowo, przez oziębienie jakiegoś narządu, lecz jest odczynem odruchowym, działającym wyłącznie na odległość na drodze nerwowego przekrwienia. Tu sceptycy zadają ironiczne pytanie, dlaczego także inne przekrwienia, tak często powstające chwilowo w ustroju, nie wywołują takiego samego zaziębienia, np. przekrwienie w nosie pod wpływem wąchania chrzanu, albo przekrwienie w ustach pod wpływem żucia stałych pokarmów, przekrwienie w przewodzie pokarmowym podczas trawienia, napływ i nawały krwi u kobiet podczas *climacterium*, przekrwienia w przebiegu cierpień sercowych i tym podobne stany.

3) Niektórzy (Lewkowicz, Schade) przypuszczają, że głównym i prawie jedynym czynnikiem działającym w zaziębieniu jest czysto mechaniczny wpływ urazowy na stan nabłonków, wywołany przez bezpośrednie zadziałanie zimna na nabłonki. Pozatem odrzuca Lewkowicz wszelkie inne, głębsze zmiany w ustroju, tj. obniżenie odporności oraz wzmożenie zjadliwości mikrobów pod wpływem zaziębienia, jako nieuzasadnione. Zdaniem Lewkowicza zaziębienie niema żadnego znaczenia, o ile chodzi o osobnika rzeczywiście zdrowego, a zadziałać może tylko wtedy, gdy chodzi o osobnika z zakażeniem utajonem. Wówczas czynniki zewnętrzne, o ile tylko zdolne są wywołać masowe złuszczanie się nabłonków, sprowadzają nagłe rozpadanie się nabłonków zakażonych i rozsiewanie się uwięzionych w nich mikrobów i powodują przekształcenie się zakażenia utajonego w obraz ostrej choroby zakaźnej.

4) Czwarta hypoteza usiłuje zaziębienie wytłómaczyć w ten sposób, że przez zaziębienie wstrzymane jest wydzielanie i wyziew skórny na większej lub mniejszej przestrzeni, a wskutek tego szkodliwe wytwory przemiany materji, głównie kwas mleczny, nie zostają wydalone, lecz gromadzą się i wywołują w ten sposób schorzenie ustroju na drodze zaburzeń chemicznych, nawiasem mówiąc, zupełnie nie udowodnionych. Tymczasem badania fizjologiczne wykazały, że nerki i płuca mogą zupełnie wyręczyć skórę, jeżeli jej czynności czasowo lub miejscowo zostały wstrzymane. Zresztą nie jest też rzeczą pewną i naukowo udowodnioną, jakoby pod wpływem krótkotrwałego »zaziębienia«, perspiracja skórna wogóle podlegała jakimś istotnym wyraźniejszym zmianom i zaburzeniom.

5) Piąta hypoteza (J. Rosenthal) próbuje zaziębienie wytłumaczyć w ten sposób, że przez oziębienie na powierzchni ciała oziębia się krew i tak oziębiona dopływa do narządów. Ale hypotezie tej zarzucają, że zazwyczaj tylko niewielkie przestrzenie ciała ulegają oziębieniu, a przytem w okolicach tych kurczą się naczynia, że zatem ewentualna ilość oziębionej krwi jest tak małą, że nie mogłaby przy dopływie do reszty żylnej krwi spowodować obniżenia się jej ciepłoty.

6) Szósta hypoteza, nerwowa, przyjmuje, że przez zaziębienie powstaje znaczne działanie depresyjne na nerwy skórne, połączone z licznemi różnorakiemi odruchami i chorobotwórczem działaniem neurotroficznem. Hypoteza ta wychodzi daleko poza fakta doświadczeniem naukowem stwierdzone. Albowiem doświadczenia na zwierzętach (Richardson, Weir Mitchel) wykazały tylko, że można przez działanie zimna na skórę stopniowo upośledzać czynność obwodowych nerwów aż do ustania ich funkcji, że czynność ta jednakże po ustaniu działającego bodźca zimnego całkowicie i szybko powraca do pierwotnego stanu. Natomiast zupełnie nie udowodniono dotychczas, jakoby krótkie, a choćby intenzywne zimno, mogło być bodźcem chorobotwórczym, wywołującym czy to bóle nerwowe, czy porażenia nerwów obwodowych, czy też inne stany chorobowe, jak goraczkę lub zapalenie tego lub innego narządu.

7) Inna grupa autorów na podstawie łączności czasowej pewnych chorób z zimnem zewnętrznem atmosfery lub na podstawie statystyki śmiertelności w różnych miesiącach i porach roku dopatruje się związku przyczynowego między zaziębieniem, a chorobami. Jednakże próby dowodzenia wpływu zaziębienia zapomocą statystyki chorób w różnych miesiącach i porach nie są tak ścisłe, aby mogły, jak wogóle statystyka, stanowić dowód ściśle naukowo lekarski. Zresztą zachodzą

w tym kierunku same przez się liczne wątpliwości oraz zdania sprzeczne. Np. Biegański dowodzi, że niska ciepłota nie wpływa na występowanie zapalenia płuc, gdyż w grudniu i styczniu ilość tych przypadków nie jest wcale największą. Niektórzy autorowie twierdzą, że ilość przypadków zapalenia płuc pozostaje w stosunku odwrotnym do ilości opadów atmosferycznych, podczas gdy zestawienia innych autorów dają inne wyniki. Jedni, jak np. Casper, dowodzą statystycznie, że suche zimno jest groźne dla życia, a wilgotne zmniejsza najskuteczniej śmiertelność, podczas gdy Sticker twierdzi, że rzecz ma się odwrotnie. Niektórzy starają się niejasną sprawę statystyki i sprzeczności poglądów w ten sposób wytłumaczyć, że schorzenia, wynikłe z danego stanu atmosfery, dopiero w następnym czasokresie dają wyniki śmiertelne w cyfrach, i że statystyka, notując końcowy stan, wiąże go fałszywie z innym czasokresem, a nie z właściwym przyczynowym. Jak niepewne są wnioski statystyczne, cyfrowe o wpływach pór roku atmosferycznych, telurycznych i geograficznych na zaziębienia, tego dowodzi np. grypa, która do niedawna uchodziła za zaziębienie, a raz wybuchnąwszy szerzy się gwałtownie zarówno w suchych, jak w bagnistych okolicach, na gruncie porowatym lub nieprzepuszczalnym, w dolinach, na płaskowzgórzach i w górach, nad morzem i wśród lądów, w klimacie ciepłym i zimnym, oraz bez względu na porę roku. Z drugiej znów strony powszechnie wiadomą jest rzeczą, że dur osutkowy związany jest głównie z zimną porą roku, ale nie z powodu zimna i sposobności do przeziębienia, jakby to ze statystyki wynikało, lecz dlatego, że ludność nędzna i zawszona ciepłej się ubiera, mniej się myje, kąpie i zmienia bieliznę, a bardziej przebywa w gęstem skupieniu w izbach, co sprzyja mnożeniu się wszy, przenoszących zarazę. Ten sam czynnik, to jest skupienie w mieszkaniach podczas zimnych pór roku, sprzyja także szerzeniu się innych chorób zakaźnokataralnych, które się potem błędnie odnosi do »zaziębienia«.

8) Najczęściej jednak do zaziębienia odnosi się, drogą wykluczenia, takie stany chorobowe, przy których innej właściwej przyczyny, czy to zakaźnej, czy toksycznej, czy innej wykryć lub napewno stwierdzić nie można, przypisując mu zazwyczaj przypuszczalne znaczenie pomocnicze przy powstawaniu choroby. Spotykamy się z tem często przy zapaleniach nerek, gośćcu mięśniowym, zapaleniach opłucny, neuralgjach i t. p. Jaką drogą i jakim sposobem to zaziębienie może zadziałać, co do tego panuje w klinikach zupełna swoboda przekonań. Np. w powstawaniu ostrego gośćcu stawowego Senator przyjmuje za czynnik wywołujący nagłe przemoczenie ciała pocącego się, Strümpell wini przeciwnie długotrwałe działanie wilgotnego zimna, Widal i Jochmann uważa jeden i drugi sposób jako możliwy, Latkowski twierdzi tylko ogólnikowo, że zaziębienie jest przyczyną, jeżeli nie wywołującą, to usposabiającą do gośćca, Eichhorst wyraża przekonanie, że tylko niewielką ilość tych schorzeń należy przypisać zaziębieniu, a Müller odrzuca wszelki związek przyczynowy między zaziębieniem, a gośćcem Ta rozbieżność poglądów staje się zrozumiałą, gdy się uwzględni, że główną podstawą, na której się te dane opierają, są wywiady, zbierane u chorych, a te często są splecione z własnym osobistym poglądem chorych na tę sprawę.

Jak widzimy zatem teorje zaziębienia są liczne i rozmaite, nie są jednak oparte na ścisłych i niezbitych dowodach, polegają często na przeświadczeniach i domysłach i nie tłómaczą olbrzymiej masy zjawisk, objętych pojęciem zaziębienia w życiu codziennem. Niewytłumaczalnem bowiem jest, dlaczego np. prądy powietrzne lub inne czynniki, ledwie wyczuwalne, a nacechowane tylko tem, że dają się wyczuć podmiotowo jako zimne, mają wywołać choroby, skoro wiemy, że ustrój ludzki w takich warunkach automatycznie i zupełnie dostatecznie sam sobie swoją ciepłotę reguluje. Teorje te nietłómaczą, dlaczego miljony ludzi, czy to z tak zwanej lekkomyślności, czy też pod przymusem swojego zawodu lub czynności np. w rowach strzeleckich, nie zapadają znacznie potężniej wskutek zaziębienia, niż legjony innych, stojących wciąż swą myślą i obawą pod Damoklesowym mieczem zaziębienia i zabiegających usilnie wszystkiemi możliwemi sposobami, aby go uniknąć. Niektórzy autorowie, jak np. Jürgens, stojąc wobec tej zagadki tłómaczą ją tak, że zaziębienie następuje dopiero wtedy, gdy ciało nie przeciwdziała na czas i skutecznie wpływom oziębiającym, a ponieważ ta zdolność reakcji przedstawia się bardzo rozmaicie, przeto i skłonność do zaziębień podlega wielkim wahaniom. Atoli takie rozumowanie chce osobniczą zdolnością do reakcji pokryć i zatuszować fakt, że istota zaziębienia nie jest zbadana i zamiast jednego niewiadomego, wprowadza dwa niewiadome czynniki do tego zagadnienia. D. n.

Dr. Ludwik Pinkus, ordynator szpitala. Łódź.

Przypadek nowotworu śródpiersia *).

(Z oddziału chorób wewnętrznych Szpitala na Radogoszczu).

Rozpoznanie różniczkowe guzów śródpiersia różnego pochodzenia nasuwa niemałe trudności. Dlatego podaję opis przypadku, w którym rozpoznanie wahało się między nowotworem, a tętniakiem tętnicy głównej.

D. 16 IV 1921 przyjęto na oddział obserwacyjny naszego szpitala chorego Filipa J., przysłanego z rozpoznaniem róży. U chorego nie stwierdzono żadnej choroby zakaźnej; skierowano go na oddział chorób wewnętrznych.

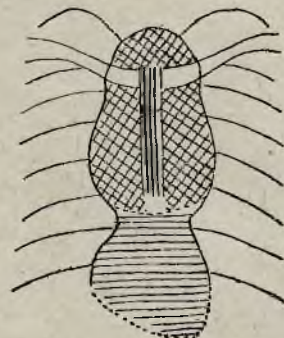
Chory, Filip J, robotnik tkacz, lat 42, żonaty, dzietny. Prócz rzerzączki (przed rokiem) żadnych chorób nie przechodził. Żona i dzieci zdrowe. Ojciec zmarł nagle w 45 roku życia, matka dożyła lat 75, brat zmarł przed rokiem na chorobę gorączkową. Chory niewiele pił i palił, warunki życia miał niezłe.

Choroba, która go sprowadziła do szpitala, zaczęła się, według jego podania, w kwietniu 1921 (od Wielkiej Nocy) ściskaniem w dołku, „jakby kamień siedział". Po niejakim czasie ciężar przeniósł się wyżej, aż do szyji. Chory czuł się nieco osłabiony i miewał zawroty głowy, jednakże mógł pracować w fabryce. Dopiero na 2 tygodnie przed zgłoszeniem się do szpitala chory przestał pracować, zaczął bowiem puchnąć na szyji i twarzy, wystąpiły żyły i doznawał duszności przy leżeniu. Chory kaszle i odpluwa śluzowe plwociny, podczas snu poci się do połowy ciała, śpi naogół źle, łaknienie upośledzone, stolce prawidłowe. Chory nie zeszczuplał. Od pewnego czasu ma niewielką chrypkę.

Stan przedmiotowy: Chory jest wzrostu średniego, prawidłowej budowy, odżywienia dobrego. Na pierwsze wejrzenie widoczny jest obrzęk twarzy i szyji oraz wystąpienie żył w postaci sznurków na mostku, na plecach, na brzuchu i pod pachami. Skóra w miejscach obrzęku jest blado różowa. Ciepłota ciała niżej 37° (w ciągu pierwszych 2 dni pobytu w szpitalu dochodziła do 37.3°). Tętno 1.0, równe z obu stron. Granice stłumienia serca bez zmian, tony głuche. Po obu stronach rękojeści mostka stłumienie wypuku, z tyłu stłumienie z obu stron kręgosłupa sięga 4-go kręgu grzbietowego, oddech na tej przestrzeni zaostrzony, przewodnictwo głosowe wzmożone. Tarczyca (zraz prawy i przesmyk) powiększona i miękka. Wziernikowanie wykazuje bezwład prawej struny głosowej.

Narządy brzuszne bez zmian. Mocz prawidłowy. W plwocinie nie stwierdzono drobnoustrojów chorobotwórczych. Krew morfologicznie nie zmieniona (obojętnochłonnych 77%, limfocytów 17%, przejściowych 6%). Odczyny Wassermanna i Meinickego ujemne (kol. Venulet).

Prześwietlenie i zdjęcie promieniami Roentgena (kol. Goldberg i autor) wykazuje ponad sercem guz o brzegach równych, wychodzący poza krawędzie mostka i wypełniający całe śródpiersie przednie oraz częściowo tylne. Łuku tętnicy głównej nie widać. Guz tętni po lewej stronie. (patrz rysunek schematyczny wykonany z odbitki).



Powyższe dane nakazują różniczkowanie pomiędzy nowotworem śródpiersia a dużym tętniakiem, z których każdy

---

*) Z odczytu wygłoszonego w Tow. Lek. Łódzkiem w dniu 19 X. 1921.

przez ucisk na żyły, drogi chłonne i ważne pnie nerwowe, w śródpiersiu się znajdujące, powodować może opisane objawy. Przeciwko tętniakowi przemawiają: ujemne wyniki badania na kiłę, brak objawów ze strony tętna.

Przeciwko temu również przemawia jednostronne tętnienie guza, spostrzegane przy prześwietlaniu Roentgenem, choć dziś nie posiada ten objaw bezwzględnego znaczenia, albowiem spostrzegano tętniaki, które z powodu dużych skrzepów krwi w worku dawały tylko jednostronne tętnienie. Z wyniku powyższego rozumowania rozpoznano nowotwór śródpiersia.

Chory zmarł nagle 14 lipca nad ranem przy objawach duszności. W przebiegu chorobv zaznaczyć należy występujący od czasu do czasu ślinotok i bezsenność, duszność.

Ulgę dawała morfina.

Sekcja zwłok, dokonana przez prosektora miejskiego kol. Mieleszkę, stwierdziła obecność mięsaka limfatycznego (*lymphosarcoma*) śródpiersia z przerzutami do nasierdzia i do najbliższych gruczołów chłonnych oraz do nerek. Guz wypełniał śródpiersie przednie, obrastając całkowicie naczynia, otaczając półkolem tchawicę, przeginając się na jej boki, pozostawiając jednak zupełnie drożną tchawicę i oskrzela. Tętnica główna oraz żyły znajdują się wewnątrz guza.

W powyższej historji podkreślić należy kilka szczegółów: 1) Pierwotny nowotwór śródpiersia tylko w 25 % daje przerzuty dalekie. Przypadek powyższy należy zatem do rzadszych; 2) nowotwór szybko, tj. w ciągu czterech miesięcy od wystąpienia pierwszych objawów, spowodował zejście śmiertelne, przed wystąpieniem charłactwa; 3) tętnienie jednostronne guza (w promieniach Roentgena) wywołane zostało umiejscowieniem się guza dookoła tętnicy głównej; 4) pomiędzy zjawieniem się pierwszych objawów choroby w postaci nieokreślonych dolegliwości a wystąpieniem objawów ucisku śródpiersiowego, znamionującego duży rozrost guza, upłynęło 2 miesiące. W ciągu tego czasu dolegliwości wprawdzie trwały, nie zwiększały się jednak. Gdyby w owym czasie chory poddany był prześwietleniu Roentgena, guz byłby wykryty znacznie wcześniej, co mogłoby mieć znaczenie dla leczenia (zastosowanie głębokich naświetlań promieniami Roentgena). W przypadkach guzów, nadających się do leczenia operacyjnego, takie wczesne wykrycie guza ma wielkie znaczenie.

XIV. Z kazuistyki Zakładu anatomji patologicznej U. W.

A. Siedlecka, asystentka zakładu. Warszawa.

Przypadek uwięzgnięcia przepukliny wewnętrznej.

Chora 78-letnia kobieta przybyła do szpitala w ciężkim stanie, z rozpoznaniem *occlusio intestinorum*. Przy laparotomji stwierdzono, iż otrzewna jelit była pokryta wiotkiemi złogami włóknika; nie znaleziono natomiast nigdzie skrętu, uwięzgnięcia; jedynie dało się zauważyć, że jelito biodrowe było przytwierdzone z lewej strony do dna macicy. Chora wkrótce zmarła przy objawach zapalenia otrzewnej.

Sekcja wykazała, jako przyczynę śmierci, włóknikowe zapalenie otrzewnej. Między tylną powierzchnią macicy a odbytnicą znajdowały się silne jednolite zrosty. Zrosty te były ułożone w taki sposób, że między dnem macicy a odbytnicą wytwarzał się jakby mostek, a właściwie daszek, przykrywający jamę Douglasa. Prawy jajnik i jajowód zrośnięte z otoczeniem za pomocą mocnych zrostów. Z lewej strony na razie nie znalazłam jajnika, natomiast tuż koło lewego rogu macicy znajdowała się jakby torbiel, twór wielkości mandarynki o dość napiętych ścianach, składających się również ze zrostów. Nad niemi przebiegał jajowód ściśle z niemi zespolony. W ten sposób wytworzyła się jama, której ściany składały się: w górze ze zrostów, w dole z otrzewnej, wyścielającej jamę Douglasa, z boku od strony lewej częściowo z więzadła szerokiego, oraz licznych zrostów pomiędzy przydatkami macicy a otrzewną jelita. Do tej torbieli była przytwierdzona pętla jelita biodrowego, co zauważono już w czasie operacji. Po przecięciu torbieli okazało się, że jest to worek przepuklinowy. Zawierał on kawałek jelita zgorzelinowo zmienionego, oraz jajnik. Worek ten tworzył dalszy ciąg wyżej opisanej jamy w tylnym Douglasie. W zrostach, tworzących górną ścianę worka, znajdował się otwór okrągły o brzegach gładkich, zgrubiałych, przez który wchodziła pętla jelita do worka. Światło otworu o średnicy 1 $^1/_2$ cm. było szczelnie wypełnione jelitem. Jelito wchodzące i wychodzące było drożne zaledwie dla końca żłobkowanej sondy.

Pozatem stwierdziłam u tej zmarłej chorobę Glenard'a: wszystkie trzewia były opuszczone, nerki ruchome. Jak więc można sobie wyjaśnić mechanizm powstania uwięzgnięcia? Prawdopodobnie jelito biodrowe dawno musiało wchodzić w otwór lub szparę między zrostami, utworzonemi wskutek sprawy zapalnej, toczącej się w otoczeniu macicy. Wskutek trwania tej sprawy zapalnej jelito zostało prawdopodobnie częściowo unieruchomione. Gdy starzejąca się tkanka łączna zaczęła się kurczyć, jelito coraz mocniej było uciskane, aż wreszcie dało objawy niedrożności.

Z praktyki.

Dr. Grzegorz Drozdowicz, kier. prac. rentgenol. Warszawa.

Sztuczna odma brzuszna w rentgenodjagnostyce.

Rzecz odczytana na posiedzeniu klinicznem Warsz. Tow. Lek. dnia 7. stycznia 1922 r.

Sztuczna odma brzuszna powietrzna, względnie gazowa, należy do tych metod rentgenodjagnostycznych, które mają za zadanie uwidocznienie narządów ciała ludzkiego drogą wzmożenia lub wytworzenia między niemi kontrastów świetlnych. Metody te rozwijały się w dwóch podstawowych kierunkach i miały za zadanie uwidocznienie danego narządu drogą wprowadzenia doń ciał o mniejszej wadze gatunkowej, niż otoczenie, lub też przez wypełnienie narządów substancjami ciężkiemi, a przezto pochłaniającemi promienie X znacznie silniej, niż tkanki sąsiednie. Obadwa te kierunki, napozór sprzeczne, miały jednak tensam cel, chociaż otrzymywane temi drogami obrazy ekranowe i radjograficzne różniły się podstawowo rozkładem cieniów i świateł. Mianowicie, narządy wypełnione ciałami lekkiemi, a przezto łatwo przepuszczającemi promienie X, zaznaczały się na ekranie jako figury jasne na tle ciemnem, na kliszy zaś, wskutek mocniejszego działania promieni na zawiesinę w ich obrębie, jako figury ciemne na tle jasnem. Wręcz odwrotne stosunki otrzymujemy i na ekranie i na kliszy, badając narządy, do których wnętrza wprowadziliśmy substancje ciężkie.

Dwa te kierunki rozwijały się od pierwszych lat ery rentgenodjagnostycznej prawie równocześnie z lekką jednak przewagą chronologiczną kierunku pierwszego, łatwiej dostępnego i mającego już pewną tradycję w djagnostyce, aczkolwiek wówczas służył on innym celom. Mówię tutaj o wprowadzaniu powietrza i gazów, jakoto: tlenu i bezwodnika węglowego do żołądka i jelit. Sposób ten oddawał i oddaje usługi w rentgenodjagnostyce części brzusznej przewodu pokarmowego, służąc niekiedy i do lepszego uwidocznienia sąsiednich organów miąższowych, np. śledziony i wątroby, wyraźnie nieraz zaznaczających się na tle rozjaśnionych jelit i żołądka. Sposób ten jednak ma obecnie znacznie mniejsze zastosowanie w porównaniu z udoskonaloną przez Riedera metodą uwidoczniania narządów trawienia łącznie z przełykiem zapomocą wprowadzania do nich różnej gęstości zawiesin nierozpuszczalnych soli ciężkich metali, jakto dwuwęglanu bismutu i siarczanu barytu. Na tej samej podstawie opiera się używanie zgłębników, względnie cewników, wypełnionych ciężkiemi metalami lub impregnowanych ich związkami w rentgenodjagnostyce cierpień górnych odcinków przewodu pokarmowego i narządu moczowego. Badanie tego ostatniego narządu zostało znacznie posunięte naprzód przez umożliwienie otrzymania wyraźnego obrazu rentgenowskiego miedniczek i kielichów nerkowych dzięki wprowadzonej przez Völchera i Lichten-

berga metodzie wypełniania ich silnie kontrastującą zawiesiną kollargolu. Do tego samego celu służy mniej jednak rozpowszechniony sposób wypełniania tlenem.

Wszystkie powyższe metody kontrastowania miały za cel główny uwidocznienie danego organu przez wprowadzenie doń ciała, różniącego się od środowiska otaczającego swym ciężarem, a przeto i zdolnością pochłaniania prom. X. Wspomniana powyżej możność zobaczenia niekiedy konturów śledziony lub wątroby na tle rozjaśnionych, że tak powiem, jelit i żołądka była bardzo ograniczona, a przez to drugorzędna.

Nieco inaczej przedstawia się sposób i podstawa kontrastowania, o ile ciała stosowane w tym celu wprowadzamy nie do danego interesującego nas narządu, który z natury rzeczy musi być organem próżnym, względnie opróżnionym, a przezto posiadającym światło, lecz do jamy naprzykład opłucnej lub otrzewnej, aby z niej stworzyć tło, na którem kontrastowo wystąpiłyby organy miąższowe, mieszczące się w danej jamie, względnie produkty chorobowe

Nawiasem wspomnę tutaj o zbyt może śmiałych próbach lekarzy amerykańskich wprowadzania tlenu do komór mózgowych dla udostępnienia rentgenodjagnostyki cierpień mózgu. Ciałami kontrastującemi w tym razie z natury rzeczy mogą być tylko ciała lotne, jak powietrze, tlen lub bezwodnik węgla. Teoretycznie sprawa ta przedstawiała się zupełnie prosto, przy zastosowaniu jednak praktycznem nasuwa pewne trudności, budzi wątpliwości i obawy, których przezwyciężanie w tym tylko razie może mieć rację bytu, jeżeli spodziewane i otrzymywane korzyści stoją znacznie wyżej od ewentualnych stron ujemnych, a zwłaszcza jeżeli owych stron ujemnych można uniknąć.

Technika wykonywania sztucznej odmy brzusznej jest stosunkowo dość prosta i w ogólnych zarysach polega na przekłuciu ściany brzusznej aż do jamy otrzewnej zapomocą trójgrańca lub igły, połączonej rurką gumową ze zbiornikiem, mieszczącym w sobie powietrze, tlen lub bezwodnik węgla, względnie mieszaniny tych gazów. Siłą wprowadzającą gaz może być ciśnienie wody stopniowo usuwającej go ze zbiornika względnie ucisk ręki na wypełniony gazem balon gumowy. Pierwszy sposób, jako dający więcej możności stopniowania i kontroli, zasługuje na pierwszeństwo. Celowem jest używanie manometru, bez którego w naszych przypadkach nie obchodziliśmy się nigdy. Przy wyborze miejsca nakłucia trzeba przedewszystkiem powodować się koniecznością uniknięcia zranienia któregokolwiek z organów miąższowych, względnie guza. Zranienie jelita zdrowego, a więc swobodnego, jest nieomal wykluczone, nakłucie umocowanej zrostami pętli kiszkowej, według dość powszechnie przyjętego zdania, nie nasuwa poważniejszych obaw. Teoretycznie wysuwane niebezpieczeństwo zranienia naczynia krwionośnego i wywołania przez to zatorów jest prawie znikome przy stosowaniu szybko wchłaniającego się tlenu, a zwłaszcza bezwodnika węgla; nawet przy stosowaniu powietrza nigdy dotąd nie stwierdzono takiego zranienia, pomimo że odmę brzuszną stosowano już w tysiącach przypadków. Najwłaściwszem miejscem nakłucia jest okolica ponadpępkowa na 2 do 3 ctm. powyżej i na lewo od pępka. Nakłuwają również na linji środkowej na połowie odległości pomiędzy pępkiem i spojeniem łonowem. Naogół, przy zachowaniu wyżej zaznaczonej ostrożności, można w tym zakresie postępować dosyć dowolnie. Naturalnie rurka doprowadzająca, jak również igła lub trójgraniec, winny być wygotowane, skóra oczyszczona i pojodynowana Pożądane jest, aby powietrze, względnie gaz, było przepuszczone przez rurkę, wypełnioną watą odkażoną. Dla uniknięcia powrotnego przedostawania się powietrza wzdłuż igły, celowe jest wykonywanie nakłucia w dwa tempa: ukośne nakłucie skóry sposobem, stosowanym przy wstrzykiwaniach podskórnych, następnie pionowe ustawienie igły i przejście w tym kierunku przez mięśnie brzucha i otrzewnę. O chwili przekłucia otrzewnej świadczy zwykle swoisty cichy dźwięk, jakby pęknięcie naciągniętej błony. U pacjentów więcej wrażliwych pożyteczne być może uprzednie zastrzyknięcie morfiny. Stosowane niekiedy znieczulenie odcinka skóry za pomocą kokainy uważam za zupełnie zbędne ze względu na bardzo małą bolesność ostatecznego nakłucia.

Sam zabieg zakładania odmy chorzy znoszą zupełnie dobrze. W żadnym z moich przypadków nie zauważyłem godnych zaznaczenia powikłań. Pewien niepokój, nie przewyższający jednak zwykle spostrzeganego u chorych przed każdym nieomal rękoczynem lekarskim, bardzo łatwo usunąć drogą perswazji.

Po założeniu odmy, zwłaszcza zbyt obfitej, chorzy odczuwają niekiedy ból w okolicy prawej łopatki, podobny do spotykanego w rozmaitych schorzeniach wątroby. Bólów w samej jamie brzusznej nie spostrzegałem nawet u chorych ze zrostami otrzewnej. Przez jakiś czas po zabiegu trwa uczucie pełności i rozpierania w brzuchu Niemiły ten okres można skrócić, używając zamiast powietrza łatwiej i szybciej wchłanianego tlenu, a zwłaszcza bezwodnika węglowego, i nie przekraczając bez koniecznej potrzeby ilości dwóch litrów gazu. Ilość ta zwykle wystarcza najzupełniej do przeprowadzenia badania. W razie konieczności można zapomocą powtórnego nakłucia uwolnić jamę brzuszną od gazu. Przed badaniem chory powinien otrzymać środek przeczyszczający, mieć opróżnione jelita zapomocą lewatywy i być naczczo, aby pozostałości pokarmowe względnie kałowe nie zaciemniały obrazu. Zakładanie odmy odbywa się w pozycji leżącej na stole rentgenowskim (trochoskopie), tak zbudowanym, aby chory mógł być prześwietlany prom. X, mającemi swe źródło w lampie rentgenowskiej umocowanej ruchomo pod stołem. Takie ułożenie chorego najmniej go męczy i pozwala z wielką łatwością na dowolnie częste kontrolowanie przebiegu przenikania powietrza do jamy otrzewnej

Kontrolę tę można do pewnego stopnia wykonywać zapomocą obmacywania i opukiwania ścian brzusznych; pierwszym objawem przeniknięcia nawet niewielkiej ilości gazu do jamy otrzewnej jest zmiana stłumienia opukowego ponad wątrobą na odgłos bębnowy.

W miarę powiększania się ilości gazu wypuklają się ściany brzuszne, a obraz ekranowy coraz bardziej się rozjaśnia, oraz wyraźniej zarysowują się kontury kręgosłupa i kości miednicy, uwidacznia się subtelny łukowaty zarys przepony, od której stopniowo oddziela się wątroba i zaznacza się owalny cień śledziony.

Najwyższy stopień rozjaśnienia tła dla organów brzusznych nie występuje jednak bezpośrednio po wprowadzeniu zamierzonej ilości gazu: potrzeba pewnego czasu, około pół godziny, na rozfałdowanie zagięć otrzewnej i przeniknięcie gazu do jej fałd i zdwojeń. Czas ten można skrócić przez lekkie masowanie ścian brzucha. Właściwe badanie rozpoczyna się zatem po zakończeniu całego zabiegu, usunięciu rurki trójgrańca i zalepieniu otworu w skórze watą, nasyconą kollodium. Chory leży na stole i stosownie do zalecenia lekarza badającego zupełnie swobodnie zmienia pozycję, aby umożliwić jak najlepszą i najbardziej celową projekcję ekranową dla danego organu lub jego odcinka. Prześwietlanie śledziony, nerek, bocznych płaszczyzn wątroby udaje się najlepiej przy położeniu chorego na przeciwległym boku i kierowaniu prom. X z lampy, umieszczonej tym razem w statywie stojącym obok stołu. Organy miednicy występują najwyraźniej przy podniesieniu jej ku górze i prześwietlaniu od dołu w kierunku tylno-przednim lub przedniotylnym. Przepona, górna i dolna cześć wątroby występują najlepiej przy badaniu na ekranie w pozycji stojącej. Drogą prześwietlania wynajduje się najodpowiedniejsze ustawienia do utrwalenia na kliszy tego lub innego odcinka jamy brzusznej.

Trudno się oprzeć zdumieniu, widząc po raz pierwszy na ekranie fluoryzującym udostępnione w ten sposób organy, zupełnie lub prawie zupełnie ukryte dotąd w mrokach otaczającego ich środowiska. Silne kontrasty świateł i cieniów, zmieniających swe kontury i umiejscowienie w miarę lekkich choćby zmian w położeniu lampy lub chorego, sprawiają na razie wrażenie zamętu, obraz daje wzrokowi, że tak powiem, za dużo. Potrzeba wprawy, aby dojść do mo-

żności umiejętnego i celowego wyzyskania danych, jakie tą drogą otrzymujemy.

A otrzymujemy ich tak dużo, że o utrwaleniu ich wszystkich na kliszach ze stanowiska techniki i kosztów trudno myśleć; już z tego samego choćby względu metoda ta jest wybitnie rentgenoskopijną, tembardziej, że bezpośredni obraz ekranowy przewyższa nieraz swą wyrazistością to, co widzieć możemy na rentgenogramie.

Ze wspomnianego powyżej zadania uwidocznienia narządów miąższowych jamy brzusznej metoda omawiana wywiązuje się istotnie w sposób dotąd niedościgniony. Umożliwia ona obejrzenie dokładne górnej, dolnej i obydwu bocznych powierzchni wątroby z jej ewentualnemi zrostami i guzowatościami; uwidacznia najdokładniej śledzionę z jej wnęką jak również położenie, kontury i wielkość nerek i kobiecych organów płciowych. Zrosty jelit i żołądka występują w wielu przypadkach bardzo wyraźnie. Dużym plusem tej metody jest możność rozpoznania tętniaka głównej tętnicy brzusznej.

Naturalnie, że obrazy organów powyższych mogą być nieraz zasłonięte i zdeformowane skutkiem cieniów, mających swe źródło w zmianach patologicznych w sąsiedztwie, np. zarys nerki lewej może być zasłoniony przy zwykłem przeglądaniu przez guz, wychodzący z trzustki lub wskutek sąsiedztwa wrzodu opadowego.

Podobne zatuszowania mogą występować przy najrozmaitszych a zbyt licznych, aby je można tu wymienić, kombinacjach patologicznych. Jednak nawet w tych razach świadome celu badanie, posiłkując się w razie potrzeby i innemi metodami rentgenodjagnostyki, a zwłaszcza opierające się na danych klinicznych, może wielokrotnie przyczynić się do wyjaśnienia a nawet rozstrzygnięcia ostatecznego trudnego zadania rozpoznawczego.

Naturalnie, że założenie sztucznej odmy brzusznej nie wyklucza równoczesnego kontrastowania światła żołądka, jelit, moczowodów lub miedniczek zapomocą gazów lub mieszanin ciężkich. Kombinowanie tych metod może być nieraz bardzo pożyteczne.

Historja powstania omawianej metody datuje się od r. 1912. W tym czasie, zapewne niezależnie od siebie, pojawiły się prace Webera z Kijowa i Loreya. Pierwszy z tych autorów na zasadzie doświadczeń na zwierzętach i zwłokach ludzkich przewiduje wielkie znaczenie sztucznej odmy brzusznej dla rentgenodjagnostyki, a to tembardziej, że prace Cowla, Holzknechta, Godwina i innych przekonywują go o nieszkodliwości wprowadzania gazów do jamy brzusznej. Od tego czasu wszechświatowa literatura lekarska wzbogaciła się dziesiątkami prac, poświęconych tej nowej metodzie, że wymienię tu tylko Francuzów: Ribadand-Dumas, Band, Mallet, Collier, Niemców: Lozego, Götze, Rantenberga. Nieomal każdy zeszyt zachodnich wydawnictw rentgenologicznych świadczy o popularyzowaniu się jej i zdobywaniu coraz większej liczby zwolenników. Podręcznik rentgenodjagnostyki chorób wewnętrzych prof. Assmana z Lipska posiada już oddzielny rozdział pod tytułem „Künstliches Pneumoperitoneum" i zastosowanie tej metody omawia w każdym nieomal dziale rozpoznawania cierpień jamy brzusznej. Zdanie tego ostatniego autora, jako nie rentgenologa-specjalisty, który mógłby być posądzony o pewną zrozumiałą skądinąd przesadę i przecenianie ulubionej przez się metody, jest w danym razie bardzo cenne. Zdanie to jest pełne rezerwy, idącej, według mnie, jednak zbyt daleko z chwilą, gdy uważa za niewłaściwe stosowanie odmy w tych razach, gdy laparotomja jest już zdecydowana, choćby nawet bez dokładnego ustalenia rozpoznania. Na zasadzie znanej mi literatury, dotyczącej bardzo licznych chorych, którzy w ten sposób byli badani (sam Collier notuje 1500 odnośnych przypadków) i na zasadzie własnego doświadczenia dochodzę do przekonania o niesłuszności takiego zdania. Do stworzenia celowego planu operacji chirurg prawie zawsze może znaleść dużo korzystnych wkazówek w danych, dostarczonych przez tę metodę badania. A jeżeli już zestawiać pod względem stopnia niebezpieczeństwa i wartości rozpoznawczej odmę brzuszną z próbnem otwarciem jamy brzusznej, to, jak sądzę, w przeważnej części przypadków należy oddać pierwszeństwo pierwszemu z tych zabiegów.

Co do przeciwwskazań, to większość autorów zgadza się, że nie należy wykonywać odmy w przypadkach poważniejszych zaburzeń w organach oddychania i krążenia, zwłaszcza połączonych z trudnością oddychania. Należy również być bardzo ostrożnym w świeżych sprawach zapalnych, szczególniej ropnych w jamie brzusznej Powyższe, zupełnie słuszne przeciwwskazania powstały na drodze teoretycznych, lecz dla każdego lekarza zupełnie zrozumiałych rozważań i były widocznie ściśle obserwowane, o czem świadczy brak w dostępnej mi literaturze danych o niebezpiecznych dla chorych powikłaniach przy sztucznej odmie. Jedyny autor, wspominający o ubocznych niemiłych przypadłościach, to Donarre z Tulonu: zaznacza on zbyt długie i przykre dla chorego pozostawanie powietrza w jamie otrzewnej i opisuje przypadek odmy powięziowej na szyji. Odma ta jednak nie utrudniała oddychania i minęła w ciągu dwóch dni. W moich przypadkach mam do zanotowania jeden przypadek odmy podskórnej w okolicy nakłucia. Tych przypadłości jednak można uniknąć: należy tylko przestrzegać, aby wkłuwanie i usuwanie igły lub rurki trógrańca było wykonywane przy zamkniętym dopływie powietrza.

Badania nad sztuczną odmą brzuszną rozpocząłem od zakładania jej królikom, następnie wprowadzałem powietrze do jamy brzusznej po wypuszczeniu płynu u chorych, cierpiących na puchlinę brzuszną różnorodnego pochodzenia, wreszcie przeszedłem do bezpośredniego zakładania odmy w celach djagnostycznych.

Na przeźroczach z odnośnych rentgenogramów rzuca się w oczy różnica pomiędzy zwykłemi zdjęciami jamy brzusznej królików, gdzie nie daje się nic więcej rozróżnić oprócz konturu zewnętrznego, lekkiego zarysu kości miednicy i kręgosłupa i paru nieregularnych zarysów pęcherzy powietrznych w jelitach, a zdjęciami, wykonanemi po wypełnieniu powietrzem jamy otrzewnej. Na tych ostatnich wyraźnie zaznacza się kontur wątroby, śledziony i nerek, a na zdjęciu, wykonanem u samicy ciężarnej, widać pozatem wielokomorową macicę, której postać przemawia za obecnością licznych płodów.

Jedno z następnych badań, wykonane u chorej z oddziału dra Chełmońskiego, cierpiącej na guz w jamie brzusznej nieokreślonego bliżej pochodzenia i związaną z tą sprawą puchlinę brzuszną (ciężar gatunkowy płynu 1017, odczyn Rivalty dodatni, przebieg bezgorączkowy), dało nieco wskazówek djagnostycznych, pozwoliło na ustalenie faktu licznych zrostów wątroby z przeponą i przednią ścianą jamy brzusznej, jak również zrostów samego guza z tą ostatnią. Rozpoznanie pierwotne wahało się pomiędzy rakiem a gruźlicą otrzewnej, nasze badanie stwierdziło, jeśli nie wyłączność, to w każdym razie dużą przewagę sprawy zapalnej, Słaba intenzywność cienia samego guza przemawia za tem, że powstał on przeważnie wskutek utworzenia kłębu jelit połączonych zrostami zapalnemi.

Nadmienić tu muszę, że warunki dla rozpoznawczego stosowania odmy u cierpiących na puchlinę brzuszną są naogół mało korzystne: zrosty, złogi włóknika i zawsze pozostająca pewna część płynu zaciemniają jasność obrazu oddzielnych organów.

Ostatni szereg pokazanych zdjęć dotyczy chorego z kliniki chirurgicznej, 27-mio letniego studenta A. O., cierpiącego na niedający się bliżej umiejscowić guz w lewej połowie jamy brzusznej. Za pomocą odmy brzusznej udało się wykluczyć udział w tej sprawie wątroby, śledziony, nerek i organów trawienia (stan tych ostatnich można było określić i zwykłemi metodami badania rentgenologicznego) i zlokalizować punkt wyjścia guza w trzustce, ewentualnie w gruczołach pozaotrzewnych.

Zważywszy wszystko powiedziane wyżej, należy dojść do wniosku, że interesująca nas metoda, stosowana oględnie i z poważnem przestrzeganiem przeciwwskazań, może w wielu przypadkach cierpień organów jamy brzusznej dać tyle cennych wskazówek djagnostycznych, że bezwzględnie

zasługuje na baczną uwagę w celu dalszego rozwoju i doskonalenia.

Nie wszczynając naturalnie polemiki z gołosłownemi, zasłyszanemi stąd lub owąd zarzutami i obawami ludzi, którzy z tą metodą dotąd nie zetknęli się osobiście, uważam, że należy jaknajbardziej serjo baczyć na teoretyczne, naukowo umotywowane zastrzeżenia i na te spostrzeżenia praktyczne, które ewentualnie wskażą niebezpieczeństwa i sposoby ich uniknięcia. Czy w oddzielnym jakimś przypadku badacz, choćby najostrożniejszy, nie napotka jakichś cięższych powikłań, trudno na razie przesądzać. Nie trzeba jednak zapominać, że niestety niema takiej metody rozpoznawczej, że wspomnę tylko o rozpoznawczem stosowaniu uśpienia chloroformowego, o próbnej laparotomji, a nawet o tak bardzo spopularyzowanem i powszechnie uznanem zgłębnikowaniu żołądka, któraby w historji swego rozwoju nie miała momentów przykrych a nawet tragicznych. Tymczasem jednak metoda omawiana nie nasuwa poważniejszych obaw i, według wszelkich danych, zwłaszcza przy stosowania tlenu i bezwodnika węgla, wyrobi sobie poważne miejsce w rentgenodjagnostyce. Szanownym Kolegom Szerszyńskiemu, Zaleskiemu, Grynkrautowi i Paszkiewiczowi za uprzejmą pomoc w pracy najserdeczniej dziękuję.

Piśmiennictwo.

L. Mallet: Le pneumoperitoine en radiodiagnostic. Journal de Radiologie 1921. — Donarre: Deux incidents du pneumoperitoine, tamże. — H. Assman: „Künstliches Pneumoperitoneum" w książce: Röntgenodiagnostik der inneren Erkrankungen 1921.— Weber: Ueber die Bedeutung der Einführung von Sauerstoff resp. Luft in die Bauchhöhle fur die experimentelle und diagnostische Röntgenologie, Forstschritte auf dem Gebiete der R-strahlen, T. 20. Pozatem dużo wyczerpujących sprawozdań z piśmiennictwa wszechświatowego o odmie sztucznej znaleść można w Journal de Radiologie za rok 1921.

Zapiski lecznicze.

Jodynę przeciw róży radzą stosować w sposób następujący: Zasadą leczenia powinno być powtórne smarowanie jodyną skóry z chwilą, kiedy ciemne zabarwienie się zetrze (więc n. p. przy potach gorączkowych co godzinę i częściej). Miejsca zajęte różą otoczyć ramką wysmarowanej jodyny, szerokości dwu palców, w odległości dwu centymetrów także sama ramka z jodyny. Po paru minutach ponowne smarowanie, które powtarzać po każdem zblednięciu pasów wysmarowanych. (Berl. kl. W. 1921 Nr. 47.).

Leczenie wrzodów goleni okładami z 10% rozczynu soli kuchennej. Po dokładnem opłukaniu wrzodu 10% solą nakłada się co rana okład wilgotny z tego samego rozczynu. Okład gazowy, leżący bezpośrednio na owrzodzeniu, zostaje codziennie, po zdjęciu bandaża i ceratki, zwilżony roztworem soli. Co trzy dni należy powstałą ziarninę przypalać lapisem. Po zaciągnięciu się wrzodu (10 dni), dwa razy tygodniowo maść borowa (Mün. m. W. 1920 Nr. 50.).

Kamforę wewnątrz, przy leczeniu zapalenia płuc, poleca Beesten, zapisywać w takiej postaci: Olei camphor. 10 g., Gummi arab. 10 g., Sacch. albi 30 g., Inf. rad Ipecac. e 1 g. ad 200 g. S. Wstrząsać. Co 1—2 g. łyżkę, (dzieciom łyżeczkę). (Aerztl. Fortb. 1922 Nr. 2.).

Sprawozdania poglądowe.

Dr. A. Wojciechowski. Warszawa.

Rany wielkich naczyń w świetle spostrzeżeń i doświadczeń wojny światowej.

Chirurgja naczyń krwionośnych już w ostatnich latach przed wojną poczyniła ogromne postępy. Lecz dopiero wojna, ta epidemja urazowa, dała możność na większą skalę poczynienia spostrzeżeń urazów naczyń i sprawdzenia na dużym materjale słuszności naszych dotychczasowych poglądów i sposobów postępowania. I tu, jak zresztą i w wielu innych dziedzinach, okazało się, że wiele naszych dotychczasowych i uświęconych zwyczajem zapatrywań jest mylnych; poniżej postaram się, na podstawie dostępnego mi piśmiennictwa, oraz własnych wrażeń wojennych przedstawić w ogólnych zarysach stan obecny naszej wiedzy o urazach naczyń krwionośnych.

W wojnie światowej rany wielkich naczyń były zjawiskiem nader częstem. Ścisłe dane liczbowe dotychczas są jeszcze niewiadome, i minie zapewne niemało czasu, nim zostanie dokładnie obliczony odsetek ran naczyniowych, lecz jednak już obecnie częstość tych obrażeń nie ulega wątpliwości. Ciekawą rzeczą jest, że w miarę rozwoju techniki wzrasta częstość urazów naczyń. Wertując dzieła chirurgiczne poświęcone wojnom pierwszej połowy zeszłego stulecia widzimy, że chirurg ówczesny dość rzadko miewał do czynienia z ranami naczyń, dla przyczyny dość prostej, na którą już Pirogow zwracał uwagę, mianowice, że tacy ranni ginęli przed przybyciem chirurga. Lecz i w ostatnich wojnach daje się zauważyć pewna różnica: Fritsch i Lotsch twierdzą, że spotykali znacznie więcej uszkodzeń naczyń w 1914 r., aniżeli podczas wojny bałkańskiej; lekarze czynni podczas wojny japońskiej również jednogłośnie stwierdzali, że wówczas rzadziej zdarzały się zranienia naczyń. Oprócz postępu w pomocy lekarskiej na polu bitwy, ulepszenia transportu etc. zależy ta ciągle wzrastająca częstość ran naczyniowych od właściwości ballistycznych współczesnych pocisków. Kula karabinowa o niewielkiej średnicy dzięki swemu kształtowi śpiczastemu, a zwłaszcza wskutek ogromnej szybkości, którą posiada, może nawet przebić naczynie na wylot, a jednak powstałe w ten sposób otwory będą względnie niewielkie i krwawienie mierne. Jeszcze mniejszym może być ubytek ściany naczynia, jeżeli kula tylko otarła się o nie, co się zdarza wcale nie rzadko. W tym przypadku mogą nawet nie wszystkie warstwy ściany naczyniowej uledz uszkodzeniu. Również i pociski artyleryjskie współczesne, a przynajmniej niektóre ich rodzaje, rozrywają się na malutkie, o ostrych brzegach odłamy i te również względnie niewielką ranę naczyniu mogą zadać. O ile więc dawne kule ołowiane, duże, okrągłe lub również zwykle bardzo duże odłamy granatów przy zetknięciu się z pęczkiem naczyniowym rozrywały go na znacznej przestrzeni, powodując olbrzymi krwotok, o tyle w obecnej wojnie często napotykano rany nawet bardzo wielkich naczyń, lecz względnie z niewielką utratą krwi. Niejednokrotnie sam widziałem rannych z uszkodzeniem tętnicy podobojczykowej w 2—3 godziny po zranieniu. Pomimo krwotoku wewnętrznego i zewnętrznego przybywali oni jednak z względnie niezłem tętnem i w stanie pozwalającym na dokonanie zabiegu. Ta właściwość współczesnych pocisków wraz z szybkim transportem rannych z pola bitwy jest główną przyczyną owej rzekomej większej częstości ran naczyniowych w ostatniej wojnie.

Lecz nietylko twierdzą wszyscy zgodnie, że zranienia naczyń są zjawiskiem częstem; również jednomyślnem jest zdanie, że obrażenia te należą do kategorji ran ciężkich. Podkreślają to zwłaszcza z pośród autorów francuskich Frouin i Leriche, z niemieckich zaś Graf i Haberer. Podług obliczeń Liek'a śmiertelność przy ranach naczyń wogóle wynosi 52%, a naczyń kończyn dolnych osięga nawet 85%. Jeżeli liczby te, jako oparte na nienazbyt wielkim materjale, może i są nieco przesadzone, to jednak nie ulega wątpliwości, że rany naczyń, nawet na pierwszy rzut oka względnie nie bardzo ciężkie, dają w warunkach wojennych bardzo poważny odsetek śmiertelności. Składa się na to kilka przyczyn. Nie tylko bowiem krwotok pierwotny lub wtórny oraz inne zaburzenia krwiobiegu, jak zatory etc., mogą spowodować zejście śmiertelne, lecz, i to może jeszcze w większym stopniu, zagrażają życiu powikłania przyranne. Zwykle bowiem przy zranieniu naczynia powstaje wylew krwawy w okolicy rany, tkanki ulegają odwarstwieniu i uciskowi, krwiobieg jest naruszony, wszystko to razem jeszcze z mniejszą lub większą utratą krwi czyni ustrój znacznie mniej odpornym a rany podatniejsze dla zakażenia. Heidler obliczył, że w 85% ropowic gazowych przyrannych były uszkodzone naczynia, a z pozostałych 15%, gdzie naczynia były całe, badanie bakterjologiczne wykazało bez wyjątku prawdziwą gazówkę. Również i z zestawień innych autorów wynika, że rany naczyniowe obfitują w powikłania.

Jeżeli przejdziemy teraz do objawów, które towarzyszą ranom naczyń, to tu może najjaskrawiej zaznacza się przewrót, jakiego dokonała wojna w naszych poglądach. O ile bowiem przedtem uważaliśmy krwotok jako pierwszy i niemal nieodzowny objaw, o tyle okazało się podczas wojny

i potwierdziły to nader liczne spostrzeżenia, że może go niebyć zupełnie. Nie jest to właściwie rzecz nowa, przeciwnie było to już znane dawnym autorom. Pirogow np. bardzo szczegółowo opisuje rany dużych naczyń, zupełnie niekrwawiące.

Jednakże okoliczność ta pozostała nieznaną ogółowi lekarzy i dlatego zasługą bezsporną Fiolles'a i Haberer'a było zwrócenie w pierwszym okresie wojny uwagi ogólnej na owe »rany suche«, *plaies seches*, jak je nazywa Fiolles. Nie należą one do rzadkości, każden chirurg, który miał do czynienia z większą liczbą świeżych zranień naczyń, niejednokrotnie spostrzegał ten objaw. Nawet największe naczynia, jak np. tętnica podobojczykowa (Fasano), mogą być zupełnie przerwane i jednak nie krwawić. Przyczyny tego zjawiska mogą być różnorodne. Od czasu John Hunter'a wiemy, że błona wewnętrzna przy urazie naczynia może się zwinąć ku wewnątrz, zlepić i w ten sposób krwawienie może nie wystąpić. Niezawodnie zdarza się to, jak wykazał Leriche, lecz niezawsze. Częściej nie bywa krwotoku wskutek silnego skurczu ścian naczynia (Leriche i Convert). Skurcz ten jest pochodzenia odruchowego i zależy od silnego podrażnienia splotu współczulnego wskutek urazu. Że tak jest, dowodzi spostrzeżenie Kroh'a, silny skurcz naczyń po urazie tępym (zasypanie ziemią) oraz badanie doświadczalne. Zresztą każdy, kto wykonywał lub widział tak modną obecnie sympatektomję okołotętniczą, mógł spostrzedz, że bezpośrednio po zabiegu następuje silny odruchowy skurcz naczyń, a dopiero potem rozszerzenie.

W rzadkich przypadkach nieobecność krwawienia może być wytłumaczona i w inny sposób (Leriche i Dupin, przypadek bocznego zranienia tętnicy szyjowej: otwór zatkany lejowato wciągniętą przez siłę ssącą pocisku błoną wewnętrzną).

Bez względu jednak na sposób powstawania rzeczą dowiedzioną obecnie jest, że rany suche zdarzają się i zdarzają się rzadko, i dlatego rzeczywiście należy się wielkie uznanie Fiolles'owi za skierowanie na to uwagi. Przeoczenie bowiem takiej rany suchej grozi bardzo smutnemi następstwami dla rannego, jak to widać z przypadku Camera'y, gdzie nastąpiło zejście śmiertelne, wskutek krwotoku nagłego z tętnicy udowej; była to nierozpoznana rana sucha. W rzeczywistości zdarzało się to o wiele częściej, niż to z ogłoszonych prac można wnioskować.

Jeżeli jednak krwotok nie jest cechą charakterystyczną rany naczyniowej, to nasuwa się pytanie, czem wogóle mamy się kierować, mając przed sobą niekrwawiącą ranę w pobliżu wielkich naczyń. Brak lub obecność tętna, jak to już zdawna wiadomo, również nie jest objawem wyjaśniającym sprawę. Tętno może być zupełnie dobrze wyczuwalne nawet przy zupełnem przerwaniu naczynia, jeżeli krwiobieg boczny już zdążył się rozwinąć; brak zaś tętna też niczego nie dowodzi, bo może zależeć od przyczyn ze zranieniem naczynia nic wspólnego nie mających.

Sencert mniewa, że zawsze przy zranieniu większego pnia naczyniowego zjawia się ból dotkliwy i bezwład w okolicy rozgałęzienia naczynia. Zespół ten, aczkolwiek niekiedy udaje się go spostrzegać, nie jest bynajmniej stałym, niektórzy, jak np. Camera, przeczą wogóle jego istnieniu. Ja sam osobiście, chociaż widziałem sporo ran naczyniowych, tylko wyjątkowo zespół Sencert'a spotykałem i to w przypadkach, gdy i bez niego jasnem było uszkodzenie naczynia. Nie posiada więc i ten objaw większej wartości rozpoznawczej. Nie posiadamy więc dotychczas sposobu, za którego pomocą moglibyśmy napewno rozpoznać ranę naczynia. Nawet, jeżeli istnieje krwotok, to znowu, zwłaszcza na szyji, często niemożliwe jest rozpoznanie, jakie właściwie naczynie zostało uszkodzone. Wobec tego zupełnie uprawnione jest dążenie, popierane zwłaszcza przez Costantini'ego i Graf'a, aby każdą ranę o przebiegu takim, że zranienie większych naczyń nie może być wykluczonem, szeroko otwierać i poddawać dokładnym oględzinom. Żądanie to, aczkolwiek zupełnie słuszne i celowe, nie może być niestety w całej rozciągłości stosowane na polu bitwy, lecz w warunkach pokojowych przy ranach przypadkowych gorąco polecić je należy, albowiem tylko takiem postępowaniem czynnem uchronić możemy chorego od krwotoków wtórnych, powstawania tętniaków i innych następstw nieopatrzonego uszkodzenia naczynia. Częstość krwotoków wtórnych nie ulega wątpliwości (Radliński, Węgłowski, Rost, Liénart); nadzieje na samorzutne zabliźnienie zranionego naczynia są bardzo nikłe.

W sposobach odsłonięcia naczyń wojna również poczyniła spore zmiany. Dawne, klasyczne cięcia, jak je uczyła stosować chirurgja operacyjna przy podwiązywaniu tętnic, okazały się, zwłaszcza na szyji, zupełnie niewystarczającemi. Rzeczywiście, pierwszym i nieodzownym warunkiem celowej pomocy chirurgicznej przy zranieniu naczyń jest obszerny dostęp, szeroko odsłaniający pęczek naczyniowy na większej przestrzeni. Cięcia więc muszą być duże, kierunek ich powinien być taki, aby możliwem było, przedłużając cięcie, odsłonić też w razie potrzeby i okolicę, z której zranione naczynie bierze swój początek. Dotyczy to zwłaszcza szyji, gdzie często zachodzi konieczność odsłonięcia i naczyń podobojczykowych. Zadalekoby nas zaprowadziło wyliczanie cięć, podanych przez rozmaitych autorów. Zaznaczę tylko, że na szyji większość posługuje się cięciami płatowemi, jako dającemi większy dostęp. Najwięcej może podano sposobów odsłonięcia naczyń podobojczykowych. Każdy, kto miał możność częściej na naczyniach tych wykonywać zabiegi, wie dobrze, jak ogromnie przeszkadza obojczyk; często uniemożliwia on wprost należyte odsłonięcie. Stąd rozmaite próby czasowego odchylenia i usunięcia z pola operacyjnego obojczyka. Niektórzy przepiłowują obojczyk i w ten sposób usiłują osiągnąć dostęp. Sposób ten, polecany zwłaszcza przez Catterini'ego, jest ogólnie znanym i był często stosowany. Prawie każdy z chirurgów, posługujących się tą metodą, wprowadzał pewne osobiste zmiany. Tyczą się one przeważnie cięcia skórnego i miejsca przepiłowania obojczyka. Mniej znanym jest sposób podany przez Dobrowolską, polegający na czasowem wyłuszczeniu obojczyka w stawie mostkowo-obojczykowym i odchylenie go bądź ku górze, bądź ku przodowi na zewnątrz, jak to czynił Costentini, który, niezależnie od Dobrowolskiej, też ten sposób stosował, aczkolwiek z innem nieco cięciem skórnem. Sposób ten, jak miałem możność dwukrotnie sam się przekonać, odkrywa rzeczywiście bardzo obszerny dostęp do okolicy wielkich naczyń podobojczykowych. Nie wymaga on też szwu kostnego, a podług ostatniej pracy Dobrowolskiej, obojczyk przygaja się dobrze i czynność kończyny pozostaje dobrą. Moich dwóch przypadków nie mogłem aż do zagojenia spostrzegać, więc nie mogę się wypowiedzieć co do następstw takiego wyłuszczenia. O ile naczynia są zranione bardzo nisko, tuż u łuku tętnicy głównej, lub sam łuk, możemy posługiwać się bądź któremkolwiek cięciem wytwarzającem płat z rękojeści mostka i żeber, bądź sposobem Duval'a i Barnsby'ego, polegającym na rozcięciu pośrodkowem i rozsunięciu rękojeści mostka.

Dla odsłonięcia tętnicy kręgowej, zwykle pomijanej w podręcznikach chirurgji operacyjnej, również podano kilka sposobów odsłonięcia (Hallopeau, Gouverneur, Küttner, Drüner); opis ich zadalekoby nas zaprowadził. Zauważyć należy, że rany tej tętnicy, acz rzadkie, zdarzały się jednak i niektórzy autorzy mieli po kilka nawet własnych przypadków (Hallopeau, Küttner, Lutz, Keusch). W większości przypadków przebieg był pomyślny.

Gdy więc w ten lub inny sposób, zgodnie z żądaniem Fiolles'a i Delmes'a, okolica pęczka naczyniowego została odsłonięta, należy opanować krwotok (o ile jest), uciskając tamponem, i odsłaniać, preparując jedno naczynie po drugiem, biorąc każde na dwie prowizoryczne pętle. Gdy wszystkie naczynia są w ten sposób zabezpieczone, usuwamy tampon i, obluźniając tę lub inną pętlę, przekonywujemy się, skąd i z jakiego naczynia krwawi. Wszelkie łapanie na ślepo nie jest celowem, a tylko wyżej wymienione postępowanie, nawet przy sporym krwotoku, umożliwi nam odnalezienie rany naczynia. Zwłaszcza na szyji w okolicach nad i podobojczykowych, pachwinowych i pachowych należy zalecić takie metodyczne odsłanianie i oglądanie naczyń, gdyż i ta-

twiej i pewniej odnajdziemy uszkodzenie i opanujemy krwotok, niż usiłując wprost złapać zaciskadłem krwawiące miejsce. Na kończynach, oraz wogóle wszędzie tam, gdzie najwyżej może być wątpliwość, czy tętnica, czy żyła jest uszkodzoną, postępowanie takie nie jest, rzecz prosta, bezwzględnie konieczne, lecz tam, gdzie w grę może wchodzić kilka naczyń, jak np. na szyji, jedynie ono prowadzi do celu. Często bowiem okazuje się, że wcale nie to naczynie, które uprzednio przypuszczaliśmy, jest uszkodzone.

Gdy w ten lub inny sposób została znaleziona i należycie odsłonięta rana naczynia, powstaje pytanie, co czynić dalej, czy podwiązać, czy usiłować zeszyć. Spór co do pierwszeństwa podwiązki lub szwu rozgorzał podczas wojny z ogromną siłą i do dziś jeszcze nie jest zupełnie skończony, aczkolwiek niektóre strony tego dylematu zostały ostatecznie wyjaśnione. Na początku wojny, gdy ogół chirurgów pozostawał pod wrażeniem, że szew naczyniowy jest bezsporną domeną li tylko Olimpu chirurgicznego, podwiązywanie było na porządku dziennym. Gdy jednak życie wykazało, że szew nie wymaga ani specjalnego instrumentarjum, ani nadzwyczajnej techniki, coraz więcej poczęło ukazywać się zwolenników szwu i niektórzy posunęli się tak daleko, że uważali szew za wskazany prawie wszędzie. Podwiązka miała być zachowaną tylko jako *malum necessarium* dla wyjątkowych przypadków. Pytanie to zajmowało tak umysły, że nietylko prawie każdy z autorów, podając swe spostrzeżenia z dziedziny ran naczyniowych, zaraz zastrzega się, że należy do tego, czy owego obozu, lecz i na wszystkich prawie zjazdach, a więc chirurgów włoskich, francuskich i ostatnio polskich było ono przedmiotem gorących rozpraw. Obóz bezwzględnych stronników podwiązywania zmniejszył się znacznie, lecz jednak ani ta, ani druga strona nie zdołały wyjść zwycięsko z zapasów, a to dla tej prostej przyczyny, że nie można tej kwestji ogólnikowo rozstrzygać, lecz tylko od przypadku do przypadku. Decyzja bowiem zależy od bardzo wielu czynników i narzucenie z góry tego lub innego postępowania nie jest rzeczą możliwą. Rzecznicy podwiązywania, że z najgorętszych przytoczymy Margarucci'ego, Camera, Rühl'a i Okinczyca, podnoszą względną łatwość, szybkość i pewność tego sposobu zatrzymywania krwotoku. Niezawodnie, są to wielkie zalety, lecz nie należy zamykać oczu, jak to niektórzy z autorów czynią, na strony ujemne podwiązki. Przedewszystkiem niweczy ona prawidłowy dopływ krwi, skazując daną okolicę na krwiobieg obwodowy, o którym nigdy nie możemy mieć pewności, czy będzie wystarczającym. Jedynie objaw Coenen'a, którego doniosłość słusznie podkreślał niejednokrotnie Radliński, może do pewnego stopnia wskazać, czy możemy pokładać nadzieję na ustalenie się krwiobiegu obwodowego. Co się tyczy łatwości i szybkości, to nie tak bardzo znowu trudnem i długotrwającem jest zeszycie naczynia. Pewność zatrzymania krwotoku również nie jest bezwzględną, gdyż krwotoki wtórne po podwiązaniu nie należą do rzadkości. Wreszcie w ostatnich czasach zwrócono uwagę na czynnik dotychczas pomijany zwykle milczeniem, mianowicie na wpływ układu współczulnego. Splot współczulny okołonaczyniowy uszkodzony, przy zeszyciu naczynia może się znowu zrosnąć i ciągłość impulsu nerwowego będzie utrzymana. Przy podwiązaniu jestto nie możliwe, stąd upośledzenie krwiobiegu pochodzenia nerwowego, na co zwrócił uwagę pomiędzy innymi Graf. Aby uniknąć tego choć częściowo radzę przy podwiązywaniu, o ile naczynie nie jest już przerwane zupełnie, pozostawiać mostek z ściany naczynia między podwiązkami. Z tego też powodu odrzucić należy praktykowane dotychczas przecinanie naczynia pomiędzy podwiązkami.

Najpoważniejszym zarzutem przeciw podwiązywaniu pozostaną jednak bezwątpienia zaburzenia w ukrwieniu odnośnej okolicy i wywoływana przez nie zgorzel i inne powikłania. Podług przedwojennej statystyki Wolf'a na kończynie górnej po podwiązaniu zgorzel bywa w 17,3%, na dolnej w 24%. Makins podaje podobne liczby. Zestawienia te mają jednak wartość wątpliwą, gdyż nie uwzględniają wielu czynników. Nie tylko bowiem wiele zależy, od tego, jaka tętnica została podwiązaną, lecz i od miejsca samej podwiązki. Podług spostrzeżeń Radlińskiego np. znacznie rzadziej bywa zgorzel przy podwiązaniu tętnicy udowej tuż pod wiązadłem pachwinowem, niż niżej już po odejściu tętnicy głębokiej uda. Leriche i Policard twierdzą, że ukrwienie kończyny górnej po podwiązaniu tętnicy pachowej lub ramiennej u jej początku jest znacznie lepsze, jeżeli dodamy drugą podwiązkę w dolnej części tętnicy ramiennej. Jeszcze drugi czynnik można przytoczyć jako dowód illuzoryczności danych statystycznych i jako wytłumaczenie rozbieżności poglądów co do niebezpieczeństwa zgorzeli przy podwiązywaniu tego lub innego naczynia. Oto wiele bardzo zależy, czy mamy do czynienia z raną zupełnie świeżą, czy też podwiązujemy z powodu krwotoku wtórnego. W tym ostatnim przypadku bowiem już istnieje krwiobieg obwodowy i podwiązanie nie wpłynie ujemnie na ukrwienie kończyny. Dlatego też chirurdzy czynni w szpitalach tyłowych rzadziej widywali zgorzel po podwiązaniu, niż lekarze frontowi. Ci ostatni, podwiązując nie wiedzieli, czy krwiobieg obwodowy okaże się wystarczającym, podczas gdy pierwsi otrzymywali przypadki tylko z dostatecznym krwiobiegiem obwodowym, albowiem wszystkie inne już zdążyły dostać zgorzeli i były amputowane przed przybyciem do szpitala. D. n.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Seweryn Sterling: »**Suchoty płuc pospolite**«. Compendium, Łódź, Ludwik Fiszer 1921 r. in 8° str. 282.

Dr. Seweryn Sterling, jeden z najwybitniejszych w Polsce badaczy w dziedzinie gruźlicy i jeden z najbardziej zasłużonych bojowników na polu walki z tą klęską społeczną, wzbogacił ubogie nasze piśmiennictwo lekarskie dziełem pierwszorzędnej wartości teoretycznej, klinicznej i społecznej.

Autor we wstępie powiada: »Compendium to jest treściwym wykładem obecnego stanu wiedzy o suchotach, opartem w części klinicznej w stopniu znacznym na własnem przeszło trzydziestoletniem spostrzeganiu«. Istotnie tytuł zupełnie odpowiada treści dzieła. W 13-tu rozdziałach autor zebrał wyniki dokonanych i dokonywanych w cywilizowanym świecie badań teoretycznych i klinicznych z dziedziny gruźlicy, przyczem słusznie w tymże ustępie podkreśla, że »nauka o gruźlicy jest *in statu nascendi*, dopiero postawiła sobie szereg zadań do rozwiązania«. Wszystkie te zadania porusza autor, wytrawny znawca wiedzy lekarskiej wogóle, a specjalnie gruźlicy. Obdarzony dużym zmysłem klinicznym szuka on sprawdzianu wątpliwycn postulatów w bezstronnej analizie otrzymanych dotąd wyników badań z zakresu gruźlicy.

Wązkie ramy sprawozdania pozwalają mi niestety tylko na krótkie omówienie najważniejszych punktów. Etjologja, anatomja patologiczna i patogeneza stanowią klucz do całego dzieła. Bez należytego przestudjowania ich (podkreślam to słowo) niepodobna dokładnie zrozumieć dalszych wywodów. W krótkich treściwych słowach określona jest rola »więzi organizmu«, jako podłoża i »kondycji«, jako czynników usposabiających do rozwoju suchot płucnych przez wtargnięcie lasecznika Kocha, jako jedynego sprawcy tej choroby. Rozbierając z jednej strony wszelkie biologiczne właściwości lasecznika, a z drugiej cechy prawidłowej oraz zniekształconej w swej budowie klatki piersiowej, autor podkreśla pewne specjalne właściwości naczyń krwionośnych i chłonnych w płucnem krążeniu i w ten sposób wyjaśnia, dlaczego mianowicie płuca, a specjalnie ich szczyty, przedstawiają *locus minoris resistentiae* przy ogólnem zakażeniu gruźliczem. Z tych przesłanek wyprowadza ważny, choć dotąd sporny w nauce wniosek, że niezależnie od bramy wtargnięcia lasecznika naczynia chłonne i krwionośne są głównemi drogami jego rozszerzania się w ustroju. W tej sprawie autor jest zwolennikiem teorji Calmette'a.

Anatomja patologiczna. Rozróżniając 2 znane zasadnicze postacie zmian histologicznych w tkankach: wytwórczą i wysiękową, na podstawie których rozwijają się znane również 2 typy suchot: włóknisty i rozpadowy, autor poświęca specjalną uwagę zapalnej odmianie gruźlicy, przy której lasecznik wywołuje przewlekłe zapalenie ze zmianami

tkankowemi o charakterze nie swoistym. (Typem tej odmiany jest gościec gruźliczy Ponceta). Słusznem jest zdanie autora, że ta postać zapalna dotąd, dodajmy, mało znana, stanowi osobny dział w patologji gruźlicy, który sobie dopiero »wywalcza stanowisko w nozologji« (str. 26). Na uwagę zasługuje rozdział patogeneza, gdzie autor zwięźle na 15 stronach wyłożył wszystko to, co wiadomo o walce ustroju z lasecznikiem, a więc: wrażliwość jego na jady gruźlicze, jego siły odporne, środki ochronne i sposoby walki, rola zakażenia pierwotnego i następczego (superinfekcja), mających za punkt wyjścia tak zwany »fenomen Kocha«, etc. etc. We wnioskach swych autor całą walkę ustroju z gruźlicą streszcza w następujących słowach: »Sprawy biologiczne, jakie rozgrywają się w organizmie ludzkim, z chwilą wtargnięcia lasecznika gruźlicy mają charakter obrony organizmu dwiema drogami: przez usiłowanie strawienia ciała pasorzyta (działanie lityczne) lub zobojętnienie jego toksyn (działanie antytoksyczne) i przez usiłowanie wydalenia z organizmu zmienionych chorobowo tkanek (sekwestracja), współrzędnie przez odosobnienie« (str. 37).

Jako kwintesencja tych teoretycznych rozważań w zgodzie z doświadczeniami nad zwierzętami i z kliniką ludzką wyłania się wniosek, że nieznaczne pierwotne zakażenie w wieku dziecięcym niebezpiecznem nie jest. Przeciwnie wprowadza ono ustrój w stan »allergji« (uczulenia), wywołuje w nim pogotowie obronne, zarówno w płynach, jak i w tkankach, uzbraja go w środki do walki z następczem zakażeniem, a staje się ono wtedy niebezpiecznem, gdy superinfekcja (*endo* lub *exogen*) odbywa się »*en masse*«, laseczniki zaś posiadają wysoki stopień jadowitości (teorja Romera). Te trzy rozdziały wymagają bardzo gruntownego przestudjowania.

Przechodzimy do kliniki (str. 47—172), zwracając przedewszystkiem uwagę na wstęp: »przyczyny anatom. zmian opuk. i osłuch.« (str. 54—56), jako podstawę do zrozumienia całej różnobarwności tych objawów i wyciągnięcia z nich odpowiednich wniosków dla postawienia należytego rozpoznania.

Wart podkreślenia świetnie opracowany ustęp »cel badania promieniami Roentgena« (str. 67—74), w którym autor naznacza promieniom tym należne miejsce przy rozpoznaniu, omawia dokładnie wyniki badań, oraz ostrzega przed możliwemi pomyłkami przy niewłaściwem odczytywaniu skiagramów.

Pomijając opisy różnych klinicznych szczegółów, co znajdujemy w każdej innej książce o gruźlicy, zwracamy uwagę na ustęp o »krwioplucach«, o których autor na 3-ch stronach powiedział więcej, niż całe monografje im poświęcone, oraz na ustęp o »gorączce« (str. 77—82), w którym autor, opierając się na rozważaniach teoretycznych i własnem doświadczeniu, daje odbiegające od przestarzałych metod własne wskazówki lecznicze.

Przebieg, rozpoznanie, powikłania, rozpoznanie różniczkowe: Te 4 rozdziały stanowią jedną kliniczną całość, ściśle związaną z poprzedniemi rozważaniami naukowemi, są niejako praktycznym wykładnikiem teoretycznych postulatów.

Pomijamy wszelkie znane postacie gruźlicy i zaznaczamy tylko »gruźlicę poronną« Brda, której opisowi autor poświęca należne miejsce, następnie »suchoty utajone«, o których w swoim czasie pisał A. Sokołowski, wreszcie zmienne okresy gruźlicy czynnej i nieczynnej.

Na specjalną uwagę zasługuje rozpoznanie początku suchot, niejednokrotnie połączone z dużemi trudnościami. Autor uwzględnia wszelkie znane metody biologiczne i operuje z całą finezją najsubtelniejszemi sposobami fizykalnego badania.

W tym dziale klinicznym uwypukla autor 2 schorzenia, niejednokrotnie pomijane lub mylnie interpretowane, a mianowicie: szczytowe zapalenie oskrzelików i szczytowe zapalenie opłucny, opracowane przez klinicystów francuskich (str. 126—128). Dalej autor ostrzega również przed zbyt pośpiesznem włączaniem w ramy gruźlicy całego szeregu innych schorzeń, jako to promienicy, przymiotu, nowotworów płucnych etc. wreszcie, kładzie słuszny nacisk na specjalny przebieg gruźlicy u dzieci i u starców.

Rokowanie. Omówiwszy wyniki badań pośmiertnych Nägelego, Lubarscha, Burchhardta i innych, które liczbowo wykazują 50—60% gruźlicy samowyleczonej u ludzi dorosłych, autor w związku z poprzedniemi teoretycznemi i klinicznemi postulatami opiera rokowanie na swej własnej klasyfikacji suchot, którą uważam za najlepszą ze wszystkich mi znanych, a której tu bliżej wyjaśniać nie będę.

Leczenie. »Podpatrzyliśmy naturze« powiada autor, »niektóre zaledwie szczegóły taktyki, jaką się posługuje ustrój w walce z lasecznikiem gruźlicy«. Z tego wynika, że nie posiadamy środków zdolnych bezpośrednio zniszczyć zarazek wewnątrz ustroju, lecz tylko środki wzmacniające ten ustrój w walce z lasecznikiem. A więc sporo miejsca zajmuje w compendium opis metody higjeniczno-djetetycznej, inaczej mówiąc klimatycznej (powietrze, słońce, kąpiele słoneczne etc.), dozowanie ruchu, odpowiednie odżywianie, cały arsenał środków farmaceutycznych, skierowanych wyłącznie ku objawom choroby, wreszcie sztuczna odma, stosowana po raz pierwszy w b. Kongresówce przez autora, jej technika, wskazania lecznicze, przebieg, powikłania (zator gazowy, rozedma podskórna) przy niemożności założenia jej z powodu zrostów opłucny; autor omawia zwięźle, lecz jasno, zabiegi operacyjne jak torakoplastykę, plomba płuc, frenikotomja. Na zakończenie omawia Sterling szczegółowo tak zwane swoiste leczenie gruźlicy, zarówno przez uodpornienie bierne różnemi surowicami (Maragliano, Marmoreck etc.), jako też i czynne — starą tuberkuliną Kocha i całym szeregiem innych pokrewnych jej preparatów, uważa on dodatnie wyniki za pewne tylko w postaci gruźlicy zapalnej, a także i w II. okresie suchot. Sam jednak zaznacza, że w tym okresie i bez tuberkuliny, wyłącznie metoda hygjen.-djetetyczna daje również pomyślne rezultaty. Ten sceptycyzm jest aż nadto usprawiedliwiony.

Na zakończenie jeszcze słów parę. Osobny rozdział »Rozwój poglądów na suchoty płucne«, uważam za zbędny, gdyż powinien znaleźć miejsce w pierwszych trzech rozdziałach i istotnie w znacznej części już znalazł.

O rozdziale »zapobieganie« (str. 172—191) nie mówiliśmy z rozmysłem. Zrozumieć go może każdy — nietylko lekarz. Jest tam cały plan ochrony, obrony i walki z zarazkiem. Każdy laik, który dba o własne zdrowie i o zdrowie swej rodziny, a myśli także o zdrowiu całego społeczeństwa, powinien umieć ten rozdział na pamięć, tembardziej wszystkie władze rządowe, komunalne i wszystkie instytucje społeczne. Każdy lekarz powinien przeczytać piękną i pożyteczną książkę rozdział za rozdziałem i wniknąć głęboko w treść każdego z nich, a z pewnością nie pożałuje poświęconego na to czasu.

Dr. K. Dłuski.

Przegląd piśmiennictwa.

Czasopisma archiwalne.

Higjena.

The Lancet.

29 X. 1921.

Sanderson Clow. **W sprawie wychowania fizycznego dziewczyn.** Na posiedzeniu Tow. Medycyny Wychowawczej (*Medical officers of schols association*) pani S. C. wygłosiła odczyt, w którym wypowiedziała się w sprawie wychowania fizycznego, a w szczególności gier i zabaw dla dziewcząt wieku szkolnego. Przedewszystkiem protestuje ona przeciw poglądowi, jakoby dla chłopców były bardziej potrzebne ćwiczenia fizyczne, niż dla ich sióstr. Z przeróżnych ćwiczeń i gier, które roztrząsa starannie po kolei, zaleca nadewszystko musztrę, gimnastykę i pływanie. Wrogami ćwiczeń powyższych są nadewszystko ludzie starszego pokolenia, którzy nie mieli możności doświadczyć na sobie samych dobroczynnego wpływu sportów. Należy zwracać uwagę na to, by nie przemęczać młodego ustroju, to też wszelkie gry ruchome na świeżem powietrzu nie powinny trwać dłużej nad jedną godzinę. Przed przystąpieniem do gry należy pamiętać o opróżnieniu pęcherza moczowego. Pełen żołądek nie stanowi przeciwwskazania do ruchów przy zabawie. Czy sporty działają dodatnio na czynność narządów rozrodczych, najlepszą odpowiedź dają nam dzieje ludzkości z pradawnych czasów, wykazujące, że te na-

rody nalepiej i najliczniej się rozmnażały, u których kobiety jeździły konno, polowały, potykały się z wrogiem etc. Dr. Clow zwróciła szczególną uwagę na wpływ gier na przebieg menstruacji i przekonała się, że wszelkie zaburzenia w nich zdarzają się częściej wśród dziewczyn powstrzymujących się od ruchów podczas miesiączkowania, aniżeli u tych, które nie przerywają wcale w tym okresie ćwiczeń fizycznych. Od 8-iu lat zaleca ona swym pupilkom zabawy i zwykłe kąpiele ciepłe podczas perjodu, a wynik jest ten, że dziewczęta czują się daleko lepiej, wyzbyły się swych okresowych bólów głowy i tp. dolegliwości. Fakt ten znajduje jaskrawe potwierdzenie w cyfrach starannie notowanych. Potwierdzenie powyższego widzimy również w zestawieniu »klas wysoko położonych« z warstwami robotniczemi, gdzie kobiety, pracując ciężko fizycznie, wyrastają na zdrowe matki, przebywające z największą łatwością ciąże i bardzo rzadko cierpiące na zaburzenia miesiączkowe.

E. Lewenstern. (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

The Lancet.
N. 18 T. II. 1921.

A. Gibson. **O przewlekłych chorobach zapalnych śledziony. Wykład kliniczny.** Przyjęty obecnie kliniczny podział chorób śledziony, aczkolwiek zaspokaja potrzeby praktyczne, nie liczy się dostatecznie z ich etiologją i nie ma ściśle naukowej podstawy. Prawdopodobnie większość przewlekłych zapaleń śledziony powstaje na tle zakażenia. Zarazki mogą przedostawać się bezpośrednio z krwi, jak w gruźlicy i kile, bądź z czerwonych krwinek wskutek ich rozpadu, jak się to dzieje w zimnicy i kala-azar. Wreszcie śledziona, jako największy gruczoł chłonny brzucha, może zatrzymywać zarazki, mające źródło w pierwotnem zakażeniu jelit. Pomijając ogniska serowate i kilaki, zmiany śledziony widoczne gołem okiem, i drobnowidowo nie są dość charakterystyczne i mają wiele cech wspólnych w różnych zakażeniach i chorobach przewlekłych. Z drugiej zaś strony, obrazy kliniczne, na które składa się cały szereg objawów, jak powiększenie śledziony, niedokrwistość, niedostatek lub nadmiar krwinek białych, rzadko nadmiar czerwonych, wtórne cierpienie wątroby, wymioty krwawe, jeżeli chodzi o rozpoznanie etjologiczne, nie dają dostatecznych rękojmi. Określenie przyczyny choroby, będące zasadniczym warunkiem rozpoznania naukowego, wymaga gruntownych badań bakterjologicznych. Muszą one spełnić 3 główne zadania: wykryć zarazek, o ile można, w tkance śledziony, wyosobnić go na sztucznych podłożach i przekonać się o sposobie działania na ustrój zwierzęcy. W niektórych przypadkach powiększenia śledziony ani dodatni odczyn Wassermanna, ani pomyślne wyniki leczenia swoistego nie są bezwględnie przekonywujące co do kiłowego pochodzenia choroby. Na 25 przypadków pierwotnego kiłowego powiększenia śledziony, zebranych z piśmiennictwa i zestawionych w pracy autora, tylko z dwóch przypadków Giffen'a z kliniki Mayo mamy dowód oczywisty w postaci krętków, stwierdzonych w ścianach tętniczek. Te same uwagi dotyczą również pierwotnej gruźlicy śledziony. Na 51 przypadków, zebranych do roku 1912 przez Winternitza, tylko w 17 opisano obecność laseczników gruźliczych w śledzionie. Przechodząc do zapaleń przewlekłych o nieznanej dotąd etjologji, zatrzymuje się autor dłużej na żółtaczce hemolitycznej i niedokrwistości śledzionowej. W ogłoszonym niedawno przypadku żółtaczki hemolitycznej autor wyosobnił z miazgi śledzionowej Streptothrix typu promieniczego, którego kultura po wstrzyknięciu śródotrzewnem wywoływała u małp powiększenie śledziony. Prócz tego opisuje autor 2 przypadki niedokrwistości śledzionowej: w pierwszym stwierdzono w śledzionie drobnoustrój gramoujemny typu Cladothrix, rosnący na agarze i nieszkodliwy dla świnek morskich i myszy. W przypadku drugim wykryto prątki gramoujemne, których kultury w postaci białych opalizujących włókienek na podłożu agarowem przypominały nieco kultury paraduru B. Wstrzykiwania śródotrzewne, nieszkodliwe dla świnek, były dla królików śmiertelne. W końcu wypowiada autor przypuszczenie, że przyszłe badania w tym kierunku pozwolą oprzeć klasyfikację przewlekłych chorób śledziony na etjologicznej podstawie i uzgodnić ją z obserwacją kliniczną.

A. Ellis i Clark-Kennedy. **Wstrzymanie migotania przedsionków pod wpływem chinidyny.** Autorzy opisują 7 przypadków migotania przedsionków, przeważnie na tle schorzenia zastawki dwudzielnej, leczonych chinidyną. Dawka początkowa 5 gramów (0.3), później zależnie od znoszenia (bóle, biegunka, poty, osutka w rodzaju płoniczej), 10 gramów 3 razy dziennie. Jeden chory przez 18 dni użył 375 gramów (22.5) chinidyny. W pięciu przypadkach spostrzegano powrót prawidłowego rytmu. Świadczyły o tem zdjęcia poligraficzne, a nadto u 2 chorych, zjawienie się szmeru przedskurczowego na koniuszku serca. W jednym przypadku nastąpił nawrót migotania zaraz po odstawieniu leku, a następnie drugi raz, po zmniejszeniu dawki. U 2 chorych wkrótce po ustaleniu się prawidłowego rytmu wytworzył się zawał zatorowy w narządach wewnętrznych. Prawidłowy skurcz przedsionka może wywołać uruchomienie skrzepów, powstających w czasie migotania. W jednym przypadku chinidyna powodowała przyspieszenie tętna, w innym, przed ostatecznem ustaleniem rytmu miarowego, spostrzegano względną prawidłowość z napadami niemiarowej i przyśpieszonej czynności serca. Poprawa ogólna chorych była mniejszą, aniżeli można było spodziewać się z góry, w każdym bądź razie powrót prawidłowej czynności serca nie przejawiał się szczególnemi zmianami w stanie i zachowaniu chorych. Jakie jest działanie farmakologiczne chinidyny, dotychczas nie wiemy. Prawdopodobnie znosi ona migotanie przedsionków, zwiększając przewodnictwo lub przedłużając okres odrętwienia mięśnia sercowego. Jest więcej jak pewne, że chinidyna zajmie kiedyś poważniejsze miejsce w leczeniu chorób sercowych, jednakże sąd o jej wartości praktycznej jest dzisiaj przedwczesny.

R. Guy. **Kwasica i objawy toksyczne ciężkiej biegunk w wieku niemowlęcym.** W 14 przypadkach ciężkiej biegunk u niemowląt stwierdził autor, że głównym objawem zatrucia była nadmierna czynność płuc (*hyperpnoea*), której towarzyszyło zmniejszenie zapasów alkalicznych we krwi. Objawy te wahały się wzajemnie w stosunku odwrotnym. Jeżeli po podaniu dwuwęglanu sodowego zasadowość krwi wracała do prawidłowego stanu, nadmierne przewietrzanie płuc, jak również ogólne objawy toksyczne zaczynały się zmniejszać. Niestety fakt ten pozostawał bez wyraźnego wpływu na przebieg choroby. Zdaje się więc, że kwasy patologiczne nie tracą własności trujących nawet po zobojętnieniu, jak to przypuszczamy co do kwasu aceto-octowego. Nadto mogą tworzyć się one szybciej, niż są wydzielane. Przypuszczenie, że zaraz w początkach choroby następuje jakieś głębokie i nieuleczalne uszkodzenie tkanek ustroju, nie znajduje potwierdzenia w badaniu pośmiertnem, które wykrywa tylko zmiany właściwe zapaleniu żołądka i jelit. Kwasica nie jest przyczyną, lecz skutkiem choroby. Będąc zaburzeniem funkcji, tak samo jak podniesienie ciepłoty lub przyśpieszenie czynności serca, wymaga ona również odpowiedniego leczenia. Wskazane są alkalja, płyny i środki, pobudzające wydzielanie. W badaniach powyższych oznaczano: Zmniejszenie zapasów zasadowych we krwi, czyli stopień kwasicy, według metody van Slyke'a na podstawie ilości c. cm. kwasu węglowego, którą może związać jako dwuwęglan 100 cm.^{3} osocza przy prawidłowej ciepłocie ciała i prawidłowej prężności CO_2 w powietrzu pęcherzykowem. Cukier oznaczano sposobem kalorymetrycznym (Lewis-Benedict). Cukromoczn i ketonurji nie było.

D. Firth i J. Bentley. **Zatrucie wilczą jagodą (*belladonna*) po spożyciu królika.** Autorzy opisują zatrucie 3 osób dorosłych po wspólnem spożyciu pieczonego królika. W dwie godziny po obiedzie stwierdzono typowe objawy zatrucia atropiną: rozszerzenie źrenic, suchość błon śluzowych, zawrót głowy, wybitne przyspieszenie tętna i w jednym przypadku wysypka o charakterze płoniczym. Objawy zatrucia trwały kilka godzin. U psa i kota, którym dano kawałek mięsa króliczego, stwierdzono również rozszerzenie źrenic i brak odczynu na światło. Badanie chemiczne pozostałego mięsa łącznie z wątrobą wykryło obecność atropiny. Spostrzeżenie autorów potwierdza zdanie Blyth'a, że króliki mogą spożywać większe

ilości wilczej jagody bez szkody dla siebie, jednakże mięso ich może być trujące.

K. Rozenfeld-Rożkowski. (Częstochowa).

Archives of internal medicine.

Kwiecień - czerwiec, 1921.

Sullivan, Stanton i Dawson. **Przemiana materji w rumieniu lombardzkim (pellagrze).** Nieprawidłowość przemiany materji, zwłaszcza w okresie czynnym, zaznaczała się zmniejszoną ilością wydzielanego fosforu pomimo djety ogólnej i obfitości mleka. W kiszkach zauważono zwiększenie się spraw gnilnych. W połowie przypadków znajdowano w moczu wałki lub białko, chociaż często widywano rumień wybitny bez zmian w nerkach. Stale spostrzegano zniżone wydzielanie azotu całkowitego i zwykłych składników moczu. Ilość mocznika zazwyczaj niską, stosunkowo wyższe liczby otrzymywano dla azotu amonowego. W okresie czynnym choroby poziom przemiany materji był zawsze niski, o czem świadczyła też mała ilość wydalanego kwasu moczowego i kreatyniny. Po upływie miesiąca przy stosowaniu odpowiedniej djety składniki moczu powracały do normy, wzmagała się ilość mocznika i spadała do poziomu zwykłego ilość związków amonowych. Według Goldbergera, Wheelera i Sydenstrickera odróżniać należy 2 typy choroby: 1) z wybitnemi objawami skórnemi i nieznacznem zwyrodnieniem fizycznem i 2) z małemi objawami skórnemi, lecz głębszem zajęciem układowem; temu ostatniemu towarzyszą większe zmiany w moczu.

F. Gorham. **Znaczenie kliniczne wahania się kwaśności w różnych częściach miazgi pokarmowej żołądka.** Tak zwane „częściowe“ badanie treści żołądkowej w różnych okresach trawienia opiera się na przypuszczeniu, iż miazga pokarmowa stanowi mieszaninę jednorodną i że małe jej części (6—10 cm.^{3}), co kwadrans wyciągane z żołądka, określają kwaśność całej zawartości. Autor na podstawie badań 65 osobników zdrowych i chorych dowodzi, iż przypuszczenie to jest mylne, gdyż kwaśność otrzymywanych próbek różni się od pozostającej w żołądku części i w dużym stopniu zależy od miejsca, w którem się znajduje główka zgłębnika żołądkowego w czasie badania. Aby mieć istotne pojęcie o kwaśności, należy żołądek przed badaniem wypłukać, a po podaniu pożywienia próbnego opróżnić całą zawartość i tę poddać badaniu. W ten sam sposób, aby poznać poszczególne okresy trawienia, należałoby kilkakrotnie podawać próby pożywieniowe i kilkakrotnie wyciągać całą zawartość żołądkową.

M. Myers, P. White. **Stosunek międzybiegunowych skurczów serca do tętna promieniowego.** Uderzenie międzybiegunowe jest to przedwczesny skurcz komory, po którym nie następuje przerwa wyrównawcza i który nie zakłóca głównego rytmu serca. Uderzeń międzybiegunowych przedsionków nie widujemy, musiałyby one odbić się na rytmie panującym. Nie może też być uderzeń międzybiegunowych w bloku serca (zahamowaniu przedsionkowo-komorowem), ponieważ tutaj rytmem panującym jest rytm komorowy. Autorowie badali płyty dextrokardjograficzne 2392 chorych głównego szpitala w Massachusetts (5000 płyt). Skurcze przedwczesne komorowe zauważono 284 razy, międzybiegunowe 24.

W rozpoznawaniu odróżniać należy:

1) Dwa uderzenia komór przedwcześnie występujące jedno za drugiem, 2) tętno naprzemienne, 3) blok serca o rytmie 2:1, połączony z powrotem co trzy uderzenia do rytmu 1:1, 4) niemiarowość, zależną od uderzeń przedwczesnych co 4 bicia, które na zwykłym kardjogramie są niewidoczne, 5) krótkie napady przyśpieszenia tętna.

A. Rosenfeld. **Plamica samoistna o cechach niezwykłych.** Wielu autorów odrzuca pojęcie o plamicy, jako o jednostce chorobowej, i uważa ją raczej za objaw jakiejś innej choroby. Plamicę widuje się stosunkowo dosyć rzadko, na 155884 chorych w szpitalu głównym w Massachusetts zauważono 54 przypadki plamicy samoistnej. Mówiąc o rozpoznaniu różniczkowem, zaznacza się zwykle, iż plamica nie bywa dziedziczną lub rodzinną (w przeciwstawieniu do krwawiączki). W myśl dowodzeń Cousina, Dohrna, Duke'a, Wrighta, Denya, Heise'a nie jest to rzeczą słuszną.

Autorowie podają opis dokładnie zbadanych 2-ch przypadków plamicy samoistnej o rysach niezwykłych, 1) Przedewszystkiem dotyczy on dwóch braci, co wskazuje na pewne skłonności rodzinne. 2) Cechowały chorobę powtarzające się wybroczyny śródstawowe. 3) Trzecim rzadkim rysem była obecność wybroczyn śródstawowych z objawami otrzewnemi. Henoch nazywał stan taki plamicą brzuszną, tworzą się wtedy wybroczyny w jelitach, zjawia się ostre zapalenie nerek o typie krwotocznym. 4) Wreszcie u jednego z chorych nastąpiło samodzielne złamanie wyrostka łokciowego.

Podział współczesny nie daje wyraźnego rozgraniczenia różnych typów plamicy. Morawitz uważa wszystkie przypadki, podawane jako samoistne, za różne przejawy tej samej choroby. Hoffmann, Litten i inni autorowie niemieccy łączą je w »*morbus maculosus Werlhofii*« o różnych stopniach nasilenia. Do tej grupy włączają: 1) *purpura simplex* z wybroczynami w skórze i pod skórą, 2) *p. haemorrhagica* z wybroczynami w skórze i błonach śluzowych, 3) *peliosis rheumatica* z rumieniem skórnym krwotocznym i zajęciem stawów, 4) *purpura abdominalis* z wybroczynami w skórze, trzewiach, czasami z zajęciem stawów, 5) *p. fulminans* z krwotokami skórnemi o przebiegu gwałtownym i złem zejściu.

Tych ostatnich cech gwałtowności przypadki autora nie posiadały, a w zdrowiu chorych nastąpiła poprawa.

Louria. **Mocznik krwi w ostrej niedrożności jelit.** Pomyślny wynik operacji w ostrej niedrożności jelit zależy od wczesnego rozpoznania choroby, zanim nastąpi zatrucie krwi. W ostatnich latach zauważono, iż w stanie powyższym wybitnie wzmaga się ilość azotu we krwi. Autor sprawdził objaw ten u 7 chorych. Najmniejsza ilość azotu mocznikowego wynosiła 58 miligramów na 100 cm.^{3}, największa 170 mg. W pięciu przypadkach, które się zakończyły śmiercią, niedrożność spowodowana była operacjami w jamie brzusznej. Raz jeden w okresie zdrowienia zauważono ogólną wysypkę pokrzywkową, jako objaw zatrucia. Ani razu nie było powikłania przewlekłem zapaleniem nerek, to też autor uważa wzmożenie się mocznika we krwi za wynik ostrej niedrożności nerek.

Drac (Warszawa).

Neurologja i psychjatrja.

Archives of Neurology and Psychiatry.

Styczeń 1922.

A. Hoch i J. Maccurdy. **Rokowania w zadumie inwolucyjnej.** Autorzy wymieniają Kraepelina, który zaliczył do tej postaci wszystkie obrazy stanów lękowych z omamami i zmianami usposobienia, zdarzające się w wieku późniejszym, a nie będące epizodami jakiejś określonej choroby; statystyka jego daje 50% wyleczeń. Dreyfus jest zwolennikiem dobrego rokowania poza przypadkami, które przechodzą w *Dementia arteriosclerotica*. Poprawa zaczyna się przeciętnie po 9—10 miesiącach, okres zdrowienia trwa przeciętnie około 20 miesięcy, rozciągając się czasem do 6 lat. Przypadki, gdzie niema żywych afektów lękowych a zaznacza się ścieśnienie zainteresowań i reakcyj uczuciowych, hypochondryczne omamy, dotyczące ciała i przewodu pokarmowego, należy uważać za niepomyślne pod względem rokowania. Autorzy podkreślają podobieństwa psychologiczne między postacią złośliwą inwolucyjnej zadumy a otępieniem przedwczesnem podobnie, jak przypadki pomyślne (łagodne w przebiegu) wykazują analogje z psychozą maniakalno-depresyjną.

J. B. Ayer. **Oznaczenie zapory w przestrzeni podpajęczynowo-rdzeniowej zapomocą kombinowanych nakłuć: cysternowego i lędźwiowego.** Autor jest zdania, że metoda jego, ogłoszona zeszłego roku, pozwala nietylko stwierdzić, że płyn rdzeniowy jest patologiczny i że górna część płynu jest odmienna, uboższa w proteiny, niż dolna, lecz także dowodzi, że między niemi istnieje zapora. W przypadkach normalnych eksperyment hydrodynamiczny wykazuje, że przestrzeń podpajęczynowa jest otwarta, a badanie płynu wydobytego z »cysterna magna« i okolicy lędźwiowej nie daje różnic. Metoda ta pozwala wykryć zaporę (blok) przed wystąpieniem objawów uciskowych i stąd wielkie znaczenie dodatnich wyników badania. Wyniki ujemne są mniejszej wagi, gdyż nie każdy guz rdzenia musi się wcześnie ujawnić w postaci »bloku«.

W r. 1913 Marie, Foix, Robert podnosili znaczenie punkcji na dwóch różnych wysokościach dla rozpoznania siedziby ucisku rdzeniowego.

F. Kennedy. **Ostre przypadki łagodnej meningo-encephalitis z tarczą zastoinową.** Początek choroby nagły z bólami głowy, goraczką, zmienionym obrazem krwi, ogólnem osłabieniem. We wszystkich pięciu przypadkach po krótkim okresie podniecenia i dezorjentacji występowały zaburzenia ogniskowe mózgu w postaci hemiplegji, hemianopsji, afazji albo porażeń nerwów mózgowych. W okresie ustępowania tych objawów występuje szybkie tworzenie się tarczy zastoinowej lub zapalenie nerwu wzrokowego, które w jednym do kilku tygodni znikały. Autor tłómaczy powstawanie i szybkie cofanie się choroby występowaniem nagłych zapór w przestrzeniach wewnątrzkomorowych z powodu wysięku oponowego i powrotem normalnego mechanizmu po ich zniknięciu. Ważnem jest dobre rokowanie w tych przypadkach w stosunku do *encephalitis epidemica.*

E. Sachs i J. Malone. **Ścisła kliniczna metoda djagnostyki i uszkodzeń nerwów obwodowych i oznaczenie wczesnej poprawy chorego nerwu.** Doświadczenie Adriana, że do wywołania skurczu mięśnia, którego nerw odżywa, potrzeba prądu o dłuższem trwaniu, niż wymaga mięsień o prawidłowem unerwieniu, posłużyło autorom za punkt wyjścia do ich badań. Użyli oni chronomyometru Lindley-Pyle, który pozwala na ścisłe, ilościowe określenie czasu działania prądu z dokładnością, dochodzącą do tysięcznych części sekundy. W każdym przypadku należy oznaczyć minimum siły prądu i minimum trwania, poniżej którego nawet najsilniejszy prąd nie daje skurczu. Czas działania prądu o sile dwa razy większej, niż wynosi minimum potrzebne do wywołania skurczu, nazwał Lapicque chronaxią danego mięśnia. Autorzy podkreślają, że chronaxia nie zbiega się z absolutnem minimum trwania prądu, wymaganego do wywołania skurczu. Zarówno w mięśniach zdrowych, jak wyrodniejących przedstawia to minimum, obliczone w tysięcznych sekundy, wartość mniejszą i stąd ono właśnie, bez względu na siłę prądu, stanowi prawdziwą miarę czasu podrażnienia. Nie wchodzą tu w grę czynniki wpływające na zmianę siły prądu, jak opór tkanek, ciepłota mięśnia i t. d. Ścisłe oznaczenie tej warlości, t. zn. minimum trwania prądu, daje podstawę do wczesnych wniosków rozpoznawczych i prognostycznych w świetle tabeli, podanej przez autorów.

W. Schaller i H. Mehrtens. **Leczenie kiły układu nerwowego ze szczególnem uwzględnieniem intraspinalnego leczenia.** Zdaniem autorów tylko zapomocą leczenia dordzeniowego można wywołać wybitne podrażnienie opon, połączone ze wzmożonem przekrwieniem i czynnością wydzielniczą. W przypadkach zmian miąższowych niema poprawy przy leczeniu dożylnem lub śródmięśniowem ani w kierunku serologicznym ani klinicznym. Odpuszczanie płynu mózgowo-rdzeniowego (*drainage-therapy*) łagodzi objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego i działa skuteczniej w kombinacji z leczeniem dożylnem lub śródmięśniowem, niż te ostatnie. Najlepsze wyniki leczenia dordzeniowego osiągnięto w przypadkach zmian oponowo-miąższowych, gdzie leczenie dożylne zawodzi. Jako dowód przytaczają autorzy to, że na 75 przypadków leczonych mieli 64% poprawy serologicznej i klinicznej przy stosowaniu sposobu dordzeniowego. Powikłania występowały nie częściej, niż przy innych sposobach leczenia a odczyny takie, jak bóle, gorączka, zatrzymanie moczu, mijały po 24 godzinach.

D. Kaliski i J. Strauss. **Znaczenie odczynów biologicznych w przebiegu kiły środkowego układu nerwowego.** Zmiany patologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego, znalezione przez Ravauta w 68% a przez Dreyfusa nawet w 80% kiły pierwszo- i drugorzędnej, bywają najczęściej tylko wyrazem ogólnej reakcji posoczniczej i podrażnienia opon miękkich. Utrzymywanie się tych zmian w trzecim roku choroby, zwłaszcza jeśli wszystkie odczyny są dodatnie (lymfocytoza, Nonne Appelt, Wassermann), świadczy dopiero o zajęciu centralnego układu nerwowego. Gennerich uważa opony miękkie za barjerę między płynem mózgowo-rdzeniowym a układem ośrodkowym; barjera zawodzi w razie schorzenia opon i pozwala na dyfuzję patologicznego płynu do tkanki nerwowej. 8—10 lymfocytów w milimetrze sześciennym płynu leży w granicach normy. Wzmożenie ilości globulin ma małe znaczenie, większe dodatni odczyn Wassermanna we wszystkich rozcieńczeniach, od 0,1 cm w górę. Naczyniowa postać kiły nerwowej nie powoduje często zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym. Niema dotąd naukowego dowodu, że istnieje uodpornienie w przebiegu kiły. Przy ocenie i klasyfikacji nie można się kierować jedynie odczynami biologicznemi, lecz także, czasem nawet więcej, faktami klinicznemi. Nawet w ostrych przypadkach przekraczają autorzy rzadko dawkę 0,4 *Arsphenaminu* a zaczynają od dawki najmniejszej poprzedzanej zwykle wstrzykiwaniami rozpuszczalnej soli rtęciowej, w przewlekłych wstrzykują tylko raz w tygodniu dawki od 0,25 do 0,4. W niedowładzie postępowym leczenie dordzeniowe lub dokomorowe jest bezużyteczne. Podobnie w innych postaciach kiły układu nerwowego należy leczenie dordzeniowe bardzo znacznie ograniczyć. Przeciw temu leczeniu przemawiają trudności zabiegu, minimalne dawki i fizjologja krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego. Uporczywe utrzymywanie się odczynów biologicznych i objawów klinicznych po leczeniu dożylnem stanowi jedyne wskazanie. Wywody autorów oparte są na obserwacji 500 przypadków.

Marcin Zieliński (Kraków).

Choroby kobiece i położnictwo.

The American Journal of Obstetries and Gynecology.
Vol. 1. Luty 1921. Nr. 5.

Hermann Grad. **Nowy sposób podotrzewnowego skrócenia więzów obłych macicy.** Bovee twierdzi, że dotąd opisano sześćdziesiąt metod operacji tyłozgięcia. Autor dodaje sześćdziesiątą pierwszą i sądzi, że jest ona najlepszą. Operację wykonywa się w następujący sposób. Otwarcie jamy brzusznej. Uchwycenie i pociągnięcie ku przodowi więzu obłego mniej więcej w połowie przebiegu od macicy do wewnętrznego otworu kanału pachwinowego. Nacięcie blaszki otrzewnowej więzu szerokiego tuż poza napiętym więzem obłym i obnażenie tegoż więzu z otrzewny. Przyszycie więzu obłego i to miejsca leżącego niedaleko rogu macicy do brzegu wrót kanału pachwinowego (uważać na naczynia biodrowe!) W obec tego, że przyszyto miejsce więzu bliskie macicy do kanału pachwinowego, spory kawałek obnażonego z otrzewnej więzu wisi teraz bezużytecznie. Składa się go w fałd i zaszywa, poczem wsuwa popod otrzewnę t. j. pomiędzy blaszki, które wreszcie zamyka się. Im więz obły był więcej wyciągnięty, tem większy jego kawałek trzeba wykluczyć. Dla pewności przyszywa się dno macicy jednym szwem katgutowym do powłok i skraca się w końcu więzy krzyżowo-maciczne. Wyniki odległe, z tych niektóre po 8 latach, są doskonałe.

Greer Banghman. **Tymczasowe doniesienie o zapaleniu miedniczki nerkowej w ciąży z przytoczeniem przypadków.** Autor opisuje szczegółowo trzy przypadki, w których główną siedzibą choroby była prawa miedniczka. We wszystkich trzech przypadkach zajęty był i pęcherz moczowy. U dwóch chorych cierpienie było spowodowane przez *bac. coli*, u trzeciej przez gronkowca białego. Wszystkie chore leczone były przepłukiwaniami miedniczek. W ciągu choroby robiono u każdej chorej kilkatrotnie pydografię rentgeniczną. Wybitna i decydująca poprawa występowała u tych chorych po porodzie, choć do zupełnego wyleczenia trzeba było przepłukiwać miedniczkę przez dwa tygodnie w połogu.

Louis F. Smead. **Zapalenie zakrzepowe żył w połogu po grypie, z przytoczeniem przypadków.** Autor opisuje trzy przypadki, w których po porodzie przyszło do grypy (podczas wielkiej epidemji tego cierpienia), a potem, wyraźnie w związku z nią do ropnicy, będącej wyrazem zapalenia i zaczopowania żył. W jednym z tych przypadków wytworzył się w trzecim miesiącu choroby ropień dokoła zaczopowanej żyły jajnikowej, w dwóch innych siedzibą choroby były żyły *plexus uterinus.* Autor omawia szczegółowo wskazania do operacyjnego leczenia ropnicy połogowej przez podwiązanie lub wycięcie żył zaczopowanych, jest nawet zwo-

lennikiem tego zabiegu, w przypadkach jednak opisanych nie uważał operowania za wskazane.

Jennings C. Litzenberg. *Missed abortion.* Ta nazwa angielska, której używa się w podręcznikach, pisanych we wszelkich językach, wprowadzona została przez Matthews Duncana dla określenia stanu, w którym po obumarciu płodu w pierwszych miesiącach ciąży jaje zostaje przez czas dłuższy zatrzymane w macicy. Autor sądzi, że *Mised abortion* zachodzi wtedy, kiedy od śmierci płodu minęły dwa miesiące, wiadomo bowiem, że i w zwykłych przypadkach macica nie wydala jaja bezpośrednio po obumarciu płodu. Ta niezwykła cierpliwość macicy trwać może rok i dłużej, a znane są przypadki przetrzymania jaja przez 28, a nawet przez 52 lat. Nie wiemy, dlaczego macica okazuje niekiedy tak niezwykłą tolerancję po śmierci płodu i nie znamy też przyczyn, dla których po upływie długiego czasu przychodzi przecież do poronienia. Autor przytacza liczne hipotezy, które go nie zadowalniają. Cierpienie jest daleko częstszem, niż się powszechnie sądzi, rozpoznaje się je natomiast rzadko, gdyż się o niem nie myśli. W rozpoznaniu najważniejszą rolę odgrywa stwierdzenie, że kobieta nie miała perjodu przez parę miesięcy, że następnie zaczęła krwawić, ale nie poroniła, i że od czasu tego pierwszego krwawienia, które zresztą może się powtarzać, minęło kilka miesięcy. U kobiet tych stwierdza się macicę powiększoną, odpowiadającą jednak terminowi, w którym zjawiło się pierwsze krwawienie. Macica ta wcale nie powiększa się a istniejące inne objawy ciąży (sutki, zesinienie etc.) zaczynają się cofać. Autor przyznaje, że przypadki te przeważnie kończą się dobrowolnem poronieniem, woli jednak na nie nie czekać, tylko z chwilą rozpoznania opróżnić macicę, choć nie przeczy, że zabieg może być trudny i krwawy, gdyż macica zachowuje się tak, jakby była straciła zdolność do skurczów. Kiedy jednak przychodzi dobrowolne poronienie, skurcze bywają bardzo energiczne.

Geo, W. Kosmak. **Białaczka podczas ciąży.** Powikłanie to jest bardzo rzadkie. W Nowojorskim »Lying in Hospital« na 60.000 porodów w ciągu lat 20 nie spostrzegano tego cierpienia. Autor opisuje dwa przypadki a przytacza dziesięć innych z piśmiennictwa. W obu przypadkach autora ciąża wywarła fatalny wpływ na przebieg białaczki. Śmierć nastąpiła w jednym przypadku, zanim zdołano przerwać ciążę, w drugim w 2 tygodnie po przerwaniu. Autor radzi w każdym przypadku białaczki u ciężarnej przerywać ciążę a potem dopiero próbować leczenia promieniami X.

Benjamin Rush Mc. Clellan, **Jajnikowe torbiele skórzakowate; etjologja, rozpoznanie i leczenie.**

Reginald M. Rawls. **O wewnątrzmacicznem pręcikowem pessarium, na podstawie 205 przypadków i wyników leczenia w 117 przypadkach.**

Surgery, Gynecology and Obstetries.
XXXII. Nr. 2. Luty 1921.

Ludwig A. Emge. **Żylaki w miednicy kobiecej.** Żylakowate rozszerzenie splotów żylnych, odprowadzających krew z kobiecych narządów płciowych należą do zdarzeń częstych. Najczęściej rozszerzają się żyły splotów jajnikowych, zwłaszcza lewego, ale, jeśli żylaki tych splotów są duże, wówczas i inne sploty rozszerzają się, np. splot maciczny. W etjologji tego cierpienia mają znaczenie: ciąża, zmiany w położeniu macicy ku tyłowi i w dół, nawykowe zaparcie stolca, ogólne obniżenie trzew brzusznych, częste podniecenia płciowe itp. Skutki takich żylakowatych rozszerzeń objawiają się najpierw w jajnikach, które się powiększają i okazują torbielkowe zwyrodnienie i przerost tkanki łącznej, potem w macicy, której błona śluzowa brzęknie, a mięsień okazuje zgrubienie i cechy t. zw. *metritis chronica.* Choroba objawia się tępemi bolami w miednicy, głównie po stronie lewej, dokuczającemi głównie przy staniu a ustającemi w pozycji na wznak. Dołączają się do tego upławy, parcie na mocz i t. p. Rozpoznanie nie jest trudne, jeśli chorą bada się nietylko w pozycji poziomej, ale i stojącą, i porównywa wynik tych badań. Leczenie polega na usunięciu przyczyny. W lżejszych przypadkach obejść się można bez operacji; zakłada się krążek, usuwa zaparcie stolca i t. d. W cięższych trzeba operować, przyczem, zdaniem, autora najlepsze wyniki daje wysokie zawieszenie macicy za pośrednictwem więzów obłych, połączone ze skróceniem więzów krzyżowo macicznych. Tylko niekiedy wyciąć wypada żylaki splotu jajnikowego.

A. J. Rougy i S. S. Arluck. **Missed abortion.** Autorowie podają następującą definicję stanu, zwanego »missed abortion«: »wewnątrzmaciczne obumarcie produktu zapłodnienia z całkowitem jego zatrzymaniem w macicy i z zupełnym brakiem powiększania się macicy, stwierdzonym przez wielokrotne badanie w ciągu 8—10 tygodni«. Etyjologia tego wydarzenia nie jest jasna. Skłonność do »missed abortion« okazują kobiety otyłe. Zdaniem autorów odgrywa w tem zdarzeniu rolę nieprawidłowa czynność gruczołów dokrewnych. W leczeniu są autorzy bardzo radykalni; odradzają czekać na dobrowolne opróżnienie się macicy i sądzą, że w każdym przypadku należy operować. Używali najrozmaitszych sposobów opróżnienia macicy, zależnie od miesiąca ciąży i innych okoliczności. W jednym przypadku trzechmiesięcznej ciąży i niepodatnej szyji nie cofnęli się nawet przed laparotomią i cięciem cesarskiem i zaszyciem macicy.

Nr. 3. Marzec 1921.

Harley Bucleson Matthews. **W sprawie przeł wlekłej endocervicitis.** Autor omawia patogenezę i objawy kliniczne kataru szyji i dochodzi do przekonania, że widoki wyleczenia kataru nieoperacyjne są bardzo niewielkie. Autor zaleca przeto operację plastyczną, polegającą na wycięciu stożka szyji wraz z chorą błoną śluzową z pozostawieniem natomiast zewnętrznej powłoki części pochwowej, która służy do pokrycia powstałych ran. Liczne ryciny tłómaczą tę technikę. Leczenie to stosował autor w 200 przypadkach, przyczem wyleczył 64% chorych, poprawił stan u 28%, nie miał zaś żadnych wyników u 8%. Autor spostrzegał kilka porodów u osób, które przebyły tę operację i twierdzi, że nie były one utrudnione przez blizny pooperacyjne.

Nr. 6. Czerwiec 1921.

John T. Williams. **Naczyniak łożyska.** W piśmiennictwie, które przytacza, znalazł autor 70 prac, a 83 przypadków nowotworów łożyska. Pitha (1906) po dokładnem rozpatrzeniu ogłoszonego materjału doszedł do przekonania, że wszystkie opisane przypadki są właściwie naczyniakami łożyska, choć autorzy różne dawali nazwy opisywanym przez siebie guzom. Zapatrywanie Pithy znalazło powszechne uznanie. Dopiero w 1914 Cary w N. Yorku opisał niewątpliwy przypadek mięsaka łożyska, a Walz (1907) przytacza jedyny w swoim rodzaju przypadek mięsaka przerzutowego w łożysku. Autor podnosi uderzającą częstość przedwczesnego przerwania ciąży u osób z naczyniakami łożyska (36%). Nierzadko też widuje się nadmierną ilość wód płodowych. Williams opisuje wreszcie swój własny przypadek, tyczący się 22-letniej pierwiastki. Wyczerpujące zestawienie piśmiennictwa podnosi wartość tej pracy.

George Gellhorn. **Wpływ kiły na kobietę ciężarną.** Podręczniki położnictwa podnoszą słusznie, że kiła kobiety ciężarnej jest bardzo niebezpieczna dla płodu, przeważnie przemilczają jednak niebezpieczeństwa, na jakie kiła naraża matkę. A przecież są one niewątpliwe i liczne. I tak w ciąży widuje się często bóle głowy, bezsenność, uporczywe nerwobole, niedokrewność, szczuplenie i ogólne osłabienie. Autor nie widział ani jednej kiłowej ciężarnej, której ogólny stan byłby tak kwitnący, jakim często bywa u ciężarnych zdrowych. Wykwity kiłowe na błonach śluzowych, szczególnie w narządach płciowych, są zwykle bardzo uporczywe, na co już Fournier zwracał uwagę. Przybierają one niekiedy złośliwą fagadeniczną postać. Powikłania ciąży, jak np. zmiany w nerkach lub wady sercowe, przebiegają szczególnie źle u ciężarnych z kiłą. Podczas porodu widuje się częściej słabe bóle i oporną, niepodatną szyję. Oba te czynniki przedłużają niekiedy niepomiernie poród i stają się powodem operacyj, które znowu ze swej strony przyczyniają się do pęknięć szyji i innych okaleczeń. W kilku przypadkach musiano się nawet uciec do cięcia cesarskiego (drugi przypadek autora). Opisywano też i dobrowolne pęknięcia macicy. W połogu grozi tym kobietom częściej, niż innym, zakażenie, które przy braku

odporności osób kiłowych przybiera niekiedy ciężką postać. Nie rzadko też pozostaje po porodzie *subinvolutio uteri*. Z uwag tych wyprowadza autor wniosek, że leczenie kiły podczas ciąży powinno być energicznem. Dobrze przeprowadzone leczenie usuwa przeważną ilość tych niebezpieczeństw.

John E. Talbot. **Kliniczne studjum łożyska.**

Vol. XXXIII.

Nr. 3. września 1921.

Alfred C. Beck. **Niskie cięcie cesarskie z dwoma płatami otrzewnowymi.** Autor podaje modyfikację cięcia cesarskiego nadłonowego, który z zupełnem powodzeniem wypróbował na 29 przypadkach.

Jamę brzuszną otwiera nisko cięciem poprzecznem lub podłużnem — i odsłania dolną część macicy, na której przecina na poprzek otrzewnę mniej więcej 2 ctm. ponad dnem załamka pęcherzowo-macicznego. Po przecięciu otrzewny zesuwa naprzód płat jej ku dołowi, odsłaniając w ten „sposób mięsień dolnego odcinka i odsuwając pęcherz od macicy, poczem takiż płat odpreparowuje z pomocą nożyczek ku górze. Płat dolny pociąga ku dołowi, górny ku górze i odsłania w ten sposób na stosunkowo dużej przestrzeni ścianę mięsną, którą przecina na podłuż. Następuje usunięcie płodu niekiedy z pomocą kleszczy, poczem zakłada dwa szwy katgutowe, jeden w górnym, drugi w dolnym kącie rany mięśniowej i, pociągając tymi szwami ku powłokom, wyprowadza niejako ranę przed powłoki. Wyczekuje następnie odejścia łożyska i zeszywa naprzód ranę podłużną w mięśniu, potem poprzeczną otrzewnową. Oba te szwy krzyżują się podobnie zresztą, jak przy laparotomji sposobem Pfannenstiela.

Sposób ten zabezpiecza, zdaniem autora, przed zakażeniem jamy otrzewnowej. *A. Rosner* (Kraków).

Choroby oczu.

Archives d' Ophtalmologie.

T. XXXVIII. Nr. 3. 1921.

Lapersonne, Velter i Prêlat. **Zęby nadliczbowe rozwinięte w oczodole.** Przypadek przedstawiony przez autorów Akademji lekarskiej w Paryżu jest może jedynym dotychczas znanym, gdyż w dotyczącem piśmiennictwie nie znaleźli autorowie żadnej wzmianki o przypadku podobnym. Dziewczyna 15-letnia zgłosiła się na klinikę ze skargą na wysadzenie gałki ocznej prawej i upośledzenie siły wzroku datujące się od dzieciństwa. Przy badaniu przedmiotowem można było stwierdzić wytrzeszcz gałki nieznacznego stopnia, natomiast silne odchylenie gałki ku górze wewnątrz, jako następstwo zupełnego porażenia ruchów gałki w kierunku ku dołowi zewnątrz. Istnieje oprócz tego oczopląs wahadłowy, wzmagający się przy ruchach gałki ku dołowi. Oko lewe wykazuje również oczopląs. Pozatem nadwzroczność słabego stopnia (+ 2 D) na obu oczach. Z wyjątkiem nieznacznej może asymetrji twarzy, żadnego zniekształtnienia stwierdzić nie można. Badanie nosa i zatok z wynikiem ujemnym. Dopiero badania czaszki zapomocą promieni Roentgena wykonane w różnych kierunkach, wyjaśniło przyczynę tych nieprawidłowości. Z profilu widać tylną część zębodołową szczęki górnej prawej z zębami trzonowemi prawidłowo rozwiniętemi, ponad nią znajduje się różaniec zębów nadliczbowych, mniej lub więcej rozwiniętych, o jednym lub dwóch korzeniach, niektóre zdają się być otoczone pochewką włóknistą, tworzącą jakby zaczątek zębodołu.

Zęby te są rozsypane w różnych kierunkach, na dnie zaś oczodołu tworzą masę zbitą, w której trudno się rozeznać. Na zdjęciach z przodu widać, że zęby przeszły poza tylną część szczeliny klinowo-szczękowej i rozwinęły się powyżej podstawy oczodołu. Tem tłumaczy się wytrzeszcz gałki i zboczenie gałki ku górze wewnątrz (w następstwie utrudnionej czynności mięśni prostych dolnych i zewnętrznych). Na zdjęciach rentgenograficznych trudno dokładnie oznaczyć ilość zębów, jest ich w przybliżaniu 12. Badanie uzębienia nie wykazuje pozatem żadnych nieprawidłowych stosunków, nowotworów pochodzenia zębowego również stwierdzić nie można.

W dentystyce znanem jest istnienie zębów nadliczbowych, najczęściej na zewnętrznej powierzchni szczęki górnej lub podniebieniu twardem, daje ono powód do powstawania ropni i przetok a ilość zębów może być bardzo znaczna.

Badania histologiczne i embrjologiczne stwierdzają możliwość istnienia podobnej nieprawidłowości. Z wału dziąsłowego powstaje pączek przybłonkowy, z którego w następstwie rozwijają się narządy pierwotnego i następowego uzębienia. Koniec tej blaszki przybłonkowej tworzy przedłużenia noszące pęki przyzębowe, które u człowieka w dalszym rozwoju zanikają, jednakże u niektórych zwierząt z uzębieniem wielokrotnem utrzymują się i nadal, dając powód do tworzenia zębów zastępczych. Podobny proces nieprawidłowy u człowieka może spowodować powstanie zębów nadliczbowych. Wobec tego, że zęby te nie sprawiają chorej żadnych dolegliwości, że siła wzroku jest równą na obu oczach, wstrzymują się autorowie dla dobra chorej od wykonania jakichkolwiek zabiegów chirurgicznych, które przedsięwezmą tylko w tym razie, gdyby badanie rentgenologiczne lub pogorszenie siły wzroku wykazało dalszy rozwój tych tworów patologicznych.

Pacalin. **O mierzeniu bystrości wzroku przy pomocy nowej tablicy próbnej.**

Michail. **Początek jaglicy przewlekłej.** Dla rozpoznania jaglicy w jej początkach koniecznem jest zbadanie górnego załamka powiekowego. Do tego celu posługuje się autor »odwijaczem powiek« *(retourne-paupière)* pomysłu wojskowego lekarza rumuńskiego Vercanu. Przyrząd przypomina rozwórkę Desmarresa, tylko że trzon tego przyrządu zgięty jest pod kątem prostym. Początek jaglicy wykrywa przeważnie tylko dokładne badanie lekarskie; chorzy bowiem w tym okresie nie odczuwają żadnych dolegliwości lub tylko nieznaczne.

Worek spojówkowy górny i dolny jest początkową siedzibą jaglicy, gdzie ona występuje w postaci półkola górnego i dolnego, odpowiadającego w zupełności rozmieszczeniu anatomicznemu dodatkowych gruczołów łzowych Kraniego. Wytworzone mieszki tworzą dwa półkola schodzące się w kącie zewnętrznym oka. Znamiennem jest zachowanie się górnego załamka, gdzie może już wystąpić podwójny lub potrójny szereg mieszków, podczas gdy w dolnym mogą być dopiero zawiązki. Przy dalszym rozwoju jaglicy pojawiają się mieszki także poza granicami zakreślonemi w początkach.

Okres rozwoju jaglicy przewlekłej trwa około 6 miesięcy. Badanie histologiczne wykazało w szczególności nacieczenie zapalne dokoła gruczołów łzowych spojówki, w środku tego nacieczenia znajdują się komórki, kształtem swym przypominające komórki mieszka jaglicznego. Na podstawia tych badań, przypuszcza autor, że gruczoły łzowe spojówki stanowią bramę wejścia dla zarazka jagliczego. Nacieczenie zapalne dokoła naczyń krwionośnych wskazywałoby, że tą drogą odbywa się dalsze rozlane nacieczenie przy jaglicy przewlekłej bardziej już posuniętej. Zapobieganie rozszerzeniu się jaglicy zależy w pierwszym rzędzie od wczesnego rozpoznania a następnie od wczesnego i doszczętnego leczenia.

Junés. **Rozpoznanie niezborności zapomocą szczeliny stenopeicznej.**

Rubbrecht. **Dacryocysto-rhinostomia.** Autor opisuje własną odmianę operacji Totiego, którą wykonał z dobrym wynikiem w 150 przypadkach.

Bussy. **Przyczynek do leczenia zapaleń oka w następstwie yperitu.** Autor miał sposobność podczas wojny światowej leczenia kilku tysięcy przypadków uszkodzonych gazem yperite. Gaz ten wywołuje na oczach następujące zmiany chorobowe: oparzenia mniej lub więcej rozległe powiek, silny nieżyt spojówki z przeważnem zajęciem spojówki gałkowej i załamka dolnego, powierzchowne zmętnienie rogówki w następstwie złuszczenia przybłonka, znaczne zwężenie źrenicy i przekrwienie tęczówki oraz objawy podmiotowe, jak bóle, światłowstręt, łzawienie i kurcz powiek. Jako leczenie zalecano przemywania natychmiastowe i obfite płynem zawierającym dwuwęglan, zakraplanie kokainy i kolargolu.

Autor zmienia to leczenie o tyle, że zamiast kokainy, która nie sprowadza poprawy i nie usuwa dolegliwości podmiotowych, poleca wkraplanie atropiny. Z chwilą rozszerzenia się źrenicy ustają bóle i światłowstręt. Dla leczenia oparzeń powiekowych używa maści cynkowej, ichtyolowej lub czerwieni szkarłatowej. *W. Reis* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.
Bulletin de la Société Française de Dermat. et de Syphiligraphie. Nr. 8. 1921.

Queyrat i Deguignand. **Zmiany kiłowe barwikowe uogólnione u mężczyzny.** Opis przypadku, w którym zmiany barwikowe, tak częste w kile drugorzędnej (leucoderma), usadowione były na tułowiu i górnych częściach kończyn, a miały powstać bez poprzedzającej je osutki w 8 miesięcy po zakażeniu.

Queyrat i Deguignand. **Liszaj czerwony płaski obrączkowy.** Typowe zmiany właściwe liszajowi czerwonemu płaskiemu w chwili, gdy wykwity ulegają wessaniu. Poszczególne ogniska rozsiane głównie na dolnych kończynach składały się z drobnych guzków liszaja płaskiego, ułożonych obrączkowo. Środek wykwitów nieco zaklęsły, ciemno-brunatno zabarwiony. Zmiany przypominały nieco wykwity kiłowe obrączkowe — guzki drobne przemawiały za liszajem płaskim.

Marcel Pinard. **Choroba Friedreicha; kiła rodzima niezauważona.** Chora 18-letnia ma objawy choroby Friedreicha. Tą samą chorobą dotknięty jest jej brat najstarszy. U matki chorej i u dwojga z pośród rodzeństwa chorej odczyn Wassermanna we krwi dodatni. U samej chorej odczyn Hechta we krwi i odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym ujemny, ilość białka w płynie mózgowo-rdzeniowym 0,1, limfocytoza 2,4. Dodatni odczyn Wassermanna u członków rodziny chorej skłania autora do postawienia pytania, czy w danym przypadku podłożem objawów choroby Friedreicha nie są zmiany swoiste, wywołane przez krętki blade, podobnie jak w wiądzie rdzenia. Autor rozpoczął u chorej leczenie nowarsenobenzolem, nie spodziewa się jednak korzystnego działania.

L. Queyrat i Deguignand. **Słoniowacina sromu niewieściego.** Schorzeniem zajęty był srom w całości, miejsce chorobowo zmienione odcinało się ostro od wzgórka łonowego. Na wargach większych liczne rozszerzenia naczyń chłonnych, które niejednokrotnie przechodziły w stan zapalny. Nitkowca ludzkiego, mogącego tłómaczyć tę słoniowacinę, we krwi nie znaleziono. Z treści rozszerzonych naczyń chłonnych wyhodowano gronkowca białego. Za przyczynę słoniowaciny w danym przypadku uważają autorowie powtarzające się często zapalenia sromu i naczyń chłonnych, wywołane ziarenkowcami ropnemi.

L. Queyrat. **Grzybica dziąseł.** Zmiany na dziąsłach przedstawiały się w tym przypadku pod postacią nalotów biało-żółtych, okrągłych, wielkości soczewicy lub główki od szpilki. Niektóre naloty miały zarysy półkoliste jako następstwo zlania się drobnych ognisk okrągłych. Po usunięciu nalotów, dosyć silnie trzymających się podstawy, błona śluzowa miała powierzchnię czerwoną, wygładzoną. Badanie mikroskopowe nalotów stwierdziło, oprócz różnorodnych drobnoustrojów, obfitą ilość tworów okrągłych lub owalnych, zbliżonych wejrzeniem do drożdży. Twory te barwią się sposobem Grama i innemi barwikami. Posiew nalotów na żelatynę z cukrem daje obfite kolonje komórek drożdżowych. Autor sądzi, że w danym przypadku chodzi o grzybicę drożdżową w rodzaju *paraendomyces* i zastrzega sobie rozstrzygnięcie ostateczne sprawy po przeprowadzeniu dalszych badań mykologicznych.

L. Queyrat i Deguignand. **Plama podobna do leukoplazji na sromie. (Plaque leucoplasiforme de la vulve).** U kobiety 66-letniej stwierdzili autorowie na wardze sromnej mniejszej i większej ognisko chorobowe, biegnące od łechtaczki aż ku spoidłu dolnemu, barwy ciemno-czerwonej, naciekłe, zgrubiałe, a na niem plamy białawe zgrubiałego nabłonka, przypominające leukoplakję kiłową. Na szyji, przedramionach i błonie śluzowej policzków ogniska liszaja płaskiego. Ze względu na wywiady (troje dzieci zmarło wkrótce po urodzeniu), jakoteż ze względu na świeże zgrubienie kości (*hyperostosis*), na podniebieniu twardem, autorowie skłonni są zmianę na częściach rodnych uważać za łuszczycę kiłową i mimo ujemnego odczynu Wassermanna zamierzają stosować leczenie przeciwkiłowe, a nadewszystko zbadać zmianę mikroskopowo, w nadziei, że dane histologiczne potwierdzą rozpoznanie kliniczne.

L. Queyrat i Degrais. **Nabłoniak nosa, oka i policzka, trwający od ośmiu lat (pokaz drugi).** Autorowie pokazywali chorą przed pięciu miesiącami, nim zaczęli leczenie radem, które doprowadziło do zupełnego zabliźnienia się znacznej części owrzodzenia, wywołanego przez nabłoniaka. Część niezabliźnioną będą dalej naświetlać i spodziewają się zupełnego wyleczenia, co byłoby niemożliwe na drodze chirurgicznej.

Queyrat i G. Laroche. **Przypadek kępek żółtych płaskich. Przedstawienie skrawków.** Za najcharakterystyczniejszą cechę w budowie histologicznej kępek żółtych uważają autorowie nacieczenie protoplazmy komórek ciałami lipoidalnemi, głównie z grupy estrów cholesterynowych.

M. Pinard i P. Giraud. **Leczenie kiły oseskόw.** Autorowie zalecają wstrzykiwanie podskórne sulfarsenolu w dawkach 0,005—0,07 gr. Zaczynają od dawek mniejszych i stosują je początkowo co 3 dni, następnie przechodzą do dawek większych, robiąc odstępy 4—5 dniowe między poszczególnemi wstrzykiwaniami. U dzieci ważących 5 kg można dojść do 0,07 gr. sulfarsenolu na dawkę. Leczenie przeprowadzają autorowie serjami, z których każda obejmuje 10 wstrzyknięć, poczem zalecają przerwę leczenia na 3 tygodnie. Leczenie winno trwać rok lub $1^1/_2$ roku. Nawet dzieci z ujemnym odczynem we krwi powinno się leczyć, o ile u rodziców stwierdzi się klinicznie objawy kiły. Przy tym sposobie leczenia objawy kiły ustępują szybko; dzieci przybywają na wadze i rozwijają się dobrze.

Ch. Laurent. **Trująca serja novarsenobenzolu. Serja 12.944.** Zastosowano w jednym dniu 12 wstrzyknięć dożylnych nowarsenobenzolu. Dziewięciu chorych zniosło wstrzyknięcie zupełnie dobrze, u trzech chorych wystąpiły groźne objawy zatrucia: natychmiast po wstrzyknięciu zaczerwienienie i obrzęk twarzy i powiek, tętno nikłe, niepoliczalne, drgawki, utrata mowy. Ponieważ objawy zatrucia wystąpiły tylko u tych chorych (kobiet), które otrzymały wstrzyknięcie z serji wyżej wymienionej, ponieważ wszystkie wstrzyknięcia tego dnia były robione wśród tych samych warunków z użyciem tej samej wody, a z 12 chorych tylko u trzech wystąpiły owe groźne objawy, przeto autor upatruje przyczynę zatrucia w jakości środka. Objawy zatrucia zwalczał autor wstrzykiwaniami podskórnemi adrenaliny (1 mg na dawkę), dwie chore uratowano, u trzeciej przewiduje autor bliską śmierć.

Jeanselme i Burnier. **Dwa przypadki powtórnego zakażenia kiłą.** W jednym powtórne zakażenie kiłą wystąpiło w rok, w drugim w 8 lat po pierwszem zakażeniu. Autorowie uważają to za dowód zupełnej sterylizacji ustroju przy pierwszem leczeniu.

Burnier i Bloch. **Nowy przypadek nacieku kiłowego grudkowego o typie podskórnego sarkoidu.** Zmiana kiłowa usadowiona była w okolicy łopatki prawej i tak klinicznie, jakoteż histologicznie mogła uchodzić za sarkoid typu Darier-Roussy. Dodatni odczyn Wassermanna skłonił autorów do zastosowania leczenia przeciwkiłowego, co już po dniach 15 wywołało zupełne ustąpienie zmian chorobowych. Na podstawie tego przypadku, jakoteż innych, autorowie skłaniają się do przypuszczenia, że przyczyną sarkoidów podskórnych może być, obok gruźlicy, także kiła, radzą też brać w rachubę i ten czynnik przyczynowy i próbować leczenia przeciwkiłowego.

Burnier i Bloch. **Przypadek gruczolaków potowych rozsianych.** Opis przypadku, w którym wykwity miały klinicznie pewne podobieństwo do kępek żółtych, a badanie histologiczne wykazało, że zmiany chorobowe dotyczą gruczołów potowych, że zatem chodziło o rozsiane gruczolaki potne.

Leredde. **Nowe badania nad hematodermitami kiłowemi.** Autor stara się wykazać na szeregu przypadków, że może istnieć pewien związek między kiłą, czy to nabytą, czy też wrodzoną, a niektóremi chorobami skórnemi i domaga się, aby tego związku szukać, przeprowadzając ścisłe badania w kierunku kiły, a skoro się znajdzie objawy kiły, pewne lub prawdopodobne, leczyć przedewszystkiem kiłę. Leczeniem przeciwkiłowem uzyskuje się pośredni wpływ na szybsze ustępowanie rozmaitych dermatoz. Nie należy zadowalniać się ustępowaniem zmian klinicznie dostrzegalnych, ale wynik le-

czenia kontrolować jeszcze rozmaitemi metodami pracownianemi, bo te dopiero rozstrzygają o ewentualnych korzystnych zmianach, zaszłych w ustroju.

Pomaret. **Badania nad fizjologją wstrząsu i zmniejszeniem ciśnienia tętniczego po arsenobenzolach i arsenoksydzie.** Do przeczytania w oryginale.

P. Boulogne. **Le contre-prurit réflexe.** Nazwą tą obejmuje autor zjawisko, polegające na tem, że podrapanie określonego miejsca swędzącego na skórze wywołuje uczucie świądu i zmusza do drapania na miejscu innem, odległem, położonem często na tej samej stronie, co ognisko chorobowe. Objaw ten spostrzega się najczęściej u osób z zaburzeniami w trawieniu. Jakkolwiek niema to praktycznego znaczenia, to teoretycznie przemawia za pewnem skoordynowaniem układu nerwowego w skórze.

P. Vigne. **W sprawie budowy histologicznej przypadku naczyniaka krwionośno-limfatycznego (haemo - lymphangioma).** Autor badał mikroskopowo przypadek przedstawiający się klinicznie jako naczyniak krwionośny i znalazł w obrazie histologicznym rozszerzenia nietylko naczyń krwionośnych, ale i naczyń chłonnych. Wobec tego, że i w naczyniakach chłonnych napotyka się histologicznie zmiany zarówno w naczyniach chłonnych, jak i krwionośnych, przyjmuje autor, że odróżnianie tych dwóch jednostek klinicznych niema podstawy anatomicznie uzasadnionej. W obu rodzajach naczyniaków napotyka się kombinacje obu stanów chorobowych.

L. Géry. **Typowy nabłoniak gruczołów łojowych.** Do rzadkich przypadków nabłoniaków wychodzących z gruczołów łojowych dodaje autor nowy przypadek, podając dokładnie opis histologiczny.

L. M. Pautrier. **Lichen obtusus corné.** Opis przypadku z bardzo rozległemi wykwitami, rozsianemi na całej skórze za wyjątkiem skóry owłosionej głowy. Wykwity poszczególne dochodziły do wielkości grochu, a rozsiane były głównie na ramionach, przedramionach, pośladkach i udach. Zmiany chorobowe trwają od 22 lat. Towarzyszy im świąd napadowy, występujący okresowo. Ze względu na wielkość wykwitów, zupełny brak guzków drobnych, właściwych liszajowi czerwonemu płaskiemu, ze względu na budowę histologiczną, jakoteż ten szczegół, że pierwotnym jest świąd a następstwem jego wykwity, autor uważa tę jednostkę chorobową za oddzielną, nie mającą nic wspólnego z liszajem czerwonym płaskim, natomiast uważa to schorzenie za odmianę niezwykle silnie rozwiniętej liszajowatości.

Hügel. **Przypadek gruczolaka łojowego typu Pringle'a.** Zmiany chorobowe, które należy uważać za typowe dla gruczolaka łojowego, dotyczyły w tym przypadku osobnika umysłowo zupełnie prawidłowo rozwiniętego, gdy przypadki dotąd opisywane łączono prawie zawsze z niedorozwojem umysłowym, z padaczką lub głupowatością.

Mandel. **Pokrzywka barwikowa.** Autor opisuje przypadek pokrzywki barwikowej u mężczyzny 26-letniego. Wykwity były nieco podobne do osutki kiłowej, a że równocześnie miał chory nadżerki na napletku, mogło badanie powierzchniowe być przyczyną błędnego rozpoznania. Ujemne badanie co do krętków, ujemny odczyn Wassermanna, a nadewszystko tak charakterystyczne dla pokrzywki barwikowej pojawianie się względnie ostrzejsze występowanie bąbli pokrzywkowych w miejscu tarcia lub drażnienia, naprowadziło autora na rozpoznanie właściwe.

Pautrier i Zimmerlin. **Sarkoid podskórny u osobnika kiłowego, przedstawiającego liczne kilaki, wyleczony leczeniem przeciwkiłowem.** Autorowie już w r. 1914 zwrócili uwagę na to, że sarkoidy, czy to o typie Boecka, czy o typie Darier-Roussy, są jedynie zespołem pewnych cech klinicznych, wybitnych i charakterystycznych, ale bynajmniej nie jednej etjologji. Większość autorów upatruje w sarkoidach tuberkulidy i za przyczynę ich uważa jedynie gruźlicę. W latach ostatnich coraz częściej słyszy się o zupełnem wyleczeniu sarkoidów leczeniem przeciwkiłowem i coraz częściej stwierdza się u chorych dodatni odczyn Wassermanna. Nasze dotychczasowe pojęcia o sarkoidach trzeba zatem poddać gruntownej rewizji, a zachowawszy nazwę dla tej jednostki chorobowej, klinicznie tak bardzo charakterystycznej, należy przyjąć, że obok gruźlicy, a może i innych chorób, kiła może być przyczyną sarkoidów typowych klinicznie i histologicznie. Sam Darier przyjmuje już dziś ten pogląd. Przypadek opisany świeżo przez autorów, jest nowym dowodem słuszności ich zapatrywania. U mężczyzny 46-letniego z typowym kilakiem wrzodziejącym na kości czołowej i licznemi kilakami w okolicy uszu, obojczyka i mostka oraz z typowym sarkoidem (klinicznie i histologicznie) w okolicy łopatki, z odczynem Wassermanna dodatnim, uzyskali autorowie zupełne wyleczenie tak kilaków, jakoteż sarkoidu, przez zastosowanie leczenia przeciwkiłowego. *Lenartowicz* (Kraków).

Stomatologja.

La Revue de Stomatologie.
Rocznik 23. Nr. 10. z 1921.

Duformentel-Darcissac M. **Leczenie chirurgiczne zwichnięcia nawykowego stawu żuchwowego.** U kobiety dwudziestodwuletniej, skarżącej się na znaczne utrudnienia żucia z powodu nadmiernej ruchomości żuchwy, stwierdzono przy operacji, że przy pewnym stopniu rozwarcia ust kłykieć *(condylus)* pokryty łąkotką (*meniscus*) wychodził zupełnie z wydrążenia stawowego (*cavitas glenoidalis*), poza guzek stawowy, że torebka stawowa była bardzo wiotka i że wydrążenie stawowe było płytkie, a wypukłość kłykcia skroniowego bardzo słabo zaznaczona. Obustronnie wyjęto więc łąkotkę, wycięto klin ze ściany torebki stawowej i zaszyto, uzyskując tym zabiegiem doskonały wynik leczniczy.

Coustaing-Crocquefer. **Torbiel przyzębowa żuchwy znacznych rozmiarów.** U mężczyzny dwudziestodwuletniego rozwinęła się w przeciągu pięciu lat torbiel w związku z pozostawieniem odłamanych korzeni przy wyjęciu drugiego dolnego lewego trzonowca. Torbiel operowano w typowy sposób. badanie histologiczne wykazało znaczne bujanie komórek nabłonkowych ściany wewnętrznej, miejscami podobne do przybłoniaka (*epithelioma*).

Huguier-Réal. **Odrost okostnowy pierwszego członka kciuka usuniętego z powodu martwicy. Zasostowanie przyrządu ustalającego wewnątrz pochewki okostnowej.** Opis współpracy dentysty z chirurgiem w przypadku obumarcia pierwszego członka kciuka po zakażeniu, usuniętego operacyjnie i zastąpionego aparacikiem złożonym z dwu złotych rurek teleskopowych rozsuwanych celem zapobieżenia skróceniu pierścionkiem gumowym, dookoła których nastąpił odrost kostny. Po osiemnastu dniach aparat usunięto, a radjogramy wykonane 22, 33, 51 i 94 dni po operacji wykazały zupełne odrodzenie członka, choć nieco krótszego, niż pierwotny. W pięć miesięcy po operacji skrócenie wynosiło jeden cm.

Lhirondel. **Scianka przednia z krzemianu w przypadku ciemnego zabarwienia i językowego ustawienia siekacza średniego.** Gdy próby wybielenia perhydrolem siekacza średniego górnego, okazującego ciemne zabarwienie nie dały rezultatu, zeszlifował autor całą ścianę wargową i wypełnił cementem krzemianowym, poprawiając temsamem wygląd zęba, ustawionego w całości podniebiennie w stosunku do sąsiednich.

Seigneugin. **Dwa przypadki ropowic żuchwowych pochodzenia zębowego.** Kierunek, w którym ropowice podszczękowe rozszerzają się z miejsca przebicia kości zależy od zęba powodującego je odpowiednio do stosunków anatomicznych. Na przekrojach poprzecznych trzonu żuchwy rozróżniamy pokryty dziąsłem przylegającem szczelnie do kości górny odcinek tudzież, pokryty innemi częściami miękkiemi, dolny, przedzielony po stronie wewnętrznej na dwa piętra poziome mięśniem żuchwowo-gnykowym. Zależnie od zmiennego ugrupowania części miękkich tudzież różnej grubości kości w okolicy poszczególnych zębów, będą ropowice rozmaicie się rozwijały. W okolicy dwuguzkowców najczęstsze są ropowice dziąsłowe, mogą się też zdarzać, choć rzadziej, nadżuchwowo-gnykowe tudzież zewnętrzne szczękowo-policzkowe; w okolicy pierwszego trzonowca częstość różnych typów ropowic będzie jednakowa, w okolicy drugiego trzonowca ropowice zewnętrzne będą rzadkie, dziąsłowe częstsze a najczęstsze wewnętrzne nadżuchwowo-gnykowe i podszczękowe, wreszcie w okolicy zębów mądrości rzadko zdarzą się ropowice dziąsłowe, wewnętrzne będą częstsze od zewnętrznych, a podszczękowe częstsze od nadżuchwowo-gnykowych.

A. Black. **Zapobieganie przewlekłym zakażeniom ustnym** Siedemdziesiąt osiem na sto osobników powyżej lat dwudziestu okazuje zniszczenia ropne kości szczękowych w okolicy więzadła okrężnego lub wierzchołka. Zagrażają one zdrowiu i dlatego należy im zapobiegać i je leczyć. Na 6000 radjogramów ustnych u 600 osób wyżej lat dwudziestu (przeciętny wiek trzydzieści pięć lat) znaleziono w 55% pola ubytkowe kości w okolicy wierzchołka przeciętny 1·4 na osobę. W tej samej grupie 53% okazywało ubytki kostne wzdłuż korzeni w przeciętnej ilości 5 na osobę. Przewlekły ropień zębodołowy i kieszonki ropotoczne wzdłuż korzeni są groźniejszemi dla zdrowia, niż n. p. łagodna postać gruźlicy, mogąca się sama wygoić. Dziąsło zdrowe posiada znaczną odporność na zakażenie; traci ją jednak w razie miejscowych uszkodzeń lub osłabienia stanu ogólnego. Zakażenie posuwa się naczyniami limfatycznemi wgłąb aż do wierzchołka, włókna ozębnej rozluźniają się, tworzą się kieszonki i następuje zniszczenie kości. Badania bakterjologiczne przewlekłych ropni zębodołowych wykazały zwykle obecność paciorkowca *streptococcus viridans* i *hemolyticus*; zmiany histologiczne są podobne do zmian towarzyszących powstawaniu kieszonek. Cement jest tkanką bierną; nie mając krążenia nie może się rozkładać i wydzielać sam, jak kość obumarła, lecz pozostaje źródłem stałego podrażnienia tkanki otaczającej i tem tłumaczy się przewlekłość tych spraw. W leczeniu zapobiegawczem należy uwzględnić przyczynę: zapalenie dziąseł daje początek kieszonkom, należy więc je zwalczać; 95% osób dorosłych okazuje mniej lub więcej rozległe obszary zapalenia dziąseł, z których połowa jest skutkiem złogów kamienia. Leczenie zapaleń dziąsła jest równie ważne, jak leczenie próchnicy. Najczęstszym ich powodem są resztki pokarmowe zaklinowane między zębami z powodu wadliwych punktów stycznych, złe wypełnienia, nieprzylegające korony. Zachowanie miazgi w dobrym stanie jest najlepszym środkiem zapobiegającym ropniom zębodołowym. Podstawą racjonalnego leczenia będzie dokładne spostrzeganie obejmujące: 1) rozpoznanie, 2) rejestrowanie leczenia, 3) obowiązkowe badanie radjograficzne zawartości przewodu korzeniowego w każdym przypadku, 4) stan następowy po upływie roku i więcej. Przy leczeniu należy bezwarunkowo przestrzegać postępowania bezgnilnego, dbać o nienaruszoność tkanki okołowierzchołkowej, używać środków nieszkodliwych dla tkanek miękkich i wypełniać przewody należycie przygotowane materjałem bez zarzutu.

Rocznik 23. Nr. 11. i 12. 1921.

H. Rodier. **Późne skutki upadku na siekacz górny, którego korzeń został zwichnięty i złamany 42 lat przed wyjęciem.** Opis przypadku śródzębołowego złamania siekacza, który wyjęty po upływie czterdziestu dwóch lat wykazał nowo wytworzony mostek kostninowy, łączący odłamany szczyt korzenia z resztą zęba. Ta samonaprawa stała się możliwą jedynie dzięki temu, iż miazga zębowa otoczona tkankami, nie pozostając pod działaniem szkodliwych wpływów świata zewnętrznego, utrzymała przez długi czas (kilka lat) swą żywotność i uległa zrazu przerostowi a następnie zwapnieniu, wytworzywszy obfitą tkankę zębinową.

P. Fargin-Fayolle. **O wchłanianiu korzeni zębów mlecznych.** Spostrzeżenie, dotyczące rodzeństwa, brata ośmnasto- i siostry siedmnastoletniej z zupełnym (radjograficznie stwierdzonym) brakiem niektórych dwuguzkowców. Mimo tego braku wessanie korzeni odpowiednich zębów mlecznych odbyło się prawidłowo i zęby te wypadły, co dowodzi, iż sprawa wessania korzeni zębów mlecznych jest samoistna i nie zależy od ucisku napierającego zęba stałego, przyczem wessanie to odbywa się równomiernie, zarówno od wewnątrz, od strony przewodu korzeniowego, jak i od zewnątrz, od strony zębodołu.

A. Bloch. **Niedokształcenie »Capdeponta«.** U sześciu członków jednej rodziny spostrzegał autor opisane po raz pierwszy przez Capdeponta w roku 1905 zboczenie twórczości tkanek zębowych, dotyczące zarówno uzębienia stałego, jak i mlecznego, a polegające na ubytkach części zgryzowych koron w rozmaitym stopniu, poczynając od braku pojedyńczych guzków aż do zupełnego zaniku koron i zrównania ich z poziomem dziąsła. Przy tem mają zęby barwę »cukru jęczmiennego« i są niewrażliwe na zmiany ciepłoty i na kwasy. Przy tem powierzchnia „trąca“ (już nie „tnąca“) siekaczy ma kształt wypukły a nie wklęsły, jak przy innych ubytkach. Ogólny stan zdrowia i odżywienia jest przytem dobry.

Cavina. **Wpływ zębów na przebieg kliniczny złamań szczęk.** Spóźniony nieco przyczynek do traumatologji szczęk oparty na licznych spostrzeżeniach obrażeń szczękowych podczas wojny światowej. Zrostowi odłamków kostnych przeszkadzać, i tem samem sprzyjać powstawaniu stawów wrzekomych i przetok kostnych, mogą zęby i korzenie, bądźto wklinowane bezpośrednio między odłamkami lub też znajdujące się w najbliższem sąsiedztwie złamania, a których miazga obumarła wskutek urazu powoduje cały szereg spraw zapalnych ozębnej, okostnej i kości. Dlatego nie należy kierować się zbytnią zachowawczością: zęby, nadające się do leczenia, odpowiednio zaopatrzyć i użyć ich jako filarów do przyrządów ustalających, inne zaś bezwzględnie usunąć. W każdym przypadku złamania szczęki oddaje doskonałe usługi rozpoznawcze radjografja i badanie żywotności zębów prądem faradycznym.

G. Izard. **Etnografja dentystyczna.** Krótki szkic wierzeń i zabobonów związanych z obecnością zębów u noworodków, tudzież z wypadaniem zębów mlecznych i wykluwaniem się zębów stałych u ludów europejskich i egzotycznych. Dowiadujemy się zeń np., iż zwyczaj dzieci małopolskich rzucania zębów mlecznych wypadłych w ogień z formułką: „Myszko myszko! masz tu ząb kościany, daj mi żelazny“ spotyka się również w Armenji, i Angji, jak również u dzikich szczepów w Ameryce, Oceanji i Afryce.

L. Rousseau-Decelle. **Zwapnienie miazgi w związku z zupełnem złamaniem zęba.** U trzydziestoletniego mężczyzny, który doznał na wojnie podwójnego złamania szczęki dolnej, stwierdzono w wyjętym z powodu znacznego ochwiania, spowodowanego złamaniem, drugim dwuguzkowcu dolnym zupełne zwapnienie miazgi, wypełniającej w kształcie spoistego ćwieka kostnego cały przewód i łączącej w ten sposób obie części złamanego zęba.

A. Bozo. **Francuska szkoła stomatologiczna.** Przemówienie na zakończenie roku szkolnego we francuskiej szkole stomatologicznej, zawierające plan nauki i wytyczne kształcenia młodych lekarzy w stomatologji.

V. Xernieuwe. **Rzekome zapalenie zatoki szczękowej osesków.** Zapalenie ropne zatoki szczękowej nie może zdarzać się u osesków, gdyż w tym wczesnym okresie niema jeszcze właściwej zatoki, zaznaczonej tylko jako mała szpara wypełniona śluzem. Natomiast zdarza się zapalenie kości szczęki górnej, mogące mieć powód w następujących źródłach zakażenia: 1) w jamie ustnej, a zwłaszcza w zębodole, szczególnie wskutek urazów porodowych przy położeniach twarzowych, wskutek zakażenia gonokokowego lub też z powodu infekcji przeniesionej mlekiem, 2) w oczodole wraz z przewodem nosołzowym wskutek zapalenia gałki ocznej lub zakażenia niedrożnego jeszcze zupełnie przewodu łzowego, 3) w jamie nosowej, lecz najrzadziej, wskutek stosunków anatomicznych, odmiennych w tym czasie od stosunków u dorosłego.

Howe P. R. **Witaminy a zęby** (ref. z The Jorn. of Dent. Res. 3. 1921). Powtarzając doświadczenia Millera karmił autor trzydzieści świnek morskich przez rok wielkiemi ilościami węglowodanów, przyczem, mimo iż resztki pokarmów przylegały do zębów i odczyn śliny był kwaśny, ani ślad próchnicy nie pokazał się. Natomiast, żywiąc zwierzęta pokarmami pozbawionemi trzech zasadniczych postaci witamin, udało mu się w przeciągu kilku miesięcy wywołać choroby dziąseł i zębów. By nie dopuścić do śmierci zwierząt, podawano im nieco soku cytrynowego. Zmiany chorobowe występowały pod postacią zaniku zębodołów, podobnego do zaniku starczego, tudzież ropocieku zębodołowego i obrzęku dziąseł. Zęby, zwłaszcza u zwierząt młodych, okazywały odwapnienie tak znaczne, iż zgłębnikiem można było przeniknąć w głąb zębiny i powstawały ubytki zupełnie podobne do próchniczych. U jednego zwierzęcia wypadły zęby dolne i górne siekacze, a żuchwa uległa odwapnieniu aż do okolicy zębów trzonowych. Pod wpływem podawania soku cytryno-

wego w znaczniejszej ilości stan zwierzęcia poprawił się i zęby, znacznie ochwiałe, częściowo się wzmocniły. Pasy odwapnienia dały się też zauważyć w innych częściach szczęk i na czaszce.

Z badań tych wynika, iż dobór pokarmów ma ważny wpływ na stan uzębienia; djeta obfita w wapno i witaminy jest jednym z najważniejszych czynników zapobiegawczych próchnicy zębów.

J. Tellier. **Zakażenie ustne a posocznice niejasnego pochodzenia** (ref. z Progr. Méd. Nr. 16. 1921). Autor nawiązuje do opisanego przez Acharda i Gardina w la Médecine, Nr. 12 1920 przypadku ropnico-posocznicy paciorkowcowej u mężczyzny 25-letniego, u którego hodowle z krwi, wziętej za życia, wykazały paciorkowce, a ani badanie kliniczne ani sekcja nie zdołały ustalić wrót zakażenia. Tellier zwraca z naciskiem uwagę, na konieczność dokładnego badania jamy ustnej, która może być często przyczyną zakażenia. Zakażenie ustne (*septicité bucco-dentaire, oral sepsis* autorów angielskich i amerykańskich) może zjawiać się w rozmaitej postaci, jako ropne zapalenie dziąseł, zapalenie jamy ustnej zwykłe lub wrzodziejące, ropociek zębodołowy, powikłania próchnicy, zapalenie ozębnej ostre, przewlekłe, ropne, przetoki i inne. Wprawdzie A. i G. podają ogólnikowo, iż jama ustna nie wykazywała zmian, lecz „lekki obrzęk okolicy nadgnykowej“, podany w historji choroby, powinien był skłonić ich do przeprowadzenia badania w kierunku utajonego przewlekłego zapalenia ozębnej wierzchołkowej, względnie ropnia zębodołowego, na który, jako na czynnik etjologiczny pierwszorzędnego znaczenia, autorowie angielscy i amerykańscy w ostatnim dziesiątku lat zwrócili uwagę w niezliczonych pracach. Zmiany te są tem niebezpieczniejsze, iż często przebiegają bez objawów klinicznych, a tylko dokładne badanie radjograficzne i bakterjologiczne może je wykryć W przypadkach więc posocznicy niejasnego pochodzenia musi badanie, jeżeli ma być dokładnem, objąć też szczęki i zęby, zwłaszcza t. zw. zęby martwe, których wierzchołki mogą być siedzibą ukrytych ropni wierzchołkowych, przyczem doskonałe usługi odda radjografja.

Zeitschrift für Stomatologie.
Nr. 5. i 6.

Koneffke (Hamburg). **Stężenie jonów wodorowych w ślinie, jako czynnik etjologiczny próchnicy.** Autor obrał sobie za zadanie zbadać wpływ kwasoty śliny na próchnicę. Posługując się dla określania stężenia jonów wodorowych metodą indykatorową, a dla oznaczenia zawartości kwasu miareczkowaniem, autor starał się wykluczyć wszelkie źródła błędów, a mianowicie: kolor własny śliny, dodatek środków antyseptycznych, wpływ soli neutralnych, wreszcie wpływ białka i jego produktów rozpadu. Badania autora obejmowały kobiety niepalące tytoniu, tudzież mężczyzn palących i pijących (umiarkowanie). Przypadki segregował, nazywając jamą ustną »wolną od próchnicy (próchnico-odporną)« taką jamę ustną, w której zęby nie wykazywały żadnych zmian, nawet i wyrównanych, »próchnicą nieznaczną«, taką, gdzie zajętych było 4—6 zębów, »próchnicą rozległą«, taką, gdzie zajętych było więcej zębów. Osób badanych było 54 tj. po 6 badań śliny u 9 następujących kategoryj:

1. jama ustna wolna od próchnicy kobiet niepalących;
2. jama ustna wolna od próchnicy mężczyzn palących i pijących;
3. jama ustna pielęgnowana z małą próchnicą kobiet niepalących;
4. jama ustna pielęgnowana z małą próchnicą mężczyzn palących i pijących;
5. jama ustna pielęgnowana z rozległą próchnicą kobiet niepalących;
6. jama ustna pielęgnowana z rozległą próchnicą mężczyzn palących i pijących;
7. jama ustna niepielęgnowana z rozległą próchnicą kobiet niepalących;
8. jama ustna niepielęgnowana z rozległą próchnicą mężczyzn pijących i palących;
9. jama ustna od więcej niż 15 lat bezzębna starych kobiet.

Przytem badano: długość czasu potrzebną do otrzymania 40 cm^3 śliny zbieranej do kolbek, wygląd śliny, ciężar gatunkowy, reakcję na lakmus, fenolftaleinę, metyloranż, lakmus, paranitrofenol i czerwień neutralną; miareczkowano rozczynem sody żrącej. We wszystkich przypadkach okazywała ślina stałą kwasotę, czasem oddziaływała obojętnie, nigdy nie była alkaliczna. Próchnicoodporność okazała się przy ślinotoku normalnym i przy średniej wartości stężenia jonów wodorowych. Zmiana tego wykładnika w górę lub w dół, łącznie z obfitszym lub skąpszym ślinotokiem, łączyła się z próchnicą.

Nr. 11. 1920.

Kranz. **Przyczynek do etjologji anomalij zębów, ustawienia ich i szczęk.** Podczas gdy niektórzy autorzy uważają krzywicę za zasadniczy czynnik etjologiczny zarówno niedorozwoju szkliwa, jak i anomalji szczęk i ustawienia, to inni uważają rozmaite inne przyczyny również za przyczynę tych zmian. Z biegiem czasu wybiły się dwie teorje: krzywicy i kiły, podczas gdy od blisko dziesięciu lat zaznacza się związek przyczynowy z zaburzeniem funkcji gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Autor stara się udowodnić na podstawie statystyki, obrazu histologicznego i doświadczenia na zwierzęciu, że czynnikiem decydującym przy powstawaniu niedokształceń szkliwa, jak również anomalij szczęk i ustawienia jest zaburzenie przemiany wapniowej. Osobne miejsce zajmują w literaturze o niedokształceniach szkliwa nieprawidłowości zębów przy kile wrodzonej, tak zwane zęby Hutchinsonowskie. Autor otrzymał w poszukiwaniu krętków bladych w zawiązkach zębów wyniki ujemne, natomiast znajdował znaczne zmiany histologiczne, mianowicie rozluźnienie szkliwa i szczeliny pomiędzy pojedyńczymi pryzmatami; również znalazł niezwapniałe miejsca w zębinie, szczególnie zaznaczone na szczycie zawiązka zębinowego. Te zmiany patologiczne znajdował autor tylko u tych płodów z kiłą dziedziczną, u których znajdowały się równocześnie zwyrodnienia w grasicy i tarczycy, jak również nienormalny proces zwapnienia, natomiast tam, gdzie tych zmian w gruczołach nie było, brakło też zmian w zębach. Autor jest (w przeciwieństwie do Fleischmana) zwolennikiem związku między krzywicą, drgawkami i niedokształceniami; nie uznaje on ścisłej różnicy między anomaljami krzywiczemi a tężyczkowemi. Autor zwraca uwagę na okoliczność, na którą dotychczas mało zważano, mianowicie, że niedokształcenia szkliwa, jak również anomalje szczęk i ustawienia, często idą ze sobą w parze; przyczyny ich należy szukać w zaburzeniu czynnościowem gruczołu tarczowego.

Wien. klin. Wochenschrift.
Nr. 31 1921.

Hauer. **Próby zastosowania rozczynu jodowego Pregla w dentystyce.** Na podstawie kilkumiesięcznego spostrzegania zdaje autor sprawę ze stosowania rozczynu jodowego Pregla przy wszczepianiach i maksyllotomiach, tudzież przy leczeniu przetok. Przy przestrzykiwaniu przetok płynem Pregla ukazywał się podobnie, jak przy użyciu kamfenolu, zanik tkanki ziarninowej i wygojenie bliznowate. Wstrzyknięcie płynu Pregla pomiędzy szwy rany po maksyllotomiach świeżo zamkniętej przyśpieszyło znacznie wygojenie, a rany kostne gojące się przez ziarninę pokrywały się szybko nabłonkiem. Przy podrażnieniu okostnej używa autor z powodzeniem wstrzykiwań podśluzowych nierozcieńczonego płynu Pregla w ilości 0·5 do 2·0 cm.^{3}, starając się przytem dojść jak najbliżej do ogniska chorobowego. Również w przypadkach ropotoku dziąsłowego były dobre wyniki. W przypadku *angina Ludovici* przyniosło codzienne dwukrotne przestrzykanie płynem Pregla i ciepłym rozczynem fizjologicznym soli szybkie wygojenie. Również po transplantacjach otrzymał autor przy stosowaniu płynu Pregla dobre wyniki.

Allerhand (Lwów).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy Nr. 3. Wł. Poraj-Biernacki: Najnowsze metody biologiczne rozpoznawania kiły. — Walkier: Przyczynek do badań nad grypą. — T. Budzyński: Spostrzeżenia kliniczne nad epidemją grypy hiszpańskiej. — A. Kończacki: Kilka uwag o zachowaniu się lekarzy wojskowych na polu bitwy. — Z. Szymanowski: O potrzebie policji sanitarnej w wojsku.

Zdrowie Nr. 1. S. Dzierzgowski: W sprawie zaopatrywania osiedli w wodę. — Nr. 2. P. Drzewiecki: Rozpaczliwy stan sprawy mieszkaniowej i środki jej poprawy. — Ch. Phyllips: Propaganda hygjeny dziecka w Polsce. — Z. Gembarzewski: Filtry amerykańskie i wodociągi m. st. Warszawy.

Przegląd Dermatologiczny Nr. 3. 1921 r. W. Kopytowski: Przyczynek do zmian anatomo-patologicznych w zdrowej skórze przy działaniu na nią dziegciu z węgla kamiennego. — R. Bernhardt: Ziarninowatość limfatyczna skóry.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in Monatscheften 1922. Marzec. (Monachium, S. F. Lehmann). Cena 7·50 mk. niem Treść: 1) Prof. Naegeli: O blednicy i o stosowaniu dużych dawek żelaza w niedokrwistościach. 2) Prof. Bergmann: Nowsze poglądy co do kamicy żółciowej. 3) Prof. Frank: Nowoczesny rozwój leczenia cukrzycy.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

I. Posiedzenie administracyjne z dnia 4 stycznia 1922.

Kol. Wojciechowski, dziękując za zaszczytny wybór na przewodniczącego, uprasza wszystkich kolegów o życzliwe współdziałanie. Kol. Ciechanowski imieniem Zarządu wnosi, aby kol. Rosnerowi, w dowód uznania za pracę w Towarzystwie lekarskiem, które pod jego dwuletniem kierownictwem stanęło na bardzo wysokim poziomie, nadać tytuł Członka honorowego, a równocześnie wnosi kol. Wojciechowski, aby i kol. St. Ciechanowskiemu, w uznaniu jego długoletniej pełnej poświęcenia pracy, nadać tęsamą najwyższą godność, jaką Towarzystwo rozporządza. Następnie sekretarz stały kol. Zubrzycki, skarbnik kol. Ackermann, bibliotekarz kol Blassberg, kol. Piotrowski i kol. Leńkowski zdają sprawę z czynności Zarządu na rok 1921.

a. Sprawozdanie sekretarza stałego. Ruch naukowy i towarzyski w Krakowskiem Towarzystwie lekarskiem był nie mniej ożywiony, jak w roku ubiegłym. Posiedzeń naukowych odbyło się w roku 1921 37 i jedno posiedzenie wyborcze, razem posiedzeń 38. Srednia liczba uczestników wynosiła około studziesięciu. Na posiedzeniach wygłoszono 30 odczytów, przedstawiono 126 przypadków. Przemawiało w dyskusji 132 kolegów. Z 30 odczytów było z zakresu: historji medycyny 2, anatomji porównawnawczej 2, higjeny bakterjologji i epidemjologji 3, chorób wewnętrznych 5, chorób dzieci 1, okulistyki 5, neurologji i psychjatrji 4, dermatologji 1, medycyny sądowej 2, weterynarji 1, spraw społeczno-lekarskich 4. Z przypadków przedstawionych przypada na dentystykę 1, embrjologję 1, higjenę i bakterjologję 3, medycynę sądową 6, radjologję 6, chirurgję 7, okulistykę 9, anatomję patologiczną 10, choroby wewnętrzne 17, neurologję i psychjatrję 20, dermatologję 20, choroby kobiece i położnictwo 28.

Zabierali głos w Towarzystwie, bądźto wygłaszając odczyty, bądźteż przemawiając w dyskusji nie tylko członkowie Towarzystwa, ale i liczni goście, jak prof. Gluziński i Loth z Warszawy, prof. Marchlewski z Krakowa, Dr. Wernic z Warszawy, i inni.

Trudności wydawnicze, wynikłe z powodu stosunków drożyźnianych, spowodowały, że dwa czasopisma polskie lekarskie a mianowicie: „Przegląd lekarski" i „Lwowski Tygodnik Lekarski" złączyły się w jedno czasopismo „Polskie Czasopismo Lekarskie". Po długich pertraktacjach przystąpiła do tego związku i „Gazeta Lekarska", a następstwem tego jest to, że 1/I 1922 wychodzić będzie złączone czasopismo pod tytułem „Polska Gazeta Lekarska".

Poza posiedzeniami naukowemi odbywały się w Towarzystwie lekarskiem zebrania towarzyskie, na których bądźto członkowie Towarzystwa, bądźteż zaproszeni goście wygłaszali odczyty. Zebrań tych było 8. Treść zaś odczytów i prelegenci następujący; Jaworski: O bolszewiźmie, Seńkowski: Nowe poglądy na budowę wszechświata, Reinhold: O tak zwanej poczytalności. Wachholz: Tłómaczenie Fausta, Pietrzycki: Spostrzeżenia nad znaczeniem zjawisk fizycznych w przyrodzie, Kott: Narodziny współczesnej moralności, Kutrzeba: Prawo Polski do Polski, Talko-Hryncewicz: O olbrzymach i karłach Na zebrania te uczęszczali bardzo licznie nie tylko członkowie Towarzystwa, ale i liczni goście, których zajmujące tematy i serdeczny towarzyski nastrój sprowadzał w mury Towarzystwa. Nadmienić muszę, że do ożywienia ruchu towarzyskiego przyczyniło się w wysokim stopniu zaprowadzenie ciepłego bufetu w czasie posiedzeń w Towarzystwie.

Ruch członków w Towarzystwie przedstawił się następująco: przyjęto nowych członków 44, zmarło 4, wystąpiło 27, zamianowano jednego członka honorowego. Obecnie liczy Towarzystwo członków 292. Celem umożliwienia korzystania z odczytów i kolegom z prowincji postanowił Zarząd ogłaszać tytuły odczytów w większych miastach prowincjonalnych, oraz postarał się o cztery łóżka, pomieszczone w gmachu Towarzystwa, gdzieby koledzy przejezdni przenocować mogli, w raźie niemożności powrotu. Łóżka te uzyskał Zarząd od amerykańskiego Towarzystwa Y. M. C. A. i od Czerw. krzyża polskiego. Że Towarzystwo poza sprawami naukowemi zajmowało się i innemi zagadnieniami życia społecznego znajdujemy dowody w szczegółowych protokołach posiedzeń, z których dowiadujemy się, że poruszano w Towarzystwie sprawę walki z chorobami wenerycznemi, sprawę złego funkcjonowania wodociągów miasta Krakowa i sprawę zwinięcia Ministerstwa zdrowia. Wspomnieć należy, że członkowie Towarzystwa ufundowali jedną cegiełkę na odnowienie Wawelu, oraz zebrali pewną kwotę na plebiscyt górnośląski, wreszcie, że Towarzystwo ufundowało jedną cegiełkę na budowę domu medyków w Krakowie.

We wrześniu ub. r. gościło Towarzystwo w swoich murach licznych uczestników zjazdu Towarzystwa francusko-polskiego, których przyjęciem zajął się komitet wybrany z łona Towarzystwa. Goście francuscy w liczbie około 100 wzięli udział w śniadaniu oraz raucie w Tow. lekarskiem. Na obu obecni byli liczni przedstawiciele świata naukowego, władz cywilnych i wojskowych.

Nadmieniam wreszcie, że ustępujący Zarząd, mając na względzie dalszy rozwój Towarzystwa, poczynił pierwsze kroki celem rozszerzenia gmachu Tow. lekarskiego i dobudowy II piętra. Myśl tę przekazuje ustępujący Zarząd nowemu wraz ze szczerem „Szczęść Boże" w dalszej pracy.

b. Sprawozdanie bibljotekarza. W roku 1921 dokończono przenoszenia części bibljoteki do parterowego lokalu, uzyskanego od Izby lekarskiej. W ciągu tego roku w znacznym stopniu posunęło się naprzód uzupełnianie zaległości wojennych. Zainwentaryzowano 70 wydawnictw perjodycznych i 51 dzieł, tak, że w dniu 31. XII. 1921 było w Bibljotece zainwentaryzowanych i skatalogowanych razem 12.221 dzieł i 763 wydawnictw perjodycznych. W ciągu tego roku wypożyczono z Bibljoteki książek lub pism 69, zwrócono 54, pozostało zaległych 15. Nadto z lat ubiegłych nie wpłynęło jeszcze dotąd 97 książek lub czasopism wypożyczonych. Liczba członków koszystających z bibjoteki wynosiła 24. Jak corocznie tak i w r. 1921 najbardziej otaczał Bibjotekę swą opieką prof. Ciechanowski, który nadsyłał stale liczne czasopisma i książki. Oprócz tego wpłynęły znaczniejsze dary w książkach od pp. Drowej Mączkowej i Drów Pisarskiego i Weinsberga z Krakowa, od Akademji nauk lekarskich i Dra Serkowskiego z Warszawy, od Francuskiego Ministerstwa wojny z Paryża, od Dra Guermonprez z Lille oraz od Amerykańskiego Towarzystwa Smithsona W kasie podręcznej bibljotecznej pozostałość z 1920 roku wynosiła 442 marek; ze sprzedaży dubletów bibljotecznych uzyskano marek 1045, tak, że pozostaość kasowa na rok 1922 wynosi 1487 marek.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 10 lutego 1922 r.

Przewodniczy: kol. Franke. Obecnych 78.

1. Kol. Sochański przedstawia dwa przypadki **akromegalji**, leczone w klinice lekarskiej naświetlaniem przysadki mózgowej promieniami Roentgena; zestawia objawy właściwe temu cierpieniu, rozpoznanie różniczkowe i metody leczenia, włącznie z Roentgenem.

W dyskusji kol. Vrabetz opisuje przypadek Straussa, w którym przy naświetlaniu przysadki w odstępach 4 tygodniowych objawy podmiotowe poprawiły się po kilku dniach, a następnie i bystrość wzroku została odzyskaną.

2. Kol. Meisels przedstawia przypadek **wrodzonego wysokiego stanu przepony** po stronie lewej. Chory zgłosił się do kliniki, skarżąc się na kłócie i ból w klatce piersiowej po stronie lewej i dolegliwości przy połykaniu. Przy badaniu fizykalnem przedstawiają się te przypadki często jako schorzenia płuc lub serca. Przedstawiony przypadek był też leczony na innym oddziale jako zapalenie opłucnej i dopiero badanie rentgenowskie wykazało jako przyczynę dolegliwości wysoki stan przepony po stronie lewej. Mowca omawia rozpoznanie różniczkowe pomiędzy wysokim stanem przepony a przepukliną przeponową, która czasami daje przy badaniu rentgenowskiem identyczny obraz. Najważniejszą różnicę między temi oboma schorzeniami stanowi wygląd łukowatej linji, oddzielającej jamę brzuszną od jamy piersiowej. W przypadkach wysokiego stanu przepony, gdzie linja ta odpowiada przeponie, stanowi ona tylko jeden równomierny gładki łuk; w przypadkach zaś przepukliny przeponowej linja ta jest utworzoną przez dwa krzyżujące się łuki, z których przyśrodkowy odpowiada żołądkowi, boczny zgięciu śledzionowemu kiszki grubej. W przypadkach wysokiego stanu przepony żołądek ulega często przemieszczeniu ku górze i zniekształceniu wskutek obrotu naokoło osi strzałkowej i pionowej. Żołądek przybiera kształt worka

zawieszonego w środku, którego oba końce zwisają ku dołowi. To zniekształcenie i przemieszczenie żołądka pociąga za sobą zagięcie i skręcenie naczyń, co usposabia do powstawania wrzodu, którego istnienie i w naszym przypadku należy przyjąć. Przemawiają za tem: wysoka kwasota treści żołądkowej i dodatnia próba benzydynowa w stolcu. Wskutek przemieszczenia żołądka zagina się przełyk w swej części podprzeponowej łukowato ku górze, co powoduje utrudnienie przechodzenia pokarmów i dolegliwości przy połykaniu.

W dyskusji kol. Schramm, Rencki, Franke i prelegent omawiali niejasność pojęcia *eventratio* dla opisanego przypadku, podnosząc niesłuszne przyjęcie tej nazwy przez autorów niemieckich.

3. Kol. Leszczyński przedstawia przypadek **naevus anaemicus Vörner** u kobiety, dotkniętej równocześnie kiłą. Na skórze dolnej części brzucha po stronie prawej zwracają uwagę nagromadzenia barwika w plamach wielkości grochu z lekko zaznaczonym zanikiem skóry. Są to pozostałości po guzkach kiłowych, już wessanych. Przy bliższem oglądaniu widzimy, że podłoże i otoczenie tych zmian również nie jest prawidłowe. Najwyraźniej widać to na obwodzie. Są tam plamki jaśniejsze, podobne do leukodermy, mniej do powierzchownych blizenek. Skóra zupełnie prawidłowa, o rysunku niezmienionym lub silniejszym, a różnica barwy od otoczenia pochodzi jedynie od mniejszej zawartości krwi w tych częściach skóry. Plamki te występują w ugrupowaniu podobnem, jak znamiona barwikowe, najmniejsze wielkości główki od szpilki, większe wielkości soczewicy i grochu, i nad powierzchnię skóry nie są wyniosłe. Przy bocznem jednak oświetleniu robią niektóre wrażenie, jakby były wyniosłe na grubość papieru. Całość roztacza się na przestrzeni większej niż dłoń. Zmiana ta opisana została przez Vörnera w r. 1906. Ilość ogłoszonych dotychczas przypadków jest około 15. Sprawa wrodzona klinicznie cechuje się rzeczywistem niedokrwieniem ograniczonem. Przy podrażnieniu mechanicznem, cieplnem, elektrycznem jest odczyn t. zn zaczerwienienie słabsze niż skóry prawidłowej otaczającej. Jako przyczynę uważał Vörner pierwotnie brak tętniczek, znalazłszy w jednym przypadku tylko naczynia włosowate. Przypuszczenie, że naczynia są prawidłowe, ale mniej gęsto rozmieszczone, okazało się również niesłusznem. W ostatniej publikacji twierdzi Vörner, że cała sprawa polega na stałym tonus nerwów zwężających naczynia, a to na tle wrodzonego braku czy niedostatecznego działania nerwów rozszerzających naczynia. (A. R.)

W dyskusji kol. Łukasiewicz podnosi, że miejsca niedokrwiste robią nań wrażenie blizn, czego jednak wobec braku lupy i z powodu sztucznego oświetlenia nie może stwierdzić.

4. Kol. Węgłowski przedstawia chorego, któremu przed 6-ciu tygodniami **przeszczepił żyłę odpiszczelową podskórną** (*v. saph. magna*) do tętnicy udowej z powodu tętniaka urazowego, powstałego po zranieniu przed dwoma laty. Tętniak spowodował obrzęk lewej kończyny, owrzodzenia skóry, bóle i niemożność używania kończyny. Po oddzieleniu tętniaka wytworzył się w tętnicy ubytek 18 cm. długości, w który wszczepiono odcinek żyły odpiszczelowej. Operacja dała wynik bardzo dobry. Wrzody zagoiły się samoistnie, bóle znikły, chory dobrze chodzi, a nawet biega. W miejscu przeszczepienia wyczuwa się dobrze tętniącą żyłę i dobrze wyczuwalne jest tętno w tętnicy grzbietowej stopy. Mówca zaznacza, że pomimo trudności technicznych, operacja ta daje dobre wyniki przy ubytkach w tętnicach ponad 5 cm. Szew okrężny z dobrym wynikiem może być stosowany tylko przy mniejszych ubytkach, gdzie końce tętnicy dają się dobrze zeszyć, bez napięcia szwów. Przeszczepianie naczyń zupełnie niesłusznie zaniechane zostało przez chirurgów niemieckich. Przedstawiony przypadek jest 54-tym przypadkiem prelegenta. W. stracił tylko dwu chorych na początku wojny w r. 1914. a u jednego chorego w r. 1920 wystąpiła zgorzel stopy. U pozostałych 51 chorych wynik był dodatni.

5. Kol. Parnas wygłasza wykład **O równowadze kwasów i zasad w ustroju ze szczególnem uwzględnieniem krwi.**

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji Sekcja jarosławska.

Posiedzenie naukowe z dnia 9. grudnia 1921 w szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

1. Przewodniczący zawiadamia o przesłaniu życzeń Tow. lek. warszawskiemu z okazji jego 100 lecia.

2. Kol. Händel wygłasza wykład: **„Nowsze poglądy na odżywianie chorych w czasie gorączki i chorób zakaźnych".**

Dyskusję na wniosek kol. Meisselsa odłożono do następnego posiedzenia.

3. Kol. Puzon przedstawia chorych: a) **z łuszczką jagliceową i wrzodem rogówki**; b) **z wrzodem rogówki pełzającym**; c) **z wrzodem rogówki środkowym i ropniakiem** przedniej komórki oka, w których, prócz miejscowego, odpowiednio do istoty cierpienia, leczenia, stosowano śródmięśniowe wstrzykiwania mleka (Müller). Wstrzykiwania mleka stosuje się w szpitalu w schorzeniach oka i różnych ostrych, podostrych i przewlekłych zakażeniach, od kilku lat; d) **2 chorych z ciężkiemi postaciami zimnicy**: W pierwszym przypadku u m. 25-letniego stosowano przedtem znaczne dawki chininy i neosalwarsanu. Sześciotygodniowe leczenie chininą (5 razy dnia po 0,20) i śródżylne wstrzykiwania po 0,30 dało polepszenie. Na zabieg operacyjny chory nie chciał się zgodzić. W drugim przypadku u m. l. 28. cierpiącego na zimnicę, stwierdzono bardzo gwałtowne bóle w kościach podudzia prawego ze zmianami na skórze, wynaczynionki na skórze i zakrzep żył; po wykluczeniu tła innego prelegent odnosi zmianę do zakażenia zimniczego. Wobec braku korzystnego wyniku leczenia wewnętrznego i trwania gwałtownych bólów, przystąpiono do odjęcia uda prawego (Gritti).

4. kol. Fechter przedstawia: a) mężczyznę l. 48 operowanego **z powodu niedrożności mechanicznej jelit**, z przeszkodą w jelicie cienkiem: po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono u chorego skręcenie jelit cienkich około swej osi. wobec nadmiernego wzdęcia jelit nacięto ściany jelita celem wypuszczenia treści, co dopiero umożliwiło odprowadzenie jelit do jamy brzusznej. Wyleczenie; b) mężczyznę lat 50, u którego przed operacją rozpoznano **mechaniczną niedrożność jelit** z przeszkodą w jelicie cienkiem, a otwarcie jamy brzusznej wykazało przepuklinę dwunastniczojelitową (*hernia interna Treitz*) uwięzgniętą. Przy operacji uwolniono jelita cienkie, które w całości były we worku, i obszyto (*peritonisatio*) przecięte brzegi worka. Wyzdrowienie. Przypadki podobne należą do rzadkości nadzwyczajnych. Powyższy przypadek jest rzadkie się jedynym w piśmiennictwie polskiem; c) kobietę lat 54 z **wypadnięciem trzew** (*eventratio*) przez otwór w ścianach brusznych; blizna po doszczętnym zabiegu z powodu przepukliny pachwinowej prawostronnej), ograniczona zgorzel worka przepuklinowego, sięgającego do połowy uda; wypadnięcie sieci i objawy niedrożności wewnętrznej. Ponieważ wedle zapodania chorej uśpienie ogólne źle na nią działa, wykonano zabieg chirurgiczny w znieczuleniu lędźwiowem trcpacainą. Wycięcie worka przepuklinowego i wycięcie sieci i rozluźnienie zrostów między jelitami; wycięcie wyrostka robaczkowego i szew wielokrotny na jelita (*peritonisatio*). Zaszycie powłok brzusznych na głucho, wyleczenie.

5. Kol. Fechter przedstawia preparaty anatomo-patologiczne: a) **wyrostek robaczkowy**, operowany w w 50 **godzin po pierwszych objawach chorobowych** i zgorzel bez wysięku do jamy otrzewnej; sączek — zejście śmiertelne w 7 dniu, b) **wyrostek robaczkowy, operowany w 48 godzin po pierwszych objawach** chorobowych, zgorzel na przebiciu i wysięk w jamie brzusznej surowiczy, obok objawu Mc. Burneya, wybitny objaw Bursinga; krwiomocz z utrudnieniem przy oddawaniu tegoż, pierwotne zaszycie powłok brzusznych i wyleczenie; c) **wyrostek robaczkowy 18 ctm. długi**, w dolnej części grubszy z tworami kulistemi (uchyłki), krezka gruba i mięsiwa, tak iż trzeba było podwiązać ją kilkakrotnie; d) **kątnicę z przypadku z objawami przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego**, zwężeniem światła jelitowego; zrosty ze siecią i przydatkami macicy; wyrostek robaczkowy wgłębiony w kątnicę i wewnątrz owrzodziały (dziewczyna 23 letnia), wycięcie kątnicy; połączenie sztuczne jelit boczne (*entero-enteroanastomosis lateralis*) Kader-Radliński. Zaszycie powłok brzusznych pierwotne, wyzdrowienie; e) preparat **kątnicy, wstępnicy i poprzecznicy**, uzyskany przy zabiegu operacyjnym z powodu **skrętu jelit** ze zgorzelą. Przypadek dotyczył chorego lat 50, który zachorował na 24 godzin przed przybyciem do szpitala i przedstawiał obraz następujący: ciepłota 37·4°C, tętno 80, język suchy, brak stolca i wiatrów, bole w brzuchu ciągłe; brzuch silnie wzdęty, bolesny, płyn w jamie brzusznej. Operacja: odkręcenie i wycięcie jelit zgorzelą dotkniętych, zespolenie boczne jelita biodrowego z esicą, zeszycie powłok pierwotne. Zejście śmiertelne po 24 godzinach. Przy zabiegach operacyjnych w jamie brzusznej używa F. od dłuższego czasu znieczulenia czystym eterem; poprzednie podanie środka nasennego (morfina) i atropiny w celu zmniejszenia wydzielin ułatwia w znacznym stopniu narkozę. Do jamy brzusznej wlewa eter, wywołujący czynność fagocytozy i podnoszący odporność otrzewnej przeciw zakażeniom. Ranę w powłokach brzusznych zaszywa F. pierwotnie, nawet w razie wczesnych ropnych zapaleń. *Tadeusz Fechter*.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 stycznia 1922.

1. Kol. Kummant. Pokaz preparatu **połowy żołądka wyciętego w znieczuleniu miejscowem.** Chory Jan Gr. 59 lat od 1½ roku cierpi na żołądek. Dr. Klukow stwierdził rozstrzeń żołądka i zwężenie odźwiernika. Przy operacji okazało się, iż w odźwierniku był wrzód, robiący przy obmacywaniu wrażenie guza. Z powodu podejrzenia na raka wycięto pół żołądka. Na tylnej powierzchni wrzód drąży do trzustki; wycięto jego dno nożem i zeszyto brzegi trzustki: krwawienie ustało. Połączono jelito czcze z resztką żołądka modo Reichel-Polya.

2. Kol. J. Koliński. **Wpływ wojny na choroby oczu.** (Będzie ogłoszona drukiem)

W dyskusji kol. Schweig. Hemeralopja była także rozpowszechniona podczas wojny na zachodzie, tak np. w znacznej mierze pośród armji austrjacko-węgierskiej, jako skutek braku tz. witaminoz w pożywieniu, i występowała bądź to odrębnie bądź też w połączeniu z gnilcem, chorobą obrzękową i podobnemi zachorowaniami. To też bardzo dużo poświęcono uwagi tej sprawie, a zwłaszcza zagadnieniu objektywnego stwierdzenia kurzej ślepoty przy równoczesnym braku zmian na dnie oka. Prócz mniej lub bardziej skomplikowanych fotometrów dobre usługi oddaje perimetr, gdyż przy hemeralopji daje się stwierdzić zamiana granic dla barwy żółtej i niebieskiej w polu widzenia.

Co do jaskry, to znaczniejsze rozpowszechnienie jej pośród żydów, było już dawno znane, a liczby podane przez mówcę są

doskonałem potwierdzeniem tej tezy. Rozpowszechnienie jaglicy wśród wojska należy przypisywać nieodpowiednim przepisom wojskowym w tej dziedzinie, które z jednej strony niedostateczne były do racjonalnego leczenia jaglicy w wojsku i ciągłym ulegały zmianom a z drugiej strony skłoniły liczne rzesze chorych w wieku poborowym do zaprzestania leczenia. Należy zwrócić uwagę, że i teraz, po ukończeniu wojny, jaglica szerzy się wśród ludności, po części może z powodu głodu mieszkaniowego, który zmusza nieraz liczne rodziny ze sfer ubogich do zamieszkiwania w jednym pokoiku, a po części z powodu niedostatecznej akcji władz zdrowia publicznego, poświęcających mało środków materjalnych na cele walki z jaglicą.

Zabierali jeszcze głos kol. Starzyński i Handelsman.

3. Kol. S. Sterling. **Przyśpieszone osadzanie się krwinek czerwonych, jako objaw rokowaniowy w gruźlicy.** (Ogłoszone drukiem w Nr. 8 Polskiej Gazety lekarskiej.

W dyskusji kol. Venulet: Znaczne przyśpieszenie w opadaniu krwinek uwydatnia się zaraz po wzięciu krwi z żyły nawet bez jakiegokolwiek zabiegu; towarzyszy mu wytwarzanie się białego skrzepu w górnej części naczynia. Podobne zjawisko spotykamy najczęściej przy kile i podczas ciąży. Ponieważ jedne i te same krwinki opadają z różną szybkością w zależności od osocza, główną rolę w danem zjawisku odgrywa fizykalno-koloidalny stan osocza, zwłaszcza chwiejność jego globulin; jednocześnie daje się zauważyć zmniejszenie napięcia powierzchniowego osocza. Niska temperatura wstrzymuje szybkie opadanie krwinek. Bardzo przyśpieszonemu opadaniu czerwonych ciałek zdaje się towarzyszyć rówież zmniejszenie ich ilości.

Zabierali jeszcze głos kol.: M. Cohn, Mogilnicki, Leyberg, Tenenbaum, Grosglik.

Posiedzenie naukowe z dnia 8 lutego 1922.

1. Kol. Sonenberg przedstawia chorą 16-letnią dotkniętą **tocznicem pospolitym,** gdzie blizna. powstała po zagojeniu, spowodowała następczo dwie zmiany w otworach nosowych i w otworze ust; otwory nosowe zostały zupełnie zamknięte, usta zostały zwężone do bardzo małego otworu, którego średnica wynosi 2 cm. Przypadek jest ciekawy i z innego względu — oto poucza on nas jak ustrój potrafi przystosować się do zmienionych warunków. Zdawałoby się niepodobieństwem, aby można było przez tak mały otwór oddychać i przyjmować pokarmy. A jednak chora do tego przyzwyczaiła się i obecnie, jak widzimy, w oddychaniu prawie nie odczuwa przeszkody, trudniej nieco przyjmuje pokarmy. W ciągu najbliższych dni zostanie dokonany zabieg operacyjny w celu powiększenia ust i przywrócenia otworów nosowych.

2. Kol. Kummant przedstawia chorego i preparat po częściowem wycięciu żołądka w znieczuleniu miejscowem.

3. Kol. B. Frenkiel mówi: **O stwardnieniu rozsianem,** przedstawiając równocześnie szereg chorych, dotkniętych tem cierpieniem.

W dyskusji zabierają głos kol. Garliński, Venulet i Sterling.

4. Kol. Maybaum-Marzyński wygłasza: **Kilka uwag w sprawie raka odbytnicy.** Prelegent omówił objawy klasyczne, występujące stale przy raku odbytnicy (parcie, krwawienie, zaburzenia przy oddawaniu stolca) i objawy drugorzędne, spostrzegane nader często i dlatego ważne, że występują stosunkowo wcześnie (wypróżnienia wybuchowe, zapach szczególny, indykan w moczu itp.) Uleczalność raka drogą chirurgiczną zależy od wczesnego rezpoznania; w tym celu musi być dostrzeżony objaw nawet najdrobniejszy; w żadnym przypadku podejrzanym nie wolno zaniechać zbadania odbytnicy palcem i zgłębnikiem.

W dyskusji zabierali głos kol Maks, Kon i Goldman.

5. Kol Tenenbaum wygłosił odczyt pt. **Postępy w lecznictwie odmą sztuczną.** (Drukowane w Nr. 10 i 11 Polskiej Gaz. lekarskiej).

W dyskusji zabrał głos kol. Sterling.

6. Kol. Goldman przedstawia preparat z wrzodem okrągłym.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 31 stycznia 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

1. Mściwój Semerau **„Przyczynek do patogenezy żółtaczki hemolitycznej oraz do fizjologji patologicznej śledziony“.** (Praca ukaże się w całości w Polskiej Gazecie lek.).

W dyskusji St. Klejn omawia patogenezę żółtaczki hemolitycznej. Tu należy uwzględnić 2 czynniki, bez których cierpienie jest nie do pomyślenia: 1) zmniejszoną odporność czerwonych krążków, 2) czynnik hemolityczny. Co się tyczy zmniejszonej odporności, to samo określenie, iż ustrój wytwarza mniej odporne krążki, nic nam nie wyjaśnia — należy dojść do istoty tego objawu. Wobec zmian fizykalno-postaciowych w krążkach czerwonych (mikrocytoza, ziarnistość przyżyciowa autoglutyniny etc.) musimy dojść do wniosku, że budowa i skład chemiczny krążków są swoiście zmienione. Zmiany te czynią je podatnemi do hemolizy. Zmiany w surowicy nie grają tu roli. Zaburzenia w metabolizmie hemoglobiny nie mogą tu mieć znaczenia. Widocznie istnieją tu zaburzenia w metabolizmie drugiego ważnego składnika krążków, a mianowicie w lipoidach (cholestearynie i lecytynie). Cały szereg faktów za tem przemawia. Z drugiej strony szpik kostny, w którym wytwarzają się krążki czerwone, jest słabo zaopatrzony w lipoidy, stanowiące materjał zapasowy dla ciałek czerwonych. Że w powstawaniu niedokrewności hemolitycznej wogóle, a w niedokrewności złośliwej w szczególności, dużą rolę grają lipoidy i wogóle tłuszcze, przemawia fakt dziwny i dotychczas niewytłumaczony, że pomimo anoreksji, rozwolnienia i ol:gemji podkład tłuszczowy jest tu nietylko dobrze rozwinięty, ale nawet nadmierny. Podobne zaburzenie w metabolizmie lipoidów ma niewątpliwie podkład konstytucjonalny, być może zależny od zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem. Należy tedy zwrócić baczną uwagę na lipoidy krwi i narządów. Uczynił to szereg badaczy, a także i mowca. Badania te jednak nie zostały konsekwentnie doprowadzone do końca, należy bowiem zbadać także zachowanie się lipoidów nie tylko we krwi i surowicy, lecz i w szpiku kostnym i w innych, a głównie w czerwonych krążkach, i to zarówno przed jak i po wyłuszczeniu śledziony. Co się tyczy czynnika hemolitycznego to nie ulega wątpliwości, że główną rolę gra tu śledziona i wątroba. (Streszczenie własne).

Starkiewicz robi pewne zastrzeżenia, odnoszące się do 3-ch przypadków omawianych, a mianowicie w przypadkach I. i II. wywiady nie wykazały żółtaczki w dzieciństwie. W IV przypadku we krwi stwierdzono megaloblasty nie uzupełniono badania przez zbadanie szpiku kostnego po śmierci chorej, następnie St. robi zastrzeżenia co do stosowania usuwania śledziony, szczególniej, że cierpienie nie jest zbyt ciężkie dla chorych, którzy są *plus icteriques que malades*, według wyrażeń autorów francuskich, tem więcej, że sama operacja daje od 3—5% śmiertelności.

Mutermilch uważa za najważniejszy czynnik żółtaczki hemolitycznej zmniejszoną odporność czerwonych krążków, o której wspominał mowca. Zmniejszenia odporności należy szukać w samej stronie czerwonych krążków, które przedstawiają siatkę z substancji białkowej, oczka owej siatki zawierają cholestearynę Zmiana w ustosunkowaniu pomiędzy cholestearyną a substancją białkową siatki wywołuje zmianę fizyko-chemiczną budowy czerwonych krążków i zmniejsza ich odporność M. nie uważa, aby śledziona była czynnikiem wpływającym na powstawanie żółtaczki hemolitycznej, ale stwierdza brak wyjaśnienia, dlaczego usunięcie śledziony wpływa dobrze na stan chorych.

Szokalski uważa, że w leczeniu żółtaczki hemolitycznej należałoby zastosować leczenie przeciwkiłowe pomimo, że próba Wassermanna może dawać wynik ujemny, jak to spostrzegał w jednym ze swoich przypadków, a następnie, zgodnie z Chauffard'em, radzi zwracać uwagę na gruźlicę, zimnicę.

Prof. Gluziński opisał przypadek żółtaczki hemolitycznej w ciężkiej niedokrwistości. Odporność ciałek czerwonych była zmniejszona — obraz skazy hemolitycznej, śledziona nie była powiększona. Chora zmarła; na sekcji wykryto *distomum haematobium.* W przypadkach usunięcia śledziony z powodu ciężkiej niedokrwistości, jak w chorobie Bantiego, występowała leukopenja, w 3-ch przypadkach leukocytoza lymphocytica; w 1 przypadku prawie w rok po operacji białaczka. Zachowanie się chorych po operacji nie przedstawia ciężkich objawów. Zabieg chirurgiczny usunięcia śledziony niełatwy, choćby biorąc pod uwagę przypadek prelegenta, który zakończył się śmiercią.

Prof. Czubalski zauważył, że mowca z jednej strony ujmował patologiczne własności śledziony i jej wpływ na patogenezę żółtaczki hemolitycznej, z drugiej zaś strony przenosił przyczynę na szpik kostny i przytaczał, jako dowód, że czerwone ciałka są mało odporne. Przenoszenie wszystkich objawów na szpik kostny prof. Cz uważa za niesłuszne z następujących powodów: że śledziona odgrywa rolę w omawianem cierpieniu dowodzi poprawa stanu chorego po jej usunięciu, przemawiają także powstałe po usunięciu śledziony zmiany we krwi. Śledziona wpływa na krzepliwość krwi, jak tego dowodzą badania laboratoryjne. Być może, że w żółtaczce hemolitycznej wpływ śledziony silniejszy, niż w warunkach normalnych.

W odpowiedzi Semerau dał wyjaśnienia na poruszane przez mowców kwestje. *W. Kowalski,* sekretarz doroczny.

Stowarzyszenie lekarzy w Warszawie.

Posiedzenie sekcji szpitalnictwa z dnia 30 stycznia 1922 r.

Przewodniczy prof. Br. Sawicki.

Po odczytaniu sprawozdania rocznego wygłosił Br. Wejnert odczyt p. t.: **„Obecny stan walki z rakiem i instytucje, służące do tego celu“.** Mowca mówi o wielkiem rozpowszechnieniu się raka w różnych krajach i u nas, popierając swoje wywody liczbami. Rak zabiera więcej ofiar, niż cały szereg chorób zakaźnych, a częstość śmierci z raka wzrasta z szybkością około 20% na każde 10—15 lat W szpitalach rakowaci stanowią poważny odsetek umierających lub wypisujących się bez poprawy, i jedynie gruźlica daje większe od raka liczby. Omówiwszy organizację walki z rakiem na zachodzie, mowca zaznacza, że Warszawa posiada tylko dwie instytucje, niosące pomoc rakowatym: przytułek w Królikarni i „Przychodnie“ polskiego komitetu do zwalczania raka. Przytułek, zdaniem mowcy, wymaga rozszerzenia i ulepszeń. Przychodnie mieszczą się tymczasem w lokalach kasy chorych: jedna przy ul. Sosnowej, druga przy ul. Młynarskiej. Miesięczna liczba zgłoszeń dosięga 40. Przychodnie korzystają z pomocy pracowni lekarskich, między innemi i rentgenowskiej. Rad w razie potrzeby bezinteresownie stosuje kol. Węckowski. Projektowane jest założenie przez wspomniany komitet specjalnego instytutu dla badania leczenia raka.

W dyskusji Chrostowski kreśli dzieje przytułku dla nieuleczalnych w Królikarni. Istnieje od 25 lat, mieści do 50 pensjo-

narjuszy, z których $^2/_3$—to rakowaci. W ostatnich latach przytułek wciąż walczy z trudnościami finansowemi. Obecnie miasto daje stały zasiłek, wynoszący miesięcznie 100000 Mk. z górą. Dalej Puławski, Rychliński, Mutermilch i inni zabierają głos tak w sprawie statystyki śmiertelności z raka, jak i w sprawie poprawy finansów obu wspomnianych przez mowcę instytucji. Wreszcie Br. Sawicki, omówiwszy zwiększenie się liczby przypadków raka w ostatnich latach skutkiem wstrząśnień moralnych związanych z wojną, popiera projekty poprzednich mówców, a od siebie proponuje odwołanie się do ofiarności publicznej przez pośrednictwo prasy dla podtrzymania obu instytucyj. S. wypowiada się za energiczniejszą, niż dotychczas propagandą za pomocą odczytów, pokazów itp. w celu uświadomienia mas co do istoty, zapobiegania i leczenie raka, a szczególnie co do konieczności wczesnego zgłaszania się do lekarza Założenie instytutu dla badania raka jest sprawą odległej przyszłości. Narazie należałoby w jednym ze szpitali, zaopatrzonych już w niektóre pracownie i mających oddziały chirurgiczne, otworzyć oddział dla rakowatych. Konieczne jest nabycie większej ilości radu, ażeby umożliwić leczenie nie tylko samym pierwiastkiem, ale i jego emanacją. Do leczenia raka skonstruowano w Niemczech specjalne przyrządy rentgenowskie, z któremi musieliby zapoznać się nasi radjolodzy.

Następnie przystąpiono do wyboru prezydjum na r. b. Wobec stanowczego ustąpienia Br Sawickiego, na przewodniczącego sekcji wybrano przez aklamację K. Zielińskiego, na zastępcę St. Orłowskiego (ponownie), na sekretarza Br. Szerszyńskiego (ponownie). *Br. Szerszyński.*

Polskie Towarzystwo medycyny społecznej.

Posiedzenie z dnia 14 lutego 1922.

Dr. Adamski: „Stan sanitarno-leczniczy Kasy chorych m. Warszawy".

Mowca przedstawia szczegółowy stan higjeniczno lekarski Kasy chorych m. Warszawy, czynnej od 1 sierpnia 1920 roku. We wstępie referent opisuje pracę w administracji Kasy, wykazując przeciążenie Kasy drukami, wzorami, oraz zwracając uwagę na zbyt wielką liczbę biur zgłoszeń. W spisie centrali Kasy chorych przy ul. Solec 93. Dr. Adamski podkreśla braki higjeniczne w umeblowaniu pokojów leczniczych w przewietrzaniu pomieszczeń Kas chorych, w oświetleniu sal operacyjnych, naogół jedna kże, zdaniem referenta. urządzenia centrali są przemyślane, jest nawet oddzielny pokój izolacyjny dla chorych na choroby zakaźne i są aparaty dezynfekcyjne. Ogólny stan sanitarno-higjeniczny filji Kasy chorych nie wszędzie jednakowy: filje przy ul. Puławskiej, Sosnowej, Żytniej, są prowadzone na stosunki dzisiejsze u nas bez zarzutu. zaś inne pozostawiają wiele do życzenia. To samo da się powiedzieć o przychodniach Kasy chorych i ambulatorjach pofabrycznych.

Przechodząc do lecznictwa, sprawozdawca przedewszystkiem stwierdza, że, aczkolwiek w Kasie chorych istnieje wolny wybór lekarza, jednakże wybór ten jest ograniczony liczbą lekarzy Kasy chorych i tylko w przypadkach chorób ambulatoryjnych każdy ubezpieczony w Kasie chorych ma wszystkie dane, aby być szczegółowo zbadanym i dokładnie leczonym. Kasa chorych dokonywa wszelkich analiz możliwie szybko w swojem laboratorjum chem.-bakterjologicznem; aparat Rentgena jest do rozporządzania każdego lekarza. Apteki Kasy chorych są zaopatrzone w dostateczną ilość środków leczniczych, byłoby pożądanem jednak, zdaniem referenta, gdyby lekarze kasy chorych w przepisywaniu lekarstw kierowali się pewną wewnętrzną farmakopeą ekonomiczną, co byłoby z wielką korzyścią dla Kasy. Kasa chorych, udzielając pomocy dentystycznej, nie ogranicza się do usuwania zębów chorych, lecz w szerokich rozmiarach leczy zęby. Pomoc położnicza jest opracowana do najdrobniejszych szczegółów: Chora od pierwszego dnia połogu ma zapewnioną fachową pomoc lekarską (lekarza-akuszera, akuszerkę i wszelkie niezbędne środki lecznicze, opatrunkowe i dezynfekcyjne). Chory na gruźlicę i inne choroby przewlekłe jest na koszt Kasy chorych umieszczany w szpitalach, bądź w sanatorjach. Chorzy obłożnie mają zapewnioną pomoc lekarską u siebie w mieszkaniu, do czego są wyznaczeni specjalni lekarze. t. zw. rejonowi. Lekarze ci w przypadkach wątpliwych, bądź wymagających zbadania specjalnego, mają prawo wzywać lekarzy specjalistów z pośród lekarzy ambulatoryjnych Kasy chorych. We wszelkich zaś nagłych przypadkach każdy ubezpieczony ma prawo zwrócić się do każdego lekarza prywatnego, wszelkie koszty związane z udzielaniem pomocy lekarskiej przez lekarzy prywatnych zwraca Kasa chorych. Wynagrodzenie personalu lekarskiego jest naogół wysokie w porównaniu z płacami, pobieranemi przez lekarzy w służbie państwowej, komunalnej lub prywatnej. W zakończeniu referent przeprowadza porównanie między dawniejszym systemem udzielania pomocy lekarskiej klasom pracującym, a systemem Kas chorych. (Autoreferat).

Polskie Tow. Dermatologiczne. - Oddział lwowski.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 27 października 1921.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz. Obecnych 18.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia zajmujący przypadek **symetrycznego zajęcia kończyn dolnych przez twardzinę skóry** i izraelitę 46-letniego z **pęcherzycą** (*pemphigus foliaceus*).

2. Dr. Schwarz przedstawia chorego z objawami — jego zdaniem — **ciężkiej postaci kiły.**

W dyskusji prof. Łukasiewicz uważa ten przypadek za *pemphigus vegetans* i przeprowadza szczegółowe rozpoznanie różniczkowe.

3. Dr. Füllenbaumówna przedstawia przypadek z brodawkowemi wybujałościami po przebyciu **zapalenia skóry na tle rtęciowem** i przypadek „do rozpoznania".

Nad ostatnim rozwija się nader ożywiona dyskusja; przemawiają prof. Łukasiewicz, prym. Leszczyński i dr. Krzemicki.

4. Doc Leszczyński przedstawia przypadek **kilaków ramienia.**

5. Dr. Mierzecki wygłasza odczyt pt: **Przyczynek do patologji kiły jamy brzusznej**, omawiając zmiany swoiste i nieswoiste narządu trawienia, trzustki, wątroby i śledziony, stwierdzone na kilowym materjale Zakładu anatomji patol. Uniw. lwowsk. — Odczyt jest wynikiem pracy, przeznaczonej do druku pt Kiła na stole sekcyjnym.

W dyskusji zabierają głos prof. Nowicki, prof. Łukasiewicz, prym. Leszczyński, dr. Leon Krzemicki i prelegent

V. Posiedzenie naukowe z dnia 10 listopada 1921.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz. Obecnych 21.

1. Prof Łukasiewicz przedstawia a) 52 letniego mężczyznę z **liszajem płaskim czerwonym** najbardziej typowe objawy na błonie śluzowej policzków, b) następnie przedstawia przypadek **tocznia rumieniowatego**; cierpieniem dotknięty silnie zbudowany 24-letni rolnik, u którego pierwsze zmiany chorobowe zauważono w 1913 r., obecnie rozległe ogniska na szczycie owłosionej skóry czaszki, na policzku prawym i drobne ognisko na nosie i szyji.

2. Prym. Leszczyński przedstawia i omawia niezwykły przypadek **zespołu objawów trzeciorzędniej kiły z objawami tocznia.** Z kolei przedstawia przypadek **pęcherzycy zwykłej,** w którym po zastosowaniu szeregu wlewań śródżylnych chininy nie przychodzi od szeregu miesięcy do samodzielnego wytwarzania się wykwitów, a jedynie co pewien czas w miejscach drażnienia zjawia się drobny pęcherzyk.

W dyskusji przemawia dr. Krzemicki, prof. Łukasiewicz, dr. Papée i prelegent.

3. Dr. A. Kogutowa mówi **O próbach z preparatami salwarsanowemi polskich fabryk chemicznych**, pod nazwą neosalvan i neosalutan. Obszerniejszą notatkę ogłosi w „P.Gazecie lekarskiej.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 24 listopada 1921.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz Obecnych 21.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia przypadek *pemphigus vegetans* i z przypadku tego szereg preparatów histologicznych, które objaśnia dr. Mierzecki.

2 Doc. Leszczyński przedstawia chorą z **toczniem rumieniowatym**, u której po silnem naświetleniu słonecznem w lecie nastąpiło znaczne zaostrzenie sprawy chorobowej; ciepłota dosięgła 40°, a na twarzy rozwinęły się zmiany podobne do róży, poczem na skórze głowy liczne ropnie. Obecnie sprawa się uspokoiła. Prelegent, omawiając szczegółowo ten przypadek, zatrzymuje się dłużej na ostatniej publikacji Kreibicha, który zrobił takie samo spostrzeżenie i rozpatruje teorję Gennericha o patogenezie lup. eryth. Prelegent uważa, że teraz dopiero zaczynamy się zbliżać do rozwiązania zagadnienia o patogenezie tocznia rumieniowatego.

Zdzisław Kotiers, sekretarz.

Towarzystwo Stomatologów polskich w Krakowie.

Posiedzenie z dnia 16 stycznia 1922.

Obecnych 10 członków.

1) Przyjęto Dr. W. Dymnicką w poczet członków Towarzystwa.

2) Przeczytano odpowiedzi Sądu Okręgowego w sprawie rzeczoznawców.

3) **Dyskusja** nad odczytem Dr. J. Piątkowskiego pt. **„Zastosowanie jodu i jego połączeń w stomatologji"**, w którym mowca wylicza preparaty jodowe, używane w stomatologji i wykazuje ich zalety i wady. Mowca wskazuje na w nowszych czasach dużo używany rozczyn jodowy Pregla

W dyskusji zabierali głos prof Łepkowski, Dr. Syrop i Dr. Piątkowski

4) **Dyskusja** na temat techników dentystycznych.

5) Referat Dr. Syropa o przypadku **raka sutka z przerzutami w jamie ustnej.**

Posiedzenie z dnia 30 stycznia 1922.

Obecnych 11 członków.

1) Ponieważ koreferenci Dr. Steinberg i Dr. Wodniecki na posiedzeniu się nie zjawili, postanowiono na wniosek Dra Piątkowskiego sprawę techników-dentystycznych załatwić *in pleno*, uważając wybraną komisję za rozwiązaną. Po krótkiej dyskusji przyjęto jednomyślnie wniosek o wysłaniu listu następującej treści: „W odpowiedzi na pismo Gremjum Techników-Dentystów w Krakowie w sprawie zakresu uprawnienia zawodowego techników-dentystycznych oraz ich pomocników, Towarzystwo Stomatologów polskich w Krakowie na zebraniu odbytem w dniu 30 stycznia 1922 roku uchwala, co następuje: Towarzystwo Stomatologów polskich w Krakowie uważa się za nieuprawnione do rozstrzygania spraw, wchodzących w zakres kompetencji ciał ustawodawczych i uchwala przejście nad tym przedmiotem do po-

rządku dziennego. Sprawę tą zresztą załatwiło Ministerstwo Zdrowia Publicznego okólnikiem z dnia 10 stycznia 1922".

2. Odczyt Dr J. Piątkowskiego: „O postępowaniu lecznicznem po zabiegach chirurgicznych w jamie ustnej" Mowca podnosi dobre wyniki w leczeniu ran otwartych. Używanie setonów jest wskazane jedynie w przypadkach, gdy rany są głębokie. zakażone, gdy istnieje możliwość powstania martwiaków. Następnie mowca opisuje metody postępowania podczas krwotoku z jamy ustnej i sposoby ogólne i lokalne zatrzymania go. W końcu zajmuje się bólem pooperacyjnym i sposobami unikania go, zarówno zapobiegawczo, jak i następowo

W dyskusji przemawiał prof. Łepkowski.

Dr. *St. Tomczyk*, sekretarz.

Kółko Naukowe Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

VII. posiedzenie z dnia 14 lipca 1921.

I. Dr. Jarocki (oddz. W. I.) przedstawia chorego z wysiękiem osierdziowym znacznych rozmiarów. Dr, Vrabetz okazuje zdjęcie rentgenologiczne z tego przypadku.

II Dr. fil. i sł med Stefan Baley (oddz. W. III.) przedstawia i szerzej omawia przypadek nagminnego zapalenia mózgu w połączeniu z psychozą o typie obłędu z przygnębieniem (manja depresyjna)u 19-letniej dziewczyny.

III. Dr Karowiec (oddz. chir.) przedstawia szereg przypadków z zakresu plastyki.

IV. Prym. Ziembicki okazuje kilka kamieni kałowych, które odeszły po dłuższem zaparciu i wśród wielkich bólów. Ciężkie, wielkości dużych włoskich orzechów, składają się z siarczanu baru Chorej podany był ten preparat dla rentgenologicznego badania przewodu pokarmowego. Wykazano znaczne obniżenie żołądka i okrężnicy. Część poprzeczna okrężnicy sięga do spojenia łonowego przy wysokiem ustawieniu kątów wątrobowego i śledzionowego, tak, że cała okrężnica ma kształt wielkiego M. Przypadek jest przestrogą także dla rentgenologów. Przesuwanie się siarczanu baru powinno się, zwłaszcza przy skłonności do zaparcia, śledzić aż do zupełnego odejścia. Mowca przeprowadza odczyny chemiczne właściwe dla tej soli barowej i omawia rodzaje złogów, jakie mogą powstać w przewodzie pokarmowym.

VIII. posiedzenie z dnia 4 sierpnia 1921.

I. Dr. Wiczyński (oddz położn.-gin.) przedstawia przypadek raka łechtaczki, przeznaczony do operacji.

II. Prym Ziembicki: 1) Przedstawia przypadek Lymphogranulowa (Sternberg), z badaniem histologicznem gruczołu, potwierdzającem rozpoznanie. Przytacza analogje z przypadkiem, przedstawionym dn. 9 czerwca. Przy tej sposobności przytacza mowca pracę Weinberga (Z. f. kl. Med. 1917., s. 99.), który na podstawie szczegółowej analizy własnych 2 przypadków, popartej badaniami histologicznemi. bakterjologicznemi i szczepieniami doświadczalnemi, przyszedł do przekonania, że, jak to już przypuszczał Sternberg, cierpienie to nie jest niczem innem, jak gruźlicą, i dlatego oświadczył się za przyjęciem nazwy, użytej przez Baumgartena: *Lymphogranuloma tuberculosum*.

2) Omawia przypadek alkaptonurji, spostrzegany na oddziele Wewn. II. Objaw ten wystąpił u chorej z ostrym nieżytem żołądkowo-jelitowym, będącym następstwem zatrucia pokarmowego. Przedstawia mocz i cechujące odczyny, jakoteż omawia kliniczną stronę tego rzadkiego zaburzenia.

3) Zdaje sprawę ze spostrzeżeń, poczynionych na oddziele z komosą ezerwiogubną (*Ol. Chenopodii anthelmintici*), a w szczególności z jego atakowania narządu słuchowego. (Rzecz przeznaczona do druku).

IX. posiedzenie z dnia 24 sierpnia 1921.

I. Dr. Madejewski (oddz. poł.-gin.) przedstawia preparat zaśniadu krwawego (*mola carnosa*).

II. Dr Domaszewicz przedstawia 1. chorego z rozpoznaniem guza płata czołowego prawego; 2. chorą z płasawicą. Przypadek odznacza się szczególniejszym rodzajem odruchów kolanowych, nazwanych przez Orzechowskiego „odruchem rakietowym".

III. Dr. Baley (oddz. W. III.) przedstawia chorą z akromegalią.

IV. Prym. Ziembicki przedstawia chorą ze swego oddziału z olbrzymim brzuchem (obj 141 cm.) z powodu nagromadzenia się płynu. Przy tej sposobności omawia rodzaje ubocznego krążenia żylnego, występującego w powłokach brzusznych.

V. Dr. Węgrzynowski (oddz. W. I.) przedstawia chorego z białaczką szpikową, u którego wystąpiła osutka, przypominająca wyglądem osutkę ospową.

W dyskusji Dr. Ardel rozpatruje ten objaw z punktu widzenia dermatologicznego.

VI. Dr. Tyczka (oddz. W. II.) wygłasza wykład: O niedokrwistości, występującej w związku z kiłą i opisuje przypadek takiej niedokrwistości, wyleczony środkami przeciwkiłowemi, w szczególności salwarsanem. (Przeznaczono do druku).

W dyskusji prym. Ziembicki podnosi rzadkość tych przypadków i rozpatruje znaczenie odsetkowego stosunku ciałek krwi u przedstawionej chorej, uważające m. i. znaczny odsetek małych limfocytów (połowa całej ilości) za objaw odczynu na długotrwałe zakażenie ustroju.

Posiedzenie kliniczne w szpitalu św. Ducha w Warszawie z dnia 19 czerwca 1921 r.

1. Dr. Kaczyński przedstawił; a) przypadek charłactwa pochodzenia tarczycowego, przedstawiony na posiedzeniu poprzednim. W przypadku tym dokonano przeszczepienia gruczołu tarczowego, pochodzącego od chorej z wolem, która jednocześnie podlegała operacji. Przeszczepienia dokonano do szpiku kostnego obu piszczeli; z obu stron zagojenie *per primam*. Wkrótce po operacji chora wróciła do stanu normalnego; objawy psychiczne zupełnie ustąpiły.

W dyskusji, w której zabierali głos dr. Stawiński, dr. Chrostowski i dr, Bełkowski, podkreślono nadzwyczaj pomyślne wyniki operacji, lecz zaznaczono, że wyniki te, jak to wykazuje doświadczenie, są najczęściej krótkotrwałe.

W dyskusji dr. Kaczyński zaznacza, że, o ile u chorej operowanej istnieją dodatkowe gruczoły tarczowe, jak to niekiedy spotykamy, to można się spodziewać trwałego wyleczenia. Chora ponadto otrzymuje stale preparaty tarczycy.

b). Preparat wyciętego pęcherzyka żółciowego od chorej na zapalenie woreczka żółciowego na tle kamicy; jednocześnie u chorej dokonano wycięcia wyrostka robaczkowego, w wyrostku napozór niezmienionym znaleziono gwoździk tapicerski ze złogami około niego w postaci kamienia. Wywiady nie wskazywały na schorzenie wyrostka robaczkowego.

c). Chłopca z zadawnionem zwichnięciem uda. Ponieważ nastawienie sposobem bezkrwawym było już niemożliwe, trzeba było dokonać częściowego wycięcia główki uda. Wynik operacji już jest taki, że chory zaczyna chodzić o kiju (staw biodrowo-udowy nieruchomy).

2) Dr. Rutkowski przedstawił przypadek *spondylitis lumbalis*, a operowany sposobem Albée'go (wszczepienie wzdłuż wyrostków ciernistych 3-ch kręgów lędźwiowych blaszki kostnej, długości 18 cm, wziętej z piszczeli). Zagojenie *per primam*. Wynik operacji wykazuje fotografja Roentgenowska. Cel operacji, unieruchomienie kręgosłupa w części lędźwiowej.

W dyskusji dr. Kaczyński wspomina o szeregu tego rodzaju operacji dokonanych przez Tuffier'a. W jednym z tych przypadków, kiedy chora zmarła po 8 miesiącach wskutek innej choroby, badanie mikroskopowe wykazało zlanie się kości wszczepionej z wyrostkami ciernistemi kręgów. Dr Bełkowski uważa tę operację za znaczny postęp w leczeniu tych spraw w porównaniu z gorsetami gipsowemi lub metalowemi.

3) Dr. Dąbrowski (z oddziału prof. Sokołowskiego) przedstawił przypadek tętniaka tętnicy głównej wstępującej u 44-letniego mężczyzny. Ciśnienie krwi na lewem ramieniu 16—7; na prawem 14—8; na nodze 23-8.

J. Bełkowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie polsko-francuskie w Warszawie.

Ogólne zebranie z dnia 9. lutego 1922 r.

1. Prof. J. Mazurkiewicz przedstawił rys działalności Towarzystwa za czas ubiegły. Członków liczyło Tow 250 w Warszawie i około tyluż w innych miastach Polski; liczniejsze grupy znajdowały się w Krakowie, Lwowie, Lublinie, Łodzi, Częstochowie, Poznaniu i Wilnie W roku ubiegłym zwrócono największy wysiłków w kierunku zorganizowania we wrześniu Zjazdu lekarskiego polsko-francuskiego, o którym dziś można powiedzieć, że osiągnął swój cel i doprowadził do zbliżenia kulturalnego dwóch bratnich narodów. Prof. Mazurkiewicz wspomina o artykułach, które pojawiły się w fachowej prasie francuskiej, jak prof. Roger w „Presse médicale", Dr. Gauthier i p. Georges Bienaimé we „France-Pologne", Dr. Descourt w „Concis médical" i w „Médecin Syndicaliste", prof. Collet w „Lyon Médical", prof. Platon itd. Prof. Guermonprez wydał specjalną broszurę, poświęconą zjazdowi wrześniowemu itd. W trzecim roku swego istnienia Towarzystwo będzie usiłowało wydawać w języku francuskim perjodyczny przegląd prac polskich, przyczem część kosztów pokryją przyjaciele Towarzystwa we Francji, resztę zaś trzeba będzie uzyskać w kraju. W Warszawie jest projektowany szereg posiedzeń z referatami, mającemi zapoznać lekarzy polskich z kierunkami myśli naukowej we Francji. Wreszcie wspomniał w gorących słowach o zmarłych członkach Towarzystwa Dr. Dembińskim Bronisławie, Hłasce Florjanie, prof. Koźniewskim Tadeuszu, Dr. Jakowskim Marjanie i Dr. Zielińskim Edwardzie, których pamięć zebrani uczcili przez powstanie.

2. Dr. Pawiński w imieniu komisji rewizyjnej przedstawił sprawozdanie ze stanu rachunków Towarzystwa za czas od 10 IV. 1920 do dnia 31 XII. 1921. Saldo rachunków Towarzystwa na dzień 1 stycznia 1922 r. wynosi 24.166·35 Mk. Saldo Zjazdu lekarskiego polsko francuskiego w Warszawie z września 1921 roku 423,933 Mk., czyli łącznie 453.099·35 Mk., złożone na rachunku czekowym P. K. O.

Zebranie udzieliło absolutorjum.

3. Dr. Gauthier, dyrektor służby zdrowia Misji Francuskiej w Polsce, wygłosił dłuższy, bogato objaśniony tablicami statystycznemi, odczyt w języku francuskim pt. „Rys stanu obecnej epidemji duru osutkowego i powrotnego w Polsce". Polska, jak na to zwrócił uwagę i Clemenceau, jest barjerą między zakażonym wschodem i zdrowym zachodem. Na jej terenie nieraz grasowały epidemje, jak np. w latach 1812—1813, dziesiątkujące armję Napoleona. Mowca wspomniał o pracach lekarzy polskich, jak Śniadeckiego, Wolffa, Francuza Bertranda, opisy Malcza duru 14-

dniowego itd., wspomniał o epidemjach na Górnym Śląsku, wzmożeniu się zachorowań po wojnie krymskiej. Przeszedłszy do opisu pandemji tyfusów za czas wojny od 1916, przedstawił dane statystyczne za poszczególne okresy, podkreślił rolę eksponowaną Galicji Wschodniej, udział cofających się armij Petlury i Bredowa w szerzeniu się epidemij, wreszcie przeszedł do opisu obecnego stanu. Gdyby nie kwarantanna na wschodniej granicy Polski, to i w 1921 r. mielibyśmy w Polsce epidemję durową wszędzie, ze względu na olbrzymie liczby zachorzeń na te choroby w Rosji. Omówił następnie warunki pracy wśród repatrjantów w Baranowiczach i Równem, podkreślając wydatną pracę personalu sanitarnego, zwłaszcza lekarzy, którzy, jak ostatnio Dr. Konwerski w Baranowiczach, padają ofiarą swego zawodu i poświęcenia. Zebranie uczciło pamięć Dr. Konwerskiego przez powstanie.

4. Prof. K r y ń s k i. **Wrażenie ze Zjazdu lekarskiego w Montpellier.** Mowca przedstawił warunki powstania uczelni lekarskiej w Montpellier, rolę lekarzy wędrujących żydów, arabów, wreszcie włochów; powstanie tej szkoły, konkurencyjnej dla Salerna, rolę papieża Honorjusza III, edykt z roku 1220 o otwarciu uczelni. Następnie dał rys świetnego rozwoju Uniwersytetu, jego roli, jako propagatora nauki o witaliźmie, która to właściwość została zachowaną po dzień dzisiejszy. Barwnie opisawszy sam Zjazd lekarski, zakończony odsłonięciem pomnika świetnego pisarza Rabelais, doktora medycyny z Montpellier, mowca podkreślił żywą sympatję, jaką cieszył się we Francji, jako reprezentant zaprzyjaźnionego z Francją państwa.

5. Następnie przystąpiono do wyborów uzupełniających do Zarządu Towarzystwa: na miejsce zmarłego Dr. Br. Dembińskiego wybrany został Dr Z. Grudziński, na miejsce Dr. Mickiewskiego, który powrócił do Francji, wybrany został Dr. Baron z Misji Francuskiej.

Wniosek Dr. S z c z a w i ń s k i e j pośredniczenia Towarzystwa w zapoznawaniu Francji z pracami naukowemi polskiemi przekazano prezydjum, przyczem prof. J. Mazurkiewicz wyjaśnił, że akcja ta została już zorganizowaną.

6. Prof. B u j w i d omówił proponowany na maj 1923. uroczysty obchód stuletniej rocznicy urodzin Pasteur'a, urządzany przez miasto i uniwersytet w Strasburgu łącznie z Instytutem Pasteura. Pomnik tego uczonego ma być odsłonięty przed gmachem Uniwersytetu w Strasburgu i jednocześnie odbędzie się tamże kongres higjeny i bakterjologji. Prof. B u j w i d proponuje utworzenie komitetu, któryby z jednej strony zorganizował akcję zbierania składek na budowę pomnika, z drugiej zaś strony zorganizował udział Polaków w Kongresie. Wniosek prof. Bujwida przekazano prezydjum do wykonania. *Dr. A. Stefanowski.*

Zjazd doroczny neurologów francuskich od 3—4 czerwca 1921.
Anatomja patologiczna.
(Ciąg dalszy).

L h e r m i t t e i C o r n i l. **Badania anatomiczne choroby Parkinsona.** Przyjmują, że obok choroby Parkinsona istnieją zespoły parkinsonowskie. Chorobę Parkinsona należy uważać za odrębną, samodzielną jednostkę chorobową, kryptogenetyczną, posiadającą też własny obraz anatomo-patologiczny. Nie podzielają zapatrywania, że stan sitkowaty (*état criblé*) jąder, soczewkowatego i prążkowatego, jest podkładem anatomicznym drżączki porażennej; wprost przeciwnie, zmian rozpadowych może być wogóle brak. Zmiany patologiczne znachodzą się wszędzie, w korze, w szypułkach, moście i rdzeniu przedłużonym, zmiany te są jednak różnie nasilone, najstarsze zaś i najpoważniejsze zmiany zachodzą w jądrach podstawy mózgu. Co do zmian stwierdzanych stale przez T r e t i a k o w a w istocie czarnej S o e m e r i n g a (*locus niger*), to dają się one rzeczywiście zawsze stwierdzić, jednak także w przypadkach nic nie mających wspólnego z drżączką porażenną np. w jamistości rdzenia, stwardnieniu rozsianem itp. Zmiany T r e t i a k o w a nie można przeto uważać za istotną. L. i C. nie stwierdzali pomniejszenia jąder soczewkowatego i prążkowatego, co jest tak charakterystycznem dla przewlekłej pląsawicy, nie znachodzili też uszczuplenia włókien rdzennych ani w striatum, ani w pallidum. Jedyna zmiana wybitna i stała, jaką stwierdzali, dotyczyła kuli bladej (*globus pallidus*), która wykazywała znaczny ubytek komórek mózgowych i cytologiczne zmiany pierwoszczy w komórkach zachowanych. Stosując metodę C a s a m a j o r a wykazywali też stale w dwóch odcinkach kuli bladej ziarnistości metachromatyczne, które się zabarwiają przy użyciu tej metody w miejscach, ulegających zwyrodnieniu. Ponieważ jednak obok tego zasadniczego umiejscowienia sprawy patologicznej bywają w prawdziwej chorobie Parkinsona niemal stale różne inne rozsiane zmiany o zmiennem usadowieniu, nie uważają L. i C. cierpienia tego za schorzenie układowe.

F o i x. **Zmiany anatomiczne w chorobie Parkinsona.** Badał ośm przypadków cierpienia klasycznego i w następstwie zapalenia nagminnego mózgu, stwierdzając w grupie drugiej zmiany masywne w *locus niger*, a dyskretne w jądrze soczewkowatem, wzgórku wzrokowym, w czepcu i we wzgórkach czworaczych, przyczem zmiany odpowiadały trwającemu stale jeszcze, mimo długiego trwania sprawy, stanowi zapalnemu. W przypadkach klasycznej choroby Parkinsona najwybitniejsze i stałe zmiany dotyczyły istoty czarnej S o e m e r i n g a. Zmiany te polegały na cząsteczkowych i wysepkowych ogniskach zwyrodnienia i zaniku komórek nerwowych, doprowadzającego do zupełnego zniknięcia barwika z miejsc zajętych. Zmiany te jest bardzo łatwo rozpoznać. Na drugie miejsce przychodzą zmiany patologiczne w jądrach soczewkowatych, które są już bardziej zmienne. I one dotyczą także tylko komórek nerwowych, czem się różnią od starszych schorzeń. Ponadto znachodził F. stale mniej doniosłe, także komórkowe zmiany w jądrach szarych podstawy, a najmniej nasilone zmiany w moście, rdzeniu przedłużonym i mózgu. Wiązki nerwowe okolicy wzgórkowo-prążkowatej i podwzgórkowej mogą być całkiem prawidłowe. W sprawie patogenezy nie jest F zwolennikiem teorji R a m s a y H i m t a, który chorobę Parkinsona uważa za cierpienie układowe, a opowiada się za poglądem Z o g ł ó w i D a n y, którzy zmianom anatomicznym przyznają tylko charakter zaburzeń opuszkowych. Zmiany patologiczne mogą mieć tylko pozory schorzenia układowego. Za teorją ogniskowego charakteru choroby przemawia rozsiewanie się sprawy także poza układ soczewkowaty, charakter nieregularny, wysepkowe zmiany w *locus niger* i analogia zmian anatomicznych w chorobie Parkinsona ze zmianami w obrazie parkinsonowskim poencefalitycznym.

G u i l l a i n i L e c h e l l e: **Badania płynu mózgowo-rdzeniowego w chorobie Parkinsona i w zespołach parkinsonowskich poencefalitycznych.** Nie znachodzą żadnych odchyleń od stanu prawidłowego. Tego samego zdania jest S i c a r d, natomiast B e l a r m i n o znachodził w prawdziwej chorobie Parkinsona wzmożenie cukru i ilości ciałek.

Fizjologja patologiczna.

W i l s o n K i e n n e r. **Fizjologja patologiczna sztywności i drżenia parkinsonowskiego.** Można powiedzieć, ogólnie biorąc, że drżenie dotyczy mięśni małych (palców, rąk, języka i warg), natomiast zesztywnienie obejmuje duże mięśnie. Można też przyjąć pokrewieństwo obu tych objawów, bo sztywność jest poniekąd „zduszonem" drżeniem, drżenie natomiast „popuszczającą" sztywnością mięśni. Sztywność i drżenie nie mogą być następstwem bezpośredniem zniszczenia ośrodków prążkowatych, ani też wynikiem ich podrażnienia. Powód jest „poza-strialny". Przecięcie międzymóżdża lub odcięcie móżdżka wywołuje zesztywnienie z odm ó ż d ż e n i a (*regidité cecérébrée*), które daje postać wyprostną, czasem i zginacze jej ulegają, z drugiej jednak strony bywają przypadki Parkinsona o typie wyprostnym. Dochodzi tu więc do ogólnego zesztywnienia mimo że ośrodki podłoży mózgu są nietknięte Z drugiej strony drżenie może być następstwem obrażeń móżdżku, okolicy jądra czerwonego, może występować przy wiądzie. Przestrzega przed umiejscowianiem zbyt szematycznem właściwie wszystkich rodzajów ruchów mimowolnych w ciele prążkowanem, które może być jednem ze źródeł ich powstawania; napewne jednak istnieją jeszcze źródła inne.

J a r k o w s k i: **Odczyn mięśni przeciwniczych w zespole parkinsonowskim.** Przemieszczenie odcinków kończyny połączone z biernem skróceniem pewnej grupy mięśni wywołuje odruchowy skurcz mięśni przeciwniczych Przy rozginaniu więc przedramienia następuje skurcz mięśnia dwugłowego, przy zginaniu łokcia skurcz mięśnia trójdzielnego. Objaw ten, często istniejący i u normalnych ludzi, istnieje stale i w wielkiem nasileniu w chorobie Parkinsona. Na nim polega objaw nagłego zatrzymania się (Dyleft), i nim prawdopodobnie należy tłumaczyć objawy parkinsonowskie: objaw koła zębatego i prawdopodobnie także sztywność mięśniową, wyrażającą niejako sumę całej serji nieskończenie małych odruchów przeciwniczych. Siedzibą tego odruchu jest prawdopodobnie móżdżek. Z chwilą gdy odpada wpływ hamujący ciał prążkowatych, powstaje wygórowanie działania, regulujące te odruchy ze strony móżdżka. D. n.

K. Orzechowski.

Medycyna społeczna.

Dr. med. R. Radziwiłłowicz. Warszawa.

Niepoczytalność w lex ferenda polskiej.

Uwagi psychjatryczne.

Sekcja prawa karnego Komisji kodyfikacyjnej, opracowująca obecnie przyszły Kodeks karny polski i przyszłą polską procedurę karną, na posiedzeniu w dniu 10. maja 1921 określiła zasadę, na której ma się opierać przepis prawa, warunkujący niepoczytalność podsądnego, w sposób następujący:

»Nie będzie poczytany czyn, jeżeli w chwili jego spełnienia sprawca znajdował się z powodu choroby psychicznej lub innego zakłócenia czynności psychicznych w takim stanie psychicznym, który nie pozwalał mu rozpoznać znaczenia czynu lub stosownie do tego rozpoznania pokierować swojem działaniem«.

Drugi Zjazd psychjatrów polskich, odbyty w Poznaniu w dniach 17., 18. i 19. maja 1921 r., podjął to samo zadanie i postawił zagadnienie niepoczytalności i związanych z nią spraw, jako zasadniczy temat obrad Zjazdowych. Referaty wygłosili: prof. P i l t z (Kraków) *), Dr. R a d z i w i ł ł o w i c z

*) Prof. P i l t z po Zjeździe ogłosił w „Przeglądzie lekarskim" Nr. 7. rzecz p. t. „Uwagi o przepisach prawnych dotyczą-

(Warszawa), prof. Sieradzki (Lwów) i Dr. Szarf (Poznań). Po przeprowadzonej wyczerpującej dyskusji na plenum i w Komisji, Zjazd w sprawie, jak ma brzmieć przepis prawa, określający warunki niepoczytalności, powziął jednomyślnie uchwałę następującą:

»Nie podlega karze, kto w czasie spełnienia przestępstwa, wskutek chorobowego zaburzenia czynności psychicznych (resp. chorobliwego rozstroju psychicznego), niedorozwoju psychicznego lub zamroczenia świadomości nie mógł rozpoznać znaczenia dokonywanego czynu lub działać zgodnie z tem rozpoznaniem«

Jak widać z zestawienia dwu uchwał oba ciała: Komisja kodyfikacyjna i Zjazd psychiatryczny stanęły na tem samem stanowisku i przyjęły tę samą metodę postępowania przy określaniu warunków niepoczytalności. Oba zatrzymały się na t. zw. metodzie mieszanej, psychjatryczno-psychologicznej. Metoda ta, w przeciwieństwie do jednostronnych metod, psychjatrycznej lub psychologicznej, wprowadza do przepisowej formuły oba momenty: psychjatryczny i psychologiczny; źródła niepoczytalności ujmuje w terminach psychjatrycznych, cechy niepoczytalności w terminach psychologicznych. Formuła sama składa się z dwóch członów: psychjatrycznego i psychologicznego, przyczem pierwszy należy do psychjatrów i zadanie jego sformułowania powinno do nich należeć, człon drugi należy do prawników i przez nich powinien być formułowany. Uzgodnienie obu, ustalenie w jednowewnętrznie zwarte ujęcie, powinno należeć do przedstawicieli obu dziedzin wiedzy.

Obowiązek spadający na psychjatrów dostarczenia formuły psychjatrycznego członu przepisu prawa skłania mnie do ponownego podjęcia obrony stanowiska, zajętego na posiedzeniu Sekcji prawa karnego Komisji kodyfikacyjnej w dniu 10. maja 1921, obrony tym razem tem łatwiejszej, że przychodzi mi być rzecznikiem nietylko poglądów własnych, lecz ogólnej psychjatrycznej myśli polskiej, wyrażonej w uchwale Zjazdu.

Sekcja prawa karnego powzięła uchwałę określającą samą tylko zasadę, na której przepis prawa o niepoczytalności ma być zbudowany, na następnem posiedzeniu, na którem ma być ustalony tekst kodeksowego przepisu, rozprawa nad nim będzie ponownie podjęta i trzeba mieć nadzieję, że brzmienie przepisu w części psychjatrycznej będzie ustalone w formie uchwalonej jednomyślnie przez Zjazd psychjatrów polskich.

Różnica pomiędzy formułą zaprojektowaną przez Sekcję prawa karnego Komisji kodyfikacyjnej i uchwaloną przez Zjazd psychjatryczny polega na tem, że Komisja wprowadza do psychjatrycznego członu przepisowej formuły obok pojęcia zaburzenia czynności psychicznych, pojęcie choroby psychicznej, którą formuła Zjazdowa pomija, natomiast Komisja pomija pojęcie »niedorozwój psychiczny« i »zamroczenie świadomości«, które zawiera formuła zjazdowa. Różnice pozostałe obecnie pomijam, żeby nie rozpraszać uwagi czytelnika. Są one zresztą poza psychjatrycznej natury i mogą być pozostawione za nawiasem obecnego opracowania.

»Chorobę psychiczną« utrzymują zwykle formuły zbudowane wyłącznie metodą psychjatryczną i to, najczęściej w zaostrzonej postaci przez dodanie do pojęcia »choroba psychiczna« przymiotnika »ciężki«, bo wtedy tylko staje się choroba psychiczna sama w sobie źródłem niepoczytalności. Nie każda choroba psychiczna powoduje niepoczytalność. Są postacie, a raczej stopnie napięcia chorób psychicznych, które zarówno w rozumieniu prawników, jak psychjatrów, nie powodują niepoczytalności. Czynienie chorych tego rodzaju z założenia niepoczytalnymi byłoby nawet pewnem ich pokrzywdzeniem. Nieodpowiedzialność za swe czyny jest pewnem uszczupleniem pełni człowieczeństwa i byłoby niesłusznem łączenie go z każdym faktem zachorowania na chorobę psychiczną. Przeczyłoby to zresztą faktom. Słabsze postacie psychozy manjakolno-depresyjnej, a nawet otępienia wczesnego, mogą w pewnych razach, ściślej w pewnych okresach, niepoczytalności nie powodować. Można wobec nich, i to niezawsze, mieć wątpliwości, czy nie zachodzi w tych razach poczytalność zmniejszona, lecz niepoczytalność całkowitą można i należy w tych przypadkach wyłączyć.

Formuły psychjatryczno-psychologiczne włączają pojęcie »choroba psychiczna« w pojęcie szersze »rozstrój psychiczny« lub »zaburzenia czynności psychicznych«, wychodząc z założenia, że wobec ograniczeń, jakie przy posługiwaniu się tą metodą na psychjatryczną rozciągłość powodów niepoczytalności nakładają cechy jej zawarte w członie psychologicznym przepisowej formuły, należy powodom psychjatrycznym nadawać charakter możliwie szeroki i rozlewny.

Pojęcia »rozstrój psychiczny« lub »zaburzenie czynności psychicznych« są szersze i dlatego należy dać im pierwszeństwo przed pojęciem węższem, jakiem jest pojęcie »choroba psychiczna». Umieszczania obu pojęć obok siebie, jak dzieje się to w formule zaprojektowanej przez Sekcję, należy unikać, ponieważ w tem zestawieniu »choroba psychiczna« staje się niepotrzebnym, nic nie mówiącym, nic nie określającym dodatkiem do pojęcia »rozstrój psychiczny« lub »zaburzenie czynności psychicznych«, i bez uszczerbku dla treści może być z formuły usunięte. Oto główne powody, dlaczego, stanąwszy na stanowisku posługiwania się w ocenie niepoczytalności formułą mięszaną, psychjatryczno-psychologiczną, usuwamy z jej psychjatrycznego członu pojęcie choroby psychicznej, a utrzymujemy »rozstrój psychiczny« lub »zaburzenie czynności psychicznych», jako obejmujące i pojęcie choroby psychicznej w psychjatrycznem i ogólnem rozumieniu tych pojęć.

»Choroba psychiczna« sama w sobie bez uzupełnienia jej przez pojęcie »rozstrój psychiczny« lub »zaburzenie czynności psychicznych« nie byłaby wystarczająca, szczególnie dla prawników. Wystarczyłaby może nam, psychjatrom, lecz nasz punkt widzenia jest inny i nie możemy narzucać go prawnikom, a to tembardziej, że nie my, a oni, będą przepis prawa stosowali. Dla psychjatry każde źródło niepoczytalności jest samo w sobie chorobą psychiczną. Wszak dla nas nie jest czem innem nawet zwykłe upicie się. Psychjatrycznie jest to choroba psychiczna o znanej etjologji, łatwej djagnozie

---

cych kwestji niepoczytalności, zmniejszonej poczytalności, okoliczności łagodzących i środków zabezpieczających“, w której podjął obronę stanowiska zajętego przez Sekcję prawa karnego Komisji kodyfikacyjnej przeciwko uchwale Zjazdu. Prof. Piltz zwalcza troistą formułę zjazdową (rozstrój psychiczny, niedorozwój psychiczny i zamroczenie świadomości), przeciwstawia jej formułę dwoistą (choroba psychiczna i inne zakłócenia czynności psychicznych), przyczem robi mi ten niezasłużony zaszczyt, że przypisuje mi autorstwo troistej formuły. Na posiedzeniu Sekcji broniłem tej formuły, bo jest ona zgodna z moim na sprawę poglądem, lecz bynajmniej twórcą jej nie jestem. W ten sposób formułują psychjatryczny człon kodeksowego przepisu o niepoczytalności obie *leges ferendae* austrjacka i niemiecka. Szwajcarska formuła jest odmienna, lecz tam inna metoda jest zastosowana, tam niepoczytalność jest określona metodą psychjatryczną, cechy psychologiczne nie są wcale w formule szwajcarskiej uwzględnione. Do tej samej troistej formuły dochodzi prof. Bumke w swej bardzo cennej „Psychiatrji sądowej“. Najnowszy projekt niemiecki w 1919|1920 daje taką samą troistą formułę niepoczytalności i tylko „zamroczenie świadomości“ (Bewusstseintrübung) zmienia na „zaburzenie świadomości“ (Bewusstseinstörung).

Odparcie merytorycznych zarzutów, wysuniętych przez prof. Piltza przeciwko uchwale Zjazdowej, zamieszczam w tekście

W tem miejscu chciałbym tylko wyświetlić pewną niejasność wyrażeń, która wywołać może nieporozumienie. Prof. Piltz przytacza, jakobym na posiedzeniu Komisji miał powiedzieć: „że poczytalność może być wykluczona z powodu zaburzeń psychicznych i z innych powodów“. Jeżeli wyraziłem się w ten sposób, to oczywiście miałem na myśli pod innemi powodami niedorozwój psychiczny i zamroczenie świadomości, których umieszczenie obok zaburzeń czynności psychicznych w przepisowej formule prawa o niepoczytalności z motywów, które podaję w tekście, uważam za konieczne.

Innych powodów niepoczytalności poza psychiatrycznemi niema, a przynajmniej ja ich nie znam. Gorączka, otrucie i t. p. wtedy tylko stają się powodami niepoczytalności, jeżeli sprowadzają zaburzenia czynności psychicznych, odpowiadające warunkom psychologicznego człona kodeksowego przepisu. Same w sobie powodem niepoczytalności nie są. Jest to punkt widzenia przyjęty powszechnie przez psychjatrów, podzielany nawet przez pewne kierunki prawnicze. Stoi na nim n. p. prof. Tagancew w komentarzach do kodeksu karnego rosyjskiego z r. 1903. Na tej podstawie opiera się metoda psychjatryczna oceny niepoczytalności, a także i metoda psychjatryczno-psychologiczna, przyjęta przez Komisję i Zjazd.

i dobrej prognozie, lecz trudno wymagać, ażeby niepsychjatrzy ten pogląd podzielili. Przepisy prawa powinny być redagowane z uwzględnieniem ogólnego rozumienia terminów, nie mogą posiadać treści zrozumiałej dla samych tylko psychjatrów, a nawet dla samych tylko prawników. Treść ich powinna być jasna dla każdego, bo każdego przepisy prawa obowiązują i trzeba każdemu zrozumienie przepisu umożliwić.

Z tych również względów nastawać muszą psychjatrzy, ażeby psychjatryczny człon formuły, obok pojęć powyższych »rozstrój psychiczny« lub »zaburzenie czynności psychicznych«, zawierał także pojęcie »niedorozwój psychiczny« i »zamroczenie świadomości«, opuszczone w projekcie Komisji, a wysunięte w redakcji Zjazdowej. Rozumienie powszechne nie przypisuje tym pojęciom charakteru rozstroju psychicznego, czy zaburzenia czynności psychicznych. Trudno przekonać niepsychjatrów, że głuptactwo jest to postać rozstroju psychicznego czy zaburzenia czynności psychicznych, że jest nią również odurzenie alkoholowe, czy zamroczenie padaczkowe, i że stany te w stosunku do poczytalności stoją na równym poziomie, co bezwład postępujący lub splątanie. Trzeba dla tych stanów wyznaczyć wyraźne miejsca w przepisie prawa, inaczej biegły będzie miał poważne trudności, jeżeli będzie próbował w sądzie podciągnąć je pod pojęcie »rozstrój psychiczny« czy »zaburzenie czynności psychicznych«. »Zamroczenie świadomości« musi być dlatego w przepisie prawa oddzielnie umieszczone, niezależnie od »rozstroju psychicznego«, czy »zaburzenia czynności psychicznych«.

Z tych względów znajdujemy pojęcie »zamroczenie świadomości« w obu leges ferendae austrjackiej i dawnej niemieckiej, czy »zaburzenie świadomości«, jak proponuje nowa *lex ferenda* niemiecka, wszystkie trzy, oparte na zasadzie metody mieszanej, oraz w *lex ferenda* szwajcarskiej, opartej na zasadzie wyłącznie psychjatrycznej. W każdej znajdujemy uwzględnienie potrzeby wprowadzenia do formuły przepisowej pojęcia zamroczenia czy zaburzenia świadomości, niezależnie od istniejących w nich pozostałych pojęć psychjatrycznych.

Podobnie wszędzie znajdujemy wprowadzone jako trzeci składnik psychjatrycznego członu przepisowej formuły pojęcie upośledzonej sprawności psychicznej w tem czy innem ujęciu. Proponowana przez uchwałę zjazdową forma »niedorozwój psychiczny« wydaje się najodpowiedniejsza. Jak zaznaczono powyżej, każda część składowa psychjatrycznego członu powinna być ujęta w ten sposób, ażeby objęła wszystkie odcienie stanów psychicznych, należące do pewnej psychjatrycznej kategorji, oraz ażeby sformułowana była w ten sposób, ażeby terminy w sformułowaniu użyte były powszechnie zrozumiałe, dla każdego dostępne, a jednocześnie były zgodne z wymaganiami nauki, a przynajmniej z niemi nie sprzeczne. Ze względu na rozumienie powszechne lepiej nadawałby się termin »niedorozwój umysłowy«; nie objąłby jednakże całej pełni spraw, o które chodzi w tem miejscu przepisu prawa. Moral insanity, postać niedorozwoju, niedorozwój moralny, który w pewnych wypadkach może stać się powodem sądowo-psychjatrycznej oceny, powinien być uwzględniony w przepisowej formule. Ograniczenia przeciwko zbyt szerokiemu traktowaniu go, jako źródłu niepoczytalności, znajdą się zawsze w drugim członie, w członie psychologicznym kodeksowego przepisu. Nie można jednakże przejść nad nim całkowicie do porządku i zupełnie nie brać pod uwagę przy układaniu kodeksu. Musi być dla »niedorozwoju moralnego« miejsce w psychjatrycznym członie przepisu, pojęcie »niedorozwój psychiczny« obejmuje go całkowicie w sposób zupełnie wyraźny, pojęcie »niedorozwój umysłowy« nastręczałby wątpliwości. W pewnych przypadkach, kiedy dla psychjatry moral insanity, jako źródło niepoczytalności, jest wyraźne, upośledzenie umysłowe, intelektualne może być nieznaczne, dla sądu niedostatecznie dostrzegalne i psychjatra musi kłaść wtedy nacisk na przytępienie źródeł uczuciowych wyższego porządku, wskazywać je jako przyczynę niepoczytalności i musi mieć możność po temu. Zastąpienie terminu „umysłowy" przez termin »psychiczny«, to umożliwi, nie ograniczy w niczem treści samego przepisu, który w tej formie objąć może i obejmuje wszystkie szczeble niedorozwoju umysłowego od najcięższego idjotyzmu do najsłabszej postaci głuptactwa, a jednocześnie zawiera także pojęcie »niedorozwój moralny«. Że »niedorozwój psychiczny« w rozumieniu powszechnem nie mieści się w pojęciu »rozstrój psychiczny« czy »zaburzenie czynności psychicznych« jest oczywiste, nie mieści się nawet w tem rozumieniu w pojęciu »choroba psychiczna«. Jeżeli zatem człon psychjatryczny ma, w myśl przyjętej metody psychjatryczno-psychologicznej, objąć całą pełnię źródeł niepoczytalności, wyrażać ją przytem w terminach ogólnie przyjętych i powszechnie zrozumiałych, niepodobna opuścić w nim pojęcia »niedorozwój psychiczny« bez poważnego uszczerbku dla treści przepisu.

Wydaje się zatem, że wszystko, co można było przytoczyć przeciwko przyjętemu przez Zjazd psychjatryczny sformułowaniu członu psychjatrycznego kodeksowego przepisu, określającego warunki niepoczytalności, zostało podjęte i rozważone. A w wyniku należy dojść do wniosku, że praca Zjazdu w dobrym szła kierunku i powzięta uchwała odpowiada wymaganiom nauki i życia.

Psychjatrja polska spełniła swój obowiązek względem przyszłej naszej *lex ferenda*. Przemyślała i opracowała gruntownie warunki niepoczytalności w tej ich części, która dotyczy psychjatrów. Trzeba mieć nadzieję, że praca ta znajdzie należyte uwzględnienie u twórców przyszłego kodeksu polskiego, a w pierwszym rzędzie w łonie Sekcji Prawa Karnego Komisji Kodyfikacyjnej, która wkłada tyle trudu i wysiłku, ażeby przyszły nasz kodeks postawić na wysokim poziomie kultury i nauki współczesnej.

Dr. Ozjasz Rappaport. Synowódzko Wyżne.

W sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

Koledze Drowi N. Milgromowi należy się uznanie za podniesienie sprawy zwalczania chorób zakaźnych, gdyż jest ona bardzo ważną nietylko ze względu na chorych, ale także dla dobra całego społeczeństwa i kraju, zwłaszcza u nas, gdzie choroby zakaźne prawie nigdy nie wygasają, a w szczególności tyczy się to duru osutkowego Dr. Milgrom podniósł jednakowoż z całego szeregu zadań i obowiązków, tyczących się zwalczania chorób zakaźnych, jeden tylko sporny szczegół, tj. przewożenie chorych zakaźnych do szpitali epidemicznych Stwierdzam, że mamy dużo rozporządzeń i okólników, tyczących się zwalczania chorób zakaźnych, lecz wszystko to nie obejmuje całości i nie podaje skutecznego sposobu, któryby z pożytkiem dla chorych i społeczeństwa przyczynił się do stłumienia epidemij. Dlatego też widzimy rozbieżność sposobu zwalczania chorób zakaźnych w rozmaitych miejscowościach i powiatach. W jednym powiecie zamykają władze sanitarne gminę nawiedzoną chorobą zakaźną i wysyłają lekarza epidemicznego raz w tygodniu celem zarządzenia środków leczniczych i ochronnych, w innym powiecie wysyła się stałego lekarza do gminy zakażonej na czas trwania epidemji, często z dodatkiem policji państwowej, celem dopilnowania i wykonywania zarządzonych poleceń, w innym znowu powiecie wywozi się chorych zakaźnych do okolicznego szpitala epidemicznego, a w innym wreszcie zarządza się ustanowienie doraźnego szpitalika epidemicznego w opróżnionej szkole lub Urzędzie gminnym tejże miejscowości, nawiedzonej epidemją.

Są zatem 3 główne, podstawowe sposoby zwalczania epidemij, a to I) pozostawianie chorych w domu z tygodniowym lub najwięcej dwurazowym dojazdem w tygodniu lekarza do gminy nawiedzonej epidemją, 2) wywiezienie chorych do okolicznego szpitala epidemicznego i 3) ustanowienie doraźnego szpitalika epidemicznego w gminie na czas trwania epidemji. Pierwszy z tych sposobów jest najnieracjonalniejszy i zupełnie bezskuteczny, jest, otwarcie powiedziawszy, marnowaniem grosza publicznego wydanego na dojazdy lekarskie i wydane przez niego leki, bo lekarz wprawdzie wyda potrzebne zarządzenia ochronne, jednakowoż po jego wyjeździe ani wójt ani nikt inny w gminie się o to nie troszczy; zdrowi i krewni, mimo zakazu i mimo nalepionych kartek ostrzegawczych na domu zakaźnie chorego, odwiedzają go, a rodzina i otoczenie chorego prowadzą dotychczasowy tryb życia, wydalając się z domu i stykając się z obcymi. Przepisanych leków, chociaż stanowią one ogromny wydatek dla Skarbu Państwa, chorzy po większej części nie używają, gdyż z długiego letniego doświadczenia wiem, że chorzy nie mają do nich zaufania, jako zapisanych przez lekarza epidemicznego lub fizyka, i często można stwierdzić przy następnym dojeździe, że są zupełnie nietknięte, ukryte w szafie lub skrzyni, co się odkrywa przy sposobności przeprowadzenia odkażania. Przy tym sposobie zwalczania epidemij nie zdziałamy za tem niczego skutecznego, epidemja szerzy się dalej, mimo wydanych zarządzeń sanitarnych i przedkładanych tygodniowych raportów lekarskich, a epidemja wygasa sama.

Racjonalniejszy jest już drugi sposób zwalczania epidemji przez wywiezienie chorych do okolicznego szpitala epidemicznego, gdyż przez to usuwamy główne ogniska zakażenia, prowadzące

do szerzenia się epidemji. Jednakowoż i ten sposób ma swoje strony ujemne. Po pierwsze przewożenie ciężko chorych na chłopskich wozach na przestrzeni kilkunastu lub kilkudziesięciu kilometrów w porze zimowej lub deszczowej połączone jest z ogromnemi dolegliwościami, a nieraz nawet z uszczerbkiem zdrowia dla chorych, powtóre, takie przewożenie chorych przyczynia się często nie do stłumienia, lecz przeciwnie do szerzenia się epidemji, gdy weźmiemy pod uwagę, że taki przewóz zatrzymuje się zwykle koło jakiejś karczmy, lub, przejeżdżając przez obcą wieś, celem wypoczynku i popasu koni, a wówczas wiozący wraz z chorym wchodzą do chaty celem zagrzania i pokrzepienia się, przez co mogą stworzyć nowe ognisko epidemji w innej gminie. Oczywiście woźnica, przewożący chorych, narażony jest na zakażenie, jest on bowiem w ciągłej styczności z zawszawionemi kożuchami i łachami, ułożonemi na wozie, celem okrycia chorego. Nie pomoże w tym wypadku konwojowanie chorego pod nadzorem policjanta, gminnego lub jakiegoś innego posłańca, bo ci, podobnie jak i woźnica, często nie wierzą w zakażenie się przez wszy. Po wyjeździe z zakażonej gminy, zmęczeni, uszedłszy kilka kilometrów, siadają na wóz chorego mimo ostrego zakazu. Dalszą stroną ujemną przy tym sposobie zwalczania epidemji jest ta okoliczność, że chorzy ociągają się od wywiezienia ich z domu do daleko położonych szpitali epidemicznych, i aby temu zapobiedz, ukrywają się po strychach lub na stogach siana. Zdarza się wreszcie często, że po wywiezieniu chorego i nawet po przeprowadzeniu odkażenia zachoruje w krótkim czasie inny członek rodziny tegoż chorego, zatem znowu wywożenie i znowu odkażanie tego samego domu, i tak się możemy kilka razy obrócić w tem błędnem kole.

Najodpowiedniejszym i najskuteczniejszym jest trzeci sposób zwalczania chorób zakaźnych przez ustanowienie szpitali epidemicznych w gminach zakażonych, i to pod tym tylko warunkiem, jeżeli wraz z chorym zakaźnym zabierze się do szpitala epidemicznego całą rodzinę chorego celem przeprowadzenia dokładnego odkażenia ich i obserwacji przez 14 dni. Przez ten czas można przeprowadzić dokładne odkażenie opróżnionej chaty.

Rozumie się, że zakładany szpital epidemiczny musi mieć kilka budynków, a przynajmniej dom dla chorych, dom dla odosobnionych jeszcze nieodkażonych, dom dla odosobnionych już oczyszczonych i dom dla personalu szpitalnego oraz administracji szpitalnej. Szpital taki musi być zaopatrzony w łaźnię, aparat do odkażania, odpowiednią służbę i aprowizację.

Nie wchodzę tu w dokładny opis urządzenia takiego szpitala, ale każdy pojmie, że na to potrzeba przedewszystkiem pieniędzy i to dużo pieniędzy. Te jednakowoż pieniądze nie byłyby rzucone na marne i przyniosłyby istotny pożytek Krajowi i Państwu, gdyż przez systematyczne zwalczanie epidemji w ten sposób położylibyśmy wreszcie kres temu niewygasającemu u nas nieszczęściu, a pochłaniającemu tysiące ofiar.

Moloch wojny światowej, który pożarł miljony ofiar ludzkich i miljardy w pieniądzach był również przyczyną szerzenia się epidemij, jak cholery, duru osutkowego i ospy; jednakowoż wojskowe władze sanitarne nie szczędziły pieniędzy na racjonalne ich zwalczanie. Jako naoczny świadek i współpracownik przy zwalczaniu rozległych epidemij cholery i duru osutkowego po wyparciu Rosjan ze wschodniej Małopolski, mogę stwierdzić, że stłumiono je w krótkim przeciągu czasu, a to przez wybudowanie i urządzenie szpitali epidemicznych już to przez wybudowanie nowych, odpowiednich baraków, już też przez sprowadzenie doskonałych pod tym względem, gotowych, tak zwanych baraków Dekerta, lub wreszcie przez zarekwirowanie kilku opróżnionych chat w gminie zakażonej, dokądby zabierano nietylko chorych, ale całe ich otoczenie celem 14-dniowego spostrzegania i należytego odkażenia.

Nie szczędząc zatem wydatków pieniężnych, powinno się tembardziej w czasie pokoju w opisany sposób zwalczać choroby zakaźne, a skutek będzie niezawodny.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy rządowych w Państwie Polskiem. Oddział Lwowski.

Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie odbyło się w dniu 26. marca br. przy współudziale 24 członków i gości z oddziałów: krakowskiego (1), stanisławowskiego (1) i tarnopolskiego (2) z następującym porządkiem dziennym:

1. Sprawozdanie delegacji na Zjazd lekarzy rządowych, który się odbył w Poznaniu w dniach 30 i 31 października i 1 listopada 1921 [1]), poczem odczytano relację Prezydjum Związku państwowego o przebiegu audjencji, udzielonej przez Ministra Zdrowia publ. deputacji, która wręczyła memorjał opracowany na podstawie uchwał Zjazdu poznańskiego, nadto (umieszczone w Nr. 6-tym „Polskiej Gazety Lek.") sprawozdanie z konferencji, odbytej w Ministerstwie zdrowia publ. w dniu 15 stycznia 1922 w sprawie ustalenia zasad organizacji państwowej służby zdrowia.

2. Zaproszony przez Prezydjum prof. Gröer wygłosił piękny wykład na temat „Ogólne zasady opieki nad dzieckiem ze stanowiska lekarskiego", którego obecni wysłuchali z wielkiem zajęciem.

3. Kol. Stangenhaus odczytał wyczerpujący referat o pracy biurowej lekarzy powiatowych, przedkładając cały szereg wniosków, poczem rozwinęła się ożywiona dyskusja.

4. Omówiono sprawę organizacji walki z gruźlicą w powiatach.

5. Zastanawiano się nad przeprowadzeniem organizacji pomocy lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych.

6. Przeprowadzono dyskusję informacyjną w sprawie szczepień szczepionką Tetra, zarządzonych przez Naczelny Nadzw. Komisarjat do spraw walki z epidemjami.

Obrady trwały od g. 9 rano do późnego wieczora z krótką przerwą obiadową, a uczestnicy rozjechali się z poczuciem dobrze spełnionego obowiązku obywatelskiego i koleżeńskiego. Wydział Oddziału Lwowskiego Z. L. Rz. zajmie się wykonaniem zapadłych uchwał.

[1]) p. Polskie Czasopismo lek. Nr. 7 z r. 1921.

Związek lekarzy Małopolski

206 posiedzenie Wydziału z dnia 4 marca 1922.

Przewodniczy Dr. Cercha, sekretarz Dr Kostecki. Obecni: Prezydent Izby lekarskiej Dr. Strzemieński; członkowie Wydziału: Dr. Bannet, Dr. Grzybowski, Dr. Nartowski, Dr. Poźniak, Dr. Stahr i Dr. Żydłowicz. Przewodniczący Dr. Cercha zdaje sprawę z posiedzenia delegatów stowarzyszeń urzędniczych z delegatami Izby lekarskiej i Związku lekarzy. Delegaci lekarzy Dr. Strzemieński i Dr. Cercha oświadczyli gotowość rokowań co do uprzystępnienia pomocy lekarskiej, niezamożnym urzędnikom jedynie z organizacją urzędników. Lekarze są skłonni do daleko idących ustępstw z zastrzeżeniem wolnego wyboru lekarza. Jedynie organizacja urzędników mogłaby wydawać chorym poświadczenia do lekarzy. W razie nadużyć lub przemycania zamożnych chorych ustępstwa ze strony lekarzy mają być natychmiast cofnięte. Z powodu nieobecności sprawozdawcy organizacji urzędników obrady miały cechę poufnego porozumienia się; rzeczowych uchwał nie powzięto.

Dr. Żydłowicz odczytuje pismo do lekarzy w Małopolsce, którzy nie należą dotychczas do Związku. Ma się ono pojawić w „Polskiej Gazecie lekarskiej", lub jako osobna odbitka.

Dr. Stahr przedstawia zatarg Dra Joachima Fraenkla z Tarnowa z tamtejszą now. Kasą chorych, która lekarzowi temu wypowiedziała posadę, pomimo jego 15-letniej wzorowej służby. Uchwalono zwrócić się do przewodniczącego tarnowskiego Koła Związku Lekarzy Małopolski, Dra Jana Zbiegniewicza, aby w Imieniu Związku zażądał od referenta Kas chorych tamże powołania do życia Komisji Pojednawczej do dni czternastu (w myśl § 84 z 19 V. 1920 ust. o ubezp. społecz.) i oświadczył, że, jeżeli Komisja ta nie zostanie zwołaną celem rozstrzygnięcia zatargu, Związek zawiesi bojkot nad powiatową Kasą chorych w Tarnowie.

Wśród 400 członków Kasy pogrzebowej Związku znajduje się jeszcze 17 członków, którzy nie są członkami Związku. Są to ci członkowie dawnej Samopomocy lekarzy Galicji, Śląska i Bukowiny, którzy w swoim czasie z powodu chwilowego rozbicia się Związku lekarzy Galicji i W. Ks. Krak. nie przystąpili do niego a którym zezwolono na należenie do Kasy pogrzebowej w celu jej podtrzymania. Uchwalono wezwać tych 17 kolegów do przystąpienia do Związku lekarzy Małopolski, w przeciwnym razie wykreślić ich z listy członków Kasy pogrzebowej.

Uchwalono wezwać kilkunastu członków Związku i Kasy pogrzebowej do zapłacenia wkładek, z któremi notorycznie zalegają od szeregu lat; w razie niezapłacenia do 8 dni od chwili uwiadomienia odstąpić ściągnięcie wkładek syndykowi Związku na drodze cywilnej.

Dr. *Kostecki*, sekretarz. Dr. *Cercha*, przewodniczący.

† Śp. Dr. Stanisław Jasieńczyk Jabłoński.

Dnia 29 marca br. miasto Rrzeszów żegnało na zawsze, po raz ostatni, jednego ze swych obywateli nie przeciętnej miary, postaci bardzo wybitnej, śp. Dra Jabłońskiego, człowieka, który przeszło od lat 40 zżył się z tem miastem.

Śp. Dr. Jabłoński, urodzony w r. 1852 w Baryczce pod Rzeszowem, ukończył studja gimnazjalne w I. gimn. w Rzeszowie, fakultet medyczny zaś na uniwersytecie krakowskim, poczem w r. 1874 osiadł w rodzinnem mieście, Rzeszowie. Przez długie lata był dyrektorem szpitala powsz. w temże mieście, jakoteż przez szereg lat burmistrzem i równocześnie posłem na Sejm Krajowy we Lwowie. Jako lekarz cieszył się ogólną sympatją i ogromnie rozległą praktyką. Jako burmistrz przyczynił się do znacznego rozwoju miasta, głównie przez przyłączenie sąsiednich przysiółków, przez wybudowanie szeregu szkół i zaprowadzenie oświetlenia gazowego i elektrycznego, z powodu czego Rzeszów stał się jednym z większych miast Polski. To też w nagrodę zasług względem tego miasta po 25-letniej zasłużonej pracy na placówce burmistrza otrzymał dyplom honorowy obywatelstwa m. Rzeszowa. W życiu społecznem i towarzyskiem nie było placówki, na, którejby śp. Dr. Jabłoński nie pracował. Zrezygnowawszy z burmistrzowstwa objął dyrekturę Kasy Oszczędności, w której do końca życia był czynny. Przed kilku miesiącami usunął się w zacisze życia domowego, gdzie niebawem śmierć położyła koniec życia zasłużonego obywatela-patrjoty.

Postać wybitna, nieprzeciętna, na długo pozostanie w pamięci Rzeszowa.

Cześć Jego pamięci!

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Ze Zjazdu Zdrojowisk i Uzdrowisk polskich. Z inicjatywy Tow. właścicieli realności lekarzy i przemysłowców w Krynicy odbył się w Krakowie Zjazd polskich Zdrojowisk i Uzdrowisk w dniach 10 i 11 marca b. r. Ze zdrojowisk jawili się delegaci: Nałęczowa, Ciechocinka, Rabki, Szczawnicy, Iwonicza, Rymanowa, Krynicy, z uzdrowisk: Zakopanego, Worochty i Jaremcza. Rząd przedstawiali wysłannicy Min. Robót Publ., Min. kolei, i Wojew. krakowskiego. Sejm przedstawiał Dr. Rottermund. Brakło reprezentantów Min. Zdrowia Publ. Instytucje społeczne zastępowali: Wydział Tow. balneologicznego w Krakowie i 5 delegatów polskiego Związku Zdrojowisk i Uzdrowisk we Lwowie. Wygłoszono 7 referatów, a mianowicie:

1. Ustawa zdrojowa (p. Ziembiński, Ciechocinek).
2. Ochrona lokatorów, a zdrojowiska (Dr. Westreich, Lwów).
3. Odbudowa wojną zniszczonych zdrojowisk i uzdrowisk i pomoc Rządu Dr. J. Zakrzewski Lwów).
4. Komunikacja kolejowa i drogowa do Zdrojowisk i Uzdrowisk (Dr. Lewicki, Lwów).
5. Stosunek prasy do zdrojownictwa (p. Szczerbiński, Kraków).
6. Unormowanie cen mieszkań i pensjonatów (Dr. Westreich, Lwów).
7. Sprawa utworzenia Izb Zdrojowych (Dr. Łobaczewski, Lwów).

Po wyczerpaniu szczegółowej dyskusji uchwalono wystosować odpowiednie memorjały do Min. Skarbu i Min. kolei w sprawie budowy nowych połączeń komunikacyjnych, uwzględniających potrzeby zdrojownictwa w Państwie, założenie Banku zdrojowego, Izby zdrojowej, która powinna wchłonąć wszystkie obecne zrzeszenia, pracujące na polu zdrojownictwa i w. i. Wykonanie uchwał poruczono w części Tow. balneologicznemu w Krakowie, w części polskiemu Związkowi zdrojowisk i uzdrowisk we Lwowie *J. Z.*

Lwów.

O s t r z e ż e n i e. Koledzy, mający zamiar osiedlić się w Sokołowie koło Rzeszowa, względnie starać się o posadę lekarza miejskiego, zechcą we własnym interesie przed poczynieniem jakichkolwiek starań w tym kierunku, porozumieć się z Zarządem Związku okręgowego lekarzy P. P. lub z Izbą lekarską we Lwowie (Lindego L. 5). Ze Związku okręgowego lekarzy Państwa Polskiego, we Lwowie.

Prezydent Dr. *Papée* m. p.

Lwowskie Towarzystwo higjeniczne, które z powodu wypadków wojennych zawiesiło czasowo swoje czynności, podjęło działalność z rokiem bieżącym. Pragnąc wypełnić zadanie organizacji, której głównym celem jest r o z p o w s z e c h n i a n i e zasad higjeny wśród najszerszych warstw społeczeństwa, chcąc w zmienionych warunkach politycznych, społecznych i ekonomicznych spełnić należycie rolę czynnika obywatelskiego współdziałającego z własnym Rządem i Państwem w uzdrowotnieniu kraju, odzywa się Wydział Towarzystwa higjenicznego do P. T. Inżynierów, Nauczycielstwa, Świata lekarskiego i wszystkich ludzi dobrej woli, a w myśl hasła, że n a j w i ę k s z e m b o g a c t w e m k r a j u j e s t z d r o w i e j e g o m i e s z k a ń c ó w, zaprasza do wpisywania się w poczet członków Towarzystwa higjenicznego.

Wpisy przyjmują: Przewodniczący Dr. Jan Opieński laboratorjum chem. lekarskie, Senatorska 5, i skarbnik Towarzystwa Dr. Maksymiljan M o s l e r, Wojewódzki Wydział Zdrowia ul Karmelicka 4. Wkładka członka wynosi 50 Mk. miesięcznie, z prenumeratą zaś miesięcznika „Zdrowie“ 1·0 Mk. miesięcznie. Wpisowe: 100 Mk. *Dr. Jan Opieński*, przewodniczący. *Dr. Leon Krzemicki*, sekretarz. *Dr. Maksymilian Mosler*, skarbnik.

Z różnych stron.

Rodak nasz, lekarz, zamieszkały od dłuższego czasu w Paryżu, Dr. W. Bugiel, wydał niedawno w Paryżu nakładem Bossarda rzecz p. t. „*La Pologne et les Polonais*“. str. 390, w małej 8-ce. Cena 9 fr. Książka napisana z doskonałem zrozumieniem potrzeb publiczności francuskiej, żywo i barwnie, obejmuje geografję, historję, literaturę, sztuki piękne, stosunki społeczne i ekonomiczne. Całość jest bardzo na czasie. *Sz.*

Wyludnienie Rosji przechodzi znacznie śmiałe nawet przypuszczenia, jak dowodzą wyniki spisu ludności z r. 1920. Zwłaszcza niektóre miasta opustoszały przerażająco w porównaniu z r. 1913. I tak np. w Moskwie ludność spadła z 1,817.000 na 1,028.06·, w Piotrogrodzie z 2,319.000 na 706.000! Podobne liczby dotyczą także miast mniejszych. (Presse méd. Nr. 21. z 15. III. 1922.)

Zmarli.

Dr. Stanisław J a b ł o ń s k i, honorowy obywatel i długoletni burmistrz m. Rzeszowa, b. poseł na Sejm galicyjski, w którym był przez szereg lat czynny w sprawach szpitalnictwa, były wiceprezes Rady powiatowej i były dyrektor szpitala w Rzeszowie, w 70 roku życia

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych w Państwie za czas od 1 do 28 stycznia 1922 r.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Ospa	Dur brzuszny	Dur osutk.	Dur powrotny	Czerwonka	Płonica	Błonica	Zimnica	Gruźlica	Grypa	Nagminne zapalenie opon
Warszawa miasto	ch.	2 (1)	44 (9)	194 (32)	59 (3)	8 (2)	101 (16)	20 (6)	—	62 (141)	5 (6)	1 (1)
	ż.	2 (0)	12 (4)	61 (3)	13 (0)	—	10 (4)	11 (5)	—	14 (18)	2 (0)	2 (3)
Białostockie	ch.	7 (0)	181 (19)	1322 (257)	1852 (102)	29 (18)	93 (11)	41 (0)	10 (1)	4 (13)	364 (11)	—
	ż.	1 (0)	33 (0)	184 (18)	452 (36)	—	23 (1)	8 (0)	—	0 (6)	144 (0)	—
Kieleckie	ch.	38 (5)	180 (7)	149 (13)	14 (0)	2 (0)	62 (6)	5 (0	3 (0)	4 (8)	115 (5)	1 (0)
	ż.	3 (0)	22 (1)	20 (0)	2 (0)	2 (0)	5 (0)	1 (0)	—	—	22 (0)	—
Krakowskie	ch.	6 (2)	157 (27)	120 (25)	3 (1)	16 (6)	101 (14)	10 (1)	—	2 (56)	58 (5)	2 (1)
	ż.	—	7 (1)	17 (0)	—	—	15 (2)	—	—	0 (5)	—	—
Lubelskie	ch.	8 (2)	130 (4)	640 (26)	679 (45)	4 (0)	33 (13)	19 (0)	1 (0)	24 (6)	99 (0)	2 (0)
	ż.	1 (0)	13 (1)	37 (0)	22 (0)	—	12 (2)	1 (0)	—	2 (1)	—	2 (0)
Lwowskie	ch.	—	161 (29)	305 (45)	86 (24)	11 (6)	418 (71)	15 (7)	—	24 (97)	126 (1)	0 (1)
	ż.	0 (2)	15 (1)	7 (2)	2 (0)	—	27 (4)	4 (1)	—	4 (14)	34 (0)	—
Łódź miasto	ch.	2 (og. 1)	34 (og. 7)	24 (og. 7)	1 (og. 0)	—	13 (og. 5)	2 (og. 5)	—	0 (96)	-	2 (og. 0)
	ż.	0	13	18	0	—	2	3	—	0 (13)	—	0
Nowogrodzkie	ch.	—	67 (4)	253 (7)	545 (30)	8 (0)	26 (0)	5 (0)	1 (0)	9 (0)	467 (21)	1 (0)
	ż.	—	5 (0)	42 (5)	53 (5)	—	3 (1)	—	—	3 (0)	186 (8)	—
Poleskie	ch.	11 (2)	204 (5)	1221 (37)	1730 (43)	118 (0)	49 (2)	33 (5)	9 (0)	25 (0)	76 (2)	3 (1)
	ż.	—	12 (0)	21 (1)	25 (0)	—	8 (0)	11 (0)	5 (0)	9 (1)	—	1 (0)
Pomorskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Poznańskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż											
Śląsk Cieszyński	ch.	1 (0)	—	—	—	3 (0)	3 (0)	3 (0)	38 (4)	—	—	—
	ż	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stanisławowskie	ch.	41 (34)	97 (7)	207 (27)	9 (2)	11 (1)	208 (47)	9 (2)	—	0 (36)	13 (0)	2 (1)
	ż.	1 (0)	2 (0)	4 (2)	—	—	17 (2)	—	—	0 (12)	3 (0)	—
Tarnopolskie	ch.	4 (1)	47 (5)	119 (17)	2 (0)	—	140 (24)	5 (0)	—	6 (11)	15 (1)	1 (0)
	ż.	1 (0)	4 (0)	8 (3)	—	—	15 (1)	1 (0)	—	2 (5)	3 (0)	0 (1)
Warszawskie	ch.	2 (0)	147 (9)	117 (6)	14 (0)	8 (0)	76 (19)	23 (2)	—	22 (20)	276 (1)	1 (0)
	ż.	—	10 (0)	5 (0)	—	—	3 (1)	—	—	4 (3)	17 (0)	—
Wołyńskie	ch.	49 (0)	525 (21)	1033 (87)	666 (32)	8 (0)	195 (6)	50 (1)	79 (0)	13 (0)	128 (0)	—
	ż.	—	36 (0)	145 (12)	147 (4)	1 (0)	30 (0)	1 (0)	2 (0)	2 (0)	1 (0)	—

Ch = chrześcijanie, ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych. Og. = ogółem chrześcijan i żydów.

Nr. 16. 16 kwietnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. dr. A. Januszkiewicz. Wilno.

Podstawowe metody badania w diagnostyce.

Wykład wstępny przy objęciu kliniki diagnostycznej Uniwersytetu Stefana Batorego we Wilnie d. 4. II. 1922.

W bieżącym roku akademickim Wydział lekarski Uniwersytetu Stefana Batorego rozpoczął studja trzeciego kursu. Obsadzono nowe katedry i zorganizowano potrzebne zakłady i pracownie. Mnie powierzono odpowiedzialne stanowisko profesora diagnostyki i terapji ogólnej wraz z kierownictwem kliniki diagnostycznej chorób wewnętrznych. Za to wielkie odznaczenie serdecznie Wydziałowi dziękuję. Gdy jednak w tej nowej dla mnie roli po raz pierwszy tu staję, nie wiem, naprawdę, jakie uczucie we mnie przeważa: czy radość i duma, czy obawa, że zbyt trudnego podjąłem się zadania, że mi sił i umiejętności zabraknie, by godnie wywiązać się i z tych obowiązków, które na mnie wkłada ogrom współczesnej wiedzy lekarskiej, i z tych, które wynikają ze świetnych tradycyj Wszechnicy naszej.

W bieżącym roku upływa osiemdziesiąt lat od chwili, gdy wileńska medyko-chirurgiczna Akademja, została zamknięta a z nią jednocześnie istnieć przestała i klinika chorób wewnętrznych.

Historja tej kliniki jest, naprawdę, niezwykła: została ona założona w 1804—5 r. przez Jana Piotra Franka, jednego z najbardziej znanych klinicystów zachodu, który od 1784 r. kierował kolejno klinikami w Gietyndze, Pawji i Wiedniu i całe swoje wieloletnie doświadczenie włożył w organizację tej pierwszej kliniki wileńskiej. Spełniwszy to zadanie, Jan Piotr Frank wyjechał do Petersburga, a kierownictwo powierzył synowi swemu, Józefowi, byłemu profesorowi kliniki terapeutycznej w Pawji. Józef Frank świetnie prowadził klinikę w ciągu osiemnastu lat. Po nim objął ją jeden z najlepszych uczniów Franka, Wincenty Herberski, a gdy po czterech latach umarł, klinika została powierzona Jędrzejowi Śniadeckiemu, który znakomicie ją prowadził w ciągu lat jedenastu.

Po śmierci Śniadeckiego w 1838 r. dyrektorem kliniki został Feliks Rymkiewicz, który wykładał na Uniwersytecie wileńskim encyklopedję nauk lekarskich i fizjologję do 1837 r., a od tego roku patologję i terapję szczegółową. Był to czwarty i ostatni kierownik kliniki przez trzydzieści siedm lat jej istnienia, od 1. marca 1805 r. do 1. lipca 1842 r.

Gdy się myśli i mówi o klinice terapeutycznej Uniwersytetu wileńskiego, to się z nią łączy zawsze imiona Franków i Śniadeckiego, zapominając zwykle o Herberskim i Rymkiewiczu. Wynika to przedewszystkiem stąd, że ci ostatni pracowali dla kliniki nie długo, wiele zrobić nie mogli i zasług szczególniejszych położyć nie zdążyli. Byłoby jednak niesłusznem i krzywdzącem mniemanie, że to byli ludzie przeciętni, czy niedorośli do swego stanowiska. Przeciwnie, obaj stali na wysokości współczesnej wiedzy lekarskiej; wykształceni teoretycznie i praktycznie, byli oni nawet pionierami nowych fizykalnych sposobów badania klinicznego, nieznanych dotąd we Wilnie, zaś w ogólnem prowadzeniu kliniki nie odbiegali od zasad swych poprzedników. Jeżeli pomimo to jednak ci dwaj ludzie pozostali w cieniu, to winien tu ten blask oślepiający, jakim gorzała sława Franków i Śniadeckiego, sława, wobec której współzawodnictwo dla ludzi nowych było bardzo trudne i wymagało dłuższego czasu.

Chcę przez to powiedzieć, że nietylko organizator kliniki, słynny Jan Piotr Frank, nietylko Józef Frank i Jędrzej Śniadecki, lecz i Wincenty Herberski i Feliks Rymkiewicz byli wysoce wykształconymi lekarzami i utalentowanymi kierownikami kliniki i że wszyscy oni utrzymywali ją na prawdziwie wysokim poziomie. To też dzięki przedewszystkiem tym ludziom i tej klinice w ciągu krótkiego czasu na szerokim terenie wpływów Uniwersytetu wileńskiego zasadniczo zmieniły się warunki, w jakich do tego czasu znajdował się tu stan lekarski i nauka lekarska.

Przy końcu XVIII. i na początku XIX. stulecia mieliśmy tylko jeden zorganizowany Wydział lekarski na Uniwersytecie krakowskim, który nie mógł zadowolić potrzeb całego kraju. Medycyna w znacznej części spoczywała w ręku lekarzy obcych, a że i swoich i obcych naogół było niewielu, leczeniem zajmowali się także źle do tego przygotowani felczerzy, znachorzy i poprostu szarlatani. Taki stan rzeczy nie mógł dobrze usposobić społeczeństwa do lekarzy i wyrobił w niem pewną pogardę do stanu i zawodu, które oceniano jako rzemiosło, lub, co najwyżej, sztukę, najmniej jednak jako naukę. To też na początku swego istnienia Wydział lekarski Uniwersytetu wileńskiego, a więc i klinika terapeutyczna, miały bardzo mało słuchaczy i Józef Frank musiał poważnie zabiegać o to, by niechęć młodzieży do studjowania medycyny przełamać. Założone w 1805 roku przez Józefa Franka, przy czynnym udziale Jędrzeja Śniadeckiego, Towarzystwo lekarskie wileńskie wpłynęło skutecznie na zbliżenie lekarzy do społeczeństwa i znacznie podniosło powagę stanu lekarskiego. Jednak przyczynił się do tego przedewszystkiem świetny naogół stan personalny Wydziału lekarskiego i dobre postawienie klinik, co mocniej i dobitniej, niż każdy inny argument, przemawiało na korzyść zawodu lekarskiego, pojętego jako prawdziwa nauka, oddana w imię najszczytniejszych haseł na usługi cierpiącej ludzkości. Młodzież coraz tłumniej zaczęła uczęszczać na Wydział lekarski, a w okresie, gdy Śniadecki kierował kliniką, doszło do takiej frekwencji słuchaczów, że się zaczęto obawiać nadprodukcji lekarzy w kraju i żartowano, że doktorzy medycyny wyrastają jak grzyby po deszczu.

Głośna za granicą sława Franków nadała odrazu ton wileńskiej Szkole lekarskiej, ton, zgodny ze stanem całego Wydziału i z duchem całej Wszechnicy. Sława ta udzieliła się bezpośrednio klinice terapeutycznej i przetrwała przez cały czas jej istnienia dzięki godnym następcom Franków. To też, gdy w 1842 r. uderzył w nas jeden z tych gromów, które tak gęsto raziły Polskę, to zamknięto kwitnącą uczelnię i zmieniono w gruzy to, co miało wszelkie prawo do istnienia. Nad bujnem życiem zapanowała cmentarna cisza. Dziś, gdy się odwróciła szczęśliwa karta historji naszej, gdy sięgamy ręką, by odwalić kamień grobowca, chcielibyśmy powstającą zeń do nowego życia uczelnię przystroić odrazu w szaty, godne jej świetnej przeszłości. Chcielibyśmy tembardziej, że rozumiemy, jak to zadanie w obecnych warunkach jest trudne do urzeczywistnienia. To świetne kierownictwo i to uposażenie kliniki wileńskiej, które przed laty postawiło ją w szeregu najlepszych, byłoby niewystarczające w stosunku do obecnych wymagań.

Ogrom współczesnej wiedzy lekarskiej, dający do użytku kliniki wielorakie środki i sposoby rozpoznawania i leczenia, czyni pracę kliniczną coraz bardziej powikłaną i odpowiedzialną, chociaż zarazem wdzięczniejszą.

W porównaniu z tem, co było przed stu laty, stoimy wobec olbrzymiego dorobku naukowego. Fizjologja i chemja lekarska, patologja ogólna, anatomja patologiczna, bakterjologja z serologją i rentgenografja znakomicie się przyczyniły do pogłębienia nauki o chorobach wewnętrznych i do rozwoju diagnostyki.

W okresie tym zmieniły się zasadniczo pojęcia o etiologji chorób. Dzięki temu jednostki chorobowe całkiem różne, a zmieszane w jedno tylko na podstawie pozornego podobieństwa, zostały ściślej określone i wyodrębnione, z dru-

giej zaś strony na zasadzie jedności etiologicznej połączono we wspólne grupy pozornie całkiem niepodobne do siebie sprawy. W tej klasyfikacji chorób odegrała pierwszorzędną rolę bakterjologja i anatomja patologiczna, wprowadzając ściśle naukowe dane na miejsce zdobytych zwykłe spostrzeganiem lub nawet tylko wyrozumowanych. Anatomja patologiczna w sojuszu z kliniką dała podstawę do świetnego rozwoju diagnostyki anatomicznej, często bardzo subtelnej w określaniu i miejsca i charakteru zmian, a jednak pomimo to całkiem pewnej. Kierunek ten dał olbrzymie korzyści, jednak, jak się z czasem okazało, anatomja patologiczna nie zdołała wytłumaczyć nam wielu objawów chorobowych i dać odpowiedzi na rozmaite pytania, powstające przy łóżku chorego. Dla wyjaśnienia takich spraw na pomoc anatomji patologicznej przyszła w dalszym rozwoju nauki patologja ogólna, wprowadzając badania nad sprawnością czynnościową poszczególnych narządów i układów. Na tej drodze zdobyto znowu cały szereg danych, znakomicie wzbogacających patologję szczegółową i metody diagnostyczne. W ten sposób zaczęła się rozwijać diagnostyka czynnościowa, dopełniająca rozpoznawanie anatomiczne. Ale w ocenie stanu poszczególnych narządów interesuje nas nietylko charakter i stopień zmian anatomicznych i zaburzeń funkcjonalnych, lecz również i ten zasób sił i energji, jakim rozporządza dany narząd, czy to chory, czy nawet zdrowy, o ile w warunkach danej choroby na nim właśnie oparte jest rokowanie co do dalszego przebiegu sprawy i losu chorego. Jest to już diagnostyka czynnościowa o charakterze „potencjalnej“, dająca nam cenne wskazówki i co do rokowania i co do leczenia. Z pojęciem o sprawności czynnościowej i energji potencjalnej poszczególnych narządów wiąże się ogólne zagadnienie konstytucji. Zagadnienie to, tak stare, jak medycyna, rozmaicie pojmowane i rozwiązywane, zostało poddane dzięki Martiusowi w ciągu ostatnich dziesięciu lat ściślejszej naukowej rewizji. Ocena konstytucji, pojętej w znaczeniu dynamicznem, chociaż niewątpliwie związanej z organizacją danego ustroju, jest tem tłem, na którem także opieramy obecnie w pewnym stopniu nasze rozpoznanie, a przedewszystkiem rokowanie.

Otóż, zgodnie z powyższem, w naszem rozpoznaniu lekarskiem uwzględniamy obecnie następujące tego rozpoznania części składowe: 1) obraz kliniczny, t. j. skargi chorego i przypadłości, 2) zmiany anatomiczne, 3) zmiany czynnościowe, 4) pierwiastek etiologiczny i 5) pierwiastek konstytucyjny. Dopiero uwzględnienie tych wszystkich pozycyj prowadzi do takiego rozpoznania, które nam daje pełny obraz i na którem możemy oprzeć leczenie i rokowanie.

Aby zadość uczynić tym wymaganiom, posługujemy się obecnie w diagnostyce wieloma sposobami badania klinicznego, zacząwszy od fizykalnych, z których najważniejszemi są: oglądanie, opukiwanie, osłuchiwanie i obmacywanie, a kończąc na tych wszystkich metodach, które nam daje fizjologja, chemja, bakterjologja, serologja, elektro- i rentgenodiagnostyka. Te metody laboratoryjne niezwykle się rozwinęły w ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat. Każdy dział chorób wewnętrznych rozporządza wielką ich ilością. Metody te przeważnie posługują się specjalnemi przyrządami, z których jedne są dość proste i łatwe w użycin, inne bardzo złożone, drogie i wymagające specjalnych studjów dla umiejętnego obchodzenia się z niemi. Gdybym chciał tylko wyliczyć te wszystkie przyrządy i nazwać metody laboratoryjne, służące do celów diagnostyki w chorobach zakaźnych, w hematologji, w chorobach układu krwionośnego, oddechowego i trawiennego, w chorobach nerek, wymiany materji i t. d., to samo wyliczanie tych nazw zajęłoby niemało czasu.

Wartość tych metod jest rozmaita: jedne z nich wyjaśniają nam w formie kategorycznej istotę choroby, inne, z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem, znów inne służą do wyjaśnienia rozmaitych szczegółów danego cierpienia i w ten sposób pogłębiają jego poznanie. Gdybym sięgnął po porównanie do sztuki malarstwa, tobym powiedział, że obecny stan diagnostyki daje nam często znakomicie wykończone obrazy, gdzie każdy szczegół jest żywy i dużo mówi, a czasem jeszcze musimy poprzestawać na szkicu, dającym tylko zarys ogólny.

Rozmaite choroby gorączkowe zakaźne często nie mogą być rozpoznane na podstawie przebiegu klinicznego i danych badania fizykalnego, nietylko w pierwszym swym okresie, lecz nieraz i później, o ile osutka nie występuje w swym zwykłym terminie, nie jest typowa lub wcale jej niema. Często stajemy wobec zagadnienia, co mamy przed sobą: dur brzuszny, osutkowy, czy gorączkę powrotną, dur brzuszny czy paratyfus, dur brzuszny czy ostrą gruźlicę rozsianą. Często stajemy w niepewności wobec nietypowo przebiegającej zimnicy lub włóknikowego zapalenia płuc, wylegającego się skrycie, w głębi płata i t. d.

W większości takich przypadków badanie krwi wykrywa istotny charakter cierpienia albo drogą bezpośredniego wykazania zarazka w osoczu lub w ciałkach krwi, albo metodą pośrednią, aglutynacyjną lub metodą odchylania dopełniacza. W innych przypadkach drogą obliczania ilości białych ciałek krwi i ich wzajemnego stosunku otrzymujemy dane, zbliżające nas przynajmniej do tego rozpoznania. W przypadkach chorób zakaźnych poddajemy badaniu w celach diagnostycznych także rozmaite wydaliny i wydzieliny.

Jeżeli u wychudzonego chorego, który przez czas dłuższy kaszle, gorączkuje i poci się rankami, znajdujemy przytłumienie nad jednym ze szczytów płucnych, zaostrzony szmer oddechowy, przedłużony wydech o charakterze nieokreślonym lub oskrzelowym, a przytem rzężenia trzeszczące po kaszlu, to, opierając się na tym bardzo wyraźnym zespole objawów, rozpoznamy gruźlicę płuc. W olbrzymiej większości przypadków będziemy mieli zupełną słuszność, w niektórych jednak takich przypadkach, pomimo wielokrotnych badań plwociny, laseczników gruźliczych w niej nie znajdziemy i pomimo najracjonalniejszego leczenia poprawy nie otrzymamy, aż w końcu, zbadawszy krew chorego metodą Wassermanna, przekonamy się, że choroba, tak uderzająco podobna do gruźlicy, powstała na tle kiły. Odnośne leczenie da tu w stosunkowo prędkim czasie zupełną poprawę.

W chorobie nerek dla dokładnego zdania sobie sprawy, z jaką postacią mamy do czynienia, z zapaleniem nerek, nefrozą, czy postacią mieszaną, a także do wyjaśnienia, o ile sprawa jest posunięta i czy nie grozi bliską mocznicą, przy mocznicy zaś określenie rodzaju jej, wszystko to wymaga, poza metodami fizykalnemi, także badania laboratoryjnego moczu, chemicznie i mikroskopowo, przerobienia próby wodnej i koncentracyjnej, określenia sfygmomanometrycznie wysokości parcia krwi, zawartości azotu niebiałkowego lub stężenia drobinowego surowicy krwi. Te badania laboratoryjne wyjaśnią nam, z jakiemi zmianami patologo-anatomicznemi, a jeszcze pewniej, z jakiemi zmianami czynnościowemi mamy tu do czynienia, dadzą wskazówki co do leczenia, a w ostrej mocznicy wyjaśnią, czy mamy zastosować upust krwi, czy nakłucie lędźwiowe.

Ważna z chirurgicznego punktu widzenia sprawa usunięcia chorej nerki wymaga ścisłego określenia zdolności czynnościowej drugiej nerki. W tym celu drogą cewnikowania moczowodów otrzymujemy możność zbadania każdej nerki z osobna, przerabiając badanie moczu na patologiczne składniki i stosując próbę barwikową z błękitem metylenowym lub karminem i inne, których jest cały szereg.

Może w żadnej innej dziedzinie chorób wewnętrznych nie było tyle trudności w zróżcniczkowaniu rozmaitych jednostek chorobowych, co w patologji żołądka, w tej epoce, kiedy musiano opierać się tylko na skargach chorego i na badaniu fizykalnem. Metodyczne, gruntowne badanie jamy brzusznej przy pomocy oglądania, opukiwania, a szczególnie obmacywania, powstało i zaczęło się popularyzować zaledwie w ostatnich latach ubiegłego stulecia. Przedtem była to dziedzina całkiem dziewicza, ograniczająca wyniki badania do najprostszych, mało mówiących wniosków. Pozostawała, jako jedyne oparcie, symptomatologja, zbierana drogą wywiadów. Otóż co do tego, to wiemy, jak zazwyczaj niepewne dane otrzymujemy drogą wywiadów, jeżeli chodzi

o choroby żołądka. Nawet obecnie, znając dobrze symptomatologję tych chorób, często nie możemy drogą najracjonalniej zadawanych pytań otrzymać takich wskazówek, któreby nas upewniły co do istotnego charakteru cierpienia. Badanie fizykalne, jakiem rozporządzamy obecnie w tej dziedzinie, daje nam pewne wyniki wtedy, gdy chodzi o wyraźne zmiany anatomiczne, a więc o zmiany w pozycji i objętości żołądka, upośledzenie zdolności ruchowej, guzy, o ile są dość duże i umiejscowione w okolicach, dostępnych badaniu, i t. p. Patologja żołądka pozostałaby dotychczas ciemną i zawiłą, gdyby nie przyszła nam na pomoc diagnostyka czynnościowa z chwilą, gdy Leube zastosował do badań żołądka zgłębnik i gdy nauczyliśmy się badać chemicznie i mikroskopowo zawartość żołądka. Dzięki tej metodzie rozpoznajemy obecnie cały szereg chorób żołądka, opartych na zmianach czynnościowych i anatomicznych, z całą ścisłością. Oprócz tej metody uciekamy się w chorobach żołądka do rentgenografji, która daje nam tutaj znakomite wyniki, najczęściej jako dane uzupełniające. Przy pomocy rentgenografji rozpoznajemy tu zmiany anatomiczne i niektóre zaburzenia czynnościowe.

W rozpoznawaniu chorób serca posunęliśmy się bardzo daleko, najpierw dzięki anatomji patologicznej i wydoskonalonym metodom badania fizykalnego, następnie — dzięki metodom badania czynnościowego. Przy pomocy oglądania, opukiwania, osłuchiwania i obmacywania określamy, czy sprawa obejmuje osierdzie, mięsień sercowy, czy jest ostra, czy przewlekła, świeża, czy dawna. W wadach zastawkowych odróżniamy wrodzone od nabytych i z wielką ścisłością określamy, do których otworów należy je odnieść i czy są proste, czy złożone.

W bardziej zawiłych przypadkach schorzeń serca, szczególnie gdy chodzi o zmiany w mięśniu jego, uciekamy się do sposobów pomocniczych, więc przedewszystkiem graficznych: zapisujemy przy pomocy sfygmografu krzywą tętna lub zapomocą poligrafu zapisujemy naraz dwie lub trzy krzywe — z tętnicy sprychowej, żyły szyjnej i koniuszka serca. Gdy te dane nie wystarczają, dopełniamy je badaniem prądów elektrycznych mięśnia sercowego otrzymując odnośną krzywą przy pomocy elektrokardjografu. Dzięki metodzie graficznej dochodzimy do takich szczegółów w rozpoznawaniu, że np. przy niemiarowości możemy określić, jaką drogą powstała, czy wskutek zaburzeń w wytwarzaniu się podniet i w którym mianowicie węźle, czy wskutek zmian w pobudliwości mięśnia sercowego, czy w kurczliwości, czy w przewodnictwie. Dzięki metodzie graficznej rozpoznajemy blok sercowy, prowadzący do rozkojarzenia czynności rozmaitych odcinków serca, a także trzepotanie przedsionków przy niemiarowości zupełnej. Ważną sprawę zależności serca od stanu obwodowych naczyń krwionośnvch i nerek wyjaśniamy, pomiędzy innemi sposobami, przedewszystkiem drogą mierzenia parcia krwi zapomocą sfygmomanometru. Wielkie usługi w rozpoznawaniu chorób serca oddaje nam również rentgenografja, szczególnie gdy chodzi o zmiany w pniach dużych naczyń.

Rozstrzyganie takich zawiłych zagadnień diagnostyki stało się możliwem dopiero przy obecnym jej stanie.

Cóż znajdziemy w tej dziedzinie, gdy się cofniemy do pierwszej połowy XIX. w. i przebiegniemy myślą te trzydzieści siedem lat istnienia kliniki terapeutycznej wileńskiej, które były jednak niezmiennie latami jej chwały?

Z danych historycznych wiemy, że gwałtowny rozwój nauk lekarskich przypada na drugą połowę XIX. stulecia. Dzięki pracom Pasteura i Kocha powstaje i rozkwita bakterjologja, rozwija się potężnie anatomja patologiczna Virchowa, chemja fizjologiczna wyodrębnia się jako samodzielna nauka. Serologja rozwija się dopiero przy końcu XIX. w. Roentgen zaś odkrywa swoje promienie X zaledwie w 1895 r. Słowem wszystkie te gałęzie wiedzy lekarskiej albo wcale jeszcze nie były znane ówczesnym kierownikom kliniki wileńskiej, albo istniały zaledwie w zarodku. Jaki był ówczesny stan fizjologji, dowiadujemy się ze wstępnego wykładu Józefa Franka, który powiada, że „z powodu licznych hipotez nie może ona służyć za podstawę dla patologji“. Dok. n.

Doc. dr. Jakób Rothfeld, asystent kliniki ch. nerw. Lwów.

Badania doświadczalne nad wpływem półkul mózgowych, międzymózgowia i śródmózgowia na odczyny ruchowe z narządu przedsionkowego ucha.

Z Zakładu fizjologji Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

(Dokończenie)

W przeważnej części grupy 3 i 4 doświadczeń niszczyliśmy równocześnie wraz z ośrodkami zwrotu skrętu także ośrodek dla szybkiego ruchu nystaktycznego głowy, a więc obok »z« i »s« także ośrodek »Ng« po tej samej stronie. W pewnej części doświadczeń wywoływaliśmy obrażenia pnia mózgowego tylko na ograniczonych przestrzeniach bez naruszenia całości pnia mózgowego, tak że tylko poszczególne ośrodki ulegały zniszczeniu. Spotykamy tu doświadczenia, należące do grupy drugiej, w których wybitnym objawem pooperacyjnym jest zwrot głowy ku jednej stronie, zwrot, który jest następstwem niedowładu (a nie porażenia) drugiego ośrodka zwrotu dla powolnego ruchu nyst. głowy (»z«) lub następstwem podrażnienia ośrodka »z« po tej stronie, ku której głowa jest zwrócona. Przyjmijmy zatem, że jeden ośrodek zwrotu przeważa nad drugim np. »z« lewy przeważa nad »z« prawym (ryc. 4). Następstwem tego będzie zwrot głowy ku stronie lewej ewentualnie manege ku stronie lewej. Drżenie głowy daje się wywołać ku prawej i ku lewej stronie, jednak ku stronie prawej będzie silniejsze, niż ku lewej, gdyż powolny ruch głowy, zwrot ku lewej w czasie drżenia głowy ku prawej jest silniejszy, niż zwrot ku prawej w czasie drżenia głowy ku lewej; wykazaliśmy wyżej, że drżenie głowy jest silniejsze tam, gdzie powolna składowa jest silniejsza. Tego rodzaju doświadczenia zostały zaprotokołowane.

Przyjmijmy dalej, że ośrodek »z« prawy jest porażony (ryc. 5), wtedy drżenie głowy ku prawej, a więc ku operowanej, będzie zachowane, drżenia głowy na lewo nie będzie, ponieważ niema zwrotu głowy ku stronie prawej. W doświadczeniach tego rodzaju stwierdziłem, że zwrot głowy ku stronie zdrowej jest zachowany, a drżenia głowy ku stronie zdrowej brak; równocześnie brak powolnego ruchu głowy ku stronie operowanej. Ten fakt przemawia zatem, że dla ujawnienia się działania ośrodka »Ng« nieodzownie potrzebne jest pobudzenie ośrodka dla powolnego ruchu głowy i że skoro tego brak, drżenie głowy nie może wystąpić mimo, że ośrodek dla szybkiego ruchu głowy jest nienaruszony.

Możemy sobie dalej wyobrazić oddzielne uszkodzenia ośrodka skrętu np. »s« prawego; wtedy przeważa »s« lewy i »z« prawy; zahamowany zostaje skutkiem tego »z« lewy tak, że drżenia głowy ku stronie prawej nie będzie, a drżenie głowy na lewo będzie zachowane (ryc. 6). Doświadczenia udałe potwierdzają te przypuszczenia.

Z powyższych doświadczeń wynika dalej ważny fakt, że powolny ruch głowy jest nieodzownie potrzebny dla odczynu ruchowego głowy, dla drżenia głowy i że ten ruch głowy jest pierwotny, fakt analogiczny, jak przy oczopląsie ocznym. Widzieliśmy bowiem, że tam, gdzie brak jest tej powolnej składowej, tam i drżenia głowy brak, mimo, że ośrodek dla szybkiego ruchu jest zachowany. To mogłoby przemawiać przeciwko istnieniu ośrodka dla szybkiego ruchu i możnaby przyjąć, że drżenie głowy jest wynikiem gry między ośrodkami dla powolnego ruchu, tj. ośrodkami zwrotu ku prawej i lewej stronie, że jeżeli ośrodek zwrotu, np. po prawej, jest podrażniony i głowa zwraca się na prawo, to w tym czasie jest ośrodek zwrotu po lewej zahamowany, sam zaś zwrot głowy ku prawej jest bodźcem dla lewego ośrodka i głowa zwraca się ku lewej. Przeciw temu jednak przemawia fakt, że możemy od. zielnie sprowadzić ubytek szybkiego i oddzielnie ubytek powolnego ruchu głowy; dalej przemawia za istnieniem tych ośrodków grupa 2 doświadczeń, w których powolny ruch głowy jest zachowany, a szybkiego brak. Nie ulega wątpliwości, że ośrodek dla szybkiego ruchu jest tym ośrodkiem, który z jednej strony reguluje stosunek ośrodka zwrotu lewego do prawego, z drugiej strony ma on za zadanie wyrównywanie nienormalnego ustawienia głowy, spowodowanego bodźcem błędnikowym. Szybki ruch głowy w czasie drżenia głowy znosi powolny ruch, co jest bardzo ważne

z tego względu, że ruch ten wpływa na utrzymanie równowagi ciała, zaburzonej przez zadrażnienie błędników. Tu przychodzimy do dalszych wniosków, które nam się nasuwają z naszych doświadczeń, a mianowicie do zmian w odczynach ruchowych, spowodowanych obrażeniami pojedyńczych części pnia mózgowego.

Odczyn ruchowy ciała jest zależny od odczynu ruchowego głowy, jak to wykazałem w jednej z prac dawniejszych i o czem już wspomniałem przy omawianiu doświadczeń grupy 2. Zależność jest tak ścisła, że, o ile odczynu ruchowego głowy brak, to brak wogóle odczynu ruchowego tułowia i kończyn. Zostańmy przy odczynie ruchowym w czasie poziomego oczopląsu, to znaczy przy odczynie kołowania (*manege*). Z doświadczeń obecnie przytoczonych wynika, że tam, gdzie odczyn ruchowy głowy jest zmieniony, lub gdzie go zupełnie brak, tam niema odczynu kołowania. Prawie we wszystkich doświadczeniach mamy w miejsce kołowania po kręceniu przy poziomo ustawionej głowie padanie ku stronie zdrowej, — drżenia głowy brak ku stronie zdrowej — czyli, że zwierzę pada ku tej stronie, ku której brak drżenia głowy. Jeżeli np. brak drżenia ku lewej, to zwierzę pada na lewo zamiast kołować ku prawej, z czego wynika, że zadrażnienie błędnika przy poziomo ustawionej głowie powoduje padanie ku stronie przeciwnej, aniżeli kierunek obrotów na krześle; w naszym przykładzie brak drżenia głowy ku lewej, a więc po 10 razy w prawo występuje zamiast kołowania (*manege*) w prawo padanie na lewo. Z tego możemy dalej wnosić, że w warunkach fizjologicznych padanie ku stronie lewej, które miałoby wystąpić po dziesięciu obrotach w prawo, zostaje zniesione przez szybkie ruchy nystaktyczne głowy ku stronie lewej, z następowemi obrotami ciała ku prawej. Jeżeli z jakichkolwiek powodów brak jest drżenia głowy ku jednej i drugiej stronie, wystąpi po 10 razy w prawo padanie w lewo, a po 10 razy w lewo padanie na prawo, a więc tak jak w warunkach fizjologicznych po kręceniu przy pionowo ku górze ustawionej głowie. Tak więc należy uważać drżenie głowy jako czynnik regulujący równowagę ciała zaburzoną zadrażnieniem błędników.

Z powyższego wynika dalej, że kołowanie (*manege*) jest do pewnego stopnia zmodyfikowanempadaniem, ruchem, który występuje w miejsce padania; jest ono ruchem, zapomocą którego zwierzę broni się przed padaniem. Świadczy o tym stosunku kołowania do padania porównanie poszczególnych grup naszych doświadczeń. I tak w drugiej grupie mamy brak drżenia głowy ku stronie zdrowej i padanie ku zdrowej w miejsce manege ku operowanej, w grupie trzeciej obok tych objawów jeszcze samoistne kołowanie ku stronie zdrowej, w grupie czwartej występuje już samoistne wyraźne padanie znowu ku stronie zdrowej. W drugiej i trzeciej grupie wykazujemy padanie ku zdrowej zapomocą drażnienia błędników przez kręcenie przy poziomo ustawionej głowie, w grupie czwartej padanie to już występuje samoistnie.

Zdawałoby się, że, skoro manege jest osłabionem padaniem, to w tych przypadkach, w których odczyn kołowania jest zastąpiony padaniem, będzie odczyn padania, po kręceniu przy pionowo ustawionej głowie, silniejszy ku tej stronie, ku której mamy *spontan manege* (grupa 3). Tymczasem tak nie jest, zarówno w grupie 2. jak i 3. odczyn padania jest zachowany, a zaburzenia w tym odczynie występują dopiero w grupie 4. tam, gdzie jako następstwo zabiegu operacyjnego występuje skręt głowy skutkiem uszkodzenia ośrodka »s«. Fakt ten świadczy o tem, że odczyn padania niema nic wspólnego z odczynem ruchowym głowy, z poziomem drżenia głowy i że jest w ścisłym związku z ośrodkiem skrętu głowy. Za zależnością odczynu padania od tego ośrodka przemawiają dalej doświadczenia, w których przyjęliśmy uszkodzenia poszczególnych ośrodków np. zwrotu wzgl. skrętu przy zachowanych ośrodkach dla szybkiego ruchu głowy, i tak w przypadkach, w których przyjęliśmy przewagę jednego ośrodka »z«, odczyn padania jest zachowany ku obu stronom, podobnie jak w grupie 2 i 3. Ten fakt, że padanie zależy od ośrodka skrętu, kazał nam zwracać baczną uwagę na zachowanie się odczynu ruchowego głowy po kręceniu przy pionowo ku górze zwróconej głowie. Niejednokrotnie można było obok zaburzeń w drżeniu głowy stwierdzić przy pionowo ustawionej głowie, że skręt głowy ku jednej lub drugiej stronie jest słabszy, albo, że go zupełnie brak. Tak np. stwierdziliśmy w niektórych doświadczeniach obok zaburzeń w drżeniu głowy różnicę w nasileniu skrętów głowy, które np. ku stronie prawej były silniejsze, aniżeli ku stronie lewej, a w łączności z tem i padanie ku stronie prawej było silniejsze. Wynika z tego, że w tym przypadku obok zaburzeń w ośrodku »z« mamy także zaburzenia w ośrodku »s«, a wyrazem tego jest wzmożony odczyn padania ku jednej stronie. Przy uszkodzeniu samego »s« po jednej stronie mamy brak odczynu padania ku stronie uszkodzonego ośrodka.

Te fakty przemawiają za tem, że przyjęcie oddzielnego ośrodka dla skrętu głowy, jest uzasadnione, a dalej przemawiają znowu za słusznością teorji przezemnie wygłoszonej, że brak odczynu ruchowego głowy jest powodem braku odczynu ruchowego tułowia.

Pozostaje do omówienia wpływ doświadczalnych obrażeń mózgu na odczyny ruchowe ku przodowi i ku tyłowi po obracaniu zwierzęcia przy bocznem ułożeniu ciała, względnie głowy. Skoro odczyny ruchowe ciała są w bezpośredniej zależności od odczynu ruchowego głowy, a dla odczynu głowy przyjęliśmy ośrodki dla szybkiego i dla powolnego ruchu drżenia głowy, jakoteż dla skrętu głowy, to zdawałoby się, że muszą istnieć także ośrodki dla ruchu głowy ku stronie brzusznej i stronie grzbietowej, ruchy, które są miarodajne przy odczynie ruchowym ku przodowi i ku tyłowi. W naszych doświadczeniach tylko w niektórych przypadkach stwierdziliśmy zmianę w ustawieniu głowy, a mianowicie zwrot ku dołowi przy równoczesnym skręcie głowy, przytem jednak odczyn ruchowy ku przodowi i ku tyłowi był zachowany. W żadnej z przytoczonych grup doświadczeń nie spotykamy stałych ubytków w odczynach ruchowych ku przodowi i ku tyłowi, tak, że nie jesteśmy uprawnieni do wysnuwania jakichkolwiek wniosków w tym kierunku. Przypuszczenie, że odczyny ruchowe ku przodowi i ku tyłowi mogłyby być wynikiem symetrycznego działania obustronnych ośrodków »z« i »s«, — przy poziomem ustawieniu głowy zostaje zadrażniony głównie »z«, przy pionowym »s«, a przy bocznem możnaby przyjąć zadrażnienie »z« i »s« po obu stronach — nie znajduje uzasadnienia w naszych doświadczeniach, gdyż doświadczenia z obustronnem wycięciem półkól mózgowych wraz ze śródmózgowiem wykazują, że odczyny ku przodowi i ku tyłowi są zachowane. Doświadczenia moje, Barany'ego i Reicha wykazały, że po decerebracji odczyny te były również zachowane, nawet po dodatkowem usunięciu móżdżku. Pozostała wobec tego możliwość, że odczyny te są umiejscowione w rdzeniu przedłużonym; tymczasem doświadczenia moje w tym kierunku przeprowadzone przypuszczenia tego nie potwierdziły. Tu należy uczynić jedno zastrzeżenie, które wypowiedziałem przy sposobności ogłoszenia wyników tych doświadczeń, a mianowicie, że możliwe jest, że zupełnie symetryczne uszkodzenia rdzenia przedłużonego, w obszarze jądra Deitersa, mogą spowodować ubytek odczynów ruchowych ku przodowi względnie ku tyłowi. I obecne doświadczenia na międzymózgowiu i śródmózgowiu również na tę możliwość wskazują. Należy jednak w tem miejscu zaznaczyć, że obrażenia międzymózgowia i śródmózgowia nie pozostają bez wpływu na te odczyny ruchowe; i tak w doświadczeniach grupy 2 i 3 mamy prawie jako stały objaw w czasie reakcji ku tyłowi zwrot całego ciała ku stronie zdrowej, a w niektórych doświadczeniach grupy 4. toczenie się ciała około osi długiej w czasie reakcji ku przodowi i ku tyłowi. Nie jest wykluczone, że ośrodki w międzymózgowiu, względnie w śródmózgowiu umiejscowione, mają za zadanie regulować kierunek ruchu w czasie reakcji ku przodowi i ku tyłowi, które same przez się zostają wywołane w ośrodkach, w rdzeniu przedłużonym.

Jeżeli powyższe objawy, które poznaliśmy przy obrażeniach między- i śródmózgowia, porównamy z objawami wywołanymi obrażeniami rdzenia przedłużonego lub błędników, względnie poszczególnych łuków błędnikowych, to zobaczymy, że jakość tych objawów jest tasama, tylko, że kierunek za-

burzeń ruchowych jest przeciwny. W doświadczeniach moich nad wpływem doświadczalnych obrażeń rdzenia przedłużonego na odczyny błędnikowe, odróżniłem trzy większe grup objawów, zależnie od umiejscowienia i rozległości obrażenia. W grupie A) mamy następujące objawy: skręt głowy ku operowanej, samoistne padanie ku operowanej, brak odczynu kołowania (*manege*) ku operowanej, brak odczynu padania ku zdrowej. W grupie B): skręt głowy ku operowanej, brak odczynu kołowania ku obu stronom (zwierzę toczy się ku operowanej), brak odczynu padania ku zdrowej. W grupie C): zwrot głowy ku operowanej, odczyn kołowania słabszy ku operowanej, odczyn padania silniejszy ku operowanej. Różnica między temi grupami jest zatem tylko ilościowa, gdyż wspólną cechą jest patologiczne ustawienie głowy ku stronie operowanej, brak, względnie obniżenie odczynu kołowania ku operowanej, względnie ku obu stronom, jak w grupie B, brak, względnie osłabienie odczynu padania ku zdrowej. Jeżeli te ogólne cechy zestawimy z objawami naszych obecnych doświadczeń, to mamy tylko różnicę co do kierunku, gdyż w naszych doświadczeniach mamy również nieprawidłowe ustawienie głowy, ale ku stronie zdrowej, samoistne padanie ku stronie zdrowej, odczyn padania silniejszy ku zdrowej. Brak odczynu kołowania ku obu stronom w grupie B) znajduje analogję w grupie 4 obecnych doświadczeń, w których również odczyn ruchowy przy poziomo ustawionej głowie jest zastąpiony przez objawy samoistnego padania.

Jeżeli teraz zestawimy te objawy z objawami, jakie dają obrażenia samego błędnika, to zobaczymy, że w głównych zarysach pokrywają się z objawami po obrażeniu rdzenia przedłużonego. Również i obrażenia poszczególnych łuków błędnikowych dają zbiór objawów analogiczny ze zbiorem objawów przy pewnych obrażeniach rdzenia przedłużonego, względnie przy pewnych obrażeniach pnia mózgowego, jednak co do kierunku przeciwny. Podobnie, jak pomiędzy objawami poszczególnych grup, przy obrażeniach rdzenia przedłużonego (grupa A. B. C) jest tylko różnica ilościowa, tak samo mamy tylko ilościową różnicę w objawach po zniszczeniu pojedyńczych łuków błędnikowych; i tak najgwałtowniejsze objawy mamy po zniszczeniu przedniego łuku pionowego, objawy odpowiadające objawom w grupie B wspomnianych doświadczeń, którym odpowiada ognisko ciągnące się w rdzeniu przedłużonym od jądra IX do kolanka nerwu VII. Zupełnie analogiczne objawy z objawami przy wycięciu przedniego łuku pionowego, względnie z objawami w grupie B) stwierdzonemi, tylko co do kierunku przeciwne, znajdujemy w grupie 4 obecnych naszych doświadczeń, które odnieśliśmy do uszkodzenia śródmózgowia. Podobna analogja da się przeprowadzić między innemi doświadczeniami na błędniku, rdzeniu przedłużonym i międzymózgowiem. Zaznaczyłem tu tylko analogję w grubszych zarysach, nie mogąc wchodzić w szczegóły z tego powodu, że w czasie badań moich nad błędnikiem i rdzeniem przedłużonym, nie zwracałem jeszcze uwagi na poszczególne objawy, których doniosłość poznałem dopiero w czasie obecnych badań, tak np. nie zwracałem wtedy jeszcze uwagi na stosunek drżenia głowy do odczynu kołowania, ani na stosunek między powolnym, a szybkim ruchem głowy w czasie drżenia głowy itd. itd. Niewątpliwie jednak przytoczone już wyżej analogje co do jakości zmian i różnicy co do jakości zmian i różnicy co do kierunku świadczą o ścisłym związku ośrodków w śródmózgowiu wzgl. międzymózgowiu z ośrodkami w rdzeniu przedłużonym i z narządem obwodowym, t. j. błędnikiem, i że połączenie pomiędzy temi ośrodkami jest skrzyżowane w ten sposób, że lewy błędnik i lewostronne ośrodki w rdzeniu przedłużonym połączone są z prawostronnemi ośrodkami w między- względnie śródmózgowiu. Jest wielce prawdopodobne, że pojedyńczym łukom błędnikowym odpowiadają poszczególne ośrodki reprezentowane przez obszar jądra Deitersa, i że te są połączone z poszczególnemi ośrodkami w śródmózgowiu względnie międzymózgowiu po stronie przeciwnej.

Drogą, na której to połączenie skrzyżowane jest możliwe, jest, według naszych dotychczasowych pojęć, droga przez móżdżek i skrzyżowane *bracchium conjunctivum*. W ten sposób staje się jasnym niewątpliwy wpływ móżdżku na błędnikowe odczyny ruchowe, stwierdzony niejednokrotnie w klinice schorzeń móżdżkowych. Jakim jest udział móżdżku w powstawaniu odczynów błędnikowych, jaki stosunek jego do ośrodków, które przyjęliśmy w pniu mózgowym, wykażą badania na móżdżku, które zamierzam wykonać.

Zaznaczyć tu muszę, że badanie Klejna i Magnusa [1], ogłoszone już po rozpoczęciu naszych badań, przyniosły nowe zapatrywania, zaprzeczające jakiejkolwiek zależności odruchów błędnikowych od móżdżku: wszystkie odruchy błędnika (t. zn. odruchy szyjne i błędnikowe Magnusa i Klejna) dają się wywołać, zdaniem Magnusa, i po całkowitem usunięciu móżdżku, a ośrodki dla odruchów błędnikowych leżą w pniu mózgowym. Błędnem jest, zdaniem Magnusa, rozpowszechnione zapatrywanie, jakoby móżdżek był narządem ośrodkowym błędników. To zapatrywanie zmienia zasadniczo nasze dotychczasowe poglądy na fizjologję błędnika i móżdżku; nie rozporządzając na razie własnemi doświadczeniami w tym kierunku — praca Magnusa ukazała się w r. 1920, a doszła do mych rąk dopiero po ukończeniu powyższych doświadczeń [2]) — muszę sobie zastrzedz zajęcie stanowiska wobec tych nowych poglądów Magnusa na czas późniejszy po przeprowadzeniu doświadczeń nad móżdżkiem i ustaleniu wpływu móżdżku na ośrodki przyjęte przez nas w pniu mózgowym.

Wnioski.

1. Półkule mózgowe u królika nie mają wpływu na odczyny ruchowe z narządu przedsionkowego ucha.

2. Uszkodzenia pnia mózgowego powodują zmiany w odczynach ruchowych, przyczem pierwotną zmianą jest zmiana w odczynie ruchowym głowy.

a) Uszkodzenia ciała prążkowanego i przedniej części wzgórka wzrokowego po jednej stronie powoduje ubytek szybkiego ruchu drżenia głowy ku stronie przeciwnej. W przedniej części wzgórka wzrokowego, względnie ciała prążkowanego, mieści się ośrodek dla szybkiego ruchu drżenia głowy.

b) Uszkodzenie tylnej części wzgórka wzrokowego po jednej stronie powoduje ubytek powolnego ruchu drżenia głowy ku tej stronie; tu mieści się ośrodek dla powolnego ruchu ku tej samej stronie.

c) Szybki ruch drżenia głowy może wystąpić tylko przy nieuszkodzonym ośrodku dla powolnego ruchu. Ubytek tego ośrodka powoduje zatem brak drżenia głowy.

d) Uszkodzenie śródmózgowia po jednej stronie powoduje skręt głowy ku stronie zdrowej, brak drżenia głowy ku stronie operowanej. W śródmózgowiu znajduje się ośrodek dla skrętu głowy, który działa hamująco na ośrodek zwrotu po tej samej stronie.

3. W związku ze zmianą w odczynie ruchowym głowy pozostają i zmiany w odczynie tułowia i kończyn.

a) Przy zmianach w drżeniu głowy po kręceniu przy poziomo ustawionej głowie, występują zaburzenia w odczynie kołowania, w miejsce którego występuje padanie. Odczyn padania zaś po kręceniu przy pionowo ustawionej głowie jest zachowany, a więc niezależny od ośrodków dla drżenia głowy (ośrodek dla szybkiego i powolnego ruchu głowy).

b) Przy skrętach głowy, wywołanych uszkodzeniem śródmózgowia występują zaburzenia w odczynie padania, które są zatem zależne pośrednio od ośrodka dla skrętu głowy.

c) Odczyn ku przodowi i ku tyłowi jest zachowany; przy uszkodzeniach pnia mózgowego występuje jednak pewna asymetrja w czasie biegu ku przodowi lub ku tyłowi (zwroty ciała), czyli, że pewien wpływ pnia mózgowego daje się stwierdzić.

4. Doświadczenia powyższe potwierdzają moją teorję, że odczyn ruchowy głowy jest miarodajnym dla powstawania całości odczynu ruchowego, ze zaburzenia w odczynie ruchowym głowy z jakiegokolwiek powodu powstałe, wywołują zaburzenia w odczynie ruchowym tułowia i kończyn.

---

[1]) A. de Klejn u. R. Magnus: Ueber die Unabhängigkeit der Labyrinthreflexe vom Kleinhirn usw. Pfluegers Archiv, Tom 178, 1920.

[2]) Doświadczenia, które są podstawą niniejszej pracy, wykonywane były w roku 1920.

Dr. Maksymiljan Blassberg. Kraków.

O tak zwanem „zaziębieniu“.

(Dokończenie)

Do rozpowszechnienia i utrwalenia się mglistego pojęcia o zaziębieniu przyczyniła się niewątpliwie w wysokim stopniu ta okoliczność, że bezpośrednie działanie atmosfery, a zwłaszcza zmiany ciepłoty i różnicę między zimnem i ciepłem odczuwamy natychmiast; dochodzą one bezpośreduio do naszej świadomości, często jako przykre wrażenia. Stąd pochodzi wyobrażenie, że nawet lekkie powiewy powietrza, odczuwane jako zimne i przykre, mogą działać chorobotwórczo, »zaziębiająco». »Dostałem to z przeciągu», jest bardzo często momentem przyczynowym, podawanym przez laików, a dość często i lekarze podają »przeciąg«, jako przyczynę choroby np. porażenia nerwów, zapalenia okostnej zębów, gardła, ucha i t. p. U nas w Polsce nieokreślony i mglisty wyraz »zaziębiony» jest prawie tak powszechny, jak u ludu wszechprzyczynowy wyraz »oberwany». Często podmiotowe przykre uczucie dreszczów, które poprzedza liczne ostre schorzenia, budzi łatwo w umyśle chorego podejrzenie, że bezpośrednią przyczyną schorzenia było poprzedzające działanie zimna. Aczkolwiek bardzo często doznajemy uczucia zimna, a mimo to później nie chorujemy, to jednak mało krytyczny laik po zachorowaniu skłonny jest uważać za przyczynę swego schorzenia »zaziębienie«, to jest właśnie to uczucie zimna, które odczuł, czy to bezpośrednio przed chorobą, czy dzień przedtem. Przy dobrej pamięci i woli w każdym przypadku schorzenia taki moment nie trudno znaleźć. Bardzo trafnie określa to Penzoldt w następujących słowach: »Zaziębienia są bardzo częste i to tem częstsze, im szerzej pojmiemy pojęcie zaziębienia. Lekkie, ostre schorzenia dróg oddechowych i reumatyzm są również częste. Jeżeli zatem skutek i wrzekoma przyczyna przypadkowo się schodzą, to dzieje się wówczas tak, jak przy wróżeniu o pogodzie, to jest: sprawdzanie się zauważamy, a o niesprawdzeniu się zapominamy«.

Że takie pojęcia laików, oparte na subjektywnem odczuciu, nie są zgodne z danemi lekarskiemi, nie ulega najmniejszej wątpliwości. Tak np. wiadomą jest rzeczą, że uczucie dreszczów nie musi mieć nic wspólnego z temperaturą zewnętrzną i powstaje w ten sposób, że wskutek nieprawidłowych wewnętrznych bodźców w ustroju powstaje skurcz drobniejszych naczyń skórnych, a w następstwie zmniejszony napływ krwi do powierzchni ciała. Istnieją także dreszcze natury toksycznej lub psychicznej. Tak samo wiadomo jest, że bardzo powolnego oziębiania się środowiska możemy podmiotowo nie odczuwać, choć ono może w końcu dojść do znacznego stosunkowo stopnia i odciągnąć ustrojowi znaczną ilość ciepła. A właśnie takie pomału wślizgujące się oziębienie ustroju, nie alarmowane przez podmiotowe odczucie i nie uważane za »zaziębienie«, może być dla ustroju szkodliwe.

Często uchodzą nawet naszej uwagi nader liczne sprzeczności, przeciwieństwa i nielogiczności, zawarte w takich rozmaitych twierdzeniach o zaziębieniu. Tak np. ten sam osobnik lęka się przeciągu od strony wybitej szyby lub otwartych drzwi, pomimo, że wśród wolnego ruchu powietrza, zwanego wiatrem, nie okazywał żadnej trwogi, albo mimo, że jechał przez dłuższy czas w otwartym wozie tramwajowym lub na platformie tramwajowej. Przy budowach nowych domów, w hutach szklanych i żelaznych, w różnych centralach elektrycznych, gazowych i tramwajowych, we fabrykach giętych mebli, lodowniach i tp. stale panują przeciągi i nagłe zmiany atmosferyczne, a jednak liczba schorzeń u pracujących w tych zakładach bywa, jeżeli nie niższa, to w każdym razie nie wyższa, aniżeli gdzieindziej. Badacze biegunów nie skarżą się wcale na zaziębienie. Gdyby krótkotrwałe oziębienie było istotnie silnym czynnikiem chorobotwórczym, to musiałoby to zaraz na wstępie życia ludzkiego silniej się uwydatnić. Nie zapominajmy bowiem, że przy przyjściu na świat każdy noworodek bez wyjątku jest narażony na silne zaziębienie, wstępując bowiem nagle z ciepłoty ciała matki, tj. z blisko 37° C, do ciepłoty naszego środowiska, to jest do 20° C, przechodzi bez zahartowania nagłe i gwałtowne kilkunastostopniowe silne oziębienie ciała. A ileż »zaziębień«, na 100 % ogółu prawidłowych noworodków, notują lekarze z powodu tego przymusowego powszechnego ziębienia ?

Gdyby takie działania ciepłoty były chorobotwórcze, to nasuwa się pytanie, jak możnaby to logicznie pogodzić z zabiegami zimnemi, stosowanemi i wypróbowanemi przez lekarzy, czy to w postaci chłodzących kąpieli, czy okładów, wodolecznictwa, kąpieli morskich lub rzecznych, albo też z leczeniem sanatoryjnem i werandowaniem na wolnem powietrzu bez względu na pogodę. Wszak stałego pobytu w przewiewnych szałasach w znanem Veldes w Krainie używa się jako skutecznego środka zdrowotnego leczniczego, a w Anglji, w szpitalach dla chorób zakaźnych, stosuje się przeciąg powietrza, jako czynnik wręcz leczniczy i oczyszczający. A już lecznicze stosowanie okładów lodowych i zamrażauie eterem lub chloretylem powinniby fanatyczni zwolennicy zaziębienia uważać za błąd sztuki lekarskiej ustawowo wzbroniony.

Obawa przed zaziębieniem bywa często źródłem nieuzasadnionych zarządzeń i nawyczek, których działanie zaczyna się już w wieku dziecięcym. Dość dobitnie zwraca na ten szczegół uwagę pedjatra niemiecki prof. Czerny. Zdaniem jego istnieje u rodziców przesadna obawa przed wysyłaniem niemowląt na wolne powietrze i z trudnością decydują się na wybór dnia, w którymby mogli ze względu na stan pogody wysłać oseska z domu. Tymczasem zupełnie zapominają, że nieżyty nosa i dróg oddechowych są zakaźne i że przez pocałunki, pieszczoty i obnoszenie na rękach bardzo łatwo ktoś z otoczenia udzieli dziecku nieżytu, który się potem odnosi błędnie do zaziębienia. Obawa taka prowadzi też do tego, że naogół w mieszkaniach, szkołach, urzędach, warsztatach, restauracjach, teatrach i galerjach wietrzenie odbywa się w stopniu niedostatecznym, powietrze jest zgęszczone i zanieczyszczone i uderza nas zaraz na wstępie swą przykrą wonią stagnacyjną. Jeżeli wentylację, i to zazwyczaj niedostateczną, stosuje się w lokalach publicznych, to stosuje się ją wyłącznie wtedy, gdy w lokalu niema nikogo, aby nikogo nie narażać na przeciąg. Podczas jazdy koleją na żądanie jednego tylko podróżnego, nawet w lecie, wszystkie okna wagonu kolejowego pozostają zamknięte. Obawa ta powoduje przesadną lękliwość i nieraz spotykamy się u chorych, nawet zresztą kulturalnych, z zupełnem wprost zaniedbaniem czystości osobistej i kultury ciała, a nawet wręcz z brudem z obawy przed zaziębieniem, grożącem z kąpieli, lub widzimy mieszkania prawie całkiem niewietrzone, w których wszelkie rzeczywiste i urojone szczeliny zakryte są grubemi dywanami, chłonącemi kurz. Często ponosi tu winę lekarz, który ciągle upomina chorego, aby był ostrożny i strzegł się zaziębienia, oczywiście nie umiejąc podać ściśle i dokładnie, jak postępować i czego się strzec. Znany klinicysta Niemeyer pisze o tych przesadnych obawach w sposób następujący: »Przyroda nakazała ludziom życie wśród powietrza, lecz nasze mędrkowanie upatruje w tym żywiole rozmaite wady. Przeciągów znosić niepodobna, trzeba się zamknąć, zapieczętować, a tembardziej nasze dzieci. To święty obowiązek. Niechaj nie oddychają inaczej, jak przynajmniej wśród własnych, jeżeli nie cudzych wyziewów«. W ten sposób prąd, zwany przewiewem lub przeciągiem, bez którego przecież powietrze nie może się odnawiać, staje się dla wielu źródłem wszelkich chorób. A gdy takiem rozumowaniem dopięli swego i naprawdę zachorowali, sądzą, że: »zamknięcie było jeszcze niedostateczne«. Brügelmann w swojem znanem dziele o astmie podnosi, jak trudno u astmatyków przezwyciężyć obawę przed zaziębieniem. Chorzy tacy często od września do maja nie wychodzą z domu i najwymyślniejszych imają się środków, aby także w mieszkaniu uniknąć najmniejszej zmiany ciepłoty. Stąd wynika, zdaniem Brügelmanna, nie tylko szkodliwe wydelikacenie, ale jeszcze zgubniejsza autosugestja, że nie znosi się najlżejszego powiewu. Konieczne jest, jego zdaniem, wówczas wprost jak najkonsekwentniejsze i bezwzględne wychowanie takich chorych, połączone z wystawianiem ich wbrew woli na takie czynniki i wykazanie im, że one nie wywołują astmy. Również klinicysta warszawski Sokołowski między szkodliwościami, które wręcz usposabiają do powstawania cierpień dróg oddechowych, na naczelnem miejscu wylicza »fatalny przesąd i obawę przed urojonemi przeciągami. Obawy

te nie pozwalają na otwieranie okien nietylko zimą, ale nawet i latem». W rozdziale o leczeniu włóknikowego zapalenia płuc podkreśla, że poza argumentacją, zmuszony był nieraz własnoręcznie otworzyć okno, aby skłonić opornych i przesądnych do starannego przewietrzania pokoju.

Także lekarze bardzo często sami przyczyniają się do utrwalania błędnych pojęć ozaziębieniu, bo, nie mogąc wielokrotnie stwierdzić istotnej, naukowo uzasadnionej przyczyny cierpienia, zbywają ciekawego chorego zdawkowem »zaziębieniem«. Są to podobne błędy, jak przy rozpoznawaniu influency, którą często rozpoznaje się tylko przypuszczalnie, bez badania bakterjologicznego na swoiste bakterje, jedynie dla zaspokojenia diagnostycznej ciekawości chorego. Podobnie dzieje się, gdy lekarz ma przed sobą chorobę gorączkową, o krótkiem trwaniu, której przyczyny ani istoty nie może określić.

Niewątpliwie też, przesadne i zaślepione tłomaczenie wiatrów, jako źródła zaziębienia, powoduje, że ludność i władze zdrowotne zapoznają i nie przykładają właściwej wagi do pośredniego działania wiatrów, jako zdrowotnych wentylatorów miast z jednej strony, a jako roznosicieli kurzu i drobnoustrojów z drugiej strony. Prawie z matematyczną ścisłością można stwierdzić, zwłaszcza po wielkich miastach, że tylko po wiatrach suchych i to dzięki temu, że one roznoszą kurz, nieczystości i zarazki, występują masowo zapalenia oczu, czyraki, ropienia skórne, zapalenia w jamie ustnej i w gardle oraz w drogach oddechowych. Gdyby w tych przypadkach więcej zwrócono uwagi na ten moment, a nie na działanie »zaziębiające«, przykładanoby także więcej wagi do istotnie koniecznej potrzeby częstszego i obfitego skrapiania ulic po miastach. Przyjęcie »zaziębienia«, jako odrębnej jednostki klinicznej, jak to czyni J ü r g e n s w swym podręczniku chorób zakaźnych z r. 1920., może do pewnego stopnia utrudniać zwalczanie chorób zakaźnych. Albowiem ogólne przepisy higjeniczne o zwalczaniu tych chorób obejmują, jak wiadomo, także samo podejrzenie o chorobę zakaźną. Jeżeli ktoś zachoruje wśród gorączki i objawów, nasuwających obawę, że rozwija się choroba zakaźna, to już natychmiast zachodzi podejrzenie nie »zaziębienia«, lecz zakaźności i lekarz powinien bezwłocznie zarządzić odpowiednie środki ochronne. Albowiem pierwsze objawy nie są tylko zwiastunami, sygnalizującemi chorobę, którąby należało dopiero przyjąć po wystąpieniu wysypki lub innych objawów miejscowych albo biologicznych prób, objawy zwiastunów są już chorobą samą, a późniejsze objawy dalszym jej ciągiem. Wprowadzanie zatem pojęcia »zaziębienia«, jako odrębnej jednostki klinicznej, może mącić krytyczny pogląd na rzeczy i stanowić przeszkodę we wczesnem śledzeniu i skutecznem zwalczaniu istotnych zakażeń. Wbrew więc ubolewaniu J ü r g e n s a, sądzę, że autorowie dobrze postępują, opuszczając w podręcznikach nieuzasadnione pojęcie »zaziębienia«, jako samoistnej choroby. Dla ścisłości muszę dodać, że niektórzy autorowie, jak np. R u h e m a n n, twierdzą, że wszystkie zaziębienia są wywoływane przez chorobotwórcze drobnoustroje, które on nazywa bodźcami, wywołującemi zaziębienie (*Erkältungserreger*), przyczem jednak wyrazu »zaziębienie« używa tylko z pietyzmu zachowawczego z powodu dawnego jego istnienia, ale tylko w sensie choroby infekcyjnej, a nie w związku z fizykalnem pojęciem zaziębienia.

Wogóle, rozpatrując sprawę zaziębienia ze stanowiska naukowego i biorąc w rachubę tylko ścisłe dane i prace naukowe w tej dziedzinie, napotyka się na tak liczne diametralne sprzeczności i przeciwieństwa w poglądach, że chwilami nie można się oprzeć wrażeniu, iż są to, jak się swego czasu L a s s é g u e wyraził o nerwicach, »k o s z e, w które wrzuca się wszystko, czego niema się gdzie umieścić«. Podczas gdy jedni klinicyści, jak np. S y d e n h a m, twierdzą, jakoby na skutki zaziębienia więcej ludzi umierało, niż z dżumy lub na wojnie, to inni, jak C h o d o u ń s k i, wygłaszają poglądy, że zaziębienie wcale nie istnieje i że utrzymywanie się hipotezy o zaziębieniu rzuca cień na medycynę, jako naukę ścisłą. F i c k zaś w swojej pracy: »O zaziębieniu« pisze: »Aby mówić o zaziębieniu, na to trzeba odwagi, gdyż każdy, zarówno laik, jak lekarz, jest rzeczoznawcą w tym temacie. Każdy widział choroby, które powstały z zaziębienia. A z drugiej strony nieudowodniono w żadnej poszczególnej chorobie, ani nawet w zwykłym katarze i kaszlu, że one mogą powstać przez proste zaziębienie i że wogóle kiedyś powstały przez proste zaziębienie«.

Wśród takich zdań krańcowych najlepiej jest iść ściśle drogą udowodnionych faktów. Niewątpliwie atmosfera, otaczająca człowieka, i zmiany w niej zachodzące, a zatem stan ciepłoty, wilgotności, elektryczności, stan barometryczny, wiatry i inne podobne czynniki, wywierają wpływ na sposób funkcjonowania ustroju. Ale chorobotwórcze ich działanie nie zostało ujęte dostatecznie ścisłemi badaniami naukowemi w taki sposób, jaki widzimy np. w bakterjologji. Z tego jednakże nie wynika, aby jeden z takich czynników bezzasadnie i łatwowiernie przyjmować, jako główny i miarodajny w takiem płytkiem znaczeniu, w jakiem się »zaziębienie« rozpowszechniło. Lekarz krytyczny musi nabrać przekonania, że obawa przed zaziębieniem staje się u wielu osób nieuzasadnionym powodem do unikania wychodzenia z domu, dostatecznego wietrzenia, przechadzek, kąpieli i ruchu na wolnem powietrzu, i że tam, gdzie ta obawa jest zakorzeniona, spaczone bywa wychowanie dzieci, a częściej napotyka się gruźlicę. Wiadomą jest też rzeczą, ilu hypochondryków powstało pod wpływem przestrogi lekarskiej, aby unikali zaziębienia. Albowiem u neurasteników, którzy ze swą chorobliwą skłonnością do samoobserwacji i wygórowaną przeczulicą odczuwają łatwo wszelkie zmiany ciepłoty, łatwo też powstaje autosugestja i silne powiązanie jakichś dolegliwości z wrzekomem »zaziębieniem«. Odpowiednio do osobniczego poglądu, u jednego chorego stale po zaziębieniu występuje tylko biegunka, u drugiego katar oskrzeli, u innego wyłącznie tylko neuralgja, u kobiet zatrzymanie się miesiączki lub upławy i t. p. Zapatrywanie, że szeroko pojęte »zaziębienie« jest zjawiskiem bądź co bądź »empirycznie« spostrzeganem, nie wytrzymuje krytyki. Byłaby to empirja o zakresie bardzo szerokim a powierzchownym, nie ugruntowana na dokładnych, ścisłych i skontrolowanych spostrzeżeniach lekarskich, lecz oparta przeważnie na luźnych, niejednolitych, najrozmaiciej ujętych i zabarwionych spostrzeżeniach osobistych, z silnie zakorzenionym subjektywnym kątem widzenia. Jest to empirja, która często bezkrytycznie przechodzi od chorych do lekarzy, i niezbyt odległa jest od takiej »empirji«, którą nazywamy zabobonem, a według której zachodzi związek między »trzynastką« lub t. zw. dniami »feralnemi«, a spotykającemi nas w życiu przykrościami lub nieszczęściami.

Sądzę zatem, że na podstawie tego zakresu wiadomości, jaki daje współczesna medycyna ogólne przyjęcie się pojęcia »zaziębienia«, względnie »przeziębienia«, w tej mglistej formie, w jakiej się ono rozpowszechniło, przynosi w codziennem życiu więcej szkody, niż pożytku. Posługiwanie się przez lekarzy tem, mało naukowo ugruntowanem, określeniem etiologicznem lub klinicznem pokrywa tylko lekarską nieświadomość przyczyny schorzenia, a na terenie nauki ścisłej opóźnia tylko badanie i wyjaśnienie tej dotąd ciemnej dziedziny etiologicznej. Pod tym względem medycyna niestety od lat dziesiątek niewiele wykazała postępu, tak, że bez najmniejszych zastrzeżeń można i dziś przytoczyć w całości następujące zdanie krakowskiego prof. S k o b l a, wypowiedziane jeszcze w roku 1862 w wykładach o działaniu i skutkach zimna przed uczniami Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim: »I dziś jeszcze« mówi on »zaziębienia skóry liczą tak lekarze, jak i nie lekarze do najważniejszych przyczyn chorób; a nawet nie masz prawie choroby, którejby powstania nie wywodzono z zaziębienia. Przeto tegoczesna patologja powinna między innemi roztrząsnąć ściśle wszystkie takie domysły i twierdzenia, o ile takowe są uzasadnione lub nie, aby te ostatnie raz na zawsze odrzucić«.

Z praktyki.

E. Pros. Warszawa.

Nowa próba ilościowego określania acetonu w moczu.

Doniesienie tymczasowe z pracowni chemiczno-bakterjologicznej E. Prosa w Warszawie

Próba niżej opisana opiera się na reakcji acetonu z resorcyną w obecności kwasu solnego lub siarkowego, przyczem

powstaje osad o barwie pomarańczowo-żółtej do biało-żółtej, zależnie od ilości ciał, wchodzących w reakcję. Jeśli dodać do płynu, zawierającego aceton, ostrożnie (po ściance probówki), nieco rezorcyny, rozpuszczonej w kwasie siarkowym stężonym, to otrzymamy na granicy obydwu cieczy pierścień, charakterystyczny dla przetworu kondensacji acetonu z rezorcyną. Zachowując dokładnie takie same warunki pracy, osiągamy możność mierzenia stężenia acetonu przez oznaczenie czasu od chwili dodania odczynników do pojawienia się osadu na ich granicy: czas ten jest wobec danego stężenia ++ ściśle proporcjonalny do koncentracji acetonu. Te dane oraz ta okoliczność, że żaden składnik lotny normalny moczu nie oddziaływa podobnie na rezorcynę, pozwalają korzystać z nowej i prostej metody oznaczania acetonu w moczu. Destylując jakikolwiek mocz, otrzymujemy płyn, wolny od innych ciał, reagujących podobnie jak aceton + rezorcyna i w danej temperaturze + z rezorcyną, a te składniki, które wchodzą w skład płynu przekroplonego, wpływają tylko w bardzo słabym stopniu na szybkość reakcji. Praca Michaela i Riedera (Amer. Chem. Journ. 9, 134 i Zeits. f. An. Chem. 27, 1888) opisuje podobną reakcję jakościową dla celów wykrycia aldehydów w obecności ketonów. Do rezorcyny rozpuszczonej w alkoholu i zmieszanej z badanym płynem dodajemy kilka kropel kwasu solnego, gotujemy i wlewamy do wody. Powstaje przytem osad tylko w obecności aldehydu. Ketony tej reakcji w tych warunkach nie dają. Natomiast ważne jest ciało żółte, otrzymane przez M. W. Caussa (Bulletin de la Société Chim. de Paris 1892 str. 564) przez działanie acetonu na rezorcynę w obecności kwasu solnego dymiącego. Produkt ten, rozpuszczony w alkoholu i przeniesiony do wody ciepłej, daje kryształy pryzmatyczne, o punkcie tajania 212 – 213° i wzorze $\frac{H_3C}{H_3C}>C<\frac{OC_6H_4OH}{OC_6H_4OH}$ łatwo tworzące wodzian o kolorze białym. Przypuszczamy, że produkt, otrzymany w obecności kwasu siarkowego, posiada taką samą budowę i że tworzy się z dwu cząsteczek rezorcyny i jednej cząsteczki acetonu.

Część doświadczalna.

Do 100 cm^3 moczu acetonowego dodajemy 1 cm^3 10% kwasu octowego i destylujemy przez dobrze działającą większą chłodnicę 25 cm^3 do cylindra, zawierającego 5 cm^3 wody przekroplonej, w której zanurzona jest rurka chłodnicy. Zebrane razem 30 cm^3 płynu mieszamy i do dwóch probówek, zaopatrzonych w podziałkę, wlewamy po 5 cm^3. Probówki te o średnicy 14 mm ustawiamy w miejscu dobrze oświetlonem, gdzie temperatura otoczenia wynosi 22—24°, i wlewamy na dno ostrożnie, trzymając probówki pochyło, po 2 ccm świeżo przygotowanego roztworu, zawierającego 0,1 g rezorcyny (Merck) w 5 ccm czystego kwasu siarkowego; zapisujemy dokładnie czas (minuty i sekundy) w chwili dodania ostatniej kropli odczynnika. Przypuśćmy, że do chwili pojawienia się pierścienia upłynęło 4 minuty 30 sekund, zawartość acetonu w 100 ccm moczu równa się wtedy 0,1 ccm czyli 0,08%; ażeby znaleźć odsetki acetonu w moczu użytym, należy liczbę 27[1]) podzielić przez liczbę zanotowanych sekund, w danym przypadku 27 : 270, i pomnożyć przez cięż. wł. acetonu. Gdyby zaszła potrzeba rozcieńczenia, to należy odpowiednią ilość destylatu dopełnić do 5 ccm (n. p. przy rozcieńczeniu 1 : 10 bierzemy 0,5+4,5 ccm) wodą destylowaną i przy obliczeniu cyfrę tę uwzględnić. Rozcieńczamy wówczas, gdy czas reakcji trwa krócej, niż 75 sekund.

Dr. I. Fels. Lwów.

W sprawie długotrwałego stosowania skopolaminy.

W Nr. 5. Polskiej Gaz. Lek. Dr. Lewenstern z Warszawy opisuje przypadek chorej na raka sutka, która dzięki wstrzykiwaniu skopolaminy w połączeniu z morfiną żyje już 2 lata. Opis ten skłania mnie do podania analogicznego przypadku, spostrzeganego przezemnie.

Klara M., (której matka umarła, mając lat trzydzieści kilka na raka sutka), została poraz pierwszy operowana z powodu raka sutka lewego na oddz. chirurg. szpit. powsz. we Lwowie w r. 1912. w 30 roku życia. W r. 1913. nawrót, a ponieważ z powodu posuniętej choroby nie chciano podjąć się operacji, wyjechała do W., gdzie na klinice dokonano operacji z wynikiem pomyślnym. W latach następnych zjawił się nawrót i w r. 1918 wytworzyło się zapalenie żyły ramieniowej w związku z przerzutami rakowemi i z następowym obrzękiem lewego ramienia. To zapalenie żylne spowodowało u chorej bóle, które w nocach bezsennych tak się wzmagały, że chora nieraz „tarzała się na ziemi w boleściach". Rentgenolog Dr. Meisels zastosował jej na klinice kilka naświetlań *solatii causa* i dla uśmierzenia bólów w ramieniu polecił jej zastrzykiwania podskórne t. zw. modiscop, tj. kombinacja morfiny, dioniny i skopolaminy, jaką swego czasu zalecał Prof. Schlesinger we Wiedniu, i której skład jest następujący: *Morphii hydrochl. 0·2, Dionini 0·3, Scopolamini hydrobrom. 0·0025, Aq. dest. 10·0.* Chora dostawała co wieczór podskórnie 1 ccm tego płynu, zaczęła dobrze sypiać, bóle dzięki wstrzykiwaniom ustępowały, chora odżyła. Ani morfina, ani heroina, stosowana nieraz przezemnie w razie braku modiskopu, nie działały na boleści i bezsenność tak skutecznie, jak wymienione połączenie trzech środków. U chorej wystąpiły przerzuty raka nietylko na skórze tułowia, lecz i w narządach wewnętrznych, ale żyła dzięki wstrzykiwaniom modiskopu jeszcze 2 lata; zmarła 2. II. 1922 roku.

Wstrzykiwania dostawała przez rok co wieczór, w drugim roku rano i wieczór, a w ostatnich 3 miesiącach trzy razy na dobę, lecz zwykle tylko po 1 ccm. Wprawdzie przez rok ostatni chora już stale leżała w łóżku, ale lekarze, którym bądź dla ciekawości, bądź też przy naradzie ją pokazałem, wyrażali niemałe zdziwienie, że chora z tak rozległemi przerzutami raka żyć może. Ponieważ zaś ramię lewe z powodu niedrożności żyły bardzo obrzmiewało, co pewien czas robiłem nakłucia ręki, ażeby płyn surowiczy ściekał, przez co obrzęk ramienia na jakiś czas ustąpił zupełnie.

Zapiski lecznicze.

W celu zapobieżenia zapaleniu portęciowemu jamy ustnej (*stomatitis mercurialis*) należy podawać jodek potasu do wewnątrz (10 na 200, trzy łyżki dziennie) i współcześnie często płukać usta 1 do 2% roztworem wody utlenionej, z dodatkiem kilku kropel kwasu octowego (Derm. Woch. 1921. Nr. 49).

W przypadku **tężca przyrannego** u dziecka dziesięciomiesięcznego zastosował Hotz z wynikiem pożądanym siarczan magnezowy (20%) w lawatywach, po 10 $cm.^3$ na każdą. (Schweiz. m. W. 1921. N. 28).

W marskości wątroby radzi Blum stosować sole wapnia w dużych dawkach; współcześnie djeta małosolna (Presse méd. 1921. Nr. 92).

Przeciw ropieniu po durze brzusznym (w ropie laseczniki swoiste) ma być skuteczne pędzlowanie 1% roztworem fuksyny. (Berl. Kl. W. 1921. N. 18).

Ponieważ **wprowadzony dożylnie roztwór soli kuchennej** zbyt prędko zostaje wessany, Kütz dodaje doń 6 — 7% gumy arabskiej (D. m. W. 1921. N. 49).

Jako środek do płukania przy zapaleniu jamy ustnej poleca Ebler mieszaninę wody utlenionej i płyn Burowa (M. m. W. 1921. N. 44).

Zdaniem Romberga, **jodek potasu** można w **chorobach serca i naczyń** z pożytkiem dla chorych stosować w schorzeniach następujących: objawy neurasteniczne w okresach początkowych stwardnienia tętnic mózgowych (najważniejsze wskazanie dla przetworów jodowych); lekkie i średnio ciężkie przypadki dusznicy bolesnej; stwardnienie tętnic wieńcowych serca z wyraźną dusznością przy niewielkiem jednak osłabieniu mięśnia sercowego; chromanie przestankowe; dusznica sercowa. Jod nie wpływa na zmiany miażdżycowe, ani na ogniska rozmiękczenia po udarze mózgowym, ani na zmiany sklerotyczne w nerkach. Błędem jest stosowanie jodu przy każdem schorzeniu na tle stwardnienia tętnic. Szkodliwym wręcz jest jod przy duszności nerkowej, przy obrzęku płuc, przy skłonności do objawów tyreotoksycznych. Dawki jodku potasu: pięć razy dziennie po 10 cg do 20 cg., po jedzeniu. (Podręcznik chorób serca i naczyń. Wydanie trzecie. 1921).

Sprawozdania poglądowe.

Dr. A. Wojciechowski. Warszawa.

Rany wielkich naczyń w świetle spostrzeżeń i doświadczeń wojny światowej.

(Dokończenie)

Aby uniknąć zgorzeli kończyny, jeszcze przed wojną Ney, a później Oppel polecali jednoczesne podwiązanie

---

[1]) W warunkach, w których wykonuje się doświadczenie, pierścień wystąpi po 27 sekundach, jeśli płyn, poddany destylacji, zawiera 1% objętościowy acetonu.

żyły, co ma zmniejszać o połowę % zgorzeli. Graf radzi bezpośrednio po podwiązaniu stosować środki wywołujące miejscowe przekrwienie w celu pobudzenia krążenia.

Przy podwiązywaniu wielkich naczyń szyjnych grożą inne niebezpieczeństwa, mianowicie objawy mózgowe, zatory etc. Podwiązanie tętnicy szyjowej wspólnej jest, zdaniem Bier'a, nadzwyczaj niebezpieczne; Siegrist oblicza % śmiertelności na 20,3. Chociaż znajdujemy w piśmiennictwie i pomyślne wyniki po podwiązaniu tego naczynia (Lapersonne, Sendral), to jednak objawy ciężkie mózgowe zdarzają się często; należy też pamiętać, że, choć zwykle one występują na 3—4 dzień (Colledge Shaw Dunn), jednakże może to nastąpić i znacznie później (na 118 dzień, Verger i Pahand). Również niebezpiecznem jest podwiązanie tętnicy szyjowej wewnętrznej. Przypadki pomyślne ogłosili Lenorment, Arganarez de Flor del Valle, lecz nie ulega wątpliwości, że najczęściej smutno się ono kończy. Natomiast podwiązanie tętnicy szyjowej zewnętrznej zwykle przebiega dość gładko. O tętnicy kręgowej wspomniałem już wyżej.

Wspólnem niebezpieczeństwem wszystkich podwiązek jest możność wtórnego krwotoku, bądź wskutek ropnego rozmiękczenia czopu, bądź też, jak to wykazali Leriche i Policard, wskutek zmian w ścianie naczynia pod wpływem białych ciałek krwi. Te bowiem wydzielają zaczyn trawiący najodporniejszą warstwę ściany naczynia, tkankę sprężystą. Ulega ona rozwłóknieniu i łatwo pod wpływem ciśnienia krwi następuje rozdarcie. I w tym i w drugim razie przyczyną powodującą jest sprawa zapalna. Aby się więc ustrzedz przed zakażeniem naczynia i zapobiedz krwotokowi wtórnemu, radzi Rühl pokrywać miejsce podwiązek zdrowemi tkankami, o ile można oddzielić je od samej rany. Pozostawia on zawsze włoskowate sączki. Graf poleca wyciąć ranę, miejsce podwiązania zaś obszyć nieuszkodzonemi mięśniami. Poza tem technika podwiązywania pozostała dawną.

Już obecnie do pewnego stopnia ocenić można dalsze wyniki po podwiązaniu wielkich naczyń. Pod tym względem ciekawe są wyniki otrzymane przez Leriche'a, Policard'a i Bonnet'a. Okazało się bowiem, że wbrew ustalonemu mniemaniu kikut naczynia bardzo długo nie ulega zmianom wstecznym, tylko kurczy się, pozostając drożnym. Możliwem staje się więc zeszycie naczynia nawet w dłuższy czas po dokonanem podwiązaniu. Co się tyczy wyników czynnościowych, to okazały się one nie bardzo zachęcające. Jak już wspomniałem, wykazano, że po podwiązaniu układ współczulny naczyniowy jest upośledzony. Ukrwienie często szwankuje i okazuje się niewystarczającem przy użyciu kończyny (Pribram). Rozwijają się zaniki mięśni, dystrofje i t. d., czyniące kończynę mało wartościową (Babiński i Heitz). Wszystkie te objawy niedomogi ukrwienia występują zwykle dopiero późno, gdy już chory wypisany ze szpitala powraca do swych zajęć. Wynika z tego, że przy ocenie następstw podwiązania dużej tętnicy nie należy się śpieszyć i trzeba przez dłuższy czas po wyzdrowieniu obserwować, jak się zachowuje kończyna.

Co się tyczy szwu naczyniowego, to już ta okoliczność, że przywraca on drożność prawidłową i umożliwia w ten sposób *restitutio ad integrum* w dosłownem znaczeniu, nadaje mu ogromną przewagę nad podwiązywaniem, które bądź co bądź ze stanowiska czynnościowego i anatomicznego jest zawsze kalectwem. Zalety szwu są tak oczywiste, że nawet najgorętsi jego przeciwnicy uznają je bez zastrzeżeń i tylko starają się dowieść, że w warunkach wojennych jest on bądź niewykonalnym, bądź zbędnym, o ile chodzi o zranienie pomniejszych naczyń. Wiele w tych zarzutach jest przesady, a niektóre są wręcz bezpodstawne. Jak to już miałem możność powyżej zaznaczyć, wbrew panującym przed wojną poglądom nie wymaga szew naczyniowy żadnej nadzwyczajnej wprawy ze strony chirurga. Aczkolwiek nałożenie szwu trwa rzecz prosta nieco dłużej niż podwiązanie, lecz jest to różnica tak niewielka, że rzadko kiedy może mieć większe znaczenie. Również nie są potrzebne do szwu koniecznie specjalne narzędzia; wrócimy jeszcze do tego poniżej. Nic dziwnego, że ogromna większość chirurgów przy zranieniu wielkich naczyń uważa szew za najlepszy sposób postępowania, o ile niema przeciwwskazań.

Rydygier poleca szew wszędzie z wyjątkiem ran o wielkim urazie tkanek lub wobec ciężkiego zakażenia i złego stanu ogólnego. Mniej więcej z temi samemi zastrzeżeniami radzi stosować szew Pribram. Do rozpowszechnienia szwu naczyniowego najwięcej przyczynili się z autorów polskich: Rydygier, Kryński, Radliński, Węgłowski i Zawadzki; z cudzoziemskich zaś: Fiolle, Frouin, Imbert, Leriche, Graf, Haberer, Pribram, Rehn, Haberland, Renzi, Scherill i inni.

Co się tyczy techniki szwu, to, jak wiadomo, po pierwotnych usiłowaniach Glucka, Jesinowskiego, Abbé'go, Murphy'ego i Payr'a uzyskania zespolenia naczynia za pomocą rurek wprowadzonych do światła naczynia lub wpochwienia, Carrel w 1902 roku podał swój sposób szycia naczyń i odtąd datuje właściwie szerokie zastosowanie szwu naczyniowego. Tylko nieliczni autorzy posługują się jeszcze rurkami lub blaszkami z magnezjum (Lespinasse, Fisher, Eisenstädt, Jeger, Unger), większość stosuje szew Carrel'a bez środków pomocniczych. Szew ten, jak wiadomo, polega na zasadzie odwrotnej, niż szew Lembert'a jelit. Szyjąc naczynie, staramy się wywinąć brzegi na zewnątrz, a nie wgłobić, jak to czynimy, operując na przewodzie pokarmowym. Śródbłonek przylega w ten sposób do śródbłonka i zagojenie następuje przez rychłozrost, pozostawiając minimalną bliznę. Blizna ta jednak pozostaje na zawsze, jak to wykazały prace Borst'a, Enderlen'a, Ward'a, w miejscu zrostu pozostaje w ścianie naczynia cienka warstwa tkanki bliznowej, pozbawiona mięśni i tkanki sprężystej. Wielu autorów próbowało nieco zmienić szew Carrel'a, począwszy od niewinnych drobnostek (4 cugle zamiast klasycznych 3-ch stosują Frouin i Floresco, natomiast Jensen i Moure zadowalają się 2-ma) i skończywszy na dość znacznych odstąpieniach od oryginału (Pizovano, Smith, Zaaijer). Z tych wszystkich modyfikacyj tylko szew w kształcie U, podany przez Clairmont'a, Jaboulay i Brian'a, był stosowany podczas wojny przez Pribram'a. Inni autorowie posługiwali się szwem Carrel'a; pod tym względem więc wojna nic nie zmieniła i szew ten odniósł zupełne zwycięstwo nad innemi metodami.

Natomiast były czynione próby ułatwienia zeszycia sposobem Carrel'a. Horsley podał przyrząd do trzymania cugli przy szyciu. Jest to rodzaj haka, do którego przytwierdzają się końce trzech pierwszych szwów — cugli. Utrzymuje on je w napięciu i ułatwia w ten sposób dalsze szycie. Odznacza się przyrząd ten prostotą i, być może, okaże się rzeczywiście dogodnym. Nie można tego twierdzić o drugim przyrządzie, podanym przez Haberland'a. Ma on podobno czynić pomoc asystenta zbędną. Jest to jednak bardzo skomplikowane instrumentarjum; sądząc z opisu mogłoby ono najwyżej mieć zastosowanie przy szyciu naczyń na kończynach, na szyji np. mam wrażenie zawadzało by ono raczej. Zdaje się też, że nikt oprócz wynalazcy tego przyrządu nie stosował. Wogóle, jak już wspominałem, przekonano się, że do szwu naczyniowego specjalne narzędzia wcale nie są niezbędne; można go równie dobrze wykonać, mając pod ręką tylko najzwyczajniejsze narzędzia codziennego użytku. Zamiast zaciskadeł Höpfner'a lub Stich'a posługiwać się możemy bądź podwiązaniem czasowem naczynia tasiemką (Carrel), rurką gumową (Smith), bądź też zaciska się zwyczajnemi jelitowemi zaciskadłami Doyen'a, jak to radzi Radliński. Pamiętać tylko należy, że ucisk powinien być bardzo łagodny, inaczej łatwo w miejscu zaciśnienia powstaje skrzep (Lexer). Gdy niema pod ręką odpowiednio giętkich zaciskadeł lub rurki gumowej, bardzo dobrze zastępują zaciskadła palce pomocnika, zwłaszcza jeżeli rana jest dość obszerna i niezbyt głęboka. Co do igieł, to każda mała igiełka jest zupełnie odpowiednią i nie ma potrzeby stosować specjalne igły. Jako materjału do szwu większość używa cienkiego jedwabiu; Frouin szyje nitką lnianą Nr. 700. Poza tem były próby szycia struną (Imbert Fiolle, szew zatoki strzałkowej). Jako zaletę struny podnoszą jej następcze pęcznienie, dzięki czemu zatyka ona dokładnie otwory przekłute, które zwykle nieco krwawią przy szyciu jedwabiem. Jednakże szerszego zastosowania struna nie znalazła, jak również i wło-

sie, polecone jeszcze przed wojną przez Dobrowolską. Włosie stosował z dobrym wynikiem Haberland, wyjaławiając je na sucho w ciągu godziny przy 80—100°, lub gotując pół godziny w wodzie. Włosie jest tem wygodne, że jest czarne, a więc lepiej widoczne i bardzo cienkie, a więc odpowiednie do szycia małych naczyń, jednakże wiąże się źle, jak to mogę zaświadczyć z własnego doświadczenia, i często jest nader łamliwe. Wsysa się bez śladu po czterech miesiącach podług badań Eden'a Przepajanie materjału do szwu parafiną nie jest koniecznem, jak to słusznie podnosi Radliński. Jednakże olej parafinowy, użyty nie tylko do przepojenie szwów, lecz i do zwilżania brzegów naczynia, zapobiega wysychaniu i chroni je od zetknięcia się z sokiem tkankowym, zawierającym zaczyn krzepnięcia. Jedwab parafinowany jest znacznie gładszy i nie posiada owej własności włoskowatego sączka, co stanowi wielką zaletę, zwłaszcza w ranach o niepewnej jałowości. Większość też chirurgów posługuje się szwami, przepojonemi parafiną. Natomiast środki, mające zapobiegać krzepnięciu, jak wyciąg z pijawek, cytrynian sodu i t. d., zostały zupełnie zarzucone, jako zawsze zbędne, a niekiedy nawet szkodliwe. Jak słusznie zaznacza Proust, najlepiej zapobiegamy skrzepom, stosując jak najściślejszą aseptykę, starając się jak najmniej urażać tkanki, a zwłaszcza śródbłonek, i dokładnie dostosowując brzegi naczynia. Dodać do tego należy staranne unikanie zetknięcia ścian naczynia, szwów, narzędzi z tkankami otaczającemi, zwłaszcza z mięśniami. Jest to błąd dość często popełniany, a nierzadko fatalny w swych skutkach. Szew naczyniowy powinien być tak samo nakładany, jak szew jelita; tak samo miejsce szwu powinno być zupełnie odgrodzone od reszty rany i tak samo należy unikać zetknięcia narzędzi lub szwów z czemkolwiekbądź, co nie jest ścianą naczynia. Tylko w jamie brzusznej staramy się w ten sposób uniknąć zakażenia otrzewnej, tutaj zaś odwrotnie chodzi nam o to, aby do śródbłonka i światła naczynia nie przedostały się z otaczających tkanek zaczyny, wywołujące krzepnięcie. Również na jeden szczegół, znajdujący się w bezpośrednim związku z uniknięciem skrzepu, dość mało zwracają uwagi, mianowicie na narzędzie, którem przecinamy lub odcinamy naczynie. Ponieważ brzegi rany naczyniowej są najczęściej szarpane, niekiedy miażdżone i wogóle nie posiadają dobrych warunków do gojenia, więc w większości przypadków wymagają odświeżenia. Wszelkie jednak cięcia ściany naczyniowej wykonywać należy tylko nożem i to bardzo ostrym i cienkim, nożyczki zawsze trochę miażdżą i dlatego nie nadają się do tego. Na froncie w braku czego lepszego posługiwałem się odłamkiem brzytewki bezpiecznej, ujętej w zacisk, i byłem bardzo zadowolony z tego narzędzia, gdyż tnie ono bardzo dobrze, zupełnie nie szarpiąc i nie urażając śródbłonka.

Zeszycie naczynia może być rozmaite, w zależności od wielkości rany. Przy ranach tylko jednej ściany naczynia wystarcza proste zeszycie otworu; większość autorów szyje w tych razach podłużnie, tj. równolegle do osi naczynia. Zmniejszenie w ten sposób światła naczynia nie odgrywa wielkiej roli, albowiem Taddei doświadczalnie dowiódł, że można bezkarnie zmniejszyć światło naczynia o połowę. Są jednak autorowie, np. Haberer, którzy wolą szyć poprzecznie. O ile ubytek ściany jest większy, lecz ciągłość naczynia nie jest przerwana, można usiłować załatać otwór. Jako materjał do tych łat polecano ścianę tętniaka (Kryński, Küttner), co tylko przy operacji tętniaka może być stosowane, lub otoczkę pochwową jądra *(t. vaginalis testis)* (Jon Jaun). Bodaj jednak, że pewniej jest w tych razach odpowiednio przyciąć naczynie i nałożyć szew okrężny. W niektórych miejscach, jak np. na łokciu, jamce podkolanowej, poniekąd na szyji, można zespolić bezpośrednio tętnicę nawet po wycięciu 6—8 cm, odpowiednio zginając kończynę. Nietylko szew taki trzyma, lecz tętnica następnie stopniowo wydłuża się, jak to dowiodły ładne pokazy Parczewskiego wycięcia tętniaków na ostatnim Zjeździe chirurgów polskich. Co się tyczy sposobu szycia, to większość szyje zwykłym okrężnym Carrel'owskim szwem, tylko Haberland woli ściąć naczynie ukośnie i nakłada szew owalny. O ile ubytek naczynia jest tak wielki, że zbliżenie końców jest niemożliwe, można zastosować albo plastykę (zwykle żyła podskórna w pobliżu rany) albo zespolić tętnicę z żyłą, ma się rozumieć, o ile ta ostatnia również nie została uszkodzoną.

Plastyka daje naogół dobre wyniki: Warthmüller zestawił 52 przypadki, z nich 40 z wynikiem dobrym, Węgłowski operował 54 własnych przypadków również przeważnie z wynikiem dobrym. Ciekawą rzeczą jest, że większość niepowodzeń dotyczy tętnic kończyny dolnej. Zespolenie zalecane przez Grant'a było stosowane niejednokrotnie przed wojną w przypadkach początkowej zgorzeli, lecz bez powodzenia. Biorąc jednak pod uwagę, że Narath dowiódł, że można uniknąć zaniku wątroby po podwiązaniu tętnicy wątrobowej, zespalając tętnicę z żyłą wrotną, można rozliczać, że i gdzieindziej przy odpowiednich warunkach anatomicznych zespolenie może mieć wynik dodatni.

Powikłania, spostrzegane po szwie naczyniowym, są podobne, jak i po podwiązaniu naczynia. Możliwym jest krwotok wtórny, aczkolwiek, sądząc z danych piśmiennictwa, bywa on tu rzadziej, niż po podwiązaniu, może w miejscu zeszycia powstać skrzep z wszystkiemi następstwami. Jednakże w ogromnej większości przypadków wszystko przebiega gładko i żadnych powikłań nie bywa. Rzeczą ogromnej wagi jest stan rany pod względem bakterjologicznym: wszelkie cięższe zakażenie zagraża szwu i stanowi przeciwwskazanie do stosowania szwu naczyniowego wogóle. O ile zakażenie jest lżejszem, to najczęściej pomimo to obywa się bez powikłań; nawet, jak wskazuje przypadek Schum'a, może dojść do ropienia bez uszczerbku dla szwu. Jednakże zasadniczo unikać należy zeszycia naczyń w ranach zakażonych; lepiej jest podwiązać na razie i dopiero wtórnie, jak to poleca Pribram, stosować szew, gdy rana się oczyści i badanie bakterjologiczne nie wykrywa już więcej drobnoustrojów.

Wyniki odległe szwu naczyniowego są na razie mniej znane. Zazwyczaj czynnościowych zaburzeń po zeszyciu nie spostrzegamy, ukrwienie jest dostateczne. Czy jednak nie bywa drobnych zaburzeń krwiobiegu, dopiero przyszłość pokaże. Już Graf i Leriche mieli możność stwierdzenia drobnych zaburzeń ze strony układu współczulnego okołotętniczego po zeszyciu. Są one o wiele mniejsze, niż po podwiązaniu, lecz jednak pewne upośledzenie zdaje się pozostawać. Należy pamiętać, że dziedzina układu współczulnego naczyniowego leżała dotychczas odłogiem i obecnie zaczynamy dopiero stawiać pierwsze kroki. Może nowy sposób Barbier'a badania stanu nerwów współczulnych okołotętniczych na podstawie pewnych różnic szmeru naczyniowego okaże się subtelniejszym i wyświetli lepiej, w jakim stopniu uszkadza zeszycie tętnicy splot współczulny.

Z powyższego wynika, że nie może być mowy o wyłącznem stosowaniu szwu lub podwiązki, lecz chirurg od przypadku do przypadku musi rozstrzygać, czy tym, czy innym sposobem ma się posługiwać, licząc się ze stanem ogólnym, z charakterem rany i z tem, jakie naczynie zostało uszkodzone. Wogóle dążyć należy do zeszycia naczynia, lecz o ile ranny jest bardzo wykrwawiony i upadek sił znaczny, lepiej podwiązać lub nawet wprost na razie nałożyć zacisk, odkładając szew na później, gdy pod wpływem wlewania soli i środków pobudzających stan się polepszy. Już Lejars słusznie wskazywał, że podwiązanie wielkiego pnia naczyniowego wzmaga ciśnienie i dlatego w przypadkach takich wskazaną jest podwiązka. To samo należy powiedzieć o ranach z wielkiem zmiażdżeniem tkanek, bardzo zabrudzonych lub znajdujących się już w okresie wyraźnego zakażenia. I tu zyskamy, czekając ze szwem na nastanie odpowiedniejszych warunków. Nie należy jednak uważać podwiązania w tych przypadkach za zabieg ostateczny, lecz tylko za czasowy. Natomiast jest wskazaną podwiązka wszędzie, gdzie zranione naczynie nie ma rozstrzygającego wpływu na ukrwienie. Nie jest to coprawda prawidło bez wyjątków i nie mogę się zgodzić z Radlińskim, że zeszywanie naczyń przedramienia i podudzia jest bawidełkiem. Niezawodnie często to określenie jest trafnem, ale nie zawsze, że przypomnę przypadek Delanglade'a. Były tam uszkodzone obydwie tętnice przedramienia, zeszycie dało wynik bardzo dobry; czyby taki sam osiągnęło podwiązanie, wątpię. Również każden, kto widział częściej sto-

sowany zabieg W ł a d i m i r o w - M i k u l i c z a, wie, jak często tętnica piszczelowa przednia i jej dalszy ciąg, tętnica grzbietowa stopy, okazują się niewystarczalnemi dla należytego ukrwienia stopy. Zeszycie więc tętnicy piszczelowej tylnej bywa niekiedy wskazanem. Obawa niektórych chirurgów, że szew łatwo może puścić, lub że w miejscu zeszycia może powstać tętniak, nie jest uzasadnioną. Stanowczo krwotoki po szwie nie są częstsze niż po podwiązaniu i szew trzyma dobrze, o ile była uwzględniona należycie aseptyka. Powstania tętniaka w miejscu szwu w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem; bardzo pouczające pod tym względem jest spostrzeżenie S e r a f i n i e'g o: na 15-ty dzień po wycięciu tętniaka tętniczo-żylnego i zeszyciu otworu w tętnicy tworzy się tętniak; nowy zabieg wykazuje, że miejsce szwu jest mocne, tętniak wytworzył się na przedniej ścianie, gdy zeszytą była tylna.

Jakież wskazówki z powyższego może wyciągnąć chirurg co do zachowania się wobec ran naczyń? O ile, czy to z objawów, czy to ze stosunków anatomicznych rany wnioskować można, że naczynie zostało uszkodzone, a nawet, gdy uszkodzenie jest tylko prawdopodobne, należy szeroko otworzyć ranę lub za pomocą odpowiedniego cięcia odsłonić na dużej przestrzeni całą okolicę odnośnego pęczka naczyniowego. Staranne oględziny pozwolą stwierdzić, czy i jakie naczynia zostały zranione. Kierując się wyżej wymienionemi wskazaniami i przeciwwskazaniami, rozważyć należy, czy zastosować szew, czy podwiązanie. Wszędzie, gdzie jest to wskazane, należy dążyć do zeszycia i nie powinno się odstępywać od tego, zasłaniając się brakami instrumentarjum lub niewyrobieniem technicznem. Każden chirurg powinien posiadać technikę szwu naczyniowego, tak samo, jak się żąda od niego, aby umiał nałożyć szew na jelito. Nie jest też szew naczyniowy trudniejszym od jelitowego.

Starałem się powyżej zobrazować stan obecny chirurgji naczyniowej. Jak już wspomniałem na początku, piśmiennictwo było mi tylko częściowo dostępne; oprócz tego pominąłem rozmyślnie szereg autorów, których prace mają wartość tylko kazuistyczną. Z tego samego powodu nie przytaczałem własnych przypadków, tembardziej, że najczęściej trafiłem je z oczu bardzo wcześnie, jeszcze przed zagojeniem, a to pozbawia ich wszelkiej wartości. W zagadnieniu bowiem szwu naczyniowego nie chodzi nam obecnie o zagojenie bezpośrednie, lecz o wyniki dalsze, o wartość czynnościową zeszytego naczynia, co tylko dłuższa obserwacja wykazać jest w stanie. Również naumyślnie nie potrącałem kwestji tętniaków, jako dziedziny zbyt rozległej, wymagającej osobnego omówienia. Chodziło mi o przedstawienie całokształtu sprawy i o zachęcenie do szerszego stosowania szwu naczyniowego.

Oceny i sprawozdania.

Antonina S z e r e r o w a. **Z historji pozwoju pracy dzieci.** Sosnowiec 1922, stron 110.

Praca p. Szererowej, poświęcona »kobiecie-proletarjuszce«, ma na celu udowodnienie wielkiej szkodliwości zarobkowej pracy dzieci. W tym celu zestawiła autorka prawnicze wiadomości historyczne o nadużywaniu pracy dzieci w różnych krajach (Anglja, Francja, Szwajcarja, Niemcy itd.), stan ustawodawstwa ochronnego, statystykę pracy dzieci według rodzaju pracy i wieku z różnych państw, wreszcie szczegóły o pracy dzieci w różnych gałęziach przemysłu i o szkodliwych skutkach tej pracy dla zdrowia. Autorka dochodzi do wniosku, że praca zarobkowa dzieci powinna być zupełnie zniesiona. *R.*

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Medizinische Klinik.
Nr. 9. z 2. marca 1922.

F r a n z B a r d a c h z i. **Leczenie duru brzusznego.** Referat poglądowy. Nic nowego.

A r n d t. **Zagadnienia salwarsanowe.** Autor wzywa do ostrożności przy stosowaniu salwarsanu, przestrzega przed większemi dawkami i uważa za konieczne wprowadzenie kontroli państwowej nad wyrobem salwarsanu.

Z w e i f e l. **Ciąża a gruźlica.** Autor przytacza statystykę V e i t a, według której w 65—100% pogarsza się stan gruźliczych wskutek ciąży, i statystykę S e i t z a, według której przy gruźlicy otwartej doprowadza ciąża 30—60% chorych do śmierci. Liczby te są według autora za wysokie, ponieważ spora liczba gruźlicy bardzo lekkiej nie bywa rozpoznawana i leczona. Przy czynnej gruźlicy płuc (laseczniki w plwocinie, ciepłota) i gruźlicy krtani istnieje bezwzględne wskazanie do jaknajszybszego przerwania ciąży, gruźlica zaś zupełnie wygojona nie daje prawie nigdy wskazania do przerwania ciąży.

F. G l a s e r i B u s c h m a n n. **W sprawie leczenia za pomocą ciał drażniących** (*Reizkörpertherapie*) **ze szczególnem uwzględnieniem dawkowania.** Autor omawia pokrótce pochodzenie i zapatrywania na leczenie proteinowe i koloidowe, podnosi, że działanie nieswoiste różni się od swoistego tylko wielkością dawki: o ile dla wywołania odczynu ogniskowego przy gruźlicy wystarcza $^1/_{10}$ mg, to dawka preparatu nieswoistego musi być 100—10.000 razy większa. Autor zwraca uwagę na ostrożności jakie zachowywać należy przy gruźlicy. Według L u b a r s c h a w 60% starych ognisk gruźliczych nastąpiło wydzielanie jadowitych prątków gruźliczych. Przy stosowaniu terapji koloidalnej należy uwzględniać: 1. konstytucję, 2. organ schorzały i rodzaj choroby, 3. rodzaj stosowanego środka, 4. wysokość dawki, 5. przerwy pomiędzy poszczególnemi injekcjami. Próba lipoidalna G a b b e'go, nie nadaje się do określenia dawki. Najważuiejszem polem do stosowania proteinoterapji w medycynie wewnętrznej są podostre zapalenia stawów.

L u d w i g D i m i t z i P a n e S c h i l d e r. **Symptomatologja guzów mózgu czołowego.** Dokładny opis jednego przypadku glijaka czołowej części mózgu.

R o t h i S t e r n b e r g. **Zachowanie się wydzielania soku żołądkowego przy niedokrewności Biermer'a i aplastycznej** (*Aleukia haemorrhagica*). Autorowie stwierdzili we wszystkich 14 badanych przypadkach niedokrewności B i e r m e r a brak wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym, natomiast w jednym przypadku *aleukia haemorrhagica* wolny kwas solny 20, kwasota ogólna 30. Wobec tego uważają autorowie zachowanie się wolnego kwasu solnego w soku żołądkowym jako ważny czynnik w rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy niedokrewnością B i e r m e r o w s k ą a *aleukia haemorrhagica*.

A m a n. **Leczenie chorób zakaźnych.** Autor omawia ogólnie znaczenie proteinoterapji i zaleca stosowanie „*albusolu*", preparatu białkowego, u osobników o silnej konstytucji w ilości 5 ccm wśródżylnie. Najlepsze wyniki otrzymał autor przy stosowaniu albusolu w dawkach od 2—5 ccm w odstępach 2—4 dni.

S c h u b a r t. **Projekt ustawy o dobrowolnem jednostkowem świadectwie dla żeniących się mężczyzn.** Artykuł, polemiczny, w którym autor, sędzia, broni swego jednostkowego formularza przed zarzutami.

L u d w i k K l e e b e r g. Odpowiedź p. S c h u b a r t. Autor zwalcza projekt S c h u b a r t a.

H a b e r l a n d t. **Bezpośrednie wykazywanie mięśniowego przenoszenia podniet w sercu kręgowców.**

F r i t z F l e i s c h e r. **Znaczenie dyspozycji w konstytucji.**

E r n s t R u n g e. **Praktyczne zagadnienia z położnictwa.**

W a i t z f e l d e r. **Wykazywanie chronicznego zapalenia wyrostka robaczkowego przez prześwietlanie.**

Nr. 10.

G u s t a w S t ü m p k e. **W sprawie żółtaczki po salwarsanie.** Na podstawie kazuistyki, piśmiennictwa i statystyki, wykazuje autor, że niesłusznem jest uważać salwarsan jako przyczynę żółtaczki, występującej u chorych, leczonych salwarsanem.

W. L i e p m a n n. **W sprawie niedomogi płciowej u kobiety.** Autor omawia monografję K. Friedländera: »*Die Impotenz des Weibes*« (1921) i polemizuje z jego wywodami.

A s m u s. **O ile zajmuje lekarza praktycznego wczesne leczenie zeza?** Autor omawia przyczyny i sposób powstawania

i leczenia zezu. Zez u dzieci leczyć należy w 1—2—3 roku atropiną i szkłami.

A. Laqueur. O galwanopalpacji. Autor poleca tę metodę, jako pomocniczą w rozpoznawaniu schorzeń tętnicy głównej, pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego i otrzewnej.

Wilhelm Hildebrandt i Wilhelm Geulen. **W sprawie leczenia wielkich ropni płucnych po grypie.** Tylko przez odpowiednie ułożenie i ułatwienie ekspektoracji — uleczenie bardzo ciężkiego przypadku ropnia płuc.

H. Fernbach. **Ostry, żółty zanik wątroby, zimnica i salwarsan.** Sekcja wykazuje u 22-letniego mężczyzny, chorego na kiłę, a zmarłego wśród objawów zaniku wątroby — pomimo tego, że nigdy nie opuszczał Berlina i mimo negatywnej anamnezy — zimnicę.

Alfred Mitscherlich. **Oznaczanie środków odżywczych rośliny w glebie.** Nie nadaje się do krótkiego streszczenia.

Ernst Runge. **Praktyczne zagadnienia z położnictwa,** Repetytorjum położnictwa; nic nowego.

Ernst Edens. **Nowe prace z zakresu chorób serca i naczyń.** Referat zbiorowy. *Z. St.* (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Patologja i anatomja patologiczna.

Virchows Archiv.

T. 234. 1921.

H. Bettinger. **O chorobie obrzękowej na podstawie spostrzeżeń wojennych w patologicznym instytucie w Halle.** Spostrzeżenia autora dotyczą 136 przypadków sekcyj, wykonanych przez Benekego w czasie wojny. Materjał sekcyjny pochodził z obozów jeńców wojennych, i to najrozmaitszej narodowości, głównie Rosjan. Obrzęki spostrzegał najczęściej koło kostek, następnie wogóle na kończynach, a nawet na całem ciele. Prócz tego spostrzegał opuchliny jam surowiczych, klatki piersiowej, worka osierdziowego, komór mózgu, najczęściej jamy brzusznej. Stale występował zanik tkanki tłuszczowej, która stawała się nieraz galaretowatą; podobnie i szpik kostny tracił tłuszcz i stawał się galaretowatym. Uderzający był ubytek względnie brak lipoidów w nadnerczach. Narządy stale znajdowały się w zaniku, niektóre w zaniku brunatnym z obecnością hemosideryny. W niektórych przypadkach stwierdzał owrzodzenia w kiszce grubej, jednak bez charakteru czerwonkowego. Jako powikłania występowało często zapalenie płuc. W pewnej ilości stwierdzał gruźlicę, która, zdaje się, z postępem choroby obrzękowej, również się rozwijała. Obrzęki niewątpliwie nie są pochodzenia nerkowego, lecz pozostają głównie w związku ze składem zmienionym krwi, zmniejszoną ilością białka, z zaburzeniem przemiany materji i nienależytem wydalaniem ciał krystaloidowych, wskutek czego ciała koloidowe tkanek mają większą siłę przyciągania wody. Warunkiem do tego była strawa wojenna, obfita w NaCl. Do pewnego stopnia stwierdzono to doświadczalnie. Prawdopodobnie ma tu znaczenie znaczne uszkodzenie komórek, a więc i śródbłonków naczyń, wywołane wysokiego stopnia zubożeniem ich pod względem zawartości lipoidów.

A. Kappeler. **O znaczeniu obleńców (*nematodes*) dla powstawania wgłobienia jelit.** Przy sposobności sekcyjnie badanego przypadku omawia autor wpływ obleńców na powstawanie wgłobień jelitowych. W myśl badań Proppinga i Nothnagla uważa autor miejscowy skurcz jelita za wstęp nieodzowny dla mechanizmu wgłobienia jelitowego, Miejsce skurczone jelita jest tym ustalonym punktem, na które niejako nadziewa się nieskurczony a poniżej skurczu położony odcinek jelita. W ten sposób to nadziewanie się odbywa się przy wgłobieniu nie w kierunku odbytu, lecz przeciwnie w kierunku otworu ustnego. Zasadniczy miejscowy skurcz (*spasmus*) jelita może być wywołany przez różne czynniki wzgl. bodźce; do nich też niewątpliwie należy zaliczyć pasorzyty przewodu pokarmowego, jak zwykłą glistę ludzką i włosogłówkę (*trichocephalus*). Przypadek autora dotyczył $11^1/_2$-letniej dziewczyny, która kilkakrotnie w dłuższych odstępach czasu zapadała na gwałtowne bóle brzucha, wymioty, biegunki. W czasie jednego z takich napadów rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego, z powodu czego też wykonano otwarcie brzucha i stwierdzono wgłobienie kątnicy i jelita biodrowego w ramię wstępujące kiszki grubej. Na szczycie wgłobienia stwierdzono liczne włosogłówki. Wyrostek robaczkowy wykazywał przekrwienie i obrzęk błony śluzowej i powiększenie grudek chłonnych. Powstanie wgłobienia w opisanym przypadku tłómaczy autor mechanizmem wyżej przedstawionym, a za czynnik drażniący przyjmuje znalezione włosogłówki.

E. Jacobstahl. **W sprawie fagocytozy myeloblastów, myelocytów i eozynochłonnych leukocytów (z uwagami, dotyczącemi delikatnej budowy leukocytów eozynochłonnych).** Do badań swych użył autor ciałek białych z krwi białaczki szpikowej ostrej, myeloidowej białaczki przewlekłej i choroby Hodkinsa z mnogiemi naciekami w skórze i wybitną eozynofilją Badania przeprowadzał oczywiście w preparatach płynnych niebarwionych, a także barwionych. Ciałami pożeranemi były ziarnka cynobru, gronkowce, czworniaczki, laseczniki gruźlicy itp. Otóż autor stwierdził, że macierzyste komórki obojętnochłonnych leukocytów, t. j. myeloblasty i myelocyty, mają zdolność pożerania *in vitro* cynobru i drobnoustrojów, podobnie także eozynochłonne leukocyty. Przy badaniu żywych i zabarwionych pożerających eozynochłonnych komórek stwierdził autor w tych komórkach jednostajne zasadowe pierwoszcze, w którem znajdują się typowe eozynochłonne i silnie załamujące światło ziarna (Naegelego), które autor nazywa »Glasgranula«. Czynność pożerania prowadzi w komórkach eozynochłonnych do rozdzielenia ziarnistej entoplazmy od zasadowej ektoplazmy, która przy pożeraniu może wytwarzać wypustki w postaci rogów jelenich, przyczem w komórkach tych wytwarza się duże, blade, pęcherzykowe jądro. Autor spostrzegał wreszcie wytwarzanie się kryształów Charcot-Leydena z komórek eozynochłonnych.

M. Schmidtmann. **W sprawie myeloma multiplex.** Zapatrywania na budowę komórkową i pochodzenia komórek myeloma nie są jeszcze w zupełności ustalone, stąd rozróżnianie *myelocytoma, lymphocytoma, plasmocytoma i erythrocytoma.* Autorka w swym przypadku niewątpliwego myeloma stwierdziła niewątpliwie obecność jedynie komórek plazmatycznych. Zastanawia się jednak, czy rzeczywiście to *plasmocytoma* należy uważać za myeloma w ścisłem słowa znaczeniu, a zatem za nowotworowe bujanie komórek szpiku kostnego, i na podstawie zapatrywań co do pochodzenia komórek plazmatycznych przychodzi do przekonania, że jest to istotnie myeloma. Zapatrywania na istotę myeloma były i dziś są jeszcze różne; główna jednak część badaczy uważa mnogie myeloma za systemowe schorzenie limfatyczno-krwionośnego pochodzenia, niektórzy za pewien rozrost szpiku kostnego. Inny przypadek, spostrzegany przez autorkę, gdzie u kobiety 63-letniej znajdował się rozrost szpiku wszystkich kości, a nadto nieliczne guzy na żebrach, kręgach i kości biodrowej o typowej budowie z różnych rodzajów komórek szpiku kostnego, potwierdzałby do pewnego stopnia zdanie o związku myeloma z rozrostem szpiku kostnego.

M. Askanazy i W. Brack. **Wczesna dojrzałość płciowa u idjotki z niedorozwojem szyszynki.** Kliniczny i sekcyjny opis przypadku, dotyczącego 23-letniej idjotki, kleszczowo urodzonej, która już od wczesnego dzieciństwa okazywała wszelkie cechy idjotyzmu. Już w 10 roku życia wystąpiły u niej cechy cielesne dojrzałości płciowej, jak rozwój sutków, owłosienie itd., w 13 roku zaś regularność, która jednak ustąpiła po pewnym czasie. Na kilka lat przed śmiercią wystąpiły napady padaczkowe, wśród których w 23 roku życia nastąpiła śmierć. Sekcja wykazała zmiany w mózgu, mianowicie dziurkowatość jego i niedorozwój szyszynki, dalej utrzymaną grasicę, rozrost tkanki chłonnej gardła i wól, a wreszcie gruźlicę macicy i trąbek. Narządy płciowe zewnętrzne i wewnętrzne były wcale dobrze rozwinięte. Autorowie przedwczesny rozwój płciowy odnoszą w tym przypadku do niedorozwoju szyszynki, powstałego już bardzo wcześnie. W przypadku tym nie przyszło jednak w dalszym ciągu do hypergenitalizmu (*h. adultorum*); możliwem jest, że istnienie wola lub ciężkiego schorzenia mózgu nie dopuściło do jego rozwoju.

E. Joest. **Kilka uwag w sprawie pochodzenia odmy pęcherzykowej jelit (Pneumatosis cystoides intestini).** Autor jest przeciwnikiem zapatrywania, jakoby odma pęcherzykowa jelit była następstwem dostawania się powietrza do tkanki jelita pod wpływem podwyższonego ciśnienia śródjelitowego. Gdyby tak było — znacznie częściej musielibyśmy spotykać się z tą zmianą u ludzi i zwierząt. Błona śluzowa zdrowa a nawet schorzała nie przepuszcza gazów jelitowych. Rozmieszczenie pęcherzyków gazowych, w szczególności u świń w głębi krezki, przemawia również przeciw tego rodzaju powstawaniu tej sprawy. Autor jest zwolennikiem zapatrywania o drobnoustrojowem pochodzeniu omawianej odmy, przyczem u zwierząt karmienie szczególnie mlekiem i bogatemi w węglowodany ziemniakami może łatwiej (jak u świń) prowadzić do tworzenia się gazów z rozszczepu cukru (mlekowego), zwłaszcza przy już istniejącym nieżycie kiszek, który prowadzi do łatwego wnikania odpowiednich drobnoustrojów. Naogół jednak autor nie uważa odmy, spotykanej u zwierząt (świń), za zupełnie identyczną z ludzką. U ludzi sprawa występuje chętnie w jelicie grubem, pęcherzyki w samej ścianie jelit, dalej u ludzi występują zwykle objawy chorobowe, jak wrzód, zaparcie stolca, wzdęcie brzucha itp. — u świń zmiana nie daje żadnych objawów. (Patrz prace Ciechanowskiego i Nowickiego).

R. Schmidt i W. Teichmann. **Przypadek t. zw. udaru trzustki w przebiegu posocznicy niewiadomego pochodzenia.** Po przytoczeniu zapatrywań co do powstawania wymienionej zmiany trzustki opisują autorowie przypadek krwotoku do trzustki u kobiety ciężarnej z dość uporczywemi wymiotami ciążowemi, która nagle zachorowała wśród silnego bolu w brzuchu; wkrótce nastąpił przedwczesny poród nieżywego dziecka, następnego zaś dnia wśród majaczeń i osłabienia serca śmierć. Sekcja wykazała głównie zmiany w trzustce pod postacią starszych i świeżych wylewów krwi, zatarcie jej budowy i ogniska martwicze — w całości trzustka przedstawiała się jako ciemno-brunatna miejscami galaretowata masa. Całość sekcji odpowiadała, zdaniem autorów, posocznicy, dla której jednak nie mogli wykazać wrót zakażenia. Co do udziału trzustki w obrazie klinicznym, możliwem jest stopniowe »zatruwanie« ustroju ze strony trzustki w miarę powstawania w niej wylewów krwi, o czem świadczyłaby także obecność w niej pochodnych barwików krwi.

W. Nowicki (Lwów).

Gruźlica.

The Lancet.
5. XI. 1921

F. P. Weber. **Gruźlica i jej stosunek do innych schorzeń ustroju.**

W. wychodzi z założenia, że gruźlica jest wadliwym wytworem ubocznym ułomnej cywilizacji, a chociaż więcej, niż połowa ludzkości ma w sobie zmiany gruźlicze, jednak śmiertelność ogólna na gruźlicę maleje stopniowo. Dzieje się to za sprawą czynników następujących: 1) występowania względnej odporności na skutek masowego zakażenia, 2) zastosowania środków zapobiegawczych, oraz 3) podniesienia dobrobytu powszechnego. W środowiskach kulturalnych zakażenie gruźlicą następuje przeważnie w ciągu dzieciństwa. Gruźlica wrodzona stanowi rzadkość nadzwyczajną. Zakażenie przez długi czas może pozostać w stanie utajonym, albo też powoli wygasnąć. Co się tyczy dróg zarazka, najczęstsze są: 1) przez drogi oddechowe i 2) przewód pokarmowy. Zakażenie przez łożysko, jak również na drodze płciowej, stanowi wielką rzadkość. Przenikanie przez skórę, jest wielką rzadkością: w razie współistnienia g. skórnej i narządów wewnętrznych — ostatnie siedlisko zawsze jest pierwotnem. Calmette przypisuje duże znaczenie przenikaniu zarazka przez łącznicę oczną (gdy np. suchotnica matka swoją brudną chustką do nosa obciera łzy zapłakanemu dziecku). Ten sam autor twierdzi, że laseczniki, przenikając do ustroju przez błony śluzowe, nie pozostawiają na nich żadnego śladu chorobowego. Zdaniem C. zarazek krowi powoduje głównie dziecinne zajęcie gruczołów chłonnych. Wprawdzie niejednokrotnie obfitują w podobne sprawy miejscowości zupełnie wolne od zarazków «krowich». Ciekawie przedstawia się zagadnienie odporności wobec świeżego zakażenia. Jeśli ustrój potrafi nabyć odporność w danej fazie zakażenia, stan ten nie trwa długo i nowe zakażenie występuje przy lada okazji. Doświadczenia na zwierzętach wykazały, iż uodpornienie jest możliwe jedynie przez szczepienie zarazków żywych, a nie hodowli zabitych. Ciężkie postacie wyniszczającego zakażenia wieku dojrzałego są wyrazem bądź obostrzenia tlejącej oddawna sprawy, bądź nowem zakażeniem ustroju osłabionego. Dobry stan ogólny nie zawsze jest czynnikiem decydującym: wiadomo, między innemi, iż ludzie najbardziej zdrowi, przenosząc się z krain niekulturalnych w strony kulturalne, łatwo padają ofiarą gruźlicy. Podobną rolę grają nieraz urazy. Łagodne zakażenie gruźlicze w postaci np. wilka zabezpiecza pod ciężkiemi schorzeniami płucnemi. W większości przypadków zakażenie wieku niemowlęcego, zostaje zobojętnione przez siły obronne ustroju, choć laseczniki nie giną, lecz trwają w stanie nieczynnym wmurowane w gruczołach chłonnych itp. Czasami udaje się im wtargnąć do krwioobiegu, powodując gruźliczą «bakterjemję», co może być punktem wyjścia takich fatalnych spraw, jak np. swoistego zapalenia opon mózgowych, otrzewny, wreszcie przeróżnych spraw «tyfoidalnych», pod którymi może się ukrywać prosówka. Znana jest powszechnie rola cukrzycy w wywoływaniu g. zakażenia, choć bywa i odwrotnie, mianowicie gruźlicze zajęcie przysadki mózgowej może wywołać cukrzycę. Przymiot o tyle tylko jest w stanie sprzyjać wybuchowi g., o ile idzie w parze z charłactwem, zauważyć jednak należy, iż kiłowi bardzo często cieszą się kwitnącym stanem zdrowia. O stosunku gruźlicy do marskości wątroby pisano wiele, często marskość ta zależy od spraw swoistych (gruzełków), powstających w wątrobie. Istotna marskość — bez ognisk serowatych — może być wyrazem odporności komórek wątrobowych. Na tle gruźliczem «żółtaczka toksemiczna» z zanikiem wątroby stanowi wielką rzadkość. *Lymhogranulomatosis maligna*, czyli choroba Hodgkinsa, nie da się powiązać przyczynowo z gruźlicą. Co się tyczy cierpień serca, to zmiany w ujściu żylnem lewem, jako powodujące przewlekłe przekrwienie bierne płuc, nie sprzyjają powstawaniu gruźlicy. Natomiast wrodzone zwężenie tętnicy płucnej, powodujące ogólną «inwalidność», nie daje żadnej gwarancji. Nie zapominajmy, że gruźlica może być powodem chorób sercowych pierwotnych.

Co się tyczy «artrytyzmu», względnie skazy moczanowej, również wielu uważa ją za zabezpieczenie przeciw gruźlicy. Zdaje się, iż ma to słuszność o tyle, o ile skaza idzie w parze z odżywianiem wyższem ponad normę, zresztą liczne bywają pod tym względem wyjątki. Stosunek nerek i ciśnienia krwi do gruźlicy bywa wielokrotnie omawiany: istnieje związek pomiędzy gruźlicą płucną a niskiem ciśnieniem naczyniowem i niedokształceniem serca, białkomocz, przewlekłe podrażnienie nerek i napady ich stanów zapalnych, mogą być powodowane przechodzeniem przez nie zarazków i toksyn gruźl. Ciekawe cyfry podaje Dickinson w wyniku oględzin pośmiertnych osobników, zmarłych na ziarniste zwyrodnienie nerek, mianowicie na 250 podobnych przypadków znalazł współistniejące zmiany gruźlicze w 20.8%, co stanowi, podług ustalonej statystyki, cyfrę znaczniem niejszą od normy. Gdy laseczniki przechodzą przez nerki, odczyn i zmiany przez nie powodowane zależą z jednej strony od odporności tkanki nerkowej względem gruźlicy, z drugiej strony od ilości i zjadliwości zarazków; w razie niekorzystnym powstają typowe zmiany gruźlicze, mianowicie makroskopowe ogniska serowate i mikroskopowe — gruzełki; przy korzystnym dla ustroju układzie stosunków występują zmiany bliznowate w postaci zapalenia śródmiąższowego.

W obrębie klatki piersiowej zasługuje na uwagę występująca u ludzi pozornie zdrowych odma piersiowa «idiopatyczna». Nie ulega wątpliwości, iż w większości przypadków zależy ona od skrycie przebiegającej sprawy gruźliczej, usadowionej na powierzchni płuca, a taki czynnik, jak kaszel, kichanie lub t. p. powoduje pęknięcie pęcherza podsurowiczego, szczególnie przy istniejącym zroście powierzchni opłucnych. Potwierdzenie znajdujemy w wynikach oględzin pośmiertnych, stwierdzających stare zmiany wierzchołkowe.

E. Lewenstern (Warszawa).

Revue de la Tuberculose.
T. II. Nr. 3 1921.

G. Kuss. **Znaczenie ścisłych pomiarów ciśnienia wewnątrzopłucnowego przy leczeniu gruźlicy płuc odmą sztuczną.** W każdym przypadku odmy sztucznej istnieje lecznicze optimum ciśnienia; należy je określić, by przy każdej insuflacji przy niem pozostać, zmieniając je dopiero wtedy, kiedy w przebiegu choroby zajdą wymagające tego powody. W celu ściślejszego oznaczenia ciśnienia Kuss proponuje, zamiast wązkich manometrów, wodnych manometry o ruchach szerokich. Aby uniknąć błędów przy określaniu ciśnienia, należy też używać niezbyt wązkich igieł; ciśnienie powinno się odczytywać dopiero wtedy, gdy powierzchnia płynu w butli, pozostającej w połączeniu z przestrzenią opłucnową, jest nieruchoma. Autor od lat 10-ciu posługuje się krzywemi ciśnienia. Na zasadzie otrzymywanej krzywej autor wnioskuje, czy ma przerwać wdmuchiwania, czy też dalej wpuszczać gaz. Krzywe wykazują, że można otrzymać doskonałe zapadnięcie się płuca przy ciśnieniu ujemnem (—3, —4), a nawet znaczne przesunięcie śródpiersia przy ciśnieniu ujemnem (—2).

E. Arnould. **Okoliczności i warunki zewnętrzne zakażenia lasecznikami gruźliczemi.** Autor przytacza spostrzeżenia, tyczące się dzieci, u których przeprowadzono systematyczne szczepienia tuberkuliną w celu określenia czasu zakażenia się gruźlicą. Okazało się, że we wszystkich przypadkach świeżego zakażenia dzieci przebywały przez pewien czas (choćby przez kilka godzin) w bliskości chorych na gruźlicę otwartą. Zdaniem autora, zakażenie odbywa się głównie przez bezpośrednie przenoszenie się laseczników z jednego osobnika na drugiego; czasami dzieje się to przez pocałunki między chorym i dzieckiem, przyczem usta i palce chorego bywają pokryte cząstkami plwocin, zawierających laseczniki. Najpewniej jednak kropelki plwociny podczas kaszlu lub mowy chorego, jak tego dowiódł Flügge przed 20 laty, mogą osiadać na oczach, wargach, twarzy i rękach ludzi w otoczeniu chorego przebywających na odległości jednego metra lub niewiele dalszej. Wtedy zakażenie następuje przez błony śluzowe jamy ustnej, gardzieli, oczu. (Być może, że zakazić się też można przez wdychanie powietrza, zawierającego zawiesinę plwocin). Daleko mniejszą rolę w zakażeniu odgrywa mieszkanie chorego, meble, bielizna, ubranie, chustki, pokryte plwociną niezbyt świeżą lub wyschniętą. Skromną rolę w zakażeniu odgrywają plwociny wysuszone, w postaci pyłu. Co się tyczy zapobiegania, to, jeżeli nie możemy ze względów społecznych, moralnych lub pieniężnych odosobnić wszystkich chorych z otwartą gruźlicą — musimy zadowolić się odosobnieniem względnem. Musimy się starać, by zakażenie, którego uniknąć niepodobna, nie powtarzało się przynajmniej w blizkich odstępach czasu.

A. Courcoux i P. Labesse. **Częstość gruźlicy płuc u starców.** Gruźlica płuc u starców jest równie częsta, jak u dorosłych. Statystyki amerykańskie i japońskie wykazują, że odsetek śmiertelności z powodu gruźlicy płuc starców zbliża się do odsetka śmiertelności wieku dojrzałego i wynosi, u osobników starszych ponad 65 lat, na 10.000 żyjących, 23,71 do 22,5. Statystyki angielskie i francuskie wykazują liczby mniejsze, lecz opierają się one, zdaniem autora, na niezbyt dokładnem rozpoznaniu, gdyż gruźlica płuc mieści się tam często pod rubryką śmiertelności z powodu nieżytów przewlekłych oskrzeli. Z punktu widzenia społecznego sprawa gruźlicy u starców ma ważne znaczenie, gdyż starcy odgrywają dużą rolę w rozpowszechnianiu gruźlicy wśród dzieci.

Fernand Arloing i Lucien Thévenot. **Wpływ soli ziem rzadkich na rozwój oraz na postać lasecznika gruźliczego typu ludzkiego w hodowlach jednostajnych S. Arloing'a.** Autor dodawał do hodowli sole, jak neodymę, praseodymę, samarium, lantanę. Dawki duże hamowały rozwój hodowli, które po miesiącu miały pozór hodowli 24-godzinnych. Dawki średnie, małe i słabe wpływały hamująco na rozwój hodowli. Co się tyczy wpływu na postać lasecznika gruźliczego, to pod wpływem tych soli wyrastały przeważnie postacie długie, proste lub z rozgałęzieniami o strukturze jednostajnej. Spotykano również postacie długie, zawierające ziarenka. Kwasoodporność laseczników nie ulegała zmianie.

A. Grigaut. **Zawartość lipazy w tkance płucnej.** Tkanka npłuca zawiera lipazę, którą porównać można z lipazą trzustki. Wprowadzanie w doświadczeniu tłuszczów do trzustki i wątroby zwiększa ilość lipaz w tych narządach. To samo widział autor, wprowadzając tłuszcze do tkanki płucnej (bądź przez tchawicę, bądź dożylnie): zdolność lipolityczna tkanki płucnej wzmagała się. Wobec znanego składu chemicznego lasecznika gruźlicy badania w tym kierunku dokonywane mogą doprowadzić do wykrycia sposobu niszczenia laseczników przez tkankę płucną. *A. Tenenbaum* (Łódź).

Choroby skórne i weneryczne.
Bulletin de la Société Française de Dermat. et de Syphiligraphie.

Hudelo i Cailliau. **Badanie histologiczne przypadku plamistego zaniku skóry.** Szczegółowy opis obrazu histologicznego do przeczytania w oryginale.

Hudelo i Cailliau. **Rumień ze zmianami barwikowemi, zanikowemi i twardzinowemi w przebiegu kiły.** Mężczyzna 45-letni miał prócz kilaków wrzodziejących w zgięciu podkolanowem, także inne zmiany na skórze, których autorowie nie mogli uważać za zmiany pozostające w jakimkolwiek związku z kiłą. Zmiany usadowione były na skórze brzucha, okolicy lędźwiowej, pachwinowej i bokach klatki piersiowej, a miały się rozwinąć w ciągu 2—3 miesięcy. Miały one charakter plam wielkości soczewicy, barwy czerwono-brunatnej z odcieniem sinawym, leżących w płaszczyźnie skóry, a więc ani nie wzniesionych ani nie zapadniętych. Plamy, bądź były odosobnione, bądź zlewały się w większe ogniska o zarysach map geograficznych. Z czasem ulegały przebarwieniu barwikiem skóry lub też punktowatemu odbarwieniu. Badanie histologiczne stwierdziło cechy właściwe samoistnemu plamistemu zanikowi skóry i nie udowodniło bynajmniej natury kiłowej tego zaniku. Na podstawie tych danych i danych klinicznych (plamy zanikowe powstawały na skórze przedtem zupełnie prawidłowej, wolnej od wykwitów kiłowych) wnoszą autorowie, że kiłę jako przyczynę owych plam zanikowych należy stanowczo wyłączyć, a etjologji tych zmian dopatrywać się raczej w jakichkolwiek zaburzeniach całego ustroju, bliżej nam nieznanych, być może w zaburzeniach w wydzielaniu wewnętrznem.

Leredde i Dronet. **Opłakane wyniki rtęciowego leczenia dziecka z kiłą wrodzoną.** Zdaniem autorów rodzi się we Francji rocznie 50.000 dzieci dotkniętych kiłą wrodzoną, z tych conajmniej 5.000 mogłoby być ocalonych i żyć w zdrowiu, gdyby kiła była wcześnie rozpoznaną i gdyby przeprowadzono należyte leczenie. Zdaniem autorów dzieje się przeciwnie. Lekarze chorób dzieci nie zwracają dostatecznej uwagi na możliwość istnienia kiły wrodzonej, nie szukają jej cech dość troskliwie, a jeżeli leczą kiłę dzieci, to leczą ją przeważnie rtęcią, sposobem, zdaniem autorów, już dziś przestarzałym, usuwającym jedynie objawy kiły a nie zapobiegającym istocie choroby i jej skutkom. Autorowie są zwolennikami leczenia arseno-benzolem lub sulfarsenolem. Jako dowód opłakanego wyniku niedostatecznego leczenia rtęcią przedstawiają dziecko 26 miesięczne, wynędzniałe, niedokrwiste, z sapką kiłową, obrzękiem wątroby i śledziony. Wszelkie sposoby stosowania rtęci u dzieci uważają za niedostateczne, a możliwość osiągnięcia tą drogą wyników korzystnych za bardzo wątpliwą.

W dyskusji zauważa Renault, że na podstawie jednego przypadku nie można wyciągać wniosków ogólnych co do wartości leczenia rtęciowego i przytacza przypadek wczesnego wystąpienia kilaków u chorego, leczonego 20 wstrzykiwaniami arsenobenzolu. Zapytuje, czy z tego należy podobne wyciągnąć wnioski. Milian zwraca uwagę, że właśnie lekarzom chorób dzieci należy zawdzięczać udoskonalenie techniki stosowania arsenobenzolu (wlewania dożylne i śródoponowe).

Milian i Cattenot. **Leczenie gruczolaka limfatycznego podniebienia miękkiego radem i rentgenoterapją. Wyzdrowienie.** Opis przypadku, w którym autorowie stosowali naprzód leczenie promieniami Roentgena i uzyskali ustąpienie zmiany, ale doczekali się wkrótce nawrotu w tem samem miejscu. Tym razem zastosowali rad, działając nim przez 48 godzin. Bóle ustąpiły w dniach najbliższych, a owrzodzenie wygoiło się zupełnie po dwu tygodniach. Po miesiącu wystąpiło nowe ogni-

sko na języku, w okolicy nagłośni. To ognisko naświetlone trzykrotnie promieniami Roentgena również się zagoiło. Zdaniem autorów gruczolaki limfatyczne ustępują łatwo przy leczeniu ciałami promieniotwórczemi, ale trzeba też pamiętać o możliwości nawrotów bądź to w tem samem, bądź w innem miejscu.

Milian i Périn. **Zgorzel prącia, przeszczepienie na królika.** Dodatnie wyniki szczepienia tak cząstki zgorzeli jakoteż hodowli buljonowej.

Milian i Périn. **Rumień pęcherzowy po antypirynie.** Autorowie opisują przypadek rumienia toksycznego, który wystąpił u chorego w trzy dni po zażyciu antypiryny i oprócz plam żywo czerwonych i pęcherzy na skórze wywołał zaburzenia ogólne w postaci dreszczów i podwyższenia ciepłoty. Choremu po ustąpieniu objawów podano trzykrotnie antypirynę w dawkach po 0,5 i 0,25. Dawki po 0,5 wywołały za każdym razem tesame objawy na skórze i temsamem objawy ogólne o zupełnie równem nasileniu. W 3 godz. po spożyciu 0,5 antypiryny gwałtowne dreszcze kilka godzin trwające, potem stopniowe podwyższenie ciepłoty do 40°, wreszcie silne poty i powrót do stanu prawidłowego w dniu najbliższym. Dawka 0,25 wywołała podobne objawy, ale znacznie słabsze. Badanie w kierunku zimnicy ujemne. Możliwość nadwrażliwości na antypirynę odrzucają autorowie w tym przypadku stanowczo, a to ze względu na typową zależność nasilenia objawów od dawki, powtóre ze względu na to, że liczne próby z krwią chorego, wstrzykniętą morskim świnkom, wypadły za każdym razem ujemnie. Dalsze badania wykażą, czy tę nadwrażliwość można będzie usunąć przez stopniowe podawanie małych dawek antypiryny. Flandin sądzi, że takie odwrażliwienie (desensybilizację) możnaby osiągnąć małemi dawkami, ale przejściowo, nie na czas nieograniczony.

Milian i Périn. **Żółtaczka w kile trzeciorzędnej.** Autorowie opisują przypadek żółtaczki, która wystąpiła w okresie kiły trzeciorzędnej w 20 lat po zakażeniu. Wobec braku objawów klinicznych, mogących uzasadnić jakąkolwiek inną przyczynę żółtaczki, dopatrują się autorowie przyczyny jej jedynie w kile trzeciorzędnej, tembardziej, że równocześnie istniejące objawy trzeciorzędne i dodatni odczyn Wassermanna dawały dostateczną podstawę do tego przypuszczenia Te rodzaje żółtaczki należy wyosobnić z grupy żółtaczek poarsenowych i w tych przypadkach można stosować leczenie arsenobenzolem. Leczenie próbne kalomelem, podawanym wewnętrznie, utwierdziło rozpoznanie. Żółtaczka ustąpiła szybko, zmniejszył się też znacznie obrzęk wątroby, jedyny objaw żółtaczce towarzyszący. Należy pamiętać, że istnieją żółtaczki, wywołane jedynie przez kiłę.

Thibierge i Rabut. **Ziarniniak chłonny twarzy, ramion i palców.** Opis przypadku. Badanie histologiczne wykazało utkanie o typie sarkoidów Boecka i przeszczepienie na świnkę morską bez wyniku.

Thibierge i Rabut. **Gruczolaki łojowe symetryczne na twarzy.** Przypadek dotyczył 16-letniego dziewczęcia, dotkniętego padaczką i wyraźnym niedorozwojem umysłowym. Zdaniem autorów u takich właśnie osobników gruczolaki łojowe napotyka się często. Gruczolaki wielkości prosa lub ziarna pszenicy rozsiane były na nosie i twarzy, miały barwę różową o różnych odcieniach, aż do barwy purpurowej, i znaczną zbitość; w otoczeniu kilka rozszerzeń naczyniowych.

W dyskusji Balzer zauważa, że gruczolaki łojowe napotyka się i u ludzi umysłowo dobrze rozwiniętych, a Darier dodaje, że nierzadką jest kombinacja gruczolaków łojowych z nerwowłókniakami i uważa obie postacie chorobowe za rodzaj znamion (*naevi*).

Desaux i Boutelier. **Kiła wrodzona ze znacznemi zmianami kostnemi goleni i przedramion.** W opisanym przypadku, dotyczącym dziewczynki 10-letniej, prócz zębów, typowych dla kiły wrodzonej, i licznych blizn po kilakach stwierdzili autorowie szablaste wygięcie i znaczne zgrubienie obu kości goleniowych, ponadto podobne wygięcie i zgrubienie obu kości sprychowych. Zgrubienie i zniekształcenie kości goleniowych jest objawem w kile wrodzonej często napotykanym, natomiast teżsame zmiany w kościach przedramienia należą, zdaniem autorów, do rzadkości.

Gougerot i Ruppe. **(Lèpre neurotrope: Lèpre familiale nerveuse »pseudo-vitiligineuse«). Trąd nerwozwrotny. Trąd rodzinny nerwów »rzekomo-plamisty«.** Opis dwu przypadków trądu u ojca i syna. W obu przypadkach zmiany były niemal identyczne, a dotyczyły głównie nerwów tak, że mimo plam barwikowych na skórze autorowie zaliczają oba przypadki do typu trądu znieczulającego. Przypadki te dowodzą nietylko zakaźności trądu, ale każą przyjąć, że istnieją dwie odmienne »rasy« prątka trądu: nerwozwrotna i skórnozwrotna. Pierwsza wywołuje trąd znieczulający, druga trąd guzowaty. Zdaniem autorów prątek trądu może się »wyspecjalizować« w jednym tylko kierunku i w tej samej rodzinie u kilku osobników wywołać te same zmiany chorobowe.

P. Fernet i S. Rabreau. **Aplasia moniliformis pilorum.** Przypadek o tyle odbiegający od typu zwykle spostrzeganego, że nie można w nim było wykazać dziedziczności, również nie stwierdzono na skórze tułowia lub odnóży objawów *keratosis pilaris*, a jedynie na skórze głowy była ona nieznacznie zaznaczoną. Cech kiły wrodzonej nie stwierdzono. U rodziców blizkie pokrewieństwo. Zdaniem Sabourand'a istnieją przypadki niedziedzicznej *aplasia pilorum moniliformis*. Leczenie jest uciążliwe i mało skuteczne. Należy stosować maści dziegciowe, a głowę myć żółtkiem jaja, nie mydłem, bo włosy są bardzo łamliwe. *L.* (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 11. stycznia 1922 r.

Przewodniczy kol. Wojciechowski, członków obecnych 72.

1. Wniosek, aby: kol. Rosnerowi i kol. Ciechanowskiemu nadać tytuł Członków honorowych Towarzystwa, przyjęto jednogłośnie przez aklamację.

2. Do komisji budowlanej wybrano kolegów Seńkowskiego, Nowaka, Rosnera. Wojciechowskiego i Piotrowskiego, a w sprawach technicznych polecono porozumieć się z inżynierami: Nitschem i Struszkiewiczem.

3. Kol. Wachholz interpeluje w sprawie „Polskiego Czasopisma lekarskiego", zarzucając wygórowaną cenę prenumeraty w stosunku do objętości i szaty pisma, i pragnąłby widzieć przeprowadzenie pewnych reform w technice redakcyjnej. Przewodniczący udziela w tej sprawie tymczasowych wyjaśnień, które kol. Wachholz przyjmuje do wiadomości.

4. Kol. Majewski przedstawia chorego, okazującego na lewem oku **całkowite zwichnięcie przeźroczystej soczewki** do przedniej komory. Chory stracił oko prawe skutkiem urazu, nie przypomina sobie jednak żadnego urazu na oku lewem. Ze względu na małe rozmiary zwichniętej soczewki (średnica 7 mm) można w tym przypadku przypuszczać wrodzone nadwichnięcie soczewki, które często łączy się z jej niedorozwojem. Zwichniętą soczewkę należy wydobyć z oka, ponieważ może ona każdej chwili wywołać jaskrę następową, zwłaszcza jeżeli przy ruchach oka uwięźgnie w źrenicy tak, jak się to raz już stało w przebiegu spostrzegania u przedstawionego chorego.

5. Kol. Kerelus przedstawia przypadek **mięsaka pozagałkowego,** powstałego wskutek urazu, doznanego przed 4 miesiącami. Mowca omawia różnice między tem cierpieniem a krwotokiem pozagałkowym i zapaleniem okostnem gałki ocznej.

W dyskusji kol. Majewski wspomina o przypadku obecnie spostrzeganym, w którym przyczyną wysadzenia gałki ocznej jest nie nowotwór, lecz krwiak pozagałkowy, powstały u dziecka trzechletniego w przebiegu kokluszu. Kol. Rosenhauch przedstawia przypadek skórzaka, który znajdował się na granicy rogówkowo-twardówkowej, oraz chorego ze zapaleniem kiłowem siatkówki i nerwu wzrokowego.

6. kol. M. Blassberg wygłasza odczyt **„O t. zw. zaziębieniu".** (Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji kol. Szumowski zaznacza, że stan nauki o zaziębieniu, przedstawiony przez mowcę, jest smutnem świadectwem, wystawionem jednemu z rozdziałów medycyny. Zapewne medycyna eksperymentalna dużo jeszcze wyjaśni, należy się jednak liczyć z wielkiemi trudnościami, jakie zawsze nasuwa w naukach biologicznych sprawa wykrywania związku przyczynowego. Gdy uderzenie kija bilardowego jest przyczyną ruchu kuli bilardowej, to tu wszystkie czynniki są znane, jak siła uderzenia, rozmiary i ciężar kuli, tarcie i t. d., i mogą być matematycznie wyrażone, wskutek czego i całe zdarzenie mogłoby być bez trudności wyrażone w postaci wzoru matematycznego. Natomiast zaziębienie jest przyczyną raz zapalenia nerek, innym razem zapalenia płuc, kiedyindziej ostrego gośćca stawowego. Dlatego tu niczego obliczyć nie można i ujęcie zdarzenia we wzór matematyczny jest nietylko wręcz niemożliwe, ale wydaje się poprostu pomysłem niedorzecznym. Rozmiary tej niemożliwości są

miarą „nieścisłości“ medycyny w przeciwieństwie do nauk ścisłych. Dlatego też w medycynie wszędzie tam, gdzie materjał racjonalny jest niewystarczający, nie należy zaniedbywać empirji.

Kol. Eisenberg zwraca uwagę na hypotezę Schadego, który w zmianach kolloidalnych w protoplazmie, w tak zw. gelozie, widzi przyczynę wielu uszkodzeń przez zimno, uszkodzeń umożliwiających najczęściej rozwój samozakażenia. — Kol. Latkowski zwraca uwagę, że istnieją stany chorobowe, jak n. p. *„haemoglobinuria paroxysmalis“*, wyjątkowo i *„icterus haemolyticus“*, których występowanie pozostaje w przyczynowym związku z zaziębieniem. Doświadczenia Trommsdorfa wykazują, że pod wpływem zimna zmniejsza się ilość fagocytów, jak też i ich ruchliwość, zmniejsza się dalej zdolność wytwarzania ciał odpornościowych i ochrona aleksyn. Burmeister wykazuje w *„haemoglobinuria paroxysmalis“* wiązanie dopełniaczy tylko na zimno, co dowodzi, że zimno uszkadza ciałka czerwone i zmienia odporność ustroju. Wszystko to dowodzi, że bodźce cieplne mogą być bardzo ważnym czynnikiem, wyzwalającym chorobę zakaźną.

Kol. Rosner podnosi doniosłość tego rodzaju wykładów, które zwalczają przeciwne kulturze pojęcia etjologiczne chorób. Zaznacza, że ani rodząca matka, ani rodzący się płód nie zaziębia się, choć warunki sprzyjałyby temu. Wychowanie noworodków jest u nas zacofane i niehigjeniczne, głównie z powodu zabobonnej obawy przed zaziębieniem. Obawy tej niema w Anglji i wychowuje się tam młodzież zdrowszą.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IV. Posiedzenie naukowe z dnia 17 lutego 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 79.

Do Towarzystwa zostali przyjęci koledzy S. Stefek, S. Oberlaender, J. Meschl i A. Fried.

1) Kol. Progulski przedstawia wyleczony przypadek **tężca u noworodka.** (Ukaże się w druku).

2) Kol. Hilarowicz przedstawia preparaty i rysunki 6 przypadków **operacyj żołądkowych**, odpowiadających różnym metodom chirurgicznego leczenia **wrzodu żołądka**, a mianowicie wycięcie odźwiernika, wycięcie poprzeczne żołądka, wycięcie podłużne krzywizny małej, przetokę żołądkowo-jelitową z wyłączeniem odźwiernika i przypadek, w którym przetoka żołądkowo-jelitowa została powikłana wrzodem trawiennym jelita czczego, wreszcie wrzód żołądka, powstały jako następstwo zapalenia woreczka żółciowego, leczony przez wykonanie przetoki żołądkowo-jelitowej. Omawiając metody radykalne i zachowawcze, streszcza toczącą się obecnie dyskusję pomiędzy zwolennikami jednych i drugich oraz przytacza statystykę śmiertelności, wyników leczniczych i powikłań przy zastosowaniu wycięcia lub przetoki żołądkowo-jelitowej, wyjętą z jednej z najnowszych prac. (A. r.).

3) Kol. Demianowski wygłasza wykład: **Przestępstwo a rasa.** Wyniki własnych badań mowcy nad umysłowo chorym zbrodniarzem, dokonane metodą antropologiczną (metoda różniczkowa), pozwalają na wysnucie następujących wniosków: a) Mowcy nie udało się stwierdzić typu konstytucyjnego, osobniczego, wszędzie występującego, niezależnego od rasowo zróżniczkowanego środowiska, a okazującego usposobienie do zbrodni czy chorób umysłowych, b) natomiast należy bez wahania dać odpowiedź pozytywną przy postawieniu zagadnienia w bardziej określonej postaci, a mianowicie, czy zachodzi należność między pewnemi kategorjami zbrodni a elementami składowemi rasowego podłoża; c) czyn przestępczy zdaje się być w wypadkach, spostrzeganych przez mowcę, uwarunkowany trzema łańcuchami przyczyn: 1) pewnemi dążnościami biologiczno-psychologicznemi elementów rasowych podłoża antropologicznego; 2) wzajemnem oddziaływaniem na się poszczególnych jednostek tego środowiska, stwarzającem pewne milieu; 3) mechanizmem swoistym poszczególnych psychoz o właściwościach, sprzyjających występowaniu zbrodni pewnych kategoryj. (Własne streszczenie).

Prezes kol. Franke ogłasza przyjęcie kol. Stefka Emila, Oberlaendera Samuela, Meschla Józefa i Frieda Alfreda na członków zwyczajnych lwowskiego Towarzystwa lekarskiego.

4) Kol. Nowicki omawia sprawę wydawnictwa „Polskiej Gazety lekarskiej“ i wskazuje na potrzebę zawiązania spółki wydawniczej lekarskiej celem rozszerzenia pisma i wydawania podręczników lekarskich. P. Altenberg, jako wydawca dotychczasowy „Polskiej Gazety lekarskiej“, przestawia stronę techniczną i finansową oraz pewne już obecnie widoki rozwoju spółki akcyjnej.

5) Odczyt kol. Ostrowskiego nie odbył się z powodu spóźnionej pory. *Kmietowicz*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie naukowe z dnia 22 lutego 1922.

Kol. Kummant. A) **Pokaz przypadku wycięcia żołądka po połączeniu, które przestało działać.** Chora A. S, 37 l., operowana po raz pierwszy z powodu wrzodu dwunastnicy dnia 22. X. 1921. (*Enteroanastomosis posterior et occlusio pylori*). Po operacji czuła się przez trzy tygodnie dobrze, potem stopniowo coraz większe dolegliwości, nawet i wymioty. Badanie Roentgenem stwierdza, że odźwiernik znów jest drożny, aczkolwiek bardzo zwężony, że połączenie nie działa zupełnie i że po 6 godzinach są znaczne zaległości. 9. II. 1922. powtórne otwarcie brzucha w znieczuleniu miejscowem Około połączenia niema żadnych zrostów, również nie wyczuwa się żadnego stwardnienia ani w miejscu połączenia, ani w jelicie czczem, któreby świadczyło o wrzodzie trawiennym tego jelita. Połączenie przepuszcza dwa palce. Odźwiernik jest zwężony, lecz trochę drożny. Wycięto żołądek od odźwiernika aż do połączenia. Podczas wycinania wprowadzono rękę do żołądka i stamtąd do miejsca połączenia, które przepuszcza swobodnie dwa palce; śluzówka wszędzie gładka, bez śladu wrzodu. Przebieg pooperacyjny idealny; ani razu nie wymiotowała. Obecnie 13 dni po operacji czuje się bardzo dobrze, je już mielone mięso bez dolegliwości. U chorej pierwszą operację wykonano w uśpieniu, drugą zaś w znieczuleniu miejscowem; chora twierdzi, że przy drugiej daleko mniej cierpiała, niż po pierwszej wskutek wymiotów po uśpieniu.

B) **Pokaz fotografji roentgenowskiej, wykazującej zwężenie odźwiernika.** Chora F. H., 31 lat. Przed 8 laty krwotoki kiszkowe — obecność krwi w kale — z bólami w okolicy odźwiernika. Roentgen wykazuje w górnem ramieniu poziomem dwunastnicy wąską taśmę bismutu, która w dolnem ramieniu poziomem rozszerza się znacznie. Operacja 8. II. 1922 potwierdziła w zupełności zdjęcie: około dwunastnicy znaczne zrosty, wrzodu nie można się domacać, lecz zrosty około dwunastnicy znacznie zwężają jej światło. Wycięto część żołądka — Billroth II. w modyfikacji Reichel Polya. Na drugi dzień po operacji krwotok żołądkowy z wymiotami krwawemi. Po wprowadzeniu dożylnem 10% roztworu soli po 5 ccm, podług van der Veldena, i żelatyny krwotok zatrzymał się i dalszy przebieg dobry. Rana zagojona przez rychłozrost, chora już wstaje i nie ma bólów po jedzeniu.

2. Kol. Schweig. **Pokaz chorej z obustronnem zapaleniem nerwów wzrokowych po porodzie.**

3. Kol. Polakowski. **Pokaz preparatu bliźniąt, zrośniętych klatką piersiową.**

4. Na posiedzenie w Ministerstwie Zdrowia publ. w sprawie izb lekarskich jako delegata wybrano kol. Mittelstaedta

5. Kol. Venulet wygłosił odczyt p. t.: **„Istota odczynu Wassermanna i jego znaczenie praktyczne“** (ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos koledzy Leyberg, Silberstrom, Br. Frenkel, Grosglik.

Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 8. stycznia 1922 r.

Przewodniczy kol. Drozdowicz. Obecnych 32 członków.

1. Łuczycki przedstawia 17-letniego chłopca, u którego po 2-tygodniowem trwaniu **objawów ostrego gośćca stawowego,** powikłanego zapaleniem wsierdzia, wystąpiły stopniowo wzmagające się ruchy mimowolne kloniczne w twarzy, tułowiu i kończynach o takiem napięciu, iż chory nie mógł ani chodzić, ani stać, ani przyjmować pokarmów. Jednocześnie zauważono prawostronne osłabienie siły mięśniowej tułowia i kończyn oraz porażenie dolnej gałązki prawego nerwu twarzowego, co w **pląsawicy** jest objawem niezwykłym. Pod wpływem dużych dawek salicylu, arszeniku i galwanizacji rdzenia po tygodniu — znaczna poprawa.

2. Leśniowski omawia dwa przypadki, w których na zimno wycięto — zdawałoby się, że radykalnie i w całości — **wyrostek robaczkowy**; po pewnym czasie nawrót cierpienia, a podczas powtórnej laparotomji znaleziono kawałek wyrostka, niedostrzeżonego wskutek silnych zrostów podczas pierwszej operacji, a może wskutek samodzielnego odsznurowania się podczas pierwszych napadów; gdy więc po wycięciu wyrostka następują na nowo silne bóle, nie zawsze ich przyczyną są tylko zrosty pooperacyjne.

3. Dobijowa przedstawia serce 24-letn. mężczyzny, zmarłego na gruźlicę, **z igłą krawiecką, tkwiącą w komorze prawej,** końcem zwróconą na zewnątrz, mocno i całkowicie obrośniętą przez tkankę łączną; anamneza sprawy nie wyjaśnia, objawów klinicznych nie było.

4. Siedlecka przedstawia przypadek **uwięzgnięcia jelita biodrowego,** które weszło do częściowo zachowanej jamy Douglasa przez wąski otwór, utworzony przez zrosty między górną częścią macicy i odbytnicy.

W dyskusji Sławiński na podstawie przebiegu klinicznego i danych operacyjnych (wycięcie i zespolenie z powodu niemożności wyłonienia całkowitego kiszki) wyraża przypuszczenie, iż kiszka mogła ulec uwięzgnięciu w kanale pachwinowym i następczo dopiero utkwiła w miejscu, gdzie ją na sekcji znaleziono; Szteyner na podstawie ogółu objawów sądzi, że była to jednak przepuklina wewnętrzna uwięzgnięta.

5. Siedlecka przedstawia nadzwyczaj rzadki przypadek **pierwotnego mięsaka płuc** okrągło-komórkowego, rozpoznanego na sekcji, który prawdopodobnie wyszedł ze skupień limfatycznych otoczenia oskrzela; za życia rozpoznawano gruźlicę.

W dyskusji Drozdowicz podkreśla, że w danym przypadku możnaby było bezwzględnie uniknąć błędu rozpoznawczego, gdyż Roentgen odrazu wykryłby obecność guza.

6. Sławiński przedstawia 3 chorych, którym dla zagojenia obszernych i nie dających się zwykłemi metodami postępowania usunąć owrzodzeń (rozległe oparzenie, wrzód podudzia i zmiażdżenie stóp) **przeszczepił małe płatki skórko-naskórkowe** i w wyniku otrzymał nie twarde blizny, ale ruchomą prawie skórę normalną.

W dyskusji Mutermilch zapytuje, czy te płatki skóry rozrastają się same, czy tylko rozwija się naokoło nich tkanka łączna, jakby sądzić należało na zasadzie badań nad hodowlą tkanek *in vitro* metodą Carrela; Leśniowski sądzi, że sprawę tę

rozstrzygnąć może tylko badanie drobnowidzowe; Szteyner w omawianej metodzie widzi coś pośredniego między sposobami Rererdena i Tirsha; Ciechomski mówi o nietrwałości takich blizn; Sławiński w odpowiedzi zaznacza, że od lat kilku z dobrym wynikiem posługuje się tą metodą, oddawna zresztą stosowaną.

7. Mutermilch: **O bilirubinemji.** Wbrew temu, czego uczyła dotychczas fizjologja, okazało się (badania eksperymentalne Mc-Kee, Whipple, Kooper oraz kliniczne Widal, Troisier, von den Bergh), że zadanie komórki wątrobnej sprowadza się do wydalania z żółcią bilirubiny, powstającej w ustroju z hemoglobiny krwi tam, gdzie zachodzi rozpad czerwonych krążków: w śledzionie, szpiku kostnym, wątrobie (komórki Kupfera), komórkach śródnaczyniowych (Brówicz) i wogóle we wszystkich tkankach, gdzie nastąpił wylew krwi, że przeto bilirubinemja jest zjawiskiem fizjologicznem. Na dowód, że bilirubina istotnie wytwarza się bez udziału wątroby wszędzie tam, gdzie nastąpił rozpad czerwonych krążków, prelegent przytacza spostrzegany przez się przypadek wybitnej xantochromji płynu mózgowordzeniowego oraz przypadek krwotocznego zapalenia opłucnej: zarówno płyn mózgowordzeniowy, jak i płyn z jamy opłucnej dawały silny odczyn na bilirubinę, podczas gdy w surowicy krwi tych samych osobników ilość bilirubiny była tylko bardzo nieznacznie zwiększona. Bilirubinemja bywa 1) mechaniczna: na skutek utrudnienia w odpływie żółci w przewodach żółciowych i 2) dynamiczna: z powodu niewydolności komórki wątrobnej lub też nadmiernego rozpadu krwinek. Na zasadzie badań własnych prelegent przekonał się o słuszności twierdzenia Van den Bergha, że zapomocą próby dwuazowej (piękne czerwone zabarwienie z odcieniem fjoletowym surowicy krwi, zawierającej bilirubinę) łatwo odróżnić postać mechaniczną od dynamicznej: w pierwszej odczyn jest szybki i występuje natychmiast po dodaniu do surowicy diazonium; w drugiej zaś, dynamicznej, odczyn występuje dopiero po uprzedniem odbiałczeniu surowicy zapomocą alkoholu. Bilirubinemja dynamiczna zdarza się w niedokrwistości złośliwej, żółtaczce hemolitycznej itp. (wskutek wzmożonego rozpadu krwinek), w przebiegu zapalenia płuc, durów, zakażenia krwi, malarji, drugiego okresu kiły, w zatruciach: chloroformem, salwarsanem, fosforem, kw. pikrynowym i w sprawach zastoinowych wątroby (na skutek niewydolności komórek wątrobnych); postaci mieszane bilirubinemji dynamicznej w przypadkach n. p. marskości wątroby, w t. zw. *angiocholitis infectiosa* i t. d. Ze sprawą bilirubinemji wiąże się ściśle sposób powstawania urobilinurji. Urobilina powstaje w jelitach przez redukcję bilirubiny pod wpływem bakteryj, przez układ żyły wrotnej dostaje się do wątroby i tu normalnie zostaje zatrzymana przez komórki wątrobne; w razie niewydolności tych ostatnich przechodzi do krwiobiegu i wydala się z moczem. Rola komórki wątrobnej w powstawaniu soli kwasów żółciowych nie została dotychczas dostatecznie wyjaśniona: przypuszczać należy, że kwasy żółciowe również mogą się wytwarzać we wszystkich tkankach i narządach, gdzie występuje rozpad czerw. krążków krwi: z hematyny tworzy się bilirubina, z globiny zaś glikokolitauryna, kwas cholalowy powstaje być może z cholesteryny (Klein, Hoffman, Carracido). Przypadki t. zw. rozszczepionej niewydolności komórki wątrobnej (*retention biliaire dissociée*) nie są rzadkie. Zachodzi w nich bądź istotne upośledzenie funkcji komórki wątrobnej jedynie w stosunku do wydalania kwasów żółciowych, bądź też, co jest, jak wynika z badań prelegenta, prawdopodobniejsze, zachodzi równoczesne zaburzenie czynności komórki w stosunku do wydalania bilirubiny: powoduje to bilirubinemję dynamiczną z nieprzechodzeniem barwików żółciowych do moczu. Trudniejsze jest zdanie sprawy z istoty zaburzeń, gdy w moczu znajduje się bilirubina, brak zaś kwasów żółciowych. Brulé, Lemière i inni i to zjawisko tłumaczą rozszczepieniem funkcji wydzielniczej komórki wątrobnej.

W dyskusji Szerszyński zaznacza, że po uśpieniu chloroformowem w większym stopniu, po eterowej — w mniejszym, znajdowane barwniki żółciowe we krwi nie są pochodzenia hemolitycznego, jak sądzono poprzednio, lecz są wynikiem upośledzenia sprawności wątroby.

8. Mutermilch. **W sprawie badania kału na t. zw. krwawienie utajone.** Najczulszą próbą na obecność krwi w kale jest próba benzydynowa, nie ustępuje jej próba piramidonowa, gdyż wykrywa krew w rozcieńczeniu 1:100.000. Wykonywamy ją w sposób następujący: do kilku ccm wodnego wyciągu kału dodajemy kilkanaście kropel 50% acid. acet., następnie 5% alkoholowego roczczynu piramidonu w ilości, równej wodnemu wyciągowi; po dodaniu kilkunastu kropli wody utlenionej występuje piękne niebieskie zabarwienie (demonstracja). Stosując tak czułe próby, należy zachować pewne ostrożności, djetę bezmięsną przez kilka dni, zaprzestanie używania leków, w skład których wchodzą preparaty krwi lub żelaza, używanie do prób jedynie nowych probówek, w razie śladów krwi hemoroidalnej na powierzchni kału badanie cząstek kału, wziętych z głębi, pouprzedniem zadziałaniu na powierzchnię kału wodą utlenioną z następczem spłukaniem wodą.

9. Drozdowicz. U 27-letniego chorego stwierdzono obecność dużego guza w lewej części brzucha, pochodzenia niewyjaśnionego; dzięki **odmie brzusznej** wykazano prawidłowość wątroby i śledziony, a gdy dalsze zdjęcia nie wykazały nic patologicznego w żołądku, jelitach i nerkach, *per exclusionem* wywnioskowano, iż punktem wyjścia wspomnianego guza jest trzustka albo gruczoły pozaotrzewnowe; ponadto stwierdzono obecność sklein pomiędzy zewnętrzną częścią guza a boczną lewą ścianą brzuszną.

W dyskusji Sławiński omawia niebezpieczeństwa, związane z wpuszczaniem gazu do jamy otrzewnej tak, iż podnoszą się głosy, nawołujące do zabronienia stosowania tej metody. Drozdowicz sądzi, że nie należy wpadać w przesadę, gdyż, przy pewnych ostrożnościach, zabieg nie grozi życiu badanego. Szerszyński dodaje, że wywoływanie odmy brzusznej nie należy do zabiegów niewinnych choćby dlatego, że nie wyłączona jest możliwość zranienia igłą kiszki. Należy igłą ostrą przekłuwać tylko skórę i powięź, a głębiej rozsuwać mięśnie i przebijać otrzewną narzędziem tępem. Wtedy może się jednak zdarzyć, że otrzewna nie zostanie przebita, a tylko odsunięta, i gaz wprowadzony zostanie w głąb ściany brzusznej. Chory, badany przez Drozdowicza, zniósł zabieg źle (bóle i wzdęcie brzucha przez 2 tygodnie), podczas operacji z jamy brzusznej ze szmerem wydostała się pewna ilość powietrza. Zamiast tego ostatniego należy wprowadzać tlen lub dwutlenek węgla, które wsysają się szybciej.

A. Lande i W. Goździcki.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 7 lutego 1922 r.
Przewodniczy Prof. A. Gluziński.

Kol. Landsberg wygłosił wykład: **„Badania nad chemizmem ciał białkowych w surowicy krwi“.** Mowca omówił powstawanie w organizmie kwasów aminowych, peptydów, polipeptydów, ich właściwości chemiczne w organizmie; powstawanie amoniaku przy ich rozpadzie. Następnie przedstawił badania swoje w niektórych stanach chorobowych nad zachowaniem się ciał białkowych: albumin i globulin i ich wzajemnym stosunkiem. Następnie zaznaczył, że praktycznego wniosku z swoich badań nie może wysnuć, ale badania te zbliżają nas do poznania przemiany białkowej w komórkach.

W dyskusji: Prof. Gluziński zaznaczył, że odczyt poruszył ciekawą sprawę stosunku albumin i globnlin we krwi. Badania Filińskiego wykazały, jak się zachowuje stosunek globulin do albumin w różnych cierpieniach oraz jaką rolę odgrywa w przemianie białkowej wątroba. (Praca ta ukazała się w Pol. Gaz. lek. Nr. 7).

Kol St. Grosglik wygłosił wykład: **Stan obecny sprawy doszczętnego leczenia przerostu stercza.**

W krótkim wstępie mowca kreśli ponury obraz leczenia objawowego (cewnikowania) oraz zabiegów paljatywnych (trzebienie, operacja Bottiniego i tp.), stosowanych jeszcze do niedawna w celu zwalczania niedomogi pęcherza na tle przerostu stercza.

Leczenie doszczętne zostało zapoczątkowane zaledwie w zaraniu bieżącego stulecia najpierw pod postacią wycięcia kroczowego, które jednak wkrótce musiało ustąpić miejsca wycięciu nadłonowemu. Zalety metody Freyera polegają na tem, że daje ona łatwiejszy dostęp do stercza, pozwala usunąć gruczolaki doszczętniej, dzięki temu wyniki operacji są pewniejsze i trwalsze; rzadko pozostawia po sobie przetoki moczowe, tak trudne do zwalczania po operacji kroczowej; wyjątkowo tylko naraża na zranienie odbytnicy i wcale albo tylko w małym stopniu upośledza czynność płciową.

G. uważa prostatektomję nadłonową za zabieg ciężki i niebezpieczny, ponieważ bywa wykonywana u osób przeważnie w wieku podeszłym i często zakażonych. Dlatego też powinno się operować osoby z przewlekłem całkowitem zatrzymaniem moczu, przypadki zaś lżejsze należy leczyć objawowo.

W przypadkach uporczywego zakażenia pęcherza, w których ani systematyczne opróżnianie i przemywanie, ani cewnik na stałe do celu nie prowadzą, tudzież u osób, mocno wyniszczonych długotrwałem cierpieniem lub zatrutych, zaleca się operowanie dwuokresowe, polegające na tem, że w pierwszem tempie dokonywa się sączkowania pęcherza po uprzedniem założeniu przetoki nadłonowej: po upływie zaś pewnego czasu gruczolaki zostają wyłuszczone.

G. operuje w znieczuleniu miejscowem lub ogólnem zależnie od stanu chorego. Znieczulenie lędźwiowe zarzuca z powodu zbyt trujących właściwości dotychczas używanych środków. Do napełniania pęcherza przed operacją stosuje wodę wyjałowioną; wdmuchiwanie powietrza lub tlenu uważa za niebezpieczne, gdyż może spowodować śmiertelny zator gazowy. Celem zaś usunięcia zalewu pola operacyjnego płynną zawartością pęcherza radzi nakłuwać pęcherz przed jego otwarciem trójgrańcem, zaopatrzonym w długą rurkę gumową, przez którą cała zawartość zostaje wypuszczona.

Mowca dokonywa operacji w lekkiej pozycji Trendelenburga, nacina powłoki brzuszne podłużnie, ścianę zaś pęcherza w kierunku poprzecznym, daje to bowiem lepszy dostęp do wnętrza pęcherza i ułatwia późniejsze nakładanie szwów. W celu uprzystępnienia sobie pola operacyjnego G. ohwyta wystające części stercza kleszczami Muzeux, pociąga gruczoł do góry i po okólnem nacięciu otoczki chirurgicznej wydobywa guz na tępo *en bloc* wraz z odcinkiem pęcherzowym cewki kroczowej. Usunięcie tej części cewki ma niewątpliwie duże znaczenie dla całości zabiegu, albowiem gruczolaki, znane pod nazwą przerostu stercza, powstają w części kroczowej cewki skutkiem bujania t. zw. gruczołów centralnych czyli podszyjowych, założonych w jej tylnej ścianie, a mianowicie w połowie drogi między wewnętrznym otworem cewki a wzgórkiem nasiennym. Nie jest przeto wyłączone,

że pozostawienie części cewki przy prostatektomji może sprzyjać nawrotowi, o którym tu i ówdzie znajdujemy wzmianki.

W dalszym ciągu mowca podaje sposoby zapobiegania i zatrzymywania krwawienia z łoża stercza opisuje technikę nakładania szwów i opatrywania rany i zwraca szczególną uwagę na postępowanie pooperacyjne.

Najczęstszą przyczyną zejścia śmiertelnego po prostatektomji nadłonowej jest zdaniem G. mocznica, posocznica i niedomoga serca. Śmierci skutkiem krwotoku ostrego mowca nie spostrzegał nigdy, nie zaprzecza jednak, że obfity upływ krwi podczas operacji lub zbyt długie przeciąganie się krwawienia po zabiegu może spowodować śmiertelny upadek sił.

Obok typowych postaci przerostu stercza wskazaniem do jego wycięcia nadłonowego jest również starcza niedomoga pęcherza, rozwijająca się na tle zaniku stercza i dająca obraz kliniczny, zupełnie podobny do niedomogi pęcherza, wywołanej przez przerost. (*Prostatisme sans prostate*). Przyczyna niedomogi pęcherza tkwi, zdaniem G., w głębokiem zniekształceniu szyji pęcherza, ujawniającem się anatomicznie bądź w postaci zwężenia wewnętrznego otworu cewki, bądź też w postaci zastawki, szczelnie zamykającej wylot pęcherza. W celu usunięcia tej zapory mechanicznej dla odpływu moczu G. jeszcze w r. 1908 zalecał doszczętne usunięcie zwyrodniałego stercza. W tych razach jednak operacja nastręcza poważne trudności, chodzi tu bowiem nie o wyłuszczenie guzów ze stercza, lecz o doszczętne usunięcie całego gruczołu, ściśle spojonego z narządami otaczającemi. Jest to prostatektomja w ścisłem znaczeniu słowa. Operacja ta, uważana początkowo za niemożliwą do wykonania, znalazła już obecnie licznych zwolenników (B a r t h, M a r i o n i inni).

W dyskusji prof. K r y ń s k i porusza sprawę wyboru metod operacyjnych przy usuwaniu stercza: metodę operowania przez krocze i metodę operacji nadłonowej. Zdaniem prof. K. nie można usunąć jednej metody kosztem drugiej. B l u m w swojej pracy podaje 8,9 % śmiertelności po operacjach nadłonowych i 6 % po operacjach przez krocze; w innej pracy, ogłoszonej po francusku, jest podane 14 % śmiertelności po operacji nadłonowej i 0 % (zero) przy operacji przez krocze. Są pewne ściśle wskazania, które przemawiają za wyborem operacji przez krocze, np. guz wielki, idący ku odbytnicy, lub też u ludzi otyłych. Prof. K. uważa prostatektomję przez krocze za bardziej chirurgiczną.

C i e c h o m s k i wspomniał o metodzie W i l l m s a, którą widział w r. 1914 i która przedstawiła się C. bardzo prostą, łatwą i szybką. Metoda ta polegała na półkolistem cięciu z lewej strony szwu krocza, dojściu do pęcherza, po otwarciu pęcherza W i l l m s zapomocą szczypców swego pomysłu chwytał gruczoł i wyrywał. Zdaniem C. nadłonowa operacja łatwa, leczenie zaś trudne i ciężkie dla chorych. Śmiertelność po tej operacji duża. Operacja przez krocze, bezpieczniejsza dla chorego, choć uciążliwsza dla chirurga, zabezpiecza od wtórnego zakażenia.

W odpowiedzi G r o s g l i k zaznacza, że prostatektomja krokowa została niemal całkowicie wyrugowana na korzyść prostatektomji nadłonowej, i powołuje się na jednomyślną opinję uczestników Kongresu urologicznego, który odbył się w Paryżu w 1920 r.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

XIX Zjazd chirurgów polskich.

XIX Z j a z d c h i r u r g ó w p o l s k i c h odbędzie się w bieżącym 1922 roku w Warszawie w dniach 29 i 30 czerwca oraz 1 lipca (czwartek, piątek i sobota).

Tematy programowe są następujące:

1. W r z ó d ż o ł ą d k a i d w u n a s t n i c y. Referent prof. J u r a s z (Poznań). Korrefenci: prof. G l u z i ń s k i (Warszawa), i prof. H o r n o w s k i (Warszawa).

2. G r u ź l i c a c h i r u r g i c z n a. Referent ad a: Gruźlica kości i stawów — docent T. O s t r o w s k i (Lwów), ad b: Gruźlica narządów wewnętrznych — prof. L e ś n i o w s k i (Warszawa) ad c: Leczenie sanatoryjne gruźlicy chirurgicznej — dr. Ł a p i ń s k i (Warszawa).

Zgłoszenie odczytów należy nadsyłać n i e z w ł o c z n i e pod adresem sekretarza Towarzystwa (Dr. D o b r o w o l s k i w Warszawie, ulica Smolna Nr. 6). Ostateczny termin przyjmowania zgłoszeń: 10 czerwca. Podczas Zjazdu odbędzie się Wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych. W sprawie wystawy tej należy się zwracać pod podanym wyżej adresem sekretarza Towarzystwa. Mieszkania dla uczestników Zjazdu będą zapewnione. Pierwszy tom Przeglądu chirurgicznego, zawierający Pamiętnik XVIII Zjazdu Chirurgów polskich, odbytego w r. 1921, jest już w druku.

Zjazd doroczny neurologów francuskich od 3—4 czerwca 1921.

(Dokończenie).

M a r i n e s c o: **Przyczynek do fizjologji patologicznej parkinsonizmu.** Przy ruchach czynnych występuje podczas skurczu zwiotczenie mięśni przeciwniczych prawie z reguły. Przy bodźcach galwanicznych rozkurcz mięśni następuje powoli; nieraz w dwóch etapach.

Symptomatologja.

L h e r m i t t e i C o r n i l. **Badanie kliniczne choroby Parkinsona i zespołu parkinsonowskiego u starców.** Wbrew ogólnie przyjętemu zdaniu stwierdzali u chorych na drżączkę porażenną brak uczucia znużenia. Brak następujących ruchów skojarzonych jest stały: unoszenia małżowiny usznej przy patrzeniu w górę, rozgięcia kciuka przy energicznem zgięciu palców w pięść (objaw pięści), skręcania się głowy na bok przy patrzeniu się w bok itp. Hypertonję nagół ruchy czynne znoszą, a delikatne ruchy bierne zmniejszają. Jest ona zmienną; z niewiadomych powodów okresowo maleje, to się nasila nagle, powodując nagłe zatrzymanie ruchów chorego. Podobnie jak w myotonii ruchy przebiegają powoli, a powolność ta zanika w miarę powtarzania ruchów. Zdaje się więc, że czynnika tego, który powoduje sztywność chorych trzeba się doszukiwać w zaburzeniu funkcji sarkoplasmatycznej mięśnia podobnie jak w myotonii, z tem, że w myotonii zaburzenie to jest obwodowe, w mięśniu samym usadowione, tu natomiast ulega zaburzeniu inerwacja sarkoplasmy. Z drugiej strony Cl. V i n c e n t wykazał, że zakakoinowanie nerwu ruchowego znosiło powolność rozkurczu. Co do drżenia, to L. i C. stwierdzali je zawsze, gdy go zaś pozornie nie było, wywoływali je przez drażnienie faradyczne. Zawsze ono się zjawia przy początku ruchów dowolnych pod warunkiem, by je powoli rozpoczynać. Zresztą w ciągu ruchów dowolnych często znika, natomiast zjawia się w kończynie drugiej strony. Unieruchomienie bierne kończyny powoduje ujawnienie się drżenia (lub spotęgowanie) po tej samej stronie lub po skrzyżowanej. Zazwyczaj drżenie w różnych kończynach jest równoczasowe.

Odruchowość ścięgnista jest żywą. Dla odruchów ścięgnistych jest tu charakterystycznem, że nie wykazują polikinezji ani wahadłowości: rozkurcz dokonuje się powoli, kończyna wraca bez zwykłych wahań do pozycji wyjściowej. Odruchów obronnych we właściwej chorobie Parkinsona brak. Bardzo częste są zaburzenia naczynio-ruchowe, nadmierne pocenie się, czasem łojotok oleisty na twarzy.

Postać drżączki rzekomo-opuszkowa:

Tutaj podkreślić należy, że sztywność mięśniowa szczególnie dotyczy nasad kończyn, że bywają zmiany psychiczne, zaburzenia moczowe i wzmożenie ciśnienia krwi.

Zespół drżączkowo-porażny pochodzenia lakunarnego.

Obraz kliniczny podobny, drżenie atoli nie przybiera w palcach znanej postaci kręcenia pigułek. Tu odruchy żwaczy i warg bywają wzmożone. Natomiast wybitnie wyróżnia tę postać wzmożenie wszystkich odruchów automatycznych: dłoniowo-podbródkowego, obronnych zgięcia, objawu zgięcia biodrowego i obecność objawu paluchowego Babińskiego.

S i c a r d: **Odwrócenie rytmu termicznego.** W okresie początkowym, gorączkowym spostrzegał rano ciepłotę wyższą niż wieczorem, pod pachą wyższą, niż w odbytnicy.

B a r r é: **Zaburzenia okoruchowe w chorobie Parkinsona i w zespołach pozapalnych.** Bardzo częstym objawem jest niedomoga zbieżności, dająca skrzyżowane obrazki podwójne, zależna od hypertonii mięśniowej, nie od niedowładu.

C l a u d e: **Zaburzenia umysłowe, zdarzające się w zespole parkinsonowskim.** Właściwych schorzeń umysłowych się nie znajduje, jednak wszyscy chorzy nagół wykazują pewne zaburzenia ideacji i przygnębienie mniej lub więcej nasilone. W kilku przypadkach spostrzegał nagłe występowanie stanów wesołości lub podniecenia rażącego, po których w kilka minut następowało głębokie przygnębienie z uczuciem zawstydzenia, zniechęcenia i pragnieniem śmierci. W tych stanach psychicznych dostrzega Cl. podobieństwa do opisanej przez siebie t a c h y f e m i i i do pulsyj, a wyraża się tutaj ta sama rozbieżność stanów, jaka istnieje między sztywnością ogólną chorych, a ich możnością wykonywania nagle aktów ruchowych, wymagających pośpiesznego załatwienia, jak skakanie, strzelanie i ćwiczenia gimnastyczne. Można więc zadać sobie pytanie, czy te stany przemijające świadome, impulsyjne nie są równoważnikami zaburzeń napięcia mięśniowego.

Postacie kliniczne.

S i c a r d. **Postać akatysyczna parkinsonizmu poencefalitycznego.** Opisuje niepokój pewnych chorych, zwłaszcza uwidaczniający się w położeniu siedzącem, którego nie mogą długo utrzymać, więc zmieniają krzesła, chodzą ciągle, sami przyznając, że lęk wewnętrzny ich do tego zmusza.

B e r i e l. **Stany parkinsonowskie, związane z zapaleniem mózgu.** Zespół parkinsonowski nie jest następstwem tej lub owej postaci klinicznej ostrej, może się zdarzyć po przejściu objawów ostrej fazy, letargicznych, śródmóżdżowych, myoklonicznych i pląsawiczych, wreszcie po pierwszych objawach poronnych ambulatoryjnych. Rozwój objawów drżączkowych może wystąpić już w pełnym okresie gorączkowym, podczas zdrowienia lub później. Sztywność mięśniowa może być umiejszona wolą, to jednak prowadzi szybko do znużenia się i raczej się ten wpływ zaznacza we wczesnych objawach choroby. Ruchy nabierają charakteru zdrobniałego, stają się filigranowe. stąd mikrografja, mikrofazja, mikrofagja, wreszcie mikropnoë. Objawy sztywności mogą się ograniczyć do pewnej części ciała, do pewnych odcinków kończowych (zwykle przykadłubowych), tylko do pewnego aktu, np. mowy.

R a v i a r t, C o m b e m a l e, Z u l l i e n i A s s o i g n i o n. **Pięć przypadków zespołu parkinsonowskiego poencefalitycznego.** Poza rzeczami już znanemi podnoszą, że parkinsonowcy są smutni i usposobieni psychicznie w ten sam sposób, jak fizycznie. Przygnębienie ich prowadzi często do zamachów samobójczych w uświadomieniu swej nieuleczalności. W dwóch przypadkach stwierdzili n a g ł ą śmierć.

W e r t h e i m S a l o m o n s e n. **Choroba Parkinsona i wiąd rdzenia.** Nie tak rzadko spotyka się w drżączce porażnej słabo

wyrażony zespół, podobny do wiądu, który stanowi istotną część obrazu chorobowego, nie mając nic wspólnego z prawdziwym wiądem. Postać ta przebiega z stępieniem umysłowem. W. S. proponuje wyodrębniać ją jako osobną jednostkę chorobową, t. zw. *tromoparalysis tabiformis* (*cum dementia*).

P e t z e n. **Nowotworzenia kostne typu Dejernic-Klumpke w przypadku letargicznego zapalenia mózgu.**

Rozpoznanie:

L é p i n e. **Różniczkowanie między chorobą Parkinsona a zespołem Parkinsona poencefalitycznym.** Obok znanych rzeczy podnosi, że wpływy naczyniowo odgrywają w zespołach większą rolę, niż w chorobie Parkinsona, a natomiast często chorzy skarżą się na uczucie zimna. Także ślinotok jest częstszym, a wzmożenie pocenia się jest mało uderzającym objawem. W połowie przypadków było obecne w zespołach znaczne przyśpieszenie tętna.

Rokowanie.

C a t o l a. **W sprawie rozwoju i rokowaniu w parkinsonizmie poencefalitycznym.** Przyjmuje rokowanie złe, uważa leczenie za bezowocne, jedynie pewną przelotną poprawę i ulgę chorym dają związki arsenowe w wysokich dawkach i skopolamina.

Leczenie.

P e t z e n zaleca systematyczne bierne ruchy. Z czasem stan się tak poprawia, że chorzy mogą je sami wykonywać. Udaje się przez to opóźnić rozwój sprawy i utrwalenie się stanów przykurczowych. Z rozpoczęciem ćwiczeń trzeba się wstrzymywać w stanach poencefalitycznych, jak długo się przypuszcza, że ostry charakter sprawy anatomicznej jeszcze nie wygasł.

R o d r i g u e z wypróbowywał cały szereg środków leczniczych. Surowice (prawidłowa końska, przeciwpaciorkowcowa, przeciwpneumokokkowa i inne) dawały dobre wyniki w stadjach początkowych ostrych, wstrzykiwania nukleinianu sodowego także w okresach późniejszych, z czasem jednak działanie się wyczerpywało. Najdzielniej pomaga w leczeniu kakodylan sodowy, wstrzykiwany śródżylnie w dawkach rosnących od 1.5 do 6.0 g roztworu 50%. Przy tem leczeniu stwierdza się obniżenie przykurczów, wzmożenie ruchliwości, powrót mimiki, poprawę snu, ożywienie psychiczne, wzmożenie apetytu i wagi ciała. Wyniki są wprost zdumiewające nieraz z początku, jednak w przypadkach cięższych z czasem kakodylan przestaje działać, natomiast w lżejszych przypadkach uzyskuje się trwałe wyleczenie. Arsenobenzole wprost szkodzą. Bardzo dobrze, choć dość doryweczo i nie przez długi czas, działa skopolamina w dawkach dwurazowych dziennie po 0.5—1 mg. Belladonna działa nieco podobnie, lecz o wiele słabiej, można nią się posługiwać w przypadkach ślinotoku z pewnym pożytkiem. Ona, podobnie jak skopolamina, działa też dodatnio na podniecenia nocne. Weronal jest bez wpływu, tak samo urotropina podawana śródżylnie, a nawet dordzeniowo. Adrenalina sprawia burzliwe objawy, po których przejś iu chorzy czują się może nieco silniejsi.

S i c a r d próbował wszystkiego, także ropni sztucznych, surowicy ozdrowieńców, szczepionek, robionych z masy ciał prążkowatych lub szypułek osobników, którzy pomarli na zapalenie mózgu, bez wyników jakichkolwiek. Pewne usługi przelotne dają tylko: kakodylan sodowy i skopolamina.

G u i l l a i n widział pewną poprawę objawową przez podawanie *trae arnicae* 0.50 do 2 i 3 g dziennie.

O d p o w i e d ź S o u q u e s'a, sprawozdawcy, streszcza się po rozważeniu zarzutów, wyłonionych w dyskusji, w stwierdzeniu, że nikt nie dostarczył danych ani objawów, na podstawie których możnaby nosograficznie oddzielić chorobę Parkinsona klasyczną od zespołu parkinsonowskiego, występującego w następstwie zapalenia nagminnego mózgu. *Orzechowski.*

Medycyna społeczna.

Międzynarodowa Konferencja Sanitarna w Warszawie.

W dniach od 20—28 marca 1922 r. obradowała w Warszawie Międzynarodowa Konferencja sanitarna. Z inicjatywy Ligi Narodów, na zaproszenie Rządu polskiego, zjechali się przedstawiciele 28 państw, wszystkich europejskich (z wyjątkiem Portugalji), a z pozaeuropejskich Japonji, ażeby wspólnie radzić nad zażegnaniem niebezpieczeństwa, zagrażającego Zachodowi wskutek epidemij, zawleczonych ze Wschodu.

Pierwowzór zorganizowanego wysiłku międzynarodowego, podjętego przez Publiczne Urzędy sanitarne w celu zwalczenia epidemij w Europie, dała Rada Ligi Narodów, kiedy w dniu 20 marca zażądała od Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej, obradującej wtedy w Londynie, udzielenia pomocy Polsce w zwalczaniu epidemji duru, przyczem jako wytyczną postawiono zasadę, że pomoc powinna być podana w ścisłej łączności z Urzędem Zdrowia Publicznego w Polsce. W wyniku Konferencji zwróciła się Rada do wszystkich Rządów o zasiłek pieniężny i stworzono odrębną Komisję przeciwepidemiczną dla zarządzania zasiłkiem.

Komisja przeciwepidemiczna nie jest instytucją filantropijną. Otrzymuje ona fundusze z wkładek przelewanych do jej kasy przez pewną liczbę państw, które uznały, że zwalczenie duru w Europie wschodniej posiada znaczenie międzynarodowe. Komisja sama nie prowadzi walki własnemi siłami; działa za pośrednictwem Urzędów Zdrowia Publicznego krajów zainteresowanych. Zadanie jej polega wyłącznie na wspomaganiu tych Urzędów, na ich zasilaniu; odbiega ono całkowicie od zwykłych organizacyj pomocy doraźnej, mających na celu zaradzenie złemu przez natychmiastowe i bezpośrednie dostarczenie środków pomocy, których działanie ustaje z chwilą dostarczenia tych środków. Zadanie Komisji polega na wytworzeniu w Europie wschodniej stałego systemu ochrony sanitarnej wzdłuż pasa granicznego pomiędzy Polską i Rosją.

Przed 1 września 1921 r. Komisja przeciwepidemiczna była jedynym organem sanitarnym Ligi Narodów. W tym dniu, po długich rokowaniach, drugie zgromadzenie Rady stworzyło Organizację Sanitarną Ligi, a Sekcja Higjeny jej stałego sekretarjatu stała się jej narzędziem wykonawczem. W ten sposób Komisja przeciwepidemiczna stała się czynnym składnikiem organizacji higjeny w Lidze Narodów. Pierwszem zadaniem organizacji stało się zebranie materjału informacyjnego o stanie epidemij i podjętych środkach zaradczych w krajach zagrożonych. Nie wystarczały wiadomości dotychczasowe, otrzymywane z Czecho-Słowacji, Polski, krajów nadbałtyckich, trzeba było z końcem września wysłać specjalną Komisję do Moskwy, w celu wytworzenia ściślejszego kontaktu z Komisarjatem Ludowym Zdrowia Publicznego (Narkomzdraw). Następczo zostali wysłani przedstawiciele Komisji przeciwepidemicznej do Rosji, a wyniki ich badań przysyłane systematycznie Sekretorjatowi Higjeny o stanie zdrowotnym Rosji i Ukrainy zostały umieszczone w szeregach publikacyj, wydanych przez Sekretarjat, i zostały przedstawione Konferencji.

W ciągu stycznia br. stwierdzono na zasadzie danych powyższych, że stan epidemij w Europie wschodniej przybiera rozmiary groźne, głód w Rosji ogarnął nowe dzielnice, a z nim epidemje przybrały rozmiary, przeciwko którym obrona sanitarna Polski okazała się ponownie niewystarczającą, i Sekretarjat Ligi Narodów złożył wszystkim państwom, należącym do Ligi, raport wskazujący na niebezpieczeństwo epidemij, zagrażające Europie Wschodniej. Po otrzymaniu raportu Rząd Polski zwrócił się do Przewodniczącego Rady Ligi Narodów o zwołanie najszybsze Europejskiej Konferencji Technicznej dla zbadania stanu i środków, które powinny być podjęte dla powstrzymania rozwoju choroby oraz konieczności podjęcia walki w samem ognisku epidemji. Rada wezwała Rząd Polski do zwołania Konferencji, oddając jednocześnie ze względu na charakter Konferencji do rozporządzenia Rządu Polskiego usługi organizacji technicznej Ligi Narodów i wskazując Dyrektora Sekcji Higjeny Ligi, Dr. Ludwika R a j c h m a n a, jako łącznika pomiędzy Ligą Narodów i Rządem polskim. Rząd Polski zaprosił do Warszawy wszystkie Państwa Europejskie do wzięcia udziału w Konferencji, której termin oznaczono na 20 marca br. Następujące Państwa przyjęły zaproszenie i wydelegowały swych przedstawicieli na Konferencję. Przytaczamy je w porządku alfabetycznym w języku francuskim, który, jako język dyplomatyczny, był urzędowym językiem Konferencji, a więc Niemcy, Austrja, Belgja, Bułgarja, Danja, Gdańsk, Hiszpanja, Estonja, Finlandja, Francja, Anglja, Grecja. Węgry, Włochy, Japonja, Łotwa, Litwa, Norwegja, Holandja, Polska, Rumunja, Rosja i Ukraina, Państwo Serbsko-Kroacko-Słoweńskie, Szwecja, Szwajcarja, Czecho-Słowacja Turcja. Litwini uczestniczyli w Konferencji w charakterze delegatów Litewskiego Czerwonego Krzyża, delegat Gdańska, który początkowo zasiadał pomiędzy delegatami Państw samodzielnych, na mocy postanowienia Komisji sprawdzającej mandaty na posiedzeniu końcowem zasiadał w szeregu delegatów Polski, jako jej doradca techniczny.

Miejscem obrad Konferencji był Pałac Prezydjum Rady Ministrów, t. zw. Pałac Namiestnikowski, dawniej Pałac Radziwiłłowski. Otworzył zebranie w wielkiej sali Pałacu Minister Spraw Zagranicznych Skirmunt, przedstawiając w treściwym zarysie przebieg historyczny usiłowań wytworzenia międzynarodowej pomocniczej akcji przeciwepidemicznej, podany powyżej, i zaproponował zebranym wybór przewodniczącego. Na propozycję delegata Włoch, Dr. Messea, powołano jednomyślnie przez aklamację Dr. Chodźkę, Ministra Zdrowia Publicznego i Przewodniczącego Delegacji Polskiej, do przewodniczenia Konferencji. Na Sekretarza generalnego Konferencji wybrano Dr. Ludwika Rajchmana.

Dr. Chodźko, dziękując za zaszczyt wyboru, w dłuższem przemówieniu zobrazował cele i zadania Konferencji i zaproponował utworzenie trzech Komisyj, które zbadałyby szczegółowo zagadnienia, stojące przed Konferencją. Propozycję przyjęto. Wybrano: Komisję pierwszą, mającą na celu zbadanie stanu epidemicznego Estonji, Łotwy, Litwy, Polski, Rumunji, Rosji, Turcji i Ukrainy na podstawie raportów, złożonych przez przedstawicieli tych krajów, której przewodniczenie objął pułkownik Sydney Price James, delegat angielski, a zastępcami przewodniczącego byli prof. Cantacuzène (Rumunja) i Dr. Kulhawy (Czecho-Słowacja). Pułkownik James był jednocześnie referentem tej Komisji.

Komisję drugą, której zadanie polegało na zbadaniu środków praktycznego współdziałania, które powinno być podjęte przez państwa ościenne w celu wzajemnego powiadamiania o biegu epidemji i zgodnego podejmowania środków przeciw rozszerzaniu się epidemji. Przewodniczącym tej Komisji był przedstawiciel Niemiec, dr. Frey, a jego zastępcami Dr. Stampar (Serbo-Kroato-Słowacja) i Dr. Van Boeckel (Belgja). Referentem Komisji był Dr. Kolinsky (Czechy).

Wreszcie Komisję trzecią, której przewodniczył delegat włoski, Dr. Messea, a jego zastępcami byli Dr. Kalina (Rosja) i Dr. Naeslund (Szwecja); miała ona na celu wypracowanie programu szczegółowego obrony sanitarnej w pasach pogranicznych państw graniczących z Rosją i Ukrainą, a także planu działania

bezpośredniego w celu zwalczenia epidemij w ogniskach ich powstania.

Prezydjum Konferencji, w którego skład wchodzili: Dr. Chodźko (Polska), jako przewodniczący, Dr. Terburgh (Holandja), Dr. Cruveilhier (Francja), Dr. Groenlund (Finlandja), jako zastępcy przewodniczącego oraz podani powyżej wszyscy prezesi i wiceprezesi trzech Komisyj, wobec rozmiarów zadań, jakie spadały na trzecią Komisję, powołało Podkomisję pod przewodnictwem Posła Maxy (Czecho-Słowacja) dla ściślejszego przestudjowania programów, przedstawionych przez oddzielne kraje. Prof. Otto (Niemcy), prof Maggiora (Włochy) przy pomocy Dr. Haigh'a, przedstawiciela organizacji Stowarzyszenia Przyjaciół (Kwakrów), pracującego w Rosji i na Ukrainie, oraz Dr. Sysina i Kaliny (Rosja) i Dr. Chołodnego (Ukraina) zbadali projekty rosyjski i ukraiński. Prof. Cantacuzene (Rumunja) i pułk. Gauthier (Liga Narodów) zbadali program polski. Prof. Otto (Niemcy) i Dr. Mutermilch (Liga Narodów) zbadali projekt litewski; Dr. Sztolcman (Polska) — projekt litewski i estoński. Prof. Cantacuzéne przedstawił plan ewentualnej akcji w Rumunji. Wyniki prac podkomisji zostały poddane badaniu dokonanemu przez podanych powyżej ekspertów przy współudziale pułk. Jame'a (Wielka Brytanja) i prof. Castellani (Włochy). Niezależnie od powyższych Poseł Maxa, przewodniczący Delegacji Czeskiej, przygotował projekt, w którym przedstawił zasady, któremi powinna się kierować wszelka akcja międzynarodowa w okolicach zagrożonych, i wskazał organizację, której powinno być przekazane wykonanie uchwał wypracowanych na Konferencji Warszawskiej.

Punktem wyjścia prac pierwszej komisji był obszerny, szczegółowy i wyczerpujący referat Dr. L. Rajchmana, Sekretarza generalnego Konferencji i Dyrektora Sekcji Higjeny Sekretarjatu Ligi Narodów, przedstawiony na pierwszem posiedzeniu Komisji, któremu nadano charakter posiedzenia plenarnego. Na zasadzie dokładnego przestudjowania materjału, posiadanego przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów, na zasadzie raportów delegatów polskich, rosyjskich, czesko-słowackich, estońskich, łotewskich, litewskich i rumuńskich, uzupełnień, szczególnie cennych, przedłożonych przez Dr. Haigh'a i prof. Muhlensa, którzy badali stosunki rosyjskie i ukraińskie na miejscu, na podstawie bardzo ścisłych danych dostarczonych przez delegatów Polski i Rumunji, pierwsza Komisja mogła już 22 marca przedłożyć projekt następującej rezolucji, przyjętej jednomyślnie przez zebranych: „Europejska Konferencja Sanitarna zebrana w Warszawie w czasie od 20—28 marca 1922 r. po wysłuchaniu raportu Sekcji Higjeny Ligi Narodów, raportów delegatów różnych państw, po zwiedzeniu stacyj kwarantannowych, szpitali i innych urządzeń przeciwepidemicznych w pasie przyfrontowym polsko-rosyjskim, Komisja dochodzi jednomyślnie do wniosków następujących:

1. Stan, w którym Europa Wschodnia znalazła się podczas wojny wielko-światowej i po wojnie, w dużej mierze przyczynił się do rozwoju niebezpiecznych epidemij, a w szczególności epidemij przenoszonych przez owady, jak dur osutkowy i powrotny, lub przez pożywienie i wodę, jak cholera dur brzuszny, czerwonka albo inne choroby zakaźne, jak ospa. Przypadki duru osutkowego, które wynosiły w Rosji przed wojną do 90.000 rocznie, a duru powrotnego do 30.000, wzrosły według danych urzędowych 1920 r. do 3 0 0000 dla pierwszego, a 1,000.000 dla drugiego. Podobny wzrost można stwierdzić w Polsce i innych krajach Europy Wschodniej.

2. Państwa dotknięte epidemjami zorganizowały starannie i zastosowały system nadzoru i ochrony pomimo wielkich trudności ekonomicznych i społecznych, a ich wysiłki sprowadziły znaczną naprawę stosunków pod tym względem w ciągu pierwszych dziewięciu miesięcy 1921 r. Liczba przypadków duru powrotnego, która wynosiła w Polsce w roku 1920 157000, spadła w r. 1921 do 48.000, w Rosji z 3,000.000 do 600.000, a w Rumunji z 45.855 do 4.834.

3. Lecz niestety, ku końcowi 1921 r. wskutek nowego zbiegu nieprzyjaznych okoliczności, wywołanych przez głód, wędrówkę ludzi i repartrjację, środki podjęte dla walki z epidemjami okazały się niewystarczającemi i wynikło nagłe i gwałtowne nasilenie durów osutkowego i powrotnego, któremu towarzyszyła epidemja cholery. Po wysłuchaniu odpowiedzialnych komisarzy, powracających z okolic zakażonych nad Wołgą, na Ukrainie i na pobrzeżu Morza Czarnego, Konferencja jest przekonana, że nasilenie i rozszerzenie się cholery na Ukrainie i wędrowanie na Zachód wielkich mas ludzkich, przychodzących z tych terytorjów i z innych okolic, stanowi niebezpieczeństwo bezpośrednie dla pozostałej Europy. Nieprzyjazne okoliczności, wędrowanie z okolic nawiedzonych głodem oraz epidemje rosną gwałtownie: sytuacja staje się z dnia na dzień coraz groźniejszą.

4. Z tych względów, a także zważywszy przyczyny, które spowodowały w Europie Wschodniej nasilenie i rozrost cholery i innych niebezpiecznych epidemij i w dalszym ciągu powodują niebezpieczeństwo w stopniu wzmożonym, Konferencja wypowiada przekonanie, że jest rzeczą konieczną zdwojenie wysiłków w czasie najkrótszym, jeśli się chce uniknąć, ażeby stan epidemiczny obecny nie przyczynił jeszcze więcej cierpień i skonów pośród ludności okolic zakażonych, nie przeszkodził odbudowie, nie stawiał przeszkód handlowi i nie tworzył niebezpieczeństwa poważnego i groźnego dla całego kontynentu europejskiego.

5. Konferencja pragnie również stwierdzić z naciskiem, że trudności położenia obecnego powiększa jeszcze brak lekarzy i personelu pomocniczego, wywołany częściowo przez spustoszenie, jakie spowodowały choroby i skony tych, co tak chwalebnie po święcili życie tej walce ze śmiercią".

Komisja druga na szeregu posiedzeń opracowała zasady, na których powinny być zbudowane umowy sanitarne pomiędzy granicznemi państwami. Wszyscy członkowie zgodzili się, że należy zmodyfikować w umowach oddzielnych pewne postanowienia paryskiej Konwencji Sanitarnej i że należy przyjąć i zastosować kilka typów umów, albowiem środki, które zastosować należy pomiędzy Rosją i Ukrainą z jednej strony, a państwami granicznemi z drugiej strony, różnią się bardzo od środków, które uależałoby podjąć pomiędzy Polską z jednej strony, a Niemcami i Czecho-Słowacją z drugiej strony, kiedy natomiast stosunki sanitarne pomiędzy dwoma takiemi krajami, jak Czecho-słowacja i Niemcy, wymagają umów jeszcze innego typu.

Komisja zastała już gotowy projekt umowy pomiędzy Polską a Rosją, Ukrainą i Białorusią i poddała projekt rozważeniu, jako typ pierwszy umów. Zbadała również projekt przygotowany przez delegację łotewską i estońską jako podstawę Konwencji, mającej być zawartą pomiędzy temi krajami a Polską. Poddała dalej obszernej dyskusji projekt wstępnej umowy sanitarnej, przygotowany przez Sekcję Higjeny Ligi Narodów. Delegaci Państw zainteresowanych w zawarciu częściowych umów tego rodzaju uznali konieczność możliwie najszybszego urzeczywistnienia tych projektów. Zgodnie z tem nawiązano bezzwłocznie rokowania pomiędzy Polską i Czecho-Słowacją pomiędzy Polską, Rosją, Białorusią Ukrainą, a także pomiędzy Polską i Łotwą, pomiędzy Rosją i Łotwą. Jest rzeczą najzupełniej oczywistą, że w tej dziedzinie Konferencja dokonała czynu pożyteczności bezpośredniej.

Komisja trzecia miała za zadanie przedstawienie planu walki przeciwepidemicznej na terenach zakażonych. Po wysłuchaniu wszystkich delegatów stron zainteresowanych, po zapoznaniu się z danemi dostarczonemi przez komisarzy epidemicznych, Komisja zbadała stan ochrony sanitarnej w krajach graniczących z Rosją, Białorusią i Ukrainą. Podkomisje, wyznaczone przez Przewodniczącego trzeciej Komisji, bardzo starannie przeprowsdziły swe prace i ujęły wyniki we wnioskach ustalonych.

Rozważania Komisji pierwszej wykazały niebezpieczeństwo, grożące nietylko krajom granicznym z krajami dotkniętemi epidemjami, lecz także grożące pośrednio innym krajom Europy. Niebezpieczeństwo cholery uznano za szczególnie groźne.

Pozatem Komisja uznała, że odbudowa ekonomiczna Europy jest ściśle związana z powodzeniem w walce z epidemjami w Europie Wschodniej. Uznała, że polityka wyłącznie obronna nie daje gwarancji dostatecznej i że należy przejść do ataku na epidemje w samych ich ogniskach. Komisja ujęła wyniki swych prac w postaci następującego raportu, złożonego na posiedzeniu plenarnem 27 marca 1922 r.:

Odnośnie zasad, na których powinna być oparta działalność przeciwepidemiczna, Konferencja zbadała starannie dwie drogi postępowania: I. Drogę obrony, polegającą na wzmocnieniu i uzupełnieniu zarządzeń, podjętych obecnie przeciwko epidemjom na wewnątrz od granic Rosji, Białejrusi i Ukrainy i zachodnich krajów ościennych. W myśl zdania Konferencji minimum dezyderatów pod tym względem stanowiłoby: a) ulepszenie i uzupełnienie zarządzeń, stosowanych obecnie w Siebieżu, Połocku, Mińsku, Homlu i Szepietówce, a) to samo w rosyjskich portach południowych, w szczególności w Odesie, Nikołajewie, Chersoniu i Rostowie, c) to samo w Finlandji, Estonji, Łotwie, Litwie, Polsce, Rumunji. II. Drogę postępowania, łączącą wzmocnienie organizacyj obronnych na wewnątrz pasa granicznego i obszernych środków, które powinny być zastosowane w Rosji i na Ukrainie, a które słanowiłyby a) na wewnątrz pasa granicznego: wszystkie zarządzenia, wyliczone powyżej przy omawianiu pierwszej drogi postępowania, b) wewnątrz Rosji i Ukrainy; wzmocnienie organizacyj sanitarnych w kolejowych punktach węzłowych i w innych miejscach ważnych ze względu na epidemję, w pierwszym rzędzie w Smoleńsku, Kijowie, Charkowie, Odesie i w innych punktach pasa, dotkniętego cholerą na Ukrainie, c) wzmocnienie urządzeń higjenicznych w Rosji i na Ukrainie, które posiadają zasadnicze znaczenie ze stanowiska potrzeb walki przeciwepidemicznej.

O ile rzecz dotyczy metody działania, którą należałoby polecić, to Konferencja nie omieszkała wziąć pod uwagę faktu rozmiarów programu i związanych z jego wykonaniem kosztów nawet w razie ograniczenia go do państw, graniczących z Rosją, niemniej przeto Konferencja sądzi, że kampanja ograniczona do tych krajów i do pasa pogranicznego nie dałaby wyników zadawalniających. Konferencja jest przekonana, że nietylko rozbudowa Rosji nie może nastąpić, dopóki epidemje będą w niej panowały w dalszym ciągu, lecz, że stała groźba rozpowszechnienia epidemji tworzy dla krajów sąsiednich poważną przeszkodę ich odbudowy.

Wobec faktu, że do epidemji durów osutkowego i powrotnego ostatnio przyłączyła się epidemja cholery, rozwijająca się gwałtownie na Ukrainie i w Rosji, żaden projekt odbudowy ekonomicznej tych krajów nie może być urzeczywistniony, zanim nie nastąpi gruntowna naprawa stosunków sanitarnych. W ten sposób niebezpieczeństwo ciągle istniejące klęsk tego rodzaju wpływałoby w sposób bardzo ujemny na wszelkie usiłowania podjęcia stosunków handlowych i obezwładniałoby w szerokim zakresie wszelką działalność. Pozatem Konferencja, oceniając, według słusznej wartości, dzieło dokonane w warunkach szczególnej trudności przez pomoc sanitarną Sowietów, jest głęboko porusz ona

rozmiarem cierpień i śmiertelności w Rosji. Z drugiej strony stwierdza, że obrona w krajach pogranicznych, a w szczególności w Polsce, jest obecnie zorganizowana w sposób skuteczny (est actuellement organisée d'une façon efficace), a pomoc sanitarna o rzeczywistej kompetencji (les services sanitaires étant d'une réelle compétence). Względy powyższe zdecydowały Konferencję do zastosowania planu podwójnej walki z epidemjami, łącząc obronę na granicach z atakiem bezpośrednim na źródła chorób we wnętrzu Rosji. Zważywszy ścisły związek, istniejący pomiędzy epidemjami i głodem, Konferencja stwierdza, że zarządzenia higjeniczne same w sobie nie wystarczą i wzywa wszystkie kraje do wspomagania akcji niesienia pomocy głodnym.

Komisja również przyjęła do wiadomości szereg raportów, określających dokładnie potrzebne materjały i wymagane środki pieniężne, które pozwoliłyby podjąć zastosowanie zarządzeń sanitarnych na terenach Europy Wschodniej. Raporty stworzą podstawę obliczenia ostatecznego wydatków, które trzeba będzie ponieść w celu urzeczywistnienia programu Konferencji.

Wreszcie Komisja, wobec konieczności powiększenia składu personelu lekarskiego i personelu pomocniczego przeciwepidemicznego, na wniosek delegata włoskiego, profesora Aldo Castellani, zaleciła tworzenie kursów uzupełniających w zakresie walki z epidemjami w odpowiednich ośrodkach krajów zainteresowanych np. w Warszawie, Charkowie, Moskwie. Należałoby powołać do współpracy z personelem wykładającym biegłych w zakresie higjeny publicznej z różnych krajów i stworzyć wystawy stałe środków i narzędzi stosowanych w walce z epidemjami, wogóle całego materjału, związanego ze spełnieniem tego zadania.

Komisja, wychodząc z założenia, że nie jest rzeczą pożyteczną przedstawianie raportu technicznego bez wskazania środków, przy których pomocy plan mógłby być urzeczywistniony, ograniczyła się do zalecenia pewnych zasad działania, ustalenia warunków urzeczywistnienia oraz wskazania organizacji, która umożliwiałaby doprowadzenie do skutku tego wielkiego wysiłku międzynarodowego. Na tej zasadzie trzecia Komisja podjęła na posiedzeniu w dniu 27 marca rezolucję następującą, którą przedstawiła do zatwierdzenia na Konferencję:

1. Konferencja, wychodząc z założenia, że stan sanitarny w Europie jest bardzo groźny, uważa, że walka z epidemjami wymaga wysiłków bardzo znacznych, których nie mogą podjąć same tylko głównie zainteresowane kraje.

2. Wszystkie Rządy Europejskie zobowiązują się uczestniczyć czynnie w walce z epidemjami, panującemi w Europie Wschodniej.

3. Podział wydatków, przypadających na państwa, należące do Ligi Narodów, zostanie dokonany według wskaźnika, przyjętego przez drugie zgromadzenie Ligi Narodów.

4. Państwa pozostałe będą wezwane do uczestnictwa w wydatkach na podstawie podobnej.

5. Państwa, prowadzące na swych obszarach walkę z epidemjami własnemi środkami, będą miały prawo odjąć od sumy, przypadającej na nie, sumę wydatkowaną na walkę przeciwepidemiczną na obszarze własnym.

6. Uczestnictwo w wydatkach może wyrażać się w pieniądzach, materjale i personelu.

7. Wykonanie prac lub stosowanie środków przyjętych należy wyłącznie do urzędów sanitarnych zainteresowanego Rządu.

8. Wykonanie uchwał powziętych na Europejskiej Konferencji Sanitarnej w Warszawie zostaje zlecone organizacji higjony Ligi Narodów.

W wypadku, jeżeli państwa europejskie za pośrednictwem Komisji przeciwepidemicznej Ligi Narodów udzielą pomocy w pieniądzach lub innej postaci któremukolwiek z krajów zainteresowanych, użyczą funduszów lub materjałów, pomoc przyznana poddana zostanie kontroli tej organizacji.

Konferencja nastaje na konieczność dopuszczenia państw, nie należących do Ligi Narodów, do uczestnictwa w przedstawicielstwie w tej organizacji.

Siedm punktów rezolucji powyższej zostało przyjętych jednomyślnie. Punkt 8-my w zarządzonem głosowaniu imiennem został przyjęty przez **w s z y s t k i c h** delegatów z wyjątkiem delegatów Rosji i Ukrainy, którzy zgłosili poprawkę następującą: „Wykonanie rezolucji Europejskiej Konferencji Sanitarnej w Warszawie, jak również wykonanie rezolucyj, dotyczących zarządzeń, które mogą okazać się niezbędne w przyszłości, będzie poruczone specjalnej Komisji Międzynarodowej. Wszystkie państwa będą miały w tej Komisji swych przedstawicieli, posiadających równe z innymi prawa. Komisja ta będzie miała prawo wykonywania nadzoru nad użyciem funduszów i materjału, dostarczonych za jej pośrednictwem". Konferencja uznała zgłoszoną poprawkę jako votum separatum mniejszości i postanowiła dołączyć ją w tym charakterze do swego sprawozdania. Należy oprócz tego zaznaczyć, że delegaci Rosji i Ukrainy powstrzymali się od głosowania co do trzeciego punktu rezolucji, dotyczącego podziału wydatków zgodnie z wskaźnikiem, ustalonym przez Ligę Narodów

Raport o pracach Konferencji, zawierający treściwy wykład motywów i ścisły tekst zaleceń, zostanie przez przewodniczącego Konferencji złożony Radzie Ligi Narodów, która już postanowiła przedłożyć Konferencji Genueńskiej, jako wniosek nagły, sprawę powzięcia uchwały natychmiastowej przez upełnomocnionych delegatów, zebranych na tej Konferencji.

Delegatami Rządu Polskiego na Konferencję byli: Minister Zdrowia Publicznego, Dr. **C h o d ź k o**, jako przewodniczący, oraz Dr. **S z t o l c m a n**, Kierownik Nadzwyczajnego Naczelnego Komisarjatu do walki z epidemjami, Dr. **T r e n k n e r**, pełnomocnik Rządu do przeprowadzenia Konwencji Sanitarnej z Rosją i Ukrainą Sowiecką, poseł Dr. **R o t t e r m u n d** przewodniczący Sejmowej Komisji Lekarskiej, prof. **G o d l e w s k i** oraz Dr. **Ś w i ę t o c h o w s k i**, Naczelny Lekarz kolei. Ekspertami — prof. Nitsch, prof. Dzierzgowski, poseł Wł. Grabski oraz Dr. Stade, delegat W. M. Gdańska. Zasadniczą częścią składową programu Konferencji było zwiedzenie pasa granicznego z obu stron frontu przeciwepidemicznego. Delegaci mieli zwiedzić kolejno Baranowicze oraz szereg miejscowości, położonych po stronie rosyjskiej. Ponieważ do 21. marca Rząd Sowietów nie udzielił pozwolenia na zwiedzenie zagrożonych terenów rosyjskich, w ostatniej chwili trzeba było zmienić marszrutę wycieczki i ograniczyć się wyłącznie do zwiedzenia urządzeń sanitarnych i repatrjacyjnych na terenach zagrożonych w obrębie granic polskich. Cała delegacja z wyjątkiem kilku osób, które nie mogły wziąć udziału w wycieczce, zwiedziła Baranowicze, Stołbce, dojechała do Kołosowa na samej granicy rosyjskiej, przyjechała następnie do Wilna, stamtąd do Smorgoń, gdzie oglądała doszczętnie zrujnowane miasto, które w czasie ofenzywy niemieckiej znalazło się pomiędzy dwiema linjami frontu, a gdzie ludność zmniejszona do jednej dziesiątej poprzedniego liczbowego składu z konieczności gnieździ się w piwnicach pod gruzami rozwalonych domów oraz w okopach, opuszczonych przez Niemców w 1918 roku Zwiedzono następnie Wołkowysk, ośrodek najbardziej wyludnionego okręgu podczas wojny — ze 120.000 liczby mieszkańców wysiedlono 60.000 — którym najżywiej odbywa się repatrjacja: z 60.000 wysiedlonych połowa już wróciła do swych ognisk, i Białystok, stanowiący drugą linję repatrjacyjną, dokąd przychodzą repatrjanci, którzy przeszli Baranowicze i stąd wracają do domów. Wrażenie wyniesione przez delegatów z inspekcji naszych urządzeń sanitarnych i repatrjacyjnych najlepiej ujmuje ustęp raportu urzędowego Konferencji, który charakteryzuje te urządzenia jako zorganizowane w sposób skuteczny, a udzielaną opiekę sanitarną, jako pomoc o rzeczywistej kompetencji.

Delegacja w komplecie zwiedziła w Warszawie Instytut Epidemjologiczny i Dezynfekcyjną Kamerę Cjanową kolejową, a grupami szpitale; Św. Stanisława i dziecięcy im. Karola i Marji oraz urządzenia wodociągowe.

Na cześć delegatów Konferencji wydali przyjęcia: Minister Spraw Zagranicznych (informal tea party), Prezydent Rady Ministrów raut z udziałem pianisty **S l i w i ń s k i e g o**, Minister Zdrowia Publicznego (śniadanie), Warsz. Tow. Lekarskie.

Naczelnik Państwa po zamknięciu obrad Konferencji przyjął delegatów w Belwederze na popołudniowej herbacie.

W pierwszym dniu Konferencji delegaci byli wieczorem w Teatrze Wielkim na balecie „Pan Twardowski".

W miejscu obrad Konferencji było czynne specjalnie urządzone dla obsługi delegatów i prasy biuro pocztowo-telegraficzne.

Ministerstwo Poczt i Telegrafów ofiarowało delegatom upominek w postaci pełnej kolekcji marek polskich.

Reasumując wyniki Konferencji, stwierdzić należy, że poza skutkami bezpośredniemi, które przynieść może i powinna Konferencja w postaci pomocy udzielonej na potrzeby walki z epidemjami, nie małą korzyść polityczną przyniesie fakt, że była to pierwsza Konferencja Międzynarodowa w Warszawie, złożona z przedstawicieli prawie wszystkich państw europejskich, że była ona pewnego rodzaju próbą generalną Konferencji Genueńskiej, stwierdzającą, że pokój między narodami zapanował już o tyle, że delegaci państw, które do niedawna walczyły ze sobą najzacieklej, mogą już obecnie usiąść przy jednym stole i obradować łącznie, a w dodatku była próbą udaną całkowicie. Takie wrażenie odnieśli wszyscy uczestnicy Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej w Warszawie. *r. r.*

Sprawy zawodowe.

Z powodu odezwy Wydziału Związku lekarzy Małopolski w Krakowie.

Odezwa Związku lekarzy Małopolski w sprawie pożądanego udziału członków Wydziałów lekarskich Krakowskiej i Lwowskiej Wszechnicy w pracach i dążeniach Związku w obronie bytu lekarzy (Pol. G. lek. Nr. 12 i 13) nasunęła Zarządowi Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie różne refleksje.

Uznając słuszność wywodów pomienionej odezwy Zarząd Stow. lek. pol przypomina, że w chwili, gdy ustawy lekarskie oraz ustawa o kasach chorych miały stanowić przedmiot uchwał sejmowych, Zarząd stow. lek. pol. w Warszawie zwołał konferencję przedstawicieli wszystkich zrzeszeń lekarskich w Polsce; na tej konferencji tendencje upaństwowienia lekarzy i zgubne tegoż skutki zostały szeroko omówione, a postulaty konferencji podane do powszechnej wiadomości kolegów. (Gaz lek. Nr. 19 rok 1919).

Stojąc na gruncie uchwał pomienionej konferencji Stowarzyszenie stale broniło poglądów, wskazujących upadek stanu lekarskiego, jako konsekwencję reform lecznictwa w Polsce na gruncie ustawy w kasach chorych.

Słusznem wydaje nam się nawoływanie Związku lekarzy Małopolskich o niwelowanie kastowości wśród stanu lekarskiego

i dążenie do tego, aby każdy lekarz bez względu na to, czy zajmuje, czy nie, stanowisko urzędowe naukowe, czuł się członkiem stanu lekarskiego i dzielił z nim wszystkie jego cele i troski: z drugiej znów strony nasuwa nam się myśl, że Wydziały lekarskie, jako ciała zbiorowe tych przedstawicieli lekarskich, którzy głównie i przedewszystkiem wysoki poziom nauki lekarskiej w Ojczyźnie naszej mieć powinni na widoku, w pierwszym rzędzie powołane są do tego, aby zabrały głos w sprawie tak ważnej, jak ustawa o kasach chorych i jej następstwa. Bynajmniej nie stanowi to szkopułu, że ustawa już obowiązuje i działa, powiedzmy szczerze, musimy dążyć do zmiany tej ustawy — bo już nie interesy stanu, ale dobro Ojczyzny daje ku temu nakaz. Czas, ażeby interesy partyjne ustąpiły miejsca istotnym potrzebom ludności i stanów, powołanych do spełnienia swoich zadań.

Głos przedstawicieli nauki w rzędzie innych czynników może się bardzo przyczynić do wznowiania może w przyszłym Sejmie tej sprawy.

Zarząd Stow. lek. pol. w Warszawie.

Związek Lekarzy Małopolski w Krakowie.

Protokół 207 posiedzenia Wydziału z dnia 18. III. 1922.

Przewodniczy Dr. Cercha, pisze Dr. Kostecki. Obecni: Prezydent Izby Lekarskiej w Krakowie Dr. Strzemieński, oraz 7 członków. 1. Przewodniczący wita kol. Dra Juljusza Piątkowskiego, mającego odtąd brać udział w posiedzeniach z ramienia Stowarzyszenia Stomatologów w Krakowie. 2. Uchwalono wysłać odpowiednie pismo go Spółki Żegiestowa Zdroju, która rzekomo w nieodpowiednim terminie wypowiedziała posadę lekarza zakładowego Drowi Michałowi Śliwińskiemu. 3. Ustalono warunki przystąpienia po Związku Lekarzy Państwa Polskiego w Warszawie, które osobiście na miejscu przedłoży Wydziałowi wykonawczemu przewodniczący Dr. Cercha (5. 4. 1922) 3. Omawiano sprawę wydawania osobnego pisma zawodowego. 4. W Strusowie grasuje partacz lekarski, niejaki Sebryn, podający się za rosyjskiego lekarza, a który nie jest obywatelem polskim. Zażalenie tamtejszego lekarza, członka Związku, na zgubną działalność partacza w kierunku społecznym, zawodowym i obywatelskim uchwalono skierować na razie do rozstrzygnięcia do Województwa w Tarnopolu. 5. Z wielu stron dochodzą od członków Kasy pogrzebowej propozycje i usilne nalegania co do podniesienia wkładki i stworzenia z Kasy pogrzebowej instytucji w całem słowa znaczeniu asekuracyjnej. Wydział prosi wszystkich członków na tej drodze o jak najśpiesznejsze nadesłanie wniosków, obliczeń, względnie krótkiej odpowiedzi, czy godzą się, każdy z osobna, na wydatne podniesienie wkładki od 500 Mk wzwyż i czy zobowiązują się nadal opłacać regularnie wkładkę w razie jej podwyższenia przez najbliższe Walne Zgromadzenie.

Do Związku Lekarzy Małopolski przystąpili:

Dr. Hajdukiewiczowa Marja z Jarosławia, Dr. Okuljar Wacław z Milówki, Dr. Michalik Kazimierz z Bystrej na Śląsku, Dr. Then Stefan z Głogowa, Dr. Niemczewski Jan z Wadowic, Dr. Pawlas Eugeniusz z Tarnobrzega, Dr. Teodorowicz Tadeusz ze Lwowa, Dr. Jaworski Bolesław z Kołomyji, Dr. Jasiński Adam z Krosna, Dr. Kolasiński Alfons z Wielopola skrzyńskiego, Dr. Natter Wiktor z Frysztaka. Dr. Piaskiewicz Władysław z Kołomyji, Dr. Kowalewski Edmund z Myślenic, Dr. Piątkowski Juljusz, prof. Dr. Jaworski Walery, prof. Dr. Łazarski Józef, Dr. Brzezicki Eugeniusz, Dr. Drobniewicz Zygmunt, Dr. Friedeker Salomon, Dr. Schwarz Zygfryd z Krakowa, Dr. Fedak Wiktor z Jaworzna i Dr. Kozłowski Konrad z Dobczyc. Członków Związku 503.

Do Kasy pogrzebowej Związku Lekarzy Małopolski przystąpili:

Dr. Hajdukiewiczowa Marja, Dr. Okuljar Wacław, Dr Berezowski Tadeusz, Dr. Piątkowski Juljusz, Dr. Michalik Kazimierz, Dr. Teufel Salomon ze Strumienia na Śląsku, Dr. Then Stefan, Dr. Niemczewski Jan, Dr. Pawlas Eugeniusz, Dr. Teodorowicz Stanisław, Dr. Schwarz Zygfryd, Dr. Drobniewicz Zygmunt, Dr. Kozłowski Konrad, Dr. Mirtenbaum Leon, Dr. Tomczyk Stanisław, Dr. Tabor Bronisław, prof. Dr. Łepkowski Wincenty, Dr. Fedak Wiktor, Dr. Brzeziński Edmund, Dr. Brzezicki Eugeniusz, Dr. Ameisen Maurycy, Dr. Friedeker Salomon, Dr. Brand Leon, Dr. Bujniewicz Jakób i Dr. Pisarski Tadeusz. Członków kasy pogrzebowej 418.

Sekretarz: *Dr Kostecki*, Przewodniczący: *Dr. Cercha.*

Wiadomości bieżące.

Naczelnik Państwa postanowieniem z 1. kwietnia b. r. mianował Dra **Jerzego Bujalskiego** podsekretarzem Stanu w Ministerstwie zdrowia publicznego.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie JWP. Prof. Dr. M. Rutkowskiemu z Krakowa za cenne roczniki, ofiarowane Bibljotece.

Ostrzeżenie! Związek Lekarzy Małopolski ostrzega kolegów przed ubieganiem się o posadę lekarza miejskiego lub okręgowego w Sokołowie pod Rzeszowem. Dotychczasowy lekarz miejski Dr. Tadeusz Mayzel pobierał miesięcznie pensję w kwocie tysiąca marek. Podanie jego o podwyższenie płacy pozostało bez odpowiedzi, wskutek czego podziękował za posadę. W dodatku znosi od szeregu miesięcy wiele przykrości ze strony Zwierzchności gminnej. Sokołów jest małą mieściną, w której dzisiaj z trudem może utrzymać się jeden lekarz — W Krakowie, 6. kwietnia 1922. *Dr. Cercha* przewodniczący, *Dr. Kostecki* sekretarz.

Z Towarzystwa Bibljoteki i Bratniej Pomocy Medyków U. Jag. otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie: Tow. Bibl i Br. Pom. Med. poleca na czas wakacji kolegów absolwentów jakoteż i młodszych, poszukujących zajęcia za odpowiednie wynagrodzenie. bądźto w lecznicach, w charakterze pomocników lekarzy, bądź w zakładach klimatycznych, jakoteż kolegów poszukujących lekcji, lub kondycji z zakresu gimnazjalnego na przeciąg wakacji. Uprasza się ze wszelkiemi żądaniami i zgłoszeniami zwracać do Tow. Bibl. i Br. Pom. Med. U. J. w Krakowie, Kopernika 23, I. p.

Lwów.

XIV. **Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego** odbędzie się w piątek 21. kwietnia w Poliklinice. Porządek obrad: 1) kol. Mierzecki: Nowa reakcja barwna; 2) kol. Balej, Nowicki, Ostrowski, Steusing, Domaszewicz, Selzer Marcin, Progulski, Schramm: Trzecia część referatu zbiorowego o proteino- i kolloidoterapji; 3) kol. Fuchs: O gorączce wołyńskiej. *Franke* prezes, *Kmietowicz* sekretarz.

Z b. Kongresówki.

Warszawa.

Walne Zebranie Związku lekarzy Państwa Polskiego odbędzie się w d 30. kwietnia r. b. w lokalu przy ul. Widok Nr. 23 w Warszawie, o godz. 9½ rano. Porządek dzienny: Sprawozdanie Zarządu, wybory, wnioski członków. — Wydział wykonawczy: prezes *Tadeusz Trzciński*, sekretarz *K. Wagner.*

Zarząd Siedleckiego Towarzystwa Lekarskiego zdecydował z rokiem bieżącym wznowić działalność Towarzystwa, zawieszoną od roku 1914. Okoliczności przez ten czas zmieniły się jednak tak zasadniczo, że Zarząd postanowił zmienić jednocześnie ustawę Towarzystwa, akceptowaną ongiś przez władzę zaborczą, i dlatego w myśl tej — bądź co bądź dotychczas obowiązującej ustawy (§ 32) — zwołuje niniejszem zebranie członków Towarzystwa, mieszkających obecnie w powiatach b. guberni Siedleckiej w pierwszym terminie — na dzień 18 marca b. r., a w razie przybycia niedostatecznej ilości członków (przynajmniej ½) — w drugim terminie. na dzień 26 marca br. na godz. 8 wieczorem w mieszkaniu kol. E. Wiszniewskiego (Długa 40). Porządek dzienny zebrania obejmować będzie: 1. Wybór przewodniczącego zebraniu; 2. Sprawozdanie (ustne) dotychczasowego Zarządu; 3. Zmianę dotychczasowej ustawy według projektu przedstawionego przez Zarząd; 4. Wybory nowego Zarządu; 5. Kwestje: a) wysokości składek rocznych, b) terminów zebrań, c) biblioteki i lokalu; 6. Odczyt kol. Wiszniewskiego: „Obrona macierzyństwa w prawodawstwie polskiem i europejskiem". Zarząd Towarzystwa: J. Szawelski — prezes, A. Jarosiński — wiceprezes, J. Maluszycki — skarbnik, T. Wiszniewski — czł. zarządu, St. Wąsowski — sekr.

Z Małopolski.

Staraniem Towarzystwa „Odrodzenie" w Zakopanem otwarty został tamże w willi „Oksza" przy ul. Zamojskiego „Dom profilaktyczny" dla niezamożnej młodzieży męskiej uczącej się oraz wszelkich zawodów, od lat 14. Zakład ten przyjmuje następujące grupy: 1) młodzież, wyczerpaną nauką lub pracą zawodową, 2) ozdrowieńców, 3) chorych ze zmianami tylko gruczołowemi. Zgłoszenia przyjmuje Zarząd Towarzystwa „Odrodzenie" w Zakopanem.

KONKURS.

L. Pr. 679/II
2 — Warszawa, dnia 29. marca 1922 r.

W powiecie błońskim jest do obsadzenia posada lekarza powiatowego z poborami VII (siódmego) stopnia służbowego urzędników państwowych wraz z odnośnemi dodatkami drożyźnianemi ze stałą siedzibą urzędową przy Starostwie w Grodzisku.

Podania należy wnosić do Wydziału Prezydjalnego Urzędu Wojewódzkiego do dnia 30. kwietnia r. b. dołączając do podania:

a) dokładny życiorys,
b) metrykę urodzenia,
c) świadectwa z ukończonych studjów lekarskich,
d) świadectwa z odbytej praktyki lub ze służby poprzedniej,
e) dowód obywatelstwa polskiego,
f) świadectwo zdrowia, wystawione przez lekarza państwowego.

Posada powyższa zostanie nadaną na razie prowizorycznie.

Wojewoda:
w z. *Bilski*, w. r.

Nr. 17. 23 kwietnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. med. J. Leyberg. b. starszy ordynator szpitala. Łódź

Płyn mózgowo-rdzeniowy a kiła wczesna.

(Według odczytu wygłoszonego w Łódzkiem Tow. Lek. d. 16. II. 1921 r. i na posiedzeniu Koła nauk.-lek. w Szpit. Okręg. w Łodzi 2. III. 1921).

Ze Szpitala wojskowego Nr. 2 (wenerycznego) w Łodzi i z Państwowego Zakładu Epidemjologicznego (Kierownik Doc. Dr. Fr. Venulet).

W pracy tej postawiłem sobie za cel wejrzeć dokładnie w istotę zmian chorobowych płynu mózgowo-rdzeniowego w różnych okresach wczesnej kiły, ponieważ wyniki badań autorów, którzy się tą sprawą zajmowali, w znacznym stopniu odbiegają od siebie. Już na samo pytanie, jak często płyn mózgowo-rdzeniowy we wczesnych okresach kiły wykazuje zmiany chorobowe, znajdujemy odpowiedzi uderzająco różniące się od siebie. Wystarczy dla przykładu przytoczyć, że Dreyfuss podaje liczbę 78%, Ravaut i Dujardin 60—70%, Hauptman 30%, Gennerich 21%, Rost u chorych w pierwszym roku po zarażeniu 8%. Nie ulega wątpliwości, że główna przyczyna takiej uderzającej różnicy leży w niejednakowem ujęciu opracowanego materjału; pozatem, znaczenie mieć tu mogły inne jeszcze szczegóły, które omówię w toku pracy. Skoro jednak płyn patologiczny ma być wyrazem zakażenia układu nerwowego, to dla patogenezy kiły nerwowej jest rzeczą wagi pierwszorzędnej ustalenie sobie choć w przybliżeniu poglądu, czy we wczesnych okresach kiły płyn u ogromnej większości chorych wykazuje zmiany patologiczne, czy też zmiany te znajdujemy tylko w pewnej większej lub mniejszej odsetce przypadków. Nie mniej ważnem jest pytanie, który z poszczególnych odczynów i w jakim okresie choroby mamy prawo uważać za dowód zakażenia układu nerwowego, a które mają tylko znaczenie warunkowe. Jeżeli uwzględnimy, że wynik badania płynu jest tylko odzwierciedleniem chwilowego jego stanu i podlega wahaniom w zależności od leczenia i sił obronnych ustroju, to jasne jest, że tylko dokładna analiza poszczególnych odczynów może nam odpowiedzieć na powyższe pytanie.

Ażeby, w miarę możności, ustrzedz się błędów, uważałem za słuszne podzielić materjał kliniczny na 4 zasadnicze grupy, odpowiadające znanym właściwościom przebiegu kiły, i opracować każdą z tych grup oddzielnie przy jednoczesnem uwzględnieniu następujących punktów: 1) czy chory był przedtem leczony, 2) czy w okresie badania miał wykwity swoiste na skórze, 3) odczyn Wa w surowicy i 4) zachowanie się poszczególnych odczynów w płynie i ich stosunek do odczynu Wa w surowicy.

Materjał mój stanowili chorzy wojskowi ze szpitala wenerycznego w Łodzi w liczbie 375, począwszy od najwcześniejszych okresów kiły do końca 5-go roku po zakażeniu. W materjale tym starałem się opracować głównie przypadki bez klinicznych objawów nerwowych. (Powikłania nerwowe przy kile wczesnej będą przedmiotem wspólnej pracy z kol. Starzyńskim).

Do grupy I-ej zaliczyłem chorych z najwcześniejszemi objawami kiły pierwszorzędnej do końca 7 tygodnia od zakażenia; charakter miejscowego zakażenia w przypadkach bardzo wczesnych, klinicznie niepewnych, był stwierdzany badaniem na krętki blade metodą tuszową Burriego. (Okres przedwysypkowy kiły).

Do grupy II-ej zaliczeni zostali chorzy, którzy byli dotknięci kiłą w okresie pomiędzy 8-ym tygodniem, a końcem 4-go miesiąca od zakażenia. Wszyscy chorzy tej grupy mieli objawy na skórze, względnie błonach śluzowych i charakterystycznie zmienione gruczoły chłonne, większość miała t. zw. wysypkę pierwszą (hematogenną) w pełnym rozkwicie. (Okres posoczniczy kiły czyli okres wysypek hematogennych).

W grupie III-ej są chorzy z okresu pomiędzy 5-tym miesiącem a trzecim rokiem od zakażenia. Większość chorych była bez objawów na skórze i błonach śluzowych, inni mieli wczesne nawroty miejscowe, w jednym przypadku mieliśmy wysypkę nawrotową o cechach wysypki hematogennej. (Okres nawrotów wczesnych).

W grupie IV-ej są chorzy z okresu pomiędzy 3-cim a końcem 5-go roku od zakażenia. Tutaj mieliśmy kiłę utajoną, późne nawroty miejscowe (*lues serpiginosa*, *circinata* itd.) i kilaki. (Okres wczesnego utajenia i wykwitów trzeciorzędnych).

Badania laboratoryjne były wykonywane w tutejszem Państwowym Zakładzie Epidemjologicznym pod osobistym kierunkiem Doc. Dr. F. Venuleta, któremu za żywe interesowanie się tą pracą i chętną pomoc wyrażam na tem miejscu serdeczne podziękowanie.

Każdy przypadek był badany na t. zw. cztery odczyny Nonnego. Dla ścisłości podaję tu łaskawie zakomunikowane mi przez kol. Venuleta streszczenie techniki, według której odczyny były wykonywane.

Odczyn komórkowy (pleocytoza): Osad odwirowany, po zlaniu płynu, nabierano pipetą włoskowatą, wymazywano na szkiełku przedmiotowem na powierzchni 1 cm² (podobnie postępują Kafka i inni). Otrzymany preparat utrwalony alkoholem i zabarwiony błękitem, oglądano przez immersję. W płynach normalnych znajdowano wtedy, pomijając zupełny brak elementów komórkowych, co najwyżej poszczególne limfocyty i to nie w każdem polu widzenia (pleocytoza —). Obecność 2—3 limfocytów prawie w każdem polu widzenia jest już wyrazem słabej pleocytozy i wskazuje na zmiany patologiczne (pleocytoza +). O ile ilość limfocytów w polu widzenia nie przekraczała 10, podawano ją w przybliżeniu (pleocytoza ++). Kilkanaście i więcej limfocytów w polu widzenia określano jako „bardzo liczne" (pleocytoza +++). Jednocześnie stale zwracano uwagę na rodzaj elementów komórkowych.

Co się tyczy odczynów globulinowych, to odczyn Pandy wykonywano ściśle według oryginalnego przepisu, odczyn zaś Nonnego według modyfikacji Ross-Jones'a.

Przy wykonywaniu odczynu Wassermanna z płynami kierowaliśmy się następującemi zasadami. Jak wiadomo, najwyższa dawka płynu, używana przy jego miareczkowaniu, równa się 1/5 ogólnej ilości wchodzących w grę odczynników. Ponieważ w Państwowym Zakładzie epidemjologicznym w Łodzi odczyn Wa jest wykonywany w objętości wszystkiego 0,75 cm³, dawka powyższa wynosiłaby zatem 0,15. Tymczasem przeprowadzone u nas w tym kierunku badania porównawcze wykazały, że dla osiągnięcia maksymalnego odczynu miarodajnem jest nie tyle zachowanie powyższego stosunku, ile absolutna ilość płynu, czyli zawartych w nim reagin. Ponieważ z 0,25 płynu otrzymywaliśmy niejednokrotnie silniejsze odczyny, niż z 0,15, więc stale stosowaliśmy obie te dawki. Odpowiadają one, mniej więcej, ogólnie przyjętym dawkom 0,5 i 1,0 według metody miareczkowania Hauptmana. Jako antygen używano wyciąg alkoholowy z serca wołowego z dodatkiem cholesteryny, a komplement, za każdym razem miareczkowany, stosowano w ilości 1½—2 jednostek (Komplementeinheit). Odczyn stale zachodził przy t° 37°. O ile chodzi o surowice, do powyższego należy dodać, że dawka surowicy była stałą i wynosiła 0,05. W odczynie Meinickego, zawsze wykonywanym jednocześnie z Wa., stosowaliśmy metodę dwuterminową i antygen z serca końskiego, przyrządzony w Zakładzie według przepisu oryginalnego.

Zamierzałem pierwotnie badać ciśnienie płynu we wszystkich przypadkach; od myśli tej wkrótce odstąpiłem, ponieważ spostrzeganie już pierwszych 70-ciu przypadków przekonało mnie, że przy braku klinicznych objawów nerwowych nawet wybitnie wzmożone ciśnienie nie może być uważane za wyraz płynu patologicznego, jak również ciśnienie słabe nie zawsze przemawia za płynem normalnym.

Jeszcze kilka słów o nakłuciu lędźwiowem.

Ażeby zabieg ten nie zniechęcił chorych, należy starać się w miarę możności usunąć czynniki, które mogą się przyczynić do t. zw. meningizmu. Gennerich dopatruje się głównej przyczyny meningizmu w zbyt wielkiej

utracie płynu, który przy nieszczelnie zasklepionym otworze w worku oponowym, stopniowo przesącza się pomiędzy kręgi i tkanki je otaczające. Że istotnie zbyt wielka utrata płynu może być przyczyną meningizmu, widać z zachowania się naszych chorych podczas wlewań endolumbalnych [1]): bóle głowy stale zaczynają się dopiero po przekroczeniu pewnej osobniczo różnej ilości wypuszczonego płynu i ustępują natychmiast, skoro płyn wypuszczony zaczynamy wlewać z powrotem. Wobec tego, że objawy meningizmu po nakłuciu lędźwiowem zaczynają się dopiero po kilkunastu godzinach a nieraz i później, prawdopodobne jest, że jeśli otwór w worku oponowym po wyjęciu igły niedostatecznie się ściągnie, płyn w zależności od ułożenia i ruchów chorego przedostaje się nazewnątrz kanału rdzeniowego i w końcu tyle go ubywa, że chory dostaje objawów meningizmu. Trwają one tak długo, dopóki ucisk płynu, znajdującego się nazewnątrz nakłutego worka, nie położy kresu dalszemu przesączaniu, a płyn utracony nie zdoła się odnowić. Odkąd zaczęliśmy na ten szczegół zwracać uwagę, nakłucia nasze w porównaniu z poprzedniemi przebiegają prawie bez powikłań.

Nakłucia wykonywamy w sposób następujący: chory siedzi z silnie przechyloną głową ku klatce piersiowej, brzuch wciągnięty; szybkie wkłucie możliwie cienkiej igły, poczem zatyczkę wysuwa się tylko tyle, aby płyn mógł wolno, kroplami wypływać. Po szybkiem wyjęciu igły chory wolno podnosi głowę do góry i przechyla maksymalnie kark ku tyłowi (zamyka otwór w worku oponowym). W takiej pozycji chory pozostaje przez kilka minut, w ciągu których mocno uciskamy miejsce nąkłucia dużym palcem prawej ręki, potem silnie ściągamy chorego paskiem, zalecając mu na przeciąg :4 godzin spokój w pozycji leżącej na wznak z nisko opuszczoną głową. Ambulatoryjne wykonanie tego zabiegu uważamy za przeciwwskazane.

Stan płynu mózgowo-rdzeniowego w różnych okresach kiły wczesnej.

Kiła I (okres przedwysypkowy kiły).

Tablica I.

Ilość	Leczenie		Krew Wa		Płyn mózgowo-rdzeniowy: Wa		Non-Ap		Pandy		Pleocytoza		Ogólna ilość płynu patol.
	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	
51	—	51	25	26	—	51	5	46	3	48	4	47	4 (7,8%) [7 (13,7%)]

Tablica I a *)

Stosunek odczvnów patol. w płynie do odcz. Wa w surowicy.

	1	2	3	4	5	6
Ilość	Krew Wa — / Płyn —	Krew Wa — / Płyn +	Krew Wa — / Płyn ++	Krew Wa + / Płyn —	Krew Wa + / Płyn +	Krew Wa + / Płyn ++
51	14	— (1 gl. ?)	—	12	4 (+3?)	—

Tablica I sza obejmuje 51 chorych, u których od zakażenia upłynęło nie więcej, niż 7 tygodni. Mamy tutaj 7 przypadków, w których płyn wykazywał zmiany patologiczne. Pozornie zatem wypadałoby, że w tym okresie kiły ogólna ilość przypadków z zakażonym płynem wynosi 13,7%. Przy bliższem rozpatrzeniu tych 7-miu przypadków uznaliśmy za patologiczne tylko 4 płyny z pleocytozą, która, jak to uzasadnimy niżej, jest dla nas bezsprzecznym dowodem zakażenia swoistego. Pięć przypadków z odczynem globulinowym musieliśmy przyjąć z pewnemi zastrzeżeniami. W celu bowiem przekonania się o swoistości odczynów globulinowego i komórkowego, poddaliśmy zbadaniu płyn m.-rdz. 50-ciu niesyfilityków z chorobami skóry, przyczem okazało się, że ilość limfocytów we wszystkich przypadkach była normalna (brak elementów komórkowych lub 1—2 małe limfocyty co kilka pól widzenia), natomiast odczyn globulinowy był dodatni w 5-ciu przypadkach (10%). Schönfeld w rzadkich przypadkach znajdował dodatni odczyn Non.-Ap. u zupełnie zdrowych, albo u chorych niesyfilityków bez objawów ze strony układu nerwowego; S t e r n (przyt. u Nonne'go) znajdował odczyn ten u 5% chorych na rzeżączkę. Wobec tego wynik odczynu globulinowego w okresie kiły pierwszorzędnej przyjmowaliśmy z pewnemi zastrzeżeniami: za swoisty uważaliśmy odczyn ten: 1) o ile występowały obydwa odczyny globulinowe (N.-Ap. i Pandy) obok pleocytozy; 2) przy równoczesnych objawach klinicznych ze strony układu nerwowego i 3) o ile nakłucia wtórne w czasie leczenia wykazywały przy dalszem trwaniu tego odczynu — przyłączenie się pleocytozy. Badanie bowiem wpływu leczenia na zachowanie się płynu, przekonało nas, że niedostateczne leczenie salwarsanem może prowokować powstawanie w płynie i innych odczynów (pleocytoza, Wa), a odczyn globulinowy, o ile jest swoisty, zachowuje się pod wpływem leczenia stosunkowo odpornie. Dla tych względów z 5-ciu płynów, figurujących w tablicy pierwszej z N.-Ap +, uznaliśmy za swoisty jeden tylko (*meningitis praecox luetica*), pozostałych zaś czterech nie uważaliśmy za swoiste, ponieważ w dwu odczyn N.-Ap. nie zgadzał się z Pandy i brak było pleocytozy, w dwóch innych nakłucia wtórne podczas leczenia i 6 tygodni po leczeniu dały płyn normalny. Fakt więc występowania nieswoistego odczynu globulinowego u kiłowych może nam do pewnego stopnia tłómaczyć te wysokie liczby płynu patologicznego, podawane przez niektórych autorów przy wczesnej kile.

Jak widać z tablicy I a, nie mieliśmy w tym okresie ani jednego przypadku z płynem patologicznym przy ujemnym Wa w surowicy. W jednym przypadku (nadżerka swoista), umieszczonym w rubryce 2 ze znakiem zapytania płyn wykazywał tylko dodatni odczyn globulinowy, który zginął po 6-ciu tygodniach (nakłucie wtórne) i dlatego uważany był przez nas za nieswoisty,

W żadnym również przypadku tego okresu nie mieliśmy dodatniego odczynu Wa w płynie. Pod tym względem wyniki nasze zgadzają się z badaniami H a u p t m a n a G e n n e r i c h a, P l a u t a, R o s t a i innych, F l e i s c h m a n natomiast na 27 przypadków tego okresu miał 2 przypadki z silnie dodatnim odczynem Wa w płynie przy ujemnym Wa w surowicy. F l e i s c h m a n nie przytacza możliwych przyczyn tego szczególnego zjawiska. Prace E h r m a n n a, i B a u m a zdają się jednak rzucać pewne światło na tę sprawę. E h r m a n n znajdował przy wrzodach pierwotnych liczne krętki blade w szczelinach chłonnych otoczki nerwowej pomiędzy wiązką nerwu i pochewką ją otaczającą oraz pomiędzy samemi włókienkami nerwowemi. B a u m zaś dowiódł, że płyn, wstrzyknięty do przestrzeni podpajęczynówkowej, dostaje się do szczelin limfatycznych wszystkich nerwów mózgowo-rdzeniowych, aż do ich rozgałęzień końcowych. Wobec tego nie jest wykluczone, iż iż przy wrzodzie pierwotnym w miejscu o obfitem unerwieniu skóry (wędzidełko, pewne umiejscowienia t. zw. *chancre céphalique*), krętek blady może mieć otwartą drogę do układu nerwowego wzdłuż szczelin chłonnych. Dodatni więc odczyn Wa w płynie, w czasie, kiedy surowica krwi reaguje jeszcze ujemnie, dałby się wytłómaczyć nie tylko obfitszem rozsianiem zarazka w oponach mózgowo-rdzeniowych, ale i możnością dostania się krętka do układu nerwowego bezpośrednio przez naczynia chłonne nerwów w miejscu wrzodu pierwotnego.

[1]) Doświadczenia nasze co do wlewań endolumbalnych przy kile nerwowej utajonej i z objawami klinicznemi będą przedmiotem wspólnej pracy z kol. Br. F r e n k l e m.

*) Płyn + oznacza płyn patol. bez odczynu Wa, płyn ++ ozn. płyn patol. z W. +

Wnioski. I. Zakażenie płynu mózgowo-rdzeniowego może nastąpić w drodze krwiobiegu, już w okresie przedwysypkowym, jakkolwiek stosunkowo rzadko (7,8%). Odczyn Wa w surowicy jest wówczas dodatni.

II. Najczęstszym wyrazem zakażenia płynu w tym okresie jest pleocytoza (7,8%).

III. Odczyn globulinowy co do swoistości należy w tym okresie przyjąć z pewnemi zastrzeżeniami, naogół występuje on rzadko (2%).

IV. Dodatni odczyn Wa w płynie w naszych przypadkach nie wystąpił ani razu.

Kiła II. (Okres septyczny kiły, czyli okres wysypek hematogennych).

Tablica II.

Ilość	Leczenie +	Leczenie −	Objawy na skórze +	Objawy na śluzówce −	Krew Wa +	Krew Wa −	Płyn mózgowo rdzeniowy: Wa +	Wa −	Non.-Ap. +	Non.-Ap. −	Pandy +	Pandy −	Pleocyt +	Pleocyt −	Ogólna ilość pat. płynu
72	20	52	72	—	64	8	10	62	9 (+10)	63 53	11 (+8)	61 53	22	50	24=33,3%

Tablica II a

Ilość	1	2	3	4	5	6
	Krew Wa —	Krew Wa —	Krew Wa —	Krew Wa +	Krew Wa +	Krew Wa +
	Płyn —	Płyn +	Płyn ++	Płyn —	Płyn +	Płyn ++
72	5	1	1 (?)	43	13	9

Tablicą II-gą objęci są chorzy, którzy znajdowali się w okresie t. zw. pierwszej wysypki pomiędzy ósmym tygodniem, a końcem czwartego miesiąca od zakażenia Jedni mieli objawy na skórze w pełnym rozkwicie, drudzy — już tylko ślady wysypki. Na 72-ch chorych tego okresu 52 było zupełnie nieleczonych, 20 zaś leczonych bardzo niedokładnie; u tych ostatnich, jak nas przekonało spostrzeganie płynu bardzo wielu podobnych przypadków, leczenie mogło mieć wpływ raczej prowokujący.

Z tych samych względów. co i przy kile pierwszorzędnej, szczególną uwagę poświęciliśmy odczynowi globulinowemu.

Na ogólną ilość przypadków odczyn globulinowy był dodatni 19 razy (26,3%). Z tych jednak przy bliższem rozpatrzeniu poszczególnych przypadków i uwzględnieniu wyżej wspomnianych kryterjów, tylko w 9-ciu moglibyśmy uznać odczyn ten za swoisty (12,5%). W pozostałych 10-ciu przypadkach odczyn globulinowy był chwiejny to zn. występował jako odosobniony Nonne-Apelt lub Pandy, lub też obydwa odczyny słabo dodatnie ginęły bardzo szybko w toku rozpoczętego leczenia.

W 52 przypadkach zupełnie nieleczonych odczyn globulinowy wypadł 14 razy (28%), w tym 9 razy (17%) jako swoisty. Liczba 12,5% wydaje nam się prawdopodobniejszą, ponieważ wyciągnięta jest z większej ilości przypadków, a wliczone są tutaj też przypadki niedostatecznie leczone, w których swoisty odczyn globulinowy zachowuje się odpornie. Przy uwzględnieniu powyższych danych co do odczynu globulinowego, w 72-ch przypadkach tego okresu płyn był 24 razy patologiczny (33,3%).

Pleocytozę mieliśmy w tym okresie 22 razy na ogólną ilość przypadków (30,5%), 19 razy na 52 przypadków nieleczonych (36,6%). Liczba ostatnia, wyciągnięta z przypadków zupełnie nieleczonych w przeciwieństwie do tego, cośmy powiedzieli o odczynie globulinowym, prędzej może odpowiadać rzeczywistości, ponieważ słaba pleocytoza, jako odczyn izolowany w tym okresie kiły jest odczynem bardzo czułym i może ustąpić pod wpływem niedostatecznego leczenia.

W każdym razie godne jest uwagi, że w tym okresie kiły widzimy pleocytozę prawie we wszystkich przypadkach z płynem patologicznym (na 24—22). Wobec tego słusznem napozór wydawaćby się mogło przypuszczenie, że zwiększenie się ilości limfocytów w płynie w tym okresie choroby należy uważać za cząstkowy objaw ogólnej pleocytozy, jaką znajdujemy w tym czasie we krwi kiłowych (Schröder), względnie za ułamkowy wyraz ogólnego odczynu skóry (Lacapère). Przypuszczenie takie jednak nie wytrzymuje krytyki. Gdyby pleocytoza w płynie była objawem cząstkowym ogólnej limfocytozy, powinnibysmy ją mieć we wszystkich przypadkach kiły tego okresu, a nie tylko w 30—36% ogólnej ilości przypadków, jak to z naszego materjału wynika. Płyn patologiczny, jak się przekonamy niżej, spotykamy jednakowo często w przypadkach z objawami, jak i bez objawów na skórze, więc trudno mówić o ścisłej zależności odczynów patologicznych w płynie od objawów na skórze Wreszcie na 50 sprawdzonych przez nas przypadków niekiłowych z objawami na skórze, płyn mózgowo-rdzeniowy nie wykazał ani razu pleocytozy. Wszystko to przemawia raczej za tem. że pleocytoza w płynie wczesnych kiłowych jest dowodem swoistego zakażenia układu nerwowego, prawdopodobnie wyrazem podrażnienia opon, (*irritation méningéale*), które zachodzi tylko w pewnej odsetce przypadków, Że zaś niezawsze temu odczynowi towarzyszą objawy kliniczne, to, jak słusznie zauważa Hauptman, nie powinno nas dziwić, skoro przypadki nawet z silnym odczynem Wassermanna w płynie przebiegają bardzo często bez żadnych objawów ze strony układu nerwowego.

W stosunku do innych odczynów płynu mieliśmy tutaj:

a) pleocytozę odosobnioną 13 razy
b) „ + globulina 1 raz
c) „ + Wa. 3 razy
d) „ + glob. + Wa 5 razy

przyczem w przypadkach ad d. pleocytoza zawsze występowała jako odczyn silny. To częste występowanie pleocytozy w postaci odczynu izolowanego jest charakterystyczne dla tego okresu kiły i czyni prawdopodobnem przypuszczenie, że pleocytoza jest najwcześniejszym wyrazem zakażenia układu nerwowego, zgodnie ze znanym z ogólnej patologji faktem zwiększania się ilości limfocytów jako pierwszego objawu zapalenia. W przypadku następującym, gdzie odczyn Wa pozornie wyprzedza pleocytozę, należy przyjąć możliwość samoistnego ustąpienia pleocytozy wobec czułości tego odczynu.

N 199 Sz. J 23 lata, zakaził się przed 8 tygodniami, wrzód pierwotny, wysypka, szum w lewem uchu (pochodzenia centralnego, Rinne +); dotąd nie leczony. Krew Wa ++++ płyn Wa-0,15—0,25++, N.-Ap.-Pandy-pierwocin komórkowych brak

Płyn w tym wczesnym dotąd nieleczonym przypadku jest godny uwagi nie tylko dlatego, że tutaj odczyn Wa pozornie wyprzedza pleocytozę, ale i z dwóch innych względów: 1) jest to jedyny przypadek, w którym odczyn Wa w płynie wystąpił w postaci odczynu izolowanego; 2) słaby odczyn Wa w płynie przy braku innych odczynów patologicznych i jednocześnie silnym Wa w surowicy niekoniecznie musi być wyrazem zakażenia swoistego układu nerwowego, należy bowiem w takich przypadkach liczyć się z możliwością przesączania się reagin z surowicy do płynu.

C.d.n.

Dr. T. Milewski. Warszawa

II. Studja nad zaburzeniami w układzie krwiotwórczym.

Uwagi w sprawie patogenezy choroby Vaqueza.

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warszawskiego, Kierownik Prof. Dr. K. Rzętkowski.

Od chwili, gdy Vaquez ogłosił pierwszy przypadek tego zachorzenia, w piśmiennictwie do dzisiaj ogłoszono około 160 niewątpliwych przypadków tej niezmiernie ciekawej sprawy chorobowej. W polskiem piśmiennictwie znajdujemy bardzo gruntowną monografję R. Renckiego ze Lwowa, który, obok swych własnych 3-ech przypadków (1906), 4-ech (1907) i 1 przypadku Rydygier-Jasińskiego, omawia 50 przypadków, wziętych z piśmiennictwa obcego. Pozatem bardzo ciekawy przypadek tej sprawy ogłosił B. Chrostowski (1916). W przypadku tym Prof. Rzętkowski, zaproszony jako konsultant, rozpoznał gruźlicę śledziony. Sekcja potwierdziła rozpoznanie, postawione za życia chorego. Przypadki, dotychczas opisane, dotyczą w przeważającej liczbie płci męskiej (na 140 przypadków — 89 mężczyzn, Lucas) w wieku 40—60 lat, rzadziej obserwowano ludzi młodszych.

Dwa są poglądy na patogenezę tej choroby. Pierwszy, łącząc ściśle z sobą takie fakty, jak zwiększenie się liczby czerwonych krążków, powiększenie śledziony najczęściej wskutek jej schorzenia, oraz opierając się na doświadczeniach z usuwaniem śledziony, stwierdza, że tak znaczny przyrost liczebny czerwonych krążków jest wynikiem osłabionej lub zniesionej czynności śledziony. Drugi pogląd, opierając się na badaniach anatomo-patologicznych szpiku kostnego, na doświadczeniach Hessa i Itamiego na zwierzętach, uczy, że przyczyna takiego wzmożenia się liczby czerwonych krążków tkwi w nadmiernej czynności szpiku kostnego. Korzystając z przypadku, który przebywał w naszej klinice, chcemy dorzucić parę uwag w sprawie patogenezy tej sprawy. Spróbujemy ustalić, który z postawionych uprzednio poglądów da się najlepiej pogodzić z zasadniczemi faktami, spotykanemi w tej chorobie, czy też może oba czynniki wysuwane przez zmagające się poglądy, odgrywają pewną rolę w powstawaniu i przebiegu tej choroby. Równocześnie pragniemy w niniejszej pracy, która jest drugą zrzędu rozprawką z cyklu o zaburzeniach w aparacie krwiotwórczym, sprawdzić, o ile jest słuszna myśl, że wszelkie choroby układu krwiotwórczego polegają na rozkojarzeniu erytropoezy i erytroftenji (Rzętkowski).

Przypadek nasz dotyczy 29-letniego Stanisława M.

Wywiady. Matka zmarła na raka w żołądku. Ojciec, rodzeństwo, żona oraz dwoje dzieci żyją zdrowi. Choroba rozpoczęła się w 1917 roku od nieznacznych bólów w prawem podżebrzu oraz nieznacznej duszności wysiłkowej. W kilka miesięcy później bóle wystąpiły w tak dotkliwej postaci, że chory decydował się na zabieg operacyjny, który miał być wykonany celem usunięcia guza, znajdującego się w lewem podżebrzu. W tydzień później nastąpiło polepszenie stanu chorego bez jakichkolwiek zabiegów leczniczych. Chory wtedy na zabieg operacyjny nie godził się. Od tego czasu bóle, choć niezbyt dokuczliwe, powtarzają się co pewien czas, przeważnie w nocy. Guz w lewem podżebrzu rósł dość szybko, tak, że chory mógł sam spostrzegać jego wzrost. Duszność bardzo nieznaczna. Pozatem nie odczuwał i nie odczuwa żadnych dolegliwości. Sen z powodu bólów nieco upośledzony, łaknienie dobre, stolec codzienny normalny.

Stan obecny. Chory wzrostu średniego, silnej budowy, odżywienia dobrego. Skóra w całości mocno zaróżowiona, na twarzy oraz na kończynach z odcieniem fioletowym. Czerwień wargowa barwy ciemno-wiśniowej. Błony śluzowe i spojówki oka silnie zaczerwienione. Tkanka tłuszczowa podskórna miernie rozwinięta. Kościec i stawy bez zmian. Mięśnie silnie rozwinięte bez zmian. Klatka piersiowa przy oddechach ruchoma. Prawy dół nadobojczykowy nieco zapadnięty. Płuca. Wypukowo stłumienie ponad prawym szczytem oraz po lewej stronie od 7 ego żebra w dół. W prawym szczycie oddech zaostrzony, w lewem płucu od 7-ego żebra w dół nieliczne drobnobańkowe suche rzężenia, a także i nieliczne wilgotne. Pozatem płuca bez zmian. Serce. Granica prawa 0,5 cm. poza prawym brzegiem mostka, lewa na linji sutkowej lewej. Uderzenie koniuszkowe rozlane, w 5-tem międzyżebrzu. Tony serca czyste, mocne. Ton 2-gi nad tętnicą płucną zaakcentowany. Tętno 90, miarowe, dobrze napięte. Tętnice grubsze, bez stwardnień. Ciśnienie krwi 130-110 mm Hg. Brzuch nieco wysklepiony, nieoporny. Wątroba 4 ry palce poniżej łuku żebrowego, o ostrym brzegu, twarda, gładka, niebolesna. Śledziona. Górna granica sięga 7-ego żebra, dolna sięga linji Poupparta, prawa 9 cm w prawo od linji środkowej ciała, lewa do kręgosłupa. Powierzchnia śledziony gładka. Na ucisk nie bolesna. Układ nerwowy bez zmian.

Badanie krwi. 5. X. 1921. Czerwonych krążków... 6.440 tys. Ciałek białych... 22 800. Hemoglobiny... 140 p. c. (Sahli). Wskaźnik barwliwości... 1,1. Neutrofilów... 86 p. c. Lymfocytów... 7 p. c. Eozynofilów... 4 p. c. Przejściowych... 3 p. c. Myelocytów.. 1 p. c. Nieznaczna anisocytoza. Jądrzastych czerwonych krwinek nie spotkano.

Sucha pozostałość krwi całkowitej... 27 p. c. Białka surowicy... 7,69 p. c. (oznaczone refraktometrycznie). Bilirubina w surowicy... słaby ślad (Hijmans van den Bergh). Krew krzepnie po upływie 1 min. 55 sek. Próba odporności czerwonych krążków na hypotoniczne roztwory dała: H-0... 54. H-1... 54. H-2... 48. H-3... 36.

Badanie moczu. Barwa jasno-żółta, ciężar gat. 1016. Białka 4 pro mille. Cukru nie znaleziono. Osad skąpy zawiera 4—6 wyługowanych krwinek, pojedyncze leukocyty, nieco szczawianów wapnia. Urobiliny słaby ślad. Odczyn na urobilinogen ujemny. W kale nie znaleziono zwiększonej ilości barwików.

6. X. Zrobiono upust krwi przez nakłucie żyły. Wydostano zaledwie 120 ccm.

8. X. Badanie krwi. Czerwonych krążków... 7.925 tys. Ciałek białych... 17.100. Hemoglobiny 130 p. c. Wskaźnik barwliwości... 0,82.

14. X. Chory nie zgadza się na dłuższy pobyt w klinice celem przeprowadzenia zabiegów leczniczych.

W przypadku tym znajdujemy objawy, jakie opisywano przy schorzeniu, nazwanem: *Polycythaemia rubra megalosplenica — Polycythaemia myelopathica.* Najważniejszym objawem w tej sprawie jest zwiększenie się liczby czerwonych krążków (6,440.000). Cyfry podawane przez różnych badaczy wahają się w szerokich granicach od 6,000.000 aż do 19,000.000 (W. Alexander). Objaw ten po wykluczeniu poliglobulji, mającej przyczynę w zaburzeniach układu krążenia, jest sam przez się decydujący dla rozpoznania. W tak znacznem zwiększeniu się liczby krwinek upatrywano proces podobny do tego, jak przy zwiększeniu się ilości białych ciałek. Stąd nazwy: Erytrocytoza i Erytremja. Mniej ważnym objawem, ze względu na dość znaczne wahania, jest zwiększenie się liczby białych ciałek. Wahania te notowane są w granicach 4.000—5.000 (Osler, Weintraud) do 86.000 (E. Mayer), nawet do 114.200 (Rencki) i 163.000 (!) (Blumenthal). Że tak znacznego zwiększenia się liczby elementów komórkowych krwi nie można kłaść na karb zagęszczenia krwi przez utratę wody, świadczy o tem w naszym przypadku nieco mniejsza ilość białka surowicy krwi (refraktometr daje tutaj 7,69. Normalnie 8,0—8,5). Sprawa tkwi bezsporne w układzie krwi. W jakiej zaś jego części — krwiotwórczej czy też w niszczącej krwinki — w tem poglądy rozchodzą się, jak już na początku zaznaczyłem. By dać odpowiedź na to pytanie, zestawimy resztę danych. Na pierwszy plan wysuwa się powiększenie śledziony w stopniu bardzo znacznym oraz w mniejszym wątroby. Oba te narządy, poza innemi czynnościami, służą do niszczenia czerwonych krążków. Czynność tę pełni zawarty w nich aparat śródbłonkowo-siateczkowy. Oba te narządy w omawianych przypadkach niewątpliwie ulegają schorzeniu, co wielokrotnie stwierdzano na materjale sekcyjnym. Przypuszczaćby należało, że narówni z innemi częściami tych narządów ulegają schorzeniu te właśnie aparaty, niszczące krwinki. Przytem czynność niszczenia, o ile nie jest zupełnie zniesiona, to przynajmniej znacznie ograniczona. Wynik badania nad zawartością bilirubiny we krwi oraz urobiliny i urobilinogenu w moczu i w kale usprawiedliwia to przypuszczenie. Żadnego z tych produktów przemiany hemoglobinowej nie znaleźliśmy w zwiększonej ilości, co zresztą zgadza się z wynikami otrzymanemi przez Senatora. Niesłusznem byłoby przypuszczenie, że szpik kostny nie bierze wcale udziału w tej sprawie i że tak znaczne zwiększenie się liczby krwinek jest wynikiem li tylko zniesienia czynności erytroftenicznej (K. Rzętkowski) śledziony. O zwiększonej czynności szpiku świadczy: 1) Zwiększona liczba neutrofilów procentowa i bezwzględna. 2) Obecność w naszym przypadku, a także w przypadkach innych badaczy, postaci, świadczących o wzmożonej czynności szpiku, jako to: normoblastów i myelocytów. 3) Zmniejszona odporność krwinek na hypotoniczne roztwory. Zmniejszenie odporności należałoby uważać za wyraz gorszych warunków, w jakich szpik kostny musi pracować, tembardziej, że czynność jego odbywa się prawdopodobnie z najwyższym wysiłkiem ilościowym. Na to podrażnienie szpiku kostnego składa

się z jednej strony zniesienie lub ograniczenie czynności śledziony, bardzo możliwe jako czynnika hamującego, z drugiej strony zmiany w samym składzie krwi zarówno ilościowe jak i jakościowe, jakie to zniesienie czynności hamującej musi spowodować. Narzucało się nam przypuszczenie, że takie zaburzenie równowagi tych dwu części układu krwi, połączone z nadmierną czynnością szpiku, musi w następstwie wywołać jego niewydolność. Niewydolność jakościową w naszym przypadku wykazało badanie odporności krwinek na hypotoniczne roztwory. Niewydolność ilościową stwierdziliśmy metodą, opracowaną przez adjunkta naszej kliniki, dra Semeraua, wraz ze mną, która wkrótce zostanie ogłoszona. Szpik kostny przy zastosowaniu tej próby czynnościowej nie zareagował na dane mu zadanie, podobnie jak w ciężkich postaciach niedokrewności. Wobec powyższych danych wraz ze zjawiskiem upośledzonego w takich przypadkach pochłaniania tlenu przez hemoglobinę (Senator, Loewy, Lommel, Gordon, Bregmann, Plesch, Roever, Tangl), narzuca się pytanie: jak traktować spostrzeżenia innych autorów, którzy w badaniach swych wykazują zwiększony rozpad krwinek, więc zwiększoną ilość urobiliny i urobilinogenu (Eppinger, Charnass, Rencki, Löw, Popper), a nawet żółtaczkę, jak w przypadku Kikuchiego. Co odpowiedzieć tym, którzy utrzymują, że sprawa polega na nadmiernej produkcji krwinek przez szpik. Gdyby wszystkie, opisane dotąd przypadki znajdowały się w jednym i tym samym stopniu rozwoju, istotnie trudno byłoby pogodzić ze sobą często dość sprzeczne wyniki badań. Jednak wiemy, że tak samo, jak szpik kostny rozrzucony jest w wielu miejscach i nie we wszystkich jest on czynny i czynność ta występuje wszędzie tylko w miarę potrzeby, tak też prawdopodobnie jest i w aparacie erytroftenicznym. Główną siedzibą aparatu erytroftenicznego jest śledziona. Nie należy zapominać, że aparat ten choć słabo rozwinięty i mało czynny znajduje się też i w innych narządach jak: wątroba, gruczoły limfatyczne i hemolimfatyczne, oraz szpik kostny. Pod wpływem stosunkowo szybkiego zniesienia czynności tak znacznej części tego aparatu w śledzionie pozostałe jego części w innych narządach zastępczo obejmują czynność śledziony. Erytroftenja wówczas może odbywać się w takim stopniu, na jaki pozwala wydolność pozostałej jego części. W przypadkach, w których stwierdzono rozpad zwiększony, prawdopodobnie doszło do znacznego wzmożenia czynności elementów, niszczących krwinki, wobec czego otrzymalibyśmy podobne wyniki do tych, jakie otrzymywali zwolennicy teorji myelopatycznej... Rozpatrując z tego punktu widzenia chorobę Vaqueza, narzuca nam się pewien podział na okresy, w tej chorobie występujące. Pierwszym byłby ten, w którym znajdujemy zwiększoną ilość czerwonych krwinek, ilość białych przeważnie nie powiększoną, skład pojedyńczych rodzajów białych ciałek nie ulega większemu zaburzeniu, śledziona i wątroba mało lub wcale nie powiększone (przypadki Osler, Collins 1903, Koster 1906). Byłby to okres pierwszy, okres zahamowania tylko erytroftenji. Do drugiego okresu odnosiłaby się większość przypadków. Jest to okres mniej lub więcej silnego podrażnienia szpiku kostnego z następowem jego osłabieniem, oraz okres początkowej zastępczej czynności resztki aparatu erytroftenicznego. Okresem trzecim byłby okres wzmożonego niszczenia czerwonych krwinek tam, gdzie erytroftenia w tak znacznym stopniu może powstać (przypadek Kikuchi), oraz te przypadki, które dają zwiększoną ilość produktów przemiany hemoglobinowej. Przypadki z trzeciego okresu należą do rzadkości, dlatego, że chory ginie, nim dojdzie do stanu, w którym dodatkowy aparat erytrofteniczny rozwinie należycie swą czynność. Nasz przypadek, według tak przyjętego podziału, należałby do okresu drugiego.

Streszczając powyższe, należy powiedzieć: 1) Istota choroby Vaqueza jest zburzeniem równowagi pomiędzy czynnością krwiotwórczą i krwiobójczą układu krwi, wskutek zniknięcia czynności śledziony i mniej lub więcej długotrwałego, następowego wzmożenia się czynności szpiku kostnego. 2) Różnice pomiędzy przypadkami nie są różnicami istotnemi, lecz wynikają z różnego stopnia rozwoju choroby.

Piśmiennictwo:

Rencki: Polycythaemia myelopathica 1906. Tenże: Dalsze spostrzeżenia nad polycythaemią szpikową 1907. Tenże: O Polycytemii 1907. Eppinger u. Banzi: Die Hepato-Lienalen Erkrankungen 1920. B. Chrostowski: Przypadek choroby Vaqueza 1916. Mosse: Die Polyglobulien. Speziel. Path. u. Therap. innerer Krankheiten Bd. II. S. 837—867, 1920. Der Gallenfarbstoff im Blute-Hijmans van den Bergh 1918.

Dr. Sergjusz Schilling Siengalewicz, I asystent zakładu. Lwów.

Zaśniad groniasty pozamaciczny śródmiąższowy złośliwy, jako przyczyna śmierci nagłej.

Z zakładu Medycyny Sądowej Un. J. K. we Lwowie.

(Dyrektor Prof. Dr. W. Sieradzki).

Kazuistyka śmierci nagłej ma dla lekarza to znaczenie, że jej znajomość w przypadkach, w których objawy kliniczne za życia danego osobnika nie są dość jasne, naprowadza go na drogę możliwych przypuszczeń i pozwala mu nieraz na podstawie dokładniejszej analizy choćby skąpych danych określić z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem przyczyny śmierci. Ponadto kazuistyka zestawia z jednej strony często niezwykłe obrazy anatomiczne, zajmujące i pouczające dla każdego klinicysty, z drugiej zaś strony przynosi nieraz materjał prawdziwie zagadkowy, niewyjaśniony nawet na stole sekcyjnym, który daje podstawę i podnietę do nowych badań w zakresie patologji, zacieśniając i ograniczając krąg niezrozumiałych przypadków śmierci »bez żadnej przyczyny«. Zaśniad groniasty nie zalicza się do tych zmian, któreby nastręczały trudność przy rozpoznawaniu go na stole sekcyjnym, lub trudność w wykazaniu związku przyczynowego ze śmiercią, zwłaszcza, o ile zaśniad jest przyrody złośliwej, jest jednak dla anatomo-patologa zjawiskiem zawsze zajmującem, a już, jako przyczyna śmierci nagłej, o ile mi wiadomo, nie był wogóle dotychczas w piśmiennictwie sądowo-lekarskiem opisany, dla tego też przypadek skreślony poniżej zasługuje na uwagę.

Zapatrywania na patogenezę i etjologję zaśniadu groniastego od czasów Virchowa, który uważał zaśniad groniasty za *myxoma chorii*, uległy obecnie znacznej zmianie, a to przedewszystkiem dzięki badaniom Marchanda, Segalla, Duranda, Nattana, Laviera i wielu innych. Virchow uważał za przyczynę powstawania zaśniadu groniastego schorzenie błony doczesnej, Marchand natomiast i inni późniejsi autorowie sądzą, że przyczyna powstawania zaśniadu groniastego leży w samem jajku, względnie w jajniku. Zwolennicy tej ostatniej teorji opierają się między inemi na tem, iż nierzadkie są przypadki, gdzie obok zaśniadu groniastego znajduje się płód bliźniaczy o zupełnie normalnych błonach płodowych. Przeciw tej teorji, jak słusznie zaznacza Essen-Möller, możnaby podnieść ten szczegół, że zaśniad groniasty obejmuje również nieraz tylko część błon płodowych, pozostawiając resztę nietkniętą. Szczegół ten przemawiałby raczej za teorją doczesnową powstawania zaśniadu groniastego, gdyż trudno jest przypuścić, aby zmiany, wywołujące zaśniad a tkwiące w samem jajku, były ograniczone tylko do pewnej części jajka. Związek, jaki ma istnieć między zmianami, stwierdzanemi w jajniku a powstawaniem zaśniadu groniastego, nie jest jeszcze dziś, mimo licznych badań, ściśle udowodniony. Jakkolwiek badania Fraenkla nad ciałkiem żółtem i nad jego wpływem na usadowienie się jajka w błonie śluzowej macicy, a również badania nad gruczołem śródmiąższowym i komórkami tekaluteinowemi, są nader ciekawe i mogłyby między innemi rzucić wiele światła i na powstawanie zaśniadu groniastego, to jednak słuszną jest uwaga Essen-Möllera, że badania te były przeważnie przeprowadzane na zwierzętach i że trudno bez zastrzeżeń wyniki tych badań wprost przenieść na organizm ludzki. Zmiany torbielkowate jajnika, stwierdzane niejednokrotnie przy zaśniadzie groniastym i nabłoniaku kosmkowym, a również spostrzeżenia kliniczne, stwierdzające nieraz zmniejszanie się powiększonych dotąd jajników po usunięciu zaśniadu drogą wyskrobania,

mogłyby dawać pewną podstawę do przyjęcia związku co do pochodzenia między zmianami w jajniku a powstawaniem zaśniadu groniastego, gdyby zmian tych nie stwierdzano i przy innych procesach chorobowych. Bujanie komórek luteinowych nie jest również patognomiczne dla zaśniadu groniastego i nabłoniaka kosmkowego, gdyż, jak wiadomo, komórki te bujają również chętnie i przy innych procesach, toczących się w macicy, a zwłaszcza przy ciąży fizjologicznej. Czynniki toksyczne jak kiła, alkohol, gruźlica, pewne choroby konstytucjonalne, przyjmowane za przyczynę powstawania zaśniadu groniastego, nie wystarczają przy bliższem krytycznem ich rozpatrywaniu do rozjaśnienia tej zmiany, między innemi nie mogą wytłumaczyć powstawania zaśniadu częściowego, gdyż trudnoby zrozumieć działanie toksyn tylko na pewien określony odcinek błon płodowych. Wedle Duranta powodem powstawania zaśniadu groniastego miałoby być tak zwane »*Endocapillitis*«, tj. schorzenie naczyń z następowym obrzękiem, wodniczkowatością i zwyrodnieniem syncytjum. Aichlowi udawało się wywoływać zaśniad groniasty u suk we wczesnych okresach ciąży przez mechaniczne uszkodzenie łożyska. Jeśli nadto się wspomni, że Berry-Hart przyjmuje jako czynnik wywołujący zaśniad pewne zmiany w gruczole tarczykowym płodu, to dostatecznie okaże się, jak niepewne i niejasne jest jeszcze pochodzenie i przyczyna zaśniadu groniastego.

Histogeneza zaśniadu groniastego, jak również ściśle z nim związanego nabłoniaka kosmkowego, została dostatecznie wyjaśnioną przez Marchanda. Granica między zaśniadem groniastym, zaśniadem groniastym rozrastającym a nabłoniakiem kosmkowym jest zatarta, tak, że tylko na podstawie obrazu drobnowidowego, wedle Riesla i Aschoffa a również wedle Nattana, Maviera i Brideau, trudno jest ściśle określić, z którą z trzech powyżej wymienionych zmian ma się do czynienia. Trudność w rozstrzygnięciu złośliwości zaśniadu, względnie jego przejścia w nabłoniak kosmkowy, który znów ze swej strony nie musi być złośliwy, rozstrzyga tylko dłuższe spostrzeganie kliniczne. Anatomo-patologicznie nie da się dziś jeszcze rozstrzygnąć, dlaczego komórki kosmków nabierają pewnej samodzielności, zbaczają z drogi fizjologicznej i nabierają właściwości komórek nowotworowych. Czy przyczyna tego bujania komórek leży w zaburzeniu odżywiania kosmków, czy też organizm matki utraca zdolność przeciwdziałania wrastaniu kosmków w ścianę macicy, które fizjologicznie niezawodnie istnieje, niewiadomo. Co do częstości pojawiania się zaśniadu groniastego, to podawane liczby są dość różne. Boiviv podaje, że stwierdził jeden przypadek zaśniadu na 20.000 ciężarnych, Lwoff 4 przypadki na 6000 kobiet ciężarnych, Essen-Möller na 6000 ciężarnych spotkał 18 razy zaśniad. Przeciętnie, opierając się na statystyce podanej przez Essen-Möllera, można przyjąć ilość stwierdzanych zaśniadów na 0,3 do 0,5 pro mille ciężarnych. Wiek, w którym najczęściej zdarza się zaśniad, wedle Kehrera, wypada między 21 a 30 rokiem życia i na ten to okres przypada 30% wszystkich stwierdzonych zaśniadów. Poniżej 20 i powyżej 50 lat liczba zaśniadów wynosi, wedle tego autora, nie więcej nad 2% wszystkich przypadków. Pojawianie się zaśniadu groniastego więcej razy u tego samego osobnika nie należy do rzadkości, kobiety rodzić mogą kilka razy jeden zaśniad za drugim lub też na przemian z płodami normalnemi żywemi i donoszonemi. Mayer wspomina o przypadku, w którym kobieta 11 razy urodziła zaśniad. Obok zaśniadu może istnieć mniej lub więcej rozwinięty płód, jużto zawarty w błonach płodowych, dotniętych właśnie zaśniadem, lub też oddzielnie, jako płód bliźniaczy. Nadto zaśniad może się umiejscowić poza jamą macicy, podobnie jak i ciąża, tworząc zaśniad pozamaciczny; są to jednak przypadki rzadkie i w dotychczasowem piśmiennictwie, wedle Essen-Möllera, ogłosiło je zaledwo 15 autorów. Przypadek, który miałem sposobność sekcjonować w tutejszym zakładzie medycyny sądowej, zalicza się właśnie do tych żadkich spostrzeżeń zaśniadu groniastego pozamacicznego.

Dotyczył on kobiety około 50-letniej, zmarłej nagle w mieszkaniu lekarza, do którego przybyła na ordynację. Bliższe szczegóły jej choroby nie są mi znane. Przy sekcji zwłok już przy oględzinach zewnętrznych znaczna bladość powłok skórnych i prawie zupełny brak plam pośmiertnych pozwoliły a priori przyjąć jako przyczynę śmierci znaczny krwotok wewnętrzy. I rzeczywiście po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że cała jama otrzewnowa wypełniona jest krwią płynną i licznemi ciemnemi wiotkiemi skrzepami w ilości około $1^1/_2$ litra.

Śledząc bliżej za źródłem tego ogromnego krwotoku, stwierdzono, że jest niem macica, która przedstawia się następująco:

(Wyjątek z protokołu).

Macica wielkości pięści dorosłego mężczyzny wykazuje w rogu prawym wypuklenie wielkości jaja gęsiego o powierzchni nierównej. Na szczycie tego wypuklenia, nieco ku tyłowi, znajduje się ubytek drożny dla opuszki palca małego o brzegach nierównych, poszarpanych, zcieńczałych, pokrytych kilkoma drobnemi wiotkiemi skrzepami barwy ciemno-wiśniowej. Jama macicy próżna, błona śluzowa macicy zgrubiała, rozpulchniona, pokryta lepkim śluzem. W rogu prawym od strony wewnętrznej macicy widnieje drobny otwór o średnicy 1 do 3 mm, drążący w głąb powyżej opisanego wypuklenia: jestto otwór trąbki prawej a mianowicie koniec jej dośrodkowy. Po nacięciu wypuklenia, zajmującego róg prawy macicy, okazuje się, że przedstawia ono jamę wypełnioną szczelnie całym szeregiem drobnych pęcherzykowatych tworów okrągławych różnej wielkości, stojących ze sobą w ścisłym związku: twory te o ścianach błoniastych, półprzeźroczystych wypełnione są cieczą jasną, ciągnącą się, lepką a wielkość ich waha się od wielkości grochu do wielkości grona. Ściany jamy, obejmującej te twory, są miejscami bardzo ścieńczałe, tak, że tu i ówdzie ścianę tę stanowi prawie sama otrzewna, przyczem w tych miejscach gronka są jakby w te ubytki silnie wklinowane i przy oddzielanin ich na tępo od ściany jamy łatwo się przerywają. Od rogu prawego ku dołowi opuszczają się gronka zaśniadu w ścianie macicy aż prawie do szyji macicy, wypełniają również światło trąbki prawej i światło znacznie rozszerzonej żyły nasiennej prawej. Obie trąbki i oba jajniki znacznie przemieszczone z powodu licznych zbitych zrostów, otaczających macicę. Jajnik prawy wielkości 2×3 cm. Jajnik lewy $2^1/_2 \times 3$ cm. Jajniki makroskopowo na przekroju zmian nie wykazują. Przy ostrożnem rozsuwanin cząstek zaśniadu na tępo płodu w niem nie znaleziono.

Narządy klatki piersiowej, jamy brzusznej oraz mózg i opony mózgowe, oprócz wybitnej niedokrwistości, zmian niewykazują.

Badanie drobnowidowe dotyczące cząstek zaśniadu i ścian macicy do niego polegających dały następujące wyniki:

Cząstki wycięte ze samego zaśniadu przedstawiają naogół charakterystyczny dla zaśniadu obraz; podnieść jednak należy, że stwierdza się we wielu miejscach znaczne wybujanie głównie komórek typu Langhansa. Wybujałości te są usadowione na powierzchni obrzękłych i częściowo ześlużowaciałych kosmków; komórki ich okazują we wielu miejscach zmiany wodniczkowe. Miejscami stwierdza się, na ogół nieliczne, grupy komórek syncytjalnych, także często z wodniczkami; jądra syncytjalne co do wielkości, siły barwienia się i rozłożenia względem siebie i komórek Langhansa oraz względem zmienionych kosmków przedstawiające się nader rozmaicie są położone bardzo dowolnie i bez systemu. Te kosmki zmienione wrastają w mięsień macicy. Należy dalej podnieść, że i w samym mięśniu macicy stwierdza się w szczelinach między pęczkami mięśnia, nawet dość głęboko, tkwiące poszczególne i w małych grupkach komórki względnie jądra syncytjalne o najrozmaitszej wielkości i postaci, miejscami nawet komórki olbrzymie. Wśród mięśnia, bliżej światła macicy, ogniska martwicze, a w ich sąsiedztwie, jakoteż i niezależnie od nich bardzo obfite nacieki drobnokomórkowe. W każdym razie należy podkreślić to drążenie sprawy wgłąb mięśnia macicy. Prócz tego zarówno wśród utkania zaśniadu samego, jak i mięśnia macicy, znajdują się starsze i zupeł nie świeże wylewy krwawe.

Całość zatem odpowiada zaśniadowi groniastemu, przybierającemu już miejscami atypowy charakter co do utkania i wrastającemu silnie w mięsień macicy, z następowem krwawieniem.

Jak więc z badania drobnowidowego a również i wyglądu gołem okiem wynika, mieliśmy w danym przypadku do czynienia z zaśniadem groniastym, rozrastającym, który spowodował przeżarcie ściany macicy i ogromny krwotok wewnętrzny. Zaśniad był umieszczony poza jamą macicy w miejscu przejścia jej w trąbkę prawą w samej ścianie macicy, tworząc tak zwane położenie śródmiąższowe. Położenie pozamaciczne zaśniadu groniastego należy, jak już wyżej wspomniałem, do nader rzadkich i stwierdzone było przez niewielu tylko autorów.

Ze stanowiska sądowo-lekarskiego przypadek powyższy mógł nasunąć wiele pytań do rozstrzygnięcia, jeśli weźmie się pod uwagę okoliczność, że to nagłe zejście śmiertelne denatki nastąpiło w ordynacji lekarskiej. Możnaby więc przypuszczać, że u denatki podjęto jakiś zabieg lekarski, niepozostawiający nawet żadnych śladów anatomicznych w pochwie lub macicy, który wywołał wstrząs albo wskutek nagłego wyczerpania rdzenia przedłużonego (Gröninger) lub też w drodze

odruchowego zaburzenia w oddychaniu przy równoczesnem zmniejszeniu napięcia naczyń krwionośnych. Między innemi mógł być to zabieg zdążający do wywołania sztucznego poronienia, coby tem przykszejszem czyniło położenie lekarza.

Sekcja zwłok, wykazując jasno, jako przyczynę śmierci krwotok wewnętrzny, usuwa odrazu sprawę wstrząsu, głębokie zaś zmiany w ścianie macicy, wywołane zaśniadem, pozwalają pominąć ewentualne pytanie, czy zabieg lekarski, a nawet samo badanie wewnętrzne, nie przyczyniło się do pęknięcia macicy, gdyż przy zmianach tych pęknięcie to samoistnie mogło nastąpić i niechybnie byłoby nastąpiło. Wspomnieć zaś muszę, że przy ciążach pozamacicznych zabiegi, zmierzające do sztucznego poronienia, bywają przedsiębrane nieraz ze szczególnie wielką zaciekłością gdyż nieprowadzą one odrazu do pożądanego skutku, mogą zaś albo przez odruchowy skurcz trąbki sprowadzić poronienie do jamy brzusznej albo też wywołać pęknięcie trąbki ze wszystkiemi jej następstwami. Podnieść wreszcie należy, że przy pęknięciu ciąży pozamacicznej śródmiąższowej może to pęknięcie przy powierzchownem przeprowadzeniu sekcji, przez swoje umiejscowienie jeszcze w obrębie ścian macicy być pojmowanem jako sztuczne przebicie i dać podstawę do zupełnie fałszywego rozpoznania. Pouczającym w tym kierunku jest przypadek Koliski, w którym jeden ze znanych ginekologów wiedeńskich po usunięciu macicy drogą laparotomji, którą musiał wykonać wskutek nagłego krwotoku wewnętrznego, przyjął otwór znaleziony w ścianie macicy za wywołany sztucznie i dopiero dokładniejsze badanie preparatu przez Koliskę, wykazało, że było to pęknięcie ciąży pozamacicznej śródmiąższowej.

Piśmiennictwo.

Groser: Vergl. Anatomie der Eihäute und der Placenta. — Fraenkel: Mon. f. Geb. und Gynaek. 1910. Hofmann-Haberda: Gericht. Mediz. p. 189. 1920. — Marchand: Zeitschrift, f. Geb. und Gynaek. 32. 1895. p. 405 39. 1898 p. 175. Kolisko: Plötzlicher Tod, Dittrichs Handbuch. Sachwer. Tätig. B. 2, Ribbert: Geschwulstlehre 1914. — Essen-Möller: Studien über die Blasenmole. Sołowij i Krzyszkowski: Beitrag zur Chorionepithelioma und Blasenmolefrage. Monatschr. f. Geburt. u. Gynaek. Bd. XII. H. I. — Wiczyński: O rozmieszczeniu i jakości tłuszczów i lipoidów w jajniku ludzkim. Księga jubileusz. Wydz. lek Uniw. J. K. 1920. — Virchow: Die krankhaften Geschwülste — M. Dawidowicz: Ueber tödliche Shockwirkung bei intrauterinen Eingriffen zu Abtreibungszwecken. Vierteljahr. f. Gercht. Mediz. 1920 B. 59. H. 2.

Prof. dr. A. Januszkiewicz. Wilno.

Podstawowe metody badania w diagnostyce.

Wykład wstępny przy objęciu kliniki diagnostycznej Uniwersytetu Stefana Batorego we Wilnie d. 4. II. 1922.

(Dokończenie)

Ale nietylko bez badań laboratoryjnych musiała obchodzić się ówczesna klinika wileńska. I te metody badania fizykalnego, któremi obecnie posługujemy się przedewszystkiem jako zasadniczemi, nie były jeszcze w owym czasie tak dobrze jak obecnie opracowane, a w części nie zasłużyły jeszcze na zaufanie, nie używano np. ciepłomierza dla określania ciepłoty ciała, a metodą opukiwania i osłuchiwania posługiwano się w dość skromnym zakresie. I chociaż Laënec już w 1819 r. ogłosił słynne dzieło o wysłuchiwaniu, jednak w historjach chorób z kliniki terapeutycznej wileńskiej z okresu kierownictwa Franka i Śniadeckiego rzadko się spotyka wzmiankę o tym sposobie badania i niewiele częściej o opukiwaniu.

O wadach serca wnioskowano na podstawie skarg chorego, zabarwienia ust, oglądania i obmacywania okolicy serca i badania tętna. O wynikach osłuchiwania w chorobach serca niema mowy. A jednak i Frank i Śniadecki wiedzieli, że te metody badania zaczęły się już rozwijać na zachodzie, i słuchawkę wypróbowywali, ale ta pośrednia, jak zresztą i bezpośrednia metoda osłuchiwania nie wydała się im wiele obiecującą.

Nie będziemy się temu zbytnio dziwili, gdy uprzytomnimy sobie historję opukiwania. Wynalazca jej, wiedeński lekarz Auenbrugger, opisał swoją metodę już w 1761 roku, ale rozgłosu jej nie nadał; ponownie zwraca na nią uwagę Corvisart, lekarz przyboczny Napoleona I., jednak dopiero po pracach Piorry'ego we Francji i Skody we Wiedniu szerszy ogół lekarzy zajął się tą metodą i wprowadził opukiwanie do ogólnego użytku zaledwie w połowie XIX. w., t. j. niemal w sto lat od chwili odkrycia. A jednak jest to metoda zasadnicza, którą internista musi posługiwać się niemal na każdym kroku narówni z wysłuchiwaniem. Bez tych dwóch sposobów badania bylibyśmy obecnie przy łóżku chorego całkiem bezradni, szczególnie w rozpoznawaniu chorób płuc i serca.

To też w pozostałych po klinice terapeutycznej wileńskiej historjach chorób, pomiędzy terminologją, obejmującą dwieście piętnaście jednostek chorobowych, znajdujemy zaledwie pięć odrębnych postaci chorób serca: *Angor pectoris, Hypertrophia cordis, Carditis, Pericarditis i Vitium cordis.* Niema tu podziału wad zastawkowych na wrodzone i nabyte, na proste i złożone, i niema ścisłego rozpoznania co do charakteru i umiejscowienia wady, niema mowy o podziale chorób mięśnia sercowego, ujętych jedną nazwą *Carditis*, nie jest również uwzględniony czynnik etiologiczny, a jednak w zasadniczym zarysie mamy tu niemal całą patologję serca i dziwić się właściwie należy, że posługując się tylko najprostszemi sposobami badania umiano rozróżniać i te postacie chorób serca. Toż samo da się powiedzieć i o chorobach dróg oddechowych i opłucnej, których zasadnicze typy znajdujemy pomiędzy rozpoznawanemi w ówczesnej klinice.

Jest to wyraźne, że w stosunku do szczupłych środków, jakiemi rozporządzała ówczesna diagnostyka, kliniczne jej wyniki były olbrzymie. Świadczą o tem bezsprzecznie i dokumenty, pozostałe po klinice i ta jasna aureola sławy, otaczającej i samą klinikę i jej kierowników.

Zastanawiając się nad stosunkiem, zachodzącym pomiędzy otrzymywanemi wynikami a środkami, jakiemi rozporządzała wtedy diagnostyka, ma się wrażenie, że tu sztuka wyprzedzała naukę, opierając się na niej, lecz sięgając głębiej, dzięki intuicji, niezwykłej spostrzegawczości i doświadczeniu badaczy. Kierownicy kliniki wileńskiej byli w istocie takimi wysoce utalentowanymi lekarzami.

Jednak za podstawę dla tak świetnego rozwoju kliniki należy uznać przedewszystkiem ten szczęśliwy kierunek naukowy, który jej nadał Józef Frank. W swem przemówieniu na temat: »*De meliori pathologiam tradendi modo*« wskazał on to wielkie znaczenie, jakie mają wyjaśnienia przy łóżku chorego, i na potrzebę znajomości anatomji patologicznej, t. j. stanął odrazu na zasadniczem stanowisku liczenia się z faktami, zbieranemi przy chorym i na sekcji. Jestto tem większą zasługą Franka, że w pierwszej ćwierci XIX. w. nauka lekarska, szczególnie w Niemczech, znajdowała się jeszcze pod wpływem filozofji przyrody i mistycyzmu. Otóż Frank zajął odrazu stanowisko wrogie wobec dowolnych spekulacyj, uznając doświadczenie za najpewniejszego przewodnika w nauce lekarskiej, która powinna polegać na dokładnem opisywaniu chorób i badaniu ich przyczyn i skutków na stole sekcyjnym. To właśnie liczenie się z faktami i doświadczeniem i skojarzenie kliniki z anatomją patologiczną, która zaczęła się już rozwijać w końcu XVIII. w. dzięki gruntownej pracy Morgagni'ego, oparło symptomatologję, przynajmniej w pewnej części, na wyraźnych materjalnych podstawach i wprowadziło diagnostykę na drogę naukową. Podobnego kierunku trzymali się i następcy Franka.

Naogół badanie chorych w klinice terapeutycznej wileńskiej polegało przedewszystkiem na starannem zbieraniu wywiadów i na oględzinach chorego: zwracano uwagę na budowę ciała, na barwę i stan skóry, na błony śluzowe, na ciepłotę, którą określano przykładaniem dłoni do ciała chorego. Obmacywano wątrobę oraz śledzionę, badano tętno i oglądano wydaliny. Śniadecki szczególniejszą wagę nadawał zbieraniu wywiadów i badaniu tętna, zaś Herberski i Rymkiewicz posługiwali się już stale słuchawką i zalecali ją również uczniom swoim.

Przytoczony plan badania odpowiada w zupełności

temu, czego uczył przed dwoma tysiącami lat z górą ojciec nauki lekarskiej Hippokrates. Frank znał tę naukę i utrzymywał, że zwrot do niej jest wielkiem dla ludzkości dobrodziejstwem.

Hippokrates zalecał przedewszystkiem staranne zbieranie wywiadów: „Lekarz powinien wypytać chorego, czy cierpienie jego jest wrodzone, czy nabyte, czy jest spowodowane warunkami miejscowości, z której pochodzi, czy trybem życia, czy jest zależne od pory roku, a gdy chory zapomni cokolwiek, lekarz powinien uzupełnić to przez wypytywanie“. Po zebraniu wywiadów następuje badanie chorego dla określenia jego stanu obecnego: „Lekarz powinien poznać ten stan i nic nie opuścić. Powinien całe ciało i części jego obejrzeć i obmacać, zwrócić uwagę na kolor, na wykwity i na obrzęki skóry i błon śluzowych, na włosy i paznokcie, język, zęby i jamę ustną, na charakter tętna, na rozmaite wydzieliny, na gorączkę i napady dreszczów, na łaknienie, pragnienie, a także bóle. Wszystko to należy starannie wyjaśnić, każdą dostępną badaniu jamę ciała obmacać i ucho do klatki piersiowej przyłożyć, czy się nie usłyszy szmeru, tarcia lub wrzenia, i wstrząsnąć tułowiem należy w celu wywołania możliwego pluskania“.

Widzimy z tego zestawienia, że pomiędzy metodami Hippokratesa a temi, które stosowano w klinice terapeutycznej wileńskiej przy badaniu chorych, zasadniczych różnic nie było. Plan i idea były te same, tylko sposób wykonania i wnioski musiały być nieco różne, zależnie od ogólnego stanu wiedzy w danej epoce.

Ta zasada starożytnej medycyny greckiej opierania swych wniosków na danych starannego i umiejętnego badania chorego, odrodzona, pielęgnowana i rozwijana w ówczesnej klinice wileńskiej, powinna przejść do jej spadkobierczyni jako jedynie słuszna.

Uznając za wysoce cenne i niezbędne dla kliniki wszystkie te zdobycze wiedzy z doby ostatniej, o których mówiłem wyżej i które złożyły się na olbrzymi dział metod laboratoryjnych, uwzględniając je i w życiu praktycznem kliniki i w nauczaniu, będziemy jednak rozwijali w sobie przedewszystkiem umiejętność posługiwania się temi najprostszemi metodami, które nam przekazała przeszłość, naturalnie, w tej ich postaci wielkiego udoskonalenia, do jakiego obecnie te metody fizykalne doszły. Opanowanie tych sposobów badania daje lekarzowi samodzielność w jego zawodzie, uczy polegać na samym sobie i rozwijać zawiłe zagadnienia w warunkach najprostszych. Dzięki nim lekarz nie przestaje być umiejętnym klinicystą i poza murami kliniki i poza pracowniami wielkiego miasta.

Usiłowania zdobycia bezpośrednio od chorego i na chorym wszystkich tych danych, które mają służyć do rozpoznania i leczenia, rozwijają w lekarzu spostrzegawczość i to doświadczenie, które pozwoli mu zczasem z drobnych napozór objawów wyciągać stanowcze wnioski. Wyraz twarzy, spojrzenie, dźwięk głosu, pozycja, stan języka, nieznaczna opryszczka na ustach, zabarwienie policzków i t. p., wszystko to często mówi doświadczonemu lekarzowi równie dużo, jak i systematyczne badanie, a czasem, przy braku rozwiniętych klasycznych objawów choroby, wprowadza obytego z symptomatologją drobnych objawów odrazu na pewną drogę. Tu jest ta granica, gdzie z nauką łączy się sztuka, gdzie jeden dochodzi do rozpoznania drogą systematycznego badania, drugi niemal przy pierwszem spojrzeniu. Nie jest to żadna tajemnicza sztuka, ani sprawa wyjątkowych zdolności, lecz wynik doświadczenia, zdobywanego latami sumienną obserwacją przy gruntownej teoretycznej i praktycznej znajomości przedmiotu. Ta zdolność obserwowania i wnioskowania nawet na podstawie pozornie nic nie znaczących objawów była szczególnie rozwinięta u znakomitych lekarzy dawniejszych czasów, którzy sami musieli wypowiedzieć ostatnie słowo i poza którymi nie było autorytetu pracowni. W myśl tego, co powiedział Paracelsus, że „chorzy powinni być książką lekarza“, wczytywali się oni wszystkiemi zmysłami w żywe rozdziały tej wielkiej księgi, którą stanowi patologja ludzka.

Ale nietylko w ramach nauki diagnostyki klinicznej chciałbym wskrzesić tradycje dawnej kliniki wileńskiej. Klinika służy nietylko do rozpoznawania, ale i do leczenia, a jednocześnie do nauczania. I pod tym względem klinika ówczesna była zgodna z zasadami Hippokratesa: „Lekarz powinien dużo umieć“ — powiada on — „ἰατρὸς γὰρ φιλόσοφος ἰσόθεος“. „Do osiągnięcia wysokiego poziomu intellektualnego lekarz dążyć powinien także i poto, żeby wynosząca go ponad otoczenie kultura umysłowa i duchowa podnosiła wpływ jego i ułatwiała mu jego zadanie fachowe, a tem zadaniem powinno być przedewszystkiem leczenie chorych. Środki i metody lecznicze są alfą i omegą umiejętności w zawodzie lekarza. Ze sztuką leczenia wiąże się miłość bliźniego, bo gdzie jest ona, tam jest i umiłowanie zawodu“.

„A gdy wejdę do domu którego“, brzmią słowa przysięgi, którą składali uczniowie Hippokratesa, „to wejdę poto, by uzdrowić chorego“.

Zasady te, wyznawane w klinice Franka i Śniadeckiego, będą i naszemi drogowskazami.

Dr. H. Mierzecki, asystent kliniki. Lwów.

Zastosowanie barwików w odczynach kłaczkowych przy kile.

Doniesienie tymczasowe*)

(Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych we Lwowie — Dyrektor: Prof. dr. W. Łukasiewicz, i Zakładu higjeny — Dyrektor: Doc. Dr. Z. Steusing)

Celem uwidocznienia strątów w odczynach kłaczkowych badałem ich zachowanie się pod wpływem barwików wprowadzonych do roztworu soli kuchennej. Po szeregu prób z barwikami białkowemi i tłuszczowemi otrzymałem zadowalające wyniki przy stosowaniu błękitu nilu + safranina w roztworach $^1/_{10000}$ i $^1/_{100000}$. Kłaczki barwiły się na kolor ciemno-niebieski, ciecz zaś różowo-czerwony, także i w tych odczynach barwnych, gdzie kontrola niebarwnego odczynu była ujemna. W dotychczasowych próbach wykazuje odczyn barwny w 12% przypadków większą zgodność z odczynem Bordet Wassermanna, aniżeli odczyn Meinickego.

Doświadczenia moje mają poza znaczeniem praktycznem także i znaczenie teoretyczne, wykazują bowiem drogą barwienia charakter lipoidalny kłaczków.

*) Tymczasowe to doniesienie ogłaszam ze względu na pracę doc. dr. Wictora Hechta p. t.: „Farbenkolloide in der Serologie“, ogłoszone w Medizinische Klinik z d. 6. IV. 1922, przyczem zaznaczam, że komunikat ten ogłosiłem na posiedzeniu lwowskiego Tow. dermatologicznego d. 30. III. 1922.

Z praktyki.

Stanisław Progulski. Lwów.

O rokowaniu i leczeniu tężca noworodków.

(Z kliniki pedjatrycznej Uniw. Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor prof. dr. Franciszek Gröer).

Czystość w opatrywaniu rany pępkowej, jako jedna z doniosłych zdobyczy praktycznej higjeny, sprawiła, że tężec noworodków stał się cierpieniem stosunkowo rzadziej spotykanem. Czasy, w których choroba ta występowała nagminnie, minęły zapewne bezpowrotnie, a opisy zestawień takich, jak np. Mirona z Rumunji z r. 1904, wedle których z 23.398 nowonarodzonych dzieci zmarło na tężec w 1. miesiącu życia przeszło 10.000, wydają się nam czemś potwornem i wprost niezrozumiałem. Natomiast poszczególne przypadki tej groźnej choroby zjawiają się od czasu do czasu w większych przychodniach klinik lub szpitali, gdzie porady lekarskiej szukają najczęściej warstwy ubogie i najmniej stosujące higjenę w życiu codziennem. Zauważono również, że przypadki tężca noworodków bywają częstsze tam, gdzie pomoc sanitarna przy porodzie i połogu jest niedostateczna, a więc w odległych zakątkach wiejskich (babki położne!).

Co się tyczy rokowania w tem cierpieniu, to uchodzi ono dotychczas przeważnie za niepomyślne. Wprawdzie brak jest większych zestawień przypadków leczonych i należycie spostrzeganych, zebrane jednak z obliczeń różnych autorów, opartych nieraz na niewielkiej ilości przypadków, przedstawiają wielki odsetek śmiertelności, gdyż 93—97%. Bliższe rozważania wszystkich czynników, mogących wywierać wpływ na zejście danego przypadku, pozwoliły ustalić szereg warunków, od których zależą widoki wyleczenia. Składają się na nie:

1. Czas wylęgania się choroby t. j. okres, jaki upływa od zakażenia do wybuchu pierwszych objawów. Może on być tak krótki, że liczy się na godziny, wówczas początek napadów i zejście śmiertelne nastąpić mogą w pierwszych 24 godzinach (Heubner). Przeciętnie jednak wynosi on 7—10 dni. Pod tym względem znane jest od dawna określenie, niby aforyzm medyczny, wyrażające, iż widoki wyleczenia tężca tem są korzystniejsze, im dłuższy jest okres wylęgania. Przypadki, w których jest on krótszy, niż dni 6, uchodzą za stracone.

2. Częstość i jakość skurczów tężcowych, zwanych napadami. Przypadki, w których jeden napad następuje po drugim, gdzie wywołują je nawet najsłabsze bodźce zewnętrzne, a napad każdy połączony jest z bezdechem i sinicą chorego, tam sprawa kończy się zazwyczaj niepomyślnie w kilka lub kilkanaście godzin od wybuchu choroby. Są to przypadki ostro przebiegające o silnej jadowitości, wobec których jesteśmy bezbronni.

3. Podwyższona ciepłota w przebiegu choroby jest objawem niekorzystnym dla rokowania. Albowiem świadczy ona albo o powikłaniu ze strony któregoś z narządów (zapalenia oskrzeli lub płuc) lub o zakażeniu mieszanem, częścią też może być wyrazem zwiększonej pracy mięśniowej lub zaburzenia w czynności regulacyjnej ośrodka ciepłoty.

4. Nasze zabiegi lecznicze, warunki szczególniejszego pielęgniarstwa wraz z nową techniką żywienia, dostosowaną do każdego przypadku.

Postępowanie nasze będzie więc następujące: Jak najwcześniej zastosujemy surowicę przeciwtężcową w ilości około 250 jednostek antytoksycznych, rozdzielając ją w ten sposób, że część jej (30—50 jed. ant.) wstrzykujemy do rdzenia, według rady Roux'a, po uprzedniem wypuszczeniu tyluż centymetrów^3 płynu mózgowego, co mającej się wstrzyknąć surowicy, drugą taką ilość surowicy wprowadzamy, okłuwając (opatrzoną azotanem srebrowym) okolicę pępka (Behring), a wreszcie pozostałą resztę wstrzykujemy śródmięśniowo (m. prostujący goleń czterogłowy). Niemniej ważne zadanie przypadnie środkom uspokajającym, które mają o ile możności znieść, a przynajmniej zmniejszyć ilość skurczów i osłabić ich natężenie. Znoszą je chore noworodki nawet w większych ilościach. Stosujemy więc wodnik chloralu w ilości 0,5 rozpuszczony w mieszance gumowej dwa razy na dobę w lewatywie po poprzedniej oczyszczającej. Często jednak miewają chorzy płynne stolce i wówczas ten sposób stosowania zawodzi, gdyż mimo zachowania wszelkich ostrożności (jak np. wprowadzenia do odbytnicy leku w ilości zaledwie 3—5 ccm strzykawką Recorda z nałożoną rurką gumową, przytrzymywanie zwartych pośladków) wyrzucają go z powrotem. Daleko pewniej osiągnąć można działanie, podając *per os* rozpuszczony w łyżeczce ciepłego mleka 0,025—0,05 veronal-natrium 2 razy na dobę. Wspomagająco nasennie działa bromek sodowy w ilości 0,5—1 g na dobę. W miarę poprawy szybko zmniejszamy dawkę tych środków.

Jak z jednej strony staramy się powyższemi środkami utrzymać chorego w jak największym spokoju, tak znowu musimy wyzyskać każdą sposobność, aby go odżywić wystarczająco, tak pod względem ilości, jakoteż jakości pokarmu. I tu nasuwają się bodaj największe trudności. Ile razy bowiem chcemy wprowadzić do ust odpowiedni pokarm, natychmiast samo dotknięcie warg dziecka wywołuje szczękościsk i tężec innych grup mięśniowych ciała. Mimo wszystko trudności te przy użyciu szczególniejszej techniki karmienia opanować się dają. Przez ledwie rozchylone usta dziecka wprowadza się smoczek o nieco twardszym gatunku gumy lub nadziany na rękojeść łyżeczki od kawy. Napad tężcowy, który teraz wystąpi, należy przeczekać, a gdy przeminie, dostawić do smoczka flaszeczkę z pokarmem. Dzieci z tężcem mają silne pragnienie i piją, o ile im skurcz mięśni pozwala, dość chciwie. Niewyczerpany zasób cierpliwości i delikatność wykonywanych zabiegów, jaka w pielęgnowaniu takiego chorego jest niezbędna, odnoszą tu prawdziwy trjumf. Opieka nowocześnie wykształconej siostry musi być w tych przypadkach rzeczywiście pełna finezji, jak się wyraża Gröer w swych studjach o odżywianiu chorych zakaźnych. Toteż na równi z lekarzem zainteresowane ważnością zadania siostry prześcigają się w swych staraniach około chorego. Zrozumiałem jest także, że każde nakarmienie, tylekroć przerywane, trwać może nieraz długie kwadranse, a ilość posiłków, zwłaszcza w pierwszych dniach choroby, kiedy częstość napadów największa, wynieść może 20—30 na dobę. Nieraz łatwiej udaje się dokonać karmienia w kąpieli o ciepłocie 38—40° C., albowiem jednostajnie wyższa ciepłota wody zwolnić może napięcie mięśniowe. Często długotrwająca kąpiel (choćby kilkunastogodzinna!) przynosi chorym znaczną ulgę.

Również liczyć się należy z tą okolicznością, że możność podania pokarmu w dowolnej, a choćby tylko koniecznej ilości, bywa ograniczoną. Dlatego posługiwać się musimy pokarmami o zwiększonej wartości odżywczej czyli t. z. pożywieniem stężonem. Podajemy w tym celu o ile możności mleko kobiece ściągane z dodatkiem 17% cukru. Jest to pożywienie o wartości podwójnej, a przeto na wyżywienie niem wystarczy połowa tej objętości mleka, co zwyczajnie. Znoszą je noworodki doskonale, a przybytek ich wagi od pierwszej chwili jest taki sam, jak u dziecka zdrowego przy piersi. W miarę poprawy stanu chorego, co po 10—14 dniach zauważyć się daje, zwolna zmieniamy stosunek dodawanego cukru z 17 na 8·5%, chcąc przez to zwiększyć ilość mleka a temsamem i białka w niem zawartego. Dla tegoż samego celu wcześnie już wprowadzamy raz dziennie nierozcieńczone mleko krowie z dodatkiem 17, a później 8·5% cukru. W odżywianiu bowiem noworodka przestrzegać należy tej samej zasady, co u każdego człowieka, tj. wprowadzenia minimum białka; wynosi ono 10—20% energji odżywczej na dobę. Mleko krowie, jako bogatsze w białko, niż ludzkie, z łatwością zaradzi deficytowi, który mógłby powstać przy żywieniu stężonym pokarmem, jaki stanowi mleko kobiece z dodatkiem cukru.

W razie braku mleka kobiecego użyjemy podobnej mieszanki niezbieranego mleka krowiego z cukrem. Tę stosować możemy już bez obawy przez czas dowolnie długi. W oznaczaniu ilościowego zapotrzebowania pokarmu pomocną nam będzie łatwa metoda systemu Pirqueta.

Jaką wartość leczniczą może mieć powyższy sposób postępowania, wykazać mogą przypadki tężca przeciągające się, które dotychczas, jeśli nawet wychodziły szczęśliwie z tak groźnej dla życia choroby, to zawsze ze znacznym ubytkiem ciężaru ciała, a nawet z ogólnem wycieńczeniem lub zanikiem.

Sprawozdania poglądowe.

Prof. Kazimierz Noiszewski. Warszawa.

Jaskra i jej stosunek do ciśnienia wewnątrz czaszki.

Z kliniki chorób ocznych Uniw. Warszawskiego.

Jak przy wzmożeniu ciśnienia w gałce ocznej, tak i przy wzmożeniu ciśnienia w jamie czaszki występują zmiany na tarczy nerwu wzrokowego; ale gdy przy wzmożonem ciśnieniu wewnątrz gałki ocznej występuje zagłębienie tarczy i wklęśnięcie sitówki (*lamina fibrosa*), to przy wzmożonem ciśnieniu w czaszce występuje wypuklenie tarczy i sitówki w kierunku wnętrza gałki ocznej. W zależności od tego gdzie jest większe ciśnienie, w gałce, czy w jamie czaszki, tarcza nerwu wzrokowego będzie zagłębiona lub wypuklona.

Zwykle tarcza wypuklona bywa jednocześnie obrzękła, tarcza zastoinowa. Nie zastoina jednak odróżnia tarczę wypukloną od tarczy zagłębionej, bo obrzęk tarczy i jej stan zapalny bywa w jaskrze.

W pracy obecnej po raz pierwszy obszerniej podjęte jest pytanie o jaskrze w zależności od ciśnienia wewnątrz czaszki, ale nad pytaniem tem autor [1]) pracuje już od dawna. Pierwszą pracą o związku między jaskrą a obniżonem ciśnieniem w czaszce był jego wykład habilitacyjny w Akademji wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, podany następnie w skróceniu w Postępie okulistycznym za r. 1909-ty.

Ostatnia praca o jaskrze i jej związku z obniżonem ciśnieniem była pomieszczona w wydawnictwie prac XII. Zjazdu międzynarodowego oftalmologicznego w Petersburgu w roku 1914.

We wszystkich tych pracach miałem na względzie przedewszystkiem t. zw. jaskrę prostą (*gl. simplex*).

Wygląd zewnętrzny oka w jaskrze prostej jest zupełnie prawidłowy, a prawidłowe ciśnienie wielu autorów [2]) uważa za objaw znamienny dla jaskry prostej w przeciwieństwie do jaskry zastoinowej ostrej i przewlekłej.

Wprawdzie Heilbrun [3]) na podstawie swych badań jest odmiennego zdania, mianowicie utrzymuje, że w każdym przypadku jaskry prostej udaje się wykazać wzmożone ciśnienie w gałce ocznej. Heilbrun utrzymuje, że prawidłowe ciśnienie w gałce ocznej może się wahać między 12 a 27 mm Hg, że jednak za ciśnienie wzmożone uważać można i ciśnienie niższe od 27 mm Hg. Kto przyjmuje tak wielką dowolność w oznaczaniu prawidłowego i nieprawidłowego ciśnienia w gałce ocznej, ten chyba powinien całkiem się wyrzec używania terminu »prawidłowe ciśnienie«; a cóż dopiero gdy twierdzenia Heilbruna porównamy ze spostrzeżeniem Toczyskiego [4]), że nawet podczas napadu ostrej jaskry w niektórych przypadkach ciśnienie w gałce było prawidłowe. A znowu Schiötz [5]) znajdował wyjątkowo w oczach prawidłowych ciśnienie 33 mm Hg, a nawet 35 mm Hg. Gdy tak wysokie ciśnienie może być w oczach zupełnie prawidłowych, to znowu, według Brown'a [6]), zagłębienie jaskrowe spostrzegano przy ciśnieniu w gałce ocznej 14,5 mm Hg, a nawet i przy ciśnieniu 8,5 mm Hg. Ponieważ zwykle się uważa, że prawidłowe ciśnienie w gałce znajduje się w granicach między 20 a 30 mm Hg, jak wytłumaczyć, dlaczego w jednym przypadku 35 mm Hg. nie sprowadza napadu jaskry, a w drugim napad ten powstaje przy ciśnieniu nawet poniżej 12 mm Hg?

W monografji [7]) o jaskrze już przed pięciu laty wprowadziłem podział wzmożonego ciśnienia w gałce ocznej na wzmożenie ciśnienia bezwzględne i wzmożenie ciśnienia względne. Podział ten pozwala jaskrę prostą sprowadzić do ogólnego pojęcia o jaskrze z jaskrą zastoinową ostrą i przewlekłą. Wszak jakiś czas Graefe uważał jaskrę prostą nie za jaskrę, ale za ślepotę z zagłębieniem nerwu wzrokowego (*amaurosis cum excavatione nervi optici*), a i obecnie zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego bez wzmożonego ciśnienia w gałce ocznej jest zjawiskiem niezrozumiałem.

W całym szeregu prac starałem się wykazać, że zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego możliwe jest tylko przy dłuższy czas trwającej różnicy między ciśnieniem w gałce, a ciśnieniem w czaszce. Przytem obojętne jest, czy ciśnienie w gałce jest prawidłowe czy powiększone, byle było ono większe od ciśnienia w czaszce. Wszystko sprowadza się do pytania, czy możliwa jest różnica między ciśnieniem w gałce ocznej, a ciśnieniem w czaszce.

Zarówno przypadki jaskry zastoinowej ostrej i przewlekłej, w których ciśnienie w gałce ocznej jest większe od ciśnienia w czaszce (inaczej bowiem nie mogłoby powstawać zagłębienie tarczy w kierunku jamy czaszki) jak i przypadki powiększenia ciśnienia w czaszce, w których tarcza jest wypierana w kierunku gałki ocznej, dowodzą, że różnica między ciśnieniem w czaszce, a ciśnieniem w gałce ocznej jest możliwa.

Oczywiście, że, gdzie ciśnienie w czaszce dłuższy czas jest mniejsze od ciśnienia w gałce, koniecznem następstwem tej różnicy będzie zagłębienie tarczy i ślepota, pomimo prawidłowego ciśnienia w gałce t. j. postać chorobowa, którą nazywamy jaskrą prostą (*glaucoma simplex*). Przypadki jaskry zastoinowej bez zagłębienia tarczy dowodzą, że zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego zależy nie od wzmożonego ciśnienia w gałce, ale od tego, że to ciśnienie jest większe od ciśnienia w czaszce.

Jeden z tych przypadków był opisany przez Rydla [8]), drugi podany był przezemnie [9]).

Brak zagłębienia przy wzmożonem ciśnieniu w gałce wytłómaczyć można tylko tem, że jak w przypadku Rydla tak i w moim ciśnienie w czaszce było nie niższe od ciśnienia w gałce ocznej dotkniętej jaskrą. Dodać przytem należy, że w przypadku, podanym przezemnie, jaskra była dokonana (*glaucoma absolutum*) i oko twarde jak kamień, tarcza oczywiście była zanikła, a jednak bez żadnego zagłębienia. Drugi stąd wniosek, że ślepota w jaskrze zależy od ucisku na całą siatkówkę, a nie od samego tylko zagłębienia tarczy.

Wiadomo, że stałemi zwiastunami jaskry są koła tęczowe widziane naokoło płomienia. Zjawiska kół tęczowych w jaskrze tłómaczą obrzękiem rogówki. Jednak koła tęczowe spostrzegane w jaskrze ostrej i w jaskrze prostej nie dają się spostrzegać w jaskrze obrzękowej przewlekłej. Nie występują koła tęczowe, gdy ciśnienie jest powiększone, ale stałe, jak to ma miejsce w jaskrze przewlekłej; przeciwnie powstają przy najsłabszych nawet, ale nagłych zachwianiach równowagi między ciśnieniem wewnątrz gałki ocznej a ciśnieniem w czaszce. Widzenie kół tęczowych zależy od nagłego powiększenia ciśnienia w gałce ocznej lub nagłego obniżenia ciśnienia w czaszce. Nagłe obniżenie ciśnienia w czaszce nadaje odmienny, mianowicie odwrotny kierunek cieczy chłonnej w gałce ocznej.

W stanie prawidłowym ciecz chłonna płynie w gałce ocznej w kierunku komórki przedniej; w razie nagłego obniżenia ciśnienia w czaszce, ciecz chłonna w gałce zaczyna płynąć przez przewód osiowy w nerwie wzrokowym w kierunku czaszki i napierać na tarczę nerwu wzrokowego; a ciecz chłonna podspojówkowa nasięka w przestwory rogówki, sprowadzając niekiedy przedmiotowo niewidoczne, ale już podmiotowo odczuwane obrzmienie utkania rogówki i zamglenie wzroku.

---

[1]) Noiszewski. Jaskra. Wykład habilitacyjny Post. Okul. 1909. — O stosunku między ciśnieniem w czaszce, a ciśnieniem w gałce ocznej. Rzecz czytana w Tow. neuropatologów i psychjatrów w Petersburgu na posiedzeniu w d. 13. lutego r. 1910. Rus. Wracz. 1910 str. 281. — *Oedema papillae n. optici et excavatio papillae n. optici.* Wykład w Związku lekarzy i przyrodników polskich w Petersburgu w d. 25. lutego r. 1910. Przegląd lekarski str. 292. t. r. — Zapalenie tarczy nerwu wzrokowego przy jaskrze Post. Okul. r. 1910. — O zachwianiu równowagi między ciśnieniem w gałce ocznej, a ciśnieniem w czaszce. Protokoły Tow. lekarskiego wileńskiego za r. 1911. Za wykład ten zostało autorowi przysądzone premjum im. prof. Moczutkowskiego. — Jaskra niezapalna (*gl. simplex*) Post. Okul. styczeń r. 1912. — Jaki wpływ wywiera wycinanie tęczówki przy jaskrze na ciałko rzęskowe. Post. Okul. grudzień r. 1912. — Tarcza zastoinowa i *excavatio n. optici.* Wiestnik Oftalmologii luty r. 1912. — *Excavatio scleropapillaris et excavatio infudibuliformis.* Post. Okul. r. 1913. — *Plexus chorioideae encephali et plexus chorioideus ophthalmicus.* Wiest. Oftal. r. 1914. — Glaukoma. Monografja. Wydawnictwo „Praktycznej Medycyny" w Petersburgu r. 1915. — Glaucoma und herabgesetzter intracranieller Druck. XII. Congres international d' Ophthalmologie a St. Petersburg r. 1914. I. p. 37. Głaukoma. Wiestnik Oftalm. Zeszyty: 7, 8. i 9. r. 1912

[2]) Horstmann. Ueber Glaucoma Simplex Arch. f. Aug. XIII. S. 144. 1910.

[3]) Heilbrun. Ueber die bisher mit Schiötzschen Tonometer erzielten Resultate v Graefe Arch. f Oph. 1911. Bd. 79. H. 2.

[4]) Toczyski. Lwowski Tygodnik lekarski, 1912.

[5]) Schoute. Ergänzungsband I. s. 65—66. Lubarsch Ostertags Ergebnisse der Pathologie. Cyt. według Schmidt-Rimplera. 1914. t. XVI.

[6]) Brown. Ophth. Record p. 329. r. 1910. ...beiderseitig eine tiefe glaukomatose Excavation mit Halo glaucomatosus, der Druck nach Schiötz zwischen 8, 5—14, 5 mm Hg.

[7]) Noiszewski. Glaukoma. Monografja kliniczna, str. 64. r. 1915. Petersburg.

[8]) Rydel Ein Beitrag zur Lehre vom Glaukom. Arch. f. Oph. XVIII. 1. i 5. 1—17.

[9]) Noiszewski. Glaukoma Klin. monografja, str. 24. Petersburg 1915.

Leber[10]) wykazał, że roztwór 10% jodku potasowego już po 10-ciu, a nawet po 5-ciu minutach po wprowadzeniu pod spojówkę gałki ocznej daje się wykryć w przedniej komórce oka. Roztwory, wprowadzane pod spojówkę, przenikają z łatwością do wnętrza gałki, mianowicie nietylko do rogówki, ale do ciałka rzęskowego i naczyniówki.

W spojówce założone są dwie sieci naczyń chłonnych: powierzchowna i głęboka. Doświadczenia wykazały, że naczynia chłonne spojówki mogą być nastrzykane z rogówki i roztwór wprowadzony w utkanie rogówki przenika do naczyń chłonnych w spojówce.

Powyższe dane anatomiczne tłómaczą, dlaczego w razie obniżenia ciśnienia w czaszce ciecz chłonna przyjmuje kierunek odwrotny i ciecz chłonna podspojówkowa w chwili zachwiania równowagi między ciśnieniem w gałce ocznej a ciśnieniem w czaszce zaczyna naciekać do utkania rogówki. Wewnątrz gałki ocznej nie ma właściwych naczyń chłonnych, ich miejsce zastępują przestwory i szczeliny chłonne; wykryte one zostały przez Schwalbe'go i zaliczone do chłonic. Przestwory i szczeliny chłonne dzielą się na przednie i tylne. Do przednich chłonic zalicza się oprócz przedniej i tylnej komórki ocznej układ przestworów kąta przesącza między rogówką a tęczówką (*spatia anguli filtrationis*). Przestwory kąta przesącza są dalszym ciągiem komórki przedniej i śródbłonek z wewnętrznej powierzchni rogówki okrywa te przestwory, przechodząc następnie na przednią powierzchnię tęczówki.

Przestwory kąta przesącza mają połączenie z zatoką żylną twardówki (*sinus venosus sclerae v. canal. Schlemii*) i z przedniemi żyłami rzęskowemi.

Do tylnych przestworów i szczelin chłonnych zalicza się przewód chłonny szklistki (*canalis hyaloideus s. Cloqueti*), przechodzący przez szklistkę od tylnego bieguna soczewki ku otworowi przewodu osiowego w nerwie wzrokowym, i przestwór chłonny nadnaczyniówkowy (*spatium perichorioideum*) między naczyniówką i twardówką. Ciecz chłonna do wnętrza gałki ocznej nacieka z naczyniówki i z wypustek ciałka rzęskowego, a wycieka z gałki przez kąt przesącza, przez przestwory chłonne otaczające żyły wirowate i przez przewód chłonny w szklistce, prowadzący do szczelin chłonnych przewodu osiowego w nerwie wzrokowym. W naczyniówce, czas dłuższy pozostającej w ciemni, przestwory chłonne koło naczyń i przestwory między naczyniami wypełnione są gęstą cieczą chłonną.

Pod wpływem światła zmniejsza się ilość cieczy koło naczyń i między naczyniami tak dalece, że przestwory te robią wrażenie zupełnie opróżnionych. Warstwy siatkówki co do zawartości cieczy chłonnej zachowują się odmiennie od warstw naczyniówki. Przestwory naczyniówki przepełnione są cieczą chłonną w ciemni i pod wpływem światła opróżniają się; przeciwnie warstwy siatkówki przylegają do siebie ściśle w ciemni, a od działania światła przepełniają się cieczą chłonną. Siatkówka, wystawiona na działanie światła, znajduje się w stanie fizjologicznego obrzęku. Nie znaczy to, żeby ciecz chłonna nie ciekła i w ciemni przez warstwy siatkówki, tylko że pod wpływem światła wzmaga się przesięk cieczy chłonnej przez siatkówkę.

Ważną oznaką wzmożonego ciśnienia w gałce ocznej jest tętnienie tętnic siatkówki. Obraz wziernikowy tętnienia tętnic siatkówki wyraża się na tarczy nerwu wzrokowego kolejnem ich blednięciem i czerwienieniem; powstaje zaś stąd, że w razie wzmożonego ciśnienia w gałce ocznej krew może postępować do tętnic siatkówki tylko w czasie skurczu serca, przez cały zaś czas rozkurczu ciśnienie wywierane na ściany tętnic wstrzymuje nowy przypływ krwi. Jeżeli ciśnienie w gałce ocznej nie jest wzmożone, jak to ma miejsce w jaskrze prostej (*gl. simplex*), a tętnienie w tętnicach siatkówki daje się spostrzegać, to oznacza, że ciśnienie w gałce ocznej, chociaż i nie wzmożone, jest jednak większe od ciśnienia poza gałką. Odwrotnie rzecz się ma z tętnieniem żył na tarczy nerwu wzrokowego; występuje ono w razie wzmożenia ciśnienia w czaszce. Co prawda tętnienia żył na tarczy nie uważa się dotąd za objaw chorobowy, ale to dlatego, że tylko bardzo wzmożone ciśnienie w czaszce sprowadza tarczę zastoinową i towarzyszy innym groźnym objawom chorobowym. Niezbyt znaczna przewaga ciśnienia w czaszce nad ciśnieniem w gałce ocznej nie tylko nie jest szkodliwa, ale nawet pożyteczna, broni bowiem oczy od jaskry prostej. Mimo to jednak tętnienie żył siatkówki jest dla nas ważnym objawem rozpoznawczym, świadczy ono mianowicie, że ciśnienie w czaszce jest większe od ciśnienia w gałce ocznej. Znaczenie rozpoznawcze tętnienia żył i tętnienia tętnic na tarczy jest odmienne i tętnienie tętnic na tarczy jest wskazówką, że ciśnienie w gałce ocznej jest większe od ciśnienia w czaszce; tętnienie żył na tarczy oznacza, że ciśnienie w czaszce jest większe od ciśnienia w gałce ocznej. Wprawdzie Donders chciał wytłómaczyć tętnienie żył wzmożonem ciśnieniem w tętnicach, ale Preissner[11]) wykazał, że wysokość ciśnienia krwi nie wywiera żadnego wpływu na ciśnienie wewnątrz gałki ocznej. Do tego samego wniosku doszedł i Krämer[12]).

Przez bezpośredni ucisk palców na gałkę oczną można wywołać tętnienie w tętnicach siatkówki, ale nie podobna wywołać tętnienia w jej żyłach. Fakt ten zauważył już Wecker. Ujścia żył na tarczy odlewają swą krew w czasie rozkurczu serca; wzmożone ciśnienie w jamie czaszki zaciska te żyły i przeszkadza przez czas skurczu serca postępowaniu krwi żylnej z żył na tarczy nerwu wzrokowego do wnętrza czaszki. Stąd przy wzmożonem ciśnieniu w czaszce powstaje tętnienie żył tak na tarczy jak i w żyłach szyjowych wewnętrznych.

(C. d. n.)

[10]) Leber. Die Circulations- und Ernährungsverhältnisse des Auges. S. 354. Gräfe-Saemisch 2-te Auflage.

[11]) Preissner. Beobachtungen mit dem Tonometer von Schiötz Inaug. Diss. Breslau 1911.

[12]) Graefe Arch. f. Ophth. Bd. LXXIII. 1910. s. 349.

Oceny i sprawozdania.

V. Morax. **Jaskra i chorzy na jaskrę.** Paris. Octave Doin 1921. Książka ta napisana żywym i barwnym językiem przez autora chlubnie znanego w piśmiennictwie jest sumiennem sprawozdaniem z pracy klinicznej, dotyczącej przypadków jaskry, w ostatniem dziesięcioleciu, leczonych przez autora. Toteż, chociaż dane historyczne są może za skąpe, i choć nie znajdziemy w książce krytyki choćby ważniejszych teoryj pochodzenia jaskry, zato spotkamy dokładne dane, dotyczące badania jaskry, czyto przyrządem tak ogólnie uznanym, jak tonometr Schioetza, czy choćby i nowym przyrządem, określającym różnicę w ciśnieniu krwi i napięciu gałki ocznej, jak oftalmodynamometr Baillart'a. Zasadniczo Morax podkreśla, że wogóle nie spotykał jaskry o napięciu gałki poniżej 30 mm. i obok swych 54 przypadków opisanych dokładnie i starannie i zgodnych z powyższem twierdzeniem, podaje jeden tylko przypadek Stock'a z jaskrą przy napięciu gałki 18—20 mm — przechodzi jednak do porządku dziennego nad podobnemi przypadkami, nie roztrząsając zagadnienia.

Osobne rozdziały poświęca autor jaskrze dziecięcej, uważając ją za następstwo zwyrodnienia naczyń krwionośnych oka w kile wrodzonej. Dużo miejsca w książce udzielono jaskrze urazowej, którą autor dzieli na przednią i tylną, za istotne przy jaskrze tylnej uważając zmiany w naczyniach i tkankach siatkówki.

Same objawy podmiotowe jaskry są opisane nader starannie, np. obok dokładnego spisu zjawisk kół tęczowych, spotykamy ciekawy barwny rysunek kół tęczowych, otrzymanych drogą barwnej fotografji źródła światła poprzez płytkę szklaną, posypaną pyłem widłakowym. Znajdziemy też w książce dużo wskazówek praktycznych co do wywiadów, leczenia lekami, higjeny chorych i leczenia ręcznego. Kończy autor książkę zdaniem, że tylko rozwój fizjologji doświadczalnej pozwoli nam wyjaśnić ostatecznie istotę pochodzenia jaskry.

Książka nader na czasie, szkoda jednak, że autor traktuje w niej oko może nazbyt oddzielnie od całego ustroju i dzięki temu słabo bardzo dotyka stosunku jaskry do cierpień ogólnych, jak dny, chorób nerek, wpływu przeżyć psychicznych i t. p. *W. H. Melanowski* (Warszawa).

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Zeitschrift für aerztliche Fortbildung.
Nr. 2. 1922.

P. F. Richter. **Leczenie moczówki cukrowej.** Podczas wojny stwierdzono (głównie w Niemczech, ale i w Anglji) spadek śmiertelności z powodu cukrzycy. Nie ma więc wielkiego znaczenia czynnik nerwowy w patogenezie cukrzycy; natomiast szkodliwem jest przekarmianie chorych. Cukrzyca, jako choroba, jest skutkiem nadprodukcji cukru, zależnej od nadmiernego podniecania odpowiednich komórek, głównie w wątrobie: wszelkie przekarmianie stanowi taką nadmierną podnietę. Wojna dowiodła słuszności tego poglądu (nie dowiodła przez to jednak, by pożytecznem było niedokarmianie, a takie wnioski czynią niektórzy badacze). Należy unikać przekarmiania, szczególnie białczanami i tłuszczami.

W patogenezie cukrzycy nie grają białczany roli jako źródło pochodzenia cukru; one właśnie stanowią najwyższą podnietę pokarmową, podnietę dynamiczną, powiększającą ilość wytwarzanego w ustroju cukru. Ciężkie przypadki cukrzycy to te, które są szczególnie wrażliwe na białko jako na podnietę dynamiczną. Zaniechać należy zalecania chorym wielkich ilości mięsa, sera; mniej wytwarzają cukru jaja i białczany pochodzenia roślinnego. Najczęstsze optimum ilościowe białka w djecie dziennej cukrzycowego wynosi 70 do 80 gramów, głównie w jajach kurzych, białku roślinnem, w ostateczności w mleku (dotąd starano się dawać 200 gramów, głównie w mięsie).

Ilość wydalonego z moczem cukru nie jest funkcją ilości wodanów węgla w pożywieniu, tylko funkcją całości wprowadzonego pożywienia. Dlatego leczenie, kierowane wyłącznie ku usunięciu wodanów węgla, jest błędne. Próba tolerancji chorego nie wyczerpuje się określeniem ilości wodanów węgla, jakie chory znosi; należy w każdym przypadku określić, ile chory wydala cukru przy określonej ilości spożywanego białka i pewnej sumie ciepłostek. Dlatego niewiele są warte ogólnikowe tabelki i przepisy. Tak np. wszystkie surogaty pieczywa dla cukrzycowych (chwalące się w reklamach wielką zawartością białka i tłuszczu), są wręcz szkodliwe.

Dotychczasową djetę cukrzycowych uważano za djetę oszczędzającą, ponieważ, wykluczając wodany węgla, oszczędzano komórkom pracy, której nie mogły podołać. Obecnie przez oszczędzanie rozumiemy usuwanie z pożywienia podniet, potęgujących wytwarzanie cukru. Jeżeli zaś z tej racji dajemy choremu mniej białka i tłuszczu, to *eo ipso* wolno mu dać więcej, niż dotąd bywało, wodanów węgla. Taka djeta zapobiega też kwasicy.

Obecnie staramy się o to, by ustrój doszczętnie wyzyskał podawane mu w pożywieniu wodany węgla. Najlepszą odmianą takiej djety jest djeta owsiankowa, ale wtedy, jeśli jest stosowana ściśle podług przepisu Noordena. (Dorywcze stosowanie kleików nie ma nic wspólnego z tą djetą). Oto przepis Noordena. Dwa lub trzy dni z rzędu dużo tłuszczu i małe ilości białka — więc djeta jarzynowa. Potem przez trzy dni djeta owsiankowa, składająca się z 250 g kaszy owsianej, 150 g masła i około 100 g białka roślinnego. Potem znów dwa dni djety jarzynowej. Istotą tej djety jest ubóstwo białczanowe; dzięki temu w.—w. są doskonale wyzyskane. Tę monotonną djetę można zastąpić jarstwem; ale bez mąki trudno stosować jarstwo. Falta urozmaica kurację Noordena, zastępując częściowo owsiankę przez mączki owocowe: z grochu, ryżu, kartofli, po 30 do 40 g Istotą djety pozostaje zawsze mała ilość białka zwierzęcego. Djety Noordena i Falty szczególnie dobre wyniki dają u dzieci. Przeciw rozwiniętej śpiączce cukrzycowej (której obecna djeta zapobiega w stopniu znacznym) jesteśmy bezsilni. Jeśli śpiączka wybucha nagle, wówczas soda może pomóc. W okresie zwiastunów śpiączki należy chorych głodzić: nieco kartofli, kawa czarna i — jeśli w moczu niema wałeczków — wielkie ilości wyskoku; jednocześnie po 50—60 g sody (z dodaniem 5% lewulozy) dziennie, dożylnie. Cukrzycowi, którzy mają ulec operacji, powinni przez parę dni być niedożywiani: trochę tłuszczu, mało jarzyn, białka wcale. Potem, jeśli czas starczy — owsianka.

Jeśli w moczu ludzi zdrowych znajdujemy znaczną ilość istot redukujących, t. j. jeśli przy dokonywaniu próby Trommera tworzy się charakterystyczny żółto-zielonkawy osad (jeszcze nie czerwonawy), albo jeśli mocz rozpuszcza większe ilości siarczanu miedzi, niż to widujemy zwykle, natenczas wnioskujemy o ginącej cukrzycy (szczególnie u obciążonych dziedzicznie, lub w okresie zdrowienia po chorobach zakaźnych). Takich »kandydatów« nie należy przekarmiać, szczególniej mięsem. Dzieciom rodzin cukrzycowych nie należy np. zabraniać cukrów, by je paść mięsem. Naogół należy takim zagrożonym usuwać z djety cukier, zmniejszyć wodany węgla, ale nie powiększać ilości białka zwierzęcego.

S. Sg.

Choroby nerwowe.

The Lancet.
5. XI. 1921.

Sargent. **Spostrzegania nad padaczką.** Jest to odczyt wygłoszony przez chirurga neurologa, opierającego się na licznych spostrzeganiach obrażeń czaszki czasu wojennego. Przedewszystkiem zaznacza on, iż świeżo czynione próby rozwiązania istoty epilepsji za pomocą psycho-analizy są poprostu wstecznictwem. S. zwraca uwagę, iż gwałtownie przychodzące napady drgawkowe idą w parze z widocznemi zaburzeniami krążenia w obrębie kory mózgowej, a w zależności od różnych bodźców drażniących. Tę teorję naczyniową wysunął na plan pierwszy Russell w roku 1909; pogląd ten podziela również S., mianowicie zdaniem jego skurcz stały (toniczny) podczas napadu padaczki jest następstwem nagłego, a przemijającego zaburzenia w korowem krążeniu krwi, powodującego t. zw. »decerebratio«, podczas gdy skurcze drgawkowe (kloniczne) są wyrazem powracającego krążenia. Dało się przekonać doświadczalnie, iż opona miękka pod wpływem prądu faradycznego, wystarczającego do wywołania drgawek padaczkowych bladła w sposób wyraźny. Leriche w r. 1920 spostrzegając licznych swych rannych z postrzałami czaszki i napadami Jackson'owskiemi zauważył, iż napad drgawek szedł w parze z zahamowaniem tętnienia mózgu i blednięciem naczyń opony miękkiej; jednocześnie ciśnienie wewnątrzczaszkowe spadało poniżej normy. S. zwraca uwagę, że punktem wyjścia zaburzeń miejscowych krwiobiegu w mózgu — a więc przypuszczalnie i napadów drgawkowych — mogą być zrosty między mózgowiem a otaczającemi tkankami czaszki. Coprawda tylko mała cząstka chorych z »unieruchomionym mózgiem« choruje na padaczkę, skąd należałoby wnioskować, iż poza owemi zmianami anatomicznemi należy brać pod uwagę czynniki wkraczające w dziedzinę »nieważkich« — w rodzaju mniejszej odporności i wzmożonej wrażliwości komórek nerwowych. Olbrzymi materjał kliniczny autora, obejmujący stu dwudziestu chorych cierpiących na padaczkę po postrzale czaszki, wykazuje, iż 95% rannych w głowę nie ma wcale drgawek. W ten sposób sprawa wymaga dalszych dociekań.

Co się tyczy padaczki samoistnej, zdaniem Sargent'a do chwili obecnej nie ma tu szerszego pola do działania operacyjnego, chyba że przez czas długi stosowane środki wewnętrzne całkowicie zawodzą.

Przypisek referenta. W sprawie przyczyn padaczki samoistnej podaje Edward Zieliński pewien fakt ściśle anatomiczny, mianowicie specjalne pochylenie stoku Blumenbacha, dzięki czemu rdzeń przedłużony ustawia się do rdzenia kręgowego nie pod kątem rozwartym (jak to jest u ludzi normalnych), lecz pod kątem prostym; okoliczność ta powoduje trudności w krążeniu płynu mózgowego i przy pewnych sprzyjających okolicznościach doprowadza do drgawek. Być może, iż to odkrycie bystrego badacza naszego (uczynione na cztery lata przed Jego zgonem) rzuci światło na ciemne strony przyczyny padaczki i uczyni zbytecznemi owe »imponderabilia«, wśród których widzi się zmuszonym błąkać chirurg-neuropatolog Sargent. (Pracę E. Zielińskiego podała Gazeta Lekarska w Nr. 12. 1921 r.).

E. Lewenstern (Warszawa).

Archives de Neurologie.
1921.
Revue Neurologique.
1920—1921.

Leczenie choroby Basedowa. Według referatu Roussy na Zjeździe Neurologicznym Francuskim racjonalne leczenie tej choroby polegać winno na zwalczaniu przyczyny, t. j. na usunięciu nieprawidłowego działania tarczycy. W tym celu zalecano seroterapję (antythyroidina Moebius'a, hemato-ethyroidina Halliona, tj. surowica, pochodząca od zwierząt, pozbawionych tarczycy, oraz surowica tyreotoksyczna Rogers, osłabiająca nadprodukcję gruczołu tarczowego), jednak bez wyraźnego wyniku dodatniego, pozatem stosuje się metody operacyjne, niekiedy nader skutecznie. Z zabiegów chirurgicznych thyroidektomja Riedel'a została zarzucona, natomiast metodę częściowego wycięcia tarczycy (Kocher) dobrze jest kombinować z thymektomją, która zapobiega wystąpieniu objawów samozatrucia po operacji. Naświetlanie promieniami Roentgena ma tę dobrą stronę, że pozwala dawkować czynnik niszczący i umiejscawiać go stopniowo w odcinkach poszczególnych. Metody specyficzne w leczeniu choroby Basedowa należy dopełniać przez leczenie ogólne; z leków wewnętrznych zalecone były: salicylat sodu (Babiński) i chinina.

Zwiastuny napadu padaczkowego. Do znanych objawów aury epileptycznej Hartenberg dodaje kilka innych, przez siebie spostrzeganych: nieruchomość spojrzenia, wyraźniejsze błyszczenie jednego oka, zaczerwienienie nosa lub jednego ucha, rozszerzenie źrenicy, grymas na twarzy, sinica policzków, zasychanie wydzieliny nosowej, podniesienie ciepłoty, wypowiadanie projektów niezwykłych. Stwierdzenie tych objawów, powstających niekiedy na kilka dni przed napadem, umożliwia zastosowanie odpowiednich środków ostrożności, co ma znaczenie wówczas, gdy ataki zjawiają się rzadko, zwłaszcza w niektórych zawodach.

Nakłucie lędźwiowe przy bólach głowy. Opierając się na znanym fakcie, że nakłucie lędźwiowe bywa często skuteczne, jako środek objawowy przy bólach głowy wskutek wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, Mingazini stosował nakłucie w przypadkach uporczywej migreny oraz t. zw. samoistnego bólu głowy (*cephalalgia essentialis*) i na 47 przypadków otrzymał w 25 przypadkach wyleczenie, w 15 poprawę. Zwłaszcza dobry wynik osiągnięto w przypadkach stałego bólu połowiczego, który zdarza się często u młodych kobiet bez wyraźnej etjologji. Należy podkreślić, że często bezpośrednio po nakłuciu ból głowy się wzmaga, po kilku dniach jednak właściwe cierpienie ustaje zupełnie. Analogiczne spostrzeżenie uczynił przed kilkunastu laty Babiński, który zalecał nakłucie lędźwiowe w zawrotach głowy w związku z chorobą Menière'a.

Odrębność jadu kiłowego w porażeniu postępującem. Marie i Levaditi starali się ostatnio wykazać, że objawy paraluetyczne powstają wskutek specjalnej odmiany jadu przymiotowego, mającego swoiste działanie na tkankę nerwową (*spirochètes neurotropes*), podczas gdy objawy syfilisu pierwotnego i drugorzędnego wywołuje jad, działający przeważnie na tkankę łączną i nabłonkową (*spirochètes dermotropes*). Poglądy tych autorów stały się przedmiotem dyskusji na Zjeździe neurologów francuskich. Sicard w referacie głównym wykazał dowodnie, że w obu wypadkach mamy do czynienia z tym samym jadem, który działa w sposób eklektywny na rozmaite tkanki zależnie od ich podatności. Wśród ras południowych przymiot przybiera złośliwą postać skórną, natomiast objawy paraleutyczne należą do rzadkości, podczas gdy nadmierne zużycie układu nerwowego sprzyja powstawaniu neuro-syfilisu wśród narodów o wyższej kulturze (zdanie Kraft-Ebinga: porażenie postępujące jest wynikiem przetworzenia syfilizacji przez cywilizację). W każdym razie jest rzeczą znamienną pod względem klinicznym, że bezwład i wiąd rdzenia powstają najczęściej u tych osobników, u których przebieg pierwotnych objawów jest łagodny, i odwrotnie przymiot o przebiegu ciężkim rzadko kończy się objawami parasyfilitycznemi (Fournier: *Une syphilis, qui commence bien, est exposée à mal finir*). Z powyższego wynika wniosek co do leczenia cierpień paraluetycznych: leczenie swoiste jest wskazane bez zastrzeżeń, przyczem bardziej odpowiedniemi wydają się te środki, które działają jednocześnie na tkankę nerwową (preparaty arszenikowe oraz wstrzykiwania podoponowe, będące zresztą jeszcze w okresie próbnym).

T. Jaroszyński (Warszawa).

Chirurgja.
The Lancet.
5. XI. 1921.

Levy. **Miesienie serca.** Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Sekcji Chirurgicznej Królewskiego Tow. Lek. w Londynie — oparta na spostrzeganiu klinicznem i doświadczeniach na zwierzętach. Praktyka szpitalna nie może pochwalić się nazbyt pomyślnemi wynikami miesienia serca. Doświadczenia celowo przeprowadzone z psami i kotami wykazały, jak korzystny jest ten zabieg w razie zatrzymania pracy serca. Oceniając znaczenie masażu serca, Levy protestuje przedewszystkiem przeciw samej nazwie rękoczynu, gdyż nie chodzi tu o miesienie tkanki mięsnej serca, lecz o miarowe wyciskanie z odpowiednią siłą treści obu komór, przyczem prawa musi być wygniatana na równi z lewą, bowiem jest rzeczą oczywistą, iż nie sposób zaopatrywać komorę lewą w krew utlenioną przy zastoju prawej. Zatem ręka masująca musi mieć dobry dostęp do obu połów serca. Zdaniem wielu masaż działa jako bodziec mechaniczny pobudzający bicie serca; autor stoi na wręcz odwrotnem stanowisku: sądzi, iż masaż jako taki jest zgubny dla bicia serca i dowodzi tego swemi doświadczeniami, z których widać, iż w razie drżenia (*fibrillation*) komorowego z największą pewnością nie daje się wywołać bicia serca bodźcami mechanicznemi.

Technika chirurgiczna. Istota sprawy polega na osiągnięciu bezpośredniego dostępu do serca. W tym celu nieraz wycinano chrząstki żebrowe i otwierano osierdzie, lecz sposób ten jako długi i zawiły — raz jeden tylko dał dobry wynik. Większe uznanie ma droga podprzeponowa, jednakże tylko u dzieci daje się w tym razie uchwycić całe serce, natomiast u dorosłych wymyka się ono całkowicie z pod palców. Dostęp przez otwór w przeponie od jamy brzusznej również nie jest wygodny. Bost i Neve podali sposób następujący: cięcie brzuszne, przez które odcinamy przyczepy przepony na lewym łuku żebrowym na przestrzeni dwuch cali, prawa ręka zostaje wprowadzona do lewej opłucnej, a serce ujęte poprzez osierdzie z zewnątrz. W ciągu miesienia uciskamy części miękkie dookoła prawego napięstka, by nie dopuścić powietrza do jamy opłucnej. Nieodzownym warunkiem powodzenia miesienia serca jest oddech sztuczny, bez którego oczywiście niesposób otrzymać utleniania krwi. W pewnych razach przy pierwotnym paraliżu serca oddech trwa samoistnie przez czas dłuższy. Oddech sztuczny sposobem Sylvestera jest niedopuszczalny w razie, gdy się na drodze krwawej dotarło do serca. W tym razie należy stosować wdmuchiwanie prądu tlenu przy zastosowaniu przyrządu zaopatrzonego w miechy. W ostateczności w nagłej potrzebie zaleca się wdmuchiwanie powietrza z ust do ust.

Nagniatanie serca winno odbywać się z szybkością i siłą zbliżoną do warunków normalnych, przyczem nieodzowne są przerwy w miesieniu. Serce posiada w wysokim stopniu zdolność powrotu do pracy po bezwładzie trwającym czas dłuższy: w przypadku Mollisona udało się pobudzić serce do życia po 13-tu minutach zatrzymania. — Istnieją dwie różne przyczyny zapaści sercowej podczas chloroformowania: 1) zatrucie nadmierną ilością chloroformu. W tym razie zapaść sercowa idzie w parze z oddechową, przyczem najpierw zostaje porażony oddech; serce przeważnie nie zamiera całkowicie, lecz praca jego jest niewystarczająca. Sztuczny oddech wyrzuca z ustroju nadmiar chloroformu i zaopatruje krew w tlen. W ten sposób prawie zawsze wystarcza sam oddech sztuczny, byle rozpoczęty dość wcześnie. Krzywa ciśnienia krwi i uderzeń serca otrzymana doświadczalnie wskazuje stopniowe, a powolne przywracanie do życia pracy serca u kota ciężko zatrutego chloroformem. 2) pierwotna zapaść sercowa nie ma nic wspólnego z zatruciem nadmierną ilością chloroformu, a ośrodek oddechowy nie jest porażony; mimo to i tutaj wkrótce oddech ginie na skutek

braku krążenia krwi. Przywrócenie czynności serca odbywa się tu odrazu (w przeciwieństwie do punktu 1-go). Praca serca ustaje tu również nagle, a zaprzestanie oddechu poprzedzają wzmożone ruchy klatki piersiowej. Nagła bladość powłok i krańcowe rozszerzenie źrenic objaśniają usypiającego, z czem ma do czynienia. Znane są liczne przypadki powrotu do życia z podobnego stanu pierwotnej zapaści sercowej bez zastosowania miesienia, co dla autora jest rzeczą zrozumiałą, albowiem — jego zdaniem — masaż serca jest tylko środkiem ratującym je od zaduszenia i podtrzymującym jego zdolność do samorzutnego powrotu do pracy. Stosuje się to do serca ludzkiego i kociego, natomiast serce psie tylko rzadko daje się przywrócić do życia. W razie pierwotnej zapaści sercowej (u człowieka) należy niezwłocznie przystąpić do miesienia (po 2-ch minutach sprawa jest całkowicie przegrana). Jeśli po 5-ciu minutach nieprzerywanego masażu bicie serca nie wraca, robimy pauzę od 15-tu do 45-ciu sekund. Pauza ta jest koniecznie potrzebna w celu dania wypoczynku mięśniowi sercowemu, zmaltretowanemu przez manipulacje na nim czynione. Zbyt długotrwały bez przerw masaż potęguje szkodliwe ruchy «fibrillarne» serca. Powrót do pracy normalnej zauważyć się daje często podczas pauzy między dwiema serjami miesienia, a ciśnienie krwi prawie odrazu podnosi się do normy; jeśli okaże się ono zbyt niskie, doskonale działa zastrzyknięcie pituitriny. Przeciwko stanowi «drżączki» komór sercowych zalecają niektórzy adrenalinę, na co autor nie zgadza się, twierdząc, iż wystarczają same zabiegi mechaniczne.

W przypadkach najcięższych należy stosować zabiegi ratownicze conajmniej godzinę.

29. X. 1921.

Saner. **W sprawie leczenia ostrych spraw ropnych.** Olbrzymi materjał wojenny ubiegłych lat rzucił wiele światła na stronę chemiczną i bakterjologiczną w zakażeniu ran; powstały liczne nowe sposoby walki z zakażeniem, wprowadzono zatem nowe środki bakterjobójcze, rozpuszczające tkanki, wywołujące sztuczne przekrwienie, surowicę &c. &c. Wszystko to miało skutek ten, iż odwracało uwagę chirurgów od podstawowych zasad leczenia ran, zasad, opierających się na czynnikach mechanicznych. «Sączkowanie» przyjęto oddawna uważać za najważniejszy czynnik w leczeniu ropienia; pojęcie to zrosło się ściśle z rurką sączkującą, którą uważano za nieodzowny warunek dobrego odpływu wydzieliny rany. Dziś wiemy, iż wyraz sączek winien być zastąpiony przez «zmniejszenie napięcia». Wytworzenie otworu, względnie szczeliny, wzdłuż ktorej spływają wytwory zapalne — oto czynnik sprzyjający gojeniu się rany. Należy dążyć do możliwie największego usunięcia napięcia przez cały czas leczenia rany, a natura sama nam dopomoże, stwarzając drogi odpływu wzdłuż naczyń, powięzi, ścięgien etc.

Następnym podstawowym warunkiem gojenia ran zakażonych jest spokój, a więc unieruchomienie odnośnych części ciała. Spokój jest najpotężniejszą przegrodą, niedopuszczającą do rozchodzenia się czynników zapalnych. Stosuje się to w jednej mierze do wszystkich części ustroju: tak samo do jamy brzusznej jak i kończyn.

Dalsze punkty leczenia ran stanowią: unikanie zakażenia dodatkowego (a więc: aseptyka) i jak najszybsze i doszczętne usuwanie martwych tkanek, przyczem dodatkowo bakterjolog czyni starania o wzmożenie odporności krwi. Rozpatrzmy szczegóły stosowania powyższej metody w poszczególnych częściach ciała.

Ropienie w częściach miękkich kończyn wymaga przedewszystkiem doskonałego, a więc rozległego unieruchomienia, najlepiej przy pomocy deseczek, co w wysokim stopniu ułatwia opanowanie sprawy. Cięcie należy robić wcześnie, szeroko i głęboko, niezawsze wyczekując na zjawienie się chełbotania. Stosuje się to zwłaszcza do ciężkich postaci zakażenia. Rzecz jasna, iż znaczenie decydujące ma stosunek złośliwości zarazka do odporności tkanek.

Ostre ropne zapalenie szpiku kostnego wymaga tych samych zasad postępowania, o których była mowa przed chwilą, a więc należy jak najwcześniej i jak najszerzej otwierać jamę szpiku kostnego, nie czekając na chełbotanie. Lepiej wydłutować kość w terenie zdrowym, niż nie dotrzeć do miejsca chorego. Krańcowi radykaliści zalecają niezwłoczne usunięcie podokostne całego schorzałego trzonu kostnego, poczem należy zastosować wyciąg, by odradzająca się kość otrzymała wymiary pożądane. Mimo to wszystko czyż istnieje na świecie chirurg, któryby nie żałował, iż nie amputował zawczasu kończyny podległej najcięższemu zakażeniu szpiku kostnego?

Ze sprawą, o której przed chwilą była mowa, łączy się ściśle ropne zapalenie stawów. Przeznaczeniem stawu jest ruch, a unieruchomienie go prowadzi do zesztywnienia. Z drugiej strony, prawdziwy spokój zapewnia powierzchniom stawowym tylko takie ustawienie, gdy one nie przylegają ściśle do siebie. Zatem potrzebne są nie leszczotki, lecz wyciąg. W ten sposób osiągamy i drugi ważny cel, mianowicie rozszerzona szpara stawowa nie dopuszcza do tworzenia się zrostów zesztywniających. W wielu razach wystarcza wypompowanie ropy ze stawów i tylko tam, gdzie zabieg ten zawodzi, staw się otwiera, oczyszcza i potem niezwłocznie zaszywa: następcze usuwanie ropy często udaje się przez proste nakłucia.

Ostre ropne zapalenie otrzewnej wymaga postępowania podług zasad w części ogólnej wyłożonych, przyczem pamiętać należy, że siły obronne przeciw zakażeniu posiada jama brzuszna w stopniu wyższym, aniżeli inne części ustroju. Sieć i otrzewna posiadają przedziwne siły do usuwania i umiejscowiania spraw zapalnych, a obowiązkiem chirurga jest jak najmniej im w tęm przeszkadzać. Otworzenie jamy brzusznej stanowi nieodzowny warunek leczenia ostrego ropienia. Cięcie winno być prowadzone możliwie ponad miejscem źródła ropienia przyczem trzeba wystrzegać się wkroczenia w teren niezakażony. Usunięcie źródła zakażenia winno być celem naszego zabiegu. Sprawą wielce drastyczną jest zagadnienie, czy po tem wszystkiem należy jamę brzuszną zaszywać. Autor wybiera najczęściej drogę pośrednią, tj. nakłada szwy węzełkowe rzadkie, co mu pozwala w razie potrzeby w każdej chwili rozpruć dowolną część rany. W przypadkach rozlanego zapalenia należy jamę brzuszną pozostawić otwartą, co zresztą pociąga za sobą, zwłaszcza u dorosłych, obawę wydobycia się jelit. Przeto często jesteśmy zmuszeni wprowadzać sączki, których zadanie polega nie na właściwem sączkowaniu, lecz na wytworzeniu warunków, zmniejszających ciśnienie wewnątrzbrzuszne. Najdalej po 48 godzinach sączki należy usuwać, gdyż drażnią one zapalone trzewa i sprzyjają wtargnięciu z zewnątrz nowego zakażenia. Nie należy robić cięć więcej ponad jedno. Nierzadko mamy do czynienia z peritonitem pneumokokkowym, jako wyrazem zakażenia ogólnego. W tym razie po oczyszczeniu jamy brzusznej należy ją bezwzględnie zaszyć szwem luźnym. O unieruchomienie troszczy się sam ustrój chorego na drodze obezwładnienia ruchów jelit i napięcia mięśni brzusznych. Z biegiem czasu, w miarę potęgowania się zakażenia, te siły obronne ustępują: następuje bezwład muskulatury brzusznej i wzdęcie brzucha. Operacja dokonana w tym okresie choroby najczęściej okazuje się już spóźnioną. Oczywiście należy unikać wszystkiego, co drażni jelita, a więc w pierwszym rzędzie środków czyszczących. Przeciw dokuczliwemu, a często groźnemu rozdęciu kiszek zaleca się pituitryna stosowana podskórnie co dwie godziny 3 lub 4 razy z następczem wlewaniem wody przez odbytnicę.

Ropne zapalenie opłucnej. Zniesienie napięcia przy jednoczesnem unikaniu zakażenia wtórnego, oto podstawowe punkty leczenia ropniaków opłucny. Cel ten nieraz może być osiągnięty przez wielokrotne wypompowywanie ropy co zaleca się szczególnie w sprawach dwustronnych. Niektórzy otwierają szeroko opłucną, uwalniają ją możliwie starannie od ropy i — zaszywają na głucho. Niezawodny sposób stanowi stara metoda wycinania żeber, lecz właśnie tu należy najbardziej liczyć się z zapaleniem wtórnem. W tym celu dobrze jest stosować długie sączki gumowe, których koniec zewnętrzny zanurzamy w płynie przeciwgnilnym; Dean zaleca nakładanie na sączek »rurki Carrel'a«. W ten sposób można usunąć długą rurkę po 48 godzinach, powtarzając »irrygację rany« do czasu, kiedy zacznie się gojenie. (Chodzi

tu niechybnie o ranę powłok, gdyż jak wiadomo przemywanie jamy opłucny jest rzeczą bardzo niebezpieczną. Przyp. ref.). Unieruchomienie w obrębie klatki piersiowej osiąga się samorzutnie dzięki bolesności głębszych ruchów oddechowych w okresie wczesnym choroby. Z biegiem czasu unieruchomienie wytwarzają zrosty między listkami opłucny, co stanowi czynnik szkodliwy, albowiem przeszkadzający należytemu przewietrzaniu i rozszerzaniu płuc. Najlepszą radą przeciw temu są ćwiczenia oddechowe na otwartem powietrzu.

K. Lewenstern. (Warszawa).

Choroby oczu.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.
T. 66. 1921.

Hagen. **O surowiczem pooperacyjnem oderwaniu naczyniówki i tegoż patogenezie.** Na klinice okulistycznej w Krystjanji przeprowadzał autor w przeciągu 9 miesięcy systematyczne badania nad surowiczem pooperacyjnem oderwaniem naczyniówki. Posługiwał się przytem własną metodą prześwietlania twardówki, — obok kręgu świetlnego, bezpośrednio otaczającego koniec lampki, można było w przypadkach oderwania zauważyć jasny odblask w twardówce w miejscach oderwanych, wypełnionych surowiczym płynem.

Najczęściej spostrzegał H. oderwanie naczyniówki po trepanacji Elliota t. j. w 76%, rzadziej po *iridencleisis* Holtha. Po operacji zaćmy w 22%, zawsze więc częściej, niż to wykazywała pierwotna statystyka Fuchsa (4·7%). Pochodzi to stąd, że Fuchs badał tylko te przypadki, w których stwierdzał płytką przodkową komórkę, podczas gdy autor badał wszystkie przypadki i to nawet 14 do 20 dni po operacji.

Po operacjach wykonanych nożykiem grotowym spotyka się oderwanie bardzo rzadko. Po dyscysji H. nigdy nie spostrzegał oderwania. Przetoce rogówkowej towarzyszy stale oderwanie naczyniówki, które zwykle ustępuje po zamknięciu przetoki po operacji plastycznej zapomocą płatu spojówkowego.

Płytka komórka przednia i zmniejszony ucisk śródgałkowy stale wyprzedzają oderwanie naczyniówki. Gdy komórka zostaje zniesioną, odpływa ciągle ciecz wodna, ciśnienie śródgałkowe się zmniejsza, co wywiera pewien ciąg na wolno tylko z twardówką złączoną naczyniówkę. Przychodzi wówczas do oderwania się naczyniówki, a wolną przestrzeń wypełnia ciecz surowicza, powstała z przesączania z wielkich naczyń naczyniówki.

Rokowanie jest dobre — zwykle przeciętnie w 3 tygodniach następuje poprawa. Dłuższe trwanie oderwania należy do rzadkości. Czasami pozostają jako ślady po oderwaniu barwikowe pasma na dnie oka. Wyleczenie przeważnie samoistne.

Ischreyt. **Przyczynek do kazuistyki o schorzeniu oka przy plamicy** *(morbus maculosus Werlhofii)* **i przy durze osutkowym.** Przy plamicy spostrzegał I. w jednym przypadku krwotoki w siatkówce, w drugim w spojówce gałkowej. Zapalenie tęczówki wystąpiło w przypadku trzecim.

Przy durze osutkowym spostrzegał I. w jednym przypadku obustronne przerzutowe ropne zapalenie całej jagodówki.

Wunderlich. **Przyczynek do patologji nabłonkowych nowotworów ciała rzęskowego.**

Haab. **Pierwszy obraz wziernikowy prawdziwego garbiaka przy krótkowzroczności.** H. podaje, że pierwszy obraz wziernikowy prawdziwego garbiaka tylnego przy krótkowroczności (*staphyloma posticum verum)* odtworzył w rycinie X. Gałęzowski, jednakże fałszywie tłumaczył ten obraz wziernikowy jako oderwanie błony ciałka szklistego. Gałęzowski popełnił tu ten sam błąd, jak swego czasu Jäger w początkowej epoce wziernikowej, który jaskrowe wydrążenie nerwu wzrokowego uważał za pęcherz wystający.

Birkhäuser. **Nowe urządzenie oświetlenia światłem łukowem (światło łukowe, lampa ogniskowa) dla badania przedniego odcinka gałki, jak również dla wziernikowania w świetle, pozbawionem promieni czerwonych.**

Raeder. **Braki optyczne szkieł do okularów.**

Vogt. **Przypadek żelazicy gałki, oglądany mikroskopem przy lampie szczelinowej.** Badanie przypadku żelazicy gałki u 19 letniego chłopca w następstwie urazu dało przy oświetleniu zapomocą lampy szczelinowej następujące wyniki:

1) Rogówka, która przy zwykłych metodach badania wyglądała zupełnie bezbarwną, wykazywała w świetle lampy szczelinowej wybitne zabarwienie żółte, zależne od istnienia w miąższu rogówkowym żółtawych lub bronzowo-żółtawych, pod mikroskopem dostrzegalnych punkcików.

2) W dolnej trzeciej części rogówki widać w przybłonku powierzchowną, nieregularnie zagiętą linję poziomą, nie dosięgającą rąbka.

3) Istnienie w cieczy wodnej przedniej komórki drobnych punkcików, które wystąpiły w ogromnej ilości po zastosowaniu magnesu.

4) Podtorebkowe kropkowanie całej przedniej powierzchni soczewki.

5) Charakterystycznem jest żywe zabarwienie żółte przedniego prążka torebkowego.

6) Zniszczenie rusztowania ciałka szklistego, wewnątrz którego stwierdzić można wyjątkowo wielkie, żywo czerwone złogi barwika i tabliczkowate białe osady.

7) Zmiany wziernikowe, oglądane w świetle, pozbawionem promieni czerwonych, przedstawiają się jako toksyczne zwyrodnienie plamki żółtej Haeba i powierzchowne pofałdowanie siatkówki jako następstwo schorzenia tejże. Czy występujące w tem świetle wybitne żółte zabarwienie dna oka zależne jest od żółtego zabarwienia soczewki, czy też od zmian żelazistyoh w siatkówce, przypadek opisany nie rozstrzyga.

Vogt. **Miedzica soczewki i ciała szklistego.** W przypadku zranienia oczu w następstwie wybuchu pocisku karabinowego wydobyto ciała obce, w których badanie chemiczne wykazało znaczną zawartość miedzi.

Przy badaniu lampą szczelinową można było stwierdzić, że typowa zaćma Purtscherowska należy do bardzo cienkiej, podtorebkowej warstwy, najprawdopodobniej w obrębie przybłonka torebkowego.

Typowa postać zaćmienia (figura słonecznika) zależy od miejscowego zagęszczenia drobnych punkcików, rozsianych po całej przedniej powierzchni soczewki.

Lusterkiem wziernikowem tego zaćmienia się nie spostrzega; przy pewnem ustawieniu oka lśni się przednia część soczewki rozmaitemi barwami (przeważają kolory miedzianoczerwony i niebiesko-zielony). W ciele szklistem widać szarozielone błony i pasma, zdążające ku tylnej torebce.

Bachster. **O ropnem przerzutowem zapaleniu tkanki natwardówkowej.** Przypadek spostrzegany przez autora jest z rzędu czwartym przypadkiem opisanym w piśmiennictwie. Dotyczył 34-letniego chorego, operowanego na wole. W kilka dni po operacji zapalenie gardła i ogólne zakażenie krwi (wyhodowano gronkowca).

Oprócz ropnia przy ranie i lewem przedramieniu powstało w trzecim tygodniu choroby przerzutowe zapalenie tkanki natwardówkowej. Leczenie chirurgiczne.

Kubik. **Wrzekome zapalenie opon mózgowych po znieczuleniu zwojowem.** Przypadek wyłuszczenia gałki z powodu wodoocza u 10-letniej dziewczynki. Znieczulenie zwoju rzęskowego przez wstrzyknięcie w szczyt oczodołu roztworu nowokainy z adrenaliną. Przebieg operacji prawidłowy. Na drugi dzień wystąpiły objawy wrzekomego zapalenia opon mózgowych, które w kilka dni po dokonanem nakłuciu lędźwiowem ustąpiły. Przyczyną tych zaburzeń mógł być krwotok do przestrzeni pod oponą twardą, być może, że igła strzykawki była wbitą za głęboko (bez uwzględnienia krótszej budowy oczodołu dziecięcego) i uszkodziła jedno z naczyń mózgowych.

W. Reis (Lwów).

Choroby uszu, gardła i nosa.

The Lancet.
24. października 1921.

Douglas Webster. **Leczenie otosklerozy promieniami Roentgena.** Otoskleroza jest chorobą, o której istocie nie sposób do tej pory orzec nic pewnego; istnieją dziesiątki różnych przypuszczeń jakoto: zmiany wtórne po zapaleniu

błony śluzowej i okostnej ucha środkowego, zmiany nerwowe pierwotne w błędniku ze zwyrodnieniem wtórnem kości, zaburzenia rozwojowe, działające na całość narządu słuchu, przymiot, miażdżyca naczyń krwionośnych, skaza moczanowa, wadliwość pracy gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, gruźlica, zmięknienie kości, dziedziczność łącznie z innemi stanami chorobowemi kośćca (nadliczbowość palców, wyrośle kostne), oto szereg przyczyn, podawanych przez różnych autorów. Ostatniemi czasy Siebenmann (Bazyleja) wypowiedział zdanie, oparte na licznych badaniach drobnowidowych, że chodzi tu o nadmierny rozwój w błędniku chrząstki zarodkowej, normalnie zanikającej już w wieku młodzieńczym, a usadowionej z przodu i ku górze od otworu owalnego. Teorja ta nasunęła myśl zastosowania naświetleń roentgenowskich, jako czynnika, hamującego nadmierny rozwój komórek w tej chorobie, która do tej pory nie dawała się leczyć żadnym sposobem, doprowadzała chorych nieuniknienie do kalectwa całkowitej głuchoty, dostarczając jednocześnie przeróżnym szarlatanom pola do wyzyskiwania nieszczęśliwych. Nie wypracowano jeszcze ostatecznie metody naświetlania; zasada postępowania polega na kierowaniu w głąb ucha wewnętrznego przy pomocy wziernika usznego dostatecznie twardych promieni; zaleca się jednoczesne naświetlanie jajników. W ten sposób w wielu razach udaje się nie tylko powstrzymać rozwijającą się stopniowo głuchotę, lecz nawet ją zmniejszyć. Naogół robiono jeszcze zbyt mało prób (autor ma tylko dwa podobne spostrzeżenia), by orzec coś pewnego o ostatecznej skuteczności i trwałości leczenia. Bądź co bądź metoda ta zasługuje już dziś na szersze rozpowszechnienie.

Lewenstern (Warszawa).

Choroby skórne i weneryczne.

Dermatologische Zeitschrift
T. 35. Z. 1/2. 1921

E. Hoffmann i O. Mergelsberg. **Dziesięć lat leczenia salvarsanem w klinice dermatologicznej w Bonn.** Autorowie rozpatrują dziesięcioletni kliniczny materjał przypadków leczonych kiły I. i II. rzędnej. Stosownie do wskazań w różnych okresach dziesięciolecia stosowali różne ilości salvarsanu. Przypadków zmian pierwotnych z O. W. ujemnym leczono 176, z których 91 spostrzegali aż do lat 10-iu. Nawrotów było 4.4%; z odczynem W. dodatnim przypadków 354, (160 obserwowali aż do 10 lat), nawrotów 18,7 %. Z przypadków kiły II rzędnej, leczonych starym salvarsanem (25 przypadków), po 6—10 latach mieli 100 % wyleczeń; z przypadków leczonych neosalvarsanem i Natr. salv. nawrotów klinicznych lub serologicznych było 43 %; nawroty występowały zwykle w pierwszych 6-iu do 9-iu miesiącach po leczeniu. O. W. nie jednokrotnie mimo wysokich dawek salvarsanu i rtęci nie można było zmienić na ujemny. Neurorecydyzy, które spostrzegali, bardzo często były w łączności z O. W. ujemnym. O wynikach leczenia salvarsanem ze srebrem, autorowie nie mogą podać jeszcze dokładnych danych. W leczeniu kiły stosowano różne przetwory salvarsanu łącznie z rtęcią, w dwóch leczeniach; ostatnie leczenie dla pewności przy O. W. ujemnym. Wyniki tego sposobu leczenia w większości przypadków były bardzo korzystne. Ze spostrzegania autorów wynika, że nawet jednorazowe leczenie w przypadkach kiły II-rzędnej dużemi dawkami, doprowadzić może do wyleczenia. Jako pierwszą dawkę salvarsanu stosowali u mężczyzn 0.45, aż do 0.6, u kobiet 0.3—0.45 w odstępach 3—7 dniowych. Wcierań szaruchy 36—42, albo 10—12 wstrzyknięć salicylanu rtęci. Ogólna ilość stosowanego neosalvarsanu (Na) wynosiła 5.85. Przypadków śmierci nie odnoszą do przedawkowania salvarsanu, nie spostrzegali bowiem ani jednego zgonu, w okresie, kiedy stosowano bardzo wysokie dawki neosalvarsanu, do 1.5 g. Leczenie należy rozpoczynać jak najwcześniej, w razie nawrotu serologicznego lub klinicznego, leczenie powtarzać.

L. Baer. **O leczeniu równoczesnemi wstrzykiwaniami dożylnemi Neosalvarsanu i Novasurolu.** W 5 cm.^{3} przekroplonej, wyjałowionej wody, rozpuszczał autor dawkę neosalvarsanu, następnie z otwartej ampułki wciągał do strzykawki dawkę novasurolu. Po dokładnem zmieszaniu wstrzykiwał dożylnie oliwkowo-zielony płyn. Ilość leczonych tym sposobem przypadków wynosiła 272; wpływ leczenia na zmiany kiłowe był bardzo korzystny. Z objawów ubocznych rzadko spostrzegał zapalenie dziąseł lub biegunki i podniesienie ciepłoty; zapalenie skóry spostrzegał tylko w 3 przypadkach, odczyn Herxheimera 1.84 %, neurozecydyw nie było zupełnie. Korzystny wpływ okazał się w przypadkach żółtaczki pochodzenia kiłowego. Z 18 przypadków zmian pierwotnych z O. W. ujemnym, następowa kontrola nie wykazała ani serologicznego, ani klinicznego nawrotu. Z 143 przypadków kiły wczesnej z O. W. dodatnim w 72.73 % otrzymał po pierwszem leczeniu ujemny O. W., w pozostałych odsetkach najpóźniej po 2 lub 3-iem leczeniu. W 72 przypadkach poprzednio już leczonych, z nawrotami klinicznemi lub serologicznemi, 56.94%. po pierwszem leczeniu okazywało O. W. ujemny, z czego dalsza kontrola wykazała 58.54 % bez nawrotów. W kile wrodzonej (dawki neosalvarsanu 0.075 — 0.15) otrzymał tym sposobem leczenia również korzystne wyniki. Autor uważa ten sposób leczenia za przewyższający wstrzykiwania wśródmiąższowe rtęci.

Jako schemat podaje autor następujący sposób leczenia I. Zmiany pierwotne z O. W. ujemnym Męż. 4—5 gr. neosalvarsanu + 0.4—0.5 Hg w postaci novasurolu (2 cm. novasurolu = 0.06 Hg) Kobiety 3—4 neosalv. + 0.4 Hg Wstrzykiwania robić należy w 5-cio dniowych odstępach; w czasie pierwszego leczenia kontrola surowicy co 8 dni. Po skończonem leczeniu przerwa 6-io tygodniowa, poczem leczenie II-gie: Męż.. 2.4 neosalv. + 0.21 Hg, kobiety: 1.8 neosalv. +0.21 Hg. W przypadkach kiły z O. W. dodatnim 3 leczenia: I-sze i II-gie, jak I-sze poprzednie, III-cie, jak drugie poprzednie.

H. Hexthausen. **Badania nad patogenezą trądzika jodowego i bromowego.**

H. Müller. **Neurodermitis a rak łechtaczki u młodej kobiety.** U 24 letniej nauczycielki wystąpiły objawy swędzenia skóry twarzy, tułowia, kończyn; w trzy lata później swędzenie pojawiło się również na łechtaczce, i w okolicy odbytnicy. Badanie kliniczne stwierdziło obraz przewlekłej neurodermitis i grzebieniaste narośle w okolicy odbytnicy, napletek łechtaczki zgrubiały, pokryty wyniosłościami sączącemi. Badanie histologiczne wykazało podejrzane utkanie raka. W dwa lata później wejrzenie kliniczne i budowa histologiczna niewątpliwie przemawiały za rakiem. Mimo leczenia promieniami Roentgena i wycięcia nowotworu, stan chorej stale się pogarszał, a w $^1/_4$ roku po zabiegu operacyjnym nastąpiła śmierć. Autor nie może rozstrzygnąć, czy neurodermitis była przyczyną powstania raka.

H. Lippert. **O chorobie Dariera.** Przypadek typowy choroby D., opisany przez autora, klinicznie i histologicznie stwierdzony, charakteryzował się zmniejszeniem jądra lewego, uwiezgniętego w kanale pachwinowym i niemożnością stwierdzenia dotykiem gruczołu tarczowego; ojciec chorego i siostra, również cierpieć mieli na podobną chorobę. Ze względu na wyniki badania gruczołu tarczowego i jądra podano tyreoidynę. Po trzech tygodniach dała się zauważyć znaczna poprawa, wykwity uległy przypłaszczeniu. Ponieważ chory nie znosił tyreoidyny, musiano zaprzestać podawania jej, jak również i testoganu, który na krótki czas przedtem zastosowano. Po dalszych trzech tygodniach podana tyreoidyna, nie wywierała już żadnego wpływu, tak, że zastosowano leczenie promieniami Roentgena. Przypadek ten cechował się zaburzeniami wewnętrznego wydzielania, które zdaniem autora były przyczyną powstania tego cierpienia. Przypuszczenie swe popiera spostrzeżeniami innych autorów, którzy stwierdzili zaburzenia skórne będące w łączności z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznem. Przyczyna wywołująca jest nieznaną długi czas pozostawać może w utajeniu. Autor skłania się do przypuszczenia Poriasa, że przyczyną choroby Dariera jest przedewszystkiem uszkodzenie gruczołów dokrewnych, regulujących czynności wzrostu ustroju. Z drugiej strony jest w łączności z etjologją nowotworów, a zwłaszcza z związkiem przewlekłych cierpień skórnych, a powstawaniem złośliwych nowotworów. Leczenie przetworami gruczołów dokrewnych, wywarło tylko przemijający wpływ na przebieg choroby, pierwotną przyczyną choroby Dariera jest bowiem uszkodzenie

komórek zarodkowych. Cierpienie jest dziedziczne, występuje zawsze w okresie pokwitania.

F. W. Kloeppel. **Przyczynek do znajomości wiewiórowego bólu piętowego.** Przypadki bolu piętowego, dawniej już spostrzegane i opisywane pod nazwą »*Pied blennorrhagique, Achilodynie*« i td., w ostatnich 30 latach, coraz częściej bywają opisywane, zapatrywania na przyczynę tego objawu, również ulegały różnym zmianom. Autor przytacza trzy przypadki, w jednym chory cierpiał na przewlekły gościec stawowy, i ból w okolicy pięty. Badanie skąpego wycieku cewki moczowej stwierdziło obecność dwoinek wiewiórowych, w drugim przypadku objaw bólu piętowego wystąpił w okresie leczenia przewlekłego wiewióra, w trzecim przypadku również dała się stwierdzić obecność przewlekłego wiewióra. Badanie promieniami Roentgena, wykazało zgrubienia okostnej, w postaci ostróg, w miejscu przyczepu ścięgna Achillesa, i zgrubienia, w miejscu przyczepu *aponeurosis plantaris*. Wyrośle te powodowane były zdaniem autora sprawą swoistą. Przypadki te są ważne dla prawdziwego rozpoznania przyczyny, chory bowiem może rozmyślnie zataić obecność wiewióra. Leczenie swoiste doprowadzić może do znacznych polepszeń.

T. 35. Z. 3· 1921.

W. Scholz. **O uczynnianiu protoplazmy i o osmoterapji, ze szczególnem uwzględnieniem wstrzykiwań dożylnych cukru gronowego.** Działanie ciał białkowatych wprowadzonych do ustroju pozajelitowo, tłómaczą aktywowaniem protoplazmy lub krótko zwiększeniem wydatności, działanie to okazują i inne ciała, jak tłuszcze, metale, siarka, hypo- i hypertoniczne roztwory soli i cukru. Działanie drażniące odnosi się do wszystkich komórek ustroju, jednak na chore komórki wpływ jest najsilniejszy. Produkty przebudowy ciał wprowadzonych do ustroju i powstałe z rozpadających się komórek ustroju, działają pobudzająco na odczyn zapalny. Podobne działanie wykazano przy wstrzykiwaniach obcych i własnych surowic krwi. Czy działanie wszystkich tych ciał odbywa się drogą chemiczną, czy fizykalną, nie da się to rozstrzygnąć, działanie metali jest katalityczne. Działanie hypertonicznych roztworów soli i cukru gronowego, polega na wzmożeniu ciśnienia osmotycznego; przeładowana jadem lub szkodliwemi produktami przemiany materji komórka zostaje od nich uwolnioną wskutek zwiększonego ciśnienia osmotycznego, prócz tego należy przyjąć i działanie pobudzające na komórki. Wszystkie te ciała wyżej wymienione powodują leukocytozę, zwiększenie swoistych niweczników, i działanie w znaczeniu uszczelniania ścian naczyń krwionośnych, przez co występowanie jadów do otoczenia jest powstrzymane. Ciała te nie mają działania swoistego, ale działanie wyborcze na tkankę zapalną. Działanie korzystne widział autor po wstrzykiwaniach dożylnych zgęszczonego roztworu cukru gronowego 30—50%, w ilości 4—6—10—15 cm.³, co drugi dzień, ilość wstrzyknięć stosował na jedno leczenie 4 - 8 - 10. Leczenie to okazało się dodatniem w przypadkach świeżych wyprysków, swędzenia, świerzbiączki, *Erythema exud. m.*; przy przewlekłych wypryskach, łuszczycy i trądziku otrzymywał znaczne polepszenie.

C. Guttmann. **O t. zw. stałych (fixe) i pokrzywkowatych, nawracających wysypkach po salvarsanie i rtęci.** Nägeli po raz pierwszy opisał stale powracające w jednem i tem samem miejscu wysypki po salvarsanie. Guttmann obserwował trzy podobne przypadki; w jednym przypadku po każdem wstrzyknięciu neosalvarsanu występowały wykwity pokrzywkowe ograniczone, w drugim wysypka podobna do pokrzywki, poprzedzona objawami angioneurotycznemi po dożylnem stosowaniu novasurolu, w trzecim przypadku rozległa wysypka z podniesieniem ciepłoty, jednak bez objawów angioneurotycznych po neosalvarsanie + novasurolu. Podobna wysypka pojawiała się również i po dolędźwiowo stosowanym salvarsanie. Autor nie widzi różnic między stałemi, to jest na jednem i tem samem miejscu zawsze nawracającemi wysypkami, a ogólnemi rozmieszczonemi na całej skórze. Następstw przy dalszych leczeniach nie spostrzegał żadnych, radzi tylko w takich przypadkach zmienić preparat i przed wstrzyknięciem zastosować adrenalinę.

S. Brünauer. **Epidermophytia inguinalis generalisata z zajęciem paznokci.** Opis przypadku grzybicy skórnej wywołanej przez *Epidermoph. inguin.* umiejscowionej pod pachami, na tułowiu, kończynach górnych, wraz z zajęciem paznokci, na wewnętrznej stronie ud i na worku mosznowym. Kultury i preparaty z paznokci wykazały obecność *Epidermoph. inguin.* Jestto pierwszy przypadek opisany z zajęciem paznokci. Leczenie: maść Wilkinsona.

F. Walter. (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

III. Posiedzenie naukowe z dnia 18. stycznia 1922 r. Przewodniczy kol. Wojciechowski. Obecnych członków 62.

1. Prezes zdaje sprawę z konferencji, odbytej z p. Altenbergiem. Projektowano obniżenie prenumeraty dla członków, którzy dopiero co ukończyli studja lekarskie. Następnie przyjęto nowych członków, a mianowicie kol. Szumowicz-Drozdowską i kol. Ozjasza Herschderfera.

2. kol. Załęski z Tarnowa przedstawia: **Przypadek posocznicy meningokokowej o przebiegu piorunującym.** (Ogłoszone w Nr. 14/15 P. Gazety lekarskiej).

W dyskusji: Kol. Lewkowicz podnosi, że przypadek kol. Załęskiego jest bardzo dokładnie i wyczerpująco zbadany. Cenne jest np. stwierdzenie, że płyn mózgowordzeniowy nie był zakażony. Przypadki takie bowiem dowodzą, szczególnie jeżeli się rozwinie później zapalenie komór mózgowych i opon, że meningokokowe zakażenie krwi jest sprawą pierwotną, a w każdym razie, że może ono istnieć bez zajęcia komór i opon.

Kol. Eisenberg podnosi wyjątkowość spostrzeżenia prelegenta i niezmiernie sumienne obrobienie przypadku. Bezpośrednią bakterjoskopją poza zakażeniami pierwotniakowemi rzadko tylko udaje się wykazać zarazki we krwi — przy posocznicy wąglikowej, dżumowej, paciorkowcowej (1 przypadek przy ostrej posocznicy krwawej post mortem, spostrzegany przez E.) Ciekawe jest w demonstrowanych preparatach prawie wyłącznie śródkomórkowe ułożenie dwoinek. Zgodnie z Prof. Lewkowiczem nie uważa E. za prawdopodobne, żeby meningokoki i gonokoki rozmnażały się we fagocytach wzgl. żeby to miało być regułą w mechanizmie odnośnych zakażeń. Jeszcze w r. 1905 w czasie wielkiej epidemji zapalenia opon nagminnego demonstrował E. w Tow. Lek. preparaty, gdzie w tymsamym przypadku w czasie łagodniejszego przebiegu meningokokki znajdowały się wyłącznie śródkomórkowo, w okresie zaostrzenia sprawy wzgl. sub finem wyłącznie pozakomórkowo.

3. kol. Lewkowicz wygłosił odczyt **O leczeniu nagminnego zapalenia opon.** (Odczyt powyższy w całości ogłoszono).

Sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

VII. Posiedzenie naukowe z dnia 24. lutego 1922 r. Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 86.

1. Prezes kol. Franke: a) odczytuje telegram następującej treści, wysłany na ręce marszałka Sejmu wileńskiego Łokuciewskiego: „Powodowane uczuciem radości z powodu wiekopomnej uchwały złączenia się ziemi wileńskiej z macierzą, przesyła lwowskie Towarzystwo lekarskie Sejmowi wyrazy hołdu i czci"; b) przedstawia sprawę konwencji brukselskiej, dotyczącej międzynarodowej wymiany dokumentów urzędowych oraz publikacyj naukowych i literackich.

2. Kol. Lehm przedstawia 55-letniego mężczyznę, u którego rozpoznaje **mięsaka błony śluzowej jam sitowych tylnych i jamy klinowej** po stronie lewej z przejściem sprawy chorobowej na nerw oczny. Od 1½ roku są uporczywe bole głowy, znaczny wytrzeszcz gałki ocznej, ślepota oka i szum w uchu lewem. Po zastosowaniu naświetlań promieniami Roentgena (4× po 10 jednostek Holcka) wytrzeszcz gałki ocznej zmniejszył się znacznie, bole głowy ustąpiły prawie zupełnie, po upływie kilku tygodni natomiast chory zaczął się skarżyć na dolegliwości w kończynie górnej lewej (osłabienie, mrowienie). Badanie neurologiczne (kol. Rothfelda) wykazało zmiany, świadczące o sprawie przerzutowej na wysokości rdzenia szyjnego, w sąsiedztwie korzonków przednich.

(*A. r.*).

W dyskusji kol. Rothfeld opisuje własny podobny przypadek, w którym mięsak wyszedł z osłonki nerwu wzrokowego. Znamiennem dla tego przypadku było widzenie połowicze, którego chory nie zauważył.

3. Kol. Vrabetz, nawiązując do przypadku choroby **spondyloarthritis ankylopoetica** (Pierre-Marie - Strümpell - Bechterew), przedstawionego na XXX. posiedzeniu w dniu 2. XII. 1921 r., pokazuje roentgenogramy kręgosłupa szyjnego i lędźwiowego, uzyskane u chorego J. D. liczącego 49 l., na których skostnienie więzadeł kręgosłupa występuje w niezwykle wybitny sposób. Skutkiem skostnienia tarcz międzykręgowych kręgosłup tworzy jedną kostną masę. Wyrostki kolczaste kręgów lędźwiowych łączy silnie wysycona biała smuga (na kliszy), odpowiadająca skostniałym więzadłom. Podobne smugi łączą wyrostki poprzeczne

kręgu lędźwiowego V-go z grzebieniami kości biodrowych. Kręgosłup szyjny wygląda, jakby był omurowany.

4. Kol. Selzer Marcin wygłasza wykład: **Luźne uwagi w sprawie rozpoznawania i leczenia gruźlicy, oparte na materjale chorych sanatorjum w Hołosku Wielkiem.** Spostrzeżenia autora obejmują okres $1\frac{1}{2}$-roczny. Ilość chorych, leczonych w tym czasie, wynosiła 230 w pierwszym okresie gruźlicy; z czego około $50^0/_0$ miało objawy czynnej postaci gruźlicy. Przy badaniu chorych uchem wprost na niepokrytej skórze zauważył autor różnicę w ciepłocie miejsc chorobowo zajętych, od miejsc zdrowych, i wyraża przypuszczenie, że przekrwienie chorych ognisk udziela się skórze nad niemi położonej. W jednym przypadku zapalenia wysiękowego opłucnej dała się stwierdzić różnica między stroną chorą a zdrową, wynosząca 0·6° C. Autor nie wysnuwa na razie żadnych wniosków co do znaczenia rozpoznawczego tego objawu; dalsze dokładne pomiary za pomocą ciepłomierza skórnego wyjaśnią może to zjawisko. Omawiając wyniki leczenia starą tuberkuliną Kocha u 35 chorych, opisuje przypadek wyleczenia w ciągu 5 miesięcy gruźlicy jądra u chorego, który poprzednio z tej samej przyczyny stracił jedno jądro przez operację. Na podstawie 9 przypadków gruźlicy świeżej, z gorączką, leczonej przez dłuższy czas wstrzykiwaniami podskórnemi mleka, nie przychyla się mowca do tego rodzaju leczenia z następujących powodów: 1. każdorazowe chociażby najmniejsze podniesienie ciepłoty ciała nawet przy bardzo ostrożnem dawkowaniu (od 0·5—4 cm^3 mleka co 3 dni w powoli zwiększanych dawkach) stanowi rodzaj niepotrzebnego urazu dla chorego organizmu, a przy tuberkulinie przecież unikamy skrupulatnie reakcji w postaci podwyższenia ciepłoty; 2. mleko nie działa swoiście na zmiany gruźlicze, jak to czyni tuberkulina; wkońcu 3. mleko nie daje się ściśle dawkować; ilość zawartego w nim białka jest zmienną, a więc i odczyn nie będzie ścisły; zaznacza przytem, że w innych chorobach, w których jest wskazane leczenie mlekiem, należy używać tylko goto wych preparatów białka mlecznego. (*A. r.*).

5. Kol. Sabatowski rozważa warunki dla rozwoju **klimatoterapji gruźlicy** w Polsce i dochodzi do wniosku, że Polska może posiadać zakłady klimatyczne wszelkiego rodzaju od wysokogórskich aż do nizinnych, podmiejskich i nadmorskich. Dla zakładów wysokogórskich są znakomite miejsca w grupie Czarnohory z dostępem od Worochty (kolej ze Stanisławowa w Karpaty). Tam też leżą najwyższe osady w Polsce, Jabłonica (1.000 m n. p. m.) i Bukowiela (1,159 m). Tam możnaby budować lecznice nawet na wysokości około 1.500 m. W Tatrach warunki w takich wysokościach są bez porównania trudniejsze. Sanatorja uważa mowca za konieczny warunek oddzielenia gruźliczych od niegruźliczych. (Rzecz ukaże się obszerniej w druku).

6. Kol. Mosler przedstawia **Stan walki z gruźlicą w województwie lwowskiem w r. 1921.** Organizacja walki z gruźlicą polega na tworzeniu powiatowych Kół walki z gruźlicą, których zadaniem między innemi jest tworzenie przychodni przeciwgruźliczych. W r. 1921 powstało 9 nowych Kół powiatowych. Z końcem tego roku było w województwie 19 Kół. Przychodni powstało 10, z końcem roku było 19 przychodni, z tych tylko 2 były nieczynne. W r. 1921 ruch w przychodniach wzmógł się bardzo znacznie; tam też udzielono przeszło 8.000 porad, przyjęto nowych chorych ponad 2.000. Wywiadowczynie odbyły ponad 2.000 odwiedzin w domach chorych. W związku ze wzmożeniem się ruchu w przychodniach wzrosły i wydatki przychodni. Doszły one do kwoty 670.000 Mp. Dziewięć przychodni prowadzili lekarze powiatowi osobiście i bezinteresownie. (*A. r.*).

7. Kol. Węgrzynowski zdaje **sprawozdanie lekarskie za rok 1921 z poradni Towarzystwa walki z gruźlicą we Lwowie.** (Autoreferatu nie dostarczono). *Kmietowicz*, sekretarz.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Sprawozdanie za II. półrocze 1921.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 lipca 1921; obecnych 12 osób.

1. Kol. Voit przedstawił chorą z **twardziną skóry.**
2. Kol. Biernacki chorego z **letargicznem zapaleniem mózgu.**
3. Kol. Voit wygłosił odczyt: „**O leczeniu gruźlicy partialantygenami.**

Z dnia 4. sierpnia 1921, obecnych 17 osób.

1. Kol. Sikorski przedstawił przypadek **gronkowcowego zakażenia ogólnego, leczony skutecznie szczepionką własną.**
2. Kol. Biernacki wygłosił odczyt: „**Geneza energji psychicznej**“ (według Danysza).
3. Wybrano komisję pod przewodnictwem kol. Jasińskiego dla opracowania programu działalności Towarzystwa w r. b.

Z dnia 18. sierpnia 1921, obecnych 20 osób.

1. Kol. Jasiński: a) przedstawił chorego z **przesunięciem serca na prawo** z powodu zrostów opłucnej (rentgenogramy); b) wygłosił odczyt: „**O ostrym żółtym zaniku wątroby** (z opisem spostrzeganego przypadku).
2. Wysłuchano sprawozdania kol. Jasińskiego z prac komisji odczytowej; uchwalono przyczynić się do powiększenia funduszu dla uczczenia ś. p. E. Zielińskiego drogą składki.

Z dnia 5. września 1921, obecnych 32 osób.

1. Kol. Kaczyński wygłosił odczyt: „**O wskazaniach do usuwania migdałków i wyrośli oraz o odnośnych narzędziach**“.
2. Kol. Drozdz, wybrany na przewodniczącego wskutek wyjazdu na czas dłuższy kol. Jasińskiego, zdaje sprawę z dalszych prac komisji odczytowej.

Z dnia 19. września 1921, obecnych 36 osób.

1. Kol. Czerwiński przedstawił uzyskane drogą operacji preparaty: a) **włókniaka macicy**, b) **raka szyjki macicy**, c) **torbieli prawego jajnika.**
2. Kol. Biernacki zdał sprawę z odbytego w Warszawie Zjazdu francusko-polskiego.

Z dnia 4. października 1921, obecnych 20 osób.

1. Kol. Mandelbaum przedstawił 2 chorych ze zmianami, zależnemi od **wadliwego działania gruczołów dokrewnych.**
2. Kol. Biernacki przedstawił: a) chorego, u którego **po zatruciu atropiną** spostrzegał zapalenie płuc z następową zgorzelą — wybitna poprawa po zastosowaniu neosalwarsanu. b) przypadek zakażenia ogólnego (we krwi gronkowce) w następstwie **ropowicy gardła**; w dalszym przebiegu: ropień mózgu, operacja, zejście śmiertelne.
3. Kol. Jaworski wygłosił odczyt: „**O hormonach**“.

Z dnia 18. października 1921., obecnych 32 osób.

1. Kol. Kozuchowski przedstawił chorego po operacji Albée, dokonanej wskutek **gruźlicy kręgów szyjnych** — wynik dodatni.
2. Kol. Ossowski i Drozdz przedstawili chorego, operowanego z powodu **ropnia mózgu** pochodzenia usznego.

Z dnia 4. listopada 1921., obecnych 28 osób.

1. Kol. Szafnicki wygłosił odczyt: „**Nowe pojęcie o jaglicy**“.
2. Kol. Krysiński zdał sprawę ze Zjazdu eugenicznego w Warszawie.
3. Kol. Biernacki wygłosił odczyt: „**O proteinoterapji**“.

Z dnia 18. listopada 1921., obecnych 23 osób.

1. Kol. Czerwiński przedstawił preparaty: a) **torbiel jajnika** ogromnych rozmiarów, b) dwa **włókniaki macicy**, c) **mięsak czarny** sromu.
2. Kol. Modrzewski omówił przypadek **wgłobienia jelit** i przedstawił preparat wyciętego jelita.
3. Kol. Mandelbaum wygłosił odczyt pt.: „**Fizjologja i patologja ośrodków ruchowych**“.

Z dnia 3. grudnia 1921., obecnych 22 osób.

1. Kol. Szafnicki przedstawił: a) **uraz oczodołu** ze zgnieceniem wyściółki tłuszczowej, b) **ciało obce** (mosiądz), widzialne w szparze **urazowej tęczówki** (od skroni).
2. Kol. Chromiński wygłosił odczyt: „**Nowe drogi i zdobycze bakterjologji**“.

Z dnia 18. grudnia 1921., obecnych 22 osób.

1. Kol. Sikorski przedstawił przypadek **czyraczności**, leczony **szczepionką własną** z wynikiem dodatnim.
2. Kol. Czerwiński pokazał preparat **raka macicy**, który rozwinął się w **kikucie** po usunięciu przed 10 laty drogą operacji brzusznej zwyrodniałego z powodu włókniaków trzonu macicy.
3. Kol. Modrzewski przedstawił 2 chorych, operowanych z powodu **kamicy żółciowej.**
4. Kol. Garbaczewski wygłosił „**Wspomnienie pośmiertne o 3 zmarłych członkach Towarzystwa**“.

† Dr. Józef Villaume, członek honorowy Tow. Lek. Lubelskiego, zmarł w Warszawie dnia 14 lutego 1921 w 71. roku życia. Po ukończeniu gimnazjum lubelskiego zmarły otrzymał dyplom lekarski w Warszawie w r. 1875; praktykę rozpoczął w Bychawie. następnie w ciągu 33 lat był lekarzem ordynacji hr. Zamoyskich i prowadził niezmordowanie szpital św. Katarzyny w Szczebrzeszynie, walcząc z zakusami rusyfikatorskiemi „Krzyzanek“ i osławionego popa Tracza.

Idąc z postępem wiedzy, ś.p. Villaume jeden z pierwszych sprowadził aparat Roentgena, który demonstrował w Lublinie w roku 1901.

Odznaczał się wielką gotowością w udzielaniu pomocy, nadzwyczajną subtelnością uczuć oraz niezwykłym darem słowa. Pracował społecznie, a odczyty popularne, jakie wygłaszał w Lublinie, cieszyły się ogromnem powodzeniem. W Szczebrzeszynie założył przytułek dla bezdomnych, w Bychawie kąpiele ludowe, kolonję dla dzieci warszawskich w Latyczynie pod Radecznicą.

Podczas wojny pomimo sędziwego wieku niósł pomoc rannym. Ostatnie lata życia spędził w Warszawie, pracując do końca z wielkim pożytkiem dla najbardziej upośledzonych. Cześć Jego pamięci!

† Dr. Juljan Zdanowicz zmarł w Lublinie dnia 30. września 1921 w 72 roku życia; pochodził z Suwalszczyzny, praktykował początkowo na Wołyniu i Podolu, od r. 1894 w Opolu Lubelskiem, gdzie przy rozległej praktyce cieszył się ogólnem uznaniem i szacunkiem. Był troskliwym opiekunem szkół; księgozbiór swój przekazał Lub. Tow. Lek.

† Dr. Jan Klarner zmarł w Lublinie dnia 12 listopada 1921. w 64 roku życia; praktykował w Goworowie (z. Łomżyńskiej), Opolu Lubelskiem, a od lat 21 w Lublinie. W r. 1893 ogłosił pracę „O epidemicznem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych w Opolu Lub. w r. 1893“. W Lub. Tow. Lek. w r. 1913 mówił „O wydzielaniu wewnętrznem“, w r. 1920. „O urazowych cierpieniach płuc i sprawie orzeczeń sądowych w tej dziedzinie“.

Prócz tego, w okresie sprawozdawczym załatwiono 19 spraw administracyjnych.

Jan Modrzewski, przewodniczący. *Stan. Korczak*, sekretarz.

Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

II. Posiedzenie kliniczne z dnia 23. stycznia 1922 r.

Przewodniczy Gluziński. Osób obecnych 42.

1) Puławski odczytał wspomnienie pośmiertne o dr. Wacławie Męczkowskim (było drukowane w Polskiej Gaz. Lek.).

2) Gluziński pokazuje 22-letnią chorą z nadmierną otyłością i zaburzeniami w sferze płciowej. Domniemane rozpoznanie: *dystrophia adiposogenitalis*. Niezwykłą osobliwość przypadku stanowią objawy troficzne pod postacią licznych pręg (rozstępy w skórze) na brzuchu i kończynach i to w tych okolicach ciała, które nie są zbył otyłe. Mamy tu do czynienia z niedostatecznością nietylko przysadki, ale i innych gruczołów o sekrecji wewnętrznej.

W dyskusji: Sławiński przypomina sobie przypadek, dotyczący 22-letniej kobiety, która po pierwszym porodzie dotknięta została nadmierną otyłością powłok brzusznych, te zwisały, jak fartuch, pokryte były też licznemi pręgami białemi; usunięto całą warstwę tłuszczu z brzucha (12 klgr.) i pacjentka do dziś jest zdrowa. Pacławski zaznacza fakt, iż przed wybuchem choroby Basedowa odnośne osoby częstokroć nadmiernie tyją.

3) Szteyner pokazuje chorą, której usunął **torbiel leżącą między żołądkiem i poprzecznicą**; rozpoznanie wahało się między cystą trzustki, pęcherzykiem żółciowym i wodonerczem; główne objawy kliniczne: zaparcie, bóle, wysoka gorączka.

4) Gębarski, przedstawia przypadek **tętniaka tętnicy udowej**, u 54-letniej kobiety, od paru miesięcy dotkniętej połowicznym bezwładem, jaki powstał nagle na tle od czasu do czasu obostrzającego się przewlekłego zapalenia wsierdzia. Tętniak wielkości mandarynki wyrósł wciągu miesiąca. Domniemana przyczyna: kruchość tętnic (zmiany w intima); uraz i kiła wykluczone. Chorą zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego.

W dyskusji Szteyner wobec wady sercowej, porażenia połowicznego i szybkiego wzrostu sprawy uważa operację za niewskazaną. Sławiński wobec właśnie szybkiego wzrostu tętniaka i cienkości ścian, grożących pęknięciem uważa operację za konieczną. Rutkowski J. uważa operację za wskazaną, ale radzi podwiązać tętnicę nieco wyżej. Paszkiewicz sądzi, że mamy tu do czynienia ze sprawą zw. aneurysma mycoticum (tworzenie się licznych tętniaków drogą zatorową na tle zapalenia wsierdzia — sprawa na wielką skalę spotykana często u koni).

5) Simonsonówna. **Przypadek zwężenia poprzecznicy pochodzenia kiłowego.** Objawy kliniczne, u kobiety lat 61, która przebyła 12 porodów przemawiają za złośliwą sprawą nowotworową w jelicie grubem, umiejscowioną, jak o tem świadczy rentgenogram, w poprzecznicy przed zgięciem śledzionowem. Podejrzenie co do kiłowej natury tego zwężenia, wzbudziło bliznowate zwężenie pochwy, ogólnie uchodzące za objaw starczy. Dodatni odczyn Wassermana wzmacnia to podejrzenie. Wynik kuracji jodowo-rtęciowej potwierdził słuszność przypuszczenia. Znikają objawy podmiotowe, wzrost na wadze w ciągu kilku tygodni wynosi 13, powiększone gruczoły pachwinowe i lewostronne pachowe stają się niewyczuwalne. Zmniejsza się wzdęcie brzucha. Wyczuwa się wątrobę, bardzo ruchomą, prawdopodobnie, również z powodu sprawy kiłowej. Interesujące jest, że po kilkunastu wcieraniach szaruchy nieruchomy od 3 lat, jakoby z powodu ostrego gośćca, staw kolanowy prawy, zaczyna funkcjonować.

6) Simonsonówna. **Późna kiła z wielorakiemi zmianami.** Objawy takie, jak: znaczne powiększenie wątroby i śledziony, bolesność i obrzęk lewego stawu kolanowego bez oznak zapalnych, chrypka zależna od rozległego nacieczenia krtani i tchawicy bez zmian zapalnych śluzówki, anemia i stale pogarszający się stan odżywiania, składają się na obraz kliniczny, który staje się zrozumiałym, gdy wszystkie te objawy sprowadzić do jednej przyczyny — kiły. Odczyn Wassermana potwierdza przypuszczenie. Z wywiadów okazuje się, że zakażenie nastąpiło przed 20 laty. Wynik leczenia swoistego wybitnie dodatni. Z pośród wyżej wymienionych objawów pozostaje jedynie nieznaczne powiększenie wątroby, o powierzchni zupełnie gładkiej.

7) Sławiński przedstawia chorych po **przewlekłem zapaleniu szpiku kostnego** podudzia. Operacja polegała na wykrojeniu rozległego płata półkolistego z całej grubości powłok wraz z okostną, zawierającego i przetoki skórne, o podstawie na zewnętrznej powierzchni podudzia. Płat przekraczał granice chorej kości na kilka centymetrów. Po odseparowaniu płata, usunięciu martwaków i ziarniny, rozległe wydłutowanie kości i zniesienie wystających brzegów aż do wytworzenia prawie płaskiej płaszczyzny z kości. Przyszycie płata z pozostawieniem dreników w otworach przetok. Płaty przyrastają doraźnie, wydzielina i wypełnianie się ziarniną pozostałej jamy trwa powyżej miesiąca. Opatrunki są niebolesne, a ponadto b. oszczędne, co w obecnych czasach stanowi znaczną wygraną.

8) Szczepański omawia sposób **barwienia laseczników Kocha**, polegający na odbarwianiu 10% roztworem siarkanu sodu.

W dyskusji Mutermilch zapytuje, czy metoda ta odbarwia prątki pseudotuberkuliczne, co mogłoby stanowić ważną jej zaletę.

9) Sbubiszewski przedstawia **przypadek owrzodzenia kiłowego esicy** u 25-letniego mężczyzny; blizny grube i twarde w esicy i krezce spowodowały zwężenie jelita na miejscu przejścia esicy w odbytnicę, oraz zatrzymywanie kału, co było przyczyną rozszerzenia jelita grubego na całej przestrzeni; szerokość jelita grubego wynosi 18—20 ctm; badanie drobnowidzowe wykazało nacieki wokoło naczyń, w przestrzeniach periadwentycjalnych i w adwentycji; nacieki składają się z limfocytów i komórek plazmatycznych.

Sławiński dodaje, że podczas operacji jelito grube było całkowicie usunięte; chory zmarł w kilka godzin po operacji.

W dyskusji Gluziński przypomina, że obraz złośliwej anemii mogą dać blizny gruźlicze w jelitach, przyczem na stan ogólny wpływa samo zakażenie a nie mechaniczne przeszkody wytworzone przez blizny; w danym przypadku sądzi, że również nie samo zwężenie, ale zakażenie kiłowe było przyczyną wybitnej niedokrewności.

A. Lande i W. Goździcki.

Stowarzyszenie Lekarzy Polskich. Sekcja szpitalnictwa.

Posiedzenie z dnia 3. marca 1922 roku.

Przewodniczy K. Zieliński.

1. A. Puławski: **O bibljotekach szpitalnych dla chorych.** Prócz ciężej chorych w szpitalach znajduje się znaczna liczba zdrowiejących lub lżej chorych, dla których książka jest pożyteczną rozrywką, wypełniającą dzień. Dla zadośćuczynienia tej potrzebie istniały już oddawna po oddziałach w szpitalu Dzieciątka Jezus małe bibljoteczki, zakładane najczęściej przez lekarzy. Dopiero w r. 1918 połączono je w jeden wspólny dla całego szpitala księgozbiór, którym zarządza bibljotekarka, opłacana przez miasto. Przez pierwsze 15 miesięcy korzystało z księgozbioru przeszło 3.300 chorych, którzy przeczytali z górą 5.700 tomów. W ostatnim roku wydano chorym 7.700 tomów, służbie szpitalnej (78 osób) i urzędnikom blisko 4.000 tomów. Dodać należy, że w ciągu $3^1/_2$ lat nie zginęła ani jedna książka.

Obecnie Rada miejska wykreśliła z budżetu pensję dla bibljotekarki, przez co został zagrożony byt bibljoteki. Mowca ma jednak nadzieję, że Rada miejska zrozumie potrzebę bibljotek szpitalnych i umożliwi ich prowadzenie.

W dyskusji Chmielewski podnosi wpływ książki na psychikę chorego oraz wypowiada się za odkażaniem książek w miarę potrzeby. Dąbrowski W. jest zdania, że bibljoteki są nieodzowne we wszystkich szpitalach. W oddziałach zakaźnych muszą być księgozbiory miejscowe. W małych szpitalach z konieczności trzeba powierzyć bibljoteki siostrom miłosierdzia. Higier proponuje organizowanie odczytów popularnych dla chorych w szpitalach. Zieliński K. wypowiada się przeciwko obciążaniu Siόstr jeszcze jednym obowiązkiem. Do poszczególnych budżetów szpitalnych należy systematycznie wstawiać pozycję bibljotek dla chorych, by w ten sposób urabiać opinję władz. Szerszyński przypomina, że zawiązkiem obecnej bibljoteki w Szpitalu Dzieciątka Jezus był księgozbiór, złożony z tysiąca kilkuset tomów, zebrany swego czasu przez kol. Lorentowicza z ofiar i przysłany do szpitala w r. 1906. S. robił wtedy starania, by zarząd szpitala dał lokal na pomieszczenie księgozbioru, lecz spotkał się z nieprzychylnem dla tej sprawy stanowiskiem ówczesnego lekarza naczelnego i intendenta. S. proponuje pobieranie opłat za czytanie książek od chorych, a tem bardziej od służby i urzędników, co umożliwi zakup nowych książek, naprawę zniszczonych, a może w części rozwiąże i sprawę pensji bibljotekarki. Do koła, roztaczającego opiekę nad bibljoteką, należałoby zaprosić osobę, obeznaną z czytelnictwem i bibljotekarstwem. Babiński na zasadzie doświadczenia Szpitala Ewangelickiego wypowiada się przeciwko odczytom, a tembardziej koncertom dla chorych. Mutermilch proponuje odkażanie książek formaliną. Puławski uważa odkażanie książek formaliną za chybiające celu. O losach księgozbioru, przysłanego przez kol. Lorentowicza P. nic nie wie [1]). Wprowadzenie opłaty za czytanie książek P. uważa za możliwe, ale narazie ze względu na propagandę czytelnictwa — za niepożądane.

2. G. Drozdowicz: **W sprawie naglących potrzeb pracowni rentgenologicznych szpitalnych.**

Po omówieniu udoskonalenia techniki rentgenologicznej oraz zastosowania nowych przyrządów do rozpoznawania i leczenia, prelegent stwierdza, że pracownie rentgenologiczne szpitalne nie odpowiadają wymaganiom współczesnym i dlatego muszą być zaopatrzone w nowe przyrządy. Dla pracowni Szpitala Dzieciątka Jezus wymagałoby to wydatku 10 miljonów mk., co dałoby się pokryć w ciągu paru lat dzięki opłatom, jakie się pobiera obecnie od chorych za stosowanie promieni X. Ewentualne porozumienie się miasta z klinikami uniwersyteckiemi, znajdującemi się w pobliżu lub na terytorjum szpitala oraz z komitetem do walki z rakiem mogłoby ułatwić zakupienie potrzebnych przyrządów, a przynajmniej zwiększyć dochody pracowni, pochodzące z opłat. Względy oszczędnościowe przemawiałyby za czasowem utworzeniem w Szpitalu Dzieciątka Jezus jakby centrali rentgenologicznej, a zwłaszcza rentgenoterapeutycznej dla innych szpitali miejskich.

---

[1]) W kilka dni po posiedzeniu zostało ustalone przez p. Dr Puławskiego, że większość tych książek została przelana do bibljotek oddziałowych i wraz z niemi weszła do obecnej centralnej bibljoteki, część uległa zniszczeniu podczas pożaru, część pozostaje w zbiorze Siόstr miłosierdzia, wreszcie pewna ilość nieoprawionych spoczywa dotychczas w pace.

W dyskusji Puławski, Wejnert, Pułjanowski Mutermilch, Rubinrot, Zieliński K popierają myśl co do postanowienia pracowni szpitalnych na potrzebnej wysokości, wypowiadają jednak pewne zastrzeżenia co do projektu centralnej pracowni rentgenologicznej.

Br. Szerszyński, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo ginekologiczne.

Posiedzenie z dnia 19. stycznia 1922 r.

Przewodniczy Z. Monsiorski. Obecnych członków 35, gości 2.

1. Kol. Janczewski przedstawił chorą, spostrzeganą i leczoną wspólnie z Kol. Monsiorskim, u której rozpoznano ciążę pozamaciczną w końcu 9-ego miesiąca księżycowego. Jedynym objawem, który świadczył o pozamacicznem umiejscowieniu jaja płodowego, były nad wyraz silne bóle, które chora odczuwała przy najlżejszych ruchach płodu. Bóle te zmusiły ją do leżenia w łóżku od początku 8-ego miesiąca. Od dnia przywiezienia pacjentki do zakładu położniczego przy ul. Karowej, już po rozpoznaniu pozamacicznego usadowienia się jaja płodowego, przestała ona czuć ruchy płodu. Cięcie brzucha wykonane w celu rozwiązania ciężarnej potwierdziło rozpoznanie kliniczne. Badanie anatomiczne usuniętego guza wykazało, że jajo rozwijało się w brzusznym końcu jajowodu i rosło do wolnej jamy otrzewnej. Jaja nie udało się wyjąć w całości. Po otwarciu worka płodowego wydobyto płód zmacerowany długości 50-ciu centymetrów, a potem łożysko z błonami i częścią jajowodu, w którym ciąża się rozwinęła. Mówca podkreślił fakt, że po usunięciu worka płodowego wraz z łożyskiem nie powstało nadmierne krwawienie, pomimo że przydatki płodowe były bardzo szeroko pozrastane z otoczeniem. Ciąża pozamaciczna donoszona należy do wielkich rzadkości, stanowi bowiem zaledwie 2—3% wszystkich ciąży pozamacicznych. W piśmiennictwie polskiem mówca znalazł opisanych 38 przypadków w okresie czasu od 1837-ego roku do chwili obecnej. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

2. Kol. A. Wojciechowski omówił przypadek wczesnej ciąży przy daleko posuniętym raku szyji macicznej oraz przedstawił preparat z tego przypadku, uzyskany na operacji. Objawem chorobowym, który skłonił chorą do szukania pomocy lekarskiej, były upławy, które czas dłuższy były leczone na prowincji przestrzykiwaniami pochwy. W Warszawie rozpoznano raka szyji macicy i wykonano operację. W wyciętej macicy stwierdzono obecność wczesnej bardzo ciąży, która nastąpiła na krótko przed operacją pomimo daleko idących zmian nowotworowych w szyji macicznej. Mówca podkreślił fakt nierozpoznania raka przez lekarza na prowincji i zaznaczył, że nie jest to fakt odosobniony i dlatego wezwał Towarzystwo Ginekologiczne do wydania w tym przedmiocie specjalnej odezwy do lekarzy prowincjonalnych, ażeby zwracali baczniejszą uwagę na wczesne okresy raka macicy i nie uniemożliwiali doszczętnego leczenia operacyjnego przez nieodpowiednie leczenie objawowe, jak np. w danym przypadku upławów.

3. Kol. Walewski omówił przypadek pęknięcia macicy podczas porodu w bliźnie po cięciu cesarskiem, wykonanem przed siedmiu laty. Pęknięcie nastąpiło raptownie w 20 minut po rozpoczęciu się akcji bólowej o czasie. Pomimo natychmiastowej laparotomji, wykonanej przez mówcę (pęknięcie nastąpiło w zakładzie położniczym), chora zmarła, przy objawach ostrego zapalenia otrzewnej.

Badanie histologiczne części ściany macicy z okolicy pęknięcia wykazało liczne pasma luźnej tkanki łącznej pomiędzy pęczkami tkanki mięsnej

W dyskusji nad pokazem Koledzy Chodakowski i Stefan Janczewski zarzucili mówcy, że nie należało czekać na pęknięcie macicy, lecz operować chorą natychmiast po przybyciu jej do zakładu ze względu na przebyte raz jeden cięcie cesarskie.

Na zarzuty powyższe odpowiedział Kol. Monsiorski i zaznaczył, że w danym przypadku nie było zupełnie wskazań do cięcia cesarskiego, ponieważ nie było zupełnie objawów grożącego pęknięcia macicy, a stan miednicy ciężarnej pozwalał oczekiwać porodu drogą przyrodzoną (sprzężna zewn. 19). Sam fakt, że chora przebyła jedno cięcie cesarskie, absolutnie nie uprawnia do bezwzględnego cięcia cesarskiego przy następnych porodach.

4. Kol. E. Wasilewski wygłosił rzecz p. t. Przyczynek do poznania torbieli pozaotrzewnych. (Przypadek torbieli krezkowej). (Rzecz przeznaczona do druku).

Dr. Józef Bieliński. Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w setną rocznicę jego założenia.

W połowie XVIII wieku przemyśliwano o założeniu w Warszawie Towarzystwa Lekarskiego, jak się dowiadujemy o tem z pisma Wawrzyńca Mizler de Koloff: *Primitiae physico-medicae, ab iis qui in Polonia et vicini ejus medicinam faciant collectae.* Warszawa 1753; lecz na projektach się skończyło.

Dopiero w kilkadziesiąt lat później, ten projekt wszedł w życie wśród okoliczności niezwykłych, potwierdzających ten aksiomat: że z drobnych przyczyn wypływają niekiedy ważne w następstwa skutki. Powstanie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego było właśnie następstwem drobnej na pozór sprawy, o której szczegółowo jest mowa w tomie pierwszym Królewskiego Uniwersytetu Warszawskiego, na stronicy 289—290. Na tem miejscu podajemy tylko drobny szczegół: że z liczby studentów relegowanych z Uniwersytetu na mocy wyroku Rady Ogólnej Uniwersytetu był syn profesora Wolffa Maurycy; że ta relegacja była pierwszym aktem pierwszego zajścia w Królewskim Uniwersytecie; że Wydział lekarski zaprotestował przeciwko wyrokowi Rady Ogólnej dlatego, że strona oskarżona nie była indagowana, a więc czyn, za który wydany wyrok jest za surowy; nakoniec Wydział domagał się, aby ta sprawa raz jeszcze była rozpatrywana przez Wydział w przytomności członka Wydziału prawa.

Z raportu dziekana do Rady okazało się, że prof. Brandt, „który był naczelnym dowódzcą tej wrzawy“ Wolff, który zabrał do siebie wezwanie i wyrok, i dlatego ten nie mógł być wykonany — oni to buntowali uczniów, aby się nie poddawali wyrokowi i na lekcję w dalszym ciągu chodzili.

Rada upomniała profesorów, ci, obrażeni, podali się do dymisji, którą przyjęła Komisja rządowa wyznań religijnych i oświecenia publicznego. Na tem się nie skończyło. Profesorowie: Brandt, Wolff, Czekierski i prosektor Weiss byli równocześnie członkami Rady Lekarskiej Królestwa Polskiego. Minister Potocki, obawiając się, że eks-profesorowie mogą bruzdzić w sprawach ogólnych Rady Lekarskiej (wówczas nie było jeszcze postanowienia, że tylko Uniwersytet, resp. Wydział lekarski, potwierdza dyplomy zagraniczne lekarskie) — wyjednał u Namiestnika królewskiego postanowienie, że członkiem Rady lekarskiej powinien być profesor czynny Wydziału lekarskiego. Na zasadzie tego postanowienia, dymisjonowani profesorowie, utraciwszy miejsca w Radzie Lekarskiej, znaleźli się na bruku. Że zaś były to natury czynne, a w działalności swej bardzo gorące, postanowili założyć i założyli Towarzystwo Lekarskie w grudniu 1820 r. Tak mówi historja. Tę sprawę inaczej przedstawia Szokalski, w tomie 67 Pamiętnika T. L. W. pisze on: „Szanowni profesorowie, z jednym wyjątkiem Celińskiego, widząc przed sobą otwierające się obszerne naukowe wymagalności i nie mogąc ich sumiennie pogodzić z nader licznemi swemi praktycznemi w mieście zajęciami, usunęli się w r. 1818 od kierunku Wydziału i przybrawszy do swego grona kilku innych wielce zasłużonych praktyków, założyli w r. 1820 Towarzystwo lekarskie warszawskie, do którego przystąpili zaraz Dybek, Walburg, Sztummer, Woyde, Szczucki i Emiljan Nowicki, znakomici ich (założycieli) następcy“.

Założycielami Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego byli: Brandt, Czekierski, Wolff, Woyde, Kühnel, Roemer i Theiner. Oprócz Czekierskiego wszyscy niemcy i żydzi. Na ich wezwanie zebrało się w grudniu 1820 roku 37 lekarzy, w Warszawie zamieszkałych, przeważnie żydów i niemców, i uorganizowali się w Towarzystwo naukowe, mające na celu przykładanie się do udoskonalenia umiejętności lekarskich.

Pierwsze lata istnienia Towarzystwa świadczą wymownie o tem, że element cudzoziemski przeważał między członkami; wielu nie mówiło po polsku, proponowano nawet, aby językiem urzędowym Towarzystwa był język niemiecki, i żeby w tym języku odbywały się dyskusje. Ten projekt się nie utrzymał, ale tylko w statucie; w rzeczywistości jednakże i odczyty i debaty często gęsto prowadzone były w języku niemieckim, jak świadczy o tem wydawnictwo Dra. Lea, żyda niemieckiego, który przybył do Warszawy w nadziei pozyskania katedry w Uniwersytecie — a gdy to zawiodło, przeszedł do tej partji lekarzy (a było wówczas w Warszawie około 70 lekarzy różnych narodowości), która wzięła sobie za cel główny odseparowanie się od społeczeństwa.

Towarzystwo czas jakiś wegetowało tylko, o jego działalności było głucho, pism nie wydawano, w miejscowych gazetach nie zamieszczano sprawozdań z posiedzeń Towarzystwa. Że pierwsi prezesi Towarzystwa: Wolff, Brandt, Mile i Woyde byli niepospolitymi uczonymi, są to rzeczy znane z historji nauki w Polsce; dla podtrzymania działalności Towarzystwa pod względem naukowym nie wiele zrobili, to także są rzeczy znane. Pomimo że wszyscy profesorowie Uniwersytetu byli czas jakiś członkami Towarzystwa, dopóki z różnych powodów nie usunęli się — jednakże, oprócz Milego niczem nie zaznaczyli się na polu działalności naukowej.

Nie mamy żadnej wątpliwości, że Towarzystwo pod względem tej właśnie działalności naukowej, chromało przez pierwsze ćwierćwiecze swego istnienia, chociaż znakomity członek-reformator naszego Towarzystwa Szokalski innego jest zdania, opierając się na wydawnictwie Lea: *Magazin für Heilkunde und Naturwissenschaft in Polen*, jak również na Pamiętniku lekarskim, wydawanym przez Malcza w latach 1827—1829 Ani jedno ani drugie wydawnictwo nie może być uważane i nie jest organem Towarzystwa.

Śmiało utrzymujemy, że Towarzystwo wegetowało tylko; nie była to bowiem korporacja czynu, a jeszcze musimy do tego dodać, że zwinięcie Uniwersytetu Warszawskiego było nie małym powodem do owej wegetacji. Od roku 1832 całe życie naukowe lekarskie stolicy zaczęło wyłącznie skupiać się w Towarzystwie. Nie mogło nawet być inaczej, albowiem, po zamknięciu Towarzystwa Przyjaciół nauk i wydziału lekarskiego, nie było żadnej instytucji w Warszawie, gdzieby mogli lekarze wypowiadać swe myśli, swe projekty naukowe i zawodowe. Nie można zapominać i o tem, że ówczesne stosunki polityczne w kraju nie były zachęcające do jakiejś pracy szerszego polotu. Znając dziś dokładnie wszystkie te okoliczności, skłaniamy głowę przed Wilhelmem Malczem, który, wydając „Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego" od roku 1837, uderzył w wielki dzwon, zawiadamiając *urbi et orbi* że Towarzystwo pragnie pracować dla dobra społeczeństwa, wzywa więc to społeczeństwo, aby w całej rozciągłości korzystało z dobrych wskazówek współobywateli, jakie podane są dla wiadomości i korzyści ogółu w owych „Pamiętnikach".

Nie mniejszą zasługą są prace współpracowników Pamiętnika: Le Bruna, Köhlera, Groera i Rosenthala, ponieważ oni zaczęli ogłaszać sprawozdania ze szpitala. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że do owego czasu nikt się szpitalami nie interesował, odtąd zaś interes ten nieustannie wzrasta i zajmuje wysokie już stanowisko w końcu pierwszego okresu istnienia Towarzystwa.

Od roku 1848 Towarzystwo pod względem naukowym rozwija się w przyśpieszonem tempie. Cała postać rzeczy zaczęła się zmieniać pod wpływem szpitalnej praktyki, a w części i wskutek ogólnego stanowiska naszej nauki, którego apostołami była u nas ówczesna młodzież, świeżo przybyła do Warszawy z zagranicznych Uniwersytetów.

Ta epoka w historji nauki lekarskiej, była to tak zwana empiryczno-racjonalna w medycynie gleba, która przez długi czas leżąc odłogiem, odżyła i wytknęła nowy zupełnie kierunek dla naszej nauki. Do ożywienia Towarzystwa w owym czasie przyczynił się zewnętrzny ruch naukowy, obudzony w kraju wydawnictwem Tygodnika lekarskiego. Tygodnik ten był zrazu przyjęty z niedowierzaniem, a nawet z lekceważeniem, lecz pracowitość redakcji, głęboka znajomość ówczesnych potrzeb naukowych i praktycznych dla kraju, przełamały wszelkie przeszkody i zapewniły Tygodnikowi powodzenie. Okres ten jest przedświtem istotnego naukowego dążenia do zajęcia coraz to szerszego zakresu. Możemy nawet i to zaznaczyć, że ten okres należałoby nazwać **okresem Wiktora Szokalskiego**, który w tym czasie powrócił z emigracji do Warszawy, a to dlatego, że jego znaczenie, jako członka Towarzystwa, późniejszego Sekretarza stałego, jest bardzo doniosłe. Największą zasługą Szokalskiego, która mu nigdy nie może być odjętą, jest postanowienie, aby to wszystko, co widział zagranicą, zaszczepić u nas; aby posiedzenia Towarzystwa ożywić i nadać im charakter naukowy, aby przyuczyć swych kolegów do naukowej dysputy i krytycznego na naukę poglądu, zaprowadził w Towarzystwie posiedzenia biologiczne, na które zapraszano przyrodników. Podnosząc zasługi Szokalskiego, podnosimy równocześnie zasługi ówczesnych członków Towarzystwa, którzy zrozumieli ważność tych przedsięwzięć i wprowadzili je w życie, jak to miało miejsce za naszych czasów, w czasie wielkiej wojny i okupacji Warszawy przez Niemców, o czem niżej napomkniemy.

Ten okres Szokalskiego rozwija się normalnie, postępowo; dlatego takie zmiany, jakie w tym czasie zaszły w Warszawie: jak otwarcie Akademji medyko-chirurgicznej, otwarcie Szkoły Głównej, powstanie w r. 1863, Uniwersytet cesarski — zostały należycie zrozumiane, przyjęte i, co ważniejsza, wielu z członków Towarzystwa lekarskiego zajęło wówczas wydatne stanowisko w tych instytucjach.

Nastąpił trzeci okres dla naszego Towarzystwa tz. okres rusyfikacyjny, w najwyższem natężeniu za czasów Hurki i Apuchtina. Gdy ta rusyfikacja wtargnęła do naszego Towarzystwa, nie sprawiła wielkiego zamieszania ani nie zwróciła działalności naukowej na nowe tory, obce zaprowadzonym dotychczasowym stosunkom naukowym w Towarzystwie. Ta rusyfikacja na zewnątrz w ten sposób się przedstawiła: protokóły były pisane w dwóch językach; budżet również był ogłaszany w dwóch językach, a cała korespondencja i administracja prowadzona była w języku rosyjskim. Pozatem historyk Towarzystwa nie może się dopatrzeć jakiejkolwiek zmiany w życiu wewnętrznem; przeciwnie, możemy z przyjemnością zanotować, że polszczyzna zajęła całkowicie i wyłącznie należne jej miejsce; że referenci niezmiernie dbali o to, aby ich referaty były ogłaszane po polsku i najpierw w Towarzystwie, a następnie, a zatem później mogły się pojawiać w pismach zagranicznych, przeważnie niemieckich; jeżeli zaś który z prelegentów zaznajamia członków ze swym poglądem naukowym, lub z rozprawą, którą pierwej ogłosił po niemiecku, to członkowie robią mu uwagi na temże posiedzeniu, w formie wprawdzie bardzo grzecznej, lecz niemniej dotkliwe.

To postępowanie miało dobre skutki, albowiem wypadki te są coraz rzadsze, co z przyjemnością zaznaczamy, a zaznaczamy głównie dlatego, że kult do wszystkiego, co niemieckie, niezmiernie słabnie: ów ład, porządek, nauka niemiecka, słowem to wszystko, co wczoraj jeszcze było podawane jako wskazówka do naśladownictwa — dziś te poglądy zbladły, chociaż mają jeszcze zwolenników, lecz ci nie odzywają się dziś głośno o etyce i kulturze niemieckiej, jako jedynie godnych do naśladowania. (Dok. n.)

Medycyna społeczna.

Dr. T. Teodorowicz. Lwów.

W sprawie zwalczania chorób zakaźnych.

Zwalczanie epidemij zwane także ich tłumieniem, tak jak obecnie się odbywa i o ile nie uwzględnimy znikomej, w stosunku do zapotrzebowania, ilości epidemicznych szpitali N. N. K., odbywało się co do zasady w ten sam sposób i przed laty kilkudziesięciu; nie odpowiada ono jednak zupełnie celowi, mimo znacznych kosztów, które pociąga za sobą.

Dlaczego tak się dzieje, pokrótce przedstawię na podstawie spostrzeżeń zebranych w ciągu długoletniej praktyki w tym kierunku.

Przedewszystkiem nie może być mowy o odpowiedniem zwalczaniu epidemij, skoro nie rozporządzamy dostatecznemi środkami: 1. by chorobę zakaźną rychło, już z chwilą pojawienia się pierwszych przypadków, wykryć, 2. by szybko i skutecznie usunąć źródło zarazy, co niemożliwe z powodu zupełnego braku lub, w najlepszym razie, bardzo niedostatecznego fukcjonowania organów wykonawczych gminnej służby sanitarnej, oraz z powodu braku dostatecznej ilości lekarzy urzędowych, którzyby mogli po otrzymaniu wiadomości o pojawieniu się choroby, natychmiast udać się do gminy celem sprawdzenia istoty choroby, i wydania odpowiednich zarządzeń; wreszcie 3. by, rozporządzając potrzeb-

nemi środkami pomocniczemi i funduszami, mogli stale na miejscu objąć kierownictwo akcji, zmierzającej do zwalczenia epidemji.

Zwalczanie epidemij utyka przedewszystkiem na sprawie zgłaszania przypadków zachorowania.

Naczelnik gminy (wójt) obowiązany jest donieść Starostwu natychmiast, skoro w gminie pojawi się choroba zakaźna. Rzecz w teorji bardzo prosta, w praktyce przedstawia się inaczej. Zazwyczaj z powodu nieudolności i złej woli ludności, sporo czasu upływa, zanim naczelnik gminy dowie się o pojawieniu się w gminie choroby zakaźnej. Następnie sporo czasu zazwyczaj upływa zanim naczelnik gminy, który przyszedł do świadomości, że w gminie pojawiła się choroba zakaźna, doniesie o tem Starostwu. Oprócz nieudolności nie małe ma tu znaczenie rozmyślne tajenie choroby z obawy przed zarządzeniami policyjno sanitarnemi, jak izolacją, ograniczeniem ruchu, handlu i t. p., dalej trudności komunikacyjne i tu przedewszystkiem w gminie samej, jeżeli choroba zakaźna pojawi się w odległych i trudno dostępnych chatach i przysiółkach, jak to bywa najczęściej. Chaty takie odległe od właściwej gminy administracyjnej, bardzo często położone są w pobliżu chat gmin sąsiednich i przez to w razie szerzenia się w tychże chorób zakaźnych, są one szczególnie narażone na zawleczenie epidemji. Nie mniej od trudności komunikacyjnych ma pewne znaczenie w opóźnieniu doniesień naczelnika gminy do Starostwa również okoliczność, że naczelnik gminy, zwłaszcza, jeżeli jest analfabetą lub też człowiekiem ciężko pracującym na swe i rodziny utrzymanie, wyręcza się zazwyczaj pisarzem gminnym, który pełni te czynności tylko przygodnie lub też w kilku gminach. W końcu, czasem wchodzi w grę także i obawa przed przybyciem do gminy funkcjonarjusza władzy nadzorczej, który przy sposobności mógłby przyjrzeć się bliżej tajnikom gospodarki i polityki gminnej.

Skoro wreszcie trudności zgłoszenia choroby zakaźnej zostały szczęśliwie pokonane, następują trudności w szybkiem a tak dla zwalczenia choroby zakaźnej ważnem delegowaniu lekarza do gminy.

Starostwa o obszarze bardzo dużym, nie mniejszym jak obszar niektórych udzielnych państewek, n. p. Dolina, Kosów, Lisko w Małopolsce, rozporządzają tylko jednym lekarzem urzędowym, który przedewszystkiem jest powołany do sprawdzania choroby zakaźnej. O delegowaniu lekarza prywatnego, któryby w zastępstwie lekarza powiatowego mógł sprawdzić epidemję (co dawniej się praktykowało) obecnie nie może być mowy. Czynność to bardzo ważna; od należytego jej spełnienia zależy bardzo wiele, czynność wymagająca wielkiego nakładu pracy i czasu, oraz znajomości stosunków miejscowych, szczególnie narażająca na zakażenie. Niedoceniając tej ważności sprawy i trudności wykonania wynagradza się sprawdzenie z urzędu choroby zakaźnej nader skromnie, w porównaniu z dochodami z praktyki lekarskiej. To też lekarzowi prywatnemu nie opłaca się przyjmować delegacji, a wręcz jest to niemożliwem dla lekarzy, mających posadę lub pełniących czynności lekarza kasy chorych, sądowego, szkolnego i t. p. Zazwyczaj przeto, usuwają się od pełnienia czynności lekarza delegowanego lub niechętnie i wyjątkowo przyjmują delegacje, zwłaszcza, że przez wydawanie i przestrzeganie zarządzeń policyjno-sanitarnych, narażają sobie klientelę prywatną i przez to materjalnie więcej tracą, niż zyskują. Do sprawdzenia pozostaje przeto tylko lekarz powiatowy, który tak obarczony jest agendami służbowemi, zwłaszcza w większem mieście powiatowem, gdzie sprawy wojskowe, sądowe, przemysłowe, szkolne i inne, obok rozlicznych czynności biurowych, tak go zajmują, że nawet, jeżeli, jak być powinno, sprawy tyczące się epidemji uważa za szczególnie nagłe, wyjątkowo tylko może zaraz po otrzymaniu doniesienia udać się do gminy. O ile z jednej strony, doniesienia o rzeczywistem pojawieniu się choroby zakaźnej, z trudnością tylko dochodzą do wiadomości odpowiednich władz, o tyle z drugiej strony do Starostwa wpływa bardzo wiele doniesień o chorobie zakaźnej, przyczem wchodzą tu w grę najrozmaitsze względy, jak chęć uzyskania bezpłatnej pomocy lekarskiej dla kogoś z rodziny dygnitarzy gminnych, czasem konkurencja handlowa lub przemysłowa, chcąca się pozbyć niewygodnego współzawodnika, i wiele innych względów. Wynika stąd dużo pracy dla lekarza powiatowego, gdyż doniesienia takie musi sprawdzić, rzadko tylko może *a priori* doniesienie uznać za nieuzasadnione. Stąd odbywa lekarz nieraz dalekie podróże, by po przybyciu do gminy otrzymać długi spis chorych rozrzuconych po całej gminie, po których odwiedzeniu przekonuje się, że brak butów, ciepłego odzienia, pasienie bydła lub pilna robota w polu były przyczyną nieobecności dziecka w szkole i doniesienia. Nie przeszkadza to, że w gminie tej równocześnie są przypadki choroby zakaźnej, których się w spisie przezornie nie umieszcza, lub na samym końcu długiej litanji rzekomo chorych, tak by pozostawić lekarzowi jak najmniej czasu na zbadanie, lub, gdy już fizycznie zmordowany długą podróżą i następnie chodzeniem po wertepach w gminie, uroczyście zapewnić go, że do chorych w końcu spisu umieszczonych nie potrzeba się trudzić, gdyż chorzy już powrócili do zdrowia, lub nie ma ich obecnie w gminie, gdyż poszli na robotę.

Po stwierdzeniu choroby zakaźnej w gminie, pojawiają się nowe trudności. W gminie zazwyczaj (nie mówię o wyjątkach) nie ma żadnych urządzeń sanitarnych dla zwalczania chorób zakaźnych, a i lekarz powiatowy, względnie Starostwo, również nie rozporządza żadnemi. Znikomo mała ilość urządzeń (szpitale, kolumny epidemiczne) N. N. K., nie może być braną w rachubę. Lekarz powiatowy po sprawdzeniu choroby zakaźnej musi się ograniczyć do wydania pouczeń i zarządzeń oraz dalszych dojazdów do gminy raz w tygodniu. Czy to można nazwać zwalczaniem epidemji? Wygląda to tak, jak gdyby ktoś chciał pożar ugasić, polewając ogień konewkami. Szkoda trudu i czasu.

Zupełnie inaczej przedstawiałaby się sprawa, gdyby lekarz delegowany po stwierdzeniu choroby zakaźnej mógł natychmiast wprowadzić w ruch akcję opartą na racjonalnych i nowoczesnych podstawach, gdyby mógł chorego natychmiast umieścić w szpitalu epidemicznym i usunąć zarazki przez dokładne fachowe odkażenie, a równocześnie przez inteligentne i sprawne organa niższej służby sanitarnej przekonać się, czy w gminie niema tajonych przypadków choroby.

Do tego celu idealnie nadawałyby się ruchome kolumny epidemiczne, ze szpitalem (barakiem) do rozporządzenia, wyposażone w wszelkie środki pomocnicze, rozporządzające wyszkoloną niższą służbą sanitarną i zostające pod kierunkiem doświadczonego lekarza.

Kosztowny to aparat, którego nie posiadają Państwa, stojące na wysokim stopniu kultury, i do którego urządzenia, oprócz znacznych kosztów, potrzeba czasu na zestawienie kolumn i na wyszkolenie personalu.

Aparat taki jednakże, mimo olbrzymich kosztów, wnet by się opłacił, gdyż przez swobodne szerzenie się chorób zakaźnych społeczeństwo, t. j. osoby prywatne i Państwo, ponoszą znacznie większe straty, niż by mógł wynosić koszt w ten sposób prowadzonej akcji.

W końcu chciałbym poruszyć jeszcze jedną sprawę konieczną do uregulowania, jeżeli jakiekolwiek zwalczanie epidemji ma dać dodatnie wyniki, to jest sprawa ścisłego rozdziału czynności i kompetencji czynników powołanych do zwalczania epidemji. Chodzi o to, by każdy z czynników wiedział dokładnie, jakie są jego obowiązki, by jednej i tej samej czynności nie spełniało równocześnie kilka czynników i by poszczególne czynniki dokładnie się wzajemnie informowały i celowo współdziałały.

Chodzi tu mianowicie o współdziałanie władz samorządowych, rządowych administracyjnych i organów Nadzwyczajnego Komisarjatu dla zwalczania epidemji.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy P. P. Okręgu łódzkiego.

Z Oddziału łódzkiego Związku lek. P. P. otrzymujemy następujący komunikat:

Dnia 3 kwietnia b. r. zaczęła funkcjonować w Łodzi kasa chorych, zorganizowana bez udziału lekarzy łódzkich. Ogół publiczności, na zasadzie jednostronnie inspirowanych artykułów, ukazujących się od czasu w prasie, mógł wyrobić sobie fałszywe z gruntu pojęcie o stosunku łódzkich lekarzy do kasy chorych; wobec tego Zarząd związku lekarzy Państwa polskiego okręgu łódzkiego czuje się w obowiązku bezstronnie i rzeczowo, nie wchodząc w szczegóły, wyjaśnić sprawę.

Od chwili rozpoczęcia prac organizacyjnych przez kasę chorych, Związek lekarzy Państwa polskiego w Łodzi, mieście fabrycznem, w którem lekarze stale pracowali w istniejących „kasach chorych" przy fabrykach i różnego rodzaju związkach zawodowych, zajął względem kas chorych przychylne stanowisko i pragnął wziąć udział w pracy, chcąc, aby kasa chorych była zorganizowana w sposób, zabezpieczający uczestnikom dobrą i sumienną pomoc lekarską. W tym celu, stojąc na gruncie § 42 ustawy (2 punkt ustawy sejmowej), który głosi:

„Członkowie kasy mają prawo wolnego wyboru lekarza z pośród tych, z którymi kasa zawarła umowę.

Chory może zmienić lekarza w czasie tej samej choroby tylko za zgodą zarządu kasy, udzieloną na skutek umotywowanego żądania zmiany. Zgoda ta winna być udzielona, lub odmówiona w ciągu 3-ch dni", oświadczył się za wolnym wyborem lekarzy, za udzielaniem pomocy w gabinetach lekarskich i, co za tem idzie, za świadczeniami na kartki. Ponieważ zaś do kasy chorych zgłosili swój akces prawie wszyscy lekarze, nie wyłączając najbardziej wziętych, ubezpieczeni mieliby możność leczenia się u lekarza, do którego mają zaufanie.

Ustawa sejmowa nie przesądza bowiem systemu organizacji kas chorych i pozwala je organizować stosownie do lokalnych potrzeb i warunków. Tymczasem Związek lekarzy natknął się odrazu na nieprzejednane pod tym względem stanowisko organizatorów kasy chorych, którzy, jak to oświadczył przedstawiciel ministerstwa pracy i opieki społecznej na zebraniu związku lekarzy dnia 29 marca r. b., mieli wskazówki z góry nie ustępować od systemu zarzuconego w zachodniej Europie, systemu, który boleśnie na swej skórze odczuwała ludność ubezpieczona.

Delegacja Związku lekarzy, nie chcąc przedłużać *ad infinitum* dyskusji na ten temat i nie chcąc, aby odium za utrudnianie w organizowaniu kasy chorych spadło na lekarzy łódzkich, poczyniła ustępstwa, starając się jednocześnie coś niecoś ocalić z zasad systemu przez siebie ku pożytkowi ubezpieczonej ludności proponowanego; mianowicie uzyskała jedynie to tylko, że cho-

rzy obłożnie mogli w wyjątkowych przypadkach korzystać z usług lekarza nie rejonowego, a tego, do którego mieliby zaufanie. Z systemu wolnego pozostały szczątki, z ogromną szkodą dla ludności ubezpieczonej.

Względy materjalne w Łodzi nie mogły stanąć na przeszkodzie, bo Łódź, co do ilości ubezpieczonych i co do dochodów będzie w najkorzystniejszych warunkach.

Według słów przedstawiciela Ministerstwa pracy i opieki społecznej, stawka ustawowa, od której będzie można pobierać procent na rzecz kasy chorych dochodzi do 4 tysięcy mk. (w Warszawie 2 tys.), a procent 6 i pół (w Warszawie 5 pr.). A zresztą kiedy przy systemie wolnego wyboru w Poznaniu i na Pomorzu, wynagrodzenia lekarzy nie przenoszą 20 proc. budżetu kasy i kasa miasta Poznania mogła już w pierwszym roku zaoszczędzić 40 miljonów marek, za które nabyła aptekę, to cóż mówić o Łodzi, gdzie ilość ubezpieczonych będzie znacznie większa, stawka ustawowa i procent pobierany wyższe. Związek jednak dla powodów wyżej wyłuszczonych był zmuszony, wbrew swemu przekonaniu, zrezygnować ze swych żądań.

Pertraktacje prowadzone były nadal. Biorąc na siebie odpowiedzialność za wartość okazywanej pomocy lekarskiej, —Związek zażądał, aby kasa chorych mianowała lekarzy jedynie z listy przedstawionej przez Związek. Po długich, kilkotygodniowych pert aktacjach, zarząd kasy chorych zgodził się pozornie na ten postulat z pewnemi zastrzeżeniami, ale jednocześnie w toku pertraktacji robił anonimowe ogłoszenia w pismach i angażował lekarzy, starając się sparaliżować jednolitą akcję lekarzy. W ten sposób, mimo że Związek lekarzy ostrzegał ogół lekarski przed przyjmowaniem posad w kasie, wzrastała ilość lekarzy angażowanych poza Związkiem w miarę przedłużania się pertraktacji, które zarząd kas chorych celowo przeciągał. Co do zaangażowanych zaś przez siebie lekarzy zarząd kasy wyraźnie Związkowi oświadczył, że ci muszą pozostać w kasie chorych.

Tego rodzaju postępowanie wobec Związku lekarzy było wysoce nielojalne i sprzeczne z ideologją, którą zarząd kas chorych stale jako swój sztandar społeczny wywieszał.

Po roku pertraktacji nareszcie układ miał być ostatecznie zawarty, na przeszkodzie stanęła jednak kwestja materjalna. Związek lekarzy zażądał 35 tys. mk. za efektywną godzinę miesięczną — co wystarcza jedynie na skromną egzystencję dla pracującego inteligenta, dając mu możność przy całkowitem poświęceniu swej pracy kasom chorych zarobienia 200 tysięcy marek miesięcznie. Zarząd kasy na to się nie zgodził, choć Związek, chcąc nareszcie skończyć i dać możność kasie jako tako się zorganizować, na propozycję pośredniczącą (32 tys.), uczynioną przez dyrektora wojewódzkiego urzędu zdrowia, zgodził się. A później jeszcze, chcąc kasie chorych ułatwić decyzję — Związek godził się na 30 tysięcy — z warunkiem, aby pozostałe 5 tysięcy były wypłacone przy końcu roku, kiedy kasa będzie rozporządzać funduszami. I na to zarząd kasy chorych nie przystał. Że zrobił źle, przyznał to przedstawiciel Ministerstwa pracy i opieki społecznej na wspomnianem zebraniu.

Wobec takiego stanowiska zarządu kasy, który traktował lekarzy jako bezrobotnych najemników, zmuszonych przyjść i zgodzić się na wszelkie dyktowane warunki — stanowiska, godnego, zaiste, zachłannego przedstawiciela kapitału, delegaci Związku oświadczyli, że anulują wszystkie dotychczas przyjęte warunki. Decyzję tę aprobowało i ogólne zebranie Związku lekarzy z dnia 19 marca r. b., postanawiając stanąć przy systemie wolnego wyboru lekarzy, jako na systemie daleko racjonalniejszym i korzystniejszym tak dla ludności, jak i dla lekarzy.

Licząc się jednak z jednej strony z już dokonanem przez kasy chorych urządzeniem ambulatorjów i pewnemi przyzwyczajeniami tutejszej ludności, jak również, biorąc pod uwagę interesy młodszych lekarzy, Związek powziął na zebraniu dn. 29 marca następującą rezolucję:

„Stojąc na stanowisku wolnego wyboru lekarza, Związek lekarzy P. P. uważa, że pomoc lekarska powinna być udzielana w gabinetach lekarskich za kartkami i w ambulatorjach specjalnych — za ryczałtowem wynagrodzeniem. O ile zarząd kas chorych zechciałby zejść ze swego dotychczasowego stanowiska i wszcząć pertraktacje ze Związkiem lekarzy, Związek daje swym delegatom pełnomocnictwo do zawarcia na tej podstawie ostatecznej umowy".

Mimo więc jaknajdalej idącej ustępliwości Związku lekarzy Państwa polskiego okręgu łódzkiego, zarząd kasy chorych nielojalnem stanowiskiem wobec Związku sprowokował lekarzy łódzkich do tego stopnia, że dopuścić musieli, aby kasa chorych w Łodzi rozpoczęła swą działalność bez udziału dawno tu osiadłych sił lekarskich, a przy współudziale ludzi pod względem jedności zawodowej napiętnowanych, a pod względem wyszkolenia fachowego nieznanych, ani ogółowi, ani Związkowi lekarzy, ani zarządowi kasy chorych.

Za niestosowanie się do postanowień i uchwał Ogólnego zebrania zostali wykluczeni i ogłoszeni pod bojkotem koleżeńskim i towarzyskim. *Drzy Auerbach, Chylewski i A. Engel.*

Zarząd Związku zawiadamia ponownie kolegów, że z powodu zatargu zasadniczego w kasie chorych w Łodzi przyjmować posad nie wolno.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

XV. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek 28. kwietnia w Poliklinice. Porządek obrad: 1) kol. Leszczyński, Meisels i Świątkiewicz: Leczenie łuszczycy naświetlaniem grasicy. 2) kol. Wiczkowski: Kamica żółciowa ze stanowiska chorób wewnętrznych; kol. Ślęk: ze stanowiska chirurgicznego. *Kmietowicz*, sekretarz. *Franke*, prezes.

Towarzystwo higjeniczne, spełniając uchwalony na bieżący rok program swej działalności, urządza szereg wykładów, objaśnionych obrazami świetlnemi. Dotąd odbyły się dwa z zakresu chorób płciowych (dr. Krzemickiego i Hojnackiego), w najbliższym czasie ma się odbyć wykład o raku prof. Nowickiego i wykład z zakresu opieki nad dzieckiem prof. Gröera. Sądząc z pierwszych 2 wykładów, na których było niemal po 1.000 słuchaczy, wykłady urządzone przez Tow. higjeniczne spotkały się z żywem zainteresowaniem tutejszego społeczeństwa.

Propaganda higjeny dziecka. Lotny oddział propagandy urządzonej przez Amerykański Czerwony Krzyż, o której zorganizowaniu pisaliśmy w Nr. 12 i 13 „Gazety", przybył do Lwowa. Spełniając swe cele, przy poparciu Ministerstwa zdrowia i Polskiego Czerwonego Krzyża, urządził szereg wykładów objaśnionych udatnemi pokazami kinematograficznemi z zakresu higjeny dziecka i zwalczania gruźlicy. Jeden z wieczorów został urządzony specjalnie dla lekarzy celem zaznajomienia ich z pokazami kinematograficznemi. Najbliższą stacją dla oddziału lotnego ma być Lublin.

Poznań.

Z ostatniego zeszytu „Nowin lekarskich" dowiadujemy się że na mocy układu „Nowiny" stały się organem (jak dawniej) Wydz. lek. Towarz. przyjaciół nauk i Okręgu Wielkopolskiego Związku lekarzy P. P. Nakład „Nowin" objął wspomniany Okręg Związku, który też w komitecie redakcyjnym będzie miał trzech przedstawicieli, mianowicie dra T. Alkiewicza (administrator), dra A. Karwowskiego, prezesa Związku, i dr. R. Wierzbickiego. Naczelnym redaktorem wybrano prof. Ant. Jurasza (sen.).

Dzięki temu połączeniu „Nowiny" w przyszłości obok części naukowej poświęcą więcej miejsca sprawom zawodowym lekarskim, które w obecnej dobie ze względu na nowe ustawy i rozporządzenia winny szczególnie zajmować lekarzy.

Warszawa.

Warszawskie Towarzystwo Biologiczne założone zostało dn. 8. III. 1922 jako zawiązek planowanego Polskiego Towarzystwa Biologicznego. Zebranie zainaugurował Prof. Hornowski, który podkreślił i obszernie umotywował konieczność ścisłej współpracy i wymiany myśli pomiędzy przyrodnikami i lekarzami. Następnie Prof. Sosnowski wygłosił odczyt pod tytułem: „Potrzeby pokarmowe i zdolności syntetyczne zwierząt", w którym zilustrował tezy poprzedniego referatu. Obecny na zebraniu Prof. Hirszler ze Lwowa zawiadomił o zakładaniu tamże organizacji podobnej. Wreszcie nastąpiły wybory Zarządu tymczasowego, któremu poruczono skoordynowanie akcji w poszczególnych ośrodkach uniwersyteckich i załatwienie formalności statutowych. Drugie posiedzenie odbyło się d. 5. IV. 1922 z następującym porządkiem dziennym: 1. Prof. K. Janicki „Nowy pogląd na ogólną morfologję przywr i tasiemców". 2. Dr. J. Landsberg „Crise hemoclasique" a opadanie krwinek. 3. Pułk. Dr. Z. Szymanowski i Dr. N. Zylberlast-Zandowa „Badania doświadczalne nad zarazkiem wyprysku". Posiedzenia dalsze będą się odbywały raz na miesiąc we środy.

Przy **Zakładzie Medycyny Sądowej** Uniw. Warszawskiego nieobsadzone jest stanowisko asystenta. Podania należy nadsyłać do kierownika Zakładu, prof. Grzywo-Dąbrowskiego, Warszawa, Nowowspólna, Zakład Sądowej Medycyny.

Z b. Kongresówki.

Zarząd Tow. zwalczania gruźlicy „Brius" w Siedlcach przesyła nam sprawozdanie z działalności za czas od 1. I. do 31. III. b. r. W ambulatorjum liczba dni przyjęć wynosiła 54, udzielonych porad 690, w tem dzieciom do lat 15 razy 377. Liczba wydanych bezpłatnie leków wyniosła 113. W gabinecie dentystycznym liczba dni przyjęć wyniosła 35, udzielonych porad 199.

KONKURS.

L. Pr. 679/II
2
Warszawa, dnia 29. marca 1922 r.

W powiecie błońskim jest do obsadzenia posada lekarza powiatowego z poborami VII (siódmego) stopnia służbowego urzędników państwowych wraz z odnośnemi dodatkami drożyźnianemi ze stałą siedzibą urzędową przy Starostwie w Grodzisku.

Podania należy wnosić do Wydziału Prezydjalnego Urzędu Wojewódzkiego do dnia 30. kwietnia r. b. dołączając do podania:

a) dokładny życiorys,
b) metrykę urodzenia,
c) świadectwa z ukończonych studjów lekarskich,
d) świadectwa z odbytej praktyki lub ze służby poprzedniej,
e) dowód obywatelstwa polskiego,
f) świadectwo zdrowia, wystawione przez lekarza państwowego.

Posada powyższa zostanie nadaną na razie prowizorycznie.

Wojewoda:
w z. *Bilski*, w. r.

Województwo Krakowskie
L. 22454/IX ex 1922
306

Ogłoszenie

W obrębie Województwa Krakowskiego opróżnioną została posada lekarza powiatowego przy Starostwie w Brzesku.

Wkrótce opróżnione będzie również posada lekarza powiatowego w Tarnowie.

Wojewoda:
Gałecki.

KONKURS

Wydział Powiatowy w Rypinie poszukuje Lekarza Ordynatora oddziału chirurgicznego szpitala powiatowego.

Pobory VII kategorji płac urzędników państwowych wraz z dodatkami. Mieszkanie i praktyka prywatna zapewniona.

Oferty wraz z curriculum vitae nadsyłać należy na ręce Naczelnego Lekarza szpitala Dra Bukraby w Rypinie.

Posada do objęcia od 1 czerwca 1922 roku.

Doktor wszech nauk lekarskich

obeznany dokładnie z terapją płuc, choroby kobiece i częściowo dentystykę, poważny, pewny, znajdzie dobrą egzystencję w Poroninie obok Zakopanego. Otrzymanie okręgówki polnej nie wykluczone. Szybkie zgłoszenia ze względu na stosunki mieszkaniowe wskazane. Lekarze kompetujący o pobyt stały znajdą wszelkie wyjaśnienia w miejscowej dobrze prosperującej aptece.

Zarząd Powiatowej Kasy chorych w Skolem

rozpisuje niniejszem

Konkurs

na posadę lekarza z siedzibę w Demni-wyżnej ad Skole.

Pobory VIII rangi urzedników państwowych z dodatkiem drożyźnianym dla miejscowości II klasy. Nadto 50% całych poborów jako dalszy dodatek drożyźniany, pomieszkanie, opał i światło. Do podań należy dołączyć odpis świadectwa odbytej praktyki szpitalnej przez 3 lata. Pierwszeństwo mają petenci, którzy wykażą się odbytą praktyką w chirurgji i położnictwie. Koniec konkursu 25 kwietnia 1922 roku.

Za Zarząd pow. Kasy chorych
Stanisław Piasecki,
Komisarz rządowy

Nr. 18. 30 kwietnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. Dr. K. Brudzewski. Kraków.

O okularach staroświeckich i nowoczesnych.*)

Do wynalazków, bez których dzisiaj życia człowieka cywilizowanego zupełnie wyobrazić sobie nie można, jak n. p. maszyna parowa, elektryczność, druk itp., zaliczyć także należy i wynalazek okularów, jako przyrządu codziennej potrzeby, bez którego człowiek kulturalny się nie obejdzie. Bo jeżeli nie ma błędu refrakcji i okularów nie używa stale, to przecież z chwilą pojawienia się presbyopji za okulary chwycić musi. A, używając szkieł, zwłaszcza najnowszej konstrukcji i pod względem optycznym idealnych i znanych pod nazwą »punktalnych«, nawet nie przypuszcza, że upłynęło z górą 600 lat, zanim okulary wynaleziono i zanim okulary, z początku nader prymitywne, doszły do obecnej doskonałości. Wynalazek okularów jest bowiem dość późną zdobyczą rozwoju cywilizacji europejskiej. Najdawniejsze kultury okularów nie znały, nie znał ich ani Babylon, ani Egipt, ni Rzym, ni Ateny. Egipt znał szkło, ale tylko szkło barwne, tj. emalje, jak o tem świadczą wykopaliska. Egipcjanie umieli szlifować nawet tak twardy kamień, jak granit, ale nie ma żadnych dowodów, by szlifowali szkło. Nawet Grecja, ten tak kulturalny kraik, na soczewki okularowe się nie zdobył; gdyż soczewki wyrobione z kryształu górskiego, które znalazł Schliemann w wykopaliskach trojańskich, były tylko ozdobnemi guzami ubrań. Twierdzenie, że siedliska starej kultury azjatyckiej, Chiny i Indje, jeszcze przed zjawieniem się okularów w Europie, już je posiadały, upada w świetle badań nowych. Soczewki okularowe zostały do Chin i Indji zawiezione bądźto przez żeglarzy holenderskich, bądźto przez misjonarzy. Chiny znały lustra wklęsłe i wypukłe metalowe, oraz ich własności optyczne; ale ich obserwacje astronomiczne, zdumiewające dokładnością, były robione nie lunetami, lecz zapomocą narzędzi geometrycznych, bez soczewek, — tak samo zresztą, jak i w Europie, zanim w XVI. w. Kepler i Galileusz zastosowali do tego użytku soczewki. I gdy Chiny otrzymały z Europy okulary, używali ich z początku tylko dygnitarze, mandaryni i inni wysocy urzędnicy państwowi. Ale w oprawach osadzone były zazwyczaj szkła płaskie, albo płasko szlifowane kryształy topazu. Okulary bowiem były uważane za oznakę wysokiej godności, albo uczoności, zatem raczej za ozdobę, niż pomoc dla wzroku. A to jest znakiem naśladownictwa i do dziś dnia się powtarza, że narody niższe kulturą, zetknąwszy się z Europejczykiem, biorą od niego to, co najwięcej ich uwagę zwraca. Murzyn ubiera się w cylinder lub czerwony mundur; Chiny wzięły okulary; z Chin okulary dostały się do Japonji. Indyjskie okulary pochodzą także niewątpliwie z Europy, jakkolwiek ich oprawy zdobne są w słonie i podobizny innych egzotycznych zwierząt, w sposób indyjski stylizowanych. Operacja zaćmy, reklinacja, od niepamiętnych czasów była w Indjach stosowana, ale nigdzie w dawnych księgach niema wzmianki, by po tej operacji używano okularów, poprawiających ametropię pooperacyjną, mimo że w Indjach szlifierstwo kamieni drogich, nawet kulisto szlifowanych, było bardzo rozwinięte.

I Rzym starożytny obchodzi się bez okularów. Cicero skarży się, że w późnym wieku tak źle widzi, iż musi się wyręczać lektorem, niewolnikiem; gdyby więc w tej epoce najwyższej kultury Rzymu okulary w jakiejkolwiek formie były znane, to tak zamożny i tak wykształcony patrycjusz, jak Cicero, byłby je niewątpliwie posiadał. A starożytność bliska była okularów — znano bowiem szklane kule (szewskie kule) wypełnione wodą, których używano do oświetlenia; znana była ich własność powiększająca i kaustyczna; dziwiono się tylko, że mimo ich napełnienia wodą zimną zdołają one, odpowiednio do słońca ustawione, zapalić materjał suchy i palny. To, że w tych czasach robiono gemmy i kamee o nadzwyczaj pięknem wykończeniu, da się tem tłumaczyć, iż do tego przemysłu zabierali się ludzie mający odpowiedni wzrok; a ponieważ tak i dzisiaj, jak i wtedy, krótkowidzów we Włoszech nie brakło, więc można zrozumieć, jak dobrze ci ludzie bez okularów te misterne roboty wykonywać mogli. Zresztą gdyby okulary były istniały, to tak cenny wynalazek nie byłby bez śladów zaginął. Rzym pozostawił po sobie literaturę, w której by z pewnością o nich była została wzmianka.

Plinjusz opisuje, że Neron przyglądał się przez szmaragd walkom gladjatorów. To jednakże wcale nie dowodzi, aby ten szmaragd był soczewką wklęsłą czy wypukłą. Neron nie był krótkowidzem, ale niewątpliwie nie dowidział (*amblyopia*), więc go światło włoskiego nieba, odbite od piasku areny, raziło; a ponieważ kolor zielony już wtedy uchodził za kolor ochraniający wzrok, więc niewątpliwie Neron używał szmaragdu jako środka ochronnego. Płaskie szmaragdy były znane, a choć były kosztowne, to tak potężny cesarz mógł sobie na ten zbytek pozwolić. Zresztą Plinjusz nie mówi o soczewce ze szmaragdu, ale o szmaragdzie. To pojęcie o dodatniem działaniu zielonej barwy na wzrok utrzymywało się bardzo długo. W wiekach średnich i później rytownicy, złotnicy, sztycharze itp. mieli przed sobą ustawione duże kawały zielonego szkła, na które dla wypoczynku zmęczonych oczów od czasu do czasu podczas pracy spoglądali.

Po upadku Rzymu przyszły czasy ciemnoty średniowiecza i upadku kultury. Nauka odżyła nieco u Maurów w Hiszpanji, ale i oni okularów nie znali. W reszcie Europy ciemnota była ogólna, a tylko w klasztorach i na dworach panujących chowały się nauki. Ale klasztory zajmowały się raczej teologją i scholastyką, niż naukami przyrodniczemi, więc też nie była to pora na wynalazki. Przypisano zakonnikowi angielskiemu Bakonowi (połowa XIII. w.) wynalazek okularów, bo, zajmując się teorją fizyki, doszedł na podstawie logicznego rozumowania do przekonania, że soczewką możnaby lepiej widzieć małe przedmioty, niż gołem okiem; jednakże prób rzeczywistych w tym kierunku nie robił.

Dopiero w końcu XIII. w., tj. około 1285 r., zjawiają się w północnych Włoszech soczewki skupiające, jako narzędzie pomocnicze do czytania, i ten okres należy uważać za chwilę wynalazku okularów. Jednakże historja nie podaje nazwiska wynalazcy. Zjawiły się okulary w Wenecji, gdzie były huty szklane, które potem z obawy przed pożarem przeniesiono na jedną z wysp, Murano, i tam do dziś dnia one istnieją. Być może, że soczewka okularowa jest przypadkowym wynalazkiem jakiegoś robotnika huty lub szlifierni, jak to bywało w innych dziedzinach przemysłu. Wynalazek ten jednak prędko musiał znaleźć uznanie, bo już w r. 1300 ogłosił senat wenecki dekrety ochronne, zakazujące podrabiania soczewek okularowych; musiał zatem ten przemysł się rozwijać i dawać duże zyski, kiedy go senat ochraniał. Z Włoch rozeszły się okulary na cały świat, ale ten pochód był bardzo powolny Długi czas sądzono, że istotnymi wynalazcami okularów byli dwaj zakonnicy: Spina z Pizy i Armati z Florencji, który ma nawet w kościele pomnik z napisem »wynalazca okularów«. Ale pokazało się, że oni byli pierwsi, którzy poza Wenecją potrafili robić te szkła, a zwłaszcza Spina, który miał być wogóle bardzo zręcznym rzemieślnikiem. Jednakże jeszcze kilkadziesiąt lat po wynalezieniu były okulary w Europie rzadkością; bo gdy na ślubie arcyksiężniczki austryjackiej (1320 r.) pojawił się poseł włoski w okularach, to wywołał na dworze niesłychane zdumienie. Okularów używali z początku tylko ludzie zamożni lub osoby panujące, a uważano je za taką rzadkość, że figurowały nawet w inwenta-

*) Podług odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem d. 19. X. 1921 r.

rzach pośmiertnych książęcych między klejnotami, jako rzeczy drogocenne. Również i nabycie okularów nie było zbyt łatwe, bo jeszcze w drugiej połowie XVI. w., zatem w 300 lat po ich wynalezieniu, kurfürst saski nie może ich w Dreźnie kupić i wysyła po okulary umyślnego do Wenecji. Ale też wtedy umiejętność czytania i pisania nie była bardzo rozpowszechniona. Miejsce dzisiejszej inteligencji zajmowali zakonnicy; książki były tylko pisane, więc drogie i rzadkie, nagromadzone tylko w bibljotekach klasztornych lub królewskich, zwłaszcze i kosztowniejsze nawet łańcuchami do pulpitów przytwierdzone, by ich do domów nie brano, a litery w nich tak duże, że do późnej starości gołem okiem czytane być mogły; więc i potrzeba okularów była, poza Włochami, mała.

Dopiero wynalazek i rozpowszechnienie się druku zmieniły te stosunki. Z początku drukowano książki pobożne, i to ogromnemi literami, nie dlatego, aby nie umiano sporządzić małych czcionek, ale dlatego, aby i ludzie starsi z wzrokiem starczym mogli je czytać. A gdy przez reformację, biblja przetłómaczona przez Lutra na język zrozumiały dla ogółu, niemiecki, stała się dla wszystkich dostępną i wraz z reformacją rozeszła się po całym świecie, tłumaczona i na inne języki, potrzeba nauki czytania i pisania stała się większą, a wraz z nią i popyt na okulary do czytania, t. j. soczewki skupiające.

Natomiast soczewki rozpraszające, przeznaczone dla wzroku krótkiego, zjawiły się dopiero około 1500 r. Te soczewki jeszcze wolniej wchodziły w użycie, bo do ich zastosowania była sposobność rzadsza; wszak służą one tylko do patrzenia w dal. Rzemieślnik, jak np. rytownik, ślusarz, złotnik, albo pisarz, do swej pracy zawodowej, choć miał krótki wzrok, szkieł rozpraszających nie potrzebował, a zawodu wojskowego lub myśliwego nie obierał ten, kto miał wzrok krótki, ani innego zawodu, którego wykonanie wzrok krótki utrudniał. Toteż jako wyjątek przytaczają, że papież Leon X., który miał wzrok krótki, posługiwał się na polowaniach w Bolsena soczewką rozpraszającą i widział nią tak doskonale, jak jego towarzysze zabawy z wzrokiem dobrym. Były to czasy renesansu i rycerskich papieży! Wysoka cena, grube i ciężkie obrobienie, niedokładność szlifu, wszystko to utrudniało rozpowszechnianie się okularów. Drogie były bardzo, bo jeszcze w XIX wieku płacono za parę okularów 5 talarów, wysoką naówczas cenę; to też noszono je tylko na wielkie uroczystości, lub podczas obchodów, aby zaznaczyć swą godność uczonego lub swą zamożnością się pochwalić.

Mimo, że wyrób szkła w Wenecji otaczano tajemnicą, przecież powstały poza granicami Włoch huty szklane, a wraz z niemi i cech szlifierzy szkła (w Niemczech). Z początku szkło z tych hut posyłano do szlifierni weneckich; ale wnet nauczono się w południowych Niemczech szlifowania szkła. Ale ten początkowy przemysł okularowy był mały, domowy, i jako taki dotrwał do czasów Fryderyka W., który pierwszy dał konsens na fabrykę okularów we Frankfurcie nad Odrą. Stamtąd przeniesiono ją do Rathenow, gdzie rozrosła się do rozmiarów jednej z największych fabryk w Europie i w ostatnich czasach produkowała kilka miljonów soczewek okularowych rocznie. Ubiegła ją pod względem dobroci towaru w ostatnich latach fabryka Zeissa w Jenie. We Francji Ludwik XV. polecił założyć fabrykę w Marez. Oczywiście wyrabianie szkieł okularowych *en masse*, oraz konkurencja kupiecka obniżyły ogromnie cenę okularów, i w ten sposób udostępniły ich nabycie bardzo szerokim warstwom społeczeństwa.

Jeszcze w 100 lat po wynalezieniu okularów lekarze o nich nic nie wiedzieli lub nic wiedzieć nie chcieli, uważając zajmowanie się doborem szkieł za zajęcie, będące poniżej godności doktora medycyny. I czyta się nawet, że odradzali używania okularów, jako dla wzroku szkodliwych. Nawet gdy już Kepler podał prawa załamania światła przez soczewki i sporządził pierwszą lunetę astronomiczną, zapatrywania lekarzy mało się zmieniły. Z małemi wyjątkami utrzymywali ciągle, że używanie szkieł jest dla oka szkodliwe, a nawet byli i tacy, którzy uważali okulary za jakiś środek czarnoksięski! Dopiero w XVIII. wieku zaczęli się lekarze zajmować okularami; ale na prawdę dopiero wzięli rozdawnictwo okularów w swe ręce po wynalazku Helmholtza i pojawieniu się pracy Dondersa o błędach refrakcji, zatem w połowie XIX. w.

Ponieważ lekarze z początku tak odpornie wobec używania szkieł się zachowali, więc okulary stały się poprostu towarem kupieckim, a rozpowszechnianiem ich zajęli się sami fabrykanci i kupcy osiadli, którzy je w swych sklepach dobierali. Prócz tego sprzedażą szkieł, wraz z handlem innemi towarami zajęli się kupcy obnośni oraz wędrowni szarlatani. Ci szarlatani, chodząc po jarmarkach, wykonywali tam małe operacje, jak wyrywanie zębów, puszczanie krwi itp., a równocześnie i reklinacją katarakty, i równocześnie sprzedawali okulary. Ponieważ polecali je także ludziom nieumiejącym czytać, obiecując, że przez okulary czytać będą, więc tem postępowaniem wcale się nie przyczyniali do wzbudzenia zaufania do okularów. Nie brakło i takich ludzi, którzy noszących okulary wyśmiewali lub karykaturowali; boć i, co prawda, kształt i wielkość ówczesnych opraw bardzo się do wyśmiewania nadawały. Jednem słowem długi czas uważano noszenie okularów za odmianę błazeństw mody.

Z początku, gdy się okulary pojawiły, istniały jako szkła wyłącznie do czytania, i to jako szkła skupiające, oprawione pojedyńczo, na długiej rączce, którą czytający trzymał soczewkę przed jednem okiem, jak to się po dziś dzień widzi u ludzi starszej daty.

Nawet nikomu zrazu na myśl nie przyszło, aby zamiast jednej soczewki użyć dwu, po jednej przed każde oko, tak iż, gdy któryś z uczonych użył w ten sposób dwu soczewek, opisywano to w kronikach jako szczególne zastosowanie okularów. W ten sam sposób używano szkieł rozpraszających.

Ale potrzeba dobrego widzenia z bliska, przy równocześnie wolnych rękach, przecież zwyciężyła: pojawił się nanośnik (cwikier) z dwoma szkłami. Zatem cwikier, aczkolwiek z początku bardzo prymitywny, był pradziadem okularów. Już w końcu XIV w. zjawia się on, zrobiony z podwójnej skóry, w którą soczewki były oprawione: ten przyrząd wpychano na nasadę nosa, dla której w skórze oprawy było wycięcie. Ale po krótkiem używaniu skóra oprawy wycierała się i wyginała i szkła źle na nosie siedziały, zaczęto więc oprawiać szkła w metalowe pierścienie, które były ze sobą połączone, w miejscu dzisiejszej sprężynki, zawiasem dość twardo ruchomym; w ten sposób oprawą tą, na nos wsadzoną, było go można nos ścisnąć i ustawienie okularów przed oczami ustalić. Albo też oprawione szkła przywiązywano sznurkiem, idącym dookoła głowy, lub też zakładano pętle ze sznurka za uszy — były to t. zw. okulary nitkowe — i takie właśnie okulary wprowadzono do Chin i Japonji, gdzie do dziś dnia jeszcze są w użyciu. To był już duży postęp, i okulary dotrwały w tej postaci aż do XVIII. w. Dopiero około r. 1740 francuz Thomin wynalazł prototyp naszych dzisiejszych okularowych opraw, t. z. *lunettes à tempe*. Były to oprawy z rogu, które zamiast sznurków miały na zawiasach pręty, zakończone okrągłą płytką albo pierścieniem, nie sięgającym jednak uszów; opierał się on na skroniach, lekko je ściskając. Bardzo prędko jednak te sztywne pręty wydłużono i zgięto, tak iż można je było za uszy zakładać. Dzisiejsze oprawy okularowe różnią się od opisanych tylko lekkością i dokładnością wykonania.

W początku XIX. w. anglik Th. Young wykrył pierwszy oczy, nie widzące dobrze ani z daleka ani z bliska i pierwszy opisał ten błąd jako a s t y g m a t y z m, oraz podał równocześnie sposób jego poprawy przez soczewki, któreby musiały mieć działanie optyczne odcinka cylindra. Dotychczas używano wyłącznie szkieł o płaszczyznach sferycznych, o cylindrach nic nie wiedziano; dopiero w roku 1840 Suscipi w Rzymie pierwszy sporządził soczewki cylindryczne i zaczął niemi wyrównywać astygmatyzm. I gdy po wynalezieniu wziernika przez Helmholtza w r. 1851 i pojawieniu się pracy Dondersa o wadach refrakcji przepisywanie okularów przeszło zupełnie do rąk fachowych lekarzy, zaczęto używać okularów, że tak powiem, *en masse*: nie dlatego, aby nasz zmysł wzroku stępiał, ale dlatego, że i oświata rozszerzyła się na coraz to szersze warstwy ludności, a co jeszcze ważniejsze, że ludzie, obierając zawód, wiedzieli, że słaby albo słabnący wzrok nie

będzie przeszkodą zarobkową, bo da się bardzo często bez szkody dla zajęcia okularami poprawić.

Materjał, z którego robiono okulary, nie zawsze był tylko szkłem weneckiem, które także nazywano kryształowem. Szlifowano soczewki także z kryształu górskiego, który wraz z innemi mniej szlachetnemi kamieniami zwano berylem (stąd »Brille«). Kryształ górski przychodził w wielkich metrowych kryształach z Angji i Francji, a później najpiękniejszy, zupełnie bezbarwny, z Brazylji. Optyk królewiecki Porchinus próbował robić okulary z bursztynu (r. 1690), który po wyszlifowaniu gotował w oleju lnianym, przez co bursztyn stawał się przeźroczysty. Naśladowców nie miał, bo bursztyn raczej za klejnot był uważany. Kształt szkieł okularowych bywał różny; robiono je bardzo duże i okrągłe, czworoboczne, sześcio- i ośmiokątne, wreszcie, jak dzisiaj, małe i poziomo-owalne, aby jak najmniej zwracały uwagę i odpowiadały kształtom szpary powiekowej.

* * *

Soczewki okularowe, od samego początku ich zjawienia się, były albo dwuwypukłe albo dwuwklęsłe, a promienie ich krzywizn były dla obu powierzchni soczewki równe, i taka ich forma do dziś dnia jest używana. Dopiero ostatnie czasy wprowadziły wielką reformę konstrukcji optycznej soczewek okularowych, tak skupiających jak rozpraszających. Soczewki, które mają z obu stron te same promienie krzywizn, wcale nie są jedynie możliwe dla danego numeru szkła, ani nie są optycznie najlepsze. Przeciwnie, należą do najgorszych, jakie w dzisiejszych czasach są używane. A że mimo to są ciągle jeszcze używane, pochodzi stąd, że wyrób ich jest najtańszy, bo najłatwiejszy; fabryki mogą je *en masse* wytwarzać, więc też są dla najszerszych warstw społeczeństwa przystępne. Lecz obrazek, który te soczewki tworzą, jest dobry tylko wtedy, jeżeli utworzony jest przez sam środek soczewki, a zatem przez promienie światła padające wzdłuż osi optycznej soczewki, albo bezpośrednio przy osi przez te części powierzchni soczewkowej, które nie są więcej oddalone od jej środka, niż 2—3 milimetry (5—6 stopni). Błędy minimalne, które soczewki i tam posiadają, są wskutek małej średnicy źrenicznej w stosunku do ogniskowej soczewki zredukowane do minimum. Oko tych błędów już nie odczuwa.

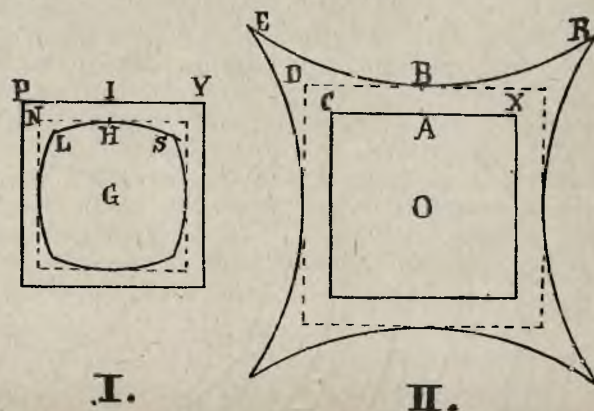
I gdyby oko się nie ruszało i wyłącznie i stale tylko przez sam środek soczewki patrzało, to te zwyczajne soczewki byłyby dobre. Ale oko ciągle się rusza, zatrzymując się zaledwie kilka a najdłużej kilkanaście sekund na jakimś punkcie przedmiotu spostrzeganego i zaraz potem odbiega na bok, aby za chwilkę znowu wrócić na dawne miejsce i patrzeć wzdłuż osi soczewki. Ruchy te są minimalne, jednakże bywają i wydatniejsze, jeżeli jakiś przedmiot, leżący z boku osi soczewki, zatem na obwodzie pola widzenia, zajmie na chwilę naszą uwagę. I z tą chwilą, gdy oko popatrzy się skośnie przez szkło okularowe, to jest częścią soczewki oddaloną choćby tylko 10 do 12 milimetrów od osi (20 do 25 stopni), natychmiast błędy optyczne soczewki dadzą się uczuć, oko zaczyna źle widzieć.

Błędy najważniejsze, które każda bez wyjątku zwykła soczewka dwuwklęsła lub dwuwypukła posiada, są: astygmatyzm, występujący przy skośnem padaniu promieni na soczewkę, aberacja sferyczna i idące z nią w parze zniekształtnienie obrazka t. z. dystorsja i wygięcie obrazka, to znaczy: obrazek nie jest płaski, ale cały tak położony, jakby leżał na kuli. Aberacja chromatyczna zjawia się dopiero u soczewek silnych i ma dla oka mniejsze znaczenie, bo i oko samo ma nieco aberacji chromatycznej, więc tego błędu nie odczuwa.

Natomiast astygmatyzm i dystorsja to są te dwa błędy, które najwięcej psują dobroć obrazka, utworzonego przez części obwodowe soczewki.

Jeżeli na soczewkę padną promienie, które wysyła świecący punkt z odległości nieskończonej, tj.: równoległe, to części osiowe soczewki tak te promienie załamią, że w jej ognisku utworzy się znowu punkt jako obrazek przedmiotu. Ale jeżeli wiązka promieni równoległych pochodzi od punktu, który leży w pewnem oddaleniu od osi optycznej szkła i promienie te padną na soczewkę skośnie, to obrazek już nie będzie punktem, ale wskutek astygmatyzmu przez skośne padanie utworzą się zamiast obrazka w ognisku, 2 linje ogniskowe (obrazek punktu będzie wyciągnięty w linję): jedna, pionowa, bliżej, druga, pozioma, dalej od soczewki położona, ale obydwie bliżej soczewki, aniżeli jej ognisko dla promieni osiowych, bo soczewka swym obwodem silniej światło łamie, niż w osi. Zatem obwód soczewki posiada astygmatyzm, który jest tem silniejszy, im skośniej nań promienie padną i im soczewka jest silniejsza. Wskutek tego na siatkówce powstanie obrazek niewyraźny; a że obwód soczewki skupiającej — łamiąc silniej światło — powiększa, a rozpraszającej pomniejsza, więc obrazek tej części przedmiotu, która zostanie odtworzona przez obwód soczewki, będzie nieco odmienny od rzeczywistej postaci przedmiotu: obrazek będzie równocześnie i niewyraźny i zniekształtniony. To zniekształtnienie zwie się dystorsją. Jeżeli więc oko po przez soczewkę zbierającą popatrzy się na środek kwadratu, stojącego przed okiem w płaszczyźnie do osi optycznej szkła pionowej, to obrazek jego nie będzie kwadratem, ale jego boki będą wygięte poduszkowato (Rycina 1, II.). Wskutek powiększenia odtworzy

Ryc. 1.



soczewka punkt **A** kwadratu w punkcie **B**. Punkt **C** powinien się przesunąć do punktu **D**; ale ponieważ punkt **C** jest oddalony od środka **O** dalej, niż punkt **A**, więc wobec coraz to silniejszego powiększania przez obwód soczewki, punkt **C** będzie przesunięty do **E**; każdy bok kwadratu przedstawi się zatem oku uzbrojonemu w soczewkę skupiającą, jak krzywa **EBR**, wygięta wypukłością ku środkowi **O**.

W życiu praktycznem oko odczuje tę dystorsję w ten sposób, że, patrząc np. skośnie w dół przez okulary na próg pokoju, zobaczy go niżej, niż jest w rzeczywistości i ku górze wypukły. Jeżeli teraz patrzący przez okulary schyli głowę i popatrzy się na ten sam próg przez środek soczewki, to zobaczy go znowu, jako linję prostą i na właściwem miejscu, zatem dozna uczucia, że próg się zachwiał i poruszył, a ponieważ wie z doświadczenia, iż to się nie dzieje, więc odnosi ten ruch do siebie i odczuwa zawrót.

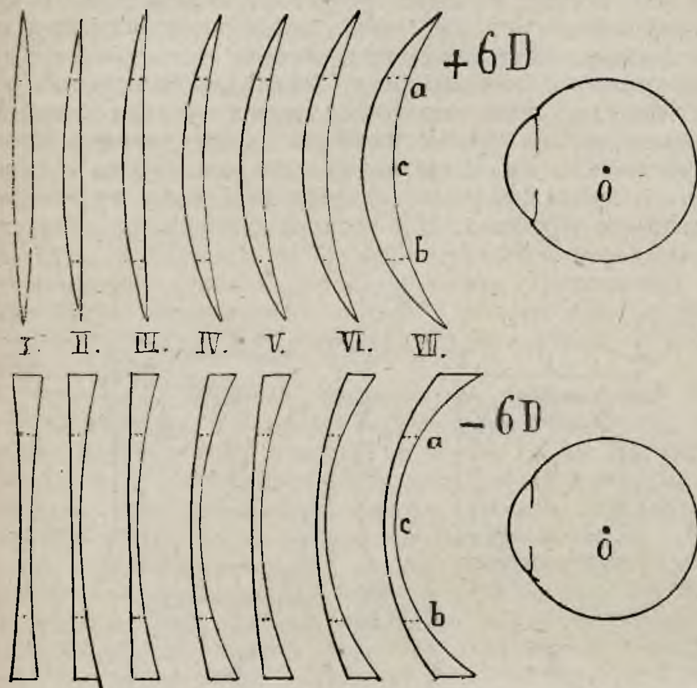
Szkła rozpraszające dają też dystorsję, ale odwrotną: kwadrat będzie odwrotnie zniekształtniony, w postaci beczułki. (Rycina 1,I.): zamiast kwadratu z bokiem prostym **P,I,Y**, zobaczy oko figurę, której boki są do środka wklęsłością zwrócone (**L. H. S.**). A ponieważ do tego dołącza się i astygmatyzm, więc linje kwadratu będą i powyginane i niewyraźne. Prócz tego obrazek nie będzie płaski, ale wypuklony.

Te trzy najważniejsze błędy soczewek dały się już dawno we znaki fotografom, którzy z tego powodu nie mogli robić zdjęć przy dużej rozwartości przepony (blendy); a zatem obrazki, które padały na klisze, były mało jasne. W roku 1840 stworzył Petzwal objektywy złożone z kombinacji kilku soczewek różnej siły i różnego współczynnika załamania, tj. materjału, i osiągnął obrazki pozbawione i astygmatyzmu i dystorsji. Dzisiaj postęp w budowie objektywów fotograficznych jest taki, że doskonałość obrazków, otrzymywanych przez objektywy fotograficzne, doszła już do najdalej możliwych granic.

Jednakże tego środka, którego użył Petzwal, tj. zestawienia kilku soczewek, dla zbudowania dobrych szkieł okularowych użyć nie można. Dla użytku przyrządu fotograficznego jest zupełnie obojętnem, że objektyw jest długi i ciężki. Przed oko takiego objektywu postawić nie można. Zmiana

gatunku szkła, tj. zmiana współczynnika załamania n, także do celu nie wiedzie. Pozostaje zatem tylko jeden sposób poprawy obrazków, które szkło okularowe daje, tj. zmiana krzywizn ścian soczewki i wzajemne ich ustosunkowanie.

Nie należy bowiem sądzić, by dla danego numeru soczewki tylko soczewka dwuwypukła lub dwuwklęsła, o równych promieniach krzywizn, była jedynie możliwa. Soczewka może mieć przy różnych krzywiznach przecież taką samą siłę osiową tj. taką samą ogniskową. Jako przykład niech służy soczewka o sile 6 dioptrji (ogniskowa = 166 milimetrów).



Ryc. 2.

Rycina 2 przedstawia właśnie cały szereg soczewek zbierających i rozpraszających, które mimo różnego kształtu (który jest przedstawiony w przekroju) mają wszystkie siłę 6 dioptrji. Dodana poniżej tabelka objaśnia rycinę 2: w pierwszej rubryce oznaczenie nazwy kształtu soczewki, w drugiej długość promienia krzywizn strony soczewki odwróconej od oka (o), w trzeciej siła łamiąca tej krzywizny w dioptrjach; w czwartej promień krzywizny powierzchni zwróconej do oka; w piątej siła łamiąca tej krzywizny w dioptrjach; znak + znaczy, że płaszczyzna jest wypukła, znak — że jest wklęsła (dla soczewek o sile + *6 dioptrji* i *n* = *1·52)*

Nazwa soczewki	promień powierzchni przedniej	siła łamiąca pow. przedn.	promień powierzchni tylnej	siła łamiąca pow tylnej
I. dwuwypukła	+ 173 mm	+ 3 D	+ 173 mm	+ 3 D
II. wypukło płaska	+ 87 mm	+ 6 D	∾	o
III. periskopijna	+ 72 mm	+ 7·25 D	— 416 mm	— 1·25 D
IV. półmuszlowa	+ 43 mm	+ 12 D	— 87 mm	— 6 D
V. punktalna	+ 37 mm	+ 13·5 D	— 64 mm	— 7·5 D
VI. anastigmat B	+ 32 mm	+ 15·4 D	— 51 mm	— 9 D
VII. ortoskop.	+ 25 mm	+ 20·8 D	— 35 mm	— 14·8 D

Dla soczewek rozpraszających o sile — 6 D wartości byłyby podobne z tą różnicą, że powierzchnie przednie miałyby dłuższe promienie, niż tylne, tj. zwrócona do oka (o) siła rozpraszająca tylnej powierzchni będzie większa, niż skupiająca przedniej; zatem różni caokaże, że szkło jest rozpraszające. Z tych wszystkich, na rycinie 2 przedstawionych soczewek tylko soczewki oznaczone IV., V., VI. i VII. tworzą częściami powierzchni obwodowemi dobre obrazki. Oko o, patrząc przez okolicę a lub b, widzi tak samo wyraźnie, jak przez część osiową c. Natomiast soczewki I. i II. dają w tej okolicy swego obwodu obrazki ze wszystkiemi wyżej opisanemi błędami.

Chodzi więc o to, jaki kształt nadać należy soczewce okularowej, aby i jej obwód dawał tak dobry obrazek, jak oś. Obrazek będzie dobry tylko wtedy, jeżeli szkło zostanie wygięte i tak przed okiem ustawione, aby jego płaszczyzna wklęsła była zwrócona do oka, jak to oba szeregi w rycinie 2 uzmysławiają.

Dr. J. Bujalski, Dyr. Szpitala Powszech. Tarnów.

Cztery przypadki ostrej niedrożności jelitowej.

(Notatka sprawozdawcza).

Wśród operowanych przezemnie przypadków ostrej niedrożności jelitowej spotkałem cztery, zasługujące na uwagę nie tyle ze względu na rodzaj cierpienia i przebieg (wszystkie skończyły się pomyślnie), ile raczej ze względu na niezwykłą przyczynę, która niedrożność wywołała.

1. Jan K. 51-letni, rolnik z Otfinowa (L. pr. St. ch. 1551|18). Przed 8—10 laty operowany w Krakowie wśród objawów ostrej niedrożności jelitowej. W r. 1914 operowany w Szpitalu w Tarnowie z powodu skrętu esicy. Po obu operacjach czuł się zupełnie zdrowym, pracował na roli. Przed 5 miesiącami ciężko chorował na „ból w brzuchu“, gorączkował, uporczywe wymioty. Wezwany lekarz rozpoznał wrzód okrągły żołądka. Leżał 12 dni. Od tego czasu przy wysiłkach fizycznych odczuwał silne bóle „w dołku“. Obecnie od czterech dni zupełne zatrzymanie wiatrów i stolca, gwałtowne boleści napadowe w brzuchu i uporczywe wymioty.

Po otwarciu jamy brzusznej zauważono dość gruby postronek, idący ponad jelitami z okolicy talerza biodrowego prawego aż do okolicy wyrostka mieczykowatego mostka, i przyrośnięty, tu do otrzewnej ściennej bardzo silnym zrostem wraz z siecią. Mniej więcej pośrodku zrośnięty był w 2 miejscach z jelitem. Okazało się, że postronek ten przesznurowujący jelita był wyrostkiem robaczkowym i miał 23 cm długości.

2. Wincenty D., 55-letni, rolnik z Wierzchosławic (L. p. St. ch. 1559|18). Zawsze zdrów. Przed rokiem zachorował ciężko na kamienie żółciowe, jak oświadczył mu ordynujący lekarz. Od tego czasu żadnych dolegliwości nie odczuwał. Przed 6-iu dniami podczas rąbania drzewa dostał gwałtownych boleści; zupełny brak wiatrów i stolca, wymioty cuchnące.

Po otwarciu jamy brzusznej dostrzeżono postronek, grubości piątego palca, przesznurowujący jelita i idący ponad niemi. Postronek ten był wyrostkiem robaczkowym jelita ślepego, a koniec jego gubił się w kłębie sieci, silnie zrośniętej z woreczkiem żółciowym. Długość wyrostka wynosiła 19 cm., z jelitami nie był nigdzie zrośnięty.

3. Wacław K. 55-letni, rolnik z Dulczy Wielkiej (L. p. St. ch. 1644|18). Wogóle zdrów. Przed 3 laty był chory kilka dni na boleści w brzuchu, lekarza nie wzywał wtedy. Od 3 dni chory. Choroba powstała nagle, podczas snu. Zbudziły go bóle w brzuchu, wkrótce potem wystąpiły wymioty. Od tej chwili zupełny brak stolca i wiatrów, wymioty nie ustępują. Przy badaniu prócz objawów ostrej niedrożności jelitowej stwierdzono obecność przepukliny lewostronnej pachwinowej wolnej. Po otwarciu jamy brzusznej w linji środkowej wydobyło się jelito ślepe potwornie rozdęte, przeciągnięte poza linję środkową ciała na stronę lewą i utrzymywane w tej pozycji przez wyrostek robaczkowy, jak taśma, spłaszczony, na 1 cm. szeroki. Koniec wyrostka otoczony siecią wraz z nią bardzo silnie zrośnięty był z otrzewną ścienną tuż przy wejściu wewnętrznem do kanału przepuklinowego po stronie lewej. Długość wyrostka wynosiła 12 cm.

4. Zofia B. 50-letnia, żona rolnika ze Zgłobic (L. p. St. ch. 2952|18). W ostatnich 20 latach chorowała raz jeden i to przed trzema laty na zapalenie jajników, leżała 6 tygodni. Pozatem zdrowa. Od dwóch dni silne bóle w brzuchu, wymioty, zatrzymanie stolca i niezupełne zatrzymanie wiatrów.

Po otwarciu jamy brzusznej zauważono postronek przesznurowujący jelita, rozpoznany z łatwością jako wyrostek robaczkowy jelita ślepego, ściągniętego znacznie ku linji środkowej, przyczem koniec wyrostka gubił się w guzie wielkości małej pomarańczy. Okazało się, że to jajnik lewy, obrośnięty siecią, z wrośniętym do wewnątrz końcem wyrostka. Po oddzieleniu wyrostka od sieci i jajnika i po usunięciu całego guza można było oznaczyć długość wyrostka: wynosiła ona 16 cm.

Dr. Marcin Zieliński i Dr. Eugeniusz Artwiński. Kraków.

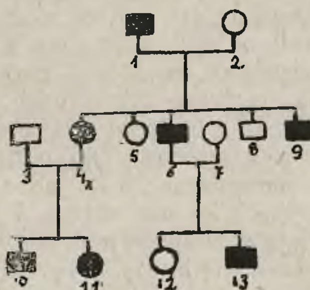
Przyczynek do nauki o ataksji dziedzicznej.

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych U. J. Dyrektor: Prof. Dr. Jan Piltz.

W przypadku poniżej opisanym zasługuje na szczególną uwagę fakt, że do hyperkeratozy, którą stwierdzono także u ascendentów i descendentów, dołącza się tu po raz pierwszy symptomo-kompleks bezładu dziedzicznego.

E. K. 36 lat, żona adwokata, przyjęta do kliniki 13. XI. 1919. Her.: Ojciec chorej cierpiał na hyperkeratozę. Z pięciorga jego dzieci, troje ma hyperkeratozę; pośród nich chora, której dwoje dzieci obarczonych jest także hyperkaratozą. Jeszcze jeden przypadek hyperkeratozy pośród descendentów rodzeństwa chorej. Dziedziczność tego cierpienia objaśnia dołączona tablica.

TABLICA.



Objaśnienie do tablicy genealogicznej rodziny K.: □ mężczyźni, ○ kobiety; l. 4 x, 6, 9, 10, 11 i 13, osoby cierpiące na hyperkeratozę, 4 x nasza chora.

U naszej chorej hyperkeratoza obu dłoni i podeszew od 7 miesiąca życia. W dzieciństwie płonica. W 32 roku życia pierwszy poród, po którym skrzepy w nogach, bóle i obrzęki przez kilka lat. W 27 roku życia poronienie; w 33 roku życia kilka miesięcy trwająca choroba umysłowa, którą prof. Marburg w Wiedniu określił jako typowy obraz »amencji«. Aż do okresu ozdrowienia po tej chorobie nie było zaburzeń chodu w rodzaju bezładu; prof. Marburg wyklucza istnienie objawów organicznej choroby nerwowej w tym czasie. Chora podaje także, że dopiero w jakiś czasu potem, a więc z końcem 33 roku życia, zauważyła u siebie chód »jakby człowieka pijanego«. Obecnie skarży się na zataczanie się, niepewność przy odwracaniu się i natychmiastowe padanie przy zamkniętych oczach.

Badanie fizyczne: Źrenice równe, krągłe, oddziaływują na światło i przystosowanie żywo i wydatnie. Nerwy mózgowe bez zmian. Siła mięśniowa ręki prawej (dynam. 60), mniejsza niż lewej (dynam. 71). Lekki bezład ręki prawej, mniej wyraźny lewej. Zniesienie odruchów kolanowych i Achillesowych. Chód chwiejny i zataczanie się. Objaw Romberga dodatni. Bezład i zaburzenie czucia głębokiego w kończynach dolnych. Hypestezja i hypalgezja w obrębie hyperkeratozy na dłoniach i podeszwach.

W klinicznym zespole objawów bezładu dziedzicznego wyodrębniono dwa typy, z których jeden opisał Friedreich, drugi P. Marie. Przypadek nasz nie odpowiada żadnemu z tych typowych obrazów i zdaje się przemawiać za słusznością zapatrywania, że zarówno choroba Friedreicha jak i bezład móżdżkowy Marie'a nie stanowią odrębnych jednostek chorobowych, lecz przedstawiają rozmaite okresy rozwoju tej samej sprawy anatomo-patologicznej. Z pomieszczeniem tego przypadku w obrazie klinicznym Friedreicha nie zgadzałby się późny początek cierpienia (dopiero w 33 r.), brak zmian odżywczych i charakterystycznego ustawienia stopy w ustawieniu szpotawo-końskiem z wyprostowaniem pierwszego członka palców, brak odruchu Babińskiego; przeciw zaliczeniu go do zespołu heredo-ataksji móżdżkowej Marie'a przemawiają wybitne zaburzenia czucia głębokiego i objaw Romberga, zniesienie odruchów kolanowych, brak zaniku nerwów wzrokowych i porażeń mięśni ocznych.

Mimo dokładnych wywiadów nie zdołano ustalić w rodzinie ani jednego przypadku heredoataksji, natomiast wybitnie dziedzicznem cierpieniem jest tutaj hyperkeratoza (patrz na tablicę). U chorej naszej przyłącza się do hyperkeratozy symptomo-kompleks bezładu dziedzicznego, przezco przypadek ten wchodzi jako dalsze ogniwo do łańcucha chorób, towarzyszących cierpieniom Friedreicha. Jendrassik uważa takie schorzenia dziedziczne, jak zaniki mięśniowe, chorobę Friedreicha, kurczowe porażenie rdzeniowe, za różnorodne odmiany »rodzinnego dziedzicznego zwyrodnienia«, przyczem w każdej rodzinie mogą zachodzić różne jego kombinacje. Pogląd ten potwierdzają spostrzeżenia J. Kollaritsa, który opisał rodzinę, gdzie choroba Friedreicha występuje obok dystrofji mięśniowych.

Popiera go również nasze spostrzeżenie kombinacji hyperkeratozy ze symptomo-kompleksem bezładu dziedzicznego. Kombinacja ta (pochodzenie ektodermalne) stanowić może także ciekawy przyczynek dla tych teoryj, które w chorobie Friedreicha upatrują wrodzoną już mniejszą wartościowość systemu nerwowego.

Współistnienie zespołów heredo-ataksji z chorobą skóry przemawiałoby za słusznością teorji Binga o uszkodzeniu plazmy zarodkowej z uwagi na wspólność ektodermalnego pochodzenia powłok i układu nerwowego. Brak natomiast w wywiadach naszej chorej wiadomości o alkoholiźmie, któremu tak wybitną rolę przypisuje Bing w powstawaniu dziedzicznych schorzeń rodzinnych. Interesujący w tym przypadku jest późny początek i powolny rozwój cierpienia. Pierwsze lekkie objawy zaznaczyły się w jakiś czas po przebytej chorobie umysłowej w 33 r. życia a pogorszenie, z którem chora wiąże początek swojej choroby, nastąpiło parę miesięcy przed przyjściem do kliniki.

Dr. Henryk Hilarowicz, asystent kliniki. Lwów.

O skręceniu sznurka nasiennego, na podstawie przypadku.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

Jednem z rzadszych schorzeń narządu rozrodczego męskiego jest skręt sznurka nasiennego, cierpienie określane przez niektórych autorów jako skręt jądra o tyle nieodpowiednio, że skręceniu ulega nie obracające się jądro, lecz jego szypuła zawierająca części składowe sznurka nasiennego.

Przypadek poniżej opisany stanowi bardzo charakterystyczny przyczynek dla znajomości tego cierpienia, zarówno pod względem klinicznym, jak i anatomo-patologicznym.

J. B. lat 16. przyjęty na klinikę 28. XI. 1921. Dotąd zawsze zdrowy, o jakiejkolwiek nieprawidłowości swoich narządów płciowych nic nie wie. Dnia 25. XI. po jeździe wozem i dźwiganiu ciężkiego worka ze zbożem poczuł nagle silny ból w dolnej części brzucha po stronie prawej, poczem czuł się tak źle, iż położył się do łóżka; dnia tego wystąpiły wymioty, zatrzymanie stolca i wiatrów, znaczne osłabienie ogólne. Po dwóch dniach stan się polepszył, bóle, choć słabsze, trwają.

Stan obecny: Chłopiec w stosunku do wieku prawidłowo rozwinięty: temp. 37·2, tętno 100, język obłożony, wilgotny; brzuch nieco wzdęty, w górnych partjach niebolesny. Nad więzadłem pachwinowem prawem w okolicy kanału pachwinowego wypuklenie wielkości małej pięści, nie dające się od powłok brzusznych odgraniczyć, bardzo bolesne, pokryte skórą przesuwalną, niezmienioną; wypuk nad niem zupełnie stłumiony, chełbotania wyraźnego nie stwierdza się. W worku mosznowym wyczuwa się jedno jądro, małe i wiotkie, obok zaś niego po stronie lewej kulisty, miękki twór wielkości orzecha laskowego, który przy bliższem badaniu okazuje połączenie z jądrem zapomocą pasma około 3 cm długiego — w górnym brzegu zgrubiałego — odpowiadający oddzielonemu od jądra lewego przyjądrzu tegoż, a nie będący sam, jak się zrazu wydawało, niedorozwiniętem jądrem lewem. Rozpoznanie wobec niepewności co do stosunków w mosznach wahało się między przepukliną pachwinową uwięźniętą a jakąś sprawą ostrą, dotyczącą jądra prawego, o ile znajduje się ono w kanale. W znieczuleniu miejscowem odsłonięto leżący częściowo w kanale pachwinowym sinawy, podłużnawy i chełboczący guz; po otwarciu go stwierdzono, iż jest to worek o ścianach około 2 mm grubych wysłany błoną surowiczą, zawierający niewielką ilość ciemno-krwawego nieco woniejącego płynu. Na dnie worka znajdował się kulisty twór, wielkości orzecha włoskiego, barwy ciemno-niebieskiej, który mógłby odpowiadać małej pętli jelita uwięźniętej: pod nim jednak nigdzie wejścia do wolnej jamy

brzusznej nie wyczuwało się. Pierścień pachwinowy wewnętrzny, w którym tkwił ów twór nieruchomo, nacięto, poczem dopiero można było go nieco wyciągnąć; stwierdzono, że jest to jądro prawe wraz z przyjądrzem, które uległo obrotowi o 360° w kierunku ruchu wskazówek zegara, skręcając swoją szypułę, około 5 cm długą, taśmowatą; jądro i szypuła aż do miejsca skrętu okazywały czarno-krwiste zabarwienie. Po odkręceniu szypuły, na której jądro wisiało swobodnie wewnątrz pochewki własnej, podwiązano ją partjami i odcięto; przewód nasienny tworzył pętlę, zniżającą się aż do nasady moszen, leżącą poza blaszką ścienną pochewki własnej; pętlę pozostawiono na miejscu, a worek, w którym leżało jądro, zeszyto, zwracając go powierzchnią surowiczą ku tkance podskórnej; powłoki zeszyto szwami Bassiniego. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy a chory po 10-ciu dniach opuścił klinikę.

Opisane stosunki oraz wycięte jądro, zarówno pod względem swej budowy, jak i zmian anatomo-patologicznych, są typowe dla przypadków skrętu i odpowiadają w zupełności innym opisom.

Zasadniczym szczegółem jest uszypułowanie jądra, t. j. brak pozaotrzewnowej (poza obrębem pochewki własnej leżącej) przestrzeni, wzdłuż której prawidłowo tylna ściana jądra i część przyjądrza są umocowane; całe jądro, przyjądrze i część sznurka nasiennego są zewsząd powleczone błoną surowiczą (blaszką trzewiową pochewki własnej), przez co właśnie tworzy się szypuła, około 5 cm długa a 3 szeroka, płaska, dozwalająca jądru na nieprawidłowy obrót. Samo jądro, wymiarów 46 mm × 32 mm × 24mm, jest spłaszczone i pozostaje w styczności tylko z głową przyjądrza, na której widać bydatidę Morganiego, podczas gdy reszta przyjądrza jest oddalona od jądra, tworząc wewnątrz szypuły zgrubiałe pasmo, oddzielone od jądra głęboką kieszenią (*sinus epidydimis* — prawidłowo niewielkie zagłębienie pomiędzy jądrem a leżącem na niem przyjądrzem). Na przekroju w stanie świeżym uderza wielka ilość krwi w preparacie, powodująca czarno-czerwone zabarwienie przy zupełnie zatartym rysunku jądra.

Badanie drobnowidowe. (Zakład anatomji patologicznej Uniw. we Lwowie) wykazuje:

Błona biaława jądra dobrze utrzymana, na powierzchni gładka, jednak bez widocznej wyściółki śródbłonkowej; tuż pod nią stwierdza się obfite, płaskie wylewy krwawe, wnikające miejscami w samą tkankę jądra. Utkanie jądra jeszcze o tyle zachowane, że można dopatrzeć się obrysów poszczególnych kanalików nasiennych, budowa jednak komórkowa tychże, podobnie jak i tkanki międzykanalikowej, zupełnie zatarta z powodu martwicy skrzepowej. Jako tkanka martwicza cały miąższ jądra barwi się bardzo blado. Poszukiwanie plemników w świetle kanalików dało wynik ujemny. W tkance podścieliskowej międzykanalikowej bardzo rozległe, jednostajne wylewy krwawe, w wielu miejscach z powodu konglutynacji ciałek czerwonych znajdują się jednostajne masy szkliste eozynochłonne. W tkance przyjądrza gdzieniegdzie jeszcze widoczne kanaliki i wywody o częściowo utrzymanej wyściółce nabłonkowej, w świetle których również plemników wykazać nie można, tkanka zaś podścieliskowa obficie krwią nacieczona. Żyły silnie porozszerzane, wypełnione ciałkami czerwonemi, przeważnie skonglutynowanemi.

Obraz zatem histologiczny jądra i przyjądrza odpowiada zmianom, spostrzeganym przy zupełnem powstrzymaniu odpływu krwi t. j. zastoju żylnym (stasis) z następową martwicą tkanki, w zakresie której ten zastój nastąpił. Jeszcze utrzymana budowa jądra i przyjądrza, aczkolwiek już martwiczych, świadczy, że powstrzymanie odpływu krwi w danym przypadku mogło trwać zgodnie z wywiadami kilka dni. W większości opisów przypadków skrętu sznura nasiennego można się spotkać z określeniem zmian anatomo-patologicznych w jądrze, jako »zawał krwawy«, użytem o tyle nie ściśle, że zmiany te, chociaż takie same jak przy zawale, powód mają inny — a mianowie nie zaczopowanie tętnicy końcowej lecz zamknięcie przedewszystkiem żył wskutek skrętu szypuły — to samo, co dzieje się przy skręcie torbieli jajnikowej, uwięźnięciu pętli jelita lub skręcie kiszek, w których to przypadkach o zawale krwawym się nie mówi.

W przypadku naszym jądro skręciło swoją szypułę, obracając się, jak wspomniano, wewnątrz swojej pochewki własnej. Autorowie francuscy określają tę najczęstszą postać skrętu trafnie jako »volvulus« jądra, w odróżnieniu do postaci rzadszej, bo niewiele tylko razy opisanej, gdy jądro wraz z wszystkiemi swemi osłonami okręca się, powodując »torsję ex travaginalną« (Serafini[1]) lub »kastrację samodzielną« — »Bistournage spontanée« — (Sébileau i Lapointe[2]); podobną postać okręcenia spostrzegał też Schramm w jednym, nieopisanym dotąd przypadku u chłopca 6-miesięcznego, operowanego przy rozpoznaniu uwięźniętej przepukliny pachwinowej po stronie prawej.

Skręt sznura nasiennego nie należy do chorób częstych; w dostępnej mnie literaturze zdołałem zebrać opisanych dotąd przypadków 96; z tych najdawniejszy opisany przez Delasiauve'a[3]) w r. 1840. Istnieją prócz tego nader ciekawe prace doświadczalne, dokonywane w celu wyświetlenia tego schorzenia przez Chauveau[4]), Miffleta[5]), Enderlena[6]), Lapointe'a[2]) i Vauverts'a[7]).

Znaczna większość opisanych przypadków skrętu dotyczy jądra pachwinowego, mającego też, jak wiadomo, skłonność do innych schorzeń, jak bujania nowotworowego, zapaleń i uwięźnięcia. Już Nicoladoni[8]) w r. 1885 podnosi ścisły związek skrętu sznurka nasiennego z wnętrostwem i twierdzi, że i te jądra, które uległy okręceniu w mosznach, były pierwotnie dłuższy czas wstrzymanemi jądrami pachwinowemi, które opóźniły się w swem zstąpieniu; zauważa też fakt, że jądra pachwinowe wogóle okazują wielką ruchomość, łatwo, zwłaszcza u dzieci wskakują do jamy brzusznej i wychodzą napowrót (Kocher, Berchon, Gintrac). Sasse[9]) zajmuje się tą sprawą bliżej: jądro ma w życiu płodowem długą krezkę (mesorchium), na której porusza się w jamie brzusznej swobodnie; w miarę zstępowania jądro traci swoją krezkę i dzięki temu, że tylna jego ściana, przyjądrze z wyjątkiem głowy i sznurek nasienny otrzymują położenie pozaotrzewnowe, zostaje umocowane; o ile jądro nie zstępuje, lub zstępuje później, szypuła się nie skraca, i jądro zachowuje swoją ruchomość, będącą nieodzownym warunkiem powstania skrętu wewnątrz pochewki własnej. Nicoladoni nazywa to zjawisko »brakiem mesorchium«, jak sam przyznaje niezbyt trafnie, bo właśnie nie z brakiem krezki, lecz z krezką nad — miernie długą mamy tu do czynienia; jądro, które prawidłowo zachowuje się tak jak np. nerka, w przypadkach skrętu ma swoją krezkę, jak pętla jelita, wisi jak owoc na ogonku (Nicoladoni) lub jak płód w owodni (Cotte i Croisier[10]) wewnątrz swej, zwiększoną pojemność mającej, pochewki własnej. Według nowych, bardzo dokładnych badań Węgłowskiego[11]), opartych na mozolnych rekonstrukcjach, jądro, leżące w jamie brzusznej zarodka jeszcze przed nerką, posiada krezkę, która w okresie 3·5—6 mies. wydłuża się tak, że pozwala na pociągnięcie jądra poza środkową linię ciała; w czasie, gdy jądro opuszcza ostatecznie jamę brzuszną, krezka znika, rozpływa się niejako w otrzewnę wyścielającą miednicę. Zstępowanie jądra odbywa się zrazu dzięki nierównomiernemu wzrostowi narządów, a następnie dzięki pracy, którą wykonuje tz. jądrowód (gubernaculum Hunteri), ulegając bardzo ciekawym przemianom; rozrastając się potężnie, narząd ten, pochodzący z dolnych części pranercza, zrazu unosi obniżone już jądro ku górze i przygotowuje dlań wolną drogę w ścianie brzusznej, poczem, sam zanikając, wprowadza niejako za sobą jądro do moszen; resztka jego stanowi tzw. *ligamentum scrotale*, unieruchomiające tamże na dnie jądro. Jeszcze znacznie wcześniej, jak jądro, zsuwa się wzdłuż jądrowodu ku mosznom zagłębienie otrzewnej, którego światło, po przeniknięciu jądra aż do jego dna, powyżej zarasta, tak że jądro i przyjądrze, leżąc częściowo poza obrębem otrzewnej, osłonięte ciasno pochewką własną i przymocowane resztką jądrowodu, traci swoją ruchomość. Jeżeli więc, wskutek czynnościowych zaburzeń tego procesu, jądro nie zstępuje, to z jednej strony zachowuje ono swą długą krezkę, z drugiej zaś strony worek otrzewnowy, nie mogąc ponad obniżonem jądrem na dłuższej przestrzeni zarosnąć, pozostaje obszernym, a do tego i nie wytwarza się więzadło mosznowe, co wszystko warunkuje wielką ruchomość jądra przy wnętrostwie. Jądra takie, prócz uszypułowania i ruchomości, w naszym przypadku wybitnie wyrażonych, okazują zazwyczaj i inne nieprawidłowości. Tu należy oddzielenie jądra od przyjądrza, które może być do tego stopnia zupełne, że skręceniu ulega tylko przestrzeń między jądrem a przyjądrzem, które wówczas zostaje zachowane (przypadek Lexera[12]), albo też samo tylko przyjądrze okręca się na swojej oddzielnej szypułce, niezawiśle od jądra (przypadek Anders'a[13]). W naszym przypadku przyjądrze mieści się wewnątrz wspólnej szypuły, oddzielone od jądra głęboką kieszenią, i przedstawia obraz bardzo zbliżony do takiego, jaki jest charakterystyczny wogóle dla wnętrostwa według Polyi[14]),

a który autor ten wykorzystał przy swoim sposobie orchidopexji. Dalszą nieprawidłowością, i w naszym przypadku zaznaczoną, jest silne spłaszczenie jądra, co ma ułatwiać ustalenie obrotu. Wreszcie opisane przez Kochera[15]) ustawienie poziome jądra w odróżnieniu do prawidłowego pionowego sprzyja przy powstaniu skrętu (*inversio horizontalis)* zaciśnięciu naczyń; o ile bowiem w położeniu pionowem naczynia krwionośne, wnikające na górnym biegunie jądra i przewód nasienny, uchodzący w dolnym biegunie, biegną mimoto razem, to w położeniu poziomem tworzą one dwa sznurki, przebiegające w szypule oddzielnie wzdłuż jej brzegów, które, w razie niewielkiego już skręcenia się tejże, silnie się wzajem uciskają (przypadek Cahena[16]).

Jak wynika z opisów przypadków, skręt sznura nasiennego zdarzał się najczęściej we wieku 15—25 lat, a więc w okresie dojrzewania, choć nie brak w literaturze przypadków, dotyczących wieku 4-ech, 18-tu miesięcy, 4, 9, 45 i 60-ciu lat. Skręt dotyczył mniej więcej w równej mierze jądra prawego i lewego, odbywał się najczęściej w kierunku ruchu wskazówek zegara i wynosił 90⁰—360⁰, najrzadziej 270⁰, w jednym przypadku aż 3 × 360⁰ (Viscontini[17]). Jak już wynika z poprzednich ustępów, skręt sznurka nasiennego w mosznach jest rzadszym, a już do największych rzadkości należy dwukrotnie opisany skręt szypuły jądra brzusznego (Hovard[32]).

Przyczyny cierpienia nie są dokładnie znane; wśród powodów zewnętrznych, które poprzedzały bezpośrednio wystąpienie objawów w przypadkach opisanych, jedne, jak np. podniesienie ciężaru (i w naszym przypadku), trudne oddawanie stolca (Tuffier, Barker), kichnięcie (Meyer), skok z wysoka (Scheen), ćwiczenia gimnastyczne (Dreibholz[18]), cechują się zwiększeniem parcia śródbrzusznego, drugie były to urazy z zewnątrz działające, jak uderzenia, dostanie się powiększonego worka mosznowego między uda (Sasse[9], Dreibholz), próba odprowadzenia przepukliny (Page). O ile te ostatnie tyczą się jąder okręconych w mosznach, zwłaszcza gdy treść ich była nieprawidłowo powiększona (nowotwór w przypadku Enderlena, wodniak po stronie zdrowej w przypadku Sassego), to pierwsze nadają się do wyjaśnienia sposobu powstawania skrętu przy wnętrostwie pachwinowem. I tak Klinger[19]) sądzi, że przyczyna leży w zwiększeniu się parcia śródbrzusznego wskutek skurczu mięśni przy wysiłkach fizycznych, a wyjaśnia to lepiej Sauerbrey, opierając się na fakcie, że jądro, zstępując do moszen, już fizjologicznie odbywa powolny skręt o 90⁰, zwracając się przyjądrzem ku tyłowi; otóż, o ile jądro pachwinowe zostanie wskutek działania tłoczni brzusznej wypchnięte z kanału, może odbyć w pewnych warunkach ten skręt nagle, co już stanowi »torsję« względnie jej początek. Ten sposób tłómaczenia wydaje mi się najtrafniejszym; istnieje bowiem drugie, podobne, a opisane bliżej i wyodrębnione przez de Quervaine'a[20]) i Flescha[21]) schorzenie, a mianowicie uwięźnięcie jądra pachwinowego, które powstaje między innemi wedle de Quervaine'a wtedy, gdy jądro pachwinowe, o względnie krótkiej krezce, zostanie przez działanie tłoczni brzusznej z kanału wyparte i nie może powrócić; jeżeli zaś w takim przypadku dołączy się jeszcze ruch jądra spiralny, odpowiadający fizjologicznemu, lub też uwarunkowany kształtem jądra i kanału — mamy już »torsję« ustaloną; w naszym przypadku szypuła jądra rzeczywiście nie tylko była skręcona, ale i naciągnięta i uciśnięta w kanale pachwinowym, tak że dopiero po wykonaniu nacięcia pierścienia wewnętrznego udało się ją uruchomić i odkręcić. Tak więc może istnieć samo uwięźnięcie jądra pachwinowego bez skrętu szypuły — ale skręt tejże, wskutek skrócenia i zgrubienia do pewnego stopnia jest połączony z uwięźnięciem.

Inaczej wyobrażają sobie mechanizm powstawania skrętu Laudon, Treviseau, Lapointe, sądząc, że mięsień dźwigacz jądra, działając w nieprawidłowym kierunku, może go powodować, Viscontini zaś odnosił sprawę w swoim przypadku do mięśnia dźwigacza jądra, rozdzielonego na trzy wiązki, których nierównomierne działanie miało wywołać skręt. Lecz działaniem mięśnia dźwigacza chyba te tylko możnaby tłómaczyć przypadki, w których jądro okręciło się wraz z osłonami, gdyż przyczepia się on nie do jądra, lecz do osłon i w pewnych warunkach mógłby, ciągnąc, wywołać ruch spiralny całości.

Objawy cierpienia cechują się nagłem wystąpieniem bólu po jednej z wymienionych przyczyn, umiejscowionym często zrazu w brzuchu lub okolicy lędźwiowej i rychło potem występującym wstrząsie — wymiotami, osłabieniem tętna, zaparciem stolca i wiatrów, nieraz gorączką, leukocytozą (Cupler[22]), przy zjawieniu się rychłem guza bolesnego w mosznach lub pachwinie; cechujące jest, że nasilenie objawów zrazu gwałtownych samo po pewnym czasie maleje. Rozpoznanie zwłaszcza w przypadkach z lat dawniejszych rzadko kiedy było właściwem, a wedle statystyki Dreibholza zdarzało się to w zaledwie 7%; najczęściej rozpoznawano przepuklinę uwięźniętą i operowano, autorowie natomiast nowsi nieraz wcześnie rozpoznawali skręt sznurka nasiennego i postępowali w zasadzie więcej zachowawczo. Przy rozpoznaniu różniczkowem wchodzą w rachubę prócz przepukliny uwięźniętej sprawy zapalne ostre jądra i przyjądrza (np. Gilbrid[23]), zapalenie jądra w kanale pachwinowym (Nicoladoni, *periorchitis acuta*) krwiaki urazowe (Lexer), ostre zapalenie wyrostka rob. (Cupler), ropień w kanale pachwinowym z przebitego lub uwięźniętego wyrostka (Lauenstein[24]), Helferich), wreszcie wspomniane wyżej uwięźnięcie jądra, którego od skrętu odróżnić nie podobna; w przypadkach więcej przewlekle przebiegających rozpoznawano też gruźlicę jądra lub jej zaostrzenie po urazie (Dreibholz), wreszcie i równocześnie istniejąca przepuklina pachwinowa może utrudniać rozpoznanie (Keen). Ułatwiają je znacznie: brak jednego lub obu jąder w mosznach, własności guza, który, o ile chodzi o jądro pachwinowe, jest podobny raczej do nacieku, jest więcej rozlany i przedstawia stan więcej zapalny, jak przepuklina, wreszcie wywiady świadczące, że objawy zrazu gwałtowne same złagodniały, lub że podobne lekkie napady już poprzednio zjawiały się i same przechodziły. Niejednokrotnie bowiem opisano przypadki nawykowego skrętu sznurka nasiennego (Finny[26]), Cotte[25]), Gorden[27]), Cahen, Lexer), a Uffredusi[28]) twierdzi, że wiele przypadków »kolki jądra« ma swoje źródło w skręceniu nieznacznego stopnia, które samo mija; także opisane przez Nicoladoniego, Lexera i innych, często znajdowane wewnątrz wyciętych okręconych jąder torbiele mają stanowić ślady dawniej powstałych wylewów krwawych lub zatrzymania odpływu wydzieliny wskutek powtarzających się lekkich skręceń. Jako środek rozpoznawczy poleca nakoniec Wachtel[29]) badanie odruchu mięśnia dźwigacza jąder, który, według niego, nie znika i przy stanach zapalnych; o ile przy próbie tej guz niewiadomy unosi się (w mosznach) lub powstaje odruchowo ból (w pachwinie), guz jest jądrem, o ile zaś nie oddziałuje przy dobrze zachowanym odruchu po stronie przeciwnej — nie jest niem. W naszym przypadku zasługuje na uwagę zachowanie się przyjądrza po stronie zdrowej, z jednej strony, jako nieprawidłowość symetryczna, pozwalająca przypuszczać, że przynależne doń jądro opóźniło się w swem zstąpieniu, co dało powód do wydłużenia się dróg wywodzących nasienie (por. Polya[14]), z drugiej, ponieważ, naśladując jądro drugie, utrudniało rozpoznanie! Autorowie dawniejsi, opierając się częściowo na wynikach badań doświadczalnych Miffleta i Enderlena, według których już po 22 godzinach wstrzymania dopływu krwi jądro ulega bezpowrotnie zanikowi lub martwicy, postępowali doszczętnie, wykonując, według Dreibholza, w 74% przypadków trzebienie; w niewielu zaś przypadkach, w których jądro po odkręceniu pozostawiono, nastąpił albo zupełny zanik, przejście narządu w bliznowaty twór (przypadek Meyera po 42 g.), albo wydzielenie się zmartwiałej znacznej części jądra nazewnątrz (Mikulicz, Gervaise, Davies Colley, w przypadkach 3, 6, 8 dniowych), jedynie w przypadku Mausona, (po dniach 16-tu!) mała tylko część jądra uległa martwicy. W nowszych czasach nawoływano do postępowania więcej zachowawczego; i tak Bogdanik[30]) radził wogóle nie operować, co chyba, wobec niepewności rozpoznania i następującej, jak wynika z nowszych badań Lapo-

inte'a i Vanverts'a, nawet przy jałowem postępowaniu zgorzeli zostawionego jądra, zbyt jest ryzykownem. Krause[31]) powiada, że na wycięcie jądra zawsze jest czas i że trzeba o ile możności starać się jądro zachować, Hovard[32]) zaś poleca jądro pachwinowe okręcone, jako i tak mniej wartościowe i do różnych schorzeń skłonne, zawsze wycinać, jądro zaś w mosznach próbować odkręcić zrazu bezkrwawo, potem krwawo i zachować się wyczekująco. Odkręcenie bezkrwawe udało się rzeczywiście kilkakrotnie (Nash, Finny, Attley[33]), co prawda w przypadkach zupełnie świeżych i zaraz rozpoznanych, przyczem czuło się wyraźnie chwilę wskoczenia jądra w prawidłowe położenie, czemu towarzyszyło zupełne ustanie bólów. W każdym razie polecają po odkręceniu jądra zabezpieczyć je przez przyszycie w normalnem położeniu lub też ściągnąć je do moszen i tam umocować (orchidopexja). Przy ocenie stanu żywotności jądra wchodzą w rachubę nietylko wygląd jądra, czas trwania skrętu i stopień tegoż, ale także i szerokość szypuły (Lauenstein), z którą wzrasta, *caeteris paribus*, stopień zaciśnięcia.

Jak zawsze, tak i w przypadkach skrętu sznurka nasiennego należy indywidualizować i jak z jednej strony nie kusić się w każdym przypadku o bezkrwawe odkręcenie jądra lub zachowanie czarnego w cuchnącej cieczy pływającego, albo też maleńkiego i zanikłego narządu, tak też i z drugiej strony nie wycinać zaraz jądra, zwłaszcza w mosznach, w przypadkach świeżych, gdy skręt nie był znaczny, a wygląd jądra pozwalał na przypuszczenie, że narząd choć w części czynności swoje lub tylko istnienie może zachować.

Piśmiennictwo:

1) Serafini, Ac. di med. di Torino 1911. 2) Lapointe, Paryż 1904. 3) Delasiauve, Revue medical franc. et étr. 1840. 4) Chauveau Bul de l'Acad. de med. Paris 1875. 5) Mifflet, Arch. f. Kl. Ch. 1879. 6) Enderlen D. Ztschrf. f. Chir. 1896. 7) Vauverts, Annal des mal. des org. uro-gen. 1904. 8) Nicoladoni Ar. f. Kl. Chir. 1884 9) Sasse, Ar. f. Kl. Chir. 1899. 10) Cotte et Croisier, Lyon chir. 1991. 11) Węgłowski, a) Prace Kliniki chir. Prof. Diakonowa, Moskwa 1903, b) referat na posiedz. Tow. Lek. Warszaw. 1918. 12) Lexer, Arch. f. Kl. chir. 1871. 13) Anders, St. Petersb. med. Wchschrf. 1892. 12) Polya, Ztblt. f. Chir. Nr. 48, 1921. 15) Kocher, Deutsche Chir. 1887. 16) Cohen D. Ztchschr. f. Ch. 1890. 17) Viscotini, Gaz. del. osped, et d. clin. 1913. 18) Dreibholz Beitr. z. Kl. Chir. T. 51., tamże bliższe piśmiennictwo. 19) Klinger, M Woch. 1904. 20) De Quervaine, D. Ztsch. f Chir. 1901. 21) Flesch, Btr. z. Kl. Ch. 87. T. 1913. 22) Cupler, Surg. gin. and obst. vol. XXI. 23) Gilbrid, New York. med. Jour 1921. 24) Lauenstein, Samml. kl. Vortr. 1893. 25) Cotte, Lyon medic. 1912. 26) Finny Brit. med. Journ. 1913. 27) Gorden, Brit. med. Journ. 1913. 28) Uffredusi, Arch. f. Kl. Chir. 1912 i 1913. 29) Wachtel Münch. med. Wchschr. 1912. 30) Bogdanik W. m. Presse 1905. 31) Krause, Diss. Greiswald 1911. 32) Hovard Brit. med. Journ. 1907. 33) Attley, Lancet 1911.

Dr. med. J. Leyberg, b. starszy ordynator szpitala. Łódź

Płyn mózgowo-rdzeniowy a kiła wczesna.

(Według odczytu, wygłoszonego w Łódzkiem Tow. Lek. d 16. II. 1921 r. i na posiedzeniu Koła nauk.-lek. w Szpit Okręg. w Łodzi 2. III. 1921).

Ze Szpitala wojskowego Nr. 2 (wenerycznego) w Łodzi i z Państwowego Zakładu Epidemjologicznego (Kierownik Doc. Dr. Fr. Venulet).

(Ciąg dalszy)

W danym przypadku szum w lewem uchu pochodzenia centralnego rozstrzyga o sprawie. Że jednak przesączanie się reagin z surowicy do płynu ma duże cechy prawdopodobieństwa, dowodzi nam następujący przypadek, jako jeden z wielu:

N 288. S. W. 22 lata, zakaził się przed 3-ma miesiącami, dotąd otrzymał 3 Neosalv. + 10 Hg. sal. Krew Wa ++++, płyn Wa 0,15—0,25— Non.-Ap —Pandy —, elementów komórkowych brak. Po 2-ch neosalwarsanach sublimatowych a 0,45+0,01 subl. (mieszanka Linsera) + 2 neosalw. a 0,3 w przeciągu 24-ch dni, badanie krwi i płynu wykazało: krew Wa ++++ płyn Wa 0,15—0,25 + N.-Ap. — Pandy, — pleocyt. — Chory poddany jest energicznemu leczeniu, trwającemu 8 tygodni, poczem badanie krwi i płynu wykazuje: krew W +, płyn we wszystkich odczynach normalny.

W tym przypadku nie możemy uważać odczynu Wa w płynie za dowód zakażenia układu nerwowego, gdyż odczyn ten zjawił się w płynie dopiero w przebiegu rozpoczętego leczenia, które, jako niedostateczne, powiększyło ilość reagin w surowicy krwi i spowodowało przesączenie się ich do płynu. Dopiero leczenie energiczne, zmniejszając napięcie odczynu Wa w surowicy, usunęło proces przesączania.

Odczyn Wassermanna w płynie u chorych tego okresu wystąpił na ogólną ilość w 72 przypadkach 10 razy (14%), na 52 przypadków nieleczonych 9 razy (17%).

Ze względu na to, że przy leczeniu niedostatecznem odczyn Wa w płynie zachowuje się odpornie, liczbę 14% uważamy za miarodajniejszą.

Na 10 dodatnich odczynów Wa raz jeden odczyn ten wystąpił jako odosobniony Wa ++ (wyżej przytoczony przypadek N 199), w pozostałych 9-ciu zawsze obok innych patologicznych odczynów:

5 razy wszystkie 3 odczyny, 3 razy Wa obok pleocytozy i 1 raz Wa obok odczynu globulinowego.

Napięcie odczynu Wa w płynie było naogół słabe i wahało się pomiędzy Wa 0,25 + a Wa 0,25 +++; w jednym przypadku mieliśmy Wa przy 0,15+0,25 ++++.

Jako rzecz godną uwagi podkreślić należy, że w tym okresie septycznym kiły na 72 przypadków mieliśmy 8 razy (11%) ujemny odczyn Wa w surowicy, pomimo jednoczesnej wysypki, przyczem 1 z płynem patologicznym (patrz tabl. II a 2). Nie ulega wątptiwości, że gdybyśmy się posługiwali odczynem Wa w surowicy częściej, niż to zazwyczaj ma miejsce, to jest nie tylko dla celów rozpoznawczych przy kile utajonej, lecz i dla kontroli przebiegu choroby niezależnie od objawów klinicznych, takie przypadki nie byłyby rzadkiemi. Zgodnie z poglądem większości autorów (Boas, Hauptman, Kafka, Lange, Plaut i inni) twierdzić dziś możemy, że źródłem reagin Wa nie jest krew, gdzie krętek blady znajduje się przemijająco, lecz tkanki, w których się zarazek na dłuższy czas usadowił. Tkanki te, reagując na obecność w nich zarazka swoistym naciekiem komórkowym, wytwarzają ciała, stanowiące budulec tego odczynu (t. zw. reaginy). Przemawia za tem cykliczny charakter odczynu Wa: występowanie podczas wysypek, częste znikanie w okresie utajenia i ponowne zjawianie się podczas nawrotów. Należy uprzytomnić sobie, że odczyn Wa jest odczynem *in vitro*, a jako taki wymaga pewnego niezbędnego „minimum" ilości ciał, które się nań składają (reaginy), abyśmy go mogli w probówce zademonstrować; poniżej tego „minimum" odczyn wypada jako ujemny, jakkolwiek syfilizacja tkanek mogła już nastąpić. Przy obecnej technice odczynu Wa i jego dotychczasowych modyfikacjach ta minimalna granica stoi jeszcze o wiele za wysoko, ponieważ odczyn ten daje się stwierdzić o wiele później, niżby tego wymagał moment, ściśle rozgraniczający infekcję lokalną od zakażenia ogólnego [1]). Przyjmując nacieki kiłowe jako źrodło reagin Wassermanna, możemy zrozumieć przypadki, reagujące w Wa ujemnie, pomimo jednoczesnej wysypki: ilość, względnie nasilenie reagin jest w danym momencie zbyt słabe, czyli znajduje się poniżej tej minimalnej granicy, która jest niezbędna, aby odczyn Wa można było wykazać w probówce. Wystarcza w takich przypadkach rozpocząć leczenie i w toku leczenia zbadać suro-

---

1) Pragnę tutaj mimochodem zaznaczyć, że pod tym względem odczyn kłaczkowy Meinicke w kile pierwszorzędnej zdaje się być czulszym, niż odczyn Wa. Badając bardzo wczesne przypadki miejscowego zakażenia kiłowego, w których odczyn Wa był jeszcze ujemny, mogłem spostrzegać, jako zjawisko prawie stałe, że odczyn Meinicke wyprzedzał Wa. Powtarzało się to tak stale, że, poddając świeże przypadki leczeniu poronnemu, już na zasadzie zachowania się odczynu Meinicke udawało mi się przewidzieć, czy odczyn Wa wystąpi, czy nie: Meinicke stale ujemny w trakcie leczenia wykluczał Wa, podczas gdy stopniowe wzmaganie się napięcia odczynu Meinicke było jakby zapowiedzią odczynu Wa, zjawiającego się w następstwie prawie stale. Potwierdzenie tego spostrzegania znajduję w pracy F. Zimmerna: *„Ueber okkulte Schwankung der Serum-Reaktion bei primärer Lues"* Dermatolog. Wochenschrift 1921 Nr. 41.

wicę, aby się przekonać, że często odczyn Wa z ujemnego staje się dodatnim.

W tablicy II a — 2 mamy jeden taki przypadek; przytaczamy go dlatego, że jest to jednocześnie jedyny w tym okresie przypadek, w którym pomimo ujemnego Wa w surowicy przy hematogennej wysypce płyn wykazywał zmiany patologiczne.

N 33 N. P. Zakażenie w połowie grudnia 1920 r., dotąd nieleczony. 4. II. 1921; blizna w *sulcus coronarius*, *scleradenitis inguinalis*, *roseola*; tegoż dnia wzięto krew i płyn do badania. Krew Wa i Meinicke — Płyn: Wa 0,25, N.-Ap. i Pandy ślady, pleocytoza +. Chory otrzymuje 3 · Neosalwarsany: 0,3, 0,45, 0,45. 19. II. Krew Wa i Mein. +++, poczem trwa leczenie do 28. III. 1921 r. przyczem chory otrzymał ogółem 4,5 gr. Ns. + 0,5 kalomelu. 30. III. krew Wa i Mein. — Płyn 0,25, — Non.-Ap. i Pandy ślady, pleocyt. —.

W tym przypadku chory z osutką oddziaływa z początku w Wa ujemnie; rozpoczęte leczenie wywołuje odczyn Wa w surowicy, płyn jednak wykazuje zmiany patologiczne, zanim krew daje dodatni odczyn Wa. Gdyby już sama obecność zarazka w płynie, lub we krwi, była wystarczającą, aby wywołać dodatni odczyn Wa, to byśmy odczyn ten w danym przypadku powinni byli mieć jednocześnie i we krwi i w płynie, za czemby przemawiała z jednej strony roseola, z drugiej — pleocytoza.

Przypadek, podany w tabl. II a — 3, w którym płyn wykazał Wa +, a krew Wa —, jest niepewny, ponieważ chory przyszedł z osutką i przed rozpoczęciem leczenia nie był badany serologicznie; wynik zaś powyższy (krew Wa — płyn Wa +) wypadł 6 tygodni po skończeniu intenzywnego leczenia.

W każdym razie uderza fakt, że w tym septycznym okresie kiły odczyn Wa w płynie występuje stosunkowo rzadko: na 24 przypadków z zakażonym płynem tylko w 10 (40%) Wa w płynie był dodatni, podczas gdy pleocytozę mieliśmy tutaj w 91% (na 24 przypadków — 22). I w płynie zatem należy przyjąć ten sam powolny mechanizm powstawania odczynu Wa, co i w surowicy krwi; musi on osiągnąć pewną minimalną granicę reagin, poniżej której nie możemy go wykryć, jakkolwiek płyn już jest zakażony.

Co się tyczy zachowania się płynu w stosunku do objawów na skórze, to, jak wynika z przytoczonej liczby, określającej nam częstość schorzenia płynu w tym okresie (33%), zaledwie $^1/_3$ część przypadków z objawami na skórze daje płyn patologiczny. Zauważyliśmy przytem, że płyn patologiczny dotyczył przeważnie przypadków z wysypkami grudkowatemi: na 24 przypadków — 17 razy płyn był patologiczny przy wysypkach grudkowatych, 7 razy przy osutkach.

Wnioski:

I. Zakażenie układu nerwowego w okresie septycznym kiły daje się stwierdzić w jednej trzeciej ogólnej ilości przypadków. W porównaniu z kiłą pierwszorzędową płyn patologiczny w tym okresie spotykamy znacznie częściej, (33,3 : 7,8).

II. Najczęstszym i najbardziej charakterystycznym odczynem w tym okresie jest pleocytoza (37%), stosunek do innych odczynów wygląda: pleocytoza: Wa: globulina = 37 : 14 : 12,5

III. Odczyn globulinowy występuje najrzadziej — 12,5%. Jako odczyn izolowany jest najmniej charakterystyczny i musi być przyjmowany z pewnemi zastrzeżeniami.

IV. Odczyn Wassermanna w płynie w tym okresie występuje względnie rzadko (14%). Stosunek odczynu Wa do pleocytozy w przypadkach z płynem patologicznym ma się, jak 40 : 91. Napięcie odczynu Wa jest również naogół słabe.

V. Słaby odosobniony odczyn Wa w płynie przy silnym Wa w surowicy nie zawsze jest dowodem zakażenia układu nerwowego, lecz może być skutkiem przesączenia reagin z surowicy krwi do płynu.

VI. Płyn patologiczny częściej spotykamy przy wysypkach grudkowatych niż przy osutkach — 17 : 7.

Kiła II. Nawroty. (Okres wysypek nawrotowych).

Chorzy uwzględnieni w tabl. III i III a stanowią najliczniejszą w naszych badaniach grupę kiłowych wczesnych. Mamy tutaj przypadki, począwszy od 17-go tygodnia do końca 2-go roku po zakażeniu. Jest to okres nawrotów w życiu kiłowego. Dla sprawy nas tutaj obchodzącej okres ten jest bardzo ważny, ponieważ dzięki podobieństwu z objawami na skórze rzuca nam pewne światło na pochodzenie kiły nerwowej. W odróżnieniu od wysypki t. zw. pierwszej, która ma wszelkie cechy wysypki powstałej w drodze krwiobiegu, wykwity skórne okresu nawrotowego posiadają w ogromnej większości przypadków własności, które każą nam wykluczyć takąż drogę ich powstania: różna wielkość poszczególnych wykwitów, skąpa ich ilość a przedewszystkiem wyraźna skłonność do ogniskowania się w postaci różnorodnych figur (pierścienie, wianuszki, półkola, sierpy, girlandy etc.) wskazują na to, że są one wyrazem

Tablica III.

Ilość	Leczenie		Objawy na skórze i błonie śluz.		Krew Wa		Płyn mózgowo-rdzeniowy								Ogólna ilość przyp. patol.
							Wa		Non.-Ap.		Pandy		Pleocytoza		
	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	
208	181	27	85	123	139	69	62	146	55	148 5 niebad.	55	146 7 niebad.	56	152	92=44,2%

Tablica III a

	1	2	3	4	5	6
Ilość	Krew Wa —	Krew Wa —	Krew Wa —	Krew Wa +	Krew Wa +	Krew Wa +
	Płyn —	Płyn +	Płyn ++	Płyn —	Płyn +	Płyn ++
208	46	9	12	72	17	52

miejscowych odczynów skóry tam, gdzie zarazek po pierwszej wysypce zdołał się jeszcze utrzymać. Nie da się zaprzeczyć, że i w tym okresie, a nawet i znacznie później, krętek blady może się znów dostać do obiegu krwi i rozsiać się tą drogą po skórze i innych tkankach ustroju. Są to jednak naogół przypadki rzadkie, a taki nawrót na skórze ma wówczas cechy wyżej wspomnianej wysypki hematogennej. W naszym materjale mieliśmy jeden taki przypadek. Regułą zaś, której przyczyna tkwi niezawodnie w biologicznych własnościach krętka bladego, jest fakt, że nawroty skórne zasadniczo mają cechy objawów miejscowych. Inaczej mówiąc: u ogromnej większości kiłowych rozsianie się zarazka w drodze krwiobiegu zdarza się tylko raz w życiu chorego, najprawdopodobniej w końcu okresu drugiego wylęgania (6—8 tygodni po zakażeniu) i cały dalszy przebieg kiły jest naturalnym wynikiem tego pierwotnego umiejscowienia się zarazka. Z tego założenia wychodząc, należy przyjąć, że i późniejsze objawy ze strony układu nerwowego są tylko skutkiem utrwalenia się zarazka w oponach mózgowo-rdzeniowych po ogólnem rozsianiu. W układzie nerwowym wchodzi jednak w grę jeszcze jeden czynnik, mianowicie: stałe wstrząśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego wywołane tętnieniem naczyń. Warunki anatomiczne (duża ilość wielkich naczyń) oraz charakterystyczne dla wczesnej kiły objawy kliniczne (*meningitis basalis luetica*) przemawiają zatem, że zarazek w okresie rozsiania najobficiej dostaje się do opon podstawy mózgu. Według G e n n e r i c h a podstawa mózgu jest punktem wyjścia dalszego umiejsco-

wienia zarazka w układzie nerwowym: stąd dzięki stałym falistym wstrząśnieniom płynu zarazek wcześniej czy później zostaje wtórnie odrzucony w kierunku najdalszego obwodu. Schorzenie więc układu nerwowego zależałoby w pierwszej linji od tego, czy zarazek rzucony do opon mózgowo-rdzeniowych znajdzie tam warunki podatne do swego rozwoju, czy też nie. W pierwszym przypadku otrzymamy, jako wyraz zakażenia układu nerwowego, odczyn oponowy w postaci płynu patologigznego W przeciwnym razie zarazek, niezdolny do zaatakowania terenu, na który się dostał, prawdopodobnie wcześniej, czy później, ginie, pozostawiając płyn w stanie normalnym. Za takiem pojmowaniem sprawy przemawia doświadczenie, jakiegośmy nabyli u kiłowych z okresu 2-go roku po zakażeniu bez objawów nerwowych z normalnym płynem: płyn tych chorych, repunktowanych kilkakrotnie w różnych odstępach czasu, był niezależnie od dalszych nawrotów na skórze w przeważającej ilości razy stale normalny.

Inne natomiast jest pytanie, czy skóra i opony, do których zarazek dostaje się równocześnie, jednakowo szybko i w jednakowym stopniu oddziaływują na wtargnięcie zarazka. Gdyby odczyn skóry szedł równolegle z odczynem oponowym, należałoby oczekiwać najczęstszego występowania zmian patologicznych w płynie w okresie wysypki hematogennej. Tymczasem, jak się przekonamy poniżej, płyn najczęściej dopiero w okresie nawrotów skórnych daje nam te dowody zakażenia opon, jakich należałoby oczekiwać wcześniej.

Na 208 chorych, badanych w tym okresie, tylko 27-iu było zupełnie nieleczonych, pozostała część (181) przechodziła jedno, dwa lub trzy leczenia — naogół jednak tak niedokładne, że, jak nas przekonało badanie wpływu leczenia na płyn patologiczny, o wpływie leczniczym na stan płynu mowy tu być nie mogło. Dlatego też pomiędzy jedną a drugą grupą chorych nie dostrzegliśmy żadnej wybitnej różnicy w zachowaniu się płynu: leczeni mieli płyn normalny, albo też patologiczny, tak często, jak i nieleczeni.

Odczyn globulinowy, rozpatrywany pod tym samym kątem widzenia, co i w dwóch poprzednich okresach, wypadł: na 208 przypadków — 55 razy (26,4%), w tem 37 razy — wszystkie 3 odczyny, 3 razy tylko z pleocytozą, 13 razy tylko z Wa, 2 razy jako odczyn odosobniony.

W obu przypadkach ostatnich odczyn globulinowy, choć odosobniony, był swoisty. Są to przypadki następujące:

N 22 Szczep. Jan. Zakażenie: początek stycznia 1920 r., do września nieleczony. We wrześniu wskutek bólów głowy (krew Wa ++), chory otrzymał 4 Neosalw. + 6 Hg sal, poczem do końca stycznia pozostał bez kuracji. 27. I. 1921 r.: obie źrenice rozszerzone, nierówne; prawa szersza, elipsoidalna, lewa węższa, okrągła; oddziaływanie na światło +. Oczopląs poziomy i pionowy. Krew Wa i Meinicke —. Tegoż dnia płyn: Wa 0,25 — Nonne-Ap. dodatni (++), Pandy nie badany, pleocytoza —. Po leczeniu energicznem do 17 III. (4,5 gr. Ns. + 0,5 cal.), krew Wa —, płyn normalny. Źrenice, status quo ante.

Przypadek ten miał w płynie odczyn globulinowy swoisty, za czem przemawiają objawy ze strony układu nerwowego (źrenice!). Jest on jednocześnie pouczający z tego względu, że widzimy tu dalsze trwanie objawów organicznych nerwowych pomimo oczyszczenia się płynu. Gdybyśmy taki przypadek badali po raz pierwszy zaraz po leczeniu, doszlibyśmy do fałszywego wniosku, że płyn może być normalny, mimo organicznych zmian swoistych w układzie nerwowym. Wszystkie przypadki ze zmianami organicznemi (oponowemi) w układzie nerwowym na tle kiły mają swoje patologiczne odbicie w płynie, zależeć to tylko będzie od czasu, w którym je badamy, czy uda nam się jeszcze znaleźć w płynie wszystkie odczyny, względnie ich ślady, czy też płyn, w danej chwili badany, nie wykaże zmian patologicznych. Pomijając narazie jeszcze inne możliwe przyczyny, które postaramy się uzasadnić bliżej na odnośnym materjale we wspólnej pracy z kolegą Starzyńskim, zaznaczyć tu mi tylko wypada, że odosobniony odczyn Non. Ap. w powyższym przypadku należy uważać za *„residuum“* płynu patologicznego, bo u chorych ze zmianami klinicznemi w układzie nerwowym tego i następnego okresu odczyn globulinowy zdaje się utrzymywać najdłużej i jest najbardziej uporczywy.

Również jako *„residuum“* uważać należy odosobniony odczyn Non.-Apelt i w drugim przypadku, jak to dosadnie wypada z zachowania się płynu przed, podczas i po leczeniu.

N 114. W. M. zakażenie w końcu grudnia 1920 r. I kuracja: 3 Ns. + 6 Hg; II kur. 7 Hg. 17/V. 1921 r.: Guzki rozsiane, krew Wa i M ++++, płyn: Wa 0,25 — Non.-Ap. ++, Pandy minimalne ślady, pleocytoza —. Chory otrzymał w przeciągu czasu od 19. V. do 30. V.: 2 Neosalv. a 0,3+2 Hg. sal. a 0,05, poczem badanie krwi i repunkcja wykazały: krew Wa i M. ++++, płyn Wa, 0,25+NAp. i P++. Do 21/VII otrzymał 5¦ gramów NS poczem krew Wa i M —, płyn normalny.

Mamy tu przykład prowokacyjnego działania leczenia niedostatecznego, które nam wskazuje na to, że w danym przypadku (przy pierwszem nakłóciu) izolowany odczyn Non.-Ap. należy uważać za residuum patologicznego płynu, w którym pozostałe odczyny (pod wpływem czasu) przejściowo ustąpiły. Energicznie trwające leczenie oczyściło płyn, jednak, jak to pokażemy na innem miejscu, w takich razach w większości przypadków płyn ma skłonności do nawrotów.

Jeżeli uwzględnimy, że na 208 przypadków tego okresu ogólna ilość przypadków z płynem patologicznym wynosi 92, tj. 44,2%, a ogólna ilość odczynów globulinowych zupełnie pewnych 55 (26,5%), to zwraca naszą uwagę stosunkowo częste występowanie odczynu globulinowego w tym okresie w odróżnieniu od okresu poprzedniego, gdzie odczyn globulinowy był swoisty tylko w 12,5%. Z tego wynika, że odczyn globulinowy wymaga prawdopodobnie dłuższego czasu po zakażeniu, aby się okazać w płynie, tj. występuje później, niż pleocytoza. Jednocześnie zaś ta okoliczność, że odczyn globulinowy występuje tutaj tak często w całym komplecie (mniej więcej w $^2/_3$ przypadków — 37 razy na 55) i że we wszystkich 16-tu przypadkach z klinicznemi objawami nerwowemi był obecny, zmusza nas do oceniania go w tym okresie choroby, jako reakcji wiele nam mówiącej pod względem rozpoznawczym.

O ile przytem uwzględnimy możliwość, że nieraz brak odczynu globulinowzgo w płynie u chorych tego okresu może być skutkiem tylko przejściowego znikania tego odczynu pod wpływem czasu ($1^3/_4$ roku!), częstość jego przewyższy przytoczoną przez nas liczbę.

Odczyn komórkowy (pleocytoza) wystąpił tutaj na 208 przypadków 56 razy tj. 27%, w tem było: pleocytoza odosobniona 9 razy, pleoc. + glob. + Wa 37 razy, pleoc. + glob. 3 razy, pleoc. + Wa 7 razy.

Co się tyczy częstości występowania tego odczynu w porównaniu z odczynem globulinowym, to nie widzimy tutaj różnicy: obydwa odczyny występują prawie jednakowo często (26,5 : 27), przyczem dla tych samych względów, co i przy odczynie globulinowym liczbę tę musimy uważać za granicę dolną.

Pomimo to, że obydwa te odczyny w okresie nawrotowym kiły pod względem częstości stoją na jednakowym poziomie, uderzającą jest jednak różnica, jaką widzimy tutaj w stosunku do okresu poprzedniego. O ile odczyn globulinowy w tym okresie jest bardzo charakterystyczny, o tyle pleocytoza — przeciwnie — nie odgrywa tutaj tej dominującej roli, jaką posiada w okresie wysypek hematogennych, ponieważ występuje ona tutaj rzadziej, niż tam, a przedewszystkiem znacznie rzadziej w postaci odczynu izolowanego, co zdaje się przemawiać za tem, że chronologicznie pleocytoza występuje wcześniej, niż odczyn globulinowy. Stosunek ten wygląda:

pleocyt. przy kile II nawrot.: pleocyt. przy kile II sept. = 27% : 37%.

pleocyt odosobniona przy kile II nawrot.: pleocyt. odosobniona przy kile II sept. = 16% : 60%.

Z tego wypada, że odczyn globulinowy jest tak charakterystyczny dla okresu nawrotowego kiły, jak odczyn komórkowy dla okresu wysypek pochodzących z krwi.

Odczyn Wa na 208 przypadków tego okresu był 62 razy = 30% dodatni, przyczem uwzględnione tutaj były

tylko przypadki, w których swoistość tego odczynu w płynie nie ulegała wątpliwości (patrz wyżej).

Odczyn Wa był 43 razy dodatni przy 0,15, 19 razy dodatni przy 0,25, w przeszło więc $^{2}/_{3}$ przypadków był bardzo silny. W tym okresie w porównaniu z poprzednim odczyn Wa wystąpił w płynie 2 razy częściej (30 : 14) i w natężeniu znacznie silniejszem, niż w okresie poprzednim, gdzie wybitnie silny Wa w płynie należał do rzadkości.

Na 43 przypadków z Wa dodatnim przy 0,15 płynu mieliśmy 31 razy wszystkie 3 odczyny, 7 razy odczyn Wa obok pleocytozy, 3 razy odczyn Wa obok odczynu globulinowego, 2 razy odczyn Wa jako odosobniony.

Dla zobrazowania znaczenia, jakie posiada odosobniony silny odczyn Wa w płynie chorych tego okresu przytaczam 2 przypadki.

N 56 M. St. W końcu września 1920 r. chory przedstawiony był przezemnie na posiedzeniu naukowem lekarzy wojskowych z owrzodzeniem w wewnętrznym kącie lewego oka, w którem rozpoznałem *„chancre céphalique"*. Zakażenie nastąpiło prawdopodobnie w połowie września. W listopadzie liszaj kiłowy. Krew Wa i M. ++++. Płyn nie badany. Chory otrzymuje w przeciągu 5 tyg. 3 gr. Ns. + 0,25 cal. 10. II. 1921 r. tj. 6 tyg. po ukończonem leczeniu chory bez objawów zewnętrznych zjawia się celem powtórzenia leczenia. Krew Wa i M. ++++, płyn Wa 0,15 ++++, Non.-Ap. i Pandy —, pleocyt. —. Chory otrzymuje w przeciągu 6 tygodni 4,5 gr. Neosalv. + 0,25 calomelu. 25. III. 1921: krew Wa i M. +, płyn Wa 0,25 —, Non.-Ap. +, Pandy + (!) pleocyt. —. 5. IV. czyli 10 dni po wzięciu płynu i skończonem leczeniu chory znów się zjawia do szpitala ze skargą na dwojenie. Rozpoznanie: paresis m. recti interni. Dalsze leczenie neosalwarsanowe (2,4 gr.). Po dwóch dawkach a 0,6 Ns.. chory widzi normalnie. 12. V. krew Wa + M. —, płyn Wa 0,25 — Non.-Ap. — Pandy minimalne ślady, pleocytoza —. Kontrola krwi i płynu 17. VII. 1921: krew Wa i M —, płyn normalny we wszystkich odczynach. 20. IX. krew Wa i M —, płyn normalny.

W przypadku tym odosobniony odczyn Wa w płynie 6 tygodni po leczeniu należy zrozumieć jako pozostałość wszystkich 3-ch odczynów, na co wskazuje fakt, że brakujący przy pierwszem nakłóciu odczyn globulinowy pomimo energicznego leczenia zjawia się zaraz po skończonem leczeniu i wkrótce potem chory dostaje porażenia mięśni ocznych.

N 34 B. Fr. Zakażenie w październiku 1920. Otrzymał 3 Ns. + 8 Hg. 7. III. 1921 r. kłykciny, plaques. Krew Wa i M++++, płyn Wa 0,15 ++++, Non.-Ap. — Pandy +, pleocyt ++. 18. IV. 1921 r. tuż po skończonem leczeniu (3 gr. Ns. + 0,25 calom.) krew Wa ++, płyn Wa 0,25 —, Non.-Ap. + Pandy +, pleocyt. +. 24. V. tj. 5 tygodni po leczeniu: krew Wa i M —, płyn Wa 0,25 ++++ (!) N-Ap. —, Pandy, pleocyt. —. 21. VII. po energicznem leczeniu (6 gr. Ns.!) krew Wa i M —, płyn we wszystkich odczynach normalny.

Tutaj w sposób niezmiernie charakterystyczny „okresowo" występowały wszystkie odczyny płynu; izolowany silny odczyn Wa dnia 24. V. uważać należy za recydywę w 6-tym tygodniu po niedostatecznem leczeniu.

Również i w tych pozostałych przypadkach, gdzie przy silnym odczynie Wa w płynie brakowało odczynu globulinowego lub pleocytozy, prawie zawsze mogliśmy się przekonać, że te przypadki albo były badane bezpośrednio po skończonej energicznej kuracji, gdzie leczenie czasowo usuwało część patologicznych odczynów, albo brakujące odczyny występowały jako nawroty po kilkutygodniowej przerwie leczenia, lub też jako utajone wyłaniały się w toku rozpoczętego leczenia.

Dlatego też należy przypuszczać, że przypadki z silnym Wa w płynie bez względu na to, czy odczyn ten występuje jako odosobniony, czy też obok jednego z pozostałych odczynów, mają swoją fazę, kiedy wszystkie 3 odczyny są dodatnie. Płyn, zakażony już w okresie rozsiania zarazka, dopiero po upływie pewnego czasu występuje w całej pełni swych patologicznych odczynów, zarazek więc kiłowy, dostawszy się do opon mózgowo-rdzeniowych, wymaga dłuższego czasu, niż to ma miejsce przy zakażeniu skóry, aby móc rozwinąć swoje głębsze destrukcyjne działanie. Świadczy to tylko o tem, że tkanka nerwowa wolniej i leniwiej reaguje na obecność w niej zarazka niż skóra, że jest to stosunkowo bardziej odporny teren dla zarazka kiłowego. Przyjmując powyższe pod uwagę, możemy sobie wytłómaczyć, dlaczego we wczesnych okresach kiły spotykamy płyn wybitnie patologiczny mimo braku klinicznych objawów ze strony układu nerwowego.

Badając stosunek odczynu Wa we krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego, zauważymy (tabl. III a), że w tym okresie, jak i w poprzednim, w większości przypadków płyn patologiczny znajdujemy tam, gdzie odczyn Wa we krwi jest dodatni. W odróżnieniu jednak od okresu septycznego kiły, gdzie płyn patologiczny przy ujemnym Wa we krwi należał do rzadkości, tutaj zjawisko to spotykamy stosunkowo często. W rubrykach 2 i 3 tabl. III a widzimy 9 przyp. z pleocytozą, względnie z odczynem globulinowym, 12 przypadków z dodatnim odczynem Wa przy ujemnym Wa w surowicy. Bliższe jednak rozpatrzenie tych przypadków pokazało nam, że ujemny odczyn Wa jest tutaj tylko czasową fazą ujemną w surowicy, którą uchwyciliśmy, badając krew i płyn bezpośrednio po energicznem leczeniu, względnie po pewnej przerwie, gdzie leczenie zdołało usunąć na dłuższy czas dodatni odczyn Wa w surowicy, pozostawiając nietkniętemi wszystkie lub część odczynów patologicznych, płynu. W tym bowiem jeszcze stosunkowo wczesnym okresie kiły, dającym z reguły co pewien czas nawroty, trudno jest przypuścić, aby ujemny odczyn Wa w surowicy, nawet wielokrotnie stwierdzany, był dowodem wyjałowienia ustroju. W takich razach kontrola surowicy w trakcie rozpoczętego leczenia nieraz nas przekonywała, że jest to tylko faza ujemna, podlegająca wahaniom cyklicznym. W tych jednak przypadkach z rubryki 3 z ciężkiemi zmianami płynu, gdzie płyn zachowuje się odpornie względem leczenia i wykazuje wyraźną skłonność do nawrotów przy stałym ujemnym odczynie Wa surowicy, należy przyjąć, że głównem siedliskiem zakażenia jest układ nerwowy i musimy je już w tym okresie uważać jako pod względem rokowniczym za conajmniej niepewne. W każdym bądź razie przypadki, umieszczone w rubrykach 2—3 tabl. III a, wskazują nam na to, że odczyn Wa w surowicy nie mówi nam nic o tem, w jakim stosunku układ nerwowy w danym przypadku znajduje się do syfilizacji ustroju.

Jedyną drogą, która nam ten stosunek może wyświetlić, jest kontrola płynu mózgowo-rdzeniowego. Dlatego też w każdym przypadku kiły badanie płynu mózgowo-rdzeniowego musi być wykonane niezależnie od stanu surowicy.

Wyniki badań płynu otrzymane przez nas w tym okresie choroby w porównaniu z okresem septycznym i, jak niżej zobaczymy, okresem wczesnego utajenia, wskazują nam na to, że okres wysypek nawrotowych jest najodpowiedniejszym dla wykonania pierwszego nakłócia. To nakłócie, jak to uzasadnimy na innem miejscu, należy wykonać w ciągu 2-go roku po zakażeniu w trakcie rozpoczętego leczenia, lub 6—8 tygodni po skończonem leczeniu. W tym czasie najłatwiej jest uchwycić wszystkie patologiczne odczyny płynu, które przy zastosowaniu odpowiednio energicznej kuracji dają się jeszcze stosunkowo łatwo usunąć. (D. n.)

Z praktyki.

Dr. Fr. Chomicki, asystent Klin. chir. Uniw. J. K. Lwów.

O myciu rąk w mieszkaniu chorego.

Aseptyczne mycie rąk w prywatnem mieszkaniu chorego jest bardzo utrudnione. Zwyczajnie stosowane mycie, w miednicach najczęściej niedobrze wyjałowionych, wodą często nieprzegotowaną, nie odpowiada zupełnie dzisiejszym naszym wiadomościom o aseptyce. Wypalanie miednic, jak wykazały ostatnie badania (Brunner), nie czyni ich zupełnie jałowemi. Używanie do polewania dzbanków zawierających nawet dobrze przegotowaną wodę, także ma swe błędy, bo woda spływając spłukuje dziób dzbanka, który nie był wygotowany. Podobnie lub jeszcze gorzej jest wówczas, gdy do polewania używa się garnków.

Również mydło, którem się myjemy, ma zasadnicze znaczenie. Kawałek mydła, leżący zwyczajnie na brudnej tacy, i używany przez wielu domowników, nie powinien służyć lekarzowi, a tak niestety często się dzieje.

Ponieważ sprawa aseptycznego mycia rąk w prywatnem mieszkaniu chorego jest dla lekarza praktyka, szczególnie chirurga i położnika na prowincji, pierwszorzędnego znaczenia, chcę zwrócić uwagę, że w każdym prawie domu możemy mieć umywalnię z jałową płynącą wodą, improwizowaną bez żadnych specjalnych nakładów.

W przeddzień zapowiedzianej operacji lub spodziewanego porodu polecamy w baniaku (używanym zwyczajnie przy praniu bielizny) zagotować wodę, z niewielkim dodatkiem sody, osobno zaś wygotować płachtę, którąby można baniak przykryć. Następnie polecamy ten słaby ług sodowy wylać, baniak napełnić znowu czystą wodą, osłonić go i owiązać tą jałową płachtą a po zawrzeniu gotować przez $1/2$ godziny. Tak przygotowaną wodę, należy odstawić, i po ewentualnem podgrzaniu w odpowiedniej chwili, ustawić na pod wyższeniu, (np. stole) w ubikacji, sąsiadującej z przyszłą salą operacyjną.

Przed przystąpieniem do mycia, odsuwamy na nieznacznej przestrzeni płachtę i przez małą szparę zanurzamy w wodzie, wygotowany dren gumowy, długości około $1\,1/2$ m., trzymając go lekko za koniec. Gdy cały prawie dren wodą się napełni, zaciskamy go na końcu i częściowo wyciągamy, tak by powstał lewar. Pomocnik przez cały czas mycia dren trzyma uciśnięty, a zwalnia go dla przepływu wody tylko na życzenie myjącego się. Tym sposobem możemy mieć łatwo wodę ciepłą, jałową i bieżącą, t. j. odpowiadającą wszelkim wymaganiom.

Spirytusowe mydło płynne, nawet gdy go nie można nabyć w aptece, możemy mieć zawsze także z łatwością. W tym celu polecamy rozgotować, często mieszając, drobno pokrajany kawałek zwykłego sodowego mydła, długości i szerokości mniejwięcej 4 palców poprzecznych, a wysokości 1 palca (ca 80 g) w 1 szklance wody (tj. 200 g). Po rozgotowaniu i odstawieniu mydła z ognia dodaje się $1/2$ szklanki spirytusu, można nawet denaturowanego. Mieszaninę zlewa się do flaszki, i z niej polewa szczoteczki przy myciu. Gdyby po dłuższem staniu mydło stężało, wystarczy wstawić flaszkę na parę minut do ciepłej wody, a znowu będzie płynne.

Zapiski lecznicze.

Novatropina jest pozbawiona własności wywoływania objawów ubocznych, właściwych atropinie. Dawki: 2,5 do 5 mlgr. na raz, do 12,5 mlgr. na dobę — podskórnie, dożylnie lub wewnętrznie. Szczególną wartość ma nowatropina przy ciągłej niemiarowości (*arythmia perpetua*); przy tem cierpieniu układy, wywołujące i przewodzące podrażnienie w mięśniu sercowym, są szczególnie wrażliwe na te własności naparstnicy, które drażnią nerw błędny; dla tego naparstnica w takiem sercu łatwo powoduje przerwanie przewodzenia z przedsionka do komory. Współczesne podawanie nowatropiny wyklucza to niebezpieczeństwo przez obniżenie pobudliwości nerwu błędnego. Dobre wyniki po nowatropinie widziano też przy potach nocnych suchotników i przy dusznicy oskrzelowej. (Wien. m. W. Nr. 1. 1922).

Novalginum (Höchst) ma być wyśmienitym środkiem przeciwgorączkowym, przeciwgośćcowym i przeciwneuralgicznym. Dawki: do wewnątrz 6 do 10 razy po 10 do 20 cg. lub trzy razy po 0,5 gr.; domięśniowo (50% roztwór) 25 cg. do 2 gr. dziennie. Najpewniej działa stosowana dożylnie, w dawce 25 cg. do 1 gr. na dobę. Nie wywołuje żadnych objawów ubocznych. (D. m. Woch. Nr. 3. 1922.).

Naparstnica działa zupełnie skutecznie, jeśli ją zastosujemy przez odbytnicę. Ponieważ *vena haemorrhoidalis inferior* wpada bezpośrednio (z pominięciem żyły wrotnej i krążenia wątrobowego) do żyły próżnej, należy wprowadzać np. 1 ccm digipurati w 10 ccm wody do odbytnicy przez maleńką strzykawkę (2 do 3 razy dziennie). (Klin. Woch. Nr 2. 1922.).

Stosowanie dosercowe adrenaliny, którego działanie niewątpliwie ratujące życie opisano już w dwudziestu przypadkach, stosuje się wtedy, gdy nagle została przerwana działalność serca lub oddechu i gdy więcej niż trzy do pięciu minut trwa taki stan. Zastrzykuje się 1 ccm roztworu 1‰ w czwarte międzyżebrze lewe, tuż przy brzegu mostka. Po przebiciu warstwy mięśniowej skóry (około 2 cm grubej) wyczuwamy opór ze strony mięśnia sercowego, wtedy kierujemy igłę ku środkowej linji ciała i posuwamy się aż do ukazania się w strzykawce krwi. Wtedy wprowadzamy powoli adrenalinę do komory, lub do mięśnia sercowego. (D. m. Woch. 49. 1921.).

Sprawozdania poglądowe.

Prof. Kazimierz Noiszewski. Warszawa.

Jaskra i jej stosunek do ciśnienia wewnątrz czaszki.

Z kliniki chorób ocznych Uniw. Warszawskiego.

Ciąg dalszy.

Przy jaskrze prostej najprzód występuje zapalenie tarczy n. wzrokowego, a dopiero następnie zagłębienie i zanik tarczy. Jaeger, Mauthner, Schmidt, Rimpler zgodnie utrzymują, że zapalenie tarczy nerwu wzrokowego stale występuje w początkowym okresie jaskry prostej. W monografji o jaskrze podaje Schmidt-Rimpler[1]), że tam, gdzie widzenie naośne i obwodowe było jeszcze zupełnie prawidłowe, chociaż widzenie kół tęczowych koło promienia trwało już od roku, znajdował stan zapalny na tarczy nerwu wzrokowego. Potwierdza Bitzos[2]), że w okresie powstawania jaskry prostej zawsze spostrzegać się daje stan zapalny tarczy nerwu wzrokowego.

Powstaje więc pytanie, jakie przyczyny mogą sprowadzać ów stan zapalny tarczy nerwu wzrokowego wobec braku wszelkich oznak nietylko zapalenia, ale wogóle stanu chorobowego w oku w jaskrze prostej (*gl. simplex*).

Wspominaliśmy, że Graefe jakiś czas wcale nie chciał uważać jaskry prostej za jaskrę, ale za *amaurosis cum excavatione nervi optici*. Do myśli, że jaskra prosta nie jest jaskrą, znowu powrócił Schnabel[3]); utrzymuje on, że zapalenie tarczy nerwu wzrokowego nie jest zjawiskiem pochodnem, ale pierwotnem, mianowicie, że jest to swoisty rodzaj zapalenia tarczy nerwu wzrokowego — zapalenie jamiste, *papillitis cavernosa*.

Jako dowód przytacza Schnabel spostrzegany przez siebie przypadek 67-letniego chorego, cierpiącego od lat sześciu na osłabienie wzroku, u którego jeszcze i przed śmiercią widzenie naośne było W=0,5. Jego pole widzenia było nieco zwężone, odczyn tęczówki na światło zachowany; ośrodki załamania przezierne. Ciśnienie w gałce niekiedy wzmożone samo przez się, częściej bywało wzmożone po zakropleniu atropiny. Tarcza nerwu wzrokowego prawie całkowicie zagłębiona.

Badanie pośmiertne wykazało, że pomimo prawie całkowitego zagłębienia tarczy sitówka pozostawała w stanie prawidłowym i wcale nie była wygięta w kierunku czaszki. Zanik nerwu wzrokowego można było widzieć aż do skrzyżowania nerwów wzrokowych. Kąt przesącza bez zmian chorobowych. Wodogłowie i zanik mózgowia. Schmidt-Rimpler, omawiając w swej monografji jaskry przypadek Schnabla, nie zgadza się na to, że był to przypadek jaskry, głównie ze względu na prawidłowe ustawienie sitówki. Jest to jeden z tych wątpliwych przypadków jaskry, w których rozpoznania nawet tak wybitnych znawców jak Schmidt-Rimpler i Schnabel wahają się przy odróżnieniu zagłębienia jaskrowego od zwykłego zaniku tarczy.

W razie wrodzonej jamistości nerwu wzrokowego prąd limfy, mając szerokie ujścia, nie wywiera ucisku na tarczę i na sitówkę; a obecność kawern nie tylko nie prowadzi do powstawania jaskry, ale i nie zakłóca czynności siatkówki i nerwu wzrokowego.

Niekiedy znowu są nietylko jamy, ale jest i wygięcie sitówki (*lamina cribrosa*) w kierunku czaszki, a jednak niema zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego.

Taki właśnie przypadek opisał Schmidt-Rimpler[4]). Na cięciu podłużnem przez tarczę i nerw wzrokowy znalazł on duże jamy i sitówkę wygiętą w kierunku jamy czaszki, ale zagłębienia tarczy nie było. Tu ujście dla prądu limfy naokoło naczyń na tarczy było wystarczające, ale po przejściu poza tarczę prąd limfy trafił na opór w sitówce i wygiął ją. Fleischer podaje, że w jednym przypadku były

[1]) Schmidt-Rimpler, Glaukom. Graefe-Saemisch 2 te Aufl. str. 24.

[2]) Bitzos Le glaucome et la papillite glaucomateuse. Arch. dpocul. C. XIII str. 92.

[3]) Schnabel. Das glaukomatöse Sehnervenleiden. Archiv. f. Augh. XXIV. 4, str. 273—1892.

[4]) Shmidt-Rimpler. l. c. str. 100.

głębokie jamy nie tylko w oku jaskrowem, ale i w drugiem zdrowem; jamy te były i przed i poza sitówką. Fleischer podaje ten przypadek jako dowód niezależności zagłębienia tarczy od ciśnienia w gałce oka, ale jest to tylko dowód, że gdzie są wolne ujścia dla prądu limfy, tam niema wzmożonego ciśnienia w gałce bez względu na to, czy są jamy czy ich niema.

Chcąc zrozumieć powstawanie zapalenia tarczy nerwu wzrokowego w jaskrze prostej, należy uwzględnić, że każde zachwianie równowagi między ciśnieniem w gałce ocznej a ciśnieniem w czaszce odbija się przedewszystkiem na tarczy nerwu wzrokowego i sprowadza stan zapalny. W zależności od tego, po której stronie jest większe ciśnienie, będziemy mieli zapalenie tarczy jaskrowe lub tarczę zastoinową.

Że istnieje oddziaływanie ciśnienia w gałce ocznej na ciśnienie w czaszce, dowiódł Knoll[5]) jeszcze w roku 1886. Odwrotnie przy wstrzykiwaniu roztworu soli kuchennej pod oponę twardą królika spostrzegamy natychmiastowe wypuklanie się dna w zagłębieniu fizjologicznem tarczy (Leber[6]).

Dłuższy czas trwający lub często powtarzający się nacisk na tarczę nerwu wzrokowego sprowadza najprzód przekrwienie i stan zapalny tarczy, a następnie zagłębienie tarczy i zanik nerwu wzrokowego.

Już uprzednio była wykazana konieczność podziału wzmożonego ciśnienia w gałce ocznej na bezwzględne i względne. Bezwzględnie wzmożone znajdujemy w jaskrze ostrej i przewlekłej, względne w jaskrze prostej. Nie znaczy to oczywiście, żeby względnie wzmożone ciśnienie w gałce ocznej, spowodowane obniżeniem ciśnienia w czaszce, nie było jednak czynnikiem mogącym sprowadzić napad jaskry ostrej, ale świadczy o tem, że obniżenie ciśnienia w czaszce jest jedyną przyczyną względnego wzmożenia ciśnienia w gałce ocznej. Stałe, chociażby i nieznaczne, obniżenie ciśnienia w czaszce sprowadza jaskrę prostą, nagłe obniżenie ciśnienia w czaszce może sprowadzić napad jaskry ostrej. Jaskra ostra i przewlekła zwykle nazywa się jaskrą zapalną, jednak miano »jaskra zapalna« nie może być uważane za ogólnie przyjęte. Wecker nazywa jaskrę ostrą i przewlekłą *»glaucome irritatif«*, a Hensen-Grut[7]) *»glaucome congestif«*.

Słusznie też utrzymuje Heerfordt[8]), że niewłaściwie jest mówić o zapaleniu tam, gdzie jedna kropla atropiny, wstrzyknięta do worka spojówki, sprowadza niekiedy natychmiast ostry napad jaskry.

Może najwłaściwszem mianem dla jaskry ostrej i przewlekłej byłoby »jaskra zastoinowa« lub »jaskra obrzękowa«. Obrzęk jest znamienną cechą jaskry ostrej i przewlekłej, cechą wyróżniającą tę postać jaskry od jaskry prostej. Obrzęk powiek, obrzęk spojówki, rogówki i tęczówki. Obrzęk sprowadza zmętnienie cieczy wodnistej w komórce przedniej i zmętnienie szklistki.

Obrzękiem tłómaczy się i wszystkie inne objawy jaskry ostrej: płytkość komórki przedniej, rozszerzenie źrenicy, brak odczynu na światło; obrzękiem tłómaczy się i samo wzmożone ciśnienie w gałce, które sprowadza gwałtowne bóle w czole, w skroniach, w zębach, upadek widzenia naośnego i obwodowego. Obrzękłe ciałko rzęskowe zamyka szczelnie kąt przesącza i uniemożliwia odpływ cieczy wodnistej.

Gdy w jaskrze prostej zawsze znajdujemy głębokie zagłębienie tarczy, w jaskrze ostrej podczas pierwszego napadu nie bywa zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego. Jeszcze bardziej uderzające są przypadki, gdzie w jaskrze przewlekłej, a nawet w jaskrze dokonanej (*gl. absolutum*), niekiedy nie znajdujemy zagłębienia tarczy. Dało to nawet powód Schmidt-Rimpler'owi do podania w wątpliwość znaczenia zagłębienia tarczy dla utraty wzroku. Schmidt-Rimpler przytacza przypadek Rydla[9]), o którym wspominaliśmy wyżej, w którym pomimo zupełnej utraty wzroku po przebytym napadzie jaskry ostrej nie było jednak zagłębienia tarczy. Nie było zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego i w przypadku jaskry dokonanej (*gl. absolutum*), podanym przez Noiszewskiego.

Przypadki te dowodzą, że obrzęk i ucisk na siatkówkę wystarczają najzupełniej do zniszczenia jej utkania; ale brak zagłębienia tarczy nie może być inaczej wytłómaczony jak tylko tem, że ciśnienie na tarczę w gałce było tu zrównoważone ciśnieniem na tarczę od strony czaszki. Oczywiście bowiem, jeżeli ciśnienie w czaszce jest większe, a chociażby równe ciśnieniu w oku, dotkniętem jaskrą, zagłębienie tarczy powstać nie może. W napadzie jaskry chorzy uskarżają się na zamglenie wzroku, na widzenie kul ognistych, iskier, plam barwnych, co oczywiście dowodzi nagłego podrażnienia siatkówki.

Jest rzeczą niezmiernie zajmującą porównanie tych objawów napadu jaskry z temi, które występują u osób zupełnie zresztą zdrowych podczas nagłego przygnębiającego wzruszenia. Nagłe zamglenie wzroku, widzenie kul ognistych, plam barwnych przed oczami jest zjawiskiem bardzo częstem u wielu osób przy niespodziewanym urazie psychicznym n. p. nagła wiadomość o chorobie lub śmierci ukochanej osoby, wiadomość o ruinie majątkowej, zdradzie. Objawy te tłómaczą się nagłem obniżeniem ciśnienia w czaszce. Zachwiać równowagę między ciśnieniem w gałce ocznej, a ciśnieniem w czaszce może jedna kropla atropiny wstrzyknięta do worka spojówki; jest to ta ostatnia kropla, która przelewa napełnioną szklankę. Bo nie w każdem oku kropla atropiny wywoła ostry napad jaskry, a tylko w oku już do jaskry usposobionem.

W przeciwieństwie do jaskry prostej, gdzie przyczyna jaskry znajduje się poza gałką, mianowicie w obniżonem ciśnieniu w czaszce, przyczyna jaskry zastoinowej ostrej i przewlekłej tak samo jak i jaskry wtórnej znajduje się w samej gałce oka. Błona naczyniowa oka stanowi podobieństwo do błony naczyniowej w czaszce, a wypustki ciałka rzęskowego w gałce ocznej stanowią podobieństwo do splotów naczyniowych w mózgu (Noiszewski[10]). Jak ciecz mózgowo-rdzeniowa jest wydzieliną tych splotów, tak ciecz wewnątrzgałkowa w tylnym i przednim odcinku gałki ocznej jest wydzieliną naczyniówki i splotu naczyniowego ocznego, czyli t. zw. wypustek rzęskowych. Wypustki rzęskowe, według Nicati, są narządem[11]) gruczołowym; tego samego zdania jest i Treuscher-Collins, który je nazywa *»The glands in the ciliary body in the human eye«*.

Podobnie i sploty naczyniowe mózgu uważane są jako narząd gruczołowy. Tak według Cathelin'a[12]) są one gruczołami naczyniowemi. Zresztą już Luschka widział w splotach naczyniówki wczaszku narządy, wydzielające ciecz mózgowo-rdzeniową.

Oczywiście, że czynność wydzielnicza tych gruczołów może być w jednym przypadku prawidłowa, w drugim wzmożona lub obniżona. Obniżona czynność wydzielnicza zmniejsza, wzmożona powiększa ilość cieczy mózgowo-rdzeniowej, sprowadzając obniżenie lub wzmożenie ciśnienia w czaszce.

Nerwy współczulne czyli naczyniowe z jednej strony znajdują się w najbliższym związku ze wzruszeniami, z drugiej zaś wywierają wpływ stanowczy na czynność wydzielniczą tych splotów.

Tarcza zastoinowa jest jedną z głównych oznak obecności guza w czaszce (*encephalon*); są jednak przypadki, gdzie nietylko tarcza zastoinowa, ale i wszystkie inne oznaki guza ustępowały bez śladu, żeby po przejściu kilku tygodni, miesięcy, nawet lat powrócić na nowo. To właśnie dało powód do ustalenia nowej jednostki chorobowej wrzekomego guza (*pseudotumor encephali*).

---

5) Knoll. Ueber die Druckschwankungen in Cerebro-spinalflüssigkeit u. s. w. Sitzungsberichte d. Wien. Akad. d. Wissensch. Mathem. natur. Kl. XCIII 3. 1886. 217—248 Przyt. wedł. Leber. c. str. 483.

6) Leber l. c. str. 486.

7) Hensen-Grut. Przyt. wedł. Schmidt-Rimplera. Glaukom. Graefe-Saemisch 2-te Auflage.

8) Heerfordt F. Ueber Glaukom. v. Graefe — Archiv. f. Ophthalm. LXXVIII Bd. Zeszyt 3.

9) Rydel. Ein Beitrag zur Lehre vom Glaukom. Arch. f. Ophth. XVIII. l. 5. — 17.

10) Noiszewski. Plexus chorioideae encephali et plexus chorioideus ophthalmicus. Wiest Oftal. N. 9 r. 1914.

11) Nicati. La glande de l'humeur aqueuse Arch. d'Ophthalmologie X, p. 481, XI p. 24.

12) Cathelin. La circulation de liquide cephalorachidien. Paris 1912.

Zwykle nadmierne nagromadzenie się cieczy mózgowo-rdzeniowej w jamie czaszki jest następstwem sprawy zapalnej w odnodze naczyniowej śródmózgowia i splotu naczyniowego, ale w wielu przypadkach wodogłowia nabytego badanie pośmiertne nie wykazało żadnych zmian chorobowych w jamie czaszki, a tylko nadmierną ilość cieczy mózgowo-rdzeniowej. Otóż w tych przypadkach nadmierne nagromadzenie się cieczy mózgowo-rdzeniowej sprowadza się do nadmiernej czynności wydzielniczej gruczołów naczyniowych mózgu. Istnieje uderzające podobieństwo między wzmożonem ciśnieniem w gałce oka w czasie ostrego napadu jaskry, a wzmożonem ciśnieniem w czaszce przy wrzekomym guzie mózgowia.

Przytem obraz kliniczny wrzekomego guza w czaszce jest tak podobny do napadu jaskry ostrej, że guz taki mógłby być uważany jako jaskra w czaszce (*glaucoma encephali*).

Jaskra pierwotna ostra i przewlekła, jako zastoinowa, bardziej jest zbliżona do jaskry prostej, niż do jaskry wtórnej — zapalnej. Wspólną cechą zarówno jaskry pierwotnej zastoinowej, jak i jaskry prostej, jest to, że przyczyną ich powstania nie jest zapalenie, które znowu jest cechą znamienną dla jaskry wtórnej. Zdawałoby się, że brak zastoiny odróżnia jaskrę prostą od jaskry ostrej i jaskry przewlekłej, a jednak nie jest to słuszne, bo, chociaż mało nasilone, istnieją jednak objawy zastoinowe i w jaskrze prostej. Objawami temi są: widzenie kół tęczowych naokoło płomienia i mgła przed okiem, przekrwienie a nawet obrzęk tarczy w pierwszym okresie jaskry prostej. Przyczyną tych objawów jest prąd wsteczny cieczy chłonnej w jaskrze prostej z naczyń spojówki do rogówki. Jeżeli później występują objawy zapalenia tarczy i zaniku, to są one nie przyczyną jaskry, lecz jej następstwem. Nie zapalenie sprowadza tu jaskrę, lecz jaskra zapalenie. Przeciwnie zapalenie jest bezpośrednią przyczyną jaskry wtórnej zapalnej. Najczęstszą przyczyną jaskry wtórnej jest zapalenie tęczówki lub następstwa tego zapalenia. Tak zapalenie surowicze tęczówki, *iritis serosa*, nieraz sprowadza wzmożenie ciśnienia w gałce oka. Są nawet przypadki, kiedy rozpoznanie między zapaleniem tęczówki a jaskrą sprawia duże trudności. Goldzieher wprowadził nawet nowe miano — *iritis glaucomatosa*, a za jego przykładem poszli Wagner[13]), Inanye[14]), M. Hoor[15]), Wideki[16]). Fuchs w swym podręczniku chorób ocznych nie wspomina wcale o *iritis glaucomatosa*, a omawiając osady na tylnej powierzchni rogówki, uskarża się, że lekarze nieraz mu przysyłają chorych z rozpoznaniem jaskry przewlekłej, u których rzeczywiście można wykazać wzmożone ciśnienie w gałce. Chorzy ci uskarżają się na zamglenie wzroku, na bóle w skroniach i czole, na widzenie kół tęczowych koło płomienia, ale drobne ledwie dostrzegalne osady na tylnej powierzchni rogówki świadczą, że jest to nie pierwotna, ale wtórna jaskra.

Różnica między jaskrą pierwotną a jaskrą wtórną sprowadza się do różnicy między sprawą zastoinową a sprawą zapalną. C. d. n.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Archives of internal medicine.
Kwiecień 1921.

S. Levin. **1146 przypadków wola u 1783 osób.** Autor zbadał 1783 osoby, zamieszkałe w pasie wielkich jezior — 790 mężczyzn i 993 kobiet od wieku najmłodszego do lat 63. U 1846-ciu znalazł powiększenie gruczołu tarczowego; w tej liczbie w 682 przypadkach wole zwykłe, w 420 gruczolaki lub torbielaki, w 44 wole klejowate. U niewielu osób chorobie towarzyszył wytrzeszcz lub objawy nadmiernego wytwarzania się wydzieliny gruczołu tarczowego. Kretynów w okolicy było bardzo mało. Autor samo powiększenie się tarczycy uważa za następstwo fizjologiczne zapotrzebowania wewnętrznego lub wpływów zewnętrznych. Niewątpliwie tarczyca ma duże znaczenie w utrzymywaniu równowagi w przemianie materji; a znajdując się w miejscu wydatnem, bardziej narażoną jest na działanie bodźców zewnętrznych, niż inne gruczoły, jej sprzymierzeńcy. Ciągłe przerastanie może doprowadzić do nieprawidłowej wzmożonej czynności tkanek, która wywołuje wreszcie postać wytrzeszczową. Badając okres życia osobników, dotkniętych wolem, autor uważa, iż krzywa zachorowań wzrasta, począwszy od wieku dziecięcego, a po dojściu do okresu dojrzałości nieco zniża się. Później u kobiet w okresie zdolności rozrodczych (38—40 lat) zniża się, aby ponownie podnieść się w okresie przekwitania. U mężczyzn krzywa zniża się do r. 35—40, poczem nieco podnosi się. Największy odsetek wola stwierdza się do r. 35, gruczolaki i torbiele stwierdza się w wieku późniejszym.

Czerwiec 1921.

A. Keidel i J. Moore. **Zapalenie skóry i odczyny pokrewne w leczeniu kiły arszenikiem.** Pobudką do pracy niniejszej był fakt, iż dotychczas lekarze nie doceniali znaczenia zapaleń skóry w następstwie stosowania arsenu w kile. Autorowie zwracają uwagę na dosyć częste ciężkie, a nawet groźne, objawy po zastosowaniu arsphenaminy, neoarsphenaminy, sodku arsphenaminy, salwarsanu, sulfoksylatu salwarsanu. Zbadano szczegółowo 23 przypadków zachorowań ze szpitala John Hopkins'a. Pod nazwą »odczynów pokrewnych« zapalenia skóry autorowie rozumieją zapalenie jamy ustnej, swędzenie skóry bez widocznych zmian w niej: Odczyny skórne spostrzegano niezależnie od płci chorych, lecz trzy razy częściej wśród osobników rasy białej, niż kolorowej. Uszkodzenia kiłowe lub czas trwania choroby zasadniczej wpływu nie wywierały; wyłączyć można było również wpływ rtęci i jodku potasu. Widoczne były nieraz objawy poprzedzające w rodzaju swędzenia skóry, łagodnej i przemijającej wysypki w postaci plamek, grudek, pęcherzyków, zapalenia jamy ustnej, gorączki i niedomagania. Objawy powyższe wskazują na to, iż leczenie należy przerwać, a na stan chorego zwrócić baczną uwagę. Objawy chorobowe podzielić można na łagodne i ciężkie. Do pierwszych należą: pokrzywka, rumień i opryszczki. Grupę ciężką stanowią wysypki w postaci plam, dużych grudek z łuszczeniem się nabłonka, swędzeniem i zapaleniem jamy ustnej. Pokrzywka, opryszczki proste, rumień bez zwiększonej ilości leukocytów we krwi należą do objawów lekkich.

Stanom ciężkim towarzyszą: zmniejszenie ilości krwinek białych, zmniejszenie się ilości obojętnochłonnych, eozynofilia, większa ilość postaci wielojądrzastych przejściowych oraz obecność komórek łamliwych. Łuszczeniu się skóry towarzyszy często zapalenie nerek, nerwów, żółtaczka, zakażenie skóry, odoskrzelowe zapalenie płuc, posocznica. Wrażliwość chorego, powodująca objawy zasadnicze trwa przez długi okres czasu i zaznacza się nawet w razie stosowania dawek bardzo małych tego samego przetworu; zastąpienie środka innym przetworem nie wywołuje często zmian dalszych. Rokowanie nieraz jest poważnem; pięć przypadków autorów zakończyło się śmiercią. Możliwe, że czynnikiem przyczynowym jast nadwrażliwość ustroju. *J. Drac* (Warszawa).

Gruźlica.

Revue de la Tuberculose.
T. II. Nr. 4. 1921.

A. Calmette. **Sposoby przenikania gruźlicy.** Nietylko ludzie z otwartą gruźlicą, ale także ludzie pozornie zdrowi, u których tylko odczyn tuberkulinowy pozwala na przypuszczenie istnienia zakażenia gruźliczego, mogą szerzyć laseczniki gruźlicy za pomocą wydzielin i wydalin. Badania Schroeder'a i Cotton'a wykazały, że 40% krów bez jakichkolwiek widocznych zmian gruźliczych, lecz oddziaływujących na tuberkulinę, wydzielało od czasu do czasu z kałem laseczniki gruźlicze. Badania autora i Guerin'a w r. 1909 wykazały, że laseczniki gruźlicze, wprowadzone do krwiobiegu, wydzielane były drogami żółciowemi; część lasecznikó wraz

---

[13]) Wagner. Zum Krankheitsbild Iritis glaucomatosa. Centralbl. f. pr. Augenheilk. S. 44. 1900.

[14]) Inanye M. Ein Fall von sogenannter Iritis glaucomatosa, Ophthalmol. Klinik August 1901.

[15]) M. Hoor. Iritis glaucomatosa Szemészet lapok. XXXVII. 1902.

[16]) R. Wideki. Ein Fall von Iritis glaucomatosa Szemészet lapok N. 3. 1904.

z żółcią wykazana była w kale. Szereg badaczy francuskich i niemieckich wykrył w żółci zwierząt, chorych na gruźlicę, obecność laseczników gruźliczych. Laseczniki gruźlicze mogą się również wydzielać przez nerki (Nobécourt i L. Bernard) i przez gruczoły mleczne. Często znajdowano laseczniki gruźlicze w mleku krów i kóz pozornie zdrowych, lecz reagujących na tuberkulinę. Z 20 kobiet gruźliczych karmiących u 17 t. j. u 85% znaleziono w mleku laseczniki gruźlicze, przyczem 9 kobiet było w I. okresie choroby z bardzo nieznacznemi zmianami. W krajach odległych, które dzięki swemu położeniu izolowanemu, uważały się za zabezpieczone od gruźlicy, szerzyli gruźlicę marynarze, podróżnicy, kupcy, którzy byli pozornie zdrowi a byli tylko nosicielami zarazków.

E. Rist. **Gruźlica płuc a ciąża.** Grisolle w r. 1850 wskazał pierwszy na szybki i ciężki przebieg gruźlicy u ciężarnych, lecz przypuszczał, że sprawa chorobowa po rozwiązaniu się uspokaja, że po niem następuje poprawa a nawet wyleczenie. Obecnie wszyscy prawie autorzy zgadzają się na to, że 1) ciąża, powstająca u chorych na gruźlicę płuc, jest powikłaniem bardzo poważnem, prowadzącem często do śmiertelnego zejścia; 2) że ciąża lub stan po rozwiązaniu często przyczynia się do tego, że gruźlica, dotychczas skryta, staje się czynną; i 3) że gruźlica powstająca w tych warunkach ma przeważnie ciężki przebieg. Badania Sterna, Bar'a i Devraigne'a u ciężarnych w IX. miesiącu i po rozwiązaniu a ostatnio badania Nobécourt'a i Paraf'a u ciężarnych w 6—9 miesiącach ciąży, a także u kobiet po rozwiązaniu, wykazują zmiejszeniu odczynu tuberkulinowego skórnego. Alergia zamienia się w tych stanach na anergję, co wykazuje, że odporność na gruźlicę jest zmniejszona, więc może nastąpić nowa reinfekcja. Autor nie jest zwolennikiem poglądu Maragliano, że zawsze istnieje wskazanie do przerwania ciąży u chorych na gruźlicę, gdyż dane statystyczne wykazują znaczny bardzo odsetek śmiertelności u chorych, którym przedwcześnie przerwano ciążę. Za najlepszą metodę leczenia autor podaje stosowanie odmy sztucznej, która wpływa dodatnio na sprawę chorobową u matki i jednocześnie zapobiega zakażeniu się dziecka. Od roku 1917-go stosuje autor odmę sztuczną z dobrym wynikiem u ciężarnych chorych na gruźlicę płuc.

3. E. Lenoble. **Zapalenia mięśnia sercowego pochodzenia gruźliczego.** Aż do ostatnich czasów mało zwracano uwagi na sprawę zapalenia mięśnia sercowego w przebiegu gruźlicy płuc. Gruźlica może wywoływać wszystkie odmiany zapalenia mięśnia sercowego, które można podzielić na dwie grupy. Do pierwszej należą zapalenia mięśnia sercowego w stanie czynnym, jakie widujemy przy ostrym postępie sprawy chorobowej w płucach. Za życia nie dają się rozpoznać a na sekcji zmiany w mięśniu sercowym są nieznaczne. Do drugiej grupy należą zapalenia mięśnia sercowego, jako skutek zakażenia gruźliczego; powstają wtedy w mięśniach zmiany bliznowate oraz rozrzedzenie włókien mięśniowych; gruczołków ani komórek olbrzymich autor w mięśniach nie widywał. Klinicznie zapalenie mięśnia sercowego często niczem się nie zdradza a tylko wyjątkowo widziano wtedy napady duszniey bolesnej, dychawicy sercowej, oddech Cheyne-Stokes'a. W przeważającej części przypadków dopiero tętno wykrywa zmiany czynnościowe w sercu. Autor widywał śród swoich przypadków tętno naprzemienne, niemiarowość zatokową, niemiarowość zupełną, skurcze dodatkowe przedsionkowe i komorowe, rytm węzłowy, częstoskurcz serca napadowy. Roentgen wykrywał czasami serce małe, w formie kropli wiszącej, częściej powiększone w całości lub w oddzielnych odcinkach. Ciśnienie, podług Pachona, czasami dochodziło do 7 z małemi oscylacjami, czasami zaś do 19—12, przyczem często szybko ciśnienie z 18—9 padało do 11—8. Tętno bywało od 80 aż do 240. Rokowanie jest zależne od charakteru cierpienia mięśnia sercowego oraz cierpienia innych narządów, głównie płuc. *A. Tenenbaum* (Łódź).

Chirurgja.

The Lancet.
5/XI. 1921.

Bonar. **Czynność żołądka przed i po zespoleniu z jelitem czczem.** Jest to krótkie doniesienie tymczasowe oparte na badaniu wszechstronnem licznych przypadków nowotworów i wrzodów żołądka oraz dwunastnicy. Wnioski formułuje B. w sposób następujący:

A. Wrzody mogą być podzielone na trzy grupy: 1) przedodźwiernikowe, łącznie z wpustowemi, 2) odźwiernikowe (zwykłe lub ze zwężeniem), 3) wrzody dwunastnicy. Nowotwory — niezależnie od rodzaju operacji — tworzą grupę czwartą. B. Bez względu na rodzaj operacji (wyłącznie zespolenie lub w połączeniu z wycięciem wrzodu) kategorja 1) wykazuje zmniejszenie ilości wolnego HCl przy niezmiennie wysokiej kwasocie; żółć przenika do żołądka podczas trawienia, a opróżnianie się żołądka odbywa się o wiele prędzej, niż przed zabiegiem. C. Wrzody odźwiernika — po dokonanem zespoleniu — dają ten sam typ trawienny, co i przed operacją. D. Wrzody dwunastnicy wykazują przed operacją wysoką kwasotę przed jedzeniem, gwałtowne opróżnianie żołądka, zaś po zespoleniu, przy zachowanej wysokiej kwasocie ogólnej, zmniejszenie ilości wolnego HCl. Podczas jedzenia ogólna kwasota osiąga cyfry nie mniejsze, niż przed operacją. Żółć stale obecna w żołądku. Opróżnianie gwałtowne. E. Raki wykazują nizką kwasotę zarówno przed, jak i po zespoleniu. F. We wszystkich przypadkach zespolenia żołądka z jelitem żołądek opróżnia się prędzej, niż przed operacją. G. We wszystkich przypadkach pewna — zmienna — ilość żółci przenika do żołądka podczas trawienia. H. We wszystkich przypadkach pomyślnie przeprowadzonego zespolenia żołądkowo-jelitowego nastąpiła ulga w bólach. I. W większości przypadków zwykłego wrzodu chorzy zyskiwali na wadze po operacji.

19/XI. 1921.

Boyle. **Obecny stan znieczulania w Ameryce.** W sekcji »anestetycznej« Król. Tow. Lek. w Londynie B. zdał sprawę ze swej wycieczki do Ameryki, gdzie brał udział w »pierwszym zjeździe Kanadyjskiego Tow. »znieczulaczy« nad Niagarą w czerwcu r. z. Z rzeczy najnowszych w dziedzinie znieczulania podaje on fakty następujące:

Na pewien czas przed znieczuleniem przyjęto tam dawać chorym $^{3}/_{8}$ g morfiny, $^{1}/_{100}$ g atropiny i 300 cm. 4% roztworu siarczanu magnezu podskórnie. Bardzo dobre wyniki daje znieczulenie zapomocą gazu z tlenem (? przyp. ref.). Czasami gaz i tlen są przepuszczane przez paraldehyd. Wynik uprzedniego zastrzykiwania pod skórę opisanych preparatów jest ten, że działanie następcze środków nasennych jest mocniejsze, a ilość zużyta — mniejsza. Ta sama zasada stosuje się tam i do znieczulenia miejscowego. W przypadkach nakazujących szczególną ostrożność stosuje się przy pomocy »motoru« wziewanie eteru do jamy noso-gardzielowej. W New Yorku stosują chlorek etylu do operacji migdałków i wyrośli adeinodalnych: z początku rozpyla się ten środek na chusteczce gazowej, potem zaś nalewa na maskę, w której pozostawia się mały okrągły otwór Podczas operacji specjalny przyrząd wysysa całą krew do butelki, nie dopuszczając w ten sposób do połykania krwi. Wielkie znaczenie przypisują narkotyzerzy amerykańscy badaniu ciśnienia krwi, co się uskutecznia zapomocą wykresów. Mc Kesson ustalił trzy stopnie spadku ciśnienia krwi. Pierwszy obejmuje przypadki, gdzie szybkość tętna podnosi się o 15% bez zmiany w ciśnieniu, lub 10% zmniejszenia ciśnienia bez zmiany szybkości tętna. Drugi stopień stanowi przyśpieszenie tętna o 25% z jednoczesnym spadkiem ciśnienia krwi od 10 do 25%, wreszcie do trzeciej kategorji, uznawanej jako ostateczny stopień wstrząsu (shock), zaliczają się zaburzenia, gdzie tętno przyśpiesza się 100 lub więcej proc., a ciśnienie spada do cyfr wynoszących 30 mm. rtęci w skurczu przy ciśnieniu tętna 20 lub mniej. Odczytując podobne cyfry, narkotyzer jest w stanie zawczasu ostrzec operującego o zbliżającej się zapaści, przyczem dane otrzymywane na papierze są pewniejsze, aniżeli poleganie na czuciu palców, kontrolujących jakość tętna. Okres »trzeci« kończy się zazwyczaj śmiertelnie, o ile przeciąga się ponad 20 minut. O wysoce naukowem traktowaniu w Ameryce sprawy znieczulania świadczy fakt, iż w Toronto ma powstać katedra anestetyki, a jej godnym kierownikiem ma być doktór Johnston.

Harris i inni. **Leczenie uporczywych bólów.** Na posiedzeniu sekcji neurologicznej Kr. Tow. Lek. w Londynie sze-

roko omawiano sprawę bólów pochodzenia ośrodkowego i obwodowego, przyczem H. zaznaczył, że uporczywe, głęboko usadowione dolegliwości, którym towarzyszy upośledzenie odżywiania, każą przypuszczać istnienie sprawy złośliwej.

Sprawy obwodowe: t. zw. »neurofibrosit'y« bywają pochodzenia bądź urazowego, bądź »reumatycznego«. Zbyt mało zwracamy uwagi na pierwsze, i zbyt często rozpoznajemy drugie: wielokroć przeoczamy takie sprawy, jak uwięźnięcie gałązki czuciowej w bliźnie, w kośccu zniekształconym i t. p. W podobnych razach należy zniszczyć odnośną gałązkę przez wstrzyknięcie mocnego alkoholu. Newralgie twarzowe b. często mają za punkt wyjścia sprawy ropne zębodołów. W razach zapuszczonych i uporczywych pozostają dwie drogi: wycięcie nerwu, względnie całego zwoju, lub zastrzykiwania alkoholowe. Ostatnim należy dać pierwszeństwo, zwłaszcza, gdy chodzi o sprawy dwustronne.

Choroby pni nerwowych: na podstawie mózgu lub w jamie noso-gardzielowej nowotwory i t. p. mogą imitować newralgie twarzowe. Nie należy zapominać i o neuritach przymiotowych (kilaki), gdzie leczenie swoiste daje wyniki niezawodne. Objawy uciskowe daje nieraz nie tylko żebro szyjowe, lecz i pierwsze grzbietowe, a wówczas obraz röntgenowski zawodzi całkowicie. »Causalgia« jest chorobą czysto wojenną, rzuca się tu w oczy niewspółmierność bólów do zmian urazowych w nerwach. Alkohol zastrzyknięty do pnia nerwowego ponad miejscem urazu działa często b. dobrze.

Uszkodzenia korzonków tylnych i ich zwojów idą nieraz w parze z półpaścem, w razach nawet uporczywych wycinanie korzonków nie zawsze daje pewne wyniki, Wylewy krwawe do opon dają czasami podrażnienia korzonkowe. Co do wyników leczenia operacyjnego napadów żołądkowych w wiądzie — głos należy oddać chirurgom.

Nowotwory wewnątrzmóżdżkowe, jamistość rdzenia i opuszkowa czasami powodują bóle, a tylno-dolny zbiór objawów móżdżkowych wywołuje uporczywą newralgję twarzową. Psychalgie są nader częste. Poznajemy je głównie na zasadzie braku umiejscowienia anatomicznego i na zasadzie zawodności leczenia podjętego w celu zwalczania jakoby istniejącej sprawy chorobowej o podkładzie organicznym.

E. Lewenstern (Warszawa).

Bull. Soc. Chir. Paris — 1921.
Nr. 25. i 26.

Sencert, Allenbach i Ferry. **O leczeniu chirurgicznem przedziurawienia wrzodu żołądka i o funkcjonowaniu zespolenia żołądkowo-kiszkowego w przypadkach z drożnym odźwiernikiem.** Sprawa techniki operowania przedziurawień wrzodu żołądka nie jest dotychczas rozstrzygnięta. Gdy jedni z zasady po zeszyciu przedziurawienia wykonywują zespolenie żołądkowo-kiszkowe, inni stosują je do przypadków z wyraźnem zwężeniem, powstałem po zaszyciu przedziurawienia. Dla wyjaśnienia znaczenia zespolenia żołądkowo-kiszkowego w takich warunkach autorowie stosowali je systematycznie w klinice Strasburskiej w ciągu dwu lat ostatnich. Na zasadzie własnego doświadczenia, opartego na 8 przypadkach, przyszli oni do wniosku, że żaden z trzech zarzutów, stawianych temu dodatkowemu zabiegowi, nie jest dostatecznie usprawiedliwiony: 1) nie przedłuża on zbytnio całości zabiegu, 2) nie sprzyja rozszerzeniu zakażenia po otrzewnej, 3) nie jest technicznie trudny ani niebezpieczny ze względu na teren zakażony. Natomiast późniejsze badanie 5 z pośród 8 operowanych chorych ustaliło fakt, że choć wrzód znajdował się na małej krzywiźnie w odległości 3 centymetrów i więcej od odźwiernika, a po zaszyciu przedziurawienia nie widać było zwężenia, mimo to prawie cały pokarm kontrastowy, jak wykazała radioskopja, przechodził przez zespolenie, a prawie wcale przez odźwiernik. A więc nie można mówić o bezużyteczności zespolenia w przedziurawieniach wrzodu małej krzywizny lub dna żołądka. Autorowie skłaniają się nawet do zdania, że zespolenie to sprzyja zabliźnieniu się przedziurawienia. Wśród chirurgów i radiologów przyjęło się mniemanie, że zespolenie żołądkowo-kiszkowe spełnia swe zadanie jedynie przy niedrożnym skutkiem blizny lub kurczu odźwierniku. Doświadczenie kliniczne jednak oraz prace doświadczalne przeczą temu A więc, w dwu spostrzeganych przez autorów przypadkach po siodłowatem wycięciu wrzodu małej krzywizny radiolog stwierdził zaleganie treści oraz zwiotczenie i dopiero po wykonaniu zespolenia zaburzenia te ustąpiły. W takich przypadkach Delagenière zaleca wykonywać systematycznie zespolenie tak ze względu na pewne przemieszczenie, uniesienie odźwiernika lub przyciągnięcie go do wpustu, jak i skutkiem zwiotczenia żołądka po przecięciu zakończeń nerwu błędnego.

Powyższą sprawę autorowie starali się wyświetlić drogą doświadczalną: jednemu psu wytworzono samo zespolenie żołądkowo-kiszkowe, drugiemu wycięto obok tego część krzywizny małej żołądka, nie zmieniając położenia ani kształtu odźwiernika. Za pomocą radioskopji przekonano się, że u pierwszego żołądek kurczy się dobrze, a pokarm kontrastowy przechodzi wyłącznie przez odźwiernik, u drugiego zaś ruchów robaczkowych niema, a pokarm przechodzi przez zespolenie zamiast przez odźwiernik. Że tu mamy do czynienia ze skutkami uszkodzenia unerwienia żołądka, dowodzi następne doświadczenie, które polegało na przecięciu gałązek nerwowych u pierwszego psa. Okazało się wtedy, że ruchy robaczkowe żołądka znikły, a pokarm przechodził nie przez odźwiernik, ale przez zespolenie.

Hartmann. **W sprawie działania przetoki żołądkowo-kiszkowej przy drożnym odźwierniku.** Autor powołuje się na ogłoszoną przez siebie przed 7 laty pracę doświadczalną, w której dowiódł, że opróżnianie się żołądka odbywa się przez przetokę żołądkowo-kiszkową, o ile ta ostatnia mieści się w części odźwiernikowej, przez odźwiernik zaś, gdy wykonamy ją w części wpustowej. Panujący dotychczas pogląd, że przy drożnym odźwierniku cała treść żołądka idzie tędy, omijając przetokę, pochodzi stąd, że u psów część żołądka, która pierwsza wyłania się po otworzeniu brzucha, jest częścią wpustową, że odźwiernik jest położony wysoko pod żebrami i wskutek tego wykonywa się zespolenie z kiszką zdala od odźwiernika. W doświadczeniach Tuffier'a np. zespolenie to wypadało w odległości 25 cm od odźwiernika. Gdy wykonać zespolenie w pobliżu odźwiernika, wyniki są wprost przeciwne.

Różnice wyników doświadczeń autora a Sencert'a pochodzą stąd, że żołądek składa się z dwu części: część wpustowa stanowi tylko rezerwoar, część odźwiernikowa wykonywa ruchy, które przepychają treść żołądkową do dwunastnicy. Przecięcie gałęzi nerwowych, idących do żołądka, wywołuje porażenie części odźwiernikowej i opróżnianie się przez przetokę, bez względu na to, gdzie się ona znajduje. Z pośród 19 chorych autora po zespoleniu żołądkowo-kiszkowem, zbadanych po upływie 1—11 lat, u jednego cała treść przechodziła przez odźwiernik, u 16 — wyłącznie przez przetokę, u 2 — i tędy, i tamtędy — różnice zależały od położenia przetoki w stosunku do odźwiernika.

Nr. 22.

Lambret. **Badania nad powikłaniami płucnemi po zabiegach na żołądku.** Dla zapobiegania powikłaniom płucnym po zabiegach na żołądku autor stosował wszystkie zalecane dotychczas środki: znieczulenie miejscowe zamiast ogólnego, izolowanie chorych, unikanie oziębiania, hygjenę jamy ustnej itp. Mimo to widywał zapalenie płuc po zabiegu, które tłumaczył sobie czy to małemi zawałami, jak chcą jedni autorowie, czy też wspólnem unerwieniem żołądka i płuc, jak chcą inni.

Dla wyjaśnienia przyczyny tych powikłań Breton i Grysez robili badania w oddziale autora i stwierdzili: 1) w plwocinie chorych z zaburzeniami płucnemi po żołądkowych operacjach — stałą obecność *enterococcus*, 2) w przypadku śmiertelnego zapalenia płuc — obecność w płucu prątka odźwiernikowego (*bacillus pylori* — z gatunku odmieńca) 3) drogą szczepień podczas zabiegu wyhodowano z treści żołądkowej lub kiszkowej w niektórych przypadkach pewną odmianę prątka okrężnicowego, w innych — *enterococcus*.

Opierając się na tych danych L. zaczął uodporniać swoich chorych przed zabiegiem za pomocą szczepionki wyżej wspomnianych drobnoustrojów. W tym celu Breton i Grysez uprzednio określali, z którym z tych drobno-

ustrojów mieli do czynienia u danego chorego, posługując się do tego odczynem wewnątrzskórnym (intradermoreakcja) tak, jak to obecnie robi się z jadem błonicznym (odczyn Schicka).

Dodatni wynik odczynu wewnątrzskórnego tłumaczymy oddziaływaniem na antygen przeciwciał, wytworzonych uprzednio przez ustrój w związku z zakażeniem. Z pośród 19 chorych, leczonych w ten sposób, L. spostrzegał u czterech powikłania płucne. Pierwszy zmarł skutkiem zapalenia płuc, wywołanego przez *enterococcus*, gdy chory był szczepiony przeciwko prątkowi odźwiernikowemu. Wobec tego, przypadku tego nie można zaliczać na niekorzyść metody. W trzech innych zapalenie trwało bardzo krótko i wogóle miało przebieg wyjątkowo łagodny. B. i G. pracują dalej nad udoskonaleniem metody.

W dyskusji Souligoux dodał, że od czasu, gdy przyszedł do przekonania, że przyczyną powikłań płucnych jest długotrwałe leżenie chorego, podnosi swoich chorych już nazajutrz po zabiegu i dzięki temu prawie nie widuje powikłań płucnych. R. Grégoire przez 3—4 dni przed zabiegiem płucze żołądek wodą z jodem, by zmniejszyć żywotność flory żołądkowej. Powikłania płucne widuje G. w wyjątkowych razach. *Br. Szerszyński* (Warszawa).

Lyon chirurg.
Nr. 4. 1921.

Profesor Rochet. **Leczenie chirurgiczne bolesnych nieżytów pęcherza moczowego.** Napady bólów pęcherza mają, zgodnie z danemi z fizjologji i patologji tego narządu, swe źródło bądź w bolesnym skurczu samego pęcherza, bądź też przyczyną ich jest zaburzenie zwieracza cewkowo-pęcherzowego, lub też wreszcie pochodzą one z moczowodu, zwłaszcza jego dolnego odcinka. Chociaż podział taki jest czysto teoretyczny, a w rzeczywistości zachodzą najczęściej połączenia kilku przyczyn, jednakże możemy, kierując się przewagą tych lub innych objawów wybrać odpowiednią drogę leczniczą. A więc od czasów Guyon'a wiemy, jaką ulgę sprawia przetoka nadłonowa przy skurczach pęcherza samego. Zapobiega ona zbieraniu się pod ciśnieniem moczu w pęcherzu owrzodziałym i o zmniejszonej pojemności. W 1913 roku autor wespół z Latarjet'em wpadł na pomysł ulżenia bólom w uporczywych i przewlekłych zapaleniach pęcherza, i w przypadkach bez skutku, leczonych innemi sposobami, za pomocą przecięcia odpowiednich nerwów lub wycięcia zwojów podbrzusznych. Przecięcie wszystkich nerwów jest prawie niewykonalne ze względów technicznych; możnaby było najwyżej usiłować przeciąć najważniejsze gałązki, natomiast usunięcie zwojów jest możliwe i przerywa odrazu łączność nerwową pęcherza, jeżeli nie liczyć pozostających drobnych połączeń współczulnych — główne połączenia współczulne byłyby również przerwane. Osiągnęlibyśmy w ten sposób zupełne znieczulenie śluzówki i zniesienie bolesnego skurczu. Prace Latarjet'a i Bonnet'a, tyczące się topografji splotu podbrzusznego, i własne badania pozwoliły autorowi opracować plan operacyjny, drobiazgowo opisany. Wycina on zwój podbrzuszny, umiejscowiony, jak wiadomo, pomiędzy odbytnicą a dnem pęcherza bądź drogą pozaotrzewną, bądź też otwierając otrzewnę. Cięcie powłok jednakowe dla obydwóch sposobów — łukowate nadłonowe Pfannestiel'a. Autor operował tym sposobem dwóch chorych z wynikiem dobrym, tj. nie mieli oni więcej bólów, lecz nie mogli oddawać moczu i musiano ich cewnikować. Zabieg powyższy jest długotrwały i dość ciężki i dlatego autor poprzestał na przecięciu pasm nerwowych, wychodzących ze zwoju, u dwóch następnych chorych. Wstrzymanie moczu było tu tylko przejściowe, bóle znikły, chociaż pozostał częstomocz.

W przypadkach, gdzie źródłem bólów wydawał się dolny odcinek moczowodu, autor stosował przecięcie nerwów oplatających ten odcinek, posługując się, w celu odsłonięcia moczowodu, sposobem Gibson'a. Z trzech tak operowanych jeden miał znaczne zmniejszenie się bólów i częstomoczu, w drugim i trzecim przypadku bóle znikły prawie zupełnie. Zabiegi powyższe znajdują zastosowanie w daleko posuniętych przypadkach gruźlicy układu moczowego; chodzi zwykle o to, aby uczynić te parę miesięcy życia, które takim chorym pozostały, możliwie bezbolesne. Niema się więc obawy, przecinając nerwy w powyższych przypadkach, ażeby połączenia te nerwowe znowu powstały; na to zwykle brak czasu.

Nieco na osobności powstaje grupa bólów zależnych od zwieracza otworu pęcherzowo-cewkowego. Są tu i przypadki wiądu rdzenia i schorzenia zwanego nerwobólem szyjki i inne. Można usiłować wpłynąć na te bóle bądź pośrednio, przecinając gałęzie kroczowe nerwów sromnych i niszcząc zwoje współczulne krzyżowe (Jaboulay), bądź też bezpośrednio. Pierwsze postępowanie wskazanem bywa w przypadkach, gdzie pęcherz jest zdrów i siedliskiem nerwobólu jest krocze. Bezpośrednio działamy rozszerzając forsownie szyjkę lub nacinając pierścień cewkowo-pęcherzowy. Autor woli posługiwać się ostatnią metodą: nałożenie (u mężczyzny) przetoki kroczowej, wprowadzenie noża podwójnego ukrytego i nacięcie za pomocą tego narzędzia szyjki. U kobiety przetoka kroczowa jest zbędną. Nietrzymanie moczu po tym zabiegu jest tylko przejściowe. Bóle ustają natychmiast i, o ile chodzi o niepowikłane przypadki czystego nerwobólu, można mówić o wyleczeniu zupełnem.

A. Wojciechowski.

Choroby kobiece i położnictwo.

Archiv f. Gynaekologie.
T. 115. Zesz. 2. 1921.

Otto Zietzschmann. **O czynnościach narządów płciowych żeńskich u zwierząt ssących i człowieka. Badania porównawcze nad okresowemi czynnościami ruji i menstruacji.** Autor omawia naprzód okresową czynność jajnikowania i tworzenia się, rozkwitu i zaniku ciałka żółtego, opierając się na własnych spostrzeżeniach, czynionych u cieląt i krów, u których okres od jednej do drugiej owulacji trwa 21 dni. U zwierząt tych, jak wogóle u wszystkich zwierząt, u których czyniono dokładne spostrzeżenia, pęknięcie pęcherzyka Graafa schodzi się z okresem ruji i następuje z reguły pod jej koniec. W drugiej części pracy opisuje autor okresowe przemiany na błonie śluzowej macicy suk, wedle badań Kellera, i podaje wyniki własnych badań nad takiemiż przemianami u krów i cieląt. Przemiany te są w istocie swojej takie same, jak przemiany w błonie śluzowej macicy kobiecej (Hitschmann i Adler), tylko nieco mniej wybitne. Okresowi ruji i owulacji odpowiada wielkie przekrwienie błony śluzowej ze wzmożoną wydzieliną, a często i wylewami krwi, wszelako dopiero po owulacji i ustaniu ruji odbywa się przerost błony śluzowej, odpowiadający przedmiesiączkowemu okresowi u kobiety. Następuje po nim okres zanikowy, o ile nie przyszło do zapłodnienia.

Ruja i odpływ, zmieszany często z krwią, spostrzegane u zwierząt, nie odpowiadają więc zgoła okresowi miesiączkowemu kobiety. Schodzą się one z początkiem przerostu błony śluzowej, a nie z jego końcem, jak miesiączka ludzka. Za odpowiednik odpływu właściwego zwierzęcej ruji możnaby raczej u kobiety uważać owe wydzieliny niekiedy krwawe, które towarzyszyć zwykły napadom bólów międzymiesiączkowych, zjawiska niewątpliwie chorobowego i niezbyt częstego. Jednem słowem u zwierząt burzliwym jest początek przerostu, a spokojnym jego koniec i okres zaniku, u człowieka przeciwnie spokojnie i bez wydzielin przebiega początek okresu przerostowego, a burzliwym jest koniec tego okresu, rozpoczynający cofanie się przerostu. U człowieka jednak podobnie jak u zwierzęcia, owulacja odbywa się w początku okresu przerostowego.

W innych ustępach pracy omawia autor wpływ wewnętrznego wydzielania pęcherzyków na rozwój cech wtórorzędnych, dalej zastanawia się nad t. zw. gruczołem śródmiąższowym (*glandula interstitialis*), na który zapatruje się nieco sceptycznie, w końcu mówi o wydzielaniu wewnętrznem ciałka żółtego i o wpływie zagnieżdżonego jajka na jego przerost i trwanie.

Zander. **O dawkowaniu radjum.** Potwierdza spostrzeżenia Hanschtinga, wedle których działanie energji promiennej w głębi odpowiada liczbom 6, 15 i 36 t. zn., że trzeba

sześciu dawek jednostkowych, oznaczonych biologicznie (t. zw. *Erythemdosis* autorów niemieckich) dla otrzymania tegoż samego skutku w głębokości 1 cm, 15-tu dawek jednostkowych dla głębi tkanek 2 cm, a 36-ciu dawek dla głębi 3 cm. Autor podaje następnie wyniki doświadczalnych badań nad dawkowaniem radjum, jeśli używa się nie jednej rurki, zawierającej sól radową, tylko dwie lub trzy, jak to się często stosuje w leczeniu raka szyi macicznej. Okazało się, że dwa naczyńka, zawierające r a d, muszą być od siebie odległe o 1 ctm., jeśli ich działanie nie ma się sumować w miejscu, w którem do siebie przylegają. Podaje wreszcie sposób, w jaki można rurki z radem unieruchomić w pochwie, co jest ważnem ze względu na niebezpieczeństwo zniszczenia ściany odbytnicy lub pęcherza w przypadku przesunięcia się przyrządu.

Z a c h e r l. **Przyczynek do kliniki i leczenia rzucawki.** Autor opisuje szczegółowo trzy przypadki «eklampsji» bez drgawek, w których rozpoznano to cierpienie dopiero na stole sekcyjnym, na podstawie typowych objawów, opisanych przez S c h m o r l a. W rzędzie tych objawów najważniejszą rolę odgrywają martwicze i krwotoczne zmiany w wątrobie. Z. zestawia następnie materjał kliniki w Gracu (188 przypadków rzucawki porodowej). Śmiertelność płodów wynosiła 33%, matek 20·7%. Co do leczenia, to ulegało ono w klinice grackiej zmianom zasadniczym. Obecnie jest ono eklektywnem: zaczyna się od upustu krwi, poczem stosuje się chloral i morfinę (Stroganow) i rozwiązanie. *K. Bocheński* (Lwów).

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie.
Tom LV. Zeszyt. 6.

M a y e r. **Znaczenie ścieśnienia miednicy, spowodowanego dośrodkowem zwichnięciem uda, ze względu na położnictwo.**

B a u m m. **Badania nad niebezpieczeństwem ręcznego wydobycia łożyska.**

Autor na podstawie badań materjału położniczego wrocławskiej kliniki z okresu 20-letniego (20418 porodów czasowych i przedwczesnych), przy których w 248 przypadkach ręcznie wydobyto łożysko, dochodzi do wniosku, że przesadzoną jest dotychczasowa obawa przed tym zabiegiem, ponieważ wykonany bez błędu, daje według jego statystyki 2·8% śmiertelności — a zatem przeciętną śmiertelność położniczych operacji, a niższą niż np. obrót z natychmiastowem ukończeniem porodu. Niebezpieczeństwo septycznego zakażenia, rokowanie i przebieg pooperacyjny są zależne od wielkości krwotoku, który poprzedził ręczne wydobycie łożyska. Jako dowód przytacza, że na 425 normalnych porodów nie powikłanych żadnym zabiegiem operacyjnym, u których tylko ilość utraconej krwi podczas wydalania popłodu lub z powodu następowego krwawienia przenosiła 500 gr., było 66·3% połogów powikłanych ciepłotą do 38°, z tego zaś 0·7% skończyło się śmiercią. Natomiast w 316 przypadkach ręcznego badania wnętrza macicy było 53·2% przypadków z ciepłotą wyżej niż 38% a 0% śmiertelnych. Autor dochodzi do wniosku: 1) ręczne badanie wnętrza macicy, wykonane bez błędu, nie przedstawia prawie żadnego niebezpieczeństwa i w wątpliwych przypadkach zawsze należy przedsięwziąć ten zabieg; 2) ręczne wydobycie łożyska jest jednym z najmniej niebezpiecznych zabiegów położniczych; 3) przy zatrzymaniu łożyska i krwawieniu należy natychmiast ręcznie wydobyć łożysko. Utrata krwi jest tym czynnikiem, który obniża odporność organizmu na zakażenie; 4) ręczne wydobycie łożyska nie wywiera ujemnego wpływu na przebieg połogu i 5) nie należy się obawiać uszkodzenia macicy, jeżeli zabieg się wykona bez błędu. Na 248 przypadków kliniki wrocławskiej nie było ani jednego uszkodzenia macicy.

F r a e n k e l. **O uszkodzeniach *spatium vesico-uterinum*, powstałych podczas rozszerzania szyjki i ich leczenie.**

F. G e p p e r t. **Zawał macicy i przydatków.**

Autor podaje drugi znany w literaturze przypadek zawału macicy i przydatków (pierwszy podał F a h r - H a m b u r g), powstały jednak nie z powodu zaczopowania naczyń, lecz wskutek trującego działania lysolu, wstrzykniętego do wnętrza macicy celem spędzenia płodu.

P a u l K l a a r. **Nowy model łyżeczki ginekologicznej.**

R u d o l f. **»Endogener Microbismus«.**

Pod powyższym terminem rozumie autor istnienie drobnoustrojów na powierzchni ciała, w tkankach i jamach ciała jak np. w jamie ustnej, przewodzie pokarmowym, oddechowym, w pochwie, w gruczołach, często w woreczku żółciowym i w wątrobie, które bez wywoływania zmian patologicznych, w stanie utajenia, żyją i dopiero pod wpływem działania jakiegoś urazu nabierają cech złośliwości. Przez uraz np. przeziębienie, badanie lub zabieg operacyjny, zachwianą zostaje równowaga między organizmem a drobnoustrojami, wskutek czego rozwijają one swe właściwości żywotne i powodują, że odpornościowe siły organizmu nie mogą już opanować trującego działania drobnoustrojów. W położnictwie i ginekologji należy zawsze z nieufnością odnosić się do flory pochwy a specjalnie do saprofitujących tam ziarenkowców i zawsze uważać je za możliwe źródło zakażenia. Przeciwdziałać im można miejscowo, przez stosowanie środków przeciwgnilnych lub przez zmianę flory pochwy, lub też ogólnie przez podniesienie odpornościowych sił organizmu i wzmocnienie konstytucji, a z drugiej strony — przez zmniejszenie ogólnej lub miejscowej dyspozycji przez zapobiegawcze zastosowanie wstrzykiwań *kaseosanu, aolanu* lub olejku terpentynowego. W nowszych czasach autoseroterapia zyskuje sobie coraz większe zastosowanie. Działanie jej można sobie przedstawić jako mobilizację ciał ochronnych, skierowanych przeciw chorobotwórczym ustrojom znajdującym się w tymże organizmie. Streszczając się dochodzi autor do wniosku, że wyleczenie w znaczeniu klinicznem — nie jest wyleczeniem w znaczeniu bakterjologicznem. Często pierwotne chorobotwórcze drobnoustroje pozostają w organizmie w stanie utajenia i w odpowiedniej chwili mogą ujawnić swoje chorobotwórcze własności. Dr. *Kantorek.*

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Zdrowie Nr. 3. M a l e c i ń s k i: Zwalczanie chorób zakaźnych w b. Królestwie Polskiem i podstawowe zadania samorządów miejskich w tej walce. — P o l a k: Sprawa mieszkaniowa i zdrowie publiczne. — C. F a b i a n i: Sprawa mieszkaniowa pod względem prawnym.

Nr. 4. S. M i k o ł a j s k i: Śmiertelność w m. Lwowie w okresie wojny 1914—1920. — Wł. J a b ł o ń s k i: Sprawa mieszkaniowa w Warszawie. — A. W a s i l e w s k i: Leczenie ochronne od wścieklizny szczepionkami karbolizowanemi.

Nowiny lekarskie Nr. 3: J. M o r a w s k i: Wpływ duru plamistego i powrotnego na przebieg chorób umysłowych. — L S o k o ł o w s k i: O wynikach krwawego odprowadzenia przyrodzonych wywichnięć stawów biodrowych. — B. S z u l c z e w s k i: Badanie dzieci w hipnozie.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

VIII. Posiedzenie naukowe z dnia 3 marca 1922 r.

Przewodniczy kol. F r a n k e. Obecnych 98.

1) Prezes kol. F r a n k e odczytuje telegram marszałka Sejmu wileńskiego: „W imieniu Sejmu wileńskiego mam zaszczyt złożyć Towarzystwu gorące podziękowanie za wyrazy czci i hołdu nadesłane z powodu powzięcia przez Sejm wileński uchwały o zjednoczeniu z Polską. A. Łokuciewski, marszałek Sejmu wileńskiego".

2) Kol. N o w i c k i przedstawia i omawia preparaty anatomopatologiczne; a) **promienicy płuc, opłucnej i klatki piersiowej** u mężczyzny 48-letniego. Główne zmiany dotyczą opłucnej, na której stwierdza się charakterystyczną miękką ziarninę z ropniami, następową próchnicę górnych kręgów piersiowych i przejście sprawy ze strony prawej na lewą. Prócz tego ropnie podopłucnowe i próchnica częściowa górnych żeber po stronie prawej z nacieczeniem guzowatem skóry i przebiciem na zewnątrz. Tylna część górnego płata stosunkowo nieznacznie zmieniona, mianowicie stwierdza się w niej starsze zmiany tkankołączne i nieznaczne ropienie. W ropie wszędzie bardzo liczne typowe ziarna promienicy. Podnieść należy bardzo niewielkie zmiany w płucu przy tak znacznych zmianach opłucnej i w kościach; b) dwa preparaty **niezwykle dużego rozszerzenia żołądka** na tle raka odźwiernika (l. 39) i najprawdopodobniej wrzodu trawiennego (nierozcinano) u mężczyzny l. 38. W obu żołądki opierają się niemal o dno miednicy i zajmują niemal całą jamę brzuszną, spychając do boku jelita cienkie; przy sposobności N. omawia w krót-

kości mechanizm powstawania tego rodzaju rozstrzeni żołądka; c) **niezwykłej wady rozwojowej serca**, polegającej na wytworzeniu się na przegrodzie międzykomorowej w miejscu części błoniastej i od strony komory prawej kieszonki, głębokiej niemal 4 cm a szerokiej do 2 cm; powstanie jej należy odnieść, zdaniem N., do niezrośnięcia się septum aorticum z brzegiem septum inferius w okresie powstawania przegrody międzykomorowej, lecz znacznie poniżej tego brzegu. Preparat pochodzi od 20-letniego młodzieńca z rozległą gruźlicą. Objawów klinicznych wada ta nie dawała.

W dyskusji kol. W ę g r z y n o w s k i podaje obraz kliniczny u chorego z opadniętym żołądkiem, kol. S c h r a m m omawia zaś przypadek promienicy płuc, nadmieniając, że początkowo robił on wrażenie gruźliczego zapalenia kręgosłupa. Mowca sądzi, że zakażenie szło od wewnątrz na zewnątrz, t. zn. że pierwotnie wyszło z dróg oddechowych. Leczniczo stosowano jod i siarczan miedzi bez wyniku. Kol. M e i s e l s podnosi różnicę w ułożeniu żołądka w pozycji leżącej (przy operacji) i stojącej (przy prześwietlaniu). W odpowiedzi kol. N o w i c k i wyjaśnia, że komunikacji ropnia z płucem nie wyklucza, chociaż obraz anatomiczny mógłby przemawiać za wyjściem ze skóry. Lewe płuco było zupełnie zdrowe, w prawem zmiany nieznaczne.

3) Kol. Ł u k a s i e w i c z przedstawia a) chorego ze skórą naciekłą, usianą guzkami od wielkości śrutu do maliny, barwy brunatnawo i sino-czerwonej na łopatce, ramieniu i ręce lewej, jak, też na obu udach i grzbiecie stopy i nasadzie palców z naciekiem na żołędzi przy ujściu cewki moczowej. Rozpoznanie: **sarcoma multiplex idiopathicum Kaposi**. Pierwszy Halle zwrócił uwagę, że prócz grzybicy guzowej jest to jedyna dermatoza, która daje pomyślne wyniki przy naświetlaniu rentgenem. Prelegent podnosi wpływ rasy na powstawanie tego schorzenia; b) 56 letniego wieśniaka, który obok sączącego wyprysku (*eczema madidans rubrum*) wykazuje naciekłą, twardą, zbitą, i połyskującą skórę, o rysunku widocznym, zabarwioną sino czerwono i pokrytą łuskami. Zmiany te umiejscowione są na kończynach, szczególnie na grzbiecie stóp i są **twardziną skóry** o nietypowem umiejscowieniu. W przypadku tym czucie jest utrzymane, wydzielanie potu i łoju zmniejszone. Leczniczo stosował mowca thyroidynę i wstrzykiwanie salicylanu sodu; c) 25 letnią wyrobnicę ze zmianami zanikowemi skóry o liljowych obwódkach w okolicy pośladków i kolan, i rozpoznaje **twardzinę** skóry. Stosowanie fibrolysiny i kąpieli obojętnych bez skutku.

4. Kol. A l e k s i e w i c z przedstawia chorego po **wyjęciu ciała obcego z przełyku** (szczęka kauczukowa z haczykami). Chory połknął w czasie snu dostawkę, która uwięzła na wysokości przepony, a ostre haczyki ustaliły ciało obce na lewej ścianie przełyku.

Po nieudanej próbie wydobycia przy pomocy wziernika przełykowego wykonał nacięcie żołądka w uśpieniu eterowo-morfinowem i wyjął dostawkę od strony żołądka. W dalszym ciągu prelegent omawia sposób postępowania przy ciałach obcych, w szczególności mogących ranić wnętrze przełyku i wskazuje na najczęstsze miejsca utkwienia.

W dyskusji kol. C i e s z y ń s k i wskazuje na niewłaściwość małej dostawki do wyjmowania, której przez noc nie powinno się nosić. W przypadku tym powinien był być raczej zrobiony mostek. Kol. Z a l e w s k i zaleca założenie pętli; kol. W ę g ł o w s k i wyjaśnia sposób wyjęcia częściami dostawki po przepiłowaniu jej piłką elektryczną. Kol. O s t r o w s k i dodaje, że w tym przypadku były w okolicy przepony obecne kulki gąbkowe na sznurku. Kol. A l e k s i e w i c z w uzupełnieniu podnosi, że nitkowaty sposób Gulla, zaharpunował źle i przy ciągnięciu sprawiał ból. Kol. S e l z e r Jakób zastosował w celach wymiotnych 1% roztwór siarczanu miedzi z dobrym wynikiem, ale przy ciele obcem okrągłem. Nadto zabierał głos kol. S t a u b e r.

5) Kol. L e s z c z y ń s k i przedstawia dziewczynkę ze **strupniem woszczynowym** (*favus*) na głowie przy obecności niecharakterystycznych, banalnych ognisk wielkości soczewicy, blado różowych, łuszczących się na skórze tułowia, kończyn górnych i dolnych. Badanie drobnowidowe łusek wykazało grzybki Schönleina. Jest to rzeczywiście *favus corporis*, jednak bez wytworzenia tarczek, z ograniczeniem tylko do zmian znanych jako *stadium herpeticum favi*. (A. r.)

6) Kol. L a s k o w n i c k i przedstawia chorego po operacji **ropnia mózgowego**, powstałego jako następstwo urazu czaszki tępem narzędziem. Ropień udostępniono sobie płatem osteoplastycznym Wegnera, w środku którego znajdowała się blizna po urazie. Po otwarciu opony twardej natrafiono na jamę wielkości pomarańczy, z której wylała się obfita ilość ropy (gronkowiec biały). Płat osteoplastyczny ułożono na swoje miejsce, ropień zaś zdrenowano przez otwór w kości, wyskrobany w miejscu dawnego zranienia. Objawy nerwowe (niezborność móżdżkowa, prawostronny, połowiczy niedowład, Kernig, tarcza zastoinowa, bóle głowy, zamroczenie) ustąpiły w parę dni po zabiegu; obecnie, w 6 tygodni po operacji, chory opuszcza klinikę uleczony. (A. r).

W dyskusji kol. R o t h f e l d dodaje, że w tym przypadku miało zię wrażenie, jakby objawy powstawały z działania z oddali. Na zapytanie kol. O s t r o w s k i e g o, kol. S c h r a m m odpowiada, że był to ropień wśródmózgowy; rozpatruje też wartość pneumografji rentgenowskiej. Nadto przemawiali jeszcze kol. P i s e k i M e i s e l s.

7) Kol. W ę g ł o w s k i omawia sprawę badania za pomocą **zgłębnika przełykowego (ezofagoskopu) własnej konstrukcji**. Posługuje się on rurami znacznie szerszemi od wszystkich innych, o średnicy 16 mm. Do oświetlenia służy mu zwykła lampka panelektroskopu, umieszczona w specjalnym stożku, dającym możność należytego rozglądnięcia się w przełyku i wykonania niezbędnych rękoczynów. Prelegent usunął przez ezofagoskop blizko 80 ciał obcych i poczynając od r. 1902, nie był zmuszony ani razu do wykonania nacięcia przełyku. We wszystkich przypadkach, pomimo różnego rodzaju powikłań i trudności, udało mu się ciało obce usunąć z przełyku a nie stracił ani jednego chorego. Nacięcie przełyku zaś daje do 20% śmiertelności. Następnie mowca wykonuje ezofagoskopję na jednym z chorych i demonstruje zebranym jasny i wybitny obraz wpustowej części przełyku. (A. r.)

W dyskusji kol. L e h m zaleca używania rur krótkich przy uwięznięciu ciał w pierwszej części przełyku. Kol. S c h r a m m podaje, że śmiertelność przy ezofagoskopji wynosi 5%; są to jednak przypadki, które przychodzą do lekarza już z ropowicą. Ponadto zabierali głos kol. C h o m i c k i, O s t r o w s k i, A l e k s i e w i c z i prelegent.

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie naukowe z dnia 8. marca 1922.

1) Kol. G o l d m a n przedstawił; a) 22 letnią J. L. chorą od 2 lat z nader wybitną postacią **choroby Basedowa**; przed 10 dniami połowicze wycięcie wola i grasicy. Szybkie ustępowanie objawów chorobowych przypisuje G. usunięciu grasicy. We krwi chorej przed operacją lymfocytów 57%.

b) 25 letnią chorą D. R. ze **skurczem żołądka**, trwającym z przerwami od 2 lat. Przy stosowaniu leków przeciwskurczowych nastąpiła znaczna poprawa; chory w ciągu 3 tygodni przybył na wadze 4 kilo.

c) 43 letniego M. z **twardzielą krtani, nosa i jamy nosogardzielowej**, trwającą od 1904 roku. Chory był operowany i leczony promieniami Roentgena, mesothorium i radem. Sprawa chorobowa posuwa się. Po ostatniem naświetlaniu (w Poznaniu) wystąpiło owrzodzenie, stale się powiększające, po środkowej linji szyji. Badanie drobnowidowe wykazało, że mamy do czynienia z owrzodzeniem wskutek działania promieni Roentgena.

2) Kol. K u m m a n t: a) Pokaz przypadku po **częściowem wycięciu żołądka** z powodu **wrzodu dwunastnicy**. Chora F. H., 31 lat, od 8 lat cierpi na dolegliwości żołądkowe; miewała krwotoki kiszkowe. Roentgen wykazuje zwężenie odźwiernika lub dwunastnicy. Operacja wykazuje bliznowate zwężenie dwunastnicy, tak, iż wyodrębnienie górnego odcinka dwunastnicy sprawia pewne trudności. Wycięcie w znieczuleniu miejscowem — Reichel-Polya, gojenie rychłozrostem. Zdjęcie po operacji wykazuje szerokie połączenie, działające całkiem sprawnie.

b) Pokaz preparatu po **resekcji żołądka z powodu dwu wrzodów**, oraz zdjęcia roentgenowskiego, wykazującego wrzód małej krzywizny. Na zdjęciu widać pośrodku małej krzywizny odchodzący ku górze od niej lekki cień, przypominający nieco niszę Haudecka, lecz mniej intensywny. Jak wykazała operacja, cień ten spowodowany został nie kraterem wrzodu, lecz bliznowatą zmianą małej sieci, która tworzy w tem miejscu powrozek grubości palca i szerokości 2 palców. Powrozek ten idzie od wrzodu małej krzywizny do wątroby. Wrzód większy, który wytworzył zrosty żołądka z wątrobą, leży na małej krzywiźnie i jest nie głęboki, ma około 1 cm w średnicy. Drugi zaś wrzód, około 5 mm w średnicy, znajduje się niedaleko od pierwszego, lecz nie na małej krzywiźnie, i oddalony jest od odźwiernika jeszcze więcej niż pierwszy. Tymczasem badanie roentgenowskie przemawiało bardzo za wrzodem i zwężeniem odźwiernika; dopiero dokładne przyjrzenie się zdjęciu i spostrzeżenie cienia na małej krzywiźnie, spowodowanego przez bliznowatą zmianę omenti minoris, nasunęło myśl o wrzodzie małej krzywizny. Na objaw ten należało by zwrócić baczniejszą uwagę.

3. Kol. Br. F r e n k i e l przedstawia cztery **przypadki wczesnej kiły układu nerwowego**.

Przyp. 1. **Zapalenia swoistego opon mózgowych**, 7 miesięcy po zarażeniu; w pierwszym okresie energiczne leczenie swoiste; ostro wystąpiły bóle głowy, sztywność karku, wymioty, atak podobny do padaczkowego i lekki niedowład prawostronny; w płynie mózgowo-rdzeniowym Wa ++++ i pleocytoza. Objawy ustąpiły po jednem zastrzyknięciu dożylnem i jednem wlewaniu doledźwiowem metodą Gennericha.

Przyp. 2. **Endarteritis corticalis**. W $3^1/_2$ miesiąca po zakażeniu; w pierwszym okresie 4 Ns i 10 wstrzyknięć rtęci; stopniowo wystąpiła żółtaczka, niedowład lewostronny i padaczka Jacksona bez zmian patologicznych w płynie. Objawy ustąpiły pod wpływem zwykłego leczenia mieszanego.

Przyp. 3. **Meningo-myelitis**. W 7 miesięcy po wrzodzie — przypadek nieleczony — szybko rozwinęły się zwykłe objawy zapalenia rdzenia z wybitnemi czterema odczynami w płynie mózgowo-rdzeniowym. Objawy ustępują pod wpływem leczenia mieszanego (wcierki, dożylnie Ns i wlewanie doledźwiowe Gennericha).

Przyp. 4. **Wiąd rdzenia**. Zakażenie przypuszczalnie przed 3 laty. Nieleczony. Po przemoknięciu wystąpiły w ciągu kilku dni objawy wiądu rdzenia; lewa źrenica szersza, brak odruchów kolanowych i stopowych, wybitny bezwład nóg, żywe odruchy. Wybitne zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym.

We wszystkich 4 przypadkach odczyn Wassermanna w su

rowicy (cztery plusy). Następnie omawia rozpoznanie różniczkowe wczesnych zmian kiłowych w układzie nerwowym, podkreślając znaczenie badania płynu mózgowo-rdzeniowego, jako wskazówki przy wyborze metody leczenia. Następnie rozstrząsa zagadnienie, o ile salwarsan sprzyja rozwojowi objawów nerwowych w kile. Rola jego polega na dwu momentach. 1) Osłabiając siłę infekcji we wczesnym okresie, osłabia wytwarzanie środków ochronnych, które prawdopodobnie powstają dopiero przy rozpadaniu się ognisk kiłowych; 2) przy dalszem leczeniu salwarsan dostaje się do pozostałych w organiźmie krętków, ukrytych w gorzej unaczynionych tkankach (opony), w ilościach małych, które nie są zdolne unicestwić działania krętków, a raczej wpływają na te ostatnie pobudzająco (analogja do działania chininy w zimnicy i promieni Roentgena przy nowotworach). Frenkiel wyprowadza wniosek, że salwarsan należy stosować w dawkach większych i systematycznie w dłuższych kuracjach. Często stosowane u nas kuracje 1—2—3 Ns i 10 igieł mogą być wręcz szkodliwe. Nie mamy jeszcze probierza, jaką kurację w każdym poszczególnym przypadku należy uważać za wystarczającą, przeciętnie za taką uważa kurację złożoną z 10 wstrzyknięć w ogólnej dawce od 5 do 6 g Ns; kurację należy w krótkim czasie powtórzyć, oczywiście pod kontrolą badania krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego.

W dyskusji kol. Sterling upatruje wspólne cechy tych dwu par chorych, dwu leczonych i dwu nieleczonych, w tem, że nie wykazywali żadnych objawów drugorzędowych, naskórnych. Może brak tego co nazywamy esophylaxia, jest przyczyną wczesnego wystąpienia kiły nerwowej. Przemawiali jeszcze kol. Mikulski, Venulet, Leyberg.

4. Kol. Szwarcwasser (gość): **Nietypowe przypadki zimnicy.**

Dr. Józef Bieliński. Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie w setną rocznicę jego założenia.

(Dokończenie).

Okres ostatni dziejów naszego Towarzystwa rozpoczyna się z wejściem Niemców do Warszawy w r. 1915. Ta okupacja nie wyrządziła wielkiej krzywdy Towarzystwu Lekarskiemu, dlatego głównie, że Polacy, orjentując się doskonale w sytuacji, z kim mają do czynienia, nie dawali powodów do znęcania się nad nimi kulturtraegerom. Prócz tego, wielu członków Towarzystwa, najenergiczniejszych, bo młodych, wyjechało z Warszawy do Rosji, gdzie służyli w armji rosyjskiej: pozostali zaś w Warszawie udawali bezradnych wobec siły wyższej.

Posiedzenia Towarzystwa były z początku blade; dopiero otwarcie Uniwersytetu polskiego w Warszawie, nadało inny kierunek, kierunek dodatni w pracach Towarzystwa; na potwierdzenie powyższego załączamy parę wyjątków z protokołów Towarzystwa.

W tym czasie, gdy kraj cały, a szczególniej jego stolica, doświadczyli zmiennych kolei pod względem politycznym, społecznym, narodowym, wreszcie naukowym, wówczas uwydatniły się wielkie zasługi naszego Towarzystwa.

Z poprzednich okresów wiemy doskonale, że policja wtargnęła do tego przybytku nauki, jakim było Towarzystwo, i gwałtem narzucała swe rusyfikacyjne projekty, mimo to mowa polska brzmiała bez przerwy w tych murach, a ognisko wiedzy płonąc, to żywiej, to słabiej — stale się żarzyło. I w tem właśnie leży wielka zasługa!... Ta wielka i niepodzielna zasługa należy się wytrwałym pracownikom lekarzom i miłującym kraj lekarzom obywatelom, niemniej chętnym do pracy członkom.

Nie mamy wątpliwości, że tylko zgodną zbiorową pracą można dojść do znacznych wyników; ona dodaje hartu, energii, podtrzymuje wzajemnie; stanowi także podłoże, sprzyjające rozwojowi indywidualnych zdolności naukowych i uczuć społecznych. W takich przełomowych chwilach, jak rok 1916 i następne, praca twórcza wymagała wielkich wysiłków, świeżych podniet, ożywczych soków. To wzniosłe zadanie spełniło należycie Towarzystwo lekarskie warszawskie w czasie okupacji niemieckiej i zajęło w historji nauki w ogólności a w szczególności lekarskiej należne mu stanowisko. Lekarze warszawscy dobrze się w tym czasie zasłużyli; na posiedzeniach Towarzystwa komunikowali swe spostrzeżenia, zdobyte w pracowniach naukowych warszawskich, zarówno jak i na oddziałach szpitalnych. Członkowie Towarzystwa lekarskiego zamieszkali na prowincji, pod naciskiem okupantów, byli wprawdzie pozbawieni możności komunikowania się z Warszawą, a jednek i oni, na prowincji, uprawiali wzniosłe cele Towarzystwa, stojąc na czele przeróżnych ad hoc założonych instytucji filantropijnych i społecznych, które to instytucje, mimo wielkiego nacisku okupantów, niepoślednie usługi oddały społeczeństwu, uświadamiając je w sprawach wielkiej wagi, dotyczas mało uwzględnianych. Mimowoli narzuca się nam pytanie: dlaczego ogół społeczeństwa nie zdaje sobie sprawy z własnej siły!?, czy rzeczywiście jest to prawdą, że sprawa ta jest następstwem zafukania, w jakie wprawiła nas niewola polityczna i szereg klęsk; czy nieustanne wmawianie, szerzone w uczelniach niemieckich, a kolportowane do kraju przez wychowańców tych uczelni, a głównie przez samych Polaków wyznania austrjackiego, że Polak z natury jest nierządny, a przeto musi go porządkować politycznie siła obca! czy to jest prawdą!?

Udział Towarzystwa lekarskiego w wielkiej wojnie 1914—1918 jest dodatni i z punktu naukowego bardzo znamienny. Dziś możemy już ocenić, mniej więcej dokładnie, przebieg tej działalności naukowej; przy łóżku chorego żołnierza w szpitalu lub w ambulatorjum polowem, w laboratorjum i pracowniach, gdzie opracowywano przeważnie wyniki badań bakterjologicznie, chemicznie, gdzie zdobywano szereg nowych poglądów na nowe choroby, jakie się pojawiały w obozie lub na polu bitwy, niemniej na posiedzeniach naszego Towarzystwa członkowie zdawali sprawę z obserwacji nad chorym żołnierzem, lub nad mieszkańcami wielkich zbiorowisk miejskich i na wsi.

Ciekawe te spostrzeżenia wzbogaciły znacznie naszą wiedzę lekarską, wyjaśniły wiele wątpliwości terapeutycznych, zabiegów chirurgicznych, badań mikrochemicznych. Co do spraw społecznych, któremi zajmowało się Towarzystwo, należy zwrócić uwagę na niektóre; naprzykład: ciężkie warunki odżywiania w czasie wojny, w jakich pozostawała ludność uboga naszego kraju, a przedewszystkiem ludność stolicy, stały się powodem szeregu groźnych klęsk społecznych, przedewszystkiem wadliwego rozwoju i zastraszającej śmiertelności dzieci, zmniejszenia odporności fizycznej i wzmożonej chorobliwości ogólnej ludności dorosłej, zwłaszcza szerzenia się wśród niej chorób głodowych, chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych, mianowicie gruźlicy i duru osutkowego. Klęski te, których grozę niedostatecznie jeszcze uświadamia sobie ogół naszego społeczeństwa, znalazły właściwe określenie rzeczowe w szeregu publikacji lekarskich prof. Alfreda Sokołowskiego, Kazimierza Chełchowskiego, Stanisława Serkowskiego i Kazimierza Baci.

Z Towarzystwa lekarskiego wychodziła zawsze inicjatywa w sprawie walki społecznej z gruźlicą. Towarzystwo wówczas rozwijało akcję, gdy rząd rosyjski nie tylko nie pomagał, ale przeszkadzał i, gdy samorządu nie mieliśmy.

W czasie ostatniej wielkiej wojny stosunki te polepszyły się, albowiem dotychczasowe zabiegi Towarzystwa, wzięło w swe ręce Ministerjum Zdrowia, a zatem jest nadzieja, że ta sprawa, bardzo ważna, na szerokie przestworza zostanie wyprowadzoną. Wiadomo, że akcja powinna być obronna, planowa, na podobieństwo działań w innych państwach europejskich.

Że Warszawa akcję tę może przeprowadzić, o tem nie wątpimy, ale czy, nie mając odpowiednich środków materjalnych dla przeprowadzenia, przeprowadzi ją, to już jest kwestja druga również niemniej ważna. W tej ważnej sprawie oprócz pieniędzy, na pierwszym planie, stoi radykalna poprawa ogólnych warunków sanitarnych, wprowadzona w życie przez świadome celu społeczeństwo. Na potwierdzenie wyżej podanych wniosków przytoczymy z protokołów Towarzystwa lekarskiego kilka danych, potwierdzających to twierdzenie.

Zanim te wyciągi zostaną podane, należy przedewszystkiem zaznaczyć, że duży przewrót naukowy rozpoczyna się w Towarzystwie lekarskiem w r. 1918 z inicjatywy prof. dra

Stanisława Orłowskiego, który na posiedzeniu Towarzystwa 4 grudnia 1917 roku zwrócił uwagę zebranych na to zjawisko, że z większym rozwojem poszczególnych gałęzi wiedzy lekarskiej, uwydatnia się coraz bardziej rozluźnienie związku między medycyną a naukami przyrodniczemi w ścisłem znaczeniu tego słowa. Tak zwani specjaliści zamykają się w ciasnym zakresie obserwacji i eksperymentu w danej niewielkiej dziedzinie, a głębsze poznanie związku wewnętrznego postrzeganych zjawisk, tj. ujęcie przedmiotu filozoficzne, bywa najczęściej pomijane, a jest wynikiem niedostatecznej znajomości nauk przyrodniczych. Z tego występując stanowiska prof. Orłowski zaproponował odczyty specjalistów, jak to przed kilkudziesięciu laty zainicjował prof. Szokalski. Odczyty te miały dopełnić wiadomości z tych zasad nauk przyrodniczych, które w ostatnich dziesiątkach lat uległy zmianom przełomowym, a więc dopełnienie chociażby w ogólnych zarysach z dziedziny fizyki, chemji, biologji.

Taki był punkt wyjścia prof. Orłowskiego dla ułożonego przez siebie projektu, aby urządzić szereg wykładów z tych nauk na posiedzeniach Towarzystwa lekarskiego.

Gdy projekt ten znalazł poparcie w Zarządzie Towarzystwa i oddźwięk wśród przyrodników polskich, zorganizowano wówczas cykl wykładów, a mianowicie: prof. Józef Wierusz Kowalski, obecnie ambasador w Hadze, wygłosił szereg odczytów pt.: „Pojęcia i metody fizyki nowoczesnej"; prof. T. Miłobędzki wyłożył: „O biegunowości"; prof. St. Glixelli: „O koloidach", rektor Zawidzki: „O szybkości reakcji chemicznej". Wykłady z dziedziny chemji organicznej L. Szperla stanowiły początek cyklu biologicznego. Prof. Jan Tur miał wykład o Asymetrji w świecie zwierzęcym, który wywołał duże wrażenie wśród słuchaczy, szczególnie ze względu na wystąpienie prof. Orłowskiego na temże posiedzeniu z wykładem, w którym wystąpił z innego stanowiska aniżeli prof. Tur. Inny odczyt prof. Tura zaznajamiał zebranych z „Metodą mechaniki rozwojowej a samorzutne zboczenia zarodkowe", w którem zastanawiał się nad zmiennością rozwojową.

Odczyty biologiczne w r. 1919 nie były luźne, lecz stanowiły harmonijny całokształt, cykl. Otóż ten cykl wykładów „O komórce", wyłożyli następujący profesorowie: M. Konopacki: „Nowsze poglądy w morfologji komórki"; S. Orłowski: „Z biologji komórki nerwowej"; J. Tur: „Komórka jako podścielisko dziedziczności"; L. Szperl: „Z chemji ciał zasadowych"; T. Koźniewski: „Chemizm pewnych wydzielin komórkowych"; L. Czubalski: „Niektóre zjawiska fizo-chemiczne jako przejawy czynności komórki".

Gdy powstał Sejm Rzeczypospolitej w Warszawie, gdy życie polityczne zaczęło się rozwijać z dnia na dzień, z godziny na godzinę — Adam Cięgliński wystąpił w Towarzystwie lekarskiem z odczytem: „O niektórych konstrukcjach graficznych w statystyce" -- nawołując Towarzystwo do zajęcia się statystyką. By nawoływanie to osiągnęło poważne rezultaty, mowca uważa, że należy nie tylko wyrobić i pogłębić źródła statystyki polskiej, co już należy do polskich władz państwowych, lecz należy przygotować odpowiednie audytorjum, dla którego tematy statystyczne stanowiłyby pożądany i przyswojalny materjał do dyskusji rozmyślań — radzi więc przedewszystkiem opracowanie przyjętych powszechnie postulatów statystycznych i spopularyzowanie ich w gronie Towarzystwa lekarskiego warszawskiego.

Streszczając się zaznaczamy, że nasze Towarzystwo w czasie wielkiej wojny 1914—1918 stanęło na wysokim poziomie pod względem obywatelskim i lekarskim. W r. 1916 Kazimierz Chełchowski ogłosił: „Klęskowe lata na ziemiach polskich (1846—1855)". Lata te, jak wiadomo, zaciężyły nad Polską, szczególniej w Galicji, gdy chłopi ruscy*) podbechtani przez rząd austrjacki wyrzynali na ziemiach polskich szlachtę polską, a w tej liczbie moich bliskich krewnych. Co do roku 1855 jest to rok wojny krymskiej, ostatni rok panowania cesarza Mikołaja, którego rządy tak dotkliwie gnębiły Polskę. Analogiczną pracę, również ze stanowiska lekarskiego ogłosił prof. Alfred Sokołowski pt. „Wielkie klęski społeczne i walka z niemi". Wykład zwięzły, a jednak przedstawia dokładnie cały zakres rozwoju i dzisiejszy stan wiedzy co do zwalczaniu alkoholizmu i chorób zakaźnych.

*) Niemniej i polscy podjudzani (Red lwowska).

W czasie tej wojny, ileż to chorób grasujących, raczej przeczuwanych, w czasie tej wojny, znalazło naukowe wyjaśnienie w pracowniach lekarskich warszawskich, w szpitalach i na polu bitwy. Ten dorobek naukowy jest wymownem świadectwem wielkiej żywotności Towarzystwa, co w setną rocznicę jego istnienia, należycie podkreślić należy. Członkowie Towarzystwa pozostali w Warszawie na każde posiedzenie zjawiali się z tabelami statystycznemi o durze plamistym i o innych chorobach zakaźnych, stałych towarzyszach wojny i głodu. Owe tablice stanowiły wymowny dowód, dlaczego szpitale warszawskie są przepełnione.

Chirurgja wojenna słabo jest reprezentowaną w czasie wielkiej wojny w Towarzystwie lekarskiem, dlatego że najobfitszy materjał szpitalny ogłoszony był w wydawnictwach specjalnych, z lazaretu miejskiego, pod naczelnym kierunkiem Franciszka Kijewskiego. Materjał ten nie podlegał dyskusji w Towarzystwie. Z utworzeniem zaś Armji polskiej i szpitali wojskowych, cały materjał chirurgiczny również ominął Towarzystwo lekarskie, z bardzo nielicznemi wyjątkami, do których zaliczyć możemy odczyt Borzymowskiego: „Wskazania operacyjne w postrzałach brzucha, na podstawie własnego doświadczenia". Odczyt ten był wypowiedziany jeszcze za czasów okupacji niemieckiej, a więc przed powstaniem Armji Polskiej.

Członkowie Towarzystwa lekarskiego, nie przeczuwając, co jutro przyniesie, zabrali się żywo do pracy we wszystkich kierunkach, w tym celu: aby Polska, której niepodległość prusacy półgębkiem zapowiadali, mogła być dumną ze swych dzieci — z lekarzy praktyków polskich. Przecież ci lekarze nieśli z zaparciem służbę swą, a nawet życie własne, w ofierze Ojczyźnie; przecież lekarze polscy tłumili rozmaite epidemje, zwykłe towarzyszki wojny i głodu, jakie wtargnęły do naszego kraju, kraju nieszczęśliwego, bo otoczonego ze wszech stron przez wrogów sąsiadów.

Zasługi Towarzystwa w tych ciężkich chwilach, dotąd ujawnione, są wielkie i niewątpliwie będą należycie ocenione, gdy tocząca się obecnie wojna w Polsce, już to z wrogami wewnętrznymi już też z zewnętrznymi, przejdzie do historji.

My, Polacy, w setną rocznicę założenia Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, jesteśmy szczęśliwi, że, będąc wolni i niepodlegli, możemy Jubilatowi złożyć życzenia wszelkiej pomyślności, a więc dalszego pomyślnego rozwoju na polu nauki w ogólności, jak również na stanowisku obywatelskiem i społecznem, we wszelkich Jego przedsięwzięciach.

Pragniemy, aby odtąd kierowało się nasze Towarzystwo tą niezawodną zasadą:

Displiceam aut placeam, minus curo, sat si prosim.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy Małopolski w Krakowie

nadesłał nam następujący komunikat oficjalny:

Do Ministerstwa zdrowia publicznego w Warszawie. Związek Lekarzy Małopolski w Krakowie, stojący na straży zawodowych interesów stanu lekarskiego, ma zaszczyt przesłać Ministerstwu zdrowia publ. następującą sprawę:

Przed dwoma przeszło laty wprowadziła Powiatowa Kasa Chorych w Krośnie, jako zastępcę za urlopowanego lekarza kasowego niejakiego Artura Andahazego, który nie jest doktorem medycyny, ani nawet nigdy nie był słuchaczem wydziału lekarskiego. Nie wiadomo nawet, czy ukończył szkołę średnią. Wkrótce po przybyciu do Krosna poleciła mu Ekspozytura Okręgowego Urzędu zdrowia w Krakowie przeprowadzenie ochronnego szczepienia ospy, a następnie mianowała go „lekarzem epidemicznym" na powiat krośnieński do pomocy st. lek. powiat. Drowi Ślączce.

Jeżeli powierzenie odpowiedzialnych czynności lekarskich w powiecie człowiekowi, nie mającemu nic wspólnego z medycyną, wywołać musi conajmniej zdumienie, to oburzenie wprost wywołuje fakt, o którym nam zgodnie donoszą lekarze krośnieńscy, a także i prywatni, a więc nieinteresowani ludzie, a mianowicie, że Andahazy używa tytułu doktora medycyny na receptach (odnośne recepty przesłała Izba Lekarska w Krakowie do Prokuratorji Państwa w Jaśle), a na tablicy, umieszczonej na domu, gdzie mieszka, widnieje wpadający w oko napis „Dr. Artur Andahazy, lekarz“ wraz z podaniem godzin ordynacyjnych. Uprawia też na szeroką skalę partactwo lekarskie nietylko w Krośnie, ale i w dalekim promieniu, sięgającym aż do Gorlic, jak nam o tem donosi mieszkający tam Dr. Przesmycki. Wśród ciemnego ludu naszego cieszy się naturalnie „cudowny lekarz“ niebywałą wziętością, odbierając zarobki krośnieńskim i okolicznym lekarzom, przynosząc równocześnie niepowetowaną szkodę leczącym się chorym. Aby sobie pozyskać wziętość, pije z chłopstwem po karczmach, nadto jest nałogowym kokainistą.

Pomijamy szeroką wziętość, jaką się Andahazy cieszy wśród ciemnego ludu, wierzącego zresztą naiwnie, że to rzeczywisty lekarz — nic w tem dziwnego, gorzkie jednak uwagi o władzach państwowych nasuwać musi okoliczność, że te Andahazego nietylko ustawowo z urzędu nie ścigają, ale przeciwnie zdają się go popierać. Pomijamy, że Andahazy pełni czynności lekarskie w tamtejszej Kasie chorych, z którą zawarł nawet ugodę jako „Dr. Andahazy“, ale same władze sądowe, nie stwierdziwszy jego dyplomu lekarskiego, względnie tożsamości osoby, posługują się nim na rozprawach, jako znawcą lekarzem, względnie świadkiem biegłym. Wykonywa on sekcje sądowe na niepochowanych i odgrzebanych zwłokach i wydaje orzeczenia. Odpis protokołu sądowego, gdzie Andahazy figuruje jako znawca, przesłała Izba Lekarska w Krakowie Prokuraturze Państwa w Jaśle wraz z doniesieniem w dniu 24 stycznia 1922. Wykonywa więc Andahazy czynności sądowe, w których od zdania znawcy zależy nieraz cały tok śledztwa, a w grę wchodzi czasem i gardło. Rozstrzyga tutaj człowiek, nie mający nic wspólnego z nauką lekarską. Jak może partacza ścigać sąd, tensam sąd, który posługuje się nim jako znawcą?! To też nic dziwnego, przeciwnie całkiem naturalne, że „epidemiczny lekarz“ grasuje dalej bezkarnie, kpiąc sobie z władz i lekarzy, wyzyskując naiwną, a ciemną ludność.

Mimo doniesienia Izby lekarskiej w Krakowie do Prokuratury Państwa w Jaśle jeszcze w dniu 24 stycznia br. o ukaranie Andahazego za zbrodnię z § 201 d., popełnioną przez nieprawne używanie tytułu lekarza i dra medycyny i wprowadzenie przez to w błąd chorej publiczności i władz, a nadto o występek z § 343 u. k, popełniony przez nieprawne, zawodowe wykonywanie praktyki lekarskiej za wynagrodzeniem, Andahazy dalej swój proceder uprawia bez przeszkody ze strony władz. Wobec tego upraszamy Ministerstwo, stojące na straży zdrowia publicznego, aby w porozumieniu z Ministerstwem Sprawiedliwości wglądnęło z urzędu w tę sprawę, by raz nareszcie zrobić z Andahazym porządek. Nadmieniamy, że Izba Lekarska zwracała się w tej sprawie do Województwa we Lwowie, również bezskutecznie. Załączone w podaniu podziękowanie w Ilustrowanym Kurjerze Codziennym z dnia 23 marca br. przez niejakiego Ludwika Golza, przemawia za tem, że Andahazy, któremu tam już zaczyna widocznie usuwać się grunt pod stopami, jak przedtem w Radłowie, zamierza Krosno rychło opuścić i inną miejscowość w Polsce swą osobą uszczęśliwić. Prosimy przeto o możliwy pośpiech, a nadto w razie tajemniczego zniknięcia o powiadomienie wszystkich województw w Polsce o Andahazym, by w przyszłości nie powtórzyło się w innej miejscowości to, co w Krośnie od dwóch lat przeszło się dzieje.

Równocześnie przesyłamy w tej sprawie pismo do Ministerstwa Sprawiedliwości.

W Krakowie, dnia 2 kwietnia 1922.

Sekretarz: *Dr. Kostecki*

Przewodniczący: *Dr. Cercha.*

Wiadomości bieżące.

Lwów.

XVI Posiedzenie naukowe lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek dnia 5 maja br. w Poliklinice, ul. Lindego 5. Wykłady w sprawie zdrojownictwa polskiego. 1) Zagajenie przez prezesa. 2) Adwokat Dr. Józef Westreich (jako gość): Podstawy ekonomiczne przyszłego rozwoju naszego zdrojownictwa. 3) Kol. Sabatowski: Morze polskie i jego znaczenie lecznicze. 4) Kol. Lewicki: Środki pomocnicze, jako ważny czynnik w leczeniu zdrojowem.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Redakcja otrzymała: XVI, XVII i XVIII Sprawozdanie lekarskie Szpit. dla umysłowo chorych „Kochanówka“, za lata 1918, 1919 i 1920, — zestawił dr. A Mikulski 1921 — Dziennik I-szej Konferencji psychjatrów szpitalnych w Kochanówce pod Łodzią. 30—31. X. 1921. — W. Biernacki. Najnowsze metody biologiczne rozpoznawania kiły. Odb. z Lek. wojsk. z Nr. 3. 1922.

Zmarli.

Dr. Aleksander Murzynowski, dyrektor szpitala św. Józefa w Sieradzu, uczestnik powstania w r. 1863, zmarł w Sieradzu w 75 r. ż.

Dr. Wincenty Styczyński, zamordowany przez Niemców w Gliwicach. Wspomnienie pośmiertne podamy w następnym numerze.

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych w Państwie za czas od 28 stycznia do 25 lutego 1922 r.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Ospa	Dur brzuszny	Dur osutk.	Dur powrotny	Czerwonka	Płonica	Błonica	Zimnica	Gruźlica	Grypa	Pokąsania (i wodowstręt)
Warszawa miasto	ch.	1 (0)	18 (10)	168 (32)	20 (3)	11 (0)	36 (12)	22 (2)	—	0 (179)	7 (21)	—
	ż.	2 (0)	3 (1)	77 (6)	9 (0)	5 (1)	7 (2)	15 (1)	—	0 (29)	6 (0)	—
Białostockie	ch.	4 (0)	128 (7)	1341 (136)	1647 (123)	29 (8)	75 (9)	18 (2)	25 (1)	7 (28)	297 (2)	—
	ż.	1 (0)	21 (0)	81 (3)	38 (0)	—	19 (2)	1 (0)	—	1 (6)	55 (0)	—
Kieleckie	ch.	32 (2)	179 (15)	157 (25)	24 (2)	3 (0)	38 (3)	11 (0)	—	6 (0)	226 (11)	2 (0)
	ż.	—	16 (1)	26 (0)	6 (0)	—	2 (0)	—	—	—	35 (0)	—
Krakowskie	ch.	0 (1)	154 (22)	86 (8)	—	16 (3)	68 (12)	12 (6)	3 (0)	1 (51)	25 (4)	8 (1)
	ż.	—	5 (2)	11 (2)	—	—	2 (1)	—	—	0 (2)	—	2 (0)
Lubelskie	ch.	25 (3)	98 (5)	1305 (82)	2547 (51)	26 (1)	15 (0)	12 (0)	3 (0)	24 (9)	296 (0)	2 (0)
	ż.	—	14 (1)	27 (1)	16 (0)	2 (0)	1 (0)	3 (1)	—	2 (1)	62 (0)	—
Lwowskie	ch.	—	98 (14)	196 (29)	26 (6)	7 (5)	200 (40)	6 (1)	—	34 (137)	396 (10)	63 (1)
	ż.	—	9 (2)	21 (1)	1 (0)	—	11 (0)	3 (0)	—	2 (15)	44 (1)	3 (0)
Łódź miasto	ch.	2 (0)	21 (og. 8)	11 (og. 3)	—	2 (0)	10 (og. 6)	3 (og. 5)	—	0 (92)	—	—
	ż.	1 (0)	18	23	—	1 (0)	7	3	—	0 (17)	—	—
Nowogrodzkie	ch.	14 (0)	143 (3)	759 (61)	819 (48)	7 (0)	48 (0)	12 (1)	8 (0)	15 (2)	632 (28)	1 (0)
	ż.	—	12 (0)	52 (8)	38 (4)	—	9 (1)	1 (0)	—	—	193 (14)	—
Poleskie	ch.	2 (0)	220 (6)	1046 (54)	3182 (70)	87 (1)	79 (0)	68 (11)	26 (0)	31 (4)	721 (16)	—
	ż.	—	4 (0)	50 (5)	32 (1)	3 (0)	14 (0)	16 (1)	5 (0)	5 (1)	30 (0)	—
Pomorskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Poznańskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż											
Śląsk Cieszyński	ch.	1 (0)	4 (0)	—	—	1 (0)	2 (0)	—	—	—	—	—
	ż.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stanisławowskie	ch.	72 (41)	107 (12)	201 (15)	15 (0)	3 (1)	234 (47)	9 (1)	—	1 (31)	480 (39)	4 (0)
	ż.	—	—	2 (1)	1 (0)	—	1 (0)	1 (0)	—	0 (5)	3 (2)	—
Tarnopolskie	ch.	6 (0)	63 (8)	149 (16)	3 (0)	—	33 (5)	—	1 (0)	9 (19)	112 (3)	28 (0)
	ż.	—	2 (1)	1 (1)	—	—	3 (0)	3 (0)	—	3 (5)	31 (0)	2 (0)
Warszawskie	ch.	1 (0)	96 (10)	196 (17)	4 (0)	2 (0)	64 (1)	31 (5)	17 (0)	24 (50)	184 (2)	3 (0)
	ż.	—	10 (2)	7 (0)	—	—	2 (0)	1 (1)	—	2 (9)	—	—
Wołyńskie	ch.	10 (0)	277 (12)	852 (51)	914 (42)	9 (0)	150 (4)	32 (1)	69 (0)	15 (0)	156 (0)	3 (0)
	ż.	—	17 (2)	153 (9)	45 (2)	5 (0)	9 (0)	1 (0)	1 (0)	—	2 (0)	—

Ch = chrześcijanie, ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych. Og. = ogółem chrześcijan i żydów.

Nr. 19. 7 maja 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. med. Szczęsny Bronowski. Warszawa.

Kilka uwag o udawaniu i o sztucznem wywoływaniu objawów chorobowych w praktyce wojskowo-lek.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lek. Warsz. dnia 27 Września 1921).

Udawanie i sztuczne wywoływanie objawów chorobowych z pewnością nie jest cechą czasów nowoczesnych [1]). W piśmiennictwie greckiem i rzymskiem znajdujemy liczne wzmianki o udawaniu. Zwłaszcza w średniowieczu, gdy barbarzyństwo i zdziczenie obyczajów ogarnęło ludzkość, udawanie a zarazem i oskarżanie o udawanie było niesłychanie częste. Aczkolwiek nie posiadamy odnośnej statystyki, to jednakże z całą pewnością można twierdzić, że człowiek pierwotny dziki w swej walce o byt i w obronie swego *ja*, znacznie częściej posługiwał się obłudą, fałszem, podstępem, niż to się dzieje w obecnym świecie kulturalnym. Z rozwojem bowiem etyki i uszlachetnieniem duszy ludzkiej pewne sposoby walki o byt oraz samoobrony bądź zupełnie zanikły w świadomości ludzkiej, bądź przybrały cechy bardziej szlachetne. Udawanie i sztuczne wytwarzanie objawów chorobowych w praktyce wojskowo-lekarskiej u żołnierzy, uchylających się od służby wojskowej, ma nieco inne podłoże psychologiczne.

Symulanci - żołnierze w przeważnej swej części są to ludzie, że tak powiem, »niższego gatunku«, o wyraźnych nieraz cechach fizycznego zwyrodnienia, o niskim poziomie umysłowym, moralnie zaniedbani, lub wprost spaczeni, o słabej odporności psychicznej. Mając na względzie zwłaszcza cechę ostatnią, zrozumiałem się staje, dlaczego uchylanie się od służby wojskowej nawiedza jakby epidemicznie wsród rekrutów pewne okolice kraju; np. u żołnierzy z ziemi Łomżyńskiej spotykaliśmy dotąd najliczniejsze przypadki udawania. Podobnie smutną sławą cieszą się również środowiska wielkomiejskie, jak Warszawa i Łódź. Słabą odpornością psychiczną tłómaczyć możemy również nierzadkie przypadki, że tak powiem, »psychicznej infekcji«, gdy najbliżsi sąsiedzi na salach szpitalnych zaczynają w ten sam sposób udawać, jak ich koledzy, bardziej i dawniej zdecydowani i doświadczeni (udawanie padaczki, napadów histerycznych, porażenia kończyn i td.). Już na zasadzie tych luźnych uwag łatwo wywnioskować możemy, że granica pomiędzy udawaniem, jako świadomem oszustwem, a udawaniem niezupełnie świadomem, lub zgoła nieświadomem, jest zatarta.

Wedle słów Charcot'a »należy głębiej patrzeć w istotę rzeczy i nie zapominać, że istnieją stany psychiczne, ujawniające potrzebę oszukiwania, lub udawania, — a cechy te należy uważać za część składową stanu niewątpliwie patologicznego«.

W samej rzeczy, chorzy żołnierze, obarczeni histerją lub zadumą, skutkiem pewnych zaburzeń psychicznych, lub chorobliwie zmienionego odczuwania, podają nam nieraz objawy chorobowe niezgodne z prawdą, aczkolwiek wiemy, że chorzy do tej samej kategorji należący udają nieraz zupełnie świadomie.

O tak zwanej »nerwicy kontuzyjnej«, będącej na porządku dziennym podczas działań wojennych, bądź skutkiem wybuchu pocisków, zasypania ziemią, przygniecenia i t. p., winniśmy szczególnie pamiętać, gdy mamy ochotę posądzać żołnierzy o udawanie. Z wyczerpującej bowiem najnowszej pracy Leri'ego o nerwicy urazowej dowiedzieć się możemy, jak liczne bywają zaburzenia fizyczne i psychiczne u żołnierzy skutkiem wstrząsu ośrodków mózgowych, inaczej: skutkiem wstrząsu psychicznego.

[1]) Solon z Aten oraz Brutus młodszy byli posądzani o udawanie. Symulantami byli podobno Odysseusz i Dawid.

Przestudjowanie pracy Leri'ego jest szczególnie pożyteczne dla tych wojskowych lekarzy, którzy lubują się w wykrywaniu symulacji.

Ogólnie biorąc, w udawaniu żołnierzy wpływ sugestji i auto-sugestji jest olbrzymi. Dlaczego tak jest?

Wielka armja, jeżeli zasługuje na to miano, musi do pewnego stopnia niwelować wolę i jaźń jednostek, zbierać je w jedną całość i poddawać woli i jaźni nielicznych zwierzchników. U jednostek wyżej stojących duchowo dzieje się tak, że skutkiem idei i rozumnego patrjotyzmu świadomie oddają one znaczną część swej woli i jaźni na rzecz dowództwa. U ludzi zaś niższego gatunku — nieświadomie, skutkiem dyscypliny i tresury wojskowej, do tego stopnia, że zatracają nieraz całkiem swoją jaźń duchową i swą wolę; a wtedy, jak na białej karcie, na duszy i na czynach ich wszelka sugestja i auto-sugestja rysuje obrazy dowolne.

Mając na względzie, że za symulację uznać można tylko udawanie świadome, na zasadzie tego, co wyżej powiedziałem, winniśmy uznać zasadę, że wpierw należy pomyśleć, jak symulanta leczyć, a potem dopiero, czy i jak go karać.

W zwalczaniu zaś symulacji nicią przewodnią winno być przeświadczenie, że w zdrowem fizycznie i moralnie społeczeństwie, w zdrowej armji i w zdrowej rodzinie niema miejsca dla symulantów. Wiemy również, że żołnierze, a zwłaszcza na niskim poziomie duchowym stojący, najdotkliwiej odczuwają oderwanie ich od ich miejsc rodzinnych i od ich rodzin. Tęsknota za ich pierwobytem, t. zw. nostalgja, pochłania zwykle całą istotę młodego żołnierza, a stąd źródło udawania choroby, aby się zupełnie z wojska zwolnić, lub uzyskać czasową możność wyjechania do stron rodzinnych. Po tych uwagach łatwo wywnioskujemy, jakiemi środkami skutecznie zwalczać symulację: 1) Starać się jak najprędzej zorganizować społeczeństwo w duchu mocnej zdrowej państwowej jednolitości. 2) Szerzyć i umacniać w społeczeństwie pojęcie o zaszczytnem znaczeniu armji, której początek tkwi w każdej prywatnej rodzinie; a także poczucie obowiązku każdego Polaka, część swego życia poświęcić całkowicie sprawie dobra ogólnego, w armji mającego swój wyraz. 3) Tak tworzyć armję narodową, aby była ona jedną wielką rodziną, a zwłaszcza dbać o to, aby to życie rodzinne wojskowe miało jak największe zastosowanie w poszczególnych oddziałach. 4) Praca oświatowa i kulturalna, rozrywki godziwe muszą mieć rozległe zastosowanie w życiu polskiego żołnierza. 5) Dotkliwych braków w życiu codziennem żołnierza starannie unikać należy. 6) Nie skąpić żołnierzom urlopów dla odwiedzenia ich rodzin, a nawet przeciwnie, organizować systematyczne i kolejne urlopowanie żołnierzy.

Po tych ogólnych uwagach o udawaniu w wojsku dodam parę słów o klinicznych przejawach symulacji, jakie spotykałem dotychczas na oddziałach żołnierskich dla chorób wewnętrznych.

Udawanie miało na celu bądź zupełne zwolnienie się od wojska, bądź tylko uzyskanie zwolnienia od służby frontowej, bądź uzyskanie dłuższego urlopu, bądź w końcu chociażby odesłanie badanego przez lekarza oddziału do szpitala na krótki wypoczynek po trudach wojennych. Obowiązujące w Armji Polskiej przepisy były zwykle najważniejszą podstawą wyszukiwanych i następnie udawanych objawów chorobowych. Bywa i tak, że badany, wiedząc z poprzedniego badania lekarskiego o posiadanem przez siebie w chwili badania jakimś objawie chorobowym, egzageruje go i twierdzi, że stale go posiada.

A. Objawy ze strony serca są najczęstsze, przy pomocy których symulanci szukają bądź zwolnienia od wojska, bądź ulg rozmaitych. Bóle w okolicy sercowej (bóle w piersiach), kołatauie serca, nieprawidłowe jego bicie, duszność,

łatwe męczenie się podczas marszu — oto, z czem zwykle najczęściej mamy do czynienia.

Pamiętać więc winniśmy, że w samej rzeczy niektóre objawy tak zwane »sercowe« mogą być sztucznie udawane, lub wywoływane:

a) tak zwany częstoskurcz serca (*tachycardia*). Wiemy wszyscy, że forsowne i częste ruchy oddechowe zwykle przyśpieszają czynność serca; jeżeli więc je wykonywać przed samem badaniem lekarskiem, to łatwo jest lekarza w błąd wprowadzić.

Według prof. Cybulskiego niektórzy posiadają zdolność dowolnego przyśpieszania ruchów sercowych (o 50 i więcej uderzeń na minutę), poruszając dowolnie ręką lub nogą, a więc, prawdopodobnie, wskutek wywoływania wyobrażenia tego przyśpieszenia; inni budzą w sobie wyobrażenie pewnych affektów, jak gniew lub radość. Znamienne jest, że osoby, dowolnie przyśpieszające ruchy swego serca, posiadają również zdolność wywoływania ruchów w takich mięśniach, które zwykle od woli nie zależą, jak mięśnie: czołowy, potylicowy i inne.

Jeżeli nadto uprzytomnimy sobie, że alkohol, nikotyna, kofeina (czarna kawa), atropina (skutkiem porażenia gałązek sercowych nerwu błędnego), azotyn-amylowy, muskaryna, podawana zbyt długo i nadmiernie, i wiele innych środków w dawkach odpowiednich zdolne są przyśpieszać ruchy serca, to zrozumiemy łatwo, dlaczego stwierdzony wśród poborowych i żołnierzy przejściowy lub nawet stały częstoskurcz serca winniśmy brać pod uwagę z największem zastrzeżeniem. W samej rzeczy, u badanych symulantów wykrywaliśmy nieraz w kieszeniach ubrania bądź całe garście ziarnek najlepszej kawy, bądź liście tytoniu, bądź resztki jednych i drugich na dziąsłach, języku i t. d.

b) Podług prof. Kowalewskiego zwolnienie ruchów sercowych również może być przez niektóre osoby dowolnie wywoływane. Nadto tętno rzadkie, często nierówne i nieregularne, może być skutkiem silnego zatrucia nikotyną, muskaryną, skutkiem nadmiernego podawania nawet leczniczych dawek naparstnicy (w następstwie znacznego podrażnienia ośrodka nerwu błędnego) i niektórych innych przetworów chemicznych.

c) Godnem jest jednak największego zastanowienia w praktyce wojskowo-lekarskiej tętno t. zw. niemiarowe (*pulsus arhythmicus*), znaczna bowiem ilość lekarzy uważa, że tak powiem, szablonowo stwierdzoną niemiarowość tętna, jako niezbity dowód zachorzenia bądź mięśnia sercowego, bądź przyrządów nerwowych serca, bądź jego naczyń krwionośnych, w samej zaś rzeczy sprawa ta przedstawia się nieco inaczej. Przedewszystkiem należy wnosić, że, skoro niektórzy mogą dowolnie zwiększać lub też zmniejszać ilość skurczów sercowych, to również mogą posiadać zdolność wywoływania sztucznej niemiarowości tętna. Wiemy następnie, że niektórzy doznają zaburzeń miarowości tętna po kilku filiżankach czarnej kawy, lub po paru papierosach. Ten sam skutek osiągnąć można zapomocą silnego zatrucia naparstnicą, muskaryną, alkoholem i t. d. Znamy również niemiarowość tętna t. zw. oddechową (*pulsus irregularis respiratorius*), to jest taką, kiedy przy głębokim wdechu tętno staje się nieco częstszem, przy wydechu zaś rzadszem. Ta odmiana niemiarowości u ludzi pobudliwych i nerwowych występuje nieraz wybitnie. Nawet tętno t. zw. paradoksalne, to jest takie, kiedy przy głębokim wdechu poszczególne fale krzywej tętnopisowej stają się mniejszemi, wzniesienia elastyczne mniej wyraźnemi, wzniesienia od fali zwrotnej zwiększają się, przy forsownem zaś wydechu występuje obraz odwrotny, może mieć miejsce u osób zdrowych po znacznych wysiłkach fizycznych (*pulsus pseudoparadoxus*).

d) Zdawać się może, że powiększenie wymiarów serca powinno być niezbitym dowodem jakiegoś zachorzenia lub zaburzenia stałego czynności krążenia krwi wogóle, lub jednego z jego poddziałów w szczególności (serce, naczynia, tętnice większe, tętnice mniejsze, układ żylny, naczynia włoskowate); zwłaszcza, gdy zostało ono stwierdzone ściśle roentgenograficznie, po wykluczeniu zachorzeń worka sercowego i jego najbliższych okolic. Pamiętać jednak winniśmy o fakcie niejednokrotnie klinicznie stwierdzonym, że u chorych nerwowo, lub psychicznie, podczas stanu psychicznego podniecenia udaje się stwierdzić nieraz rozszerzenie stłumienia sercowego na lewo ku sutkowi i nieco pozanim, a nadto samo uderzenie koniuszkowe staje się silniejszem i szerszem; to samo zdarzyć się może po nadmiernych ruchach cielesnych lub skutkiem nadmiernej pracy serca. Powiększenie obu połów serca spotykamy nadto nieraz u piwoszów, przy nadużyciach tytoniu i kawy, obok stałe podniesionego ciśnienia wewnątrztętniczego. Powiększenie obu połów serca wykrywamy także czasami u niedokrwistych, a zwłaszcza u dotkniętych błednicą, bez głębszych zaburzeń na całym obszarze układu krążenia. Powiększenie to wymiarów serca, może być skutkiem zwiotczenia mięśnia sercowego, spowodowanego złem odżywianiem i przygnębiającemi warunkami moralnemi.

e) O tem, że szmery wewnątrzsercowe niezawsze stanowią o zachorzeniach ustrojowych serca, dowodzi obecność szmerów t. zw. czynnościowych i wrzekomych. Ważne jest twierdzenie Henschena, Friedreicha i innych, że szmery wrzekome mogą powstawać skutkiem zaburzeń unerwienia serca, w następstwie czego napięcie i czynność mięśni brodawkowych, mięśni pierścieniowych, okalających ujścia sercowe i klap sercowych nie odbywa się prawidłowo. Z powyższego wynika, że szmery sercowe czynnościowe i wrzekome, jako czysto czynnościowe, lub na tle zaburzeń unerwienia serca powstałe, mogą być łatwo wywoływane sztucznie zapomocą umyślnego przeforsowywania serca, skutkiem zadziałania niektórych leków t. zw. sercowych, jak nikotyna, kofeina, alkohol i inne. Lekarz wojskowy wiedzieć o tem powinien, aczkolwiek ściśle kliniczne powstawanie szmerów drogą zadziałania jadów sercowych dotąd nie zostało stwierdzone.

f) O duszności, bądź przedmiotowej, bądź podmiotowej, nie będziemy wiele mówili, duszność bowiem udawać względnie łatwo, obecność jednak sinicy powłok zewnętrznych i błon śluzowych usuwa wszelkie podejrzenie symulacji.

W praktyce wojskowo-lekarskiej, aby się ustrzec niesłusznego posądzania żołnierzy o udawanie, musimy mieć szczególnie w pamięci dwa stany chorobowe, a mianowicie: ostre i przewlekłe ścienne zapalenie wsierdzia (*endocarditis parietalis*) nie zastawkowe, i nadmierne przemęczenie i wyczerpanie mięśnia sercowego (*defatigatio*).

Powstawanie zapalenia wsierdzia łatwo sobie wytłumaczymy tem, że prawie stale u żołnierzy przemęczone serce łatwo ulega zakażeniu przy najlżejszych nawet stanach zakaźnych, jak grypa, woreczkowate zapalenie migdałków i wiele innych. Wogóle rzec można z wszelką pewnością, że w życiu każdego człowieka zapalenie wsierdzia częściej miewa miejsce, niż to rozpoznać możemy zapomocą naszych sposobów rozpoznawczych klinicznych. To też, gdy w klinice wojskowej mamy do czynienia z przewlekającym się stanem podgorączkowym, to, obok gruźlicy t. zw. »utajonej,« winniśmy zawsze mieć na widoku zapalenie wsierdzia. Często się zdarza, że to ostatnie długi czas się przejawia obok łatwego męczenia się bądź tylko zwiększoną ilością uderzeń sercowych, bądź przeciwnie — zmniejszoną. W dalszym przebiegu choroby zwykle nabieramy pewności rozpoznawczej na zasadzie ścisłej obserwacji, dokładnego badania ciepłoty ciała, tętna zapomocą tętnopisu, określania ciśnienia krwi i t. d.

Znacznie trudniejsze zadanie do rozwiązania miewamy, gdy przypuszczamy przemęczenie serca, tak często powstające skutkiem nadmiernych trudów wojennych. Rozpoznawanie rzeczywistej niedomogi sercowej jest ważne dla lekarza wojskowego, aby uchronić się od zgoła niesłusznego posądzania żołnierzy o symulację.

Pamiętać jednak winniśmy, że podawane do wewnątrz veratryna i *tartarus stibiatus* sprawić mogą objawy niedomogi sercowej. Skutkiem przemęczenia serca mogą być nader liczne objawy t. zw. sercowe, a więc: powiększenie wymiarów serca, szmery sercowe, tętno zbyt częste i zbyt rzadkie, tętno niemiarowe i t. d. W rozpoznawaniu posługiwać się należy wszystkiemi nam znanemi sposobami badania narządu krążenia krwi, a zwłaszcza badaniem tętna tętniczego

ludność nasza coraz chętniej udawała się do lekarzy o poradę, z drugiej strony miała coraz łatwiejszą sposobność leczenia się. I tak było w Galicji:

Z końcem 1873 lekarzy 751 tj. jeden na 7500 mieszk.
„ 1912 „ 1593 „ „ 5125 „

W latach dziewięćdziesiątych minionego stulecia wprowadzono w życie instytucję lekarzy okręgowych, przez co rozrzucono znaczną ilość lekarzy po kraju, przeważnie w okolicach, gdzie poprzednio lekarzy nie było. W r. 1873 było w kraju 24 szpitali powszechnych, w czterdzieści lat później 41. Wymienić należy także instytucję kas chorych, wprowadzoną na zasadzie ustawy państwowej z r. 1888. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że z biegiem lat chorzy mieli coraz więcej ułatwioną pomoc lekarską i że z niej coraz częściej korzystali. Łatwy stąd wniosek, że coraz większa ilość raków za życia została rozpoznaną przez lekarzy, a następnie przez oglądaczy zwłok notowaną. Być może, że także ulepszone z biegiem lat metody badania przyczyniły się do wykrycia (rozpoznania) większej ilości raków. Wypada, zdaniem mojem, przyjąć, że z powyższej przyczyny zachodzi pozorne zwiększenie się raka, a więc, że przy niezwiększonej nawet w rzeczywistości liczbie zmarłych z raka mamy podnoszenie się krzywej z powodu, że większa ilość takich zmarłych była zapisaną i przeszła do statystyki.

Istnieje dalej możliwość, że wskutek postępów pod względem kulturalnym, w szczególności higjenicznym, z biegiem lat coraz więcej osób dochodziło do wieku późniejszego, szczególniej podatnego dla raka, i że stąd wynika większa ilość raków kosztem innych chorób, względnie przyczyn śmierci. Istotnie tak jest. W pierwszym zeszycie ósmego tomu wydawnictwa centralnej Komisji statystycznej we Wiedniu pt. „*Oesterreichische Statistik, Neue Folge*“ z r. 1913, podniesiono, że od roku 1895 w krajach monarchji austrjackiej zmienił się stosunek przyczyn śmierci w ten sposób, że zmniejszyły się liczby zmarłych z chorób dziecięcych i wieku dojrzałego, natomiast wzrosły liczby zmarłych z chorób wieku późniejszego, jakoto z udaru mózgowego, chorób serca i raka. Idzie to w parze z objawem, że tak absolutnie, jak i stosunkowo, zmniejszyła się liczba zmarłych w młodości, powiększyła się zaś liczba zmarłych w wieku późniejszym; dotyczy to w szczególności także Galicji. Jeżeli przeciwstawimy grupę zmarłych w kraju w wieku powyżej 50 lat ogólnej liczbie zmarłych, to przekonamy się, że na 100 ogółem zmarłych było w wieku powyżej lat 50 w r. 1889 20,7, zaś w r. 1912 29,6, a wzrost ten jest z małemi wahaniami ciągły. Jeżeli obliczymy liczbę zmarłych w wieku powyżej lat 50 w stosunku do ludności kraju, to się pokaże, że na 100.000 mieszkańców zmierało osób tej kategorji w dziesięcioleciu 1893—1902 rocznie przeciętnie 649, zaś w dziesięcioleciu następnem 1903 - 1912 rocznie przeciętnie 655. Więc istotnie ilość osób zmierających w Galicji w wieku powyżej lat 50 uległa w ostatnich latach powiększeniu, a stąd rak, choroba właściwa wiekowi późniejszemu, częściej pojawiała się jako przyczyna śmierci. Według tego przypuszczenia nawet bez istotnego wzmożenia się choroby mielibyśmy więcej zmarłych z raka z powodu, że wśród żyjących było więcej osób, które dożyły wieku późniejszego.

Jakkolwiek z pewnością jakaś część zwiększonej liczby zmarłych z raka przypada na powyższe dwie przyczyny, to przecież zostaje jeszcze otwartą sprawa, dla nas najważniejsza, czy rak nie stał się względnie częstszym w poszczególnych klasach wieku, czy może na raka z biegiem lat nie zapadały coraz młodsze osoby. W takim dopiero razie mielibyśmy prawo mówić o istotnem wzmożeniu się raka. Dla rozstrzygnięcia tej sprawy w dotychczasowej statystyce brak danych. W każdym razie dużo daje do myślenia fakt, że śmiertelność z raka w ostatnich latach wzrosła powszechnie w podobnym, a nawet większym stopniu, niż u nas, tak w krajach monarchji austrjackiej, jak i w innych pod względem kultury wysoko stojących krajach Europy, w których ani dokładniejsze rejestrowanie raka, ani lepsze rozpoznawanie tej choroby, a może także zwiększenie się liczby osób żyjących w wieku powyżej lat 50, nie wchodzi w rachubę w tak znacznym stopniu, jak u nas.

Przechodząc do szczegółów, chcę przedewszystkiem zwrócić uwagę na rozmieszczenie raka w różnych okolicach kraju. W tym celu zestawiłem śmiertelność stosunkową z raka na 100.000 mieszkańców według powiatów w dwóch dziesięcioleciach. Największa śmiertelność była:

	w latach 1885—1894:		
miasto	Kraków	—	156 z.[2])
„	Lwów	—	91 w.
powiat	Jasło	—	34 z.
„	Brzozów	—	33 p.
„	Tarnów	—	31 z.
„	Stanisławów	—	30 w.
„	Biała	—	27 z.
„	Brody	—	25 w.
„	Sambor	—	25 w.
„	Sanok	—	25 p.
	w latach 1895—1904:		
miasto	Kraków	—	198 z.
„	Lwów	—	114 w.
powiat	Pilzno	—	39 z.
„	Biała	—	36 z.
„	Chrzanów	—	35 z.
„	Brzozów	—	33 p.
„	Drohobycz	—	33 w.
„	Tarnów	—	33 z.
„	Brody	—	31 w.
„	Jasło	—	31 z.

Wysoka liczba obu stolic kraju tłómaczy się w pewnej części znaczniejszą liczbą obcych zmarłych w szpitalach i na klinikach, zresztą może także znaczniejszą ilością mieszkańców, zaliczających się do t. zw. inteligencji. Nawiasowo nadmieniam, że statystyka śmiertelności z nowotworów złośliwych w obu stolicach kraju stanowi wdzięczny, a dotychczas niewyzyskany, temat do oddzielnego opracowania. Tak w śmiertelności, którą wykazuje Kraków w stosunku do Lwowa, jak i w śmiertelności powiatów, okazuje się przewaga zachodniej części kraju, zamieszkałej przeważnie przez ludność polską; wysoką śmiertelność wykazują także powiaty Galicji wschodniej, w których obrębie znajdują się większe miasta, zamieszkałe w znacznej mierze przez Żydów, jak Brody, Drohobycz, Stanisławów. Można sądzić, że wchodzą tu w grę różnice rasowe, kwestja do której jeszcze wrócę.

Kraj nasz w stosunku do innych krajów monarchji austrjackiej wykazuje małą śmiertelność z raka. I tak liczba zmarłych (na 100.000 mieszkańców) w r. 1910 przedstawia się następująco:

Salcburg	145	Śląsk	63
Austrja górna	134	Pobrzeże	59
Austrja dolna	118	Kraina	46
Tyrol i Vorarlberg	114	Bukowina	45
Czechy	102	Galicja	33·5
Styrja	96	Dalmacja	28
Morawy	92	Monarchja austr.	78
Karyntja	81		

Podobne liczby, aczkolwiek nieco niższe, podaje Prinzing z lat 1896 do 1900.

Również wielka różnica na korzyść Galicji zachodzi w stosunku do niektórych innych państw europejskich. Wedle *Statistique de la France* liczba powyższa w tymsamym roku (1910) była: w Szwajcarji 123, Holandji 106, Anglji 97, Niemczech 88, Francji 79, Włoszech 65, Belgji 63, Hiszpanji 60. Interesująca jest statystyka śmiertelności z raka w Państwie niemieckiem z lat 1905—1907, którą podaje Prinzing. Na 100.000 żyjących zmarło: w Westfalji 49·4, w Poznańskiem 51·2, na Śląsku 53·6, w Prusiech zachodnich 56·0, w Prusiech wschodnich 56·3. Wszystkie inne rejencje wykazują wyższe liczby, aż do 130·5 (Szwabja w Bawarji), 124·3 (Konstancja w Badenii), 119·3 (Oberbayern). Liczba dla całego państwa niemieckiego wynosi 74·2. Prinzing twierdzi, że niskie liczby polegają prawdopodobnie na małej ilości lekarzy w odnośnych krajach i na niedostatecznem sprawdzaniu przyczyn śmierci. Na twierdzenie to nie można się zgodzić bez zastrzeżeń. Natomiast uderzające jest, że okolice, zamieszkałe w znacznej mierze przez ludność słowiańską, bez wyjątku wykazały niskie liczby śmiertelności.

[2]) z. oznacza Galicję zachodnią, w. wschodnią, p. powiaty leżące na pograniczu Galicji zachodniej i wschodniej.

i żylnego zapomocą tętnopisu, badaniem ciśnienia krwi, a także badaniem czynności serca, poddając badanego próbom z ostrożnie dozowaną pracą mięśniową.

W tym celu ciężko chorym zalecamy kilkakrotne podnoszenie się na łóżku, lżejszym zaś nieco szybsze chodzenie lub bieganie. W ten sposób ustalamy naocznie, czy i kiedy powstaje duszność, złe samopoczucie, łatwe pocenie się, zmiana rysów twarzy, zmiany w cechach tętna, zmiany w tonach sercowych, warunki powstawania szmerów i t. p. Nieraz w rozpoznawaniu niedomogi mięśnia sercowego posługiwałem się z wielką korzyścią poszukiwaniem odruchu A b r a m s a. Odruch ów polega na tem, że u ludzi zdrowych, po kilkakrotnych uderzeniach palcami kiści w okolicę sercową, serce się kurczy, górna jego granica widocznie przesuwa się ku dołowi (o jedną czwartą rozległości stłumienia sercowego) a lewa, ku wewnątrz. Brak powyższego odruchu świadczy o niedomodze sercowej czynnościowej, a także na tle zmian ustrojowych w sercu powstałej.

Najlepszą jednak metodą i najbardziej rzeczową ku rozpoznawaniu niedomogi sercowej jest elektro-cardjografja (*Heryng)*, nie mogłem jednak nią się posługiwać z powodu braku odpowiednich przyrządów. Obserwacja dłuższa zwykle rozstrzyga, czy mamy do czynienia z rzeczywistą niedomogą sercową, na tle trudów wojennych powstałą, czy też z udawaną. Gdy bowiem, w miarę dłuższego wypoczynku, objawy sercowe łagodnieją, a badany coraz lepiej się czuje, wierzymy zwykle chętnie jego poprzednim skargom; gdy zaś skargi badanego i objawy chorobowe nie ustają, myśl lekarza coraz bardziej skierowuje się ku symulacji.

B. Systematyczne przez dłuższy czas s z t u c z n e w y w o ł y w a n i e w y m i o t ó w zdarza się nierzadko, a zwłaszcza u żołnierzy rasy semickiej, którzy nieraz doprowadzają siebie do ogromnego wyniszczenia. Gdy po dokładnem i wszechstronnem zbadaniu wykluczymy wszystkie, że tak powiem, materjalne przyczyny wymiotów, których jest niesłychana mnogość i których wyliczać tu nie będziemy, musimy myśleć o wymiotach sztucznie wywoływanych, oraz o tak zwanych wymiotach nerwowych. Sztucznie wywoływane wymioty mogą mieć miejsce przedewszystkiem na drodze odruchu psychicznego, t. j. zapomocą wywoływania wyobrażenia niektórych przykrych co do smaku, lub zapachu środków. Następnie wiemy przecie wszyscy, że wymioty można wywoływać, drażniąc gardziel palcem, wreszcie zapomocą licznych przyjmowanych do wewnątrz środków wymiotnych (korzeń wymiotnicy, siarczan miedzi, winnik wymiotny) — te ostatnie niestety nie tak łatwo wykryć we wymiocinach. Co się zaś tyczy wymiotów »nerwowych«, to musimy tu uwzględniać przedewszystkiem wstrząs mózgu, migrenę, neurastenię, a zwłaszcza histerję, nerwicę urazową, t. zw. »*crises gastriques*« w przebiegu wiądu rdzenia, wymioty w okresie wstępnym rozsianego zapalenia nerwów i inne.

Gdy uprzytomnimy sobie, z jaką łatwością niektórzy wymiotują przy najlżejszych, nawet niedających się wykazać zaburzeniach żołądkowych, a następnie tę okoliczność, że wymioty nieraz znacznie wyprzedzają pojawienie się pierwszych oznak poważnych cierpień ośrodkowego układu nerwowego (kiła, guzy mózgowe), w końcu tak liczne i wielostronne przyczyny wymiotów, stanie się wtedy jasnem, dlaczego sztuczne wywoływanie wymiotów należy rozpoznawać z największą ostrożnością. Aby zwalczyć niesłychany nieraz upór symulantów w wywoływaniu wymiotów, celowem bywa stosować codziennie badanemu przepłukiwanie żołądka większą ilością płynu — aż mu się udawanie sprzykrzy. Również praktycznem bywa, dać symulantowi kilkotygodniowy urlop do rodziny. Tam bowiem szkoda mu bywa wyrzucać zjadanych smakołyków i samo przez się udawanie ustaje.

C. S z t u c z n e w y w o ł y w a n i e k r w o t o k ó w p ł u c n y c h.

W tym celu symulanci dodają do plwociny karminu, proszku rad. irid. florentinae, nacinają sobie dziąsła, ranią (zdrapują) w nosie, pod językiem, w gardzieli, wysysają zawartość zranionej jamy ustnej i gardzielowej i t. d.

Gdy mamy do czynienia z krwotokami płucnemi, przedewszystkiem, naturalnie, winniśmy mieć na względzie rozpoczynającą się gruźlicę płucną. Wiemy, jak trudno nieraz bywa rozpoznać tę ostatnią w początkujących jej okresach. Pomimo to jednak, gdy najszczegółowsze zbadanie płuc, plwociny oraz stanu ogólnego nie daje nam punktów oparcia dla gruźlicy, winniśmy w praktyce wojskowo-lekarskiej w każdym przypadku krwioplucia myśleć o sztucznem wywoływaniu tego ostatniego, a więc starannie i wielokrotnie badać nos, jamę ustną i gardzielową oraz skrzętnie plwocinę na zawartość krwi.

Praktycznie jest bardzo w każdym przypadku krwioplucia zapomocą wziernika oglądać krtań i struny głosowe; w razie bowiem istotnego krwioplucia płucnego resztki krwi mogą być widzialne na strunach głosowych lub poniżej.

D. S z t u c z n ą m o c z ó w k ę c u k r o w ą wytworzyć względnie łatwo, a mianowicie cukromocz powstać może skutkiem nadmiernego spożycia cukru (*glycosuria alimentaria)*, skutkiem podania do wewnątrz florydzyny, adrenaliny, a nawet, podług N o t h n a g l a i R o s s b a c h a, azotynu amylowego. Symulanci wprowadzają nawet czasami kawałeczki cukru gronowego do cewki, lub zapomocą zgłębnika do pęcherza moczowego. Kilkakrotne w rozmaitych porach dnia badania moczu, a zwłaszcza po przemyciu pęcherza obojętnym rozczynem i przy ścisłej obserwacji badanego, zwykle łatwo kwestję rostrzygają. Również celowem bywa zbadanie moczu, wziętego bezpośrednio z moczowodów.

E. Ż ó ł t a c z k a s z t u c z n a powstać może bądź skutkiem podawania do wewnątrz kwasu pikrynowego, bądź weratryny (0·001—0·01 g): obok żółtaczki ma miejsce zwykle przytem i powiększenie wątroby. Wykryć kwas pikrynowy w moczu można, jak następuje: 1) rozczyn cukru z dodatkiem ługu potasowego lub ługu sodowego w obecności kwasu pikrynowego przy nagrzewaniu daje zabarwienie ciemno-czerwone; 2) rozczyn $^1/_{5000}$ siarczanu miedzi w amonjaku, przy obecności kwasu pikrynowego daje zabarwienie zielone. Ważnem jest nadto, że kwas pikrynowy nie barwi moczu na kolor ciemno-żółty lub brunatny, jak to bywa w żółtaczce, a przeciwnie mocz pozostaje barwy zwykłej.

F. S z t u c z n e n i e ż y t y o s k r z e l i — symulanci wdechają amoniak, chlor, kwas siarczany, mieszaninę kwasu siarczanego z chlorkiem wapnia i t. p. Poznać to można nieraz, oglądając jamę nosową, gardzielową, oraz wąchając wydechane powietrze, lub robiąc szczegółową rewizję około łóżka badanego.

G. B l a d o ś ć t w a r z y symulanci wytwarzają przyjmując do wewnątrz kredę, ocet, lub wkładając do odbytu czosnek (powstaje bladość twarzy, szum w uszach, ciśnienie w dołku, chęć do wymiotów).

H. Rozpoznawanie tak często u d a w a n e j p a d a c z k i s a m o i s t n e j należy do działu neuropatologji.

K. O u d a w a n e m g ł u p t a c t w i e zaznaczę tylko pobieżnie, że prawie zawsze głuptactwo udają istotnie mniej lub więcej głupkowaci, przez swoje niemądre otoczenie domowe do udawania namówieni.

L. S z t u c z n e w y w o ł y w a n i e p o d n i e s i o n e j c i e p ł o t y c i a ł a dla udawania stanu gorączkowego jest względnie częste. W tym celu pociera się ciepłomierz nieznacznemi ruchami pachy, naciera się pachę jodyną, roztartemi ziarnkami gorczycy, pieprzu i t. p.

Wreszcie pod kołdrą nagrzewa się ciepłomierz zapaloną zapałką. Ścisłe spostrzeganie chorych odnośnych oraz oglądanie okolic pachowych nieraz bywa nader pożytecznem w wykrywaniu podobnych szacherek.

Naturalnie powyższemi uwagami wcale nie wyczerpałem kazuistyki udawania, przytoczyłem tylko te najważniejsze sposoby symulacji, z któremi się już sam zaznajomiłem w praktyce wojskowo-lekarskiej.

Na zakończenie jednak dodać muszę, że w naszem wojsku złośliwych i upartych symulantów jest względnie bardzo mało, z wyjątkiem żydów, z których prawie każdy udaje, jeżeli nie jest naprawdę chory. W przybliżeniu ilość symulantów wśród chrześcjan obliczyć mogę najwyżej na 5%.

Względnie często symulują Niemcy na terenach Rzeczpospolitej zamieszkali, i przyznać należy, że symulacja tych ostatnich, płynąca nieraz z głębokich pobudek niemieckiego patrjotyzmu, jest bardzo stanowcza i uparta.

Ujawnieni bowiem symulanci nieraz oświadczali, że oni nie mogą służyć w wojsku Polskiem, które wkrótce np. na Górnym Śląsku może walczyć z Niemcami.

Michał Poray Gedroyć, st. asystent Akad. Wet. Lwów.

Pierwotniaki, jako czynnik uodporniający przeciwko chorobom zakaźnym.

Tymczasowe doniesienie.

(Z Zakładu Zoologji Akad. Weter. we Lwowie — Dyrektor Prof. Dr Ludwik Jaxa Bykowski).

Wychodząc z założenia, że niektóre wolno żyjące organizmy pierwotniacze są »bakterjofagami« w ścisłem tego słowa znaczeniu, że dalej w warunkach sztucznych ilość i rodzaj bakteryj, użytych do karmienia pierwotniaków możemy wedle woli zmieniać, opierając się wreszcie na tem, że białka, względnie toksyny tych bakteryj nie wywierają (widocznego przynajmniej) wpływu na te organizmy, postanowiłem spróbować, czy ciała obronne, wytwarzane przez organizmy pierwotniacze (a istnienie ich musimy u nich *a priori* przypuścić) przeciwko toksynom bakteryjnym, nie będą miały pewnego znaczenia i dla bakterjoterapji. Jako materjał do doświadczeń posłużył mi na razie gatunek wolnożyjącego pierwotniaka Paramecium aurelia z jednej strony, z drugiej zaś virus fix wścieklizny; doświadczenia te przeprowadzałem na królikach.

Doświadczenia przeprowadzone dotychczas przezemnie na trzydziestukilku królikach wykazały, że już jednorazowe wstrzyknięcie podoponowe odpowiednio przygotowanej hodowli P. aur.+virus fix (P. aur albo karmione przez pewien czas zawiesiną virus fix, lub zawiesina P. aur+zawiesina virus fix, filtrat 1—100, przez stosownie długi czas trzymane w cieplarce w stałej ciepłocie), wystarcza już, ażeby nastąpiło uodpornienie tak, że następne wstrzyknięcie, składające się z P. aur. (świeżych) + virus fix czysty, które wywołuje zawsze wściekliznę u królika, który nie otrzymał pierwszego wstrzyknięcia, w przypadku z królikiem uodpornionym pierwszem wstrzyknięciem daje wynik zawsze ujemny. Dalej prowadzone badania wykażą, jak mam nadzieję, czas trwania i siłę uodpornienia, względnie praktyczne znaczenie tych zabiegów doświadczalnych.

Drugim, nie mniej ciekawym faktem jest ten, że, o ile hodowla P. aur.+virus fix znajdowała się np. przez dłuższy czas ($12—24^h$) w ciepłocie 31^0 lub 37^0, rozwijały się w niej w wielkich ilościach bakterje przypadkowe (symbionty? pierwotniacze) przyrody nader jadowitej, gdyż po wstrzyknięciu takiej hodowli pod oponę twardą królik ginął bez wyjątku w przeciągu $8—24^h$. Jeżeli jednakże do tak przygotowanej hodowli dodano bezpośrednio przed wstrzyknięciem zawiesiny ze świeżych P. aur. lub też na pewien czas przed wstrzyknięciem żywych P. aur., toksyny tych bakteryj były zawsze unieszkodliwiane. Szczegółowe badania nad charakterem tych bakteryj, (jak dotychczas zdołałem stwierdzić, są to laseczniki i ziarniaki), jak również nad znaczeniem pierwotniaków dla ich zwalczania i im pokrewnych są w toku.

Doc. Dr. K. Brudzewski. Kraków.

O okularach staroświeckich i nowoczesnych.

(Dokończenie).

Już w roku 1804 angielski lekarz Wollaston zauważył że obrazek soczewki, wtedy jest dobry przy szerokiej przeponie (blendzie) jeżeli soczewka jest wygięta (*meniscus*, nazwa wprowadzona przez Keplera) i stosował takie soczewki najpierw jako objektywy dla ciemni (*camera obscura)*, a później jako szkła okularowe. Lecz wynalazek ten nie zwrócił ogólnej uwagi optyków i poszedł w zapomnienie. Dopiero w ostatnich czasach (przed 20 laty) okazało się, że można zupełnie dokładnie rachunkiem naprzód oznaczyć, jakie soczewka ma mieć krzywizny, aby była bez błędów. Wprawdzie i wtedy rachunek dowiódł, że wszystkie błędy soczewek nie dadzą się dla bardzo skośnie padających promieni (wyżej 35 stopni nachylenia) doszczętnie usunąć. Oko, które wprawdzie może się zwrócić o 45 stopni w bok, zazwyczaj nie odchyla się więcej od położenia środkowego, niż 25 stopni co odpowiada punktowi szkła, oddalonemu od środka około 13 mm (szkło okularowe ma zwykle do 38 mm średnicy); a jeżeli przedmiot leży więcej obwodowo, to już występuje ruch głowy w jego kierunku, i oko znowu spogląda przez środek okularów. Więc też usunięcie błędów dla przestrzeni soczewki, nie więcej oddalonej od środka, niż 15 mm, jest zupełnie wystarczające, aby szkło uważać można za bardzo dobre. To zadanie, jaki kształt powinny mieć dobre szkła okularowe, rozwiązał Tscherning, okulista i dyrektor pracowni oftalmologicznej w Sorbonie w roku 1899., wprowadzając, jako podstawę dla konstrukcji soczewek, zasadę punktu obrocia oka. Już wyżej wspomniano, że oko, patrząc, ciągle się rusza, gdyż tylko maleńką część przestrzeni widzi istotnie wyraźnie, to jest tę, której obrazek pada na plamkę żółtą. Gdy jakaś inna część przestrzeni zwróci jego uwagę, to w tej chwili oko na nią swą plamkę żółtą nastawia, bo obwód siatkówki, nawet gdyby padające nań obrazki były jak najdoskonalsze, ma, jak wiadomo, znacznie niższą bystrość wzroku. I gdy oko się w ten sposób porusza, to obraca się stale około nieruchomego idealnego punktu, który nazywa się obrociem oka (*point de rotation*, Ryc. 2. e). Leży on wewnątrz oka, między siatkówką a rogówką, oddalony od źrenicy 10 mm, a od rogówki 13 mm. Źrenica także ciągle zmienia swe położenie; a to przesuwanie się tej przepony, którą jest źrenica, niesłychanie utrudnia obliczenie kształtu szkła. Ale, ponieważ punkt obrocia jest nieruchomy, więc wiązka promieni światła, która wpada przez źrenicę do oka i idzie do plamki żółtej, przechodzi zawsze albo przez obrocie albo bardzo blisko niego. Możemy zatem zamienić przeponę ruchomą (źrenicę) na nieruchomą (idealną), położoną właśnie w obrociu, a nic się przez to w przebiegu promieni idących do plamki żółtej nie zmieni, bo obrazek, który tworzą promienie do plamki biegnące, jest to właśnie ten, który daje soczewka okularowa wraz z przeponą, umieszczoną w obrociu. I jeżeli ten obrazek, utworzony przez promienie padające skośnie na soczewkę będzie dobry, to zadanie co do kształtu dobrych okularów jest rozwiązane. Ponieważ astygmatyzm jest najwybitniejszym błędem szkieł dotychczasowych okularów, a stopień jego zależy przedewszystkiem od skośnego padania światła na soczewkę, więc przy tem, tak dalekiem ustawieniu przepony od soczewki, tj. w obrociu — (szkło stoi oddalone od oka 15 mm, a od obrocia 28 mm) można będzie usunąć astygmatyzm wtedy, gdy soczewki będą tak szlifowane, aby środki ich krzywizn leżały w pobliżu przepony, t. j. obrocia: muszą to zatem być meniski, wklęsłością zwrócone ku oku. Wtedy promienie światła, idące z obwodowych części pola widzenia, padną na menisk w przybliżeniu prostopadle, a tem samem błędy wywołane skośnem padaniem światła, tj. astygmatyzm i dystorsja oraz skrzywienie płaszczyzny obrazka, znikną.

Wychodząc z tego właśnie założenia obliczył Tscherning kształt takich soczewek okularowych. Mając cały szereg danych wiadomych, jak: odległość przedmiotu, z którego ma być utworzony obrazek, siłę osiową czyli numer soczewki, położenie obrazka przez części osiowe soczewki wytworzonego, odległość szkła od źrenicy i od obrocia, współczynnik załamania szkła i i., miał do obliczenia dwie niewiadome, tj. promienie obu krzywizn soczewki. I zaraz, już przy obliczeniach próbnych, pokazało się, że zadanie to da się rozwiązać za pomocą zrównań drugiego stopnia, A ponieważ te zrównania dają zawsze dwa wyniki, więc Tscherning otrzymał istotnie dwa szeregi szkieł, z których jeden przedstawiał meniski słabo wygięte bez astygmatyzmu, ale ze śladami dystorsji (fig. 2, V), a drugi meniski, silniej wygięte, również bez astygmatyzmu, ale i bez dystorsji. (fig. 2. VI.). Tscherning nazwał pierwsze anastygmatami A, a drugie anastygmatami B. Jednakże te szkła anastygmatyczne są realne tylko w granicach od + 7 D do — 21 D, poza temi granicami obliczenia dają wartości urojone. Ponieważ jednakże ze względu na afakję pooperacyjną potrzeba szkieł silniejszych, niż + 7 D, więc Tscherning obliczył jeszcze w podobny sposób szereg szkieł od + 7 do + 14 D, które, choć nie są bez astygma-

tyzmu, mają błąd tak nieznaczny, że zawsze jeszcze w porównaniu z innemi szkłami są znakomite. Rycina 2 przedstawia przekroje tych szkieł. Nr. V jest to anastygmat A, Nr. VI anastygmat B. Oba o sile osiowej 6 dioptrij. Nr. VII przedstawia szkło Tscherninga ortoskopijne, które nie ma żadnych błędów; ponieważ jednak działanie szkła Nr. VI bardzo się zbliża do Nr. VII, więc Tscherning nazwał już anastygmat B (Nr. VI) ortoskopem. I te szkła tak muszą być przed okiem ustawione (nie dalej jak 15 mm od rogówki), jak to rycina 2 przedstawia, tj. wklęsłością ku oku.

Na międzynarodowym zjeździe okulistów w Utrechcie w r. 1899, na którym przedstawił i objaśnił Tscherning swe zasady konstrukcji szkieł i wyniki obliczeń, był obecny i Gullstrand, sławny okulista i optyk, profesor w Upsali, ale, jak to ze sprawozdań posiedzeń zjazdu widzieć można, w tej sprawie wcale głosu nie zabierał. Jednakże w roku 1903 pojawiła się soczewka kombinacyjna, pod nazwą »Verrant«, wykonana w fabryce Zeissa w Jenie z polecenia Gullstranda, przeznaczona do oglądania fotografij, które, mimo że są płaskie, dają, oglądane przez »Verrant«, znakomite poczucie przestrzeni. Soczewki były już budowane na zasadach Tscherninga. Zamawiając je, Gullstrand musiał objaśnić Zeissa o zasadzie obrocia i o wynikach Tscherninga. Gdy bowiem wkrótce potem paryska firma Benoit i Berthiot zaczęła wyrabiać z polecenia Tcherninga jego ortoskopy, pojawiły się na rynku kupieckim w Niemczech soczewki Jenajskie, także meniski pod nazwą szkieł »punktalnych«, które Zeiss reklamował, że są robione na zasadach, podanych przez Gullstranda. Jednakże te szkła punktalne są identyczne ze szkłami Tcherninga i to z anastygmatami A. (Ryc. 2, V) są zatem tą gorszą, ale zato mniej wygiętą formą, którą obliczył Tscherning. Różnią się tem, że nie są obliczone na odległość od punktu obrocia 28 mm, ale tylko 25 mm, co daje tę korzyść, że można jeszcze otrzymać realne wartości między $+ 7^{3}/_{4}$ D a — 24 D, a prócz tego, że do obliczenia wprowadzono istotną grubość osiową szkła, czynnik, który ma jednakże znaczenie tylko dla soczewek zbierających światło. (Tscherning obliczenia swe robił dla soczewek idealnych; ale mimo to szkła robione podług tych obliczeń dają znakomite obrazki). Zeiss bowiem, mając wielkie doświadczenie techniczne, zaraz spostrzegł, że wyrób szkieł mniej wygiętych będzie technicznie o wiele łatwiejszy, a przeto nie będą one tak drogie, a pozbawione zupełnie astygmatyzmu są przecież, mimo śladów dystorsji, którą posiadają, doskonałe i przewyższają niesłychanie swą dobrocią szkła dwuwypukłe i dwuwklęsłe. Mając już sławę światową, jako fabrykant znakomitych mikroskopów i soczewek fotograficznych, mając filje rozsypane po całej Europie do dyspozycji, doświadczenie i reklamę kupiecką, której istotnie nie żałował, bardzo szybko potrafił Zeiss rozpowszechnić anastygmaty A, pod nazwą szkieł Jenajskich punktalnych. Szkła ortoskopijne paryskie (Ryc. 2, VI i VII), znacznie droższe i ze względów kosmetycznych niewygodniejsze, nie znalazły tego popytu, na który istotnie zasługują, jako najidealniejsze okulary, jakie dziś istnieją. Zeiss, oprócz tych anastygmatów sferycznych, zaczął wyrabiać, na tej samej zasadzie, szkła kombinowane toryczne, przeznaczone dla poprawy astygmatyzmu oka. Szkła te nie mają własnego szkodliwego astygmatyzmu, a mają tylko tę różnicę refrakcji w różnych południkach, (zatem astygmatyzm), jaka jest wymagana w danym wypadku dla poprawy astygmatyzmu oka; są zatem także w przybliżeniu ortoskopijne, powinnyby więc mieć miano »astygmatyczne anastygmaty«. Ta nazwa byłaby nonsensem, więc Gullstrand zaproponował nazwę szkieł »punktalnych« dla jednych i drugich menisków, gdyż istotnie szkła te odtwarzają z przedmiotu punktalnego obrazek punktalny. Nieraz już się zdarzało w historji wynalazków, że całą sławę i zyski wynalazku zgarniał nie wynalazca, ale fabrykant; to się powtórzyło i tutaj. Ale mimo to wszystkie soczewki anastygmatyczne, powstawszy w Sorbonie, są wynalazkiem francuskim a nie Jenajskim. Jeżeli szkła punktalne nie stoją dokładnie w odległości 12 mm przed rogówką, to zaraz zjawia się astygmatyzm, nieznaczny, ale przecież psujący obrazki; tak samo zjawia się on, gdy te szkła, przeznaczone dla patrzenia w dal, użyć do czytania. To też Tscherning obliczył szeregi szkieł anastygmatów dla odległości 33 ctm, przyczem pokazało się, że anastygmat A, to jest szkło punktalne, musi być nieco mniej wygięte, aby i z tej odległości dawało doskonałe obrazki. Ortoskopy nie są na te zmiany wrażliwe i mogą być użyte do obu celów. Nabywając zatem szkła punktalne należy pamiętać, że powinny być inne do czytania, a inne do patrzenia w dal, jeżeli mają być doskonałe. Soczewki te nadają się szczególnie dla lekarzy, którzy, używając wzierników czołowych albo z innych przyczyn, są zmuszeni nachylać głowę i patrzeć skośnie przez szkła, aby wogóle badane miejsce zobaczyć. W tych razach anastygmaty, dając dobre obrazki swym obwodem, oddają nieocenione usługi. Wszystkie inne, obecnie tak zalecane szkła okularowe, jak neoperphe, rectawist, isokristar itp., są tylko nieznacznemi odmianami anastygmatów Tscherninga, a nazwy ich markami ochronnemi lub reklamowemi poszczególnych fabryk.

* * *

Ponieważ te szkła reformowane są dzisiaj bardzo drogie i dostępne tylko sferom zamożnym, więc zachodzi pytanie, czy nie ma jakich innych okularów, pośrednich pomiędzy dawnemi szkłami dwuwypukłemi i dwuwklęsłemi, a anastygmatami, któreby były znacznie lepsze od szkieł dawnych, zbliżały się dobrocią do anastygmatów i punktalnych, a były znacznie tańsze. I istotnie istnieją takie szkła, u nas dotychczas mało, więcej w Ameryce używane, także meniski i w dwu odmianach: Jedne, mało wygięte, tz. periskopy (Ryc 2 III), drugie więcej wygięte, tz. półmuszlowe (Ryc. 2, IV.). Różnią się co do budowy od anastygmatów tem, że tak periskopy, jak półmuszlowe, mają dla wszystkich numerów, tak zbierających, jak rozpraszających światła, zawsze jedną krzywiznę stałą. Szkła periskopy zbierające (+) mają krzywiznę zwróconą do oka, wklęsłą, o promieniu — 416 mm (1,25 dioptrij), a tylko zbierająca przednia jest zmienna od numeru do numeru; zaś rozpraszające periskopy (—) mają powierzchnię od oka odwróconą, zewnętrzną, zawsze wypukłą i także o promieniu 416 mm, a tylko powierzchnia zwrócona do oka, wklęsła, zmienia się od numeru do numeru, stając się w miarę coraz silniejszych numerów rozpraszających coraz bardziej wklęsłą. Na tej samej zasadzie opierają się szkła półmuszlowe, których stała krzywizna, umieszczona w ten sam sposób, jak u poprzednich, posiada promień 86 mm (6 dioptrij). Szkło Tscherninga i punktalne zmienia stale obie krzywizny od numeru do numeru, przyczem zawsze soczewki zbierające mają silniejszą krzywiznę wypukłą, zewnętrzną, soczewki rozpraszające silniejszą wklęsłą, ku oku zwróconą. Jako przykład: Anastygmat A czyli soczewka punktalna + 7 dioptrij ma przednią powierzchnię o sile + 16,75 D, tylną, t. j. do oka zwróconą — 9,75 D, a soczewka — 15 D punktalna ma przednią powierzchnię wypukłą o sile łamiącej + 0,5 D, tylną wklęsłą o sile — 15,5 D. Anastygmaty B: soczewka + 1 D ma powierzchnię przednią o sile + 18,5 D i tylną —17,5 D, soczewka — 15 D ma przednią powierzchnię o sile + 11, D tylną o sile — 26 D. I niema dotychczas żadnego wzoru, którymby pozwolił w krótkiej drodze z siły soczewki punktalnej oznaczyć kształt jej krzywizn. Dla szkieł periskopów i półmuszlowych to jest bardzo proste. Oko prawidłowe posiada zazwyczaj nieco astygmatyzmu, który, o ile nie przekracza 0,25 dioptrij, nie obniża bystrości i nie potrzebuje być poprawianymi cylindrami. Jeżeli zatem szkło okularowe okaże na obwodzie astygmatyzm mniejszy, niż 0,25 dioptrij, to można je uważać za bardzo dobre. Otóż periskopy rozpraszające (—) od Nr. najniższych do najwyższych (— 1 D do — 20 D) posiadają astygmatyzm, ale właśnie niższy, niż 0,25 D, a meniski półmuszlowe także niższy, niż 0, 25 D od Nr. + 10 D do — 10 D; gdy zatem chodzi o zastosowanie dobrego także, a znacznie tańszego szkła, niż punktalne, można dla dalekowidzów zapisywać szkła półmuszlowe, a dla krótkowidzów periskopy, obydwa o całe niebo lepsze, niż szkła dawne, które właściwie powinny, jako szkła okularowe, zniknąć z handlu raz na zawsze.

Jednakże myliłby się ten, ktoby sądził, że te nowe okulary podniosą jeszcze bystrość wzroku centralną, którą za pomocą szkieł dawnych doprowadzić było można do $^{6}/_{6}$. I z pomocą anastygmatów bystrość wzroku centralna lepszą

nie będzie. Dobroć ich polega jedynie na tem, że oko, patrząc przez szkło skośnie, widzi równie dobrze, jak środkiem szkła. Może zatem wyzyskać w całej pełni swą naturalną ruchliwość, która jest tak potrzebną częścią składową sprawności tego narządu. Na to dawne szkła nie pozwalały.

Zasadę Tscherninga wprowadzono do konstrukcji innych szkieł okularowych, jak kombinowanych z pryzmatami, kombinowanych z cylindrami, dla szkieł dwuogniskowych (t. zw. Franklinowskich) itd. i także otrzymano wyborne szkła, tak iż dzisiaj dobroć szkieł okularowych dochodzi do granic, które już trudno będzie dalej posunąć. Ale, aby dojść od prymitywnych szkieł z Murano do dzisiejszych anastygmatów, na to potrzeba było czasu sześciu wieków.

Piśmiennictwo.

1. Bock. Brille u. ihre Geschichte, Wien 1903. — 2. Boegehold. Einige Bemerk. zur weiss. Rechn. Zeitschr. f. opht. Optik. 1920. — 3. Tenże. Einige Bemerk. z. Aufsatze Rönnes. Klin. Monbl. f. Aughk. 1917. — 4. Greff. Anfänge der eigentl. Brille. Zeitschr. f. opht. Optik. 1914. — 5. Tenże. Erfindung der Augengläser. Berlin 1921. — 6. Henker. Ursach. d. Misserfolge durchgebog. Brill. Zeitschr. f. opht. Optik. 1917. — 7. Tenże Ordnung d. Brill. nach Scheitelrefrakt. Zeitschr. f. opht. Optik 1915. — 8. Hertel. Zur Praxis der anastigm. Stargl. Heidelb. Bericht. 1908. — 9. Hallauer. Ueber neue Brillenoptik. Zeitschr. f. opht. Optik. 1914 — 10. Heine. Ueber Körperlichsehen im Doppelverrant. Klin. Mon. f Aughk. 1905. — 11. Oppenheimer. Theorie u. Praxis d. Brille. Berlin 1904. — 12. Ostwald. Ueber periskop. Gläser. Graef. Archiv, 1898. — 13. Pergens. Ueber alte Brillen. Zeitschr. f. opht. Optik. 1914. — 14. Rohr. Leistung d. corrig. Brille. Zeitschr. f. opht. Optik. 1914. — 15. Tenże Brille als opt. Instrument. Graefe-Saemisch II. Aufl. Anhang. — 16. Tenże. The verrant. Photogr. Journal 1903. — 17. Tenże. Theorie u. Geschichte des photogr. Objectivs. Berlin 1899. — 18. Tenże, Theorie u. anastigmat. Starbrill. Heidelb. Bericht. 1908. — 19. Tenże. Gullstrands Starbrill., Heidelberg. Bericht. 1911. — 20. Raeder. Optische Mängel d. Brillengl. Klin. Mon. f. Aughk. 1921. — 21. Rönne. Ordination anastigm. u. orthoskop. Brill. Klin. Mon. f. Aughk. 1917 i 1918. — 22. Weiss. Einfluss d. fehlerh. Anpass. d. Br. Heidelberg Bericht. 1919. — 23. Tscherning. Congrès internat. d'Utrecht 1899. Dyskusja do wykładu Ostwalda. — 24. Tenże. Formation des imag. sur la rétine. Traité de phys. biolog. 1903. — 25. Tenże. Verres des lunettes orthoscop. Arch. f. Optik 1908 i Recueil d' Opht. 1908 — 26. Tenże. Moyens de control. d. Verres. Dansk. Videnskab. Selskab. — Kopenhaga 1918. — 27. Tenże. Théorie de Gauss appl. a l'inc. oblique. Dansk. Videnskab. Selskab. Kopenhaga 1918.

Dr. med. J. Łeyberg, b. st. ordynator szpitala Łódź.

Płyn mózgowo-rdzeniowy a kiła wczesna.

(Dokończenie)

Co się tyczy stosunku płynu do objawów na skórze, to obie grupy chorych tj. z objawami i bez, dały nam prawie ten sam odsetek płynów patologicznych:

na 123 przyp. bez objawów na skórze było 54 z płynem patol. (43%),

na 85 przyp. z objawami na skórze było 38 z płynem pat. (45%).

Z pośród objawów skórnych na uwagę zasługują wyłysienie swoiste i białość skóry. Niektórzy autorowie (Königstein, Goldberger, Cyranka, Gaertner etc.) uważają objawy te za dowód kliniczny płynu patologicznego. U nas alopecia dała w 66% — leucoderma w 52-ch% płyn patologiczny. Są to bezwarunkowo cyfry wysokie, objawów tych jednak bez kontroli płynu mózgowo-rdzeniowego nie możemy uważać za bezwzględnie patognomiczne.

Wnioski: I. W okresie wysypek nawrotowych płyn mózgowo-rdzeniowy znacznie łatwiej wykrywa nam zakażenie układu nerwowego, niż w okresie wrzodu pierwotnego i wysypek, pochodzących z krwi. Stosunek częstości płynu patologicznego do okresów poprzednich wynosi — 45 : 33,3 : 7,8.

II. Pleocytoza występuje w tym okresie prawie jednakowo często, jak i inne odczyny, lecz nie posiada oną tutaj tego górującego znaczenia, co w okresie poprzednim. W odróżnieniu od okresu poprzedniego, gdzie pleocytozę widzimy częściej (37 : 27) i przeważnie w postaci odczynu izolowanego, tutaj występuje ona zazwyczaj w połączeniu z innemi odczynami.

III. Odczyn globulinowy posiada w tym okresie stale cechy odczynu swoistego: występuje on zwykle obok innych odczynów; jako odczyn izolowany okazał się również swoistym, a przy objawach klinicznych ze strony układu nerwowego stale był obecny. W stosunku do okresu poprzedniego spotykamy go tutaj znacznie częściej (26,5 : 12,5).

IV. Odczyn Wa występuje tutaj najczęściej. W stosunku do okresu poprzedniego widzimy go w okresie nawrotów znacznie częściej (30 : 14) i o napięciu znacznie silniejszem: w przeszło $^2/_3$ przypadków jest dodatni już przy 0,15 płynu.

V. W okresie tym spotykamy o wiele częściej, niż w okresie poprzednim płyn patologiczny przy Wa ujemnym w surowicy. Badanie więc serologiczne krwi nie mówi nam nic o stosunku zakażenia kiłowego do układu nerwowego.

VI. Okres ten jest najmiarodajniejszy dla badania płynu przy wczesnej kile; w tym okresie należy wykonać pierwszą punkcję.

VII. Płyn patologiczny spotykamy jednakowo często w przypadkach z objawami na skórze, jak i bez objawów.

VIII. Wyłysienie swoiste i białość skóry dają wysoki odsetek płynu patologicznego (66%, 52%).

Kiła utajona. (Okres wczesnego utajenia i wykwitów trzeciorzędowych).

W tablicy IV umieszczone są przypadki z okresu pomiędzy 3-6 rokiem po zakażeniu: chorzy z kiłą utajoną oraz z objawami na skórze i śluzówkach o charakterze późnych nawrotów i kilaków. Nieuwzględnieni zostali ci, którzy w ciągu 3-go roku mieli jeszcze wykwity o cechach nawrotów drugorzędnych. Ci ostatni byli włączeni do grupy poprzedniej.

Tablica IV.

							Płyn mózgowo-rdzeniowy								
Ilość	Leczenie		Objawy na skórze i błon. śluz.		Krew Wa		Wa		Non.-Ap.		Pandy		Pleocytoza		Ogólna ilość przyp. patol.
	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	+	−	
44	44	0	19	25	21	23	11	33	8	36	8	36	5	39	16=36%

Tablica IV a

Ilość	Krew Wa —	Krew Wa —	Krew Wa —	Krew Wa +	Krew Wa +	Krew Wa +
	Płyn —	Płyn +	Płyn ++	Płyn —	Płyn +	Płyn ++
44	13	3	7	11	2	4

Przypadków z płynem patologicznym w tym okresie mieliśmy 16, co stanowi 36% ogólnej ilości.

Na ogólną ilość 44-ch przypadków pleocytoza wystąpiła w 5-ciu (11,5%), zawsze jako odczyn słaby, przyczem w 1-ym przypadku, jako izolowana, w jednym (bez żadnych objawów klinicznych) obok odczynu Wassermana i globul., i w 3-ch obok Wa. W porównaniu z dwoma okresami poprzedniemi pleocytoza występuje tutaj rzadziej, a uderzająca jest różnica, zwłaszcza w stosunku do okresu wysypek hematogennych, gdzie odczyn ten widzimy przeszło 3 razy

N.	Chory	Ile lat po zakaż.	Objawy	Krew Wa	Płyn m.-rdz.	UWAGI
1	Klop. J.	7	Gummata exulcerata femoris	+++	normalny	Przeszedł dotąd jedno leczenie mieszane (Hg + Ns.)
2	Nar. Z.	7	Bez objawów	—	„	Przeszedł dotąd kilka leczeń mieszanych
3	Bon. N.	7	„ „	—	„	Przeszedł dotąd kilka leczeń mieszanych
4	Ziem J.	7	„ „	++	„	Przeszedł dotąd kilka leczeń mieszanych
5	Sit. A.	7	Gumma perforat. septi nasi	++++	„	Dotąd nie leczony.
6	Dz. W.	8	Bez objawów	—	„	Przeszedł szereg leczeń mieszanych.
7	Międ. A.	8	Gumma perforat. palati duri	++++	„	Dotąd nie leczony.
8	Tust. St.	8	Bez objawów	—	„	Przeszedł szereg leczeń mieszanych.
9	Gin. J.	8	„ „	—	„	W r. 1913 ciężki przebieg kiły, leczony długo Hg i Salw.
10	Pop. S.	9	„ „	—	„	Od 2-ch lat Wa w surowicy stale ujemny, leczony długo Hg i Salv.
11	W. A.	11	„ „	—	„	Leczony dotąd tylko Hg (wcierki)
12	Sem. B.	11	Cicatrices postgum. corporis et faciei	—	„	W r. 1910—11 lues galopans; od 2-ch lat Wa w sur. ujemny, leczony długo Hg + Ns.
13	Jak. Ad.	12	Bez objawów	—	„	W r. 1909—10 ciężki przebieg kiły (ciągłe nawroty w krtani i gardzieli. Leczony Hg + Ns.)
14	P. A.	12	Perforatio anguli nasi. Nos zapadły	—	„	W r. 1910—11 jedno leczenie Hg (wcierki) + jod.
15	B. A.	18	Bez objawów	+++	„	Szereg leczeń Hg (wcierki).
16	B. J.	28	„ „	—	„	W r. 1893 jedno leczenie (wcierki)
17	F. K.	30	Cicatrices postgum. antibrachii	—	„	W r. 1910 owrzodzone kilaki na lewem przedramieniu, leczony tylko Hg objawowo.
18	W. W.	30	Bez objawów	+++	„	Leczony tylko wcierkami w pierwszym roku po zakażeniu.
19	Zaw. A.	7	W lutym 1921 r. bez obj. nerw. i skórnych	—	Wa 0,15+++ N.-Ap. ślady Pand. ślady pleocyt. ++	Wa w surowicy od roku stale ujemny, przeszedł szereg leczeń mieszanych. W sierpniu 1921 r. 3 miesiące po intensywnem leczeniu Ns., obie źrenice nieruchome na światło.
20	Dem. W.	7	Bez objawów	+++	Wa 0,15+++ N.-Ap. + Pandy + pleocyt. ++	Leczony bardzo niesystematycznie Hg + Ns.
21	Sid. H.	8	Bez obj. objekt. ze str. ukł. nerw.	—	Wa 0,15++++ N.-Ap. + Pandy + Pleocyt. ++	Od miesiąca stałe zawroty głowy. Dotąd nieleczony.
22	St. M.	11	Bez objawów objektywnych ze str. ukł. nerw.	+++	Wa 0,15++++ N.-Ap. + Pandy + Pleocyt. ++	W r. 1909—10 trzy leczenia mieszane
23	A. F.	15	Bez obj. objek. ze str. ukł. nerw.	+	Wa 0,15++ N.-Ap. — Pandy — pleocyt. ++	Od niedawna parcie na mocz. Leczony dotąd tylko Hg.

tak często i jako odczyn zazwyczaj silny. Różnica ta zdawałaby się przemawiać za tem, że pleocytoza, jak już wspomniałem powyżej, jest prawdopodobnie wyrazem ostrego podrażnienia opon, które jest najsilniejsze w okresie septycznym kiły i w większości przypadków ustępuje stopniowo bądź to samoistnie, tj. pod wpływem czasu niezależnie od leczenia, bądź też pod wpływem leczenia.

Jako odczyn izolowany pleocytoza jest tutaj prawdopodobnie wyrazem pozostałości tego ostrego podrażnienia opon, które miało miejsce już w bardzo wczesnym okresie (*lymphocytose residouère Szesci)*. Nonne twierdzi, że nieznacznie zwiększona ilość limfocytów, spotykana w płynie luetyków okresu utajonego, zwiększa się z chwilą wystąpienia jakichkolwiek objawów ze strony układu nerwowego. Dlatego też sądzimy, że już w okresie wczesnej kiły należy dążyć do usunięcia tego odczynu, a, o ile pleocytoza w tym okresie pod wpływem leczenia nie ginie, resp. daje mimo leczenia recydywy, należy wtenczas zapatrywać się na nią, jako na moment ostrzegawczy. Znaczenie tego odczynu jest tem poważniejsze, im później go spotykamy; silna pleocytoza w okresach wcześniejszych jest objawem mniej poważnym, niż słaba w okresach późniejszych, bo świadczy wtenczas o uporczywości odczynu, który z reguły ma tendencję do ustępowania.

Odczyn globulinowy mieliśmy tutaj w ośmiu przypadkach (18%), przyczem 1 raz w całym komplecie odczynów, 3 razy z odczynem Wa i 4 razy, jako odczyn izolowany. W tych 4-ch przypadkach z odosobnionym odczynem globulinowym były 2 z objawami nerwowemi (w jednym brak odruchów Achillesa, w drugim porażenie mięśni ocznych), z pozostałych 2-ch w jednym w toku rozpoczętego leczenia przyłączył się odczyn Wassermanna (Wa 0'25++), w drugim płyn na odczyn Wa nie był badany.

Takie zachowanie się odczynu globulinowego wskazuje na to, że 1) towarzyszy on zwykle (jak i w okresie poprzednim) klinicznym objawom nerwowym, 2) w odróżnieniu od okresu wysypek nawrotowych, gdzie odczyn globulinowy występuje tak często w całym zespole odczynów, tutaj, dzięki większemu odstępowi czasu od zakażenia, reszta odczynów częściowo lub zupełnie ginie, względnie znajduje się w stanie utajenia, jak o tem w jednym, tylko co wspomnianym, przypadku przekonało nas powtórne nakłócie, wykonane podczas rozpoczętego leczenia. Oczywiście, i w tym okresie odczyn globulinowy izolowany może być tylko przypadkowym i nieswoistym. Mimo to słuszniej jest tutaj pod względem oceny djagnostycznej zapatrywać się na ten odczyn, jak na izolowaną pleocytozę, i dążyć do jego usunięcia. Odczyn Wassermanna wystąpił w tym okresie na 44 przypadków — 11 razy (25%), czyli częściej od pozostałych odczynów, jednak rzadziej, niż przy wysypkach nawrotowych (25% : 30%).

Stosunek poszczególnych odczynów względem siebie w tym okresie przedstawia się, jak następuje:

Wa: Glob.: Pleoc. = 25 : 18 : 11,5.

Na 11 razy odczyn Wa był dodatni 3 razy przy 0,15, 8 razy przy 0,25. Napięcie odczynu Wa zbliża się więc tutaj do okresu septycznego i oddala od okresu nawrotowego. W związku z tem stosunkowo słabem napięciem spotykamy tutaj odczyn Wa rzadko w całym komplecie, mianowicie: na 11 razy — 4 razy jako odczyn odosobniony, 3 razy + odczyn globulinowy, 3 razy + pleocytoza, 1 raz + globulinowy + pleocytoza.

W przeciwieństwie do okresu septycznego, gdzie przesączanie reagin z surowicy do płynu jest, według nas, możliwe, tutaj z taką możliwością liczyć się mniej należy, wobec tego, że w tym okresie kiły odczyn Wa w surowicy nie jest tak silny, jak w okresie septycznym.

Jak widać z tablicy IV a (rubr. 2 i 3), płyn patologiczny przy Wa ujemnym w surowicy występuje tu znacznie częściej, niż w okresie wysypek nawrotowych, w którym ogólna ilość takich przypadków wynosiła 10% (na 208—21), tutaj — 22,5% (na 44 10). Jeżeliśmy już w okresie poprzednim uważali za prawdopodobne, że w przypadkach z uporczywym i silnie zmienionym płynem przy ujemnym Wa w surowicy należy szukać głównego siedliska infekcji w układzie nerwowym, to tembardziej w tym okresie płyn taki należy uważać za *signum mali ominis*. Wogóle zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zmiany patologiczne w płynie tem groźniejsze mają znaczenie, im później dają się stwierdzić.

Odnośnie do zachowania się płynu w stosunku do zmian na skórze, to w tym okresie najcięższe zmiany w płynie widzieliśmy u chorych, którzy nie mieli żadnych objawów na skórze i śluzówkach, względnie śladów tychże, świadczących o ciężkim dotychczasowym przebiegu choroby. Na 12 natomiast przypadków z rozległemi owrzodzonemi kilakami tylko w jednym płyn wykazywał zmiany patologiczne.

W przeciwieństwie do Fleischmanna nasze wyniki przemawiają na korzyść poglądu, wypowiedzianego przez Fournier'a i Erba, że przeważnie ci kiłowi są skłonni do późnych schorzeń układu nerwowego, u których kiła na skórze miała przebieg łagodny.

Wnioski:

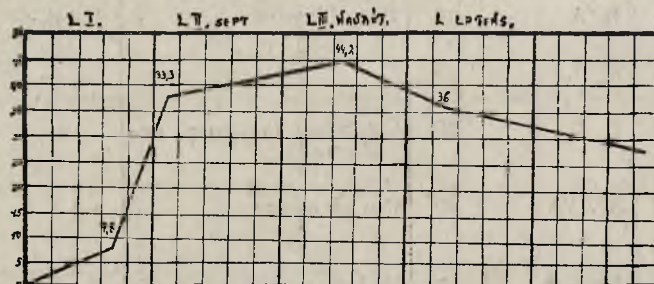
I. Ogólna ilość przypadków z płynem patologicznym w tym okresie jest mniejsza, niż w okresie wysypek nawrotowych.

II. Najrzadziej spotykamy tu pleocytozę (11,5%), najczęściej odczyn Wa (25%), odczyn globulinowy (18,5%) towarzyszy często klinicznym objawom nerwowym.

III. Każdy z poszczególnych odczynów patologicznych w tym okresie (a tembardziej w okresach późniejszych!) powinien być uważany jako sygnał ostrzegawczy, — zwłaszcza w przypadkach z ujemnym odczynem Wa w surowicy.

IV. Przy złośliwych kilakach rozpadowych na skórze i śluzówkach płyn mózgowo-rdzeniowy jest zazwyczaj normalny; pomiędzy ciężkim przebiegiem kiły a stanem płynu m.-rdzen. istnieje pewien antagonizm.

Z opracowanych tutaj 4-ch okresów wczesnej kiły wypada, że zakażenie układu nerwowego daje się najrzadziej stwierdzić w okresie kiły pierwszorzędnej, najczęściej w okresie wysypek nawrotowych; przy kile wczesnej utajonej, tj. pomiędzy 3-cim a 6-tym rokiem choroby, ilość przypadków z płynem patologicznym znów się zmniejsza, jak to wyraża następująca krzywa:



Krzywa ta ulega dalszemu spadkowi w późniejszych latach choroby. Na 23 przypadków późniejszej kiły, w których miałem możność zbadać płyn mózgowo-rdzeniowy, w 5-ciu płyn wykazywał zmiany patologiczne przy braku objawów klinicznych ze strony układu nerwowego. Przypadki te, jako z wielu względów pouczające, przytaczam w poniższej tablicy.

Z tablicy tej widzimy, że 1) stosunkowo duża ilość przypadków z płynem normalnym miała złośliwy przebieg kiły (NN 1, 5, 7, 12, 14, 17), 2) płyn normalny mamy tutaj również w przypadkach, które wobec obecnych wymagań należy uważać za niedostatecznie leczone (NN 11, 14, 16, 17, 18), 3) z pięciu przypadków z płynem patologicznym dwa — N 21 i 23 — mają objawy subjektywne podejrzanej natury, a w przypadku N 19 widzimy szybkie postępowanie utajonej kiły nerwowej pomimo energicznego leczenia dożylnemi wlewaniami neosalwarsanu: w przeciągu 7-miu miesięcy źrenice dotąd oddziałujące normalnie tracą odruch na światło.

Dreyfus stwierdził u 120 chorych zakażonych przed wielu laty kiłą tylko w 12% zmiany patologiczne w płynie bez objawów klinicznych ze strony układu nerwowego.

Stosunkowo rzadkie schorzenie płynu w późnych latach po zakażeniu zgadza się z wynikami klinicznych badań Mattauschka i Pilcza, którzy stwierdzali u przeszło 4-ch tysięcy katamnestycznie spostrzeganych chorych, zakażonych przed wielu laty kiłą, w 11% kiłę mózgowo-rdzeniową, wiąd rdzenia i porażenie postępujące. Różnica, jaką widzimy w częstości schorzenia płynu u wczesnych i późnych kiłowych, jest dowodem tego, że wczesne zmiany kiłowe w oponach, zupełnie analogicznie do tego, co widzimy i w innych narządach, nie koniecznie muszą się utrwalić, lecz mogą z czasem zupełnie ustąpić, to znaczy ulec wyleczeniu. Że jednak zmiany patologiczne w płynie wczesnych kiłowych znajdują się w bezpośrednim związku z temi zmianami, jakie spotykamy u chorych z późnemi syfilogennemi schorzeniami układu nerwowego, — dowodzą nam prace katamnestyczne Dreyfusa i Gennericha. Dreyfus, spostrzegając przeszło tysiąc przypadków w przeciągu 10-ciu lat, mógł się przekonać, że u wszystkich bez wyjątku chorych z późną kiłą układu nerwowego płyn mózgowo-rdzeniowy już wiele lat przed klinicznym wybuchem choroby wykazywał zmiany patologiczne; do tego samego wniosku przychodzi Gennerich na zasadzie stałej obserwacji i systematycznego badania płynu u 8-miu tysięcy chorych w przeciągu 12-tu lat.

Wobec tego badanie płynu mózgowo-rdzeniowego we wczesnych okresach kiły uzupełnia tę lukę, jaka istniała w dotychczasowych naszych pojęciach o stosunku kiły wczesnej do późnych schorzeń układu nerwowego, dowodząc nam, że późne schorzenia syfilogenne już w bardzo wczesnych okresach kiły mają swój właściwy zaczątek, którego wyraz możemy znaleźć wyłącznie w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Co się tyczy wartości, jakie badanie to posiada dla rokowania osobniczego, to z tego, cośmy tutaj powiedzieli, dają się wyprowadzić następujące wnioski:

1. Płyn normalny, stwierdzony jako taki jednorazowo, nie dowodzi nam zasadniczo niczego, ponieważ może to być tylko przypadkowo uchwycona normalna faza płynu; prócz tego należałoby płyn badać każdorazowo w 2-ch, 3-ch częściach, gdyż, jak to ostatnio podnoszą niektórzy autorowie (Becher, Weigelt, Weinberg), treść płynu w różnych odcinkach kanału mózgowo-rdzeniowego może być niejednolita. Tem niemniej: płyn normalny, stwierdzany wielokrotnie w dłuższych odstępach czasu, przemawia z dużem prawdopodobieństwem przeciwko możliwości późniejszego zachorowania układu nerwowego, ponieważ późne rozsianie się zarazka w drodze krwiobiegu należy do wyjątków. Dlatego należałoby płyn normalny kontrolować przynajmniej raz do roku przez kilka lat po zakażeniu.

2. Płyn patologiczny, stwierdzony jako taki wcześnie, świadczy nam w stosunku do układu nerwowego o tem samem co dodatni odczyn Wa w surowicy w stosunku do reszty ustroju, tj. dowodzi nam zakażenia układu nerwowego. Zakażenie układu nerwowego we wczesnych okresach kiły nie koniecznie musi prowadzić do późnych schorzeń syfilogennych, czego dowodem jest mały odsetek tych ostatnich w stosunku do częstych schorzeń płynu w okresach wczesnych. Nie ulega jednak wątpliwości, że z przypadków, które wykazują płyn patologiczny we wczesnych okresach kiły, rekrutują się późniejsi metasyfilitycy. Gennerich twierdzi, że dzięki możności wczesnego wykrycia utajonych zmian patologicznych w oponach mózgowo-rdzeniowych przez badanie płynu jesteśmy w stanie otrzymać stałe wyleczenie tych przedklinicznych zmian oponowych i tem samem nie dopuścić do późnych schorzeń układu nerwowego. Stąd bezwzględne wskazanie: jaknajwcześniej wykryć płyn patologiczny, oczyścić go i utrzymać w stanie normalnym. W tem tkwi najdonioślejsze znaczenie badania płynu we wczesnych okresach kiły, ponieważ prowadzi ono nas na tory poronnego leczenia syfilogennych schorzeń układu nerwowego.

Poruszany tutaj wielokrotnie wpływ leczenia swoistego na płyn patologiczny będzie przedmiotem drugiej części niniejszej pracy.

Piśmiennictwo.

1. Altmann-Dreufuss. M. med. W. 1913 Nr. 9. 2) Baum, M med. W. 1914 Nr. 4. 3) Becher. M. med. W. str. 839 4) Dreyfuss. M. med. W. 1920 Nr. 48. 5) Ehrmann. Initialaffect a. t. d. Handbuch d. Geschlechtskrankheiten T. II 1912. 6) Finger. Allgemeine Pathologie d. Syph. Handb. d. Geschl. krank. T. II 1912. 7) Fleischmann. D. Zeitschr. f. Nervenkh. T. 70, 1921. 8) Fleischmann. D. Zeitschr. f. Nervenkh. T. 8, 1921. 9) Gennerich. Syphilis d. Zentr. N. S. 1921. 10) Hauptmann. D. Zeitschr. f. Nervenkh. T. 67, 1921. 11) Kafka. M. med W. 1920 Nr. 33. 12) Königstein-Goldberger. W. klin. W. 1917 Nr. 12. 13) Mattauschek-Pilcz. Med. Kl. 1913, Nr. 3. 14) Nonne. Archiv. f. Derm. u. Syph. T. 113. 15) Nonne. Syphilis u. Nervensystem 1921. 16) Plaut. M med. W. 1918 Nr. 2 17) Ravaut. Presse med. 19 2. Nr. 18. 18) Rost. Derm. Zeitschr. 1916 XXIII. 19) Schönfeld. Arch. f Derm. u. Syph. 1919 T 127. 20) Schäber. M. med W. 1921, Nr. 13 21) Scot-Pearsen. Ref. Annales de Derm. et Syph. 1921, T. II, Nr. 2. 22) Weinberg. M med. W. 1921. str 597. 23) Weigelt. M. med. W. 1921 str. 838 24) Walter. M. med. W. 1921 Nr. 42.

Z praktyki.

Dr. Franciszek Kmietowicz sen. Krynica-Zdrój.

Spostrzeżenia nad działaniem leczniczem wody z otworu wiertniczego Nr. II w Krynicy-Zdroju.

Głębokie wiercenie, przeprowadzone w roku 1914 przez prof. geologji Dra Rudolfa Zubera w parku zdrojowym do głębokości 810 m, odkryło źródło należące do niezwykle silnych szczaw alkalicznych (około 23‰ soli alkalicznych), a z powodu stosunkowo znacznej ilości chlorku sodowego (ponad 1‰), mogące być zaliczonem równocześnie do słabych wód solankowych. Woda ta zawiera mało związków wapniowych (0·65‰), natomiast stosunkowo dużo magnezowych i litowych (ponad 3‰). Ostatecznego rozbioru chemicznego dokonał prof. Dr. L. Marchlewski w roku 1916, a zarząd zdrojowy, urządziwszy odpowiednią ogrzewalnię, oddał wodę z powyższego źródła w r. 1920 do użytku publicznego. Źródło to zastąpić może wody zagraniczne Karlsbadu, Vichy, Bilinu i Neuenahry i t. p.

Pierwsze dwa przypadki, które dały mi już w r. 1919 nadspodziewany wynik leczniczy, zachęciły mnie do dalszego stosowania i spostrzegania skutków tej wody.

Chory S. K. 63-letni, leczony kilkakrotnie w Karlsbadzie na kamicę żółciową, dostał napadu kolki żółciowej w r. 1919. Z powodu uporczywego powtarzania się kolki zaleciłem czterotygodniowe picie odpowiednio rozcieńczonej i ogrzanej wody z powyższego źródła. Objawy kolki ustąpiły zupełnie i do dziś się nie powtórzyły.

U chorej M. Z. 70-letniej, matki kolegi Z., cierpiącej na dnę, wystąpił w roku 1919 silny, bolesny obrzęk palca wielkiego, a następnie całej stopy. Gdy po wyczerpaniu wszystkich znanych mi środków leczniczych żadnego polepszenia przez czas dłuższy nie mogłem zauważyć, zastosowałem w końcu wodę „Zubera“ Nr. II. Skutek był bardzo pomyślny, gdyż chora po 4 tygodniach wstała z łóżka o własnej sile. W pół roku potem przebyła pomyślnie operację z powodu wgłobienia jelit, a objawy dny nie wystąpiły już więcej.

Stosowana odtąd przezemnie woda z otworu wiertniczego Nr. II u gości kąpielowych przez dwa sezony, w roku 1920 i 1921, dała mi również dodatnie wyniki i to u 168 osób, z których 103 cierpiało na dnę, 18 na kamicę żółciową, 20 na nadkwaśność żołądka, 18 na zwapnienie tętnic, 2 na nieżyt miedniczek nerkowych i pęcherza, 4 na choroby nerek, 2 na świąd na tle skazy moczanowej i 1 na wyprysk.

Krótkie, przeważnie 6-tygodniowe spostrzeganie, i niemożność stosowania ściślejszych klinicznych sposobów rozpoznawczych nie upoważnia mnie do wysnuwania innych wniosków, jak tylko do stwierdzenia faktu ustępowania objawów chorobowych i wybitnej poprawy stanu ogólnego prawie we wszystkich przytoczonych przypadkach.

Szczególnie podkreślić muszę łagodzący wpływ na bóle przy nadkwaśności żołądka, podejrzanej, lub rozpoznanej jako wrzody żołądka, gdzie stosowałem zimną wodę, jak również ten sam wpływ przy kolce żółciowej i bólach dnawych.

W dwóch przypadkach chorób nerek białko znikło zupełnie, w dwóch wybitnie się zmniejszyło. Istniejący od kilku lat u jednej chorej wyprysk ustąpił już po 4 tygodniach zupełnie. Także i inne środki lecznicze naturalne, stojące w zdrojowisku do rozporządzenia, takie, jak kąpiele mineralne z CO_2, kąpiele borowinowe, jak też i warunki klimatyczne, oderwanie się od trosk i zajęć, odpowiednia djeta itd., sprzyjały uzyskaniu pomyślnych wyników.

Z powodu wysokiego nasycenia wody, dosięgającego 19 gramów dwuwęglanu sodowego na 1 litr, posługiwałem się wodą rozcieńczoną, rozcieńczając ją już to zwykłą wodą wodociągową, już to innemi miejscowemi szczawami żelezistemi, zalecając domieszkę tych wód, stosownie do przypadku chorobowego.

Dwuwęglan sodowy rozpuszcza mucynę, będącą wydzieliną błon śluzowych, a zwiększoną przy nieżytach; tem tłumaczyć sobie możemy korzystne działanie w pewnych postaciach chorobowych.

Wychodząc z teoretycznego zapatrywania, należałoby zastanowić się nad stworzeniem nowych wskazań także dla innych schorzeń. Zasłużona od półtora blisko wieku sława Krynicy, jako uzdrojowiska chorób kobiecych, mogłaby uzyskać jeszcze jeden nowy sposób leczniczy a to przy nieżytach macicy przez miejscowe użycie tejże wody w formie przestrzykiwań, obok jej wewnętrznego podawania.

Bliższe uzasadnienie działania sody, rozpuszczającej mucynę, wymaga przeprowadzenia dalszych w tym kierunku doświadczeń i zestawienia wyników.

Dr. Roman Hinze, dyrektor Szpit. powsz. Rzeszów.

Stosowanie zawiesiny soli rtęciowych w alkoholu 60% i glicerynie przy kile.

Już w czasie wojny światowej trudności otrzymania dobrego oleju parafinowego skłoniły mnie do szukania za innemi środkami zastępczemi. Z pomiędzy wielu innych połączeń, gliceryna z alkoholem 60% dała najlepsze wyniki.

Zawiesina ta, oparta na podobieństwie z zawiesiną jodoformową Mikulicza, stosowana z dobrym wynikiem w gruźlicy stawów, nadała się znakomicie do wstrzykiwań śródmięśniowych w kile z dodatkiem soli rtęciowych nierozpuszczalnych

N. p. Hydrarg. salicylici 2,0
Glycerini p. conctr.
Spirit vini 60% aa, 20,0

Zawiesinę tę stosuję u siebie w domu u najwrażliwszych osobników i w szpitalu powsz., jako wstrzykiwania wśródmięśniowe (w pośladki), w ilości 1 do 2 cm³, co kilka dni. Chorzy znoszą wstrzykiwania te wybornie, o wiele lepiej, jak zawiesinę z olejami. Nacieków zapalnych nie widziałem mimo znacznej już ilości wstrzyknięć (kilka tysięcy), nigdy ropni lub innych powikłań. Zatorów żylnych nie obawiamy się wcale, gdyż zawiesina rozpuszcza się doskonale we krwi.

Co się tyczy działania swoistego, to niczem nie różni się od zastrzyknięć tłustych, mam również wrażenie, że znacznie lepiej i pewniej działa, jak z czystą gliceryną Na podstawie dużego materjału mogę sposób opisany polecić, jako pewny i bezpieczny, szerokiemu ogółowi lekarzy praktyków. Nadmienię na zakończenie, że ze soli rtęciowych stosujemy wyłącznie salicylan rtęci w zawiesinie i tylko co do tej soli mamy duże doświadczenie.

Sprawozdania poglądowe.

Prof. Kazimierz Noiszewski. Warszawa.

Jaskra i jej stosunek do ciśnienia wewnątrz czaszki.

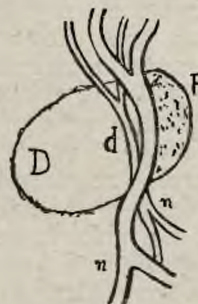
Z kliniki chorób ocznych Uniw. Warszawskiego

(Ciąg dalszy).

O wiele częściej, niż samo zapalenie tęczówki, przyczyną jaskry wtórnej są następstwa tego zapalenia, mianowicie odgrodzenie komórki przedniej od tylnej przez całkowity zrost obwodu źrenicy z przednią torebką soczewki *(seclusio pupillae)*. Zresztą przyczyny powstawania jaskry wtórnej są bardzo różne: pęcznienie soczewki, zwichnięcie soczewki, guzy wewnątrz gałki oka.

Do chorób zapalnych, sprowadzających jaskrę wtórną, zalicza Schmidt-Rimpler i zapalenie naczyniówki twardówkowe tylne (Sclerochorioiditis posterior). Zdaje się jednak, że *sclerochorioiditis posterior* jest raczej następstwem wzmożonego ciśnienia w gałce, niż przyczyną tego wzmożenia. Słusznie też utrzymuje Stilling, że od mniejszej lub większej ustępliwości twardówki zależy, czy w danym przypadku wzmożonego ciśnienia w gałce oka powstanie zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego, czy tylne wydęcie twardówki.

Przy wzmożonem ciśnieniu w gałce tylne wydęcie twardówki zabezpiecza do pewnego stopnia oko od zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego.



Są też przypadki, kiedy wydęcie tylne twardówki znajduje się na jednym poziomie z zagłębieniem częściowem tarczy. Tarcza jest tu dwupiętrowa, a naczynia na tarczy znajdują się na górnem piętrze, właściwie na granicy między górnem a dolnem piętrem tarczy *(Excavatio scleropapillaris)* (Noiszewski *). (p-piętro górne, d-piętro dolne, leżące na jednym poziomie z wydęciem twardówki, D. n. n. naczynia krwionośne).

Są przypadki, w których piętro górne zajmuje zaledwie wązki sierp tarczy, cała zaś pozostała tarcza leży na poziomie wydęcia tylnego twardówki.

Pęcznienie części korowych soczewki po jej uszkodzeniu wzmaga zawsze ciśnienie w gałce; jednak nie jest wykluczone, że nie sama obecność części korowych soczewki w komórce przedniej wzmaga ciśnienie w gałce, ale zwiększony przesięk z wypustek splotu naczyniówki w ciałku rzęskowem, wywołany podrażnieniem cząstkami kory. Przemawiają za tem spostrzeżenia Elschniga[1]), H. Pagenschtechera[2]), Albranda[3]), Rumszewicza[4]), Knappa[5]), Wicherkiewicza[6]), Noiszewskiego[7]) napadów jaskry po wydobyciu zaćmy. Pierwszy jednak o napadzie jaskry w oku bezsoczewkowem doniósł Rydel. Należy przypuścić, że podrażnienie ciałka rzęskowego resztkami soczewki jest raczej chemiczne, niż mechaniczne. Przemawiają za tem przypadki, w których zwichnięta do przedniej komórki soczewka nie sprowadzała napadu jaskry. Tak, Noiszewski[8]) doniósł o czterech przypadkach soczewki zwichniętej do przedniej komórki; w trzech przypadkach nie było wzmożonego ciśnienia w gałce, w czwartym wystąpił wprawdzie ostry napad jaskry, ustąpił jednak bez żadnych szkodliwych następstw po wydobyciu soczewki.

O guzach w gałce ocznej powiedzieć można to samo, co i o zwichnięciu soczewki; w jednych przypadkach guz sprowadzał napad jaskry, gdy w innych ciśnienie w gałce pozostawało niewzmożone, albo i obniżone pomimo obecności guza i jego wzrostu; nawet i wtedy, gdy guz się umiejscowiał w kącie przesącza. Na 100 przypadków guza w gałce ocznej znalazł Devereux Marschall ciśnienie wzmożone 53 razy, 40 razy ciśnienie było prawidłowe, a 7 razy nawet obniżone.

Jaskra doświadczalna.

Wszystkie dotychczasowe doświadczenia nad jaskrą sprowadzały się do zamykania kąta przesącza w przedniej komórce oka. Oczywiście w tych doświadczeniach mogła być mowa tylko o jaskrze zapalnej wtórnej, która i w zwykłych warunkach powstaje w następstwie sprawy zapalnej. Tak Weber[9]) wstrzykiwał do przedniej komórki oka królika

---

*) Noiszewski. Postęp okulist. r. 1914.

[1]) Elschnig. Glaukom nach Staroperationen. Klin. Mntsbl. f. Aug. XXXIII. 233—1895.

[2]) Pagenschtecher H. Über Glaukom nach Staroperationen Klin. Mntsbl. f. Augh. idem str. 139. 1895.

[3]) Albrand. Arch. f. Augenh. XXXIII. 71. 1896.

[4]) Rumszewicz. Klin. Mntsbl. f. Augenh. XXXIV. str. 191. 1896.

[5]) Knapp. Über 1050 Kataractoperationen Internat. Med. Kongress Moskau 1897.

[6]) Wicherkiewicz. Arch. d' oculist. CXXXII. l. p. 5. 1904.

[7]) Noiszewski. Glaukoma l. c. str. 29. r. 1914.

[8]) Noiszewski. Glaukoma l. c. str. 29.

[9]) Weber A. Die Ursachen des Glaukoms v. Graefe Arch. f. Ophth. XXIII. 1. 5.

oliwę i sprowadzał dłuższy czas trwające wzmożenie ciśnienia w gałce. Próbował wstrzykiwać oliwę do przedniej komórki oka i Schmidt-Rimpler[10]) i dwa razy na sześć przypadków spostrzegał czasowe wzmożenie ciśnienia; nie wywierało jednak ono żadnego wpływu na zagłębienie tarczy. Leber[11]) wstrzykiwał do przedniej komórki oka królika hodowlę gronkowca złocistego i otrzymał jaskrę wtórną z głębokiem zagłębieniem tarczy n. wzrokowego. Schöler[12]) sprowadzał czasowe wzmożenie ciśnienia w gałce ocznej przyżeganiem rąbka spojówki igłą rozżarzoną. Bentzen[13]), sprawdzając doświadczenia Schölera znajdował wzmożone ciśnienie w gałce ocznej, trwające dwie godziny po przyżeganiu, następnie oczy stawały się miękkie. Heisrath[14]) przyżegał kwasami brzeg twardówkowo-rogówkowy; utrzymuje on, że po tem przyżeganiu wzmożone ciśnienie w gałce trwało trzy miesiące. Bentzen wstrzykiwał jod i amoniak do przedniej komórki bez skutku, ale przyżeganie krystalicznym azotanem srebra naczyń twardówki sprowadzało dłuższy czas trwające wzmożenie ciśnienia w gałce. Spostrzegał też Bentzen powiększenie zagłębienia tarczy po rozdrapaniu kąta przesącza przedniej komórki cienką igłą. Erdmann[15]) wprowadzał do przedniej komórki oka królika anodę w postaci cienkiej igły, trzymając katodę na grzbiecie zwierzęcia; elektroliza trwała 60—120 sekund przy sile prądu około 2 MA. Napad jaskry występował na 2-gi czasem na 3-ci dzień. Po ustąpieniu objawów zapalnych jaskra przybiera charakter przewlekły. Uribe y Troncoso[16]), wprowadzając białko do ciałka szklistego, spostrzegał wzmożone ciśnienie w gałce, które tłomaczył zatkaniem kąta przesącza nadmiarem białka w cieczy wewnątrzgałkowej. Wszyscy wyżej podani autorowie uważali w zamknięciu kąta przesącza przyczynę wzmożonego ciśnienia i jaskry; jeden tylko Stilling szukał przyczyny wzmożonego ciśnienia nie w przednim, ale w tylnym odcinku gałki, mianowicie w przewodzie osiowym nerwu wzrokowego. Stilling[17]) przewiązywał nerw wzrokowy zaraz poza gałką i otrzymywał wzmożone ciśnienie w gałce i znieczulenie rogówki.

Jednak ci, co sprawdzali doświadczenia Stillinga, nie mogli stwierdzić wzmożenia ciśnienia w gałce po podwiązaniu nerwu wzrokowego. Od czasów Graefego zrobiono już wiele tysięcy doświadczeń nad jaskrą pierwotną ostrą i przewlekłą. Doświadczenia te polegały, co prawda, nie na wywoływaniu jaskry, ale na jej usuwaniu za pomocą wycinania tęczówki i eksperyment ten w olbrzymiej większości wypadków udawał się w zupełności. Wycinanie tęczówki sprowadza częściowy zanik wypustek ciałka rzęskowego, które są splotem naczyniówki oka (*plexus chorioideus ophthalmicus*), tworem, podobnym do splotów naczyniówki mózgu.

Wypustki rzęskowe są jedynym narządem, od którego czynności wydzielniczej zależy tak wzmożenie, jak i obniżenie ciśnienia w gałce ocznej. Nadmierna czynność wydzielnicza i przerost *plexus chorioidei ophthalmici* prowadzi do wzmożenia ciśnienia w gałce; zanik — do obniżenia czynności wydzielniczej i do obniżenia ciśnienia, a pośrednio i do miękkości gałki. Ale zanik częściowy splotu naczyniowego w ciałku rzęskowem jest zjawiskiem wtórnem; bezpośredniem następstwem wycięcia tęczówki jest obrzęk ciałka rzęskowego (*cyclitis circumscripta)*. Zwykle obrzęk ten jest nieznaczny; tam jednak, gdzie obrzęk ten jest nadmiernie nasilony, mamy do czynienia z t. zw. jaskrą złośliwą (*glaucoma malignum)*. Powstawanie jaskry złośliwej czyli gwałtowne wzmożenie ciśnienia w gałce ocznej, spowodowane wycięciem tęczówki, jest w ścisłym związku z gwałtownym odczynem ciałka rzęskowego na wycięcie tęczówki.

Odczyn ten bywa stale w każdym przypadku wycięcia tęczówki, ale, jak powiedziano, nasilenie tego odczynu zwykle jest niewielkie. Po ustąpieniu odczynu następuje częściowy zanik *plexus chorioidei ophtalmici* i miękkość gałki. Im młodszy jest osobnik, tem większy jest zanik splotu naczyniowego w ciałku rzęskowem i wyraźniejsza jest miękkość gałki ocznej. I dlatego wycięcie tęczówki jest przeciwwskazane u bardzo małych dzieci. Niekiedy miękkość gałki ocznej występuje i u dorosłych po oderwaniu brzegu przyrzęskowego tęczówki. Noiszewski[18]) opisał dwa przypadki miękkości gałki ocznej: jeden po wycięciu tęczówki u dziecka, drugi po oderwaniu brzegu przyrzęskowego tęczówki u dorosłego osobnika.

U dziecka dwuletniego z zaćmą wrodzoną stożkowatą na jednem oku dokonano rozcięcia torebki soczewki, a na drugiem wydobyto zaćmę wraz z wycięciem tęczówki. Po roku dziecko widziało na obadwa oczy, ale gałka z wyciętą tęczówką była miękka. W przypadku drugim osobnik 44-letni przed 5-ciu laty został uderzony odłamkiem żelaza w gałkę oka prawego. Uderzony czasowo zaniewidział, wzrok mu jednak powrócił, chociaż osłabiony. Badanie wykazało, że brzeg rzęskowy tęczówki w tem oku był u góry oderwany na przestrzeni 6 milimetrów. Rogówka, soczewka, i ciało szklane było zupełnie przeźroczyste, na dnie oka zmian chorobowych nie było; ale ostrość wzroku była obniżona do 1|120 i gałka była miękka.

W doświadczeniach nad jaskrą wcale nie uwzględniano jaskry prostej (glauc. simplex). Było to zupełnie zrozumiałe ze względu, że powstawanie jaskry prostej uzależniano od tej samej przyczyny, co i jaskry zastoinowej ostrej i przewlekłej, mianowicie od wzmożonego ciśnienia w gałce. Dopiero od chwili, gdy przyczyny powstawania jaskry prostej zaczęto się domyślać poza gałką, nie we wzmożonem ciśnieniu w gałce, ale w obniżonem ciśnieniu w czaszce, otwarta została droga do nowego kierunku badań. Doświadczenia te miały na celu sprowadzenie zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego przez obniżenie ciśnienia w czaszce. Badania te były prowadzone w dwóch kierunkach: doświadczalnie na zwierzętach za pomocą wypiłowywania kawałków kości czaszkowych i klinicznie u ludzi spostrzeganiem objawów obniżonego ciśnienia w czaszce po urazach czaszki i po nakłuciach lędźwiowych. Doświadczenia wykonywano na królikach i na psach. Doświadczenia, przeprowadzone na psach, były bardziej przekonywające, bo u królików już w stanie prawidłowym tarcza jest zagłębiona; przeciwnie u psów w stanie prawidłowym tarcza nerwu wzrokowego jest wypukła i najzupełniej zasługuje na swe miano łacińskie brodawki. Tarcza nerwu wzrokowego u psa jest wypukła, nieprawidłowej postaci i barwy brudno czerwonej. Zdarza się niekiedy i u ludzi zupełnie zdrowych wypuklenie tarczy nawet do 2 D ponad poziom siatkówki. Wypuklenie to w oczach skądinąd zupełnie prawidłowych i o prawidłowem ciśnieniu śródgałkowem świadczy o tem, że w tych przypadkach ciśnienie w czaszce, jakkolwiek prawidłowe, jest jednak większe od ciśnienia w gałkach ocznych.

Zdawałoby się zrazu, że rozstrzygnięcie pytania o powstaniu jaskry prostej jest zadaniem łatwem: jeżeli ciśnienie wzmożone możemy przez trepanację uczynić prawidłowem, to prawidłowe przez trepanację można obniżyć poniżej normy. Jednak, jak nam już wiadomo, wielkość ciśnienia tak w gałce ocznej jak i w czaszce nie jest wielkością stałą; jest więc możliwe, że ciśnienie, przez trepanację obniżone, mimo to pozostanie jeszcze większe, a przynajmniej nie mniejsze, niż ciśnienie wewnątrz gałki ocznej.

Pierwotnie trzymałem się poglądu, że trepanacja dokonana w przypadkach guzów mózgu i wodogłowia nie może tak dalece obniżyć ciśnienia w czaszce, żeby prowadziła do zagłębienia tarczy nerwu wzrokowego; później miałem sposobność przekonać się, że w pewnych razach jest to możliwe. Na posiedzeniu lekarzy kurlandzkich doniósł Vierhuff[19]),

[10]) Schmidt-Rimpler, Zur Glaukomtheorie. Heidelberger Ophthalmol. Geselsch. 1877 str. 18

[11]) Leber, przyt. według Schmidt-Rimplera Glaukom, Graefe-Saemisch 2-te Auflage str. 158.

[12]) Scholer, v. Graefe Arch. f. Opht. 4. str. 158.

[13]) Bentzen, v. Graefe Arch. f. Ophth. XLI. 4 str. 42.

[14]) Heisrath, przyt. według Schmidt-Rimplera Glaukom 2-te Auflage Graefe-Saemisch.

[15]) Erdmann, Über experimentelles Glaukom. Bericht d. Ophth. Gesel. zu Heidelberg 1906. str. 116.

[16]) Uribe y Troncoso, Patogenesis del Glaucoma Arch. d' ocul. CXXVI. str. 401. 1901.

[17]) Stilling. J., Zur Theorie des Glaukoms Arch. f. Ophth. XIV. 3. str. 259.

[18]) Noiszewski Glaukoma. Monografja. Petersburg. Wydawnictwo prak. Medycyny str. 18. 1915.

[19]) Vierhuff. Zur Behandlung des Hydrocephalus chronicus acquisitus. Pos. Tow. lek. Kurlandz. dnia 10. lutego 1912.

że u dziecka 17-miesięcznego z przewlekłem wodogłowiem nabytem, jednak bez tarczy zastoinowej, po dokonaniu dwurazowego nakłucia i wydaleniu za pierwszym razem 100 sz. cm. i drugim razem 157 sz. cm. cieczy jasnej, wagi gatunkowej 1007, nastąpiło bardzo znaczne polepszenie. Po 7 miesiącach znaleziono u tego dziecka bardzo głębokie zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego i zupełną ślepotę.

Ostatnia wojna wszechświatowa pod względem naukowo-lekarskim wzbogaciła bardzo mało nasz polski dorobek. Od lekarzy wojskowych udało mi się zebrać kilka cennych spostrzeżeń, świadczących o wpływie obniżenia ciśnienia wewnątrz czaszki na oczy. Tak jeden z nich podaje, że spostrzegał oddziaływanie na oczy w 12 przypadkach ubytków kości czaszkowych. Ściślejsze dane mógł mi jednak podać tylko o dwóch.

Jeden z nich K. E. lat 20, ranny był pod Maćkowym Gajem w dniu 27. sierpnia 1916 r. w czasie ofenzywy Brusiłowa odłamkiem szrapnela w okolicę ciemieniową prawą z ubytkiem kości wielkości dłoni. Opatrzony i odstawiony do szpitala po upływie 48 godzin odzyskał przytomność. Uskarżał się głównie na objawy ze strony oczu, mianowicie na zamglenie wzroku i koła tęczowe naokoło źródeł światła. Sądził, że na sali jest dym. A i później długo jeszcze jedyną jego skargą było widzenie mgły.

Ordynans S. lat 45, ranny pod Baćkami w ziemi Siedleckiej 9. sierpnia 1915 r. w okolicę ciemieniową z ubytkiem kości czaszkowych wielkości jaja kurzego; po zranieniu był zupełnie przytomny, skarżył się tylko na dym przed oczami. Przez bardzo długi czas była to jedyna jego skarga. Nawet po zupełnem wyzdrowieniu uskarżał się on od czasu do czasu na występujący objaw mgły przed oczami, szczególniej zrana zaraz po wstaniu z łóżka.

Te same objawy spostrzegał i w 8 innych przypadkach ran czaszki z ubytkami kości czaszkowych. Ciekawe jest zdanie innego lekarza wojskowego, który skargę widzenia dymu przy ubytkach kości czaszki uważał za objaw, korzystnie rokujący o zachowaniu takich osobników przy życiu. Możliwe jest, że objawy obniżenia ciśnienia w czaszce po ranach postrzałowych czaszki dowodzą, że w czaszce (encephalon) niema sprawy zapalnej, wzmagającej ciśnienie.

(D. n.)

Oceny i sprawozdania.

Hans Much. **Spezifische und unspezifische Reiztherapie. Moderne Biologie.** Curt Kabitzsch. Lipsk 1922. Cena 12 m. niem. W 14 krótkich rozdziałach przedstawił autor wyczerpująco dotychczasowe dane biologiczne, dotyczące działania i leczenia szczepionkami swoistemi i leczenia nieswoistego. Działanie obu tych sposobów uważa autor za jednakowe, t. j. za leczenie podrażniające. W pierwszych rozdziałach stwierdza niesprawdzenie się dawniejszych przewidywań o skuteczności leczenia szczepionkami swoistemi, który to sposób leczenia zastąpiło w zupełności leczenie nieswoiste; nieswoista bowiem podnieta może zadziałać zupełnie dobrze drogą pośrednią na swoistą odporność. Tylko w gruźlicy znaczenie leczenia swoistego jest jednak bardzo znaczne. W dalszych rozdziałach omawia autor znaczenie dawkowania, od tego bowiem zależy skuteczność leczenia. Szczepionka średnio silna, jednak biologicznie dobrze dawkowana, jest lepszą, niż szczepionka najlepsza, jednak źle dawkowana. Przy stosowaniu szczepionek swoistych, zwraca uwagę autor na swój sposób działania antigenów cząstkowych. W końcu omawia autor sposoby leczenia podrażniającego, jakoteż i znaczenie tego leczenia, polegające na wzmożeniu zdolności odczynowej skóry, pobudzenia sił ustroju i narządów odpornościowych i pośrednie dopiero zadziałanie na ognisko chorobowe. W krótkości, jednak wyczerpująco, rzeczowo i jasno, przedstawione dane o leczeniu podrażniającem, mogą w zupełności uczynić zadość potrzebie wiadomości o znaczeniu tego sposobu leczenia. *F. Walter* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Bakterjologja, higjena i odporność.

Przegląd epidemiczny.

Tom. I. Z. 1.

S. Burt Wolbach i J. L. Todd. **W sprawie etjologji duru osutkowego.** Autorowie podają wyniki badań nad t. zw. gorączką plamistą Gór Skalnych »Rocky Mountain Spotted Fever« oraz nad durem osutkowym w Meksyku. Badania nad »Rocky Mountain Spotted Fever« zostały przeprowadzone na małpach, królikach i świnkach morskich drogą zakażenia tych zwierząt krwią ludzi chorych jakoteż i za pośrednictwem kleszcza, (*Dermacentor venustus*), który normalnie tę chorobę przenosi. Autorowie stwierdzili, że choroba ta jest ostrym swoistym procesem zapalnym śródbłonka naczyń krwionośnych. W zmianach naczyniowych oraz w zakażonych kleszczach stwierdzono obecność wielopostaciowych pasorzytów (*Dermacentroxenus Rickettsi).*

Zmiany histo-patologiczne w przebiegu duru osutkowego w Meksyku są identyczne ze zmianami opisanemi w durze europejskim. W ściankach naczyń Wolbach i Todd obserwowali pasorzyty, wyglądem swym bardzo zbliżone do wspomnianych wyżej pasorzytów gorączki plamistej, ustępujące jednak znacznie pod względem wielkości. Pasorzyty te występują parami i otoczone są jasną obwódką (halo).

Weigl. **Badania nad Rickettsią Prowazeki.** Weigl stwierdził, że Rickettsia Prowazeki znajduje się we krwi ludzi i zwierząt chorych na dur osutkowy. Drobnoustrój ten wraz z krwią dostaje się do przewodu pokarmowego wszy, co autor osiągnął doświadczalnie, wstrzykując do jelita wszy minimalne ilości krwi chorego na dur osutkowy w okresie gorączki. Tą drogą Weigl wywołał u każdej normalnej wszy zakażenie Rickettsią Prowazeki. Dalsze doświadczenia stwierdziły, że:

1) zakażenie Rickettsią Prowazeki rozwija się jedynie tylko wewnątrz komórek nabłonkowych przewodu pokarmowego, a nie w świetle jelita, jak to czynią inne Rickettsie, np. Rickettsia pediculi;

2) zakażenie Rickettsią Prowazeki można wywołać u normalnej wszy drogą doświadczalną przez karmienie ich krwią chorych na dur osutkowy;

3) jedynie tylko wszy zakażone Rickettsią Prowazeki posiadają zdolność przenoszenia duru osutkowego na zwierzęta;

4) świnki morskie po przebyciu zakażenia, wywołanego przez wstrzyknięcie krwi chorego na dur osutkowy, okazują się odpornemi względem zakażenia Rickettsią Prowazeki i odwrotnie.

Anigstein. **Wartość rozpoznawcza obrazu krwi w przebiegu duru osutkowego.**

Autor w pracy swej dochodzi do następujących wniosków:

1) ogólna ilość białych ciałek jest mało charakterystyczna dla duru osutkowego. Silna hyperleukocytoza (powyżej 20000) w pierwszym okresie choroby, jak również leukopenja poniżej 5000 przemawia przeciwko durowi osutkowemu;

2) w przebiegu duru osutkowego we krwi chorych występują typowe postacie leukocytów (ontogenetycznie młode) nadające obrazowi krwi charakter odnowy;

3) w końcu pierwszego tygodnia choroby stosunkowa ilość leukocytów z jądrami pałeczkowatemi dochodzi do 30 - 45% ogólnej liczby ciałek białych;

4) w drugim okresie choroby ilość leukocytów pałeczkowatych opada do 10%, przyczem wahania ich krzywej odpowiadają tendencji krzywej ciepłoty chorego;

5) brak eozynofilów przemawia za durem osutkowym, o ile ogólny mikroskopowy obraz krwi odpowiada wymienionym cechom;

6) własności obrazu krwi duru osutkowego służyć mogą jako środek pomocniczy w celu odgraniczenia w początkowym okresie choroby duru osutkowego od innych chorób zakaźnych o regeneracyjnym typie obrazu krwi.

Do wniosków tych autor doszedł na podstawie zbadania 250 preparatów krwi chorych na dur osutkowy, badając krew każdego chorego co 24 godziny.

H. Weylandówna i F. Venulet. **O wzajemnym stosunku odczynów Widala i Weil-Felixa.**

Autorowie uodporniali króliki przez dożylne zastrzyknięcie hodowli laseczników duru i odmieńca. Niektóre króle szczepiono mieszaniną tych hodowli, inne zaś każdą oddzielnie. Hodowle te używano w stanie zabitym przez ogrzanie do 56° C, w ciągu pół godziny. Autorowie ci doszli do wniosków, że:

1) serologiczne zachowanie się królików uodpornionych prątkami duru i X_{19} odpowiada odczynom Widala i Weil Felixa u ludzi;

2) dodatni Widal przy durze brzusznym bywa swoisty po przebytym, durze lub szczepieniu tyfusowym i nieswoisty powodowany zdolnością wieloaglutynacyjną surowicy chorych na dur osutkowy;

3) w przeciwieństwie do duru osutkowego u ludzi, u królików uodpornionych odmieńcem X_{19} aglutynacja laseczników duru brzusznego nie występuje, występowanie zaś w tych samych warunkach swoistego Widala jest zależne od istnienia u królików własności samoistnej aglutynacji osutkowej.

Raabe. **Studja nad muchą domową.** Praca ta zawiera studja robione nad biologją muchy domowej w jesieni i zimie. Podług wniosków autora mogą przetrwać zimę tylko jaja, czerw lub poczwarka. Zwłaszcza czerwie są bardzo wytrzymałe na zimno, mogą przetrzymać ciepłotę nawet poniżej 0°., o ile znajdują się w butwiejącej substancji. Muchy dojrzałe nie mogą zimować, w stanie uśpienia życie ich jest zależnie od obecności wody i ciepłoty powyżej 0°.

W. Szenajch. **Z epidemji influenzy w Warszawie.** Opis epidemji influenzy obejmuje okres od lipca 1918 do 21 lutego 1920 r. i zawiera 1189 przypadków śmiertelnych. Widoczną tutaj jest wybitna różnica między epidemją 1918/1919 roku, a nasileniem z roku 1919/1920: W latach 1918/1919 spostrzegamy stopniowy kilkunastotygodniowy rozwój i powolny spadek, podczas gdy w 1919/1920 następuje gwałtowny dwutygodniowy rozwój i szybki spadek epidemji infuenzy.

Z. 2.

L. Hirschfeld i H. Hischfeldowa. **Badania serologiczne nad rasami ludzkiemi.** Opierając się na twierdzeniu Landsteinera, iż w normalnej surowicy ludzkiej istnieją izo-aglutyniny, autorowie badali, czy we krwi rozmaitych narodów i ras są różne cechy, dające się wyrazić zapomocą metod serologicznych. Badania były przeprowadzone w Macedonji na żołnierzach armij europejskich oraz na niektórych rasach azyatycko-afrykańskich. Badania te wykazały, że cecha A (odpowiadająca grupie II-giej autorów anglo-amerykańskich) jest charakterystyczną dla ludów Europy — 40% — zaś cecha B (grupa III) — dla ludów azjatycko-afrykańskich. Stanowisko pośrednie zajmują arabowie, rosyanie i żydzi.

Między ludami europejskiemi najmniej B posiadają anglicy (10%), im dalej zachodu a bliżej wschodu, tem większa jest ilość B, która dochodzi wreszcie u indusów do 60%. Autorzy dyskutują możliwość podwójnego pochodzenia ras serologicznych, z których B pozostało na wschodzie (prawdopodobnie w Indjach), A w środkowej lub północnej Europie.

F. Przesmycki. **O typach meningokoków.** W pracy tej autor podaje, iż podczas ostatniej epidemji nagminnego zapalenia opon mózgowych w Warszawie 1919 i 1920 r. przeważał typ A dwoinek drętwicy karku — 85%. — W różniczkowaniu, uważając metodę Bordet-Gengou i fermentację cukrów tylko jako środek pomocniczy, posługiwał się autor aglutynacją, używając surowic aglutynacyjnych, otrzymanych przez dożylne uodpornianie króli świeżemi hodowlami.

F. Venulet. **Epidemjologja przypadku cholery w Łodzi 1919 r.** Autor opisuje przypadek cholery zawleczony z Kowla, który, pomimo istnienia nosicieli i złych warunków sanitarnych, nie przyczynił się do rozszerzenia cholery. Autor przypisuje to zmniejszonej zjadliwości wyosobnionego szczepu, co doświadczalnie stwierdził na zwierzętach.

Z. Milińska. **Badania nad diplostreptococcus epidemicus.** Badania nad ostatnią pandemją influenzy w Warszawie z końcem 1919 r. i z początkiem 1920 r. wykazały obecność *diplostreptococcus epidemicus* prawie w każdym przypadku (na 66 przypadków wyhodowano je w 57). Badania nad *diplostreptococcus epidemicus* dały spostrzedz, iż najbardziej charakterystyczną cechą jest zmienność form, pod względem zaś zachowania się na cukrach dadzą się podzielić na pięć grup, których wspólną wybitną cechą jest hemoliza, dająca się określić, podług autorów amerykańskich, jako »beta«.

St. Sierakowski. **O powikłaniu czerwonki odmieńcem.** Badając kały chorych na czerwonkę autor wyosobnił w kilku przypadkach sam szczep Shiga-Kruze, w innych zaś sam szczep odmieńca lub też szczep Shiga-Kruze i odmieńca równocześnie i spostrzegł, iż obecność odmieńca wpływa bardzo ujemnie na przebieg czerwonki. Stosowanie surowicy przeciwczerwonkowej w przypadkach, gdzie wyosobniono odmieńca, nie wykazało dodatniego wpływu, pomimo, iż zastrzykiwano w dość wczesnem stadjum i w ilościach bardzo dużych.

F. Venulet. **Dalsze spostrzeżenie w dziedzinie serodjagnostyki syfilisu** (Wassermann, Meinicke, Sachs-Georgi). Autor widzi w odczynie Meinicke nową erę w serodjagnostyce syfilisu, twierdząc, iż odczyn Meinickego może zastąpić odczyn Wassermanna, jednak dla celów praktycznych radzi wykonywać jednocześnie obydwa odczyny. Odczyn Sachsa i Georgi'ego nie posiada samodzielnego znaczenia, ponieważ ulega wahaniom i nie zawsze daje reakcje swoiste.

L. Anigstein. **Żółtaczka zakaźna w świetle ostatnich badań.** W pracy tej autor opisuje przebieg kliniczny żółtaczki zakaźnej, jej etjologię, jak również i morfologię zarazka, wywołującego tę chorobę. Co się tyczy morfologji, to istnieją dwa poglądy: 1) Zülzer zalicza krętek Weila do właściwych spirochet, których główną cechą morfologiczną jest obecność nici osiowej na końcach zaopatrzonej w ziarenko; 2) Noguchi nie uznaje zarówno nici osiowej, jak i nitki końcowej. Zdaniem zaś autora badacze europejscy i amerykańscy posiadali rzeczywiście dwie różne odmiany tego samego zarazka, które nietylko różnią się morfologicznie, lecz i patogenetycznie, a mianowicie: szczep japoński wywołuje do 30% śmiertelności, podczas gdy w Europie umierało wszystkiego 3%. *Z. Milińska* (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Archives of internal medicine.

Styczeń 1922.

L. Reynolds i C. W. Mc. Clure. **Rentgenologicznie stwierdzone ruchy prawidłowego żołądka oraz przy bolesnym wrzodzie żołądka.** Spostrzeżenia na ludziach zdrowych stwierdzają, że odźwiernik otwiera się (po każdorazowem zbliżeniu się doń fali ruchu robaczkowego) miarowo, co 20 sekund. Wypróżnienie całkowite następowało po 5 godzinach, w jednym tylko przypadku po 7 godzinach. Ruch na żołądkach z wrzodami przedstawiał kilka rodzajów nieprawidłowych, a to: 1. zbytni i 2. niemiarowy ruch, 3. częściowy lub chwilowy albo 4. stały kurcz odźwiernika, 5. ruch robaczkowy w przeciwnym kierunku, 6. opóźnione lub 7. zbyt szybkie wypróżnienie. Początek bólu przypadał na początek jakiegokolwiek z tych prawidłowych ruchów. Nie można jednak uzależnić bólu jedynie od ruchów, jak to czynią Carlson i Hardt, ani od rozdęcia żołądka z powodu gwałtownego skurczu powyżej miejsca rozdętego, jak to czyni Hurst. W większości przypadków widać czasowy związek bólu z ruchami robaczkowemi, a leki, jak dwuwęglan sodowy, działają na obydwa objawy równocześnie, gdyż z bolem znikają wtedy i ruchy nieprawidłowe, istnieją jednak spostrzeżenia prawidłowych ruchów z bólem a skurczu odźwiernika zupełnie bez bólu. Nie wolno tedy jeszcze twierdzić o przyczynowym związku między obydwoma procesami.

S. O. Freedlander i C. H. Lenhart. **Spostrzeżenia kliniczne nad krążeniem włoskowatem.** Autorzy badali pod mikroskopem, metodą Weissa naczynia włoskowate u brzegu paznokcia. (Arch. f. kl. M. 3: 119, 1916 i M. m. W. 64: 609, 1917). Można rozpoznać odruch naczynio-ruchowy po włożeniu ręki do zimnej wody w skurczu przedwłoskowatych tętniczek i żył, 2. zupełny zastój w krążeniu włoskowatem podczas wstrząsu i zapadu, 3. powolne i słabe krążenie podczas krwawienia, 4. ogromny zastój przy niewyrównanych wadach serca, 5. tętno pod paznogciami jako tylko wrzekomowłoskowate, gdyż tętnią właściwie małe tętniczki, 6. nadmierny stan napięcia tętniczek przy przewlekłych cierpieniach nerek, ustępujący po azotynie amylowym, oraz 7. wydłużenie, zwężenie i skręcenie naczyń włoskowatych w miażdżycy tętnic. Nie stwierdzono żadnych zmian przy zatruciach, rzekomo uszkadzających naczynia włoskowate, t. j. rtęcią, salwarsanem

itd., ani t. zw. „*capillaritis*“, opisywanej przez Weissa, przy ostrem zapaleniu nerek i płonicy.

W. S. Mc. Cann. **Zapotrzebowanie białka w gruźlicy.** U 10 chorych na gruźlicę płuc zbadano podstawową przemianę materji, zapotrzebowanie kaloryj oraz równowagę azotową, celem oznaczenia najmniejszej ilości białka, pozwalającej jeszcze na dodatni bilans azotowy; przy niedoborze białka oznaczono potrzebną ilość tłuszczu i węglowodanów ze względu na ich własność »oszczędzania białka«. Okazało się, że najmniejszy wydatek azotu (2,5—4,5 g na dzień, a 0,041—0,093 g na kg wagi) powoduje djeta, przewyższająca 1,1—2,4 razy podstawowe zapotrzebowanie osobnika, a zawierająca 39—70% kaloryj w postaci węglowodanów. Bilans azotowy dodatni można odzyskać, podając 37—44 g białka, w połowie zwierzęcego, oraz wielkie ilości węglowodanów i tłuszczów, przewyższające wartość kaloryczną podstawowego zapotrzebowania 1,7—2,4 krotnie. O ile bilans pozostaje ujemnym, to prawdopodobnie z powodu niezdolności ustroju strawienia tak wielkich ilości pokarmu, a nie z powodu zwiększonej przemiany materji w gruźlicy. Jeżeli ogólna djeta zawiera tyle węglowodanów i tłuszczów, że suma kaloryj wynosi mniej jak 1,7 razy podstawowe zapotrzebowanie, to celem uzyskania równowagi azotowej, trzeba podać 60 -90 g białka. Wynika stąd, że optimum dla obłożnie chorego wynosi 60—90 g białka, a w sumie 2500 kaloryj. Każdy ruch wymaga dalszych dodatków tłuszczu i węglowodanów.

J. A. E. Eyster i G. E. Fahr. **Spostrzeżenia nad wpływem chinidyny na migotanie przedsionków.** Opis dwóch przypadków migotania; w pierwszym, połączonym z organicznem schorzeniem serca i niedomogą mięśnia, chinidyna wywołała podmiotowo bicie serca i duszność, przedmiotowo trzepotanie na przemian z migotaniem, przyśpieszenie tętna i ogólny wzrost niedomogi. Musiano odstawić lek, rozpocząć leczenie naparstnicowe, które poprawiło znacznie stan ogólny, aczkolwiek nie zniosło migotania. W drugim przypadku migotania pogrypowego u młodzieńca bez innych objawów ze strony serca — chinidyna w ogólnej ilości 2,50 g podanej w przeciągu 3 dni doprowadziła poprzez trzepotanie do trwałej miarowości. Wyniki zgadzają się ze znanemi dotychczas, podającemi 50% usunięcia m. a to drogą poprzez trzepotanie, stanowiące może przyczynę ciężkich czasem objawów. Czasem serce równoważy wpływy migotania na krążenie w sposób zadowalający, szczególnie przy pomocy naparstnicy, a usunięcie nagłe niemiarowości wywołuje niepotrzebne zaburzenia równowagi, jak to pokazał przypadek pierwszy. Możliwe jest także, że chinidyna zmniejsza kurczliwość mięśnia. Drugi przypadek pokazuje, że w migotaniu bez innych objawów sercowych siła zapasowa serca pozwala na bezkarne przeprowadzenie serca poprzez stan przejściowy chwilowej niedomogi w krążeniu. Chinidynę wolno tedy stosować tylko w szpitalu przy odpowiedniem ciągłem badaniu stanu krążenia zapomocą sposobów fizykalnych i elektrokardjografji.

E. Weiss. **Gruźlica serca.** Opis obrazu klinicznego i sekcyjnego u dwóch młodych, dorosłych murzynów. Objawy kliniczne i badanie fizykalne były niejasne, wskazywały w jednym przypadku na wysięk opłucnej, powiększenie serca, w drugim na ognisko płucne. Sekcje wykazały ogromne gruźlicze włóknistoserowate nacieczenia gruczołów klatki piersiowej, ogarniające osierdzie a w pierwszym przypadku i mięsień sercowy. Płuca były prawie zupełnie wolne, natomiast stwierdzono w pierwszym przypadku podobne nacieki w narządach brzusznych, w drugim powiększone gruczoły krezkowe. Piśmiennictwo poucza, że zajęcie serca następuje wtórnie po zajęciu gruczołów śródpiersia. Ciekawe jest ograniczenie procesu na gruczoły chłonne, prawie zupełny brak zmian w płucach i trudności w rozpoznaniu.

J. Wynn. **Spostrzeżenia nad wśródżylnemi wstrzykiwaniami hypertonicznych roztworów soli w przypadkach kiły nerwowej.** Doświadczalnie stwierdził Weed, Mc. Kibben i i., że wstrzyknięcie hypertonicznego roztworu soli powoduje u kota obniżenie ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, a z tem przemieszczenie dużej ilości płynu podpajęczynowego do wnętrza samych ośrodków nerwowych. Foley podał tedy myśl lepszego wprowadzenia roztworu salwarsanowego lub arsfenaminowego, wstrzykniętego do kanału rdzeniowego, do ośrodków przez równoczesne wstrzyknięcie dożylne hypertonicznego roztworu soli. U kota okazało się rzeczywiście, że wtedy płyn rozdziela się szybko w układzie nerwowym. U człowieka wstrzyknięcie dożylne roztworu soli wywołało rzeczywiście znaczny spadek ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego, zastosowanie tego zabiegu podczas dokanałowego podania (arsfenamino) roztworu fizjologicznego soli zwywołało znaczne rozszerzenie naczyń skórnych, wrażenie gorąca i silne bole głowy, spowodowało zaś w niektórych przypadkach pogorszenie objawów, a nigdy nie widziano jakiejkolwiek poprawy. Sposób ten ma tedy wprawdzie teoretyczne uzasadnienie, żadnego jednak praktycznego znaczenia nie posiada.

R. B. Gibson, F. T. Martini i Mary Van Rennselaer Buell. **Badanie przemiany materji w przypadkach postępowej rzekomo-przerostowej dystrofji mięśniowej i innych zaników mięśniowych.** Zbadano 7 przypadków postępowej rzekomo-przerostowej dystrofji mięśni, po jednym przypadku ciężkiego osłabienia mięśni (myastenji), zaniku mięśniowego po ostrem zapaleniu przedniej istoty szarej i zapalenia mięśni kostniejącego. Jako znamienne cechy dystrofji znaleziono zmniejszone wydzielanie kreatyniny, kreatynurję i niezupełne zniszczenie podanej kreatyny. W większości przypadków otrzymano hypoglikemję i niedomogę tworzenia się glikogenu, ale widziano też i prawidłową ilość cukru we krwi. Potwierdzono zapatrywanie Mc. Cruddena, że obecność kreatynurji odróżnia dystrofję od myastenji, w której znaleziono prawidłową ilość cukru we krwi, brak kreatynurji, opóźnione magazynowanie cukru. W przypadku zaniku pozapaleniowego znaleziono kreatynurję, prawidłowe liczby dla cukru we krwi i normalne tworzenie glikogenu. W przypadku kostniejącego zapalenia mięśni stwierdzono zmniejszone wydzielanie kreatyniny ale bez kreatyny w moczu, zwiększone wydzielanie kwasu moczowego oraz dodatni bilans azotowy, wapniowy, magnezowy. Wpływ gruczołów dokrewnych (szyszynki, wzgl. przysadki) na powstawanie dystrofji wymaga dalszych badań przemiany materji i anatomicznych w podobnych sprawach materji. Przypuszczalnie kreatynurję powoduje zmniejszenie się masy mięśni, gdyż najwięcej się zaznacza w największych zanikach, gdzie też najwięcej znajduje się w moczu doustnie podanej kreatyny.

Tabliczka podaje różnicowanie:

	Kreatynurja	Cukier we krwi	Znoszenie cukru
Postępowa dystrofja	jest	nizki	zmniejszone
Myastenje	niema	nizk. lub prawidł.	zmniejszone
Zanik mięśni	jest	prawidłowy	prawidłowe

Autorzy podają, że w piśmiennictwie polecone leczenie nadnerczem i wapniem nie odniosło żadnego wyniku w ich przypadkach.

Ph. L. Marsh, L. H. Newburgh i L. E. Holly. **Utrzymanie równowagi azotowej w cukrzycy.** Czyniąc zadość żądaniu obniżenia ilości białka w djecie cukrzycowej, trzeba jednak pozostawić tyle białka, aby umożliwić równowagę azotową. Pozatem ogólna ilość kaloryj musi być wystarczająca, by białko zostało użyte tylko do odbudowy tkanek, a nie do wytworzenia ciepła. Tłuszcz oszczędza białko, w większej jeszcze mierze węglowodany. Zwierzę z zapasem tłuszczu spala tę samą ilość tłuszczu bez względu na to, czy mu się poda tłuszcz, czy też zmusza do spalania własnego tłuszczu. To też duży zasób tłuszczu oszczędza białko tkankowe, podobnie jak podany tłuszcz. Po djecie obfitej w białko, wydziela się jeszcze przez kilka dni więcej azotu, niż w dniach po djecie ubogiej w białko. Do zapotrzebowania kalorycznego trzeba jeszcze doliczyć kalorje, potrzebne do przemiany materji samego pokarmu, t. zw. działanie specyficznie dynamiczne, które dla białka wynosi 25—35%, dla tłuszczu 12%, dla węglo-

wodanów 6% kaloryj pokarmu wessanego. Praca zwiększa ogólną, ale nie białkową przemianę materji, o ile innych składników jest dosyć. Dzieci spotrzebowują więcej niż dorośli, między płciami różnicy niema. Gorączkowe choroby zwiększają znacznie niszczenie białka. Djeta cukrzycowa musi się tedy oprzeć na tych zasadach. Zwiększona niekiedy azoturja przy cukrzycy pochodzi, według Noordena, z wielkiej ilości białka w pospolitej djecie cukrzycowej, albo ze skłonności chorego zastępowania białkiem kaloryj węglowodanowych, utraconych w moczu. Weintraud wykazał zaś, że tłuszcz i w tej chorobie oszczędza wydzielanie azotu; w jego przypadkach mniejsze podawanie tłuszczu natychmiast spowodowało ujemny bilans azotowy. Nadmierne wydzielanie azotu u psów, pozbawionych trzustki (Falta), przypisywać należy charłactwu, a nie powstałej cukrzycy. Psy Allena, pozbawione trzustki a forsownie odżywiane, wykazywały stan podobny do ludzkiej cukrzycy bez podwyższenia przemiany azotowej. Na tych zasadach ustalono djetę, zawierającą średnio 0.68 g. białka, 3.28 g tłuszczu, 0.32 g. węglowodanów na kg. wagi ciała. W ten sposób umożliwiano obniżenie poziomu cukru we krwi, usunięcie cukromoczu, a równocześnie równowagę azotową. Djeta ta posiada wyższość nad djetą głodową Allena, gdyż chory tłusty coprawda spalaniem własnego tłuszczu oszczędza własne białko, chudy jednak musi spalać białko własne, przyczem wytwarza cukier zupełnie tak, jak z białka podanego w pokarmie. To też łatwiej odcukrzyć chorych, podając dużo tłuszczu i nieco węglowodanów, niż głodem. Autorzy podają 12 przykładów lżejszej i cięższej formy, które doprowadzili zapomocą djety na powyższych zasadach zbudowanej do odcukrzenia i równowagi azotowej.

De Wayne, G. Richey i W. W. G. Maclachlan. **Drobnoustrojowe tętniaki zatorowe w tętnicach obwodowych.** Dwa przypadki, spostrzegane klinicznie i sekcyjnie. W jednym zgon nastąpił nagle wśród objawów bolu w dołku podsercowym z powodu pęknięcia tętniaka tętnicy krezkowej górnej, w drugim stwierdzono za życia wadę zastawkową i łańcuszkowca ślinowego (*Streptococcus salivarius*) we krwi i duży guz tętniący pod prawem kolanem. Chory umarł wśród objawów ogólnego zakażenia a sekcja stwierdziła tętniak tylnej tętnicy goleniowej. W obu przypadkach powodem było zapalenie wsierdzia, prawdopodobnie drobnoustrojowego pochodzenia, chociaż tylko w jednym przypadku otrzymano bakterjologiczne potwierdzenie. Eppinger tłumaczy powstanie tętniaków odczynowem zapaleniem ścian naczynia z powodu zakaźnego zatoru, przechodzącem z błony wewnętrznej aż do zewnętrznej i powodującem pęknięcie wewnętrznej błony sprężystej, a tem samem rozszerzenie tętnicy. Benda przypuszcza też możliwość zakażenia przerzutowego drogą naczyń naczyniowych, autorzy zaś uznają możliwość kombinacji obu sposobów powstawania. Pamiętać należy o tem, że cierpienie jest tylko jednym z objawów podostrego drobnoustrojowego zapalenia wsierdzia, wszelkie tedy zabiegi chirurgiczne przy takich obwodowych tętniakach są bezowocne, a nawet szkodliwe. *Ziemilski.* (Lwów).

Choroby dzieci.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

T. XXII. Z. 2. i 3. 1921.

G. Kuntze. **Podściółka tłuszczowa i stan odżywienia u dzieci.** W r. 1920 przeprowadził autor na przeszło 1000 dzieciach lipskich szkół powszechnych pomiary podściółki tłuszczowej na brzuchu według Federa, które w przecięciu były o połowę mniejsze, niż pomiary Neumanna za czasów pokoju, a cztery razy mniejsze od pomiarów Batkin'a na dzieciach szwajcarskich. K., mierząc wiosną i jesienią stwierdził, że u chłopców przez lato podściółka tłuszczowa maleje a u dziewcząt się zwiększa. Metoda ta ułatwia określenie stanu odżywiania razem z wyglądem, wagą i wzrostem lecz podlega również błędom, jak wszystkie inne podobne metody.

H. Beumer i H. Hellwig. **O znaczeniu śledziony w przypadkach zastrzykiwania adrenaliny i sodu nukleinowego.** Badania doświadczalne na 2 królikach w pracowni kliniki dziecięcej w Düsseldorfie wykazały, że w 15—45 min. po zastrzyknięciu 1 mg adrenaliny występuje względna i zupełna limfocytoza, po której później następuje leukocytoza wielojądrzasta. Zjawisko to nie ulega zmianie w razie poprzedniego wywołania silnej leukocytozy za pomocą zastrzyknięcia sodu nukleinowego. Tesame doświadczenia powtórzone u tychsamych królików po wyjęciu śledziony, dowiodły, że zabieg ten nie wpływa bynajmniej ani na ilość hemoglobiny ani na ilość ciałek czerwonych krwi.

C. Thieman. **Nietypowy krztusiec i rozpoznanie bakterjologiczne.** Autor poszukiwał w 4 przypadkach nietypowego krztuśca u niemowląt prątków Bordet-Gengou'a. W jednym przypadku otrzymał wynik ujemny, w 3 zaś znalazł prątki, choć w jednym dopiero po kilkakrotnem poszukiwaniu. Prątki wyrastały na agarze krwawym Schottmüllera i były aglutynowane przez surowicę ozdrowieńców. Badania te miały tylko znaczenie teoretyczne, gdyż przychodziły zawsze za późno. Równocześnie badana krew wykazała tylko w jednym przypadku powiększenie liczby białych ciałek do 42100 i limfocytów do 76% a w drugim 31900 białych ciałek lecz nietypowy odsetek (52%) wielojądrzastych.

Marta Bardach. **O nagminnem zapaleniu mózgu u dzieci.** Epidemja zapalenia mózgu, która w Niemczech panowała przez cały rok 1920, nawiedziła Düsseldorf w bardzo słabym stopniu i trwała w zmiennem, nie związanem z porą roku, nasileniu przez rok 1921. W maju t. r. leżało w wszystkich szpitalach Düsseldorfu tylko 35 chorych na zapalenie mózgu a w tem 13 dzieci w akademickiej klinice dziecięcej. Autorka opisuje wszystkie spostrzegane objawy w sposób bardzo dokładny. Pomiędzy objawami wtórnemi spostrzegano w jednym przypadku obraz Parkinsona. Leczenie było zawsze bezowocne. Rokowanie uważa autorka zawsze za ciężkie; z jej przypadków 2 zakończyły się śmiercią. Związek etjologiczny z grypą autorka neguje.

A. Schulte. **O znaczeniu objawu twarzowego (Chvostka) w wieku szkolnym.** Autor badał ogółem 1648 dzieci na istnienie objawu Chvostka i to 881 z obu szkół ludowych miejskich a 767 wiejskich. Ze wszystkich znalazł go w 139 przypadkach (8,4%) a mianowicie u 96 czyli 11% dzieci miejskich a tylko u 43 czyli 5,6% dzieci wiejskich t. zn. prawie o połowę mniejszy odsetek. Stan ten tłómaczy autor gorszemi warunkami mieszkaniowemi i odżywczemi dzieci miejskich. Ze 127 przypadków równocześnie badanych na pobudliwość elektryczną w 74 tj. 58% wykrywano ją. Latem powtórzone badania stwierdziły mniej częstą pobudliwość mechaniczną nerwu twarzowego a za to częstszą pobudliwość elektryczną. Porównując te wyniki z danemi anamnestycznemi co do kurczów i z badaniem matek na objaw Chvostka (na 40 dodatnich 16) stwierdza autor, że w $^2/_3$ przypadków zachodzi skaza tężyczkowa czyli że objaw twarzowy ma również znaczenie w wieku szkolnym. Co do płci znajdował objaw ten u 11% chłopców, 7,8% dziewcząt.

Géza Petényi. **W sprawie przeciwciał w mleku matczynem.** Z 4 niemowląt od 1—5 miesięcy, wystawionych na zakażenie odrą, a karmionych piersią, nie zachorowało żadne. Z 10 sztucznie odżywianych starszych niemowląt, które odry nie przechodziły, po dwukrotnem częściowo narażeniu na odrę i zastrzyknięciu 10 ccm mleka kobiecego względnie siary, zachorowało 3. Przeciwciała znajdują się w mleku tylko krótko po porodzie.

Hirsch i Moro. **W sprawie teorji o gorączce solnej.** Już dawniejsze badania autorów wykazały, że gorączka solna, która nie ma nic wspólnego z gorączką wywołaną przez serwatkę i cukier, powstaje zawsze przez podanie większej ilości soli kuchennej do przewodu pokarmowego a tylko w specjalnych przypadkach przy podaniu dożylnem soli. Doświadczenia Lövegren'a, który przez zastrzykiwanie soli do żyły bramnej wywoływał zawsze gorączkę w przeciwieństwie do zastrzyków dożylnych na obwodzie, wykazały, że decydującą rolę odgrywa tutaj wątroba. H. i M. chcieli swoje przypuszczenie, że w wątrobie sól działa na zakończenia nerwu współczulnego, potwierdzić doświadczalnie, gdy Usener wapniem zatamował cukromocz adrenalinowy u królika w 14 dni po przecięciu nerwów trzewnych i wywnioskował, że skutek ten musi polegać na działaniu obwodowohamującem wapnia na zakończenia nerwu współczulnego w wątrobie. Na podstawie

tego wniosku i zupełnego antagonizmu pomiędzy jonami sodu i wapnia wyjaśniają H. i M. cukromocz solny jako podrażnienie zakończeń nerwu współczulnego w wątrobie, i w ten sam sposób tłumaczą gorączkę solną, która według H. Freund'a jest »zaburzeniem równowagi w autonomicznym systemie nerwowym na korzyść nerwu współczulnego«.

Fr. Ksawery Cieszyński (Warszawa).

Fortschritte der Medizin.
1921. R. 39. Nr. 28. — 30.

A. Czerny. **Mleko suszone w odżywianiu dzieci.** Mlekiem suszonem można w zupełności zastąpić świeże, jeżeli ono odpowiada 3 warunkom, tj.: 1) jeżeli łatwo rozpuszcza się w wodzie, 2) jeżeli można je przechowywać przez tygodnie i miesiące, i nie traci na dobroci, 3) jeżeli nie zmienia się ani smak ani zapach mleka ani własności chemiczne mające znaczenie dla odżywiania. Do tych zalet mleka suszonego, które pozwalają na łatwe przewożenie go na wielkie odległości a zwłaszcza z okolic rolniczych do ośrodków wielkomiejskich i przemysłowych i przechowywanie go bez specjalnych chłodni przez długi okres czasu, dochodzi jego jałowość, która zawsze jest większa niż w mleku świeżem, ponieważ zarazki bez wilgoci nie mogą się rozwijać. Istnieje jedynie obawa teoretyczna przed rozwojem gnilca przy wyłącznem karmieniu suszonem mlekiem, chociaż spostrzeżeń takich dotychczas niema. Dla wszelkiej pewności dodawał autor dzieciom żywionym mlekiem suszonem w klinice berlińskiej trochę świeżego soku owocowego. Z drugiej strony udawało się w jego i w wiedeńskiej klinice wyleczyć dzieci z objawami gnilca mlekiem suszonem tak jak świeżem.

S. Rosenbaum. **Spostrzeżenia w przypadkach zatrucia sublimatem.** W klinice dziecięcej w Marburgu spostrzegano szczegółowo 2 przypadki zatrucia sublimatem u niemowląt, którym w celu leczenia kiły dziedzicznej wstrzyknięto domięśniowo 0,06 zamiast 0,006 wzgl. 0,07 zamiast 0,007 tego środka przez pomyłkę. Objawy zatrucia wystąpiły już w pół godz. po zastrzyknięciu w postaci złego samopoczucia, kilkakrotnych wymiotów i rozwolnienia. Następnego dnia już był zupełny bezmocz, trzeciego dnia kilka kropel moczu, w których stwierdzono rtęć, białko, wałeczki z kuleczek tłuszczowych, liczne białe i nieliczne czerwone ciałka krwi. Później dziecko oddawało mocz w ilości 200 ccm., lecz mimoto o ciężarze właściwym 1007—1011. Obrzęki jednak były zaledwie dostrzegalne, zawartość wody we krwi podniosła się w drugim przypadku z 86,8% do 94,0% a ciśnienie krwi do 160. Mimo zatrzymywania składników rozpadowych nie było ogólnej mocznicy, tylko w pierwszym przypadku, w którym dziecko cierpiało na tężyczkę, wystąpiły 11 dnia kurcze drgawkowe górnych kończyn i porażenie lewego nerwu twarzowego, które trwały przez 3 dni aż do śmierci i które autor uważa za objaw mocznicy rzucawkowej. Prawie zupełny brak obrzęków tłómaczy autor przeciwobrzękową działalnością rtęci. Pod koniec wystąpiło owrzodzenie podniebienia i zaczerwienienie śluzówki jamy ustnej. Na sekcji znaleziono przerost serca, zgrubienie śluzówki prostnicy i typowe zmiany zwyrodnienia w nerkach.

Fr. Ks. Cieszyński. (Warszawa)

Monatsschrift f. Kinderheilkunde.
XXI. Z. 3. 1921.

Krüger. **Czas zalegania pokarmu w żołądku oseska w warunkach fizjologicznych i patologicznych.** Badania czasu wypróżniania się treści żołądkowej u przeszło 100 zdrowych i chorych osesków, przeprowadzone zapomocą prześwietlenia wykazały następujące wyniki:

U osesków zdrowych, karmionych piersią treść żołądkowa przebywa do $3^1/_2$ godzin po spożyciu, zaś u karmionych mlekiem krowiem nierozcieńczonem do 4 godzin. Inne mieszaniny mleczne wykazały u osesków zdrowych następujące okresy czasu przebywania w żołądku: Mleko w połowie rozcieńczone do $3^1/_2$ godz., zaprażka z mąki, masła, cukru i mleka do 4 godz., mleko z masłem do 4 godz., mleko białkowe do 4 godz., papka na mleku nierozcieńczonem do $4^1/_2$ godz. Prześwietlania osesków chorych na zaburzenia w trawieniu dały te same wyniki, jak u zdrowych za wyjątkiem przypadków kurczu odźwiernika, u których wystąpiło znaczne opóźnienie wypróżnienia treści żołądkowej, aż do 8 godzin, zwłaszcza przy pokarmie o znacznej zawartości tłuszczu, przyczem pokarm gęsty wypróżniał się szybciej, aniżeli płynny. Znaczne zwolnienie ruchomości żołądkowej wykazały oseski o konstytucji mniej wartościowej, po przewlekłych zaburzeniach odżywiania. Łaknienie nie wpływa na czas przebywania treści żołądkowej.

Behrens. **Przypadek zatrucia żywnościowego przez przekarmienie białkiem przy braku węglowodanów.** Przyczynek do badań Moro'a w kierunku wyświetlenia genezy zatrucia żywnościowego, które wykazały, że nie węglowodany, lecz białko, a raczej jego produkty rozpadu, wchłonięte przez pierwotnie uszkodzoną przez węglowodany ścianę jelit, wywołują zatrucie organizmu. Autor przytacza spostrzeżenie kliniczne u 8 miesięcznego oseska o następującym przebiegu: Przez 2 tygodnie zaburzenia odżywiania leczone djetą węglowodanową bez objawów zatrucia. Po 3-dniowem podawaniu strawy wyłącznie białkowej nagle wystąpiły objawy zatrucia z gorączką i zamroczeniem przytomności, które po usunięciu białka i dodaniu cukru ustąpiły. Badania te nie wyświetlają mechanizmu zatrucia. *Hescheles.* (Lwów).

Chirurgja.

Presse médicale N. 53.

Georges Audain. **Czego nie należy lekceważyć przed zabiegami chirurgicznemi?** Autor zwraca uwagę, że nakazane przez zwyczaj badania, poprzedzające zabieg chirurgiczny w uśpieniu, chybiają celu. Jego zdaniem niezbędne jest badanie moczu, układu sercowo-naczyniowego i krwi, lecz wykonywane w sposób następujący: 1) Mocz zwykle badało się na białko i cukier. Otóż, pomijając ciężkie stany białkomoczu i cukrzycy, obecność tych składników nie jest jeszcze przeciwwskazaniem do zabiegu operacyjnego. Natomiast więcej uwagi poświęcić należy obecności acetonu i kwasu acetooctowego, a zwłaszcza urobiliny, ta bowiem świadczy o czynnościowej niedomodze wątroby i wyklucza wskutek tego stosowanie uśpienia chloroformowego. 2) Badanie układu sercowonaczyniowego ogranicza się zwyczajnie do badania serca. Znowu pomijając ciężkie wady, mniejsze, wyrównane nie stanowią przeciwwskazania dla uśpienia. Natomiast badanie ciśnienia daleko lepsze daje pojęcie o sprawności serca i naczyń. Zapomocą przyrządu Vaquez-Laubry'ego dane przeciętne są następujące: ciśn. najwyż. 12—13, ciśn. najn. 7—8. Ciśn. najw. poniżej 11 i ciśn. najn. poniżej 6 są nieprawidłowe i chory taki musi kilka dni przed zabiegiem otrzymywać wyciąg z nadnerczy bądź do ust 30 kropli 3 razy dziennie, bądź pod skórę 10—15 kropli roztworu 1:1000. Lian słusznie zwrócił uwagę na cenność wskazówek, jakie nam daje wzajemny stosunek liczb ciśnienia najwyższego i ciśnienia najniższego. Mianowicie u chorego z ciśnieniem wzmożonem ciśnienie najniższe równać się powinno 2+ połowa ciśn. najwyższego. U osób z ciśn. nizkiem ciśn. najn. = 1+ połowa ciśn. najw. Zbliżenie się wzajemne liczb ciśn. najw. i najn. jest wskazówką niedomogi sercowej i nakazuje leczenie nasercowe przed i po zabiegu. 3) Badanie krwi pozwala nam wytworzyć dobre pojęcie o stanie sił obronnych ustroju. O ile liczba białych ciałek krwi spada poniżej 6000, chory znajduje się w stanie obrony upośledzonej. Musimy starać się zwiększyć leukocytozę przez zastrzykiwanie mu 20 ccm. elektrargolu lub 6 cm. lantolu, lub wreszcie w przypadkach cięższych nuklinian sodowy. A więc gdy jest urobilina, nie należy stosować chloroformu, gdy ciśnienie jest obniżone, należy stosować wyciąg z nadnerczy, gdy ciśn. najw. i najn. są zbliżone, należy leczyć serce, gdy ilość leukocytów jest mała, należy zwiększyć ilość białych ciałek krwi.

Presse medic. 1921. N. 86.

René Leriche et Jean Haour. **Sposób oddziaływania wycięcia zwojów i nerwów współczulnych wokółtętniczych na gojenie się tkanek i zabliźnienie ran.** Wpływ wycięcia zwojów i nerwów współczulnych na zabliźnienie się ran i owrzodzeń jest obecnie rzeczą ustaloną i przykłady tego wpływu stają

się coraz liczniejsze. Na podstawie doświadczenia można stwierdzić, że wpływ ten polega na rozszerzeniu naczyń obwodowych, które powstają poniżej tętnicy, na której dokonano wycięcia splotu współczulnego, w parę godzin po zabiegu. Jak wykazał Heitz, towarzyszy mu wzmożenie ciśnienia obwodowego i podniesienie miejscowe ciepłoty. U królika, po jednostronnem wycięciu zwoju szyjnego, na obydwóch uszach w odpowiednich zupełnie miejscach zrobiono dwie zupełnie identyczne co do wielkości i głębokości rany. Po stronie, gdzie wycięto zwój współczulny rana jest soczystsza, lepiej ukrwiona, ziarnina ma wygląd lepszy, naskórek prędzej się nasuwa na ranę. Na dziewiąty dzień rana jest zabliźniona, na drugiem uchu — na piętnasty. Blizna po stronie, gdzie dokonano wycięcia, jest ruchoma, cienka, gładka, odpowiada wymiarom rany, po stronie drugiej jest grubsza i nieco skurczona. Tego wyraźnego wpływu na gojenie się ran nie można przypisać oddziaływaniu nerwowemu, lecz li tylko zmianom w krążeniu krwi, powstałym wskutek zabiegu. Zmianie ukrwienia przypisać należy przyśpieszenie gojenia, t. zw. owrzodzeń odżywczych i ran gnuśnych (*atonicus*), po wycięciu zwojów i nerwów współczulnych.

A. C. Guillaume. **Rokowanie w ostrej niedrożności jelit.** Presse médicale 1921. N. 83.

Autor wykonał bardzo żmudną, lecz i bardzo potrzebną pracę, opracował bowiem dane statystyczne z piśmiennictwa i swoje własne, tyczące się ostrej niedrożności jelit. Artykuł prawie całkowicie składa się z danych liczbowych i dlatego do streszczenia się nie nadaje; jednakże najważniejsze dane zasługują na przytoczenie. Śmiertelność ogólna wynosi 63,2% (dane tyczą się tylko przypadków operowanych). Zestawienia z lat ostatnich wykazują nieco mniejszą śmiertelność, a to z powodu: 1) ulepszeń techniki operacyjnej i 2) wcześniejszego rozpoznania i operowania. Co się tyczy poszczególnych postaci niedrożności i częstości ich, to: zmiany organiczne i zrosty ścian stanowią 44% wszystkich niedrożności i wykazują 50% śmiertelności; niedrożność pochodzenia otrzewnowego (przepukliny wewnętrzne, zrosty, zlepy otrzewnowe) 24.8% i 67%; zatkania kamieniem żółciowym 0,91% i 80%, nowotwory 26% i 64,3%, uchyłek Meckel'a 4% i 63,6%. Porównywując dane dla przepuklin uwięzgniętych i niedrożności jelit, widzimy, że ta ostatnia wykazuje większą śmiertelność, lecz różnica ta znika, jeżeli porównamy wyniki operacyj obydwóch tych schorzeń, lecz tylko przypadków jednakowo długo trwających. Różnica ta zależy bowiem przeważnie od późniejszego zwykle rozpoznania i operowania niedrożności, niż uwięzgniętej przepukliny. Krytycznym punktem jest trzecia doba, później śmiertelność znacznie się zwiększa. Autor więc wobec tego nawołuje do jak najwcześniejszego rozpoznania niedrożności jelit i niezwłocznego operowania, albowiem tylko wczesny zabieg może polepszyć dotychczas tak złe rokowanie tego schorzenia. *A. Wojciechowski.* (Warszawa).

Archiv für Klinische Chirurgie.
1921. T. 116. Z. 1.

1. W. Denk. **Studja nad przyczynami i zapobieganiem powstawania pooperacyjnego wrzodu jelita czczego.** Ilość operowanych z powodu wrzodu trawiennego żołądka wzrasta stale, a z nią i częstość wrzodu traw. jelita czczego; w r. 1920. opisano już 309 przypadków. Autor omawia pierwotny wrzód jelita, pooperacyjny wrzód w miejscu przetoki — »żołądkowo-jelitowy« — i wrzód trawienny samego jelita czczego, oraz teorje ich powstawania, a mianowicie: 1) teorję mechaniczną, odnoszącą powstawanie wrzodu do ucisku zaciskadeł, drażnienia przez nitki jedwabne, uderzania pokarmu o ścianę przeciwległą przetoce, z podaniem przypadków klinicznych i wyników doświadczeń własnych na psach, 2) teorję chemiczną, uwzględniającą nadkwaśność, zaleganie treści, różne metody operacyjne, 3) teorję o zaburzeniach w krążeniu, powodujących miejscową niedokrewność i strawienie, mogących też występować na tle kiły, miażdżycy etc, 4) teorję nerwową, analogiczną do odpowiedniej teorji powstawania wrzodu żołądka; tu blizna ma być źródłem podniet drażniących unerwienie, powodujących miejscowe skurcze naczyń z następowem niedokrwieniem i strawieniem. Po wycięciu wrzodu żołądka u zwierząt nie udało się autorowi wywołać wrzodu trawiennego jelita, natomiast u ludzi opisano — takich wrzodów po wycięciu 10; autor zaś spostrzegał 3. Za zasadniczą przyczynę wrzodów pooperacyjnych uważa autor pierwotne uszkodzenie błony śluzowej różnego pochodzenia i następowe trawiące działanie soku żołądkowego przy istniejącem usposobieniu. Dla zapobiegania poleca jako zabieg wycięcie z możliwie rozległem wycięciem błony śluzowej, przy przetoce zaś unikanie wszelkich jej uszkodzeń, przyczem należy złączyć z żołądkiem pętlę możliwie krótką; po operacji powinno się stosować długotrwałą djetę (bezmięsną!), unikać alkoholu i tytoniu, przy podawaniu atropiny lub jej podobnych. Zresztą żadna metoda operacyjna nie zabezpiecza z pewnością przed wrzodem trawiennym jelita.

M. Sgalitzer. **Z djagnostyki roentgenologicznej chorób przełyku, w szczególności raka przełyku.** Omówienie własnej metody badania roentgenograficznego przełyku zapomocą dwóch zdjęć w płaszczyznach do siebie prostopadłych, przy kierunku promieni strzałkowych i czołowych, w zastosowaniu do rozpoznania różniczkowego guzów, zwężeń bliznowatych i skurczowych oraz uchyłków przełyku. Na licznych, wyrazistych reprodukcjach objaśnia autor dane rozpoznawcze — jakoto postać i kontury wypełnienia przy raku przełyku i jego powikłaniach: rozszerzenie powyżej guza, zwężeniu, ucisku na tchawicę, przebiciu do dróg oddechowych. Zdjęcie przy czołowym kierunku promieni umożliwia dalej rozpoznanie właściwości guza bez użycia środka kontrastowego, gdyż przy takiem zdjęciu guz przedstawia się jako zagęszczenie na tle powietrznych części płuca. Z kolei omawia autor rozpoznanie roentgenologiczne zwężeń dobrotliwych, uchyłków, przemieszczenia przełyku i ciał obcych.

3. W. Denk i A. Winkelbauer. **O zachowaniu się tchawicy po operacjach wola.** Sprawą tą dotąd zajmowano się bardzo niewiele. Autor badał tchawice w 51 przypadkach zapomocą zdjęć roentgenowskich, wykonywanych w różnych odstępach czasu po wycięciu wola. W okresie 1—14 dni w niewielu tylko przypadkach nastąpił powrót do stosunków prawidłowych, a większość okazywała przemieszczenie i zwężenie, jak przed operacją lub nieznaczną poprawę, a nawet nowe zmiany. Po 2 tygodniach natomiast zwiększa się ilość przypadków, okazujących zupełną poprawę, a po 6 miesiącach zaledwie jeden przypadek na 17 pozostał bez poprawy. Proces powrotu do stanu prawidłowego jest ukończony dopiero w pół roku po operacji, a dalsze spostrzeganie nie wykazało już żadnego postępu. Autor zwraca uwagę na niezależność objawów duszności od stosunków, dających się przedmiotowo wykazać.

4. O. Marburg i E. Ranzi. **Klinika i leczenie guzów mózgowych ze szczególnem uwzględnieniem wyników końcowych.** Wielka praca, zestawiająca 318 przypadków guzów mózgowych, leczonych na klinice chirurgicznej I we Wiedniu w czasie od 1901 — 1919 r., przez wykonanie zabiegów: 1) w zakresie półkul, 2) na przysadce mózgowej, 3) na móżdżku, 4) w okolicy kąta móżdżkowo-mostowego, 5) operacyj wentylowych. Omówienie danych rozpoznawczych i wskazań oraz techniki. Przeważnie stosowano znieczulenie miejscowe dla zmniejszenia krwotoku; zamiast dłut używano frez; wielokrotnie postępowano dwuczasowo dla uniknięcia nagłych zmian w ciśnieniu; oponę twardą zaopatrywano rozmaicie.

Dokładne daty statystyczne dotyczące śmiertelności, wyleczeń lub poprawy po różnych rodzajach zabiegów. Co do wyboru postępowania, autor poleca, o ile umiejscowienie pozwala, wydobycie guza, o ile zaś nie, możliwie rozległą dekompresję; z zabiegów łagodzących najlepszym okazał się wentyl Cushinga.

5. A. Bier. **Leczenie zachowawcze t. z. gruźlicy chirurgicznej.** Autor ogranicza znaczenie leczenia chirurgicznego gruźlicy do minimum; pospolicie uwzględniane wskazania do zabiegów operacyjnych, według niego, nie mają racji bytu. I tak: 1) tz. pozastawowe (extrakapsularne) ogniska leczą się doskonale zachowawczo; 2) martwaki wsysają się same pod wpływem zachowawczego leczenia; 3) nadwichnięcia dają się wyrównać zupełnie i łatwo bez operacji; 4) operując nie zyskujemy nic na szybkości leczenia, gdyż ognisko nigdy nie jest jedynem, a zawsze wymagane jest dłuższe leczenie

ogólne; 5) ropnie zimne, leczone zachowawczo, znikają same; 6) wiek starszy nie jest żadnem przeciwwskazaniem do leczenia zachowawczego. Do środków leczniczych należą: 1) Słońce (Rollier) i to niekoniecznie górskie (Hohenlychen pod Berlinem), którego działanie autor uważa za pokrewne leczeniu ciałami białkowatemi; 2) przekrwienie żylne bierne; 3) jod, podawany jako jodek sodu. Gipsu nie należy używać, stosować tylko aparaty wyciągowe i inne. Opis zakładu w Hohenlychen.

Także i oporne postacie gruźlicy, jak toczeń guzkowy i brodawkowy, grzyb pochewki stawu kolanowego, twardą postać gruźlicy gruczołów na szyji udało się po dłuższym czasie zachowawczo wyleczyć. Pomimo że materjał leczony w zakładzie należał do postaci najcięższych, osiągnięto 70% wyleczeń, 20% poprawy, przy 3.8% śmiertelności. Wreszcie zwraca autor uwagę na znaczenie słońca w wychowaniu młodzieży, jako czynnika zapobiegawczego szerzeniu się gruźlicy.

6. B r a u n. **Granice miejscowego znieczulenia.** Omówienie różnych sposobów znieczulenia, przedewszystkiem lędźwiowego i krzyżowego, których śmiertelność (zwłaszcza pierwszego) znacznie przewyższa pod tym względem uśpienie ogólne. Uśpienia, którego technika znaczne poczyniła postępy, nie należy zarzucać, lecz umożliwiać lekarzom ćwiczenie się w wykonywaniu jego, gdyż dotychczas ma ono swoje wskazania. Natomiast zatrucia nowokainą dadzą się ograniczyć przez użycie roztworów o nizkiem stężeniu ($^1/_4$% do $^1/_2$%) i odpowiednią technikę wstrzykiwania. W dalszym ciągu następuje omówienie wartości różnych sposobów znieczulenia miejscowego głowy, szyji, tułowia, kończyn, a szczególnie jamy brzusznej, przyczem autor poleca bardzo swój sposób znieczulania nerwów trzewiowych po otwarciu tejże. Znieczulenie miejscowe winno zastąpić około 50% uśpienia ogólnego.

Hilarowicz. (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

IV. P o s i e d z e n i e n a u k o w e z dnia 25 stycznia 1922.
Przewodniczy kol. W o y c i e c h o w s k i. Obecnych członków 76.

1. Kol. B o c z a r interpeluje w sprawie czasopisma lekarskiego. Kol. W o y c i e c h o w s k i i kol. C i e c h a n o w s k i wyjaśniają powody wygórowanej prenumeraty. Nadto kol. C i e c h a n o w s k i omawia warunki Akademji nauk lekarskich w Warszawie w sprawie słownika lekarskiego, zaznaczając, iż Zarząd Akademji zastrzega sobie prawa wydawnicze raz na zawsze. Prawa autorskie zostają jednakowoż przy osobach współdziałających we wydaniu Słownika lekarskiego. Towarzystwo lekarskie otrzymuje 20% z czystego zysku za pierwsze wydanie, a 10% za dalsze, nadto wynagrodzenie dla autorów, którzy przyjmowali udział w pierwszem wydaniu, w kwocie 200.000 Mkp. Oświadczenie powyższe przyjęto jednogłośnie.

2. Kol. R o s n e r okazuje guz większy, niż głowa męska, który jest **mięśniakiem podsurowiczym macicy** nawskroś zmartwiałym. Niektóre miejsca tego mięśniaka okazują obraz martwicy suchej czerwonej, inne i to rozległe rozmiękczynę. Guz pochodzi od osoby 35-letniej, która jest w ciąży. Martwica wystąpiła w 3 m. ciąży i spowodowała atak miejscowego zapalenia otrzewny, dość łagodny. W przypadku tym usunął R. guz, okłuł na ścianie macicy w szypule ogromną ilość naczyń i pozostawił macicę w początku 4 mies. ciąży. Do poronienia nie przyszło. Chora zniosła zabieg doskonale, podobnie jak inna chora, u której R. usunął w początku 6 m ciąży podobnie wielki guz podsurowiczy.

W dyskusji kol. Z u b r z y c k i omawia podobny przypadek, obecnie spostrzegany, a mianowicie u chorej w 3-cim miesiącu ciąży stwierdził objawy, wskazujące na obumarcie włókniaka wychodzącego ze szyjki macicy. W przypadku tym postępuje konserwatywnie.

3. Kol. L e n a r t o w i c z przedstawia; a) przypadek **Dermatitis herpetiformis Duhring**, dotyczący kobiety 38-letniej. Typowe dla tej choroby zmiany na skórze usadowione są głównie na klatce piersiowej, grzbiecie i na przedniej i wewnętrznej stronie ud. Oprócz licznych rumieni w formie kół i odcinków kół o charakterze rumienia wielopostaciowego widać w częściach obwodowych plam rumieniowych pęcherze różnej wielkości ułożone grupami i wypełnione treścią surowiczą, obok nich powierzchowne ubytki przyskórka po zdrapanych pęcherzach, tu i ówdzie strupy. Na błonie śluzowej jamy ust ślady po pękniętych pęcherzykach. Zmianom towarzyszy dotkliwe świędzenie, zmuszające chorą do drapania. Dotkliwy świąd jest też w tym wypadku powodem bezsenności. Objawy przedmiotowe i podmiotowe obecne trwają od 2 miesięcy. Jestto zarazem 4 nawrót tej choroby w ciągu roku, najdotkliwszy ze wszystkich dotychczasowych. Upadek sił, wynędznienie i ciepłota, dochodząca wieczorami do 38·6° C, nie są bynajmniej następstwem zmian na skórze (objawów takich przy tej chorobie skórnej z zasady nie napotykamy), odnieść je należy w tym przypadku do zmian gruźliczych w płucach (naciek w szczycie lewym i zmiany rozpadowe w płucu prawem). Te zmiany nakazują ostrożne rokowanie. Na razie rozpoczęto leczenie wstrzykiwaniem własnej krwi śródmięśniowo w ilości 10 cm³ co dwa dni.

b) przypadek: **Pityriasis rubra pilaris Devergie**, dotyczący chłopca 10-letniego. Zmiany chorobowe są tu dopiero w początkach a rozmieszczone są umiarowo na grzbietach rąk, na grzbietnej powierzchni stóp i na grzbietnej powierzchni palców rąk. Widzimy tu drobne stożkowate guzki barwy żywo czerwonej pokryte na szczycie drobną łuseczką, okazującą w środku nierzadko czarny punkt, który jest resztką odłamanego włosa, guzki bowiem usadawiają się w tej chorobie głównie wokoło uchyłków i torebek włosowych. Na przedramionach i podudziach guzków jest znacznie mniej, ale skóra lekko zaczerwieniona okazuje miernego stopnia otrębowate łuszczenie. Ponieważ chodzi o początek choroby, należy przypuszczać że wstrzykiwania śródmięśniowe arsenu zadziałają korzystnie.

4. Kol. W a l t e r wygłosił odczyt: **„O etjologji gruczołów dokrewnych w przebiegu impetigo herpetiformis“.** (Odczyt powyższy ukaże się w druku).

W dyskusji kol. R o s n e r nie ze wszystkiem zgadza się z wywodami kol. Waltera. Mówca wyszedł w wywodach swoich z dwóch założeń. Naprzód z tego, że choroba skórna i rozmiękczenie kości są w tym przypadku skojarzone, t. zn. mają wspólne podłoże etjologiczne, a powtóre z założenia, że rozmiękczenie kości jest chorobą wielogruczołową (polyglandularną). I pierwsze i drugie założenie wymagałoby udowodnienia, zanim wyciągnięte z nich wnioski możnaby przyjąć bez zastrzeżeń.

Kol. E i s e n b e r g podnosi wątpliwości co do hipotezy etjologicznej, wypowiedzianej przez mówcę. Hipoteza ta, gdyby okazała się prawdziwą, tłómaczyłaby conajwyżej niezmiernie rzadką koincydencję impetigo herpetiformis z rozmiękczeniem kości ciążowem, natomiast zupełnie nie próbuje tłómaczyć związku między hipotetycznem zatruciem a dominującym objawem chorobowym t. j. powstawaniem pęcherzy. Stanowczo także należy się sprzeciwić wyciąganiu wniosków etjologicznych ze skuteczności leczenia surowiczego. O ile wogóle wnioski takie ex juvantibus są niepewne, a często zawodne o tyle tembardziej, gdy chodzi o metodę leczniczą tak wielostronną i nadającą się do różnorakich tłómaczeń. — Działanie przeciwjadowe wobec zupełnie hipotetycznych jadów, dotąd nie wyosobnionych nie jest bynajmniej prawdopodobniejsze lub jaśniejsze od przypuszczenia, że skutek leczniczy polegał na leczeniu białkowem.

Dr. Wysocki, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

IX. Posiedzenie naukowe z dnia 10 marca 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 86.

1. Kol. D e m i a n o w s k a przedstawia przypadek **wiądu rdzenia z objawami opuszkowymi.** Chory, lat 45 liczący, podaje, że w 17 roku życia przebył kiłę. Od r. 1916 cierpi na osłabienie kończyn dolnych i bóle w krzyżach. Przed 4 laty wystąpiły ranne wymioty treścią śluzową. Badany nadużywa alkoholu. W ostatnich czasach (przed 5 tygodniami) wystąpiły u chorego zaburzenia w połykaniu, zwłaszcza pokarmów płynnych, duszność i utrudniona mowa. Badanie przedmiotowe stwierdza obecnie typowe objawy wiądu rdzenia, a w zakresie nerwów mózgowych obustronne porażenie podniebienia miękkiego i więzadeł głosowych w pozycji głosowej. Zastosowano leczenie przeciwkiłowe. Po 2 tygodniach wystąpiła poprawa, a mianowicie wróciła częściowo ruchomość prawego więzadła głosowego i prawego łuku podniebiennego. Objawy opuszkowe w przebiegu wiądu rdzenia należą do rzadkich. W występowaniu i przebiegu wykazują one blizkie powinowactwo z dość częstemi porażeniami nn okoruchowego i odwodzącego, i są one prawdopodobnie także następstwem naciekow zapalnych w odpowiednich jądrach; zmiany te obok spraw degeneracyjnych stwierdziły nowsze badania w drobnowidowym obrazie wiądu rdzenia. (A. r.)

W dyskusji kol. L e s z c z y ń s k i wyraża przypuszczenie obecności kilka jądrowego lub też ograniczonego zapalenia opon mózgowych. Kol. F r a n k e zaznacza, że zmiana na palcu nie jest na tle wiądowem, ale raczej zejściem po miejscowym procesie zapalnym, okostnowym.

2. Kol. P r o g u l s k i przedstawia przypadek **bardzo wczesnego zakażenia gruźlic**., dotyczący dziecka, przyjętego do kliniki w 18 dniu życia, o wadze 2 800 g, z powodu objawów zapalenia okrężnicy. Odczyn Pirqueta był ujemny. Pod wpływem mleka kobiecego z 17% cukrem nastąpił powrót do zdrowia. W 3 miesiącu życia kaszel, przybierający charakter metalicznego staccato, nasunął podejrzenie rozwijającej się gruźlicy gruczołów śródpiersiowych. Ponowny odczyn Pirqueta był wątpliwy, próba Mantoux zaś żywo dodatnia. Prześwietlenie wykazało zwiększenie cienia wnęki prawej. Po 6 tygodniach zwolna kaszel się zmniejszył, stan ogólny poprawił się. W $4^1/_2$ miesiącu przebyło dziecko odrę bez następstw. Obecnie $6^1/_2$ miesięczne dziecko, wagi 5.800 g. niema kaszlu a cień wnękowy wyjaśnił znacznie. Przypadek powyższy wykazuje, iż, mimo zakażenia gruźlicą w pierwszych dniach życia, niemowlę

może się rozwijać bardzo dobrze. Mowca przedstawia równocześnie dziewczynkę dziś 10 letnią bez objawów chorobowych, u której w 7 miesiącu życia stwierdzono w klinice dziecęcej bardzo liczne tuberkulidy na skórze; odczyn skórny był wówczas dodatni. (A. r.)

3. Kol Hellerówna przedstawia **karliczkę krzywiczą 30 letnią w 9 miesiącu ciąży**, która od urodzenia leżała przez 12 lat, a w 13 roku życia rozpoczęła pierwsze próby chodzenia Wzrost chorej 81 cm, głowa nieproporcjonalnie duża, o wybitnie rozwiniętych guzach czołowych. Klatka piersiowa krótka, o bokach spłaszczonych, mostku wysuniętym znacznie ku przodowi, wykazuje w części piersiowej prawostronny garb i skrzywienie boczne a wyrównawcze skrzywienie boczne w części lędźwiowej kręgosłupa. Miednica nieumiarowa, o charakterze miednicy pseudoosteomalatycznej. Lewa połowa miednicy jest węższa od prawej, odpowiednio do lewostronnego skrzywienia bocznego lędźwiowego. Postać wchodu nerkowata, *coniugata diagonalis* = 5 cm. Nachylenie miednicy jest tak znaczne, że części rodne zewnętrzne są umieszczone całkowicie ku tyłowi. Kończyny dolne wykazują najwybitniejsze zniekształcenia, kości udowe w postaci litery O, goleniowe esowato powyginane, zachodzą na siebie. Stopy i dłonie krótkie, niezgrabne. Brzuch obwisły, macica zbacza na stronę prawą, główka daje się wyczuć na prawym talerzu biodrowym. (A. r.)

W dyskusji kol. Sołowij podkreśla rzadkość nadzwyczajną tak dalece rozwiniętych zmian krzywiczych, a kol. Bocheński zaznacza, że z powodu 3 cm szerokiej *coniugata vera* o porodzie naturalnym nie może być mowy.

4) Kol. Wiczkowski wygłasza odczyt o **wczesnym rozpoznaniu gruźlicy płuc**. Na wstępie wskazuje na trudności rozpoznawcze we wczesnej, czynnej gruźlicy płuc; podaje krytyczny przegląd mniej lub więcej znanych objawów wypukowych i przysłuchowych, objawów ogólnego zakażenia i odczynów biologicznych. Obszerniej przedstawia obraz kliniczny postaci suchot, jako to: *phtisis larvata, abortiva, occulta*. Wspomina też o *„pleurite a sepitition"* Piery'ego i o postaciach chorobowych, których tło gruźlicze dopiero sekcją daje się wykazać. Wykład swój kończy propozycją, czyby nie było z korzyścią dla społeczeństwa, gdyby kliniki i szpitale otworzyły stacje djagnostyczne dla gruźlicy wogóle, a specjalnie dla gruźlicy płuc. (A. r.)

W dyskusji kol. Pisek podkreśla, że obowiązek zwalczania gruźlicy leży na całem społeczeństwie, kol. Rencki podnosi, że wszystkie środki rozpoznawcze są mało pewne i często zawodzą. Kol. Ostrowski wysuwa postulat zażądania od Ministerstwa zdrowia publicznego budowy sanatorjum dla chirurgicznej gruźlicy kości. Kol. Schramm dodaje, że jego 35 letnie doświadczenie ze szpitalika św. Zofji skłania go do leczenia chirurgicznego gruźlicy kości. Kol. Zalewski zaznacza, że zwiększenie liczby przypadków gruźlicy jest w związku z wadami zarządzeń higjenicznych po miastach. Dość wspomnieć, że we Lwowie zamiata się ulice wtedy, kiedy dzieci idą do szkoły.

5) Kol. Cieszyński przedstawia chorą, 35 letnią L. u której wystąpiły 13 dni po porodzie stany gorączkowe, dochodzące do 39·5°, o nieznanem podłożu i utrzymały się w dalszym ciągu, wahając się między 39° a 38°. 5 tygodni, później wystąpił ból zęba przedtrzonowego górnego lewego. który skłonił chorą do szukania pomocy u specjalisty. Jama ustna w wysokim stopniu zaniedbana, w lewej szczęce górnej wykazuje 4, wskazany przez chorą, przewlekłe zapalenie ozębnej tak samo oba zęby przedtrzonowe i trzeci ząb trzonowy po prawej stronie górnej szczęki (8, 5, 4), na które chora się nie skarżyła. W tejże okolicy istnieje wybitne zaczerwienienie i rozpulchnienie błony śluzowej przedsionka. Gruczoły podszczękowe z prawej strony wymacalne, wielkości fasoli, niebolesne. Usunięto 8, 5, 4, przyczem stwierdzono ziarniniaki na d 5 i 4 i połączenie z jamą szczękową przez zębodoł 5. Wystrzyknięcie jamy szczękowej wykazało **ropne zapalenie jamy szczękowej prawej pochodzenia zębowego**. Na drugi dzień ciepłota spadła na 36·6°, a jama szczękowa została wyleczona w przeciągu 8 dni w zwykły, znany sposób. Przypadek ten wskazuje na konieczność badania jamy ustnej i uzębienia, jeżeli występują stany gorączkowe lub podgorączkowe nieznanego pochodzenia. Stomatolog może często odkryć przyczynę badaniem klinicznem, a ukryte ziarniniaki i torbiele zębowe, stwierdzić badaniem rentgenologicznem; trafność rozpoznania potwierdzi zabieg operatywny, który usunie objawy ogólne (A. r)

6) Kol. Stenzel przedstawia fotografje **obu rączek noworodka, obciętych** przez akuszerkę **w czasie porodu** przy poprzecznem zaniedbanem położeniu. Płód po obrocie na nóżki urodził się żywy a skrwawił się dopiero następowo.

W dyskusji kol. Bocheński rozpatruje winę akuszerki i karygodność czynu pod kątem widzenia prawnego i podkreśla konieczność planowego nadzoru nad akuszerkami. Kol. Sieradzki zaznacza, że Ministerstwo zdrowia publicznego ma zamiar zmienić ustawę o akuszerkach, dodając, że w Poznańskiem, jak i w Niemczech, każda akuszerka musi co jeden lub dwa lata przejść krótki kurs dokształcający. Kol. Mikołajski przedstawia fatalny stan pomocy położniczej na prowincji. Ubytek zaznacza się ilościowo, a jakościowo materjał akuszerek jest niedostateczny. Proponuje powołanie komisji do rozpatrzenia sprawy akuszerek.

W dyskusji zabierali jeszcze głos kol. Zalewski, Bocheński, Franke i Halpern. Do komisji wybrano kol. Sołowija, Bocheńskiego, Mikołajskiego i Kwiatkiewicza. *Kmietowicz*, sekretarz.

Polskie Towarzystwo dermatologiczne. Oddział lwowski.

VII. posiedzenie naukowe z dnia 22. grudnia 1921.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz. Obecnych 20.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawił a) nader zajmujący a zarazem niezwykły przypadek, dotyczący 21-letniego mężczyzny, u którego **na tle ognisk rumienia wielopostaciowego** przyszło do rozwoju **wykwitów kiłowych**. Chory zakażeniu uległ przed 6 miesiącami i wtenczas przerobił bardzo słabe leczenie przeciwkiłowe;

b) 45-letniego mężczyznę z **pęcherzycą** (*pemphigus foliaceus*); sprawa chorobowa posuwa się obwodowo od ognisk pierwotnych, zajmując coraz dalsze przestrzenie na twarzy, ramionach. tułowiu; najmniej zaatakowane kończyny dolne; od dwu dni zmiany na błonie śluzowej ust i przełyku;

c) 40-letnią kobietę z **neurofibromatosis**: u osobnika z wybitnym niedorozwojem umysłowym — prócz pigmentacji w postaci licznych plamek i barwikowych i znamion, rozsiane głównie w skórze tułowia guzy rozmaitego kształtu i wielkości, konzystencji miękkiej; powierzchnia guzów, leżących powierzchownie, okazuje zabarwienie normalnej lub nieco brunatnej skóry; w głębi leżące guzy mają barwę niebiesko-szarą. Mowca przedstawia szereg preparatów histologicznych z danego przypadku;

d) **raka języka** u 42-letniego mężczyzny, omawia momenty rozpoznawcze i przedstawia preparaty histologiczne.

W dyskusji zabiera głos dr. Leszczyński i dr. Mierzecki.

2. Doc. dr Leszczyński i dr. Meisels przedstawiają trzy przypadki **łuszczycy, leczonej naświetlaniami grasicy**. Dr. Meisels podaje technikę, stosownie do wskazówek, podanych w pracy Brocka, który pierwszy planowo naświetlał grasicę u chorych na łuszczycę. Prym. Leszczyński omawia teorję Sambergera, który stosował wstrzykiwania wyciągu grasicy u chorych na łuszczycę, dalej pracę Brocka, w końcu wyniki, jakie wspólnie z kol. Meiselsem otrzymali. U wszystkich trzech chorych stwierdzić się daje ustępowanie wykwitów łuszczycy po naświetlaniu grasicy. (Rzecz przeznaczona do druku).

3. Doc. Leszczyński i dr. Füllenbaum-Kogutowa. **„Neosalvarsan rtęciowy, jodowy i jodowo-rtęciowy"**. Leszczyński omawia sposób Linsera (Hg-neosalvarsan) i podaje wyniki lecznicze, uzyskane temi wstrzykiwaniami na kobiecym oddziale skórn.-wener. P. Szpit P. we Lwowie. Dalej omawia sposób Duba (jod-neosalvarsan), wypróbowany również na tym oddziale. W końcu podaje wyniki, uzyskane przez **kombinację „lwowską"**. Chcąc wyzyskać dodatnie strony sposobu Linsera i Duba, zaczęto na wspomnianym oddziale wstrzykiwać mieszaninę jodowo-salwarsanowo-rtęciową, wyniki były dobre; ubocznych zaburzeń nie było.

(Po zebraniu większego materjału rzecz ukaże się w Przeglądzie dermatologicznym).

W dyskusji przemawiał prof. Łukasiewicz, dr. Papée, dr. Salpeter i prelegent. *Zdzisław Kotiers*, sekretarz.

Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

III Posiedzenie kliniczne z dnia 12 lutego 1922.

Przewodniczący Grzankowski, obecnych 36.

1) **Puławski** zawiadamia o ustąpieniu dotychczasowego sekretarza z posiedzeń — Landego i dziękuje mu za siedmioletnią ciężką pracę, której owocem było wydanie 4 tomów „Pamiętnika klinicznego": dwóch pełnych (1916/17 r.) i dwóch z powodu trudnych finansowych warunków druku — w streszczeniu (1918 i 19 r.) Dalsze tomy (1920 i 21 r.) są w przygotowaniu. Zamiast jednego sekretarza ze względów praktycznych proponuje nadal wybór dwóch; jednego internisty, drugiego chirurga. Co do kandydatury na sekretarza chirurga ma nastąpić jeszcze porozumienie ze specjalistami. Na sekretarza internistę proponuje Goździckiego. Oba wnioski przyjęto.

2) **Śniegocki** przedstawia chorą l. 17, która w dzieciństwie przechodziła płonicę, błonicę i zapalenie oczu. Matka jej jeden raz rodziła przedwcześnie w 7 miesiącu ciąży (foetus maceratus), zmarła na zapalenie mózgu. Chora od 7 lat narzeka na bóle w okolicy stawu biodrowego prawego. Bóle niestałe, często w nocy, nieraz występują z większem nasileniem. Udo prawe znacznie wypuklone i wygięte na zewnątrz w górnej swej części, kończyna krótsza o 2 ctm. Ruchy w omawianym stawie, zwłaszcza odwodzenie, zginanie upośledzone. Podczas chodzenia i ucisku na ten staw bolesność. Roentgen (Drozdowicz) wykazuje znaczne zgrubienie jakoteż i wygięcie kości udowej w górnej części, miejscami wybitnie zdemineralizowanej. Odczyn Wassermana (Mutermilch), dwukrotny w ciągu 10 dni, słabo dodatni: Obraz cytologiczny krwi wykazuje 38% limfocytów. Rozpoznanie: *osteitis hypertrophica deformans* (*Morbus Pageti*), pomimo, iż zajęta jest tylko jedna kość długa, gdyż niewiadomo, czy z biegiem czasu, wobec młodego wieku pacjentki, nie ulegną też schorzeniu i inne kości. Za podłoże opisanych zmian kostnych należy uznać przymiot.

W dyskusji Hornowski nie zgadza się z rozpoznaniem w danym przypadku choroby Pageta, przypuszcza, iż prędzej można by tu mówić o sprawie miejscowej, może kiłowej. Wogóle poglądy na *osteitis hypertrophica deformans* nie są jednolite; jedni

łączą ją z *osteitis fibrosa Recklinghausena*, inni uważają za sprawę tylko taką, w której występują obrazy, jakby mięsaka kości z komórkami olbrzymiemi.

Rutkowski J. przypomina, że w chorobie Pageta zajęta bywa zwykle górna część goleni, w chorobie zaś Recklinghausena górna część uda. Przeciw chorobie Pageta w danym przypadku przemawia i wiek chorej: Paget spotyka się między 40—60 rokiem życia, Recklinghausen — u ludzi młodszych. Ponadto przy różniczkowaniu danej sprawy kostnej trzeba pamiętać jeszcze i o mięsaku myelogennym. Dla ustalenia rozpoznania należy wykonać próbne wycięcie kawałka kości.

3) Siedlecka przedstawia preparaty mikroskopowe t. zw. **Krompecherowskiego raka**, z komórek podstawnych (Bazalzellenkrebs), wychodzącego z małżowiny usznej.

4) Skubiszewski przedstawia przypadek **mięsaka jelita cienkiego** u 70 letniej kobiety, zmarłej wskutek ropnego zapalenia otrzewnej. Guz ten wielkości głowy noworodka usadowił się w górnym odcinku jelita cienkiego, którego ściana w tem miejscu przedstawia przedziurawienie, drążące do jamy guza, powstałe wskutek rozpadu. Ściana jamy, utworzona z mięśni gładkich, jakto wykazało badanie drobnowidowe, zawiera mały otwór, przez który przedostała się treść pokarmowa z jelita i to spowodowało zapalenie ropne błony brzusznej.

W dyskusji Sławiński przypomina, że mięsaki dawać mogą wgłobienie, Steyner, że mięsaki mogą powodować przez zagięcie kiszki zamknięcie. Hornowski przytacza przypadek mięsaka, wielkości pięści, w który wlazła glista, co spowodowało ropienie i przedziurawienie.

Puławski wyraża żal, że demonstracje anatomopatologiczne nie są uzupełniane przytaczaniem przebiegu klinicznego.

5) Skubiszewski przedstawia rzadki przypadek powstawania **kości w błonie śluzowej tchawicy**. Tchawica na całej przestrzeni usiana drobnemi wysepkami, twardemi, stosunek tych wysepek do chrząstki jest luźny. Badanie drobnowidowe wykazało, że wysepki te przeważnie składają się z tworów kostnych, a w środku zawierają szpik kostny. Na podstawie własnych badań, przeprowadzonych w 1913 r. S. przychodzi do wniosku, że te twory kostne powstają w pasie wewnętrznym włókien sprężystych wskutek nieprawidłowego rozwoju. Na tej podstawie całą sprawę określa jako: **tracheopathia osteoplastica**, a nie tracheitis ossificans.

6) Hornowski przedstawia i omawia przypadek **jednoczesnego bąblowca w wątrobie i licznych przerzutów raka**, którego pierwotnem wyjściem była szyjka macicza.

W dyskusji Puławski podaje dane kliniczne, z których wynika, że wątroba gładka, w dolnej części nieco wypukłona, dochodziła do spojenia łonowego. Gruczoły pachwinowe były powiększone. Badanie ginekologiczne ujawniło raka macicy, zkąd rozpoznanie przerzutów rakowatych w wątrobie. Odczyn Wassermanna był ujemny. Morfologicznie krwi nie badano. Mutermilch zaznacza, że swoista wartośc odczynu Gnedini-Weinberga w znacznym stopniu zmniejsza ta okoliczność, że niekiedy występuje on dopiero po nakłóciu ściany pęcherza bąblowca, względnie po zabiegu operacyjnym, co objaśnia się tem, że wytwarzanie się niweczników w ustroju chorego znajduje się w zależności od przedostawania się swoistego białka bąblowca do obiegu krwi. Prawdopodobnie grubość ściany pęcherza lub inne miejscowe warunki powodują w niektórych przypadkach nieprzedostawanie się składników białkowych pęcherza do ustroju chorego. Drozdowicz w związku ze sprawą rozsiewania się bąblowca w ustroju bez objawów klinicznych przypomina przypadek Alters-Schönberg a, w którym u chorego z bąblowcem wątroby prześwietlanie wykazało całkiem nieoczekiwanie po jednym bąblowcu w każdem płucu, a ze strony płuc nie było żadnych objawów objektywnych ani subjektywnych.

7) Byszewski odczytuje sprawozdanie o chorych po zabiegach **sympaticotomia periarterialis** a) u mężczyzny l. 25 z rozpoznaniem: **wrzód podudzia, kiła** — na razie wynik operacji był dodatni, lecz krótkotrwały. b) u chorego l. 39 z rozpoznaniem: **Ulcera trophica plantae dextrae, caries putrida ossis calcanei et tali dextri**, wynik dotychczas zupełnie zadowalniający, dodatni, c) u chorego l. 72 z rozpoznaniem: **zgorzel starcza stopy i podudzia lewego**, wyniku żadnego nie stwierdzono, chory zmarł. i d) u mężczyzny l. 41, z rozpoznaniem: **Mumificatio digitorum pedis sinistri**, wynik był wątpliwy.

W dyskusji Sławiński zaznacza, że jest to okres prób tego zabiegu. trzeba się jednak liczyć z faktem, iż jest szereg przypadków już opanowanych dzięki przecięciu nerwów sympatycznych okołotętniczych, które to przecięcie daje się wykonać w znieczuleniu miejscowem i bez ryzyka dla operowanego.

8) Krasnopolski omawia przypadek **torbieli naskórkowej** na dłoni, powstałej po skaleczeniu się dłutem i, demonstrując preparat, zapytuje Skubiszewskiego, jaki wynik dało badanie anatomopatologiczne drobnowidowe nadesłanego wycinka. Skubiszewski odpowiada, że budowa ściany torbieli odpowiada w zupełności budowie skóry.

W dyskusji Sławiński zwraca uwagę na rzadkość przypadku. Francuscy autorowie torbiel tego rodzaju uważają za rodzaj **wszczepienia naskórka pod skórę**, tak, że wewnętrzna strona torbieli winna być wysłana nabłonkiem. Takie torbiele zdarzają się na wargach. Hornowski prosi o oznaczenie, która strona jest zewnętrzna, a która wewnętrzna, celem powtórnego zbadania danej torbieli anatomo-patologicznego. Rutkowski J. uznaje dany przypadek za nie rzadki; niedawno spostrzegał na klinice chirurgicznej podobną torbiel — i sądzi, że przy interpretowaniu wyniku badania anatomo-patologicznego wycinka ze ściany torbieli musiało zajść nieporozumienie: nabłonek wielowarstwowy płaski musiał wyściełać wnętrze torbieli, a nie znajdować się na zewnątrz. Skubiszewski objaśnia genezę powstania danej torbieli sprawą zapalną, która mogła wytworzyć naokoło ogniska zapalnego otoczkę z tkanki łącznej. Sławiński jeszcze raz zaznacza, że przypadek należy do unikatów: nikt z chirurgów, z którymi o nim rozmawiał, temu nie przeczy. W literaturze francuskiej opisano tylko 3 przypadki takiej torbieli.

9) Puławski przemawia w sprawie dalszego wydawania „Pamiętnika klinicznego". Wybrano komisję celem omówienia sposobów sfinansowania wysokich kosztów druku i papieru.

W. Goździcki, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo ginekologiczne.

Posiedzenie naukowe z dnia 9 lutego 1992.

Przewodniczący Z. Monsiorski. Obecnych 36-ciu, gości 7 miu.

1) Kol. Rubinrot (gość) wygłosił rzecz p. t. **Jeszcze słów kilka w sprawie rentgenoterapji włókniaków macicy.** Mówca zdał sprawę z przebiegu leczenia i jego wyniku w dalszych 34-ch przypadkach włókniaków macicznych przez naświetlanie promieniami Roentgena. Z powyższej liczby 12 chorych przerwało leczenie z powodów niewiadomych prelegentowi. U pozostałych mowca uzyskał, jak twierdzi, 100% uleczeń zupełnych, ponieważ we wszystkich tych przypadkach uzyskał zaprzestanie miesiączkowania. Efekt powyższy mowca otrzymał po zaaplikowaniu chorej przeciętnie 2,5 serji naświetlań przy ogólnej dawce 225 x. Czas naświetlania wynosił 2 godziny i 45 minut. Na zasadzie powyższych danych oraz doświadczenia dawniejszego, mowca stawia rentgenoterapję na pierwszem miejscu wśród metod leczenia włókniaków macicznych i twierdzi, że metoda operacyjna leczenia, dająca jakoby 5% śmiertelności, nie wytrzymuje krytyki w stosunku do rentgenoterapji.

Metoda naświetlania, stosowana przez mowcę, zajmuje miejsce pośrednie pomiędzy łagodną metodą francuską (Beclère) i gwałtowną metodą niemiecką, przy której stosowaniu można uzyskać efekt pożądany, tj. zaprzestanie miesiączkowania na jednem posiedzeniu, wzgl. na dwóch. Metoda prelegenta ma te zalety, że sprowadza wyleczenie dość szybko, nie daje jednak żadnych objawów pobocznych, które Niemcy stale notują po naświetlaniu forsownem pod postacią t. zw. Roentgenkater. W zakończeniu swego referatu mowca dochodzi do wniosku, że rentgenoterapja jest metodą wskazaną w leczeniu włókniaków poza nielicznemi przypadkami, wymagającemi leczenia operacyjnego.

W dyskusji kol. Altkaufer podkreślił dwie zasadnicze luki statystyki mowcy, a mianowicie, że nie uwzględnia ona zupełnie jakości włókniaków pod względem ich rozmieszczenia w macicy i nie podaje danych anamnestycznych. Bez uwzględnienia powyższych zastrzeżeń wyniki prelegenta, nawet bardzo pomyślne nie są w stanie przekonać o wyższości rentgenoterapji nad leczeniem operacyjnym włókniaków macicy. Kol. Lorentowicz zaznaczył, że dane statystyczne są miarodajne wyłącznie wtedy, kiedy pochodzą z oddziału klinicznego, zaś dane z praktyki prywatnej, jak te, które podał mowca, nie powinny być użytkowane w celu przekonania kogoś o wartości tej czy innej metody leczniczej. Sam, jako zwolennik leczenia włókniaków macicy energją promienną, zwraca uwagę na radioterapję, która w ostatnich czasach jest szeroko stosowana we Francji i, o ile można sądzić z doniesień prasy, przewyższa znacznie rentgenoterapję. Kol. Judt zaznajomił obecnych z najnowszemi aparatami do wytwarzania promieni Roentgena, które pozwalają na otrzymywanie nadzwyczaj silnie działających promieni. Niektóre pracownie warszawskie są już w posiadaniu takich aparatów. Próby nad ich działaniem są już w toku, a wyniki nie każą na siebie długo czekać. Kol. Czyżewicz i Monsiorski zaznaczyli, że pomimo wszystko pozostają jeszcze zwolennikami leczenia operacyjnego włókniaków macicy, gdyż ono jedynie jest w stanie sprowadzić wyleczenie zupełne przez usunięcie chorego narządu, gdy tymczasem leczenie promieniami Roentgena sprowadza jedynie ustanie jednego z objawów choroby, tj. krwawień przy pozostawieniu w organiźmie chorego narządu. Radioterapja jest, zdaniem mowców, metodą, nadającą się do leczenia bardzo nielicznych przypadków włókniaków. Kol. Czyżewicz zaznaczył pozatem, że radjo- czy rentgenoterapja winna być stosowaną w przypadkach, nadających się do naświetlania, pod ścisłą kontrolą ginekologa. Rentgenolog winien być tutaj jedynie wykonawcą i stosować się bezwzględnie do wskazówek, udzielonych mu przez ginekologa.

Kółko Naukowe lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

Rok. 1921.

X. posiedzenie z dn. 29 sierpnia.

1. Dr. Brauner (Odd. W. I.) przedstawia przypadek z objawami **moczówki prostej**. W wywiadach: uraz czaszki 1915 (wybuch granatu), jakiś czas potem prawostronne porażenie, obecnie jąkanie. W 1917 r. kiła. Leczenie energiczne (4 salwar., 62 wstrzyk. rtęciowych i 70 wcierań). Z wiosną b.r. nagle wzmożona ilość moczu (12 do 16 litr.) i pragnienie. Stan obecny: na obu oczach zap. siatk. i nacz., zrosty na tęcz. praw. W układzie nerw. nic szczególnego. Krew prawidł. Wasserm. Rozp. możliwie kilak, uciskający na

przysadkę. Czynnik usposabiający: uraz? Zastosowano 25 wcierań. Brak poprawy.

Dyskusja: Dr. Baley uważa za wskazane zbad. pola widzenia. Dr. Węgrzynowski omawia inny przyp., leczony również na Od. W. I. Wasserm. ujemny. Podano pituitrynę. W dwie godz. po 1-szem wstrzyknięciu zmarł. Wykazano glioma na dnie IV. kom. z obfitym krwotokiem, który niewątpliwie był przyczyną śmierci. Dr. Segen, doradza zawsze stosować pituitrynę.

2. Dr. Karowiec (Odd. chir.) omawia 4 przypadki **niedrożności jelit porażennej, po spożyciu świeżych surowizn.** Klinicznie: ostra niedrożność z zapadem. Wśród zabiegu chir. widać jelita cienkie rozdęte do maximum, naczynia krwionośne na nich porozszerzane. Jelito grube zapadnięte, wypchnięte ku górze. Podstawy anatomicznej, któraby tłumaczyła niedrożność, nie wykazano. Z 4 przypadków 3 zakończyły się śmiercią. Zdaniem mowcy wskazywałoby to na zatrucie jakiemiś, bliżej nie znanemi substancjami pokarmowemi. W ożywionej dyskusji przemawiali: drzy Węgrzynowski, Zaczek, Segen, Bykówna, Janusz, Ziembicki. W szczególności Dr. Janusz omawia trzy śmiertelne przypadki z punktu widzenia anat.-patolog. Obraz anatomiczny i histologiczny nasuwa w istocie pewne przypuszczenie możliwości zatrucia (silne wynaczynienia). Tłumaczenie jednak powstania niedrożności jedyną tylko drogą zatrucia, uważałby za zbyt daleko idące. Przytacza badania Koberta, któremu udało się wyodrębnić z roślin, pokrewnych fasoli, zasadę, nazwaną przez niego *fazyną*, posiadającą własności aglutynujące, ta jednak ginie przy ciepłocie 55. Przypomina nadto doświadczenia Fedorowicza z podwiązywaniem tęt. i żyły krezkowej i wypowiada przypuszczenie, że w opisanych przypadkach silna bębnica wywołać mogła niedrożność przez ucisk na naczynia, a pewne produkty, może z fazyną na czele, wywołały objawy zatrucia. Prym. Ziembicki przestrzega przed wyciąganiem wniosków na podstawie materjału bądźcobądź skąpego. Zwraca uwagę na rozmaitość tych środków żywności, których spożycie, wedle wywiadów, w przedstawionych przypadkach miało poprzedzić objawy niedrożności (chleb, ziemniaki, ogórki, fasola i t. d.) Przypomina, że n. p. same ziemniaki mogą powodować zatrucia, których tło stanowią w różnych przypadkach różne drobnoustroje, jak proteus, b. botul., coli, paratyphus i t. d.). Przytacza znane przykłady masowego zatrucia (Darmstadt, Lipsk), zatrucia konserwami fasolowemi (*fabismus*), ale i innemi jarzynami. Nie należy zaniechać i odpowiednich badań bakterjologicznych w podobnych przypadkach.

Zjazd lekarzy dentystów w Warszawie.

W dniach od 24—26 marca b. r. w Państwowym Instytucie Dentystycznym odbył się Zjazd delegatów do Rady Głównej Związku zawodowego lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem przy udziale przedstawicieli: 11 oddziałów tegoż Związku oraz T-wa lekarzy dentystów b. Zaboru pruskiego, Polskiego Związku lekarzy-dentystów Województwa Śląskiego, Związku lekarzy-dentystów przynależnych do Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej we Lwowie, Państwowego Instytutu Dentystycznego, Ministerstwa Wyz. Rel. i Oświec. Publicz., Ministerstwa Zdrowia Publ., prasy zawodowej, stowarzyszeń dentystycznych w Warszawie i licznych gości.

Dnia 24 marca wieczorem delegaci zaznajomili się ze sprawami, mającemi być tematem obrad zjazdu.

Dnia 25 przed południem przy wypełnionej sali Prezes Związku lekarz-dentysta W. Zawidzki (Warszawa) zagaił zebranie serdecznem powitaniem gości, podkreślając szczególnie obecność przedstawiciela kolegów Polaków z G. Śląska. Na przemówienie prezesa Związku odpowiadali prof. A. Cieszyński (Lwów), lek. dent. Fr. Kos (Mysłowice-G. Śląsk), lek. dent. A. Perliński (Poznań), Dr. A. Meissner (Dyrektor Pań. Inst. Dent.), lek. dent. Świtała (Bydgoszcz) i Dr. Szafran (Lwów), którzy, serdecznie witając Zjazd, wyrazili nadzieję, że przyczyni się do podniesienia rodzimej dentystyki i zaznaczyli, że wobec powagi spraw, mających być tematem obrad, pierzchła uprzednia nieufność co do zgubnej współpracy na gruncie warszawskim.

Stosownie do zapowiedzi obrady miały dwojaki charakter: ogólny i wewnętrzny. Sprawy ogólne o charakterze społeczno zawodowym, były tematem sobotnich obrad pod przewodnictwem prof. Czubalskiego, a następnie lek. dent. Świtały; wywołały one ożywioną dyskusję, a za podstawę dla niej przyjęto ustawy i postulaty opracowane przez Zarząd Rady Głównej Związku zaw. lek. dent. w P. P.

Po dyskusji uchwalono w tej części obrad szereg wniosków, z których najważniejsze podajemy:

1. Zjazd delegatów wraz z zaproszonymi gośćmi uznaje bezwzględną konieczność wprowadzenia w życie ustawy lekarsko-dentystycznej i ustawy o Izbach lekarsko-dentystycznych. Przyjmując za podstawę projekt tychże ustaw, opracowany przez Zarząd Związku, Zjazd poruczył Zarządowi Związku lek. dent. w P. P. przesłać projekt do Minister. Zdrowia Publ. i odnośnych władz po uprzedniem zasięgnięciu i uwzględnieniu opinji wszystkich pokrewnych organizacji. 2. Zjazd uznaje bezwzględną konieczność wprowadzenia w najbliższym czasie osobnych studjów przy wydziałach lekarskich uniwersytetów; w tym celu zarezerwować dla studentów dentystyki przy wydziałach lekarskich najmniej 10% miejsc w stosunku do liczby stud. medyków. Dla ułatwienia tej sprawy z punktu widzenia finansów Państwa, pożądane jest utworzenie, jeśli nie 3 — osobnych katedr, to przynajmniej 3 adjunktur z „venia legendi" przy każdej istniejącej katedrze dentystyki, organizując temsamem studjum dentystyczne w sposób najekonomiczniejszy. 3. Zjazd uważa za konieczne zwołanie I polskiego ogólno-krajowego Zjazdu naukowego lekarsko - dentystycznego, uznając termin jego — lipiec 1923 roku i miejsce — Lwów, za odpowiednie (wniosek prof. Cieszyńskiego) 4. Zjazd uznaje konieczność wydawania tygodnika o treści naukowo-zawodowej; wprowadzenie w czyn powyższej uchwały poruczono Zarządowi Rady Głównej Związku. 5. Uchwalono podjąć inicjatywę utworzenia zawodowej bibljoteki centralnej, a oprócz tego bibjiotek oddziałowych i ruchomej przy Radzie Głównej.

W drugiej części Zjazdu, wewnętrznej, prowadzonej pod przewodnictwem lek. dent. M. Germana (Warszawa), Zjazd postanowił:

1. przyjąć sprawozdanie z działalności Związku, z którego wynika, iż Związek posiada 11 oddziałów, liczy 640 członków i wykazał bardzo ożywioną działalność tak naukową, jak również społeczno-zawodową; 2 utworzyć kasę wzajemnej pomocy, kooperatywę, centralną komisję etyczno-zawodową, centralne biuro pośrednictwa pracy oraz przyjął szereg uchwał o treści organizacji wewnętrznej Związku; 3. zatwierdzić projekt budżetu na rok 1922.

Dokonano wyborów prezesa Związku w osobie lek. dent. W. Zawidzkiego, członków Zarządu i komisyj.

W zakończeniu uchwalono podziękować Dyrekcji Państw. Inst. Dent. w osobie Dra A. Meissnera za gościnne udzielenie lokalu na Zjazd, przedstawicielom profesury, redaktorowi „Kroniki Dentystycznej" w uznaniu zasług za dotychczasową działalność na niwie polskiego piśmiennictwa dentystycznego, Komitetowi Gospodarczemu Zjazdu oraz wielu instytucjom i osobom, które nadesłały na Zjazd życzenia. Po przemówieniach przedstawicieli Związku i żegnanych gości przewodniczący zamknął Zjazd dn. 26 marca.

Dzień przedtem wieczorem Zarząd Rady Głównej Związku wydał w salonach hotelu „Polonia" bankiet na cześć swych gości i delegatów.

Wogóle należy podkreślić, że zarówno poważny i zgodny ton obrad, jak i wewnętrzna organizacja Zjazdu pozostawiły na uczestnikach jak najlepsze wrażenie. Praca dokonana przez delegatów, którzy ją prowadzili ze zrozumieniem powagi chwili, wyda bezwzględnie w najbliższym czasie plony obfite.

Posiedzenie Towarzystwa neurologicznego w Paryżu z dn. 2. VI 1921.

I. Claude i Dupuy-Dutemps przedstawiają **przypadek zespołu Parkinsona, postać „głowową" z tachyphemią, zaburzeniami ocznemi i sympatycznemi.** Zaburzenia tonusu ograniczają się wyłącznie do mięśni twarzy i oczu. Ze strony oczu stwierdza się wzniesienie oczu do góry, niemożność zwrotu oczu w dół ani w pozycję zbieżną, wskutek tego podwójne obrazki. Objawy te odnoszą do zaburzeń tonusu, związanych z zaburzeniem funkcjonalnem, zachodzącem w wiązce podłużnej tylnej. Tachyfemia, którą tłumaczą zaburzeniem w mechanizmie regulującym czynność ośrodków dla ruchów automatycznych mowy, przedstawiała się u chorego w następujący sposób: albo chory powtarza jedno i to samo słowo, albo ten sam frazes, nie może dać pokój temu powtarzaniu i w miarę trwania tegoż mówi coraz szybciej, albo też w ciągu zdania chory nagle poczyna w dalszym ciągu mówić szybko, przechodząc w bełkotanie niezrozumiałe, poczem po chwili może znowu mówić prawidłowo. Zaburzenie to przypomina przyspieszenie się chodu parkinsonowców, antero- i retropulzye. Pozatem istniało u chorego wzmożenie wydzielania łez, które uważają za pochodzenia sympatycznego i odnoszą też co do umiejscowienia do dużych jąder podstawy mózgu.

II. Froment i Gennevois: **Zanik mięśniowy postępujący rdzeniopochodny i zapalenie mózgu i rdzenia myoklonicznе.** Przypadek z objawami Aran-Duchenne'a z usadowieniem jednostronnem i poczynającem się przechodzeniem na opuszkę. Początek wśród objawów letargiczno-myoklonicznych. Po roku trwania wśród ciągłego postępu objawów zwrot wybitny ku lepszemu i to, jak Fr stanowczo przypuszcza, pod wpływem stałych wstrzykiwań adrenaliny a zwłaszcza dożylnych urotropiny.

III. Krebs i Béthoux: **Myoklonia i zespół Parkinsona w następstwie zapalenia nagm. mózgu.** W miarę jak zesztywnienie ogarnia mięśnie, znikają myoklonie. Aby skurcze myokloniczne mogły powstać, są konieczne pewne warunki korzystnego napięcia mięśni, gdy ono jest za duże lub za małe, drgawki myokloniczne znikają. Czasami uwidoczniają się one przy zmianie pozycji, czasem przy wysiłkach dowolnych mięśni, czasem dopiero, gdy skurcz mięśnia dokonuje się pod oporem.

IV. Roussy i Cornil: **Trwała pląsawica o nagłym początku z usadowieniem w lewej kończynie dolnej.** Zwraca uwagę, że podniecenie pląsawicze stopniowało się przy wszystkich próbach współruchowych, między innemi przy akcie mówienia.

V. Roussy i Cornil. W sprawie **przypuszczalnego pochodzenia strialnego pewnych zaburzeń ruchowych skojarzonych i atetozy, syntonji zależnej od automatyzmu i hypertonii czynnościowej.** U dwóch omawianych chorych z zespołem wzgórkowym istnieją zaburzenia tonusu, które R. i C. określają jako *„syntonie d'automatisme"*, uwidoczniają się bowiem one przy ruchach auto-

matycznych, jak np. przy chodzie. W spokoju stwierdza się hypertonię chorych kończyn, ta jednak zamienia się w hypertonię, gdy chory chodzi. Wówczas pod wpływem zjawiającej się hypertonji, chory zgina łokieć, rękę, rozprostowuje nogę w stawie biodrowym i z tego powodu chód staje się takim jak w porażeniu połowiczem. Także badanie kończyn zdrowych w celu wywołania współruchów wywołuje tę hypertonię. Wreszcie istnieje tu hypertonia czynnościowa, „zamiarowa" (także zw. paratonią), polegająca na tem, że chory, który w spokoju ma wiotkie kończyny, wykazuje ich nadmierne napięcie w chwili, gdy mu się zaleca zwolnić mięśnie.

VI. **Sicard i Forestier. Laminektomja w przewlekłych sprawach w stawach kręgów lędźwiowych** *(lumbarthrie chronique)*. Zalecają ten zabieg: 1) Gdy sprawa jest przewlekłą i oporną na inne sposoby leczenia. 2) Gdy kiła, gruźlica i nowotwór można wykluczyć. 3) Gdy proces chorobowy ogranicza się do okolicy lędźwiowej nie wykazując skłonności posuwania się ku górze. Rozstrzygającem wskazaniem operacyjnem jest wykazanie radjologiczne narośli kostnych („dziobów papuzich") i stwierdzenie, że się one ograniczają do kręgosłupa lędźwiowego.

VII. **Sicard i Forestier.** U chorej, cierpiącej na **chorobę Raynauda** od 20 lat wykonano **wycięcie sympatyczne**: obnażono tętnicę ramieniową a w kilka tygodni później wycięto zwój gwieździsty (szyjny dolny). Wynik żaden.

VIII. **Vincent Cl. i Lardennois. Zaburzenia odruchowe.** Przypadek niezwykle zajmujący. Zranienie lewej stopy w r. 1914, z następowem długotrwałem ropieniem. Z czasem wznowienia ropienia, gwałtowne bóle, skurcze bolesne i ciągłe rozranianie się blizny i otoczenia na kikucie. To było powodem kilku amputacyj, wreszcie powstał kikut, obejmujący już tylko górną część podudzia lewego. W okresie obserwacji, 1920 r., chory używał dziennie z powodu bólów 0.06 gr. morfiny, 0·08 heroiny i dwa cm³ sedolu (morfina ze scopolaminą) z powodu niesłychanych bólów w kikucie Przedmiotowo wykazywał zanik całej kończyny chorej, ciągłe ruchy w jej stawach, przechodzące na szczycie napadów bólów w gwałtowne drżenie, idące z kolana, stały przykurcz zgięcia w kolanie chorem, wygórowanie odruchów głębokich obustronne, zanik kości kończyn dolnych, wyniszczenie ogólne. Żeby choremu ulżyć, przedsięwzięto zabieg chirurgiczny, który pierwotnie miał polegać tylko na przecięciu gałązek czuciowych n. kulszowego i n. skórnego przyśrodkowego łydki (*saphenus*). W czasie narkozy przykurcz w kolanie trwał, a także po przecięciu tych nerwów mimo głębokiego uśpienia. Wówczas V. i L. postanowili dołączyć wycięcie n. sympatycznego w pochewce tętnicy udowej. Z tą chwilą przykurcz ustał już w czasie narkozy i od tego zabiegu datuje się wyleczenie chorego z bólów i kurczów mimowolnych, odtąd też goją się pięknie wrzody na bliźnie poamputacyjnej. Od dnia operacji można było odstawić środki narkotyczne.

IX. **Coyon, Lhermitte i Frix-Larrouix. Przypadek jamistości rdzenia.** Zachwala wpływ dodatni naświetlań rentgenowskich (dawki 2·5 z przesączaniem przez blaszkę aluminiową grub ści 5 mm.) Naświetlania te powtarzają przez szereg lat. Działanie promieni jest zagadkowe, prawdopodobnie proces bujania glijakowatego pod wpływem promieni wygasa.

Orzechowski

Medycyna społeczna.

Dr. A. Kuhn. Lwów.

Statystyka śmiertelności z raka w Galicji w latach 1873—1912 na podstawie wykazów ruchu ludności.*)

Statystyka nasza do roku 1894 włącznie obejmuje »zwyrodnienia rakowate«, od roku 1895 »nowotwory złośliwe«. Materjał więc, który opracowałem, prócz raka — szczególniej od r. 1895. — zawiera także przypadki innych nowotworów złośliwych, głównie mięsaków. Według Prinzinga w latach 1872—1898 w Hamburgu przypadało na 100 przypadków raka 4,7 mięsaków, w Austrji w latach 1898—1900 wśród zmarłych w szpitalach z powodu nowotworów złośliwych przypadało na mięsaki 15·3%. Według Virchowa w r. 1877 na 809 zwłok sekcjonowanych w Charité w Berlinie stwierdzono 39 razy raka (4,8%) a 5 razy mięsaka (0,6%), co odpowiada stosunkowi 8:1. Dat potrzebnych do rozdzielenia moich liczb na poszczególne rodzaje nowotworów złośliwych nie posiadam. Toteż liczby, które wymienię w dalszym ciągu, odnosić się będą nie wyłącznie do raka, ale wogóle do nowotworów złośliwych, ilekroć więc mówić będę o raku, należy podstawić słowa »nowotwory złośliwe«. Podobny błąd zachodzi zresztą w wielu innych statystykach raka.

*) Referat wygłoszony na posiedzeniu XI. Sekcji I. Zjazdu higjenistów polskich we Lwowie w dniu 20. lipca 1914., drukowany w streszczeniu w publikacji pt. „I. Zjazd higjenistów Polskich we Lwowie", Lwów 1914.

Opracowanie moje obejmuje lata 1873 do 1912, tj. lat 40. Liczby zmarłych do roku 1909. włącznie czerpałem z publikacyj Krajowej Rady zdrowia i materjału Departamentu sanitarnego Namiestnictwa, dla lat 1910—1912 wyłącznie z ostatniego źródła. Liczby te zestawiono z wykazów o rodzajach śmierci (1873—1894) i z wprowadzonych na tychże miejsce wykazów ruchu ludności (1895—1912). Liczbę mieszkańców oparłem o daty spisów ludności z lat: 1869, 1880, 1890, 1900 i 1910, obliczając liczbę mieszkańców dla każdego roku z osobna przez doliczanie przyrostu rocznego ludności.

Bliższą uwagę poświęcę wspomnianym wykazom o rodzajach śmierci i wykazom ruchu ludności, jako stanowiącym podstawę moich obliczeń. Oba te wykazy były sporządzane na podstawie ksiąg metrykalnych, które prowadzą urzędy parafialne i urzędy metrykalne izraelickie; materjał pierwotny stanowiły w obu przypadkach kartki pośmiertne oglądacza zwłok. Te kartki pośmiertne są materjałem dość niepewnym, gdyż znaczna ich większość pochodzi od niefachowych oglądaczy zwłok: ilość skonów, w których przyczyna śmierci była sprawdzoną przez lekarza, wahała się u nas w latach 1895 do 1912 między 20·9% (1895), a 28·6% (1910), a więc jeszcze w ostatnich latach w prawie ³/₄ częściach przypadków śmierci oglądaczami zwłok były osoby niefachowe. Pewną poprawę urzędowej statystyki sanitarnej wprowadzono w r. 1895., gdy bowiem przed tym rokiem wykazy zmarłych były sporządzane przez urzędy metrykalne, i to tylko liczbowo, od r. 1895 urzędy metrykalne dostarczały wykazów indywidualnych, w których każdy przypadek śmierci z osobna był wykazywany wedle pewnego schematu; te wykazy indywidualne podlegały kontroli, względnie poprawkom, lekarzy powiatowych, a następnie zestawienia opracowywali lekarze powiatowi z jednej strony, a centralna Komisja statystyczna we Wiedniu z drugiej strony. Stąd wyniki statystyki naszej, a więc i liczby zmarłych od r. 1895, dają nieco większą pewność, aniżeli liczby z lat poprzednich. Sądzę, że ta niepewność liczb co do raka nie idzie zbyt daleko, a to dlatego, że w stosunkowo wielu przypadkach raka, choroby długotrwałej i połączonej z dotkliwemi objawami, chorzy udawali się do lekarzy i rozpoznanie choroby doszło do wiadomości otoczenia chorego, a potem oglądacza zwłok; zresztą rak należy do tych chorób, których nazwa niefachowym oglądaczom zwłok jest z reguły znaną, a których obraz chorobowy bywa dla laików wyraźniejszy, aniżeli w niektórych innych chorobach. Muszę tu podnieść równoległość liczb obliczonych z naszej statystyki z liczbami innych krajów, co, zdaniem mojem, dowodzi, że nasza statystyka nie jest zupełnie bez wartości.

Toteż nie wahałem się na podstawie obliczeń, uzyskanych z tej statystyki, wykreślić krzywą i budować na podstawie przebiegu tej krzywej pewne wnioski. Linja ta przedstawia liczbę zmarłych w Galicji z raka na 100.000 mieszkańców kraju.¹) Od roku 1873 do r. 1912 wznosi się ona z nieznacznemi wahaniami, jednostajnie bez większych skoków znacząc liczby od 14·8 (w r. 1873) do 33·7 (w r. 1912). Zauważam, że wahania od r. 1895 są mniejsze, co może stać w związku ze wspomnianą już poprawą naszych wykazów zmarłych.

Nawiasowo podaję liczby otrzymane dodatkowo z innego źródła: Według Nowickiego w lwowskim instytucie anatomji patologicznej za czas od grudnia 1896 do 1903 włącznie stwierdzono raka na 7006 sekcyj 366 razy tj. w 5,27%. Od roku 1904 do końca r. 1913 stwierdzono w tymże instytucie według Janusza, na 10.117 sekcyj raka 578 razy t. j. w 5.71%.

Czyż jesteśmy uprawnieni do wniosku, że rak staje się coraz częstszym, że choroba ta rozszerza się w naszym kraju? Czy to wzrastanie choroby jest istotne, czy tylko pozorne?

Najpierw nasuwa się myśl, że może z biegiem lat coraz mniej przypadków raka uchodziło zapisywaniu, innemi słowy: że może skony zaszłe z raka były coraz dokładniej spisywane. Zważyć musimy, że okres, do którego się odnosi moje zestawienie, w Galicji był okresem rozwoju kulturalnego i społecznego, że z jednej strony

¹) Obliczenia szczegółowe i rysunek krzywej zaginęły w latach wojny.

ludność nasza coraz chętniej udawała się do lekarzy o poradę, z drugiej strony miała coraz łatwiejszą sposobność leczenia się. I tak było w Galicji:

Z końcem 1873 lekarzy 751 tj. jeden na 7500 mieszk.
„ 1912 „ 1593 „ „ 5125 „

W latach dziewięćdziesiątych minionego stulecia wprowadzono w życie instytucję lekarzy okręgowych, przez co rozrzucono znaczną ilość lekarzy po kraju, przeważnie w okolicach, gdzie poprzednio lekarzy nie było. W r. 1873 było w kraju 24 szpitali powszechnych, w czterdzieści lat później 41. Wymienić należy także instytucję kas chorych, wprowadzoną na zasadzie ustawy państwowej z r. 1888. Nie ulega więc żadnej wątpliwości, że z biegiem lat chorzy mieli coraz więcej ułatwioną pomoc lekarską i że z niej coraz częściej korzystali. Łatwy stąd wniosek, że coraz większa ilość raków za życia została rozpoznaną przez lekarzy, a następnie przez oglądaczy zwłok notowaną. Być może, że także ulepszone z biegiem lat metody badania przyczyniły się do wykrycia (rozpoznania) większej ilości raków. Wypada, zdaniem mojem, przyjąć, że z powyższej przyczyny zachodzi pozorne zwiększenie się raka, a więc, że przy niezwiększonej nawet w rzeczywistości liczbie zmarłych z raka mamy podnoszenie się krzywej z powodu, że większa ilość takich zmarłych była zapisaną i przeszła do statystyki.

Istnieje dalej możliwość, że wskutek postępów pod względem kulturalnym, w szczególności higjenicznym, z biegiem lat coraz więcej osób dochodziło do wieku późniejszego, szczególniej podatnego dla raka, i że stąd wynika większa ilość raków kosztem innych chorób, względnie przyczyn śmierci. Istotnie tak jest. W pierwszym zeszycie ósmego tomu wydawnictwa centralnej Komisji statystycznej we Wiedniu pt. „*Oesterreichische Statistik, Neue Folge*“ z r. 1913, podniesiono, że od roku 1895 w krajach monarchji austrjackiej zmienił się stosunek przyczyn śmierci w ten sposób, że zmniejszyły się liczby zmarłych z chorób dziecięcych i wieku dojrzałego, natomiast wzrosły liczby zmarłych z chorób wieku późniejszego, jakoto z udaru mózgowego, chorób serca i raka. Idzie to w parze z objawem, że tak absolutnie, jak i stosunkowo, zmniejszyła się liczba zmarłych w młodości, powiększyła się zaś liczba zmarłych w wieku późniejszym; dotyczy to w szczególności także Galicji. Jeżeli przeciwstawimy grupę zmarłych w kraju w wieku powyżej 50 lat ogólnej liczbie zmarłych, to przekonamy się, że na 100 ogółem zmarłych było w wieku powyżej lat 50 w r. 1889 20,7, zaś w r. 1912 29,6, a wzrost ten jest z małemi wahaniami ciągły. Jeżeli obliczymy liczbę zmarłych w wieku powyżej lat 50 w stosunku do ludności kraju, to się pokaże, że na 100.000 mieszkańców zmierało osób tej kategorji w dziesięcioleciu 1893—1902 rocznie przeciętnie 649, zaś w dziesięcioleciu następnem 1903 - 1912 rocznie przeciętnie 655. Więc istotnie ilość osób zmierających w Galicji w wieku powyżej lat 50 uległa w ostatnich latach powiększeniu, a stąd rak, choroba właściwa wiekowi późniejszemu, częściej pojawiała się jako przyczyna śmierci. Według tego przypuszczenia nawet bez istotnego wzmożenia się choroby mielibyśmy więcej zmarłych z raka z powodu, że wśród żyjących było więcej osób, które dożyły wieku późniejszego.

Jakkolwiek z pewnością jakaś część zwiększonej liczby zmarłych z raka przypada na powyższe dwie przyczyny, to przecież zostaje jeszcze otwartą sprawa, dla nas najważniejsza, czy rak nie stał się względnie częstszym w poszczególnych klasach wieku, czy może na raka z biegiem lat nie zapadały coraz młodsze osoby. W takim dopiero razie mielibyśmy prawo mówić o istotnem wzmożeniu się raka. Dla rozstrzygnięcia tej sprawy w dotychczasowej statystyce brak danych. W każdym razie dużo daje do myślenia fakt, że śmiertelność z raka w ostatnich latach wzrosła powszechnie w podobnym, a nawet większym stopniu, niż u nas, tak w krajach monarchji austrjackiej, jak i w innych pod względem kultury wysoko stojących krajach Europy, w których ani dokładniejsze rejestrowanie raka, ani lepsze rozpoznawanie tej choroby, a może także zwiększenie się liczby osób żyjących w wieku powyżej lat 50, nie wchodzi w rachubę w tak znacznym stopniu, jak u nas.

Przechodząc do szczegółów, chcę przedewszystkiem zwrócić uwagę na rozmieszczenie raka w różnych okolicach kraju. W tym celu zestawiłem śmiertelność stosunkową z raka na 100.000 mieszkańców według powiatów w dwóch dziesięcioleciach. Największa śmiertelność była:

w latach 1885—1894:

miasto	Kraków	—	156	z.[2])
„	Lwów	—	91	w.
powiat	Jasło	—	34	z.
„	Brzozów	—	33	p.
„	Tarnów	—	31	z.
„	Stanisławów	—	30	w.
„	Biała	—	27	z.
„	Brody	—	25	w.
„	Sambor	—	25	w.
„	Sanok	—	25	p.

w latach 1895—1904:

miasto	Kraków	—	198	z.
„	Lwów	—	114	w.
powiat	Pilzno	—	39	z.
„	Biała	—	36	z.
„	Chrzanów	—	35	z.
„	Brzozów	—	33	p.
„	Drohobycz	—	33	w.
„	Tarnów	—	33	z.
„	Brody	—	31	w.
„	Jasło	—	31	z.

Wysoka liczba obu stolic kraju tłómaczy się w pewnej części znaczniejszą liczbą obcych zmarłych w szpitalach i na klinikach, zresztą może także znaczniejszą ilością mieszkańców, zaliczających się do t. zw. inteligencji. Nawiasowo nadmieniam, że statystyka śmiertelności z nowotworów złośliwych w obu stolicach kraju stanowi wdzięczny, a dotychczas niewyzyskany, temat do oddzielnego opracowania. Tak w śmiertelności, którą wykazuje Kraków w stosunku do Lwowa, jak i w śmiertelności powiatów, okazuje się przewaga zachodniej części kraju, zamieszkałej przeważnie przez ludność polską; wysoką śmiertelność wykazują także powiaty Galicji wschodniej, w których obrębie znajdują się większe miasta, zamieszkałe w znacznej mierze przez Żydów, jak Brody, Drohobycz, Stanisławów. Można sądzić, że wchodzą tu w grę różnice rasowe, kwestja do której jeszcze wrócę.

Kraj nasz w stosunku do innych krajów monarchji austrjackiej wykazuje małą śmiertelność z raka. I tak liczba zmarłych (na 100.000 mieszkańców) w r. 1910 przedstawia się następująco:

Salcburg	145	Śląsk	63
Austrja górna	134	Pobrzeże	59
Austrja dolna	118	Kraina	46
Tyrol i Vorarlberg	114	Bukowina	45
Czechy	102	Galicja	32·5
Styrja	96	Dalmacja	28
Morawy	92	Monarchja austr.	78
Karyntja	81		

Podobne liczby, aczkolwiek nieco niższe, podaje Prinzing z lat 1896 do 1900.

Również wielka różnica na korzyść Galicji zachodzi w stosunku do niektórych innych państw europejskich. Wedle *Statistique de la France* liczba powyższa w tymsamym roku (1910) była: w Szwajcarji 123, Holandji 106, Anglji 97, Niemczech 88, Francji 79, Włoszech 65, Belgji 63, Hiszpanji 60. Interesująca jest statystyka śmiertelności z raka w Państwie niemieckiem z lat 1905—1907, którą podaje Prinzing. Na 100.000 żyjących zmarło: w Westfalji 49·4, w Poznańskiem 51·2, na Śląsku 53·6, w Prusiech zachodnich 56·0, w Prusiech wschodnich 56·3. Wszystkie inne rejencje wykazują wyższe liczby, aż do 130·5 (Szwabja w Bawarji), 124·3 (Konstancja w Badenii), 119·3 (Oberbayern). Liczba dla całego państwa niemieckiego wynosi 74·2. Prinzing twierdzi, że niskie liczby polegają prawdopodobnie na małej ilości lekarzy w odnośnych krajach i na niedostatecznem sprawdzaniu przyczyn śmierci. Na twierdzenie to nie można się zgodzić bez zastrzeżeń. Natomiast uderzające jest, że okolice, zamieszkałe w znacznej mierze przez ludność słowiańską, bez wyjątku wykazały niskie liczby śmiertelności.

[2]) z. oznacza Galicję zachodnią, w. wschodnią, p. powiaty leżące na pograniczu Galicji zachodniej i wschodniej.

Liczby, tak z krajów monarchji austrjackiej, jak z innych państw europejskich, są wyższe w krajach zamieszkałych przez ludność rasy germańskiej, niższe w krajach romańskich, a najniższe w krajach zamieszkałych przez Słowian. Spostrzeżenie to uzasadnia przypuszczenie, już wyżej wyrażone, że rasa odgrywa pewną rolę w częstości raka.

A teraz słów kilka, które wprawdzie nie odnoszą się ściśle do statystyki śmiertelności z raka, ale związane są z celem, dla którego podjąłem się opracowania tej statystyki. W roku 1910 Departament sanitarny Namiestnictwa zebrał za pośrednictwem lekarzy powiatowych z całego kraju spostrzeżenia uczynione co do raka przez lekarzy praktyków i w szpitalach. Ankieta ta dała wynik stosunkowo niewielki, ponieważ zastała lekarzy nieprzygotowanych; podawano przeważnie spostrzeżenia z pamięci, niedokładne. Jako dodatni wynik muszę uważać, że niektórzy Koledzy zainteresowali się sprawą; jedni postanowili prowadzić zapiski co do chorych zgłaszających się z rakiem, inni domagali się nawet wprowadzenia obowiązku donoszenia władzom o przypadkach raka. W kilku odpowiedziach podano, że rak jest częstszy w gminach miejskich, niż wiejskich. Jako czynniki sprzyjające rozwojowi raka uważano moczarowaty grunt miejscowości zamieszkania, albo niskie położenie nad rzekami i potokami, wreszcie przepełnienie i złe utrzymanie mieszkań.

Dość powszechne było zdanie, że ludność żydowska częściej zapada na raka, a jako przyczynę podawano niekiedy używanie przez Żydów z upodobaniem drażniących pokarmów i używek. Na to możnaby replikować, że Żydzi częściej szukają pomocy lekarskiej, niż inna ludność, i że stąd może pochodzić mniemanie lekarzy-praktyków, oparte raczej na ogólnem wrażeniu, jak na faktycznem liczeniu chorych, jakoby rak u Żydów był częstszy. Należy tu nadmienić, że Prinzing przytacza statystyki, z których jedne przemawiają za większą, inne za mniejszą częstością raka u Żydów. We wsi Bazar w powiecie czortkowskim, zamieszkałej przez ludność pochodzenia tatarskiego, rak ma być częstszy.

Dziedziczność raka względnie dziedziczenie usposobienia do raka przyjmuje większość lekarzy. Kilka interesujących spostrzeżeń: w rodzinie pewnego lekarza w powiecie bialskim zmarł z raka dziadek, czworo dzieci i wnuk; w powiecie brzozowskim matka, a z sześciorga dzieci dwóch synów i dwie córki; w powiecie chrzanowskim zmarło trzech członków pewnej rodziny, zamieszkałych w różnych miejscowościach; w powiecie nowotarskim zmarły matka i dwie córki, a wnuczka zapadła na chorobę podejrzaną o raka; w powiecie tarnobrzeskim zmarli na raka dziadek, ojciec i dwie córki. Nie wykluczone tu oczywiście zarażenie, o ile mieszkanie osób zapadłych na raka było wspólne, choćby czasowo.

Natomiast hipoteza zaraźliwości raka mało ma zwolenników. Jako fakta przemawiające za zaraźliwością podano zachorowanie małżonków w trzech rodzinach w Białej (w kilka lat jedno po drugiem), zachorowania w jednej rodzinie w powiecie chrzanowskim (u osób pochodzących z rodzin nieobciążonych rakiem dziedzicznie), zachorowania w kilku familjach w powiecie mościskim i trzech familjach w powiecie strzyżowskim (w 1 do 2 lat jedno po drugiem). W Czortkowie miało się wydarzyć, że ojciec i syn, którzy odwiedzali krewną chorą na raka, zachorowali równocześnie na raka. W gorzelni w Dzikowie (pow. Tarnobrzeg) w ciągu trzech lat zachorowały ze służby dwie kobiety ze sobą niespokrewnione. Wszystkie te spostrzeżenia są mało przekonywujące.

Prócz powyższej ankiety w dziedzinie raka w naszym kraju nic prawie dotychczas nie zdziałano z żadnej strony. Ponieważ zaś rak jest chorobą przyprawiającą wiele osób o wielkie cierpienia i śmierć, a gdy nadto zachodzi podejrzenie, że z biegiem lat rak staje się coraz częstszy, przeto konieczne jest, aby I. Zjazd higjenistów polskich zainicjował akcję, która np. w Niemczech od szeregu lat trwa z wielkim nakładem pracy i pieniędzy. Celem tej akcji były: ścisłe stwierdzenie częstości pojawiania się raka, poznanie jego etjologji i wyszukanie środków zaradczych.

Jako prowadzące do tego celu formułuję następujące wnioski (podyktowane rozważeniami, które mi się nasunęły wśród pracy):

Sekcja statystyki sanitarnej i demografji I. Zjazdu higjenistów polskich zaleca:

I. starać się o pewny materjał statystyczny co do przyczyn śmierci, do czego prowadzić może obsadzanie dalszych okręgów sanitarnych w kraju i eliminowanie od oględzin zwłok czynników niefachowych;

II. sporządzić statystykę urzędową w ten sposób, aby możliwe było uzyskanie dat co do śmiertelności z raka u poszczególnych ras i zawodów, tudzież w poszczególnych klasach wieku, wszystkie w stosunku do liczby żyjących osób danej rasy, zawodu i klasy wieku;

III. prowadzić w szpitalach dokładne historje choroby co do raka ze szczególnem uwzględnieniem dat wywiadowczych, odnośnie do dziedziczności i zaraźliwości raka;

IV. ogłosić nagrody: a) za najlepszą pracę o raku w jakiejś miejscowości, opartą na osobistych dochodzeniach na miejscu; b) za najlepszą pracę o raku w rodzinach, opartą na osobistej obserwacji;

V. powierzyć troskę o wykonanie powyższych uchwał, jakoteż kierownictwo akcją w sprawie raka w kraju, szczególnie w zakresie zapobiegania i leczenia, stałemu Komitetowi krajowemu, który miałby działać w porozumieniu z podobnemi instytucjami w państwie i zagranicą.

---

† Dr. Wincenty Styczyński.

„Nie opuszczę Gliwic prędzej, póki nie wypełnię tutejszych swych obowiązków politycznych“.

Tak pisał zmarły przedwcześnie Dr. Styczyński, drugi z rzędu męczennik polski z stanu lekarskiego, w dniu 28 marca r. b. Krótko przedtem otrzymał z Opola od Komisji Międzysojuszniczej nominację na doradcę nietylko miejskiego, ale i wiejskiego powiatu gliwickiego. Obowiązek ten wziął na siebie pomimo straty na zdrowiu i mieniu. Był to bowiem mąż silnej ręki, wykrzesany z twardej skały, charakter swego rodzaju, ostry, czasem szorstki, ale nieugięty, stały i prawy Polak.

Urodził się dnia 5 grudnia 1872 w Śremie w Wielkopolsce, egzamin lekarski złożył w Wrocławiu, gdzie studjował razem z Janem Kowalczykiem; tytuł doktora uzyskał 18 grudnia 1900. Praktykował pół roku w Starym Bieruniu, potem w roku 1901 w szpitalu w Katowicach. Następnie w r. 1902 przez 6 miesięcy w Pilchowicach i osiadł nareszcie jako lekarz praktyczny w Gliwicach, gdzie przez kilka lat utrzymywał ścisłe stosunki z adwokatem Wolnym. Podczas wojny wszechświatowej był lekarzem bataljonowym a podczas plebiscytu doradcą powiatowym w Gliwicach.

Poznałem go bliżej przy założeniu naszego starego, pierwszego „Polskiego Towarzystwa Lekarzy na Śląsku“. W zebraniach brał zawsze żywy udział i przyczyniał się w wielkiej mierze do szerzenia znajomości nowszych sposobów badań naukowych pomiędzy kolegami.

Zasługi Dra Styczyńskiego znalazły najzupełniejsze uznanie z strony polskiej lekarskiej. Nie dalej jak 4 kwietnia r. b. nadszedł wniosek do Naczelnej Rady ludowej na Śląsku Górnym treści następującej:

„Dr. Styczyński jest przewidziany na lekarza powiatowego do wschodniej części powiatu katowickiego z tymczasową siedzibą w Katowicach“.

Ręka skrytobójcza przecięła pasmo żywota tego dzielnego kolegi, który dziwnym sposobem, równie jak zamordowany przez Niemców ś. p. Dr. Mielęcki, nawet więcej miał chorych i zwolenników pomiędzy rdzennymi Niemcami, aniżeli pomiędzy Polakami. Jesteśmy w głębi duszy mocno przekonani, że Dr. Styczyński stał się ofiarą swego wybitnego stanowiska, jako wódz Polskości w Gliwicach, że został skazany na śmierć przez królewsko-prusko-niemiecki system, mianowicie przez tajną komisję morderczą, która w skrytobójczy sposób nakazała Go zamordować.

Cześć pamięci zacnego kolegi, Polaka bez skazy.!

Wiadomości bieżące.

XVII Posiedzenie naukowe lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek dnia 12 maja br. w Poliklinice, ul. Lindego 5. 1) Pokazy: Kol. Skrowaczewski a) rozszerzanie zwężeń krtani, b) powikłanie wśródczaszkowego ropnego zapalenia ucha. 2) Wykład kol. Aleksiewicza Józefa: Powikłane złamanie uda. 3) Dalszy ciąg zgłoszonej dyskusji a) nad proteino- i koloidoterapją, b) nad kamicą żółciową.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Nr. 20 14 maja 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. Roman Barącz. Lwów.

Leczenie promienicy siarkanem miedzi na podstawie 19-to letniego doświadczenia.

W r. 1902 ogłosiłem[1]) obszerną pracę o promienicy, opartą na spostrzeżeniach w 60-ciu przypadkach w przeciągu lat 16-tu, zaś dnia 1 grudnia 1902 zdałem o tem sprawę na posiedzeniu Chicagoskiego Towarzystwa chirurgicznego[2]) i omówiłem tam mój sposób leczenia promienicy, nad którym obszerną przeprowadzono dyskusję. Już wtedy odradzałem doszczętnych zabiegów przy promienicy, natomiast polecałem wstrzykiwania miąższowe w nacieki promienicowe jodyny, 20%-go rozczynu azotanu srebrowego, a przy końcu leczenia tuszowanie przetok prętem lapisu. Osobliwie korzystnemi okazały się wstrzykiwania rozczynu lapisu, jednak występowały dość często przy tem postępowaniu obumarcia tkanek w miejscu wstrzyknięć, z następowem oddzielaniem się części zmartwiałych. Ażeby zapobiec tym ujemnym stronom wstrzykiwań azotanu srebrowego, zarazem leczenie promienicy głowy i szyji uprościć i módz osiągnąć dobre wyniki kosmetyczne, należało zamiast azotanu srebrowego użyć innego środka chemicznego, któryby również zabijał grzybka, jednak nie powodował martwicy tkanek, i któryby w większej ilości w nacieku dał się rozprowadzić.

Ponieważ jest rzeczą udowodnioną, że promienicę na człowieka i zwierzęta przenoszą prawie wyłącznie ciała roślinne, a osobliwie trawiaste, w stanie suchym zakażone zarodnikami grzybka i ponieważ w celu usunięcia ze zboża główni i śnieci w rolnictwie używa się przeważnie dwóch środków: siarkanu miedziowego i formaldehydu z bardzo dobrym skutkiem, należało przypuszczać, że oba te środki dadzą się także użyć z korzyścią do leczenia promienicy. Ponieważ po użyciu formaliny, jako 2%-go dodatku do zawiesiny jodoformu w glicerynie, przez M u r p h y' e g o[3]) w celu wzmocnienia działania tejże mieszanki w ogniskach gruźliczych zauważyłem raz martwicę skóry[4]), dlatego postanowiłem spróbować siarkanu miedziowego.

Specjalne zaprawianie zboża, t. zw bajcowanie, ma na celu zabicie na ziarnach a mianowicie pszenicy, żyta, jęczmienia i owsa, znajdujących się zarodników grzybka. W tym celu na 3 hl nasienia bierze się 0·5 siarkanu miedzi, rozpuszcza się go w wodzie, której się tyle dodaje do kadzi aż ziarno pokryje się tym rozczynem. Po 24 godzinnem moczeniu ziarna w tym rozczynie, wszystkie zarodniki bywają zabite, ziarno zaś jest przydatne do zasiewu bez żadnego uszczerbku dla kiełkowania.

W celu przekonania się, czy siarkan miedziowy zabija samego grzybka promienicowego, uskuteczniłem wspólnie z prof. K u č e r ą[5]) w tutejszym Instytucie anatomo-patologicznym w marcu i kwietniu 1903 r. następujące doświadczenia.

[1]) por. R. B a r ą c z *Ueber die Aktinomykose des Menschen auf Grund eigener Beobachtungen. Archiv für klinische Chirurgie* Tom 68. Zeszyt 4.

[2]) por. R. B a r ą c z. *Report of Sixty Cases of Actinomycosis Annals of Surgery Vol. XXXVII* Marzec 1903. str. 336—340 i *Transactions of the Chicago Surgical Society Meeting December 1. 1902 ibidem* str. 463—468.

[3]) por. R. B a r ą c z. Krótki pogląd na obecny stan techniki chirurgicznej w Stanach Zjednoczonych Ameryki na podstawie własnych spostrzeżeń. Przegląd lekarski 1904 Nr. 9—12.

[4]) Formaliny użył potem przy promienicy N. T r i n k l e r w Charkowie w postaci miąższowych wstrzykiwań z dobremi wynikami. Por. *Chirurgiczeski Archiv Weliaminowa* Tom 28 str. 729, 1912 i referat w *Zentralblatt für Chirurgie* 1913, Nr. 13, str. 480.

[5]) Ówczesnym docentem i asystentem Instytutu anatomji patologicznej, a potem profesorem anatomji patologicznej w Bernie (Czecho-Słowacja)

Przygotowaliśmy różne pożywki, jak agar, agar cukrowy, buljon glicerynowy, buljon cukrowy i inne, i do każdej z nich dodawaliśmy po $^1/_8$, $^1/_4$, $^1/_2$, 1—4% siarkanu miedzi. Na tak zaprawione pożywki szczepiliśmy świeżą hodowlę promienicy. Pokazało się, że zawartość $^1/_8$% siarkanu miedzi widocznie wstrzymywała wzrost hodowli, przy zawartości zaś $^1/_4$—$^1/_2$% siarkanu miedzi w pożywce hodowla wcale nie wyrosła Ten dodatni wynik naszych badań bakterjologicznych zachęcił mnie do prób na człowieku, które jeszcze w tym samym roku przedsiębrałem.

I. Przypadek. P r o m i e n i c a p o ś l a d k a. K. J. 53-letni wieśniak z Zawidowic, operowany przezemnie dwukrotnie jeszcze w r. 1886 z powodu uwięzgniętej przepukliny zgorzelinowej, ropowicy kałowej i przetoki kałowej (herniolaparotomia, wycięcie pierwotne i wtórorzędne). Przed 5 tygodniami pieczenie w odbytnicy, później utworzenie się obrzęku na wewnętrznej powierzchni lewego pośladka. 1. VI. 1903 deskowato twardy, dość ostro odgraniczony, nieprzesuwalny, sino zabarwiony naciek wielkości głowy noworodka a prócz tego w związku z nim stojący twardy postronek, przebiegający do szwu kroczowego przed otworem stolcowym. W bocznej części nacieku chełbotanie wrzekome. Rozpoznanie promienicy potwierdziło badanie drobnowidowe wypuszczonej śluzowej treści. Po nacięciu miejsca chełboczącego i dwukrotnem wstrzyknięciu miąższowem w naciek po 8 ccm 3% go rozczynu wodnego siarkanu miedzi (8. VI. i 22. VI. 1903) zmniejszanie się stopniowe nacieku i całkowite ustąpienie. Po każdem wstrzyknięciu do 24 godzin utrzymujące się pieczenie. Okłady z octanu glinowego. Trwałe wyleczenie.

II. Przypadek. P r o m i e n i c a s z y j i. I. G. 64-letni wieśniak z Żyrawki. W maju 1903 bóle w połyku i trudności przy połykaniu, później utworzenie się coraz bardziej wzrastającego obrzęku prawej strony szyji. Dnia 12. VII. 1903 rozległy, deskowato twardy, nieprzesuwalny, sino-różowo zabarwiony naciek prawej strony szyji, sięgający od brzegu szczęki dolnej do obojczyka, zajmujący także okolicę krtani i przechodzący na lewą stronę szyji. W środku nacieku 7 poprzecznemi bruzdami poprzedzielanych ropni wielkości orzecha włoskiego. Promienica w ropie W uśpieniu przecięcie i wyskrobanie ropni i wstrzyknięcie 10 ccm 2%-go wodnego rozczynu siarkanu miedzi w naciek. Tamponowanie przetok tymsamym rozczynem napojonemi pasmami gazy. Pieczenie utrzymujące się przez parę godzin. Częsta zmiana opatrunku. 26. VII. zmniejszenie i zmięknienie nacieku, drugie wstrzyknięcie 8 ccm 2%-go rozczynu siarkanu miedzi. Lapisowanie przetok 15 VIII. naciek zmniejszył się do wielkości 5-cio koronówki, przetoki zabliźnione, III-cie wstrzyknięcie tego samego rozczynu. Badanie 8 XI zupełnie zdrów.

Po tych udałych próbach zacząłem stosować tensam sposób leczenia we wszystkich następnych przypadkach z małemi odmianami. Obecnie posługuję się następującą techniką:

W celu zapobieżenie następowym bólom używam obecnie do wstrzykiwań miąższowych w naciek mniej zgęszczonego rozczynu siarkanu miedzi (najczęściej 1%-go). Albo też wstrzykuję podskórnie morfinę lub podaję wewnętrznie aspirynę. Wyjątkowo wstrzykuję poprzednio w naciek $^1/_2$% lub 1%-wą nowokainę sposobem Schleicha lub blokuję nerwy w sąsiedztwie ogniska sposobem Brauna. W wielu przypadkach nie stosuję żadnych środków zapobiegawczych przeciw bólom. Odpowiednio do rozległości nacieku wstrzykuje się w sam naciek większą lub mniejszą ilość wodnego rozczynu siarkanu miedzi, najczęściej w rozczynie 1:100 i powtarza się te wstrzykiwania co kilka dni, tak długo, aż naciek zupełnie rozmięknie; zależy to od rozległości, głębokości i umiejscowienia nacieku, dalej od większej lub mniejszej dobrotliwości lub złośliwości przypadku. Przy małych ogniskach wystarczają wstrzykiwania kilku ccm silniejszego (1—2%-go) rozczynu do rozmiękczenia nacieku, czasem tylko jednorazowe wstrzyknięcie. Przy bardzo rozległych naciekach, zajmujących np. okolicę skroniową, cały policzek i szyję, używa się zazwyczaj przy pierwszych wstrzykiwaniach naraz bardzo znacznych ilości od 40—100 ccm zwykle słabszego ($^1/_4$—1%-go) rozczynu siarkanu miedzi, który wstrzykuje się w naciek w różnych kierunkach. Pierwsze wstrzykiwania robi się zazwyczaj w uśpieniu i dołącza

się do nich albo nacięcia ropni (przy małych ogniskach) albo nacięcie i wyskrobanie wszystkich ropni i przetok aż do natrafienia na opór ze strony twardych ścian nacieku lub kości. Po wstrzykiwaniach odczuwa chory zazwyczaj silne pieczenie, które wzmódz się może do uczucia bólu. Ból ten jest bardzo indywidualny. Utrzymuje się zazwyczaj kilka godzin, dłużej lub krócej, choć niektórzy chorzy wcale się nań nie uskarżają. Prócz bolu występuje zazwyczaj większy albo mniejszy odczyn zapalny, objawiający się obrzękiem sąsiedztwa nacieku i lekkiem podniesieniem ciepłoty. Odczyn ten ustępuje po kilku dniach. Ropnie i przetoki oraz ich zaułki jodynuje się i tamponuje pasmami gazy zanurzonemi w rozczyn siarkanu miedzi, poczem stosuje się okłady wilgotne z siarkanu miedzi lub octanu glinowego. Dopiero po ustąpieniu odczynu zapalnego, ustąpieniu obrzęku i po częściowem zmiknieniu nacieku przystępuje się do dalszych wstrzykiwań. Do wstrzykiwań w głębokie i szerokie nacieki używam strzykawki „Record“ o pojemności 10 ccm o długiej i grubszej igle, którą wprowadza się możliwie głęboko w różnych kierunkach nacieku i wypróżnia przy posuwaniu i cofaniu igły — jak przy znieczulaniu sposobem Schleicha — ażeby płyn w nacieku równomiernie się rozdzielił i ażeby objął jak największy zakres nacieku. Przytem staram się robić wstrzykiwania najpierw na obwodzie nacieku, ażeby sprawę powstrzymać w pełzaniu na sąsiednie tkanki. Ważnem jest to osobliwie na szyji, ażeby wstrzymać wniknięcie sprawy do górnego otworu klatki piersiowej. Przy wstrzykiwaniach na szyji przestrzedz muszę przed wstrzykiwaniami większej ilości, osobliwie zgęszczonego płynu na raz, ponieważ może potem nastąpić silny obrzęk z utrudnieniem oddychania i połykania, który jednak po paru dniach ustępuje. Prawie zawsze po każdem wstrzyknięciu następuje dalsze rozmięknienie nacieku. Nowe ogniska rozmiękłe nacina się i tamponuje, jak po pierwszych wstrzykiwaniach powstałe. Przy rozległych i głębokich naciekach powtarza się te wstrzykiwania 5–6 razy. Przy każdych następnych wstrzykiwaniach wstrzykuje się mniejszą ilość, ale za to więcej zgęszczonego płynu (1—2%-go). Skoro już przypuszczać należy, że sprawa wstrzymana jest w dalszem postępowaniu, zastanawia się dalsze wstrzykiwania a pozostałe przetoki tuszuje się energicznie prętem azotanu srebrowego, rany zaś tamponuje się suchą gazą, co bardzo przyśpiesza wyleczenie. Tylko w miejscach, gdzie przetoki prowadzą do obnażonej kości, należy lapisować ostrożnie, ażeby zapobiedz głębszym z kością zrośniętym bliznom.

Rozczyn siarkanu miedziowego wstrzyknięty w deskowato twardy, niepodatny naciek pozostaje w nim prawdo podobnie przez czas dłuższy i powoli bywa wchłonięty; dzięki temu następuje zabicie grzybka już po pierwszem wstrzykiwaniu. Za tem przemawiają przypadki wyleczone po tylko jednorazowych wstrzykiwaniach. Czasami po ustąpieniu nacieku pozostają w skórze bliznowate stwardnienia, które przypominają naciek. Ustępują one samoistnie wraz z bronzowem zabarwieniem skóry byłego nacieku.

W inny sposób zastosował siarkan miedzi przy promienicy Bevan. Dnia 5. X. 1905 r. przedstawił on na zebraniu rocznem Towarzystwa dla chirurgji klinicznej[6]) w Chicago nieuleczalny przypadek promienicy brzucha i miednicy, leczony poprzednio bez widocznego polepszenia jodkiem potasu i promieniami Roentgena, w którym po wewnętrznem podawaniu siarkanu miedzi po 1½ grana dziennie przez 3 tygodnie, nie tylko ogólny stan chorego miał się poprawić, ale i zmiany miejscowe. Bevan użył także z dobrym skutkiem podawania siarkanu miedzi przy grzybicy drożdżowej (*Blastomycosis*). Według niego inni autorowie wykazali, że siarkan miedziowy działa zabójczo na bakterje w rozczynie 1:1000 do 1:1,000.000, i że dobrze bywa znoszony w dawkach od 2—6 granów dziennie przez 6 miesięcy.

Polecenie stosowania siarkanu miedzi w inny sposób przy promienicy, niezależnie odemnie, zachęciło mnie do dalszego stosowania go, ale w sposób przezemnie już używany, tem bardziej, że już w 5 przypadkach za pomocą wstrzykiwań miąższowych osiągnąłem bardzo dobre wyniki. Podawanie wewnętrzne sposobem Bevana, musi zresztą bardzo powoli prowadzić do celu, ponieważ tylko minimalne cząstki siarkanu miedzi przez wessanie z żołądka drogą obiegu krwi dostają się do ogniska chorobowego.

Zanim przedstawię wyniki leczenia moim sposobem podam jako dowód jego skuteczności opis ciężkiego przypadku leczonego na początku bieżącego roku w tutejszym szpitalu powszechnym[7]).

A. M. 25 letnia wieśniaczka z Wołoskiej Wsi koło Bolechowa. Przed 3 miesiącami bóle prawego dolnego zęba trzonowego, potem szczękościsk i wytworzenie się twardego guza w okolicy prawego kąta szczęki dolnej. Po dalszych trzech tygodniach obrzęk okolicy skroniowej prawej, policzka prawego i szyji po stronie prawej. Stan w chwili przyjęcia, 7. I. 1921: wątła, niedokrewna. Deskowato twardy, sino-czerwono zabarwiony, nieprzesuwalny naciek, zajmujący okolicę skroniową, cały policzek prawy i szyję, sięgający do obojczyka. Zupełny szczękościsk i skrzywienie szyji ku stronie prawej. W nacieku liczne ropnie i przetoki wargowate, wydzielające obficie ropę zawierającą drobne ziarna prom. Odstawanie ucha prawego, naciek nad wyrostkiem sutkowym, wypływ ropny z przewodu słuchowego prawego. W odległości 1½ cm od otworu zewnętrznego przewodu słuchowego przetoka komunikująca z naciekiem na policzku. (Porównaj zdjęcie fotograficzne z 9. I. 1921. (Ryc. I.)



Ryc. I

Dnia 10. I. 1921. w uśpieniu eterowem I. wstrzyknięcie w 4 punktach nacieku po 10 ccm 0·25%-go rozczynu siarkanu miedzi (całkowita ilość siarkanu miedzi 0·40), wyskrobanie przetok, zatamponowanie gazą napojoną 1% rozczynem siarkanu miedzi, okład z octanu glinowego. Codzienna zmiana opatrunku 14. I wyraźne zmięknienie nacieku, utworzenie się nowych ropni. przecięcie ropni i II wstrzyknięcie 50 ccm 0·25%-go rozczynu s. m., wstrzyknięcie podskórne 0·01 morfiny; ból mierny. Zmiana opatrunku co 2 dni; 21. I. otwarcie nowego ropnia.

Dnia 26. I III wstrzyknięcie 50 ccm ½ % rozczynu s. m., przyczem w twardym nacieku odłamał się 3 cm długi koniec. igły, który pozostawiono; 0,01 morfiny podskórnie.

Dnia 29. I. IV wstrzyknięcie 50 ccm ½% g rozczynu s. m. Morfiny nie wstrzykiwano; ból krótkotrwały. Po tem wstrzyknięcie obrzęk powiek utrzymywał się przez 3 dni Dnia 3. II. zmniejszenie się obrzęku i szczękościsku. 4. II. przeżeganie wszystkich przetok lapisem i V wstrzyknięcie 40 ccm 1% rozczynu siarkanu miedzi w utrzymujący się jeszcze naciek nad łukiem jarzmowym. 3. III. zmniejszenie się nacieku i wydzieliny, VI wstrzyknięcie 30 ccm 1% rozczynu w utrzymujące się resztki nacieku na policzku i na szyji. Dnia 7. III. nacięcie nowego ropnia powyżej prawego obojczyka i przeżeganie wszystkich przetok lapisem. Dnia 24. III. prześwietlenie policzka promieniami Roentgena w celu oznaczenia położenia odłamka złamanej igły; odłamek ten leży w kącie przy odejściu wyrostka dzióbiastego od trzonu szczęki dolnej, wyjęcie odłamka igły przez nacięcie błony śluzowej jamy ust. Dnia 31. III. skrzywienie szyji i szczękościsk ustąpiły. Wszystkie przetoki zabliźnione. Pozostało jeszcze małe stwardnienie na policzku i szyji. Chora odjechała na wieś W krótce potem chora przebyła dur osutkowy. Obecnie jest zupełnie zdrowa. (Porównaj zdjęcie fotograficzne z dnia 9 grudnia 1921 Ryc. II.)

[6]) *Surgery, Gynecology and Obstetrics November 1905.*

[7]) Kierownik: Prymarjusz prof Dr. Schramm.

W podobnym przypadku, spostrzeganym na początku r. 1916, dotyczącym wątłej 30 l. kobiety w 8 miesiącu ciąży, w którym także prawa okolica skroniowa, prawy policzek i szyja zajęte były naciekiem, ograniczyłem się do jednorazowego wstrzyknięcia w cały naciek 100 ccm 1% rozczynu siarkanu miedzi; operacji żadnej przytem nie wykonałem. Po bardzo silnym odczynie zapalnym, naciek ustępował nadzwyczaj powoli wśród tworzenia się coraz to nowych ropni i przetok, które przecinałem i tamponowałem suchą gazą dermatolową. Wreszcie po wielokrotnem stosowaniu lapisu i jeszcze dwukrotnych wstrzykiwaniach bardzo małych ilości siarkanu miedzi, w 1½ roku od początku leczenia, nastąpiło dopiero po 18 miesiącach trwałe wyleczenie



Ryc. II.

Z powyższego okazuje się, że technika, w przedostatnim przypadku zastosowana (wstrzykiwania częstsze w naciek, w mniejszych ilościach i w słabszym rozczynie) daleko prędzej doprowadziła do wyleczenia.

Sposób mój leczenia jest zatem skombinowany i polega: 1) na wstrzykiwaniach rozczynu siarkanu miedzi w celu zabicia grzybka i rozmiękczenia nacieku, 2) na mechanicznem wydalaniu grzyba przez nacięcie ropni i wyłyżeczkowania przetok, 3) na częstem jodynowaniu przetok i tamponowaniu gazą zmaczaną w rozczynie siarkanu miedzi i okładach z tego rozczynu lub z octanu glinowego aż do rozmiękczenia nacieku i 4) na energicznem stosowaniu przeżegań prętem lapisu przy końcu leczenia. Ten skombinowany sposób leczenia dawał najlepsze wyniki. Siarkan miedziowy i azotan srebrowy działają zabójczo na grzybka, jodyna zaś działa nie tylko silnie przeciwgnilnie, ale ponadto pobudza do czynnej żerności komórkowej z wytworzeniem się makrofagów, czynnika tak pożądanego przy wszystkich przewlekłych sprawach zapalnych.

W 19-to letnim okresie czasu, począwszy od początku r. 1903 po dzisiaj, spostrzegałem 36 przypadków promienicy. W pracy obszernej na innem miejscu zdam sprawę o tych przypadkach szczegółowo, tutaj ograniczam się na podaniu sumarycznem otrzymanych wyników leczenia. Z 36 przypadków dotyczyło 30 promienicy głowy i szyji, dwa języka, jeden płuca z przerzutem w powłokach brzusznych, dwa brzucha, jeden okolicy pośladka. 35 przypadków leczyłem siarkanem miedzi, w 30 przypadkach nastąpiło trwałe wyleczenie, w 2 przypadkach wynik jest nieznany, gdyż chorzy usunęli się w toku leczenia. Z przypadków głowowo-szyjnych 4 były ciężkie przypadki, a naciek sięgał w nich od przyczepu mięśnia skroniowego aż do obojczyka, wszystkie skończyły się wyleczeniem. W 2 przypadkach rozchodziło się o postać nowotworową z twardym guzem, przypominającym nowotwór złośliwy (*Actinomykoma regionis parotideae, Actinomykoma reg. max. infer.*). I tu nastąpiło po wstrzykiwaniach zmięknienie i resorbcja guzów i trwałe wyleczenie. Z dwóch przypadków promienicy języka, w jednym przypadku z ostro odgraniczonym małym naciekiem wyciąłem klin z języka i zaszyłem język w częściach zdrowych, jeden był leczony wstrzykiwaniami i nacięciem zropiałego ogniska.

Jeden przypadek promienicy dolnego płatu prawego płuca z przerzutem w powłokach brzucha po stronie lewej znajduje się jeszcze w leczeniu. Naciek w brzuchu zmalał i jest na wyleczeniu po nacięciu i czterokrotnych wstrzykiwaniach 1% rozczynu s. m. W naciek płucny wstrzyknięto dotąd 5, 5, 10, 5 i 5 ccm 1% rozczynu s. m. Plwociny są mniej krwawe, a ilość promienia w nich zmniejszyła się. Chory obecnie nie gorączkuje i znosi te wstrzykiwania dobrze Wynik leczenia tego w przytoczonym przypadku w każdym razie jest nadzwyczaj wątpliwy. Dwa ciężkie przypadki promienicy brzucha zakończyły się zejściem śmiertelnem. Jeden z tych przypadków dotyczył 67 letniego murarza, przyjętego do szpitala w bardzo późnym okresie choroby, z promienicą dolnej prawej części brzucha, przejściem sprawy pod więzem Pouparta na górną część prawego uda z przebiciem sprawy do prawego stawu biodrowego. Chory przyjęty był w stanie posoczniczo-ropnicowym. Drugi przypadek dotyczył 11 letniej dziewczynki z głębokim naciekiem prawej strony brzucha. Pomimo wstrzyknięcia jednorazowego znacznej ilości 1% rozczynu s. m. (na dalsze wstrzykiwania rodzina chorej nie zgodziła się), pomimo 3 krotnej operacji i naświetlania promieniami Roentg., pomimo energicznego stosowania lapisu sprawa przesunęła się na wątrobę i dolną część prawego płuca i chora zmarła.

Korzyściami naszego sposobu leczenia promienicy są: pewne zabicie grzybka, skoro tylko rozczyn siarkanu miedziowego będzie się mógł dostać do wszystkich miejsc zagnieżdżenia grzybka, rozmiękczenie deskowato twardych nacieków, niewystępowanie martwicy tkanek nawet przy użyciu zgęszczonych (3%) rozczynów, możność uniknięcia większych zabiegów chirurgicznych i powstania szpecących blizn i bliznowców (keloidów), i możność leczenia chorych ambulatoryjnie. W przypadkach, okazujących dążność do posuwania się sprawy na sąsiednie ważne narządy (oczodół, podstawa czaszki), mamy do pewnego stopnia możność zapobiegania temu pełzaniu przez wstrzykiwania na obwodzie nacieku. Mam też nadzieję, że w podobnych przypadkach, przy odpowiedniem użyciu wstrzykiwań dadzą się uniknąć zabiegi takie, jak czasowa resekcja bocznej ściany oczodołu podług Krönleina lub czasowe wypiłowanie kości jarzmowej, podług P. v. Brunsa, jak to nie dawno polecał P. Müller[8]) z kliniki v. Brunsa.

Także przy naciekach na klatce piersiowej przy promienicy płuc i przy naciekach w brzuchu w przypadkach niezbyt posuniętej promienicy trzewiów mogą wstrzykiwania siarkanu miedzi przyczynić się do rozmiękczenia tych nacieków i niejako torować drogę do dalszych zabiegów. Przez to oszczędzi się resekcyj płuc i jelit, zabiegów u podobnie chorych nie obojętnych. Czy przy promienicy ograniczonej na miąższ płuca wstrzykiwania w naciek płuca — jak to w przypadku obecnie obserwowanym wykonuję — okażą się skutecznemi, to dopiero w przyszłości się okaże. Również w przypadkach takich należałoby próbować metody Bevana (wewnętrzne podawanie siarkanu miedzi), albo może dałoby się wprowadzać wśródżylnie bardzo słabe rozczyny jego.

Także przy promienicy u bydła, przy chorobie powinowatej t. zw. stopie z Madury, którą wywołuje podobny grzybek, *streptothrix Madurae*, w niektórych cięższych postaciach tzw. sporotrichozy a może nawet przy gruźlicy chirurgicznej[9]), z powodu botanicznego powinowactwa i analogicznej budowy nitek prątka gruźliczego z nitkami grzybka promienicowego, mogłyby wstrzykiwania rozczynów siarkanu miedzi oddać usługi. Należałoby także myśleć i o tem, czy siarkan miedzi w słabym rozczynie nie dałby się użyć śródżylnie przy promienicy trzewiów (przy postaciach przerzutowych) O tem musiałyby rozstrzygnąć próby na zwierzętach. Sądzę także, że i siarkan kobaltu i niklu z powodu ich wysokich własności przeciwgnilnych i zabój-

[8]) P. Müller. *Ueber die Aktinomykose der Orbita. Beiträge zur klinischen Chirurgie 1910, 68 Tom Zeszyt I. str. 135 i nn.*

[9]) Moje próby przy gruczolakach gruźliczych są zbyt skąpe, ażebym mógł o tem wypowiedzieć własne zdanie.

czych dla bakteryj nadawałyby się do prób przy promienicy.

Prócz mnie użyli mojego sposobu leczenia promienicy Żurakowski i Wasiljew w Warszawie, Jedlička we Lwowie i Rechniowski w Piotrkowie we wielu przypadkach. Wszyscy mieli dobre wyniki prócz Jedlički, który dokończył leczenie podawaniem jodku potasu Dr. Żurakowski użył mojego sposobu w kombinacji z wewnętrznem podawaniem według Bevana i ogłosił jeden przypadek w ten sposób leczony jeszcze w roku 1909 [10]). Ponieważ jednak nie wiedział dokładnie, że używałem przed Bevanem siarkanu miedziowego, do wstrzykiwań miąższowych, nazwał i mój sposób także sposobem Bevana, co dopiero teraz prostuję, ponieważ praca kol. Żurakowskiego dopiero teraz jest mi dostępną.

Doc. Dr. F. Walter. Kraków.

O znaczeniu gruczołów dokrewnych w etjologji liszajca pryszczykowego. *(Impetigo herpetiformis Hebrae).*

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza Prymarjusz: Doc. Dr. F. Walter.

Pięćdziesiąt lat minęło od czasu, kiedy podał Hebra (1871 r.) klasyczny opis liszajca pryszczykowego, a przez ten czas ogłoszono szereg nowych przypadków, z których części nie można było zaliczyć w poczet typowych przypadków, nie odpowiadały bowiem warunkom, jakie w swym opisie pozostawił Hebra. Gunsett do r. 1901 zebrał 19 typowych przypadków, Borzęcki w 1905 r. przytoczył już 28, a Rost w 1921 obliczył ogólną liczbę znanych z piśmiennictwa przypadków I. h. [1]) na 40. Od tego czasu ogłosił dalsze dwa przypadki Schardorn, a po jednym przypadku Tryb i Assmann.

Rzadkie to cierpienie skórne, tak wyczerpująco opisane przez Hebrę i Kaposiego, nie przestaje budzić ciekawości dermatologów, przyczyny bowiem powstawania I. h. i do dziś dnia pozostały niewyjaśnionemi, a każdy niemal nowy przypadek, przynosił nową teorję powstawania tej rzadkiej postaci chorobowej

Przypadek typowy, który miałem sposobność spostrzegać w ubiegłym roku, powikłany równocześnie istniejącem zmiękknieniem kości, zasługuje na przytoczenie, może bowiem przyczynić się w pewnej mierze, do rozjaśnienia nieznanych dotychczas przyczyn powstawania I. h.

L. pr. ch. 7178/21 J. K. 38-letnia, zamężna, wieloródka, przyjęta na oddział dnia 7/VI. 1921 r. Nigdy nie chorowała; w wywiadach rodzinnych nic szczególnego nie można wykazać; rodzice umarli w późnym wieku. Zgłasza się z powodu zmian na skórze i utrudnienia w chodzie. Zmiany skórne wystąpiły w trzecim miesiącu obecnej ciąży, a rozpoczęły się na wewnętrznej stronie lewego uda, w okolicy fałdu udowo-wargowego. Podczas ostatnich dwóch ciąży zauważyła również występowanie podobnych zmian na skórze, jednak nie w takim stopniu i rozległości, jak obecnie; po porodzie zmiany skórne ustępowały samoistnie.

Chora jest zamężna po raz drugi, rodziła siedm razy; obecnie znajduje się w 6-tym miesiącu 8-mej ciąży. Dwoje pierwszych dzieci żyje, troje następnych zmarło po urodzeniu. W czasie przedostatniej (szóstej) ciąży zauważyła chora utrudnienie w chodzie. Po porodzie stan się polepszał, natomiast w czasie obecnej ciąży zauważyła znaczne pogorszenie, tak że od trzech miesięcy nie może chodzić, również czuje się bardzo osłabioną. Przed kilku laty poczęła gorzej widzieć, od roku nie widzi zupełnie.

Stan obecny: Podściółka tłuszczowa zanikła, skóra blada, lekkie obrzęki kończyn dolnych, błony śluzowe blade. Narząd oddechowy jest bez zmian, również bez zmian są narządy jamy brzusznej. Wymiary serca i tony prawidłowe, tętno przyśpieszone, regularne, 114. Mocz lekko mętny, oddziaływanie kwaśne, c. wł. 1027, białka ¼‰, cukru nie ma. W osadzie liczne ciałka białe, nieliczne krwinki, skąpe wałeczki szkliste, liczne nabłonki płaskie.

Badanie krwi: Hemoglobiny 77% (Sahli). Ciałek czerwonych 4,600.000, ciałek białych 17.600. Index 0·8, Limfocytów 15%, jednojądrzastych 12%, ciałek przejściowych 0·8%, eozynochłonnych 2·5%, wielojądrzasty. i obojętnochłonnych 69 7%.

Odczyn Wassermanna i Sachsa-Georgiego jest ujemny. Narząd ruchu: Utrudnienie wszystkich ruchów czynnych kończyn górnych, przykurczenie obustronne zginaczy IV i V palca rąk, bez wyraźnego typu ręki szpotawej, wybitna bolesność uciskowa żeber i mostka, jak również i miednicy, zwłaszcza w okolicy spojenia łonowego. Chód małemi krokami, kaczkowaty, skłonność do przykurczeń mięśni zginających, osłabienie mięśnia lędźwiowo-udowego. Lewy odruch kolanowy i prawy kolanowy są słabsze.

Badanie ginekologiczne: Bolesność miednicy znacznego stopnia. Wymiary miednicy zewnętrzne: *spinalis* 26 cm, *cristalis* 28 cm, *trochanterica* 31 cm, *conjugata externa* 18·5 cm. Dziób spojenia łonowego bardzo silnie zaznaczony, kość krzyżowa wyraźnie skrócona. Badanie wewnętrzne: Spojenie łonowe tworzy bardzo wyraźny kąt. Przy obejściu linji bezimiennej wyczuwa się charakterystyczny kształt miednicy rozmiękczynowej, kość krzyżowa skrócona Macica 2 palce poniżej wyrostka mieczykowatego. Położenie płodu główkowe, postawa I. Tętno płodu bardzo wyraźnie słyszalne.

Badanie dna oka wykazuje: Zaćmę dojrzałą oka lewego, prawie dojrzałą oka prawego.

Stan skórny: Skóra szyji, klatki piersiowej i grzbietu, brzucha, przedniej i wewnętrznej powierzchni ud, na prawem podudziu i w okolicy kości krzyżowej, pokryta licznemi ogniskami, złożonemi z wykwitów płaskich, barwy ciemno-czerwonej, postaci owalnej lub nieregularnej; wielkość ognisk rozmaita, od wielkości grochu aż do znacznych rozmiarów o średnicy podłużnej 10 cm. Na skórze brzucha i grzbietu, widzi się ogniska większe, o brzegach nieregularnych, girlandowatych. Na wewnętrznej stronie ud, w fałdach udowo-wargowych, znajdują się ogniska wielkości dłoni, o brzegach nieregularnych Wszystkie te wykwity skórne mają środek przypłaszczony, brzegi nacieklé, wznoszące się nieco nad powierzchnię, pokryte strupami i łuskami. Zabarwienie brzegów żywo-czerwone, środek ciemno-czerwony. Na obwodzie wykwitów poza wałem łusek i strupów liczne drobne prosówkowe pęcherzyki ropne, płaskie niewystające ponad poziom skóry, o powierzchni słabo napiętej. Po nakłuciu wydobywa się zawartość gęsta, z trudnością dająca się oddzielić. Pęcherzyki ropne otaczają dookoła wykwity skórne, nieraz w kilku rzędach, w zewnętrznych częściach są drobniejsze, ciągłość ich jest miejscami przerywaną. Obficie znajdują się w ogniskach świeżych. Dośrodkowo poza pierścieniem pęcherzyków, znajdują się pokłady łusek i strupów, powstałych po zaschniętych pęcherzykach, barwy ciemno-brunatnej. Pojedyncze ogniska, rozszerzając się, łączą się ze sobą i przyjmują postać pełzającą.

Przebieg choroby. Ciepłota w dniu przyjęcia 37·6° C. 9—VI. 38·3° C, nowe rozsianie wykwitów na brzuchu, na udzie prawem i na przedudziu. Ciepłota waha się stale od 37·3° C. do 38 6° C. 12—VI. Wstrzyknięcie w mięśnie pośladkowe 5 cm³ wyjałowionego mleka. Ciepłota wieczorem 39° C. 14 VI. Wycięto część obwodową z wykwitu na udzie, celem badania histologicznego. Krew z żyły łokciowej wysiano na pożywki, również treść pęcherzyków ropnych zaszczepiono na pożywki sztuczne. 18/VI. Ciepłota 38·2—38·6° C., chora czuje się bardzo osłabioną. 24/VI. Ognisk skórnych przybywa, zwłaszcza na brzuchu i klatce piersiowej. Chora jest bardzo osłabiona, nie może podnieść się o własnych siłach. Wstrzyknięto dożylnie 10 cm³ surowicy z krwi zdrowej ciężarnej [2]) (O. W. ujemny). Ciepłota 39° C. 27/VI. II-gie wstrzyknięcie dożylnie 10 cm³ surowicy zdrowej ciężarnej, ciepłota 40·2° C. 28/VI. 39° C. 29/VI. 36·4° C. 30/VI. III cie wstrzyknięcie dożylne 10 cm³ surowicy zdrowej ciężarnej ciepłota 39·8° C. 1/VII. Ogniska chorobowe, które już po drugiem wstrzyknięciu poczęły przysychać, powoli zaczynają od środka ulegać wessaniu, nowe przestały się wytwarzać. Chora czuje się podmiotowo znacznie lepiej, bole kostne znacznie zmniejszyły się. 2/VII. IV-te wstrzyknięcie 15 cm³ surowicy zdrowej ciężarnej, ciepłota 39·2° C. 8/VII. V-te wstrzyknięcie 8 cm³ ciepłota 39·1° C. 10/VII. VI-te wstrzyknięcie 8 cm³, ciepłota 38°C. 12/VII. Nowe wykwity nie wytwarzają się, z pozostałych znaczna część uległa wessaniu, pęcherzyki ropne wszędzie pozasychane. 15/VII Ciepłota 36 8—37° C, chora czuje się dobrze; po wessaniu się znacznej części wykwitów pozostały zmiany barwikowe; bóle kostne o małem nasileniu. 25/VII. Chora siada o własnych siłach, bóle kostne bardzo nieznaczne, wykwity skórne prawie w zupełności wessane. 30/VII. Stan tensam. Wykwity skórne w zupełności wessane, pozostały tylko miejsca zabarwione. Chora zaczyna chodzić. 5/VII. Chora czuje się dobrze. Badanie moczu: ślad białka, w osadzie ciałka białe i nabłonki dróg moczowych, bardzo nieliczne wałeczki szkliste. Przebieg ciąży prawidłowy. Chora nie chce dłużej pozostać na oddziale i opuszcza szpital, wyleczona ze zmian skórnych.

Do celów badania histologicznego wycięty w dniu 14/VI. kawałek z wykwitu na udzie, po utrwaleniu w wyskoku i płynie Müllera, zatopiono w celloidynie. Skrawki barwiono różnemi sposobami. Naskórek miejscami ścieńczały, miejscami prawidłowej szerokości, listewki naskórka wydłużone, ścieńczałe, sięgają dość głęboko w warstwę skóry. Warstwy zrogowaciałej naskórka miejscami brak, miejscami podnosi się ona w postaci cienkich blaszek na dość znacznych przestrzeniach, w niektórych miejscach objawy wyraźnej parakeratozy. Warstwa komórek ziarnistych bardzo wąska, miejscami brak jej zupełnie. Komórki warstwy kolczastej

[10]) Księga jubileuszowa dla prof. Dr. Bronisława Sawickiego Warszawa 1909.

[1]) I. h. = *Impetigo herpetiformis* = Liszajec pryszczykowy.

[2]) Kol. P. Dr. Adzie Markowej, kierowniczce szkoły położnych, składam serdeczne podziękowanie za uprzejme pozwolenie korzystania z materjału szkoły położnych.

prawidłowe, komórki warstwy podstawowej miejscami zawierają więcej barwika.

W naskórku, zwłaszcza w poszczególnych szerszych listewkach, znajdują się wolne przestrzenie zamknięte, różnej wielkości i w różnej głębokości rozmieszczone. Większe wolne przestrzenie przybierają postać jamek, zajmujących szerokość kilku listewek a podchodzących ku powierzchni naskórka; tak że od góry pokryte są tylko warstwą zrogowaciałego naskórka. W niektórych pęcherzykach brak jest warstwy górnej, jamka otwarta jest ku górze. Treść pęcherzy stanowią przeważnie ciałka białe wielojądrzaste, rzadko jednojądrzaste, pojedyncze komórki naskórka, bardzo nieliczne eozynochłonne W warstwie brodawkowatej skóry, znajduje się rozsiany naciek, złożony z komórek okrągłych i ciałek białych wielojądrzastych, przerosłych komórek tkanki łącznej, grupujących się dookoła naczyń krwionośnych. Naczynia krwionośne i chłonne porozszerzane; włókna tkanki klejorodnej i sprężyste zachowane, miejscami tylko uciśnięte na boki. Gruczoły potne i łojowe bez zmian.

W jamce, otwartej na powierzchni pęcherzyka, przy barwieniu sposobem Grama, grupka drobnoustrojów o typie gronkowców.

B a d a n i e b a k t e r j o l o g i c z n e treści pęcherzyków, wysianej na pożywkę z agarem i płynem opuchlinowym, wykazało obecność gronkowców i paciorkowców, a na buljonie z płynem opuchlinowym wyrosły gronkowce i proteus. Krew wysiana na pożywki okazała się zupełnie jałową.

Chora 38-letnia wielorodka, obecnie w 6 tym miesiącu 8-mej ciąży. W czasie ostatnich dwóch ciąży zauważyła wystąpienie zmian skórych, podobnych do tych, z któremi się obecnie zgłasza, jak również odczuwała utrudnienie w chodzie. Zmiany skórne po skończeniu ciąży ustępowały samoistnie. Badanie w czasie pobytu chorej na oddziale, stwierdziło typowy obraz I. h. Hebrae, z zwykłym obrazem histologicznym. Treść pęcherzyków badana bakterjologicznie wykazała obecność gronkowców i paciorkowców, które uważać należy za przypadkowe zanieczyszczenia, natomiast krew okakała się zupełnie jałową. Równocześnie stwierdzono znaczne zmięknienie kości. Badanie moczu wykazało obecność białka, a w osadzie krwinki czerwone białe i wałeczki szkliste. Badanie oczu stwierdziło obustronną zaćmę. Stan chorej był poważny, chora czuła się bardzo osłabioną, ciepłota przeciętnie utrzymywała się na wysokości 37·5—38·5° C. Początkowe obserwacje kliniczne stwierdziły występowanie nowych wykwitów skórnych. Stosowanie wstrzykiwań dożylnych surowicy ciężarnej zdrowej (6-ciokrotnie) doprowadziło do wessania się wszystkich wykwitów skórnych. Stan ogólny chorej znacznie się polepszył, a proces rozmiękczynowy kości doznał poprawy, bóle ustąpiły, chora mogła o własnych siłach wstawać z łóżka, a nawet zaczęła lepiej chodzić.

Opisany powyżej przypadek I. h. posiada wszelkie cechy charakterystyczne, jakie w swych klasycznych opisach pozostawił H e b r a [3]). »Cierpienie to — pisał H e b r a — charakteryzuje się powstawaniem pęcherzyków wypełnionych od samego początku i odrazu treścią ropną, rozmieszczonych w gromadkach i szerzących się obwodowo«.

Prawie zawsze występują pierwsze wykwity na wewnętrznej powierzchni uda, częścią w grupkach wielkości małej monety, częścią odosobnione, w postaci pęcherzyków ropnych wielkości główki od szpilki. Pęcherzyki te, rozszerzając się obwodowo, tworzą koła lub rysunki podobne do tęczy. Z biegiem czasu podobne ogniska wytwarzają się na całym tułowiu, na klatce piersiowej, na kończynach a nawet na skórze głowy owłosionej. »Podczas gdy w środku zasychają w ciemno-brunatne strupy, rozwijają się w otoczeniu nowe wykwity pęcherzykowate, wypełnione żółtą treścią ropną, naśladując obraz *Herpes circinatus*«. Ponieważ od samego początku powstawania pęcherzyki te wypełnione były treścią ropną, dlatego, stosownie do utartego zwyczaju, uważał H e b r a za rodzaj pęcherzyków Impetigo i chorobę tę nazwał *Impetigo herpetiformis*.

K a p o s i, ogłaszając swój przypadek *I. h. in mare* uzupełnił obraz dermatologiczny, opisując objawy rumieni i pokrzywki, a nawet silne swędzenie i zaburzenia w unerwieniu skóry, toniczne i kloniczne skurcze. »W okolicy pachwinowej, pępka, na klatce piersiowej, pod pachami, a później także na innych częściach ciała powstają, naprzód na odgraniczonych plamach wielkości soczewicy lub feniga, i na zaczerwienionem i nacieklem podłożu, pęcherzyki w naskórku, gęsto obok siebie ugrupowane, wielkości główki od szpilki z treścią mętnawą, później żółto-zieloną [4]). Z czasem pęcherzyki te zasychały w strupy, po których odpadnięciu przychodziło do sączenia i do powstawania obrazów podobnych do wyprysku. Dla typowego obrazu I. h. żądał K a p o s i następujących cech:

I. Pęcherzyków powierzchownych rozmieszczonych w naskórku, o d s a m e g o p o c z ą t k u ropnych.

II. Powstawania ich w tej samej postaci i na każdem miejscu przez cały przeciąg choroby.

III. Ugrupowania ich z a w s z e gromadnego.

IV. Pojawiania się ich okresowego w przybrzeżnych częściach dawnych ognisk, zlewających się lub przysychających, przyczem pęcherzyki powinny występować w kilku rzędach, na podłożu zapalnem, a środek ognisk powinien natychmiast lub po krótkim czasie sączyć i pokrywać się naskórkiem.

Temu obrazowi chorobowemu na skórze towarzyszą zawsze objawy ogólnego ciężkiego schorzenia ustroju i zmiany w narządach wewnętrznych. R o s t podał zebrane razem, towarzyszące I. h. objawy chorobowe takie, jak: podniesiona ciepłota, zwykle wysoka, o typie zwalniającym, napady dreszczów w czasie powstawania nowych wykwitów chorobowych, ogólne wycieńczenie i upadek sił, prowadzący aż do śmierci, często towarzyszące zmiany zapalne w nerkach i obrzęk śledziony. Niekiedy, jednak bardzo rzadko bywają zajęte i błony śluzowe (K a p o s i, d u M e s n i l, W e c h s e l m a n n). Gruczoły chłonne nie ulegają powiększeniu. Krew i treść pęcherzyków, wysiana na pożywki, powinna okazać się w prawdziwych przypadkach zupełnie jałową. Obecność drobnoustrojów uważać należy za przypadkowe zanieczyszczenie.

Pomimo, że H e b r a pozostawił klasyczny opis I. h., którym należałoby się kierować przy rozpoznawaniu, to jednak z biegiem czasu powstało wiele wątpliwości, wiążących się przedewszystkiem z zagadnieniem powstawania tego cierpienia. Bezpośrednio z tem zagadnieniem łączy się jeszcze pytanie, czy I. h. w klasycznej swej postaci, występować może także i u mężczyzn, jak to po raz pierwszy spostrzegł K a p o s i. Wszystkie 5 przypadków, jakie opisał H e b r a, dotyczyły kobiet, a obraz chorobowy występował w ścisłym związku z ciążą lub porodem. I tylko takie przypadki uważa S c h e r b e r za prawdziwe, mówiąc »należy podkreślić, że przypadki klinicznie typowe znajdowały się tylko u kobiet i zawsze były w związku z ciążą, lub co najmniej pierwsze ich początki występowały w ciąży«.

Występowanie I. h. u kobiet łączył H e b r a ze schorzeniem kobiecego narządu rodnego. Mimo że znaczna część autorów, jak J a r i s c h, B e s n i e r, F i n g e r, E h r m a n n, sprzeciwiała się możliwości istnienia I. h. u mężczyzn, to jednak z czasem ogłoszono coraz więcej przypadków u mężczyzn, które mimo wszystko uważać należy za typowe. Do tych zaliczyć należy i ostatnie przypadki P o l l a n d a i T r y b a, W przypadkach P o l l a n d a — ciepłota była znacznie podwyższona a ciężkie ogólne objawy towarzyszyły występowaniu pęcherzyków ropnych w grupkach. Gdyby dla rozpoznania I.h. konieczną była obecność ciąży, to dla takich przypadków, jakie opisał P o l l a n d lub T r y b, należałoby utworzyć nowy typ chorobowy (P o l l a n d). Byłoby to cierpienie o nieznanem pochodzeniu, ciężkiem ogólnem schorzeniu, powstałe drogą obiegu krwionośnego. Musimy więc pewne przypadki I. h. *in mare* uważać za rzeczywiście prawdziwe i typowe, nie odbiegające swym obrazem skórnym i przebiegiem od typu, jaki nam pozostawił H e b r a.

Ze sprawą powstawania I. h. u mężczyzn, łączy się bezpośrednio sprawa pochodzenia tego cierpienia. W ciągu okresu 50-letniego powstał cały szereg teoryj, z których wiele nie mogło się oprzeć postępom wiedzy lekarskiej i które tylko przytoczę w zarysie. D. n.

[3]) Über einzelne während der Schwangerschaft, dem Wochenbette und bei Uterinalkrankheiten der Frauen, zu beobachtende Hautkrankheiten. Wien. med. Wochschr. Nr. 48. 1872.

[4]) K a p o s i: Impetigo herp Arch. für Derm B. 19.

Dr. Helena Schusterówna, adjunkt zakładu. Lwów.

Zapalenie włóknikowe osierdzia z niezwykłem upostaciowaniem włóknika.

Zakładu anatomji patologicznej U. J. K.
Dyrektor prof. dr. W. Nowicki.

Jak wiadomo rozmieszczenie i upostaciowanie wysięku włóknikowego na nasierdziu przedstawia charakterystyczne obrazy, niejednakie dla różnych miejsc powierzchni serca. To rozmaite rozłożenie włóknika i jego upostaciowanie zależne jest głównie od ruchów serca, a w szczególności od kurczenia się poszczególnych jego części i od zlepiania się włóknika pokrywającego blaszkę nasierdziową z włóknikiem blaszki ościennej (osierdzia) i to w przypadkach t. zw. zapalenia suchego lub z nieznacznym tylko wysiękiem płynnym. Najtypowiej jednak występuje to różne upostaciowanie się włóknika wówczas, gdy w jamie osierdzia nagromadza się taka ilość płynu, która już nie pozwala na stykanie się ze sobą powierzchni włóknikowych nasierdzia i blaszki ościennej. Widzimy wówczas na komorze lewej, głównie w okolicy koniuszka, włóknik kosmkowy, na brzegu komory prawej poprzecznie listewkowy, w okolicy zaś przedsionków, i to bliżej komór, a także na stożku tętnicy płucnej, w postaci, przypominającej plaster wosku pszczelnego.

Przypadek, który opisuję jest niezwykły ze względu na ciekawe upostaciowanie włóknika i mechanizm tego upostaciowania, jak również dalsze losy tegoż włóknika, które doprowadziły do niezwykłej zawartości worka osierdziowego, stwierdzonej sekcyjnie.

Zwłoki dziecka 2-letniego dostarczone zostały do tutejszego zakładu z rozpoznaniem klinicznem: *In agonia, pneumonia sinistra, encephalitis.* Sekcja stwierdziła, co następuje: W mózgu i oponach znaczne przekrwienie i obrzęk. Po otwarciu klatki piersiowej uderzało odsłonięcie worka sercowego na znacznej przestrzeni; worek ten wypełniał całe dolne śródpiersie przednie i wpuklał się znacznie do lewej jamy opłucnowej. Po rozcięciu worka stwierdzono w nim mniej więcej $^3/_4$ litra płynu przezroczystego, lekko opalizującego, a w płynie tym znajdowały się bardzo obfite drobne ciałka, wyglądające na pierwszy rzut oka, jak łamany gotowany ryż, i to do tego stopnia, że w pierwszej chwili nasunęła się myśl, czy niema połączenia żołądka lub przełyku z workiem osierdziowym, przez które dostała się doń treść pokarmowa. Po dokładnem badaniu zostało to jednak stanowczo wykluczone. Przy bliższem oglądaniu stwierdzono, że ciałka miały postać przeważnie walcowatą; wysokość tych ciałek wynosiła przeciętnie 2 m., średnica zaś 3 m. W części środkowej ciałka są przewężone, tak że średnica ciałek w tem miejscu jest mniejsza. Okrągłe podstawy są wklęśnięte, jak szkiełko zegarkowe; widzimy to na rysunku, przedstawiającym wiernie ich postać (Fig. 1. b.) Powierzchnie wklęsłe są żółtawe, całe zaś ciałko białawe. Ciałka leżą miejscami jedno na drugiem pod postacią ruloników, a wówczas powierzchnie, któremi się ze sobą stykają, są do siebie przystosowane. Przypomina to nieco rulony ciałek czerwonych (Fig. 1. c.). Ilość ciałek wolno leżących w płynie jest tak znaczna, że po osadzeniu się zajmują więcej jak połowę objętości płynu, wydobytego z worka osierdziowego. Osierdzie było pokryte włóknikiem w postaci błonek łatwo dających się oderwać, samo zaś było zgrubiałe, zmętniałe i przekrwione. Ciekawy obraz przedstawia budowa błonki włóknika oderwanego od osierdzia. Jest ona wytworzona niemal z samych ściśle ze sobą połączonych, opisanych ciałek, tak że powierzchnia jej przylegająca do osierdzia przedstawia nader charakterystyczny obraz budowy z samych krążków, przypominający nieco bruk uliczny. (Fig. 1. a.) Powierzchnia, stykająca się z płynem worka osierdziowego, przedstawiała podobny obraz, ale już nie tak regularny, a to z powodu odpadania niektórych ciałek.



Fig. 1.

Opisane zmiany dotyczyły nasierdzia, blaszka ścienna była jedynie zmętniała, nieco przekrwiona. W sercu nie stwierdzono widocznych zmian. Co do innych narządów, to wykazano lewostronnie surowiczo-włóknikowe zapalenie opłucnej i w związku z niem niedodmę uciskową dolnego płatu płuca.

Ilość płynu w jamie opłucnowej wynosiła około $^1/_4$ l., a obfite naloty włóknika z trudnością dawały się oderwać od opłucnej. Mieliśmy tu zatem zapalenie opłucnej już przewlekające się. Zresztą w innych narządach nic godniejszego uwagi nie można było wykazać.

(Fig. 1. a. błonka włóknikowa, powierzchnia od strony nasierdzia, utworzona z licznych ciałek o ułożeniu, przypominającem bruk uliczny; b. poszczególne ciałka włóknikowe; c. ciałka ułożone w ruloniki (wielkość naturalna).

Badanie bakterjologiczne nalotów włóknikowych opłucnej i osierdzia wykazało obecność licznych dwoinek Fränkel-Weichselbauma.

Badanie drobnowidowe: Ze względu na niezwykłą zawartość worka osierdziowego wysięki włóknikowy na blaszkach osierdzia stwierdzony, przeprowadziłam szczegółowe badanie drobnowidowe tak osierdzia, jak i wolnych w nim pływających ciałek. Badanie to było tem ważniejsze, że mogło ułatwić wytłumaczenie mechanizmu powstania tych niezwykłych tworów. Preparaty barwiono zwykłemi metodami a także metodą Weigerta na włóknik w celu zbadania wyglądu i ułożenia włóknika a następnie stosunku jego do drobnoustrojów.

W preparatach z serca widzimy nieznaczne bujanie tkanki ziarninowej, wychodzącej z osierdzia, której górna warstwa okazuje dość obfite niteczki i siateczkę włóknika. Na tej warstwie warstwa druga, złożona z bardzo delikatnej siateczki włóknika, podobna do błonki krupowej, z nielicznemi komórkami wysiękowemi. Miejscami widzimy, jak w tej warstwie półkuliste odcinki zaczynają się oddzielać, a to w następstwie niewątpliwie gromadzenia się bardzo obfitych ciałek białych, które drogą rozpuszczania włóknika w postaci łukowatej oddzielają poszczególne (Fig. 2. c.) zmienione kosmki włóknikowe od błony włóknikowej. Są to obrazy, które spotyka się przy odgraniczających zapaleniach



Fig. 2

Fig. 2. Przekrój pionowy przez nasierdzie: a. tk. tłuszczowa podnasierdziowa, b. nasierdzie nieco zgrubiałe i zapalnie nacieczone, c. oddzielające się ciałko włóknikowe. (Leitz. Ok. rys. II. Zeiss. Obj. aa).

Niewątpliwie też w obrazach tych znajdujemy wytłumaczenie oddzielania się i odpadania ciałek, z których złożone są opisane błonki. Zachodzi teraz pytanie, dlaczego się one tak ogniskowo oddzielają i skąd pochodzi ich mniejwięcej równa wielkość i krągława postać podstawy, tak dobrze widoczna na owych oddzielonych błonkach z osierdzia, jak to widzimy na rysunku. Fakt ten możnaby wytłumaczyć w następujący sposób: W początku zapalenia mieliśmy tu do czynienia z kosmkami, jakie zwykle spotykamy przy zapaleniu włóknikowem osierdzia. Kosmki te mają u podstawy postać nieco krągławą. W naszym przypadku oddzielały się one wskutek wspomnianej demarkacji, tak jak ciało obce. Ściśle w miejscu odpadającego, względnie oddzielającego się kosmka, powstawał świeży włóknik, który też wskutek tego przedstawiał wyniosłość dość ograniczoną w stosunku do najbliższego otoczenia; ta świeża wyniosłość włóknikowa nie miała już postaci kosmka, gdyż na niej od góry przylegał jeszcze czas jakiś trzymający się, co prawda luźnie, jeszcze nie odpadły kosmek; postać jednak świeżo wytworzonej wyniosłości włóknikowej jest również krągława. W ten sposób powstaje szereg takich nieco walcowatych tworów włóknikowych, które, jak to widać na rycinie, pozostając dość długo ze sobą w luźnym związku, tworzą owe charakterystyczne rulony. Co się tyczy walcowatych postaci ciałek, to postać ich ulega z czasem pewnym zmianom. Jak preparaty Weigiertowskie z ciałek tych wykonane wykazały, najgrubszą i najzbitszą sieć włóknika znajdujemy w ich osi podłużnej, co może być wyrazem kurczenia się ciałka. Włóknik, kurcząc się, prowadzi do wklęśnięcia podstaw i wciągnięcia płaszcza walca, a tem samem wskutek tego kurczenia się i wciągania podstawy do łatwiejszego oddzielania się ciałek od podstawy. W czem leży jednak przyczyna, że tych kosmków tak wiele się wytwarza? Niewątpliwie w charakterze samego zapalenia. Obraz histologiczny i makroskopowy przemawia za zapaleniem przewlekającem się, co się zaznacza bujaniem tkanki ziarninowej, ale

i niewątpliwie ustawicznem tworzeniem się wysięku włóknikowego. I tem też właśnie ciągłem tworzeniem się włóknika w miejscu pierwotnych kosmków jedynie można wytłumaczyć, w myśl przytoczonego przezemnie mechanizmu, tę niestosunkowo dużą ilość ciałek włóknikowych, stwierdzonych w płynie worka osierdziowego. Ilość ta wielekroć przewyższa wielkość powierzchni osierdzia, w zakresie której wytworzył się wysięk włóknikowy. Przeciąganie się zapalenia należy odnieść do braku zdolności obronnych, zaczynowych i resorbcyjnych wynędzniałego ustroju dziecka, a więc do niedostatecznej ilości i siły tych czynników, które, jak wiadomo, ułatwiają i prowadzą do zobojętniania czynników szkodliwych i do usunięcia wytworów zapalnych.

XVII. Z kazuistyki Zakładu Anatomji Patologicznej U. W.

Dr. Janina Dąbrowska, asystentka Zakładu. Warszawa.

Przyczynek do nowotworów nerwu słuchowego (*Neurinoma*).

U kobiety lat 70, zmarłej wskutek nieżytowego zapalenia płuc i znacznego stopnia miażdżycy tętnic, znalazłam zupełnie przypadkowo na sekcji w kącie między mostem a móżdżkiem nowotwór, wielkości orzecha tureckiego, o powierzchni nierównej, brodawkowej, dość spoisty.

Dokładne badanie stosunków anatomicznych wykazało, iż nowotwór ten za pomocą krótkiej nóżki jest spojony z nerwem słuchowym w odległości jednego centymetra od wyjścia tego nerwu z mózgu, cała zaś jego powierzchnia jest zupełnie wolna, nigdzie nie zrośnięta z częściami otaczającemi.

Przypadek ten wydał mi się ciekawym ze względu na wyraźny stosunek tego nowotworu do nerwu słuchowego, co poniekąd popierałoby pogląd Henschena, że tylko pewna część nowotworów kąta mostowo-móżdżkowego rozwija się z zachyłka bocznego (*recessus lateralis*), nie zaś wszystkie, jak chce Orzechowski, i że nawet wtedy, gdy nowotwór ten jest zrośnięty ze ścianą tego zachyłka, mógł on pierwotnie wychodzić z nerwu słuchowego.

Dla wyjaśnienia tych spraw omówię w krótkości dane, dotyczące tego miejsca w mózgu.

Zamiast powszechnie używanej nazwy kąta mostowo-móżdżkowego Klarfeld poleca nazwę zaułka, co ze względu na charakter samego miejsca jest nazwą bardziej odpowiednią. Zastrzec się należy, iż nazwa ta dla nowotworów jest nazwą czysto topograficzną i nie przesądza bynajmniej ich charakteru i pochodzenia, pomimo twierdzenia Orzechowskiego, iż wszystkie nowotwory, rozwijające się w tym zaułku, a nawet w częściach sąsiednich mózgowia, pochodzą z przyśrodkowej (*medialis*) ściany zatoki bocznej (*recessus lateralis*). Zdanie to opiera Orzechowski na badaniach rozwojowych. Według niego pomiędzy tyłomózgowiem (*Metencephalon*), a rdzeniomózgowiem (*Myelencephalon*) z wtórnego wałka jamy czworobocznej pozostaje rozwojowo drobne ciało, zwane mostowo-opuszkowem, które może się stać punktem wyjścia dla większości nowotworów komory IV, mostu, zaułka mostowo-móżdżkowego, nerwów trójdzielnego i słuchowego. Pozostałość ta jest wynikiem tych złożonych spraw, które się odbywają w tem miejscu w czasie rozwoju mózgu. Koleje rozwojowe tej części mózgu są bodaj że najzawilsze w rozwoju układu nerwowego ośrodkowego, co między innemi wyraża się w niestałej budowie histologicznej ściany przyśrodkowej. Wiemy, iż pierwotny wałek jamy równoległobocznej zrasta się w czasie rozwoju z rdzeniem przedłużonym, by wkrótce jednak oddzielić się od niego. Wtórnie powstający wałek zrasta się ponownie z rdzeniem, lecz w miejscu, które pozostaje, jako przyśrodkowa ściana zachyłka bocznego, zrost ten jest niezupełny i w miejsce to wrasta pasmo tkanki łącznej. Wszystkie te sprawy odbywają się tak blisko odejścia gałązek nerwu słuchowego, iż gałązki te przyjmują czynny udział w tych przemianach, co przyczynić się może do rozwoju nowotworów z tego właśnie nerwu.

Jeżeli, według Orzechowskiego, w czasie rozwoju zadziała pewna szkodliwość głównie wtedy, gdy jednocześnie wytwarza się tutaj splot naczyniowy, tj. w końcu drugiego miesiąca, ściana przyśrodkowa zachyłka może się fałdować silniej, niż zwykle, co może powodować wypuklanie się dna zachyłka aż prawie do wierzchołka kłaczka (*flocculus*) móżdżkowego. W następstwie zrastać się może opona miękka móżdżka z oponą miękką dna zachyłka i wytwarzać tak często tutaj znajdowane torbiele

Nowotwory, z któremi spotykamy się w tem miejscu, są to przeważnie glejaki, włókniaki, mięsaki, nowotwory mieszane, najrzadziej nerwiaki. Jeżeli chodzi specjalnie o nowotwory z nerwu słuchowego to: 1) bądź znajdują się one w ścisłej z nim łączności i rozszczepiają jego włókna nerwowe, 2) bądź są one luźno usadowione i spojone z torebką, za pomocą nóżki, jak to było w moim przypadku.

Naogół jednak nowotwory te które wychodzą z nerwu słuchowego, należą do wielkich rzadkości, gdyż, np. z 26 takich nowotworów Hartmanna Sternberg wykazał tylko w 4 przypadkach organiczny związek z tym nerwem.

Klinicznie nowotwory te charakteryzują się wzrostem powolnym i przebiegiem łagodnym tak, iż chory nie odczuwa żadnych objawów podmiotowych ze strony nerwu słuchowego, jak np. w przypadku Grinkesa, gdzie lekarz stwierdził głuchotę jednego ucha, o czem chory dowiedział się ze zdziwieniem. W moim przypadku również nie było żadnych objawów podmiotowych, jak na to wskazuje historja choroby. Z innych jeszcze względów przypadek mój jest ciekawy, mianowicie z wyników badania mikroskopowego. Na pierwszy rzut oka miało się wrażenie, iż nowotwór jest włókniakiem, jednak charakter włókienek, szczególniej przy barwieniu metodą Van Giesona, które barwiły się na żółto, przytem wykazywały jakgdyby ziarenkowatość, wskazywał już na to, iż mamy tu do czynienia, jak gdyby z tkanką glejową. Pozatem w preparatach barwionych hematoksyliną i eozyną układ niektórych włókienek robił wrażenie poprzecznie lub skośnie ściętych nerwów; przy barwieniu metodą Bielschowskiego sprawa ta nie została rozstrzygnięta, gdyż wprawdzie były włókienka, które barwiły się na ciemno, lecz nie tak ciemno jak zwykle włókienka nerwowe.

Prócz tego znalazłam tutaj grupy, jak gdyby komórek dużych, z dużem jasnem jądrem, które nie wykazywały wyraźnego odgraniczania się protoplazmy, lecz prędzej skupienie jąder wśród masy syncytjalnej.

Porównując te obrazy z opisami Verocay'a doszłam do wniosku, iż mam tu do czynienia z nowotworem, opisanym przez niego pod nazwą „*Neurinoma*", t. j. nowotworem włóknistym, wychodzącym z torebki Schwanna, w którym opisane komórki są prawdopodobnie bujającemi komórkami tej torebki, a sam nowotwór stoi na pograniczu nowotworów z tkanki glejowej a nerwiaków. Nowotwór ten w każdym razie zaliczyć należy do nowotworów pochodnych z zewnętrznego listka zarodkowego.

Tegoż zdania jest Kohn i Dürck, który twierdzi, iż mamy tu tylko zewnętrzne podobieństwo do tkanki łącznej, która w istocie jest tylko odróżniczkowaną tkanką nerwową.

Tak więc przypadek mój zasługuje na uwagę z 2 względów: 1) iż jest to nowotwór z torebki Schwanna, 2) iż zaliczyć go muszę do t. zw. Neurinoma.

Dr. Anna Kogutowa. Lwów.

O polskich arsenobenzolach — Neosalvan (Grodzisk), Neosalutan (Zgierz).*)

Z oddziału żeńskiego skórno-wenerycznego P. Szp. P. we Lwowie.
(Prym. Doc. Dr. Roman Leszczyński).

Corocznie wydajemy miljony za granicę na zakupno Neosalvarsanu. Z zadowoleniem więc dowiedzieliśmy się o założeniu krajowych fabryk chemicznych i możności zastąpienia Neosalvarsanu, wyrobu niemieckiego i francuskiego, przetworami krajowymi Do tych należy Neosalvan z fabryki w Grodzisku i Neosalutan w Zgierzu.

Oddział skórno - weneryczny żeński P. Szpitala P. we

*) Weszła do Redakcji w marcu b. r.

Lwowie zwrócił się do owych fabryk z żądaniem przesłania większej ilości tych przetworów, aby wypróbować działanie tychże tak pod względem jadowitości, jak i skuteczności leczniczej. Jednakowoż fabryki okazały brak zrozumienia kupieckiego interesu, Grodzisk przysłał 48 dawek, zaś Zgierż tylko 12 dawek (!)

Wobec skąpej ilości przysłanego przetworu chodziło nam przedewszystkiem o to, aby u jak największej ilości osobników z objawami kiły przetwory te zastosować i wyrobić sobie zdanie co do ich jadowitości. Ocenę działania leczniczego i skuteczności zostawiamy do czasu, gdy we większej ilości będziemy mogli je zastosować, podając na razie nasze tymczasowe spostrzeżenia.

Wiemy, że toksyczność preparatów arsenobenzolowych zależy od zawartości tlenku arszenikowego. Wedle Ehrlicha preparaty dobre zawierają 0·5—0·8% tlenku arszenikowego. Preparaty zawierające 1·2—1·5% są jeszcze znośne, te zaś, które zawierają wyższy odsetek tego tlenku wywołują ciężkie objawy zatrucia.

Preparaty krajowe mają odpowiadać, wedle podania firmy, pod względem chemicznym preparatowi 914 Ehrlicha. Przedstawiają się jako żółty proszek, który rozpuszczamy i podajemy, jak preparaty Neosalvarsanu. Przy rozpuszczaniu Neosalvanu (Grodzisk) i Neosalutanu (Zgierz) zauważyliśmy, że Neosalvan jest co do koloru jaśniejszy i rozpuszcza się szybciej, niż Neosalutan, który prawie zawsze zbija się w kłaczki i rychło na powietrzu ciemnieje (utlenia się?) Co do odczynu, to jeden i drugi przetwór oddziałuje obojętnie. Po podaniu występowała prawie we wszystkich przypadkach gorączka i to wyższa przy podaniu Neosalutanu (Zgierz), niż Neosalvanu (Grodzisk). Mocz badaliśmy przed i po podaniu i nie stwierdzaliśmy pojawienia się białka. W pewnej ilości przypadków występowały nudności, wymioty, ból głowy, ciepłota 39°—40°, które to objawy do 48 godzin ustępowały. Uderzało nas to, że gorączka występowała niestosunkowo często i wyższa, niż przywykliśmy ją spostrzegać po Neosalvarsanie. Co do działania leczniczego Neosalvanu (Grodzisk), (o Neosalutanie nie możemy mówić, gdyż otrzymaliśmy go za mało), są nasze tymczasowe spostrzeżenia korzystne. Już po pierwszem wstrzyknięciu osutki plamiste bledły i ustępowały. Niejednokrotnie spostrzegaliśmy objaw Jarisch-Herxheimera. Osutki guzkowe spłaszczały się, kłykciny sączące pokrywały się przybłonkiem, przysychały i spłaszczały się.

W ogólności odnieśliśmy wrażenie, że Neosalvan (Grodzisk) zajmuje stanowisko pośrednie zarówno co do jadowitości, jak i działania, między Neosalvarsanem a starym Salvarsanem. Wydaje się on bardziej jadowitym i bardziej skutecznym, niż Neosalvarsan, a zbliża się w objawach następowych i działaniu do starego Salvarsanu. Byłoby pożądanem, aby Firma Grodzisk przez dokładniejsze oczyszczenie zmniejszyła jeszcze jadowitość swego przetworu, a w takim razie Neosalvan wyprze rychło wprowadzane zagraniczne arsenobenzole.

Z praktyki.

A. Chełmoński. Warszawa.

Wstrząsanie, jako sposób rozpoznawania kamicy żółciowej.

(Notatka kliniczna).

Rzadko za pomocą obmacywania stwierdzić można obecność kamieni w pęcherzyku i drogach żółciowych. Zwykle rozpoznanie kamicy opiera się na danych mniej lub więcej podmiotowych, a więc niepewnych. Dlatego też uzasadnione jest poszukiwanie danych, ułatwiających rozpoznanie.

W tym celu przed kilkunastu laty zacząłem stosować wstrząsanie *). W pozycji stojącej lub klęczącej chorego uderza się go pięścią w okolicę pęcherzyka żółciowego, t. j. w podżebrze prawe w linji przymostkowej. W razie obecności kamieni żółciowych wstrząsanie to sprowadza ból, zwykle rozpromieniający się do dołka. Ból ten występuje zarówno w okresie ostrym, tj. w okresie zapalnego podrażnienia pęcherzyka, i wtedy jest bardzo dotkliwy, co chory wyraża często nagłym ruchem głowy ku tyłowi, jakoteż w okresie kamicy utajonej i wtedy ból jest mniej silny. Silny ból oznaczamy na kartach szpitalnych przez R. S. (*reactio succussus*) +++, umiarkowany R. S. ++, słaby R. S +.

Ten sposób postępowania daje wogóle dobre wyniki O ile jednak kamień jest tak umiejscowiony, że wstrząsanie poruszyć go nie może (mała, głęboko położona wątroba, kamienie w samej wątrobie), to, mimo obecności kamieni, omawiany objaw może nie występować. Z drugiej strony opuszczona nerka, duża wątroba, sprawy zapalne w okolicy podżebrza prawego, sprawy w trzustce mogą stać się powodem omyłek. Jeżeli jednak pamiętać o powyższem, jakoteż ściśle spostrzegać charakter objawu, to często przyczynić się może do ustalenia właściwego rozpoznania, a niekiedy stać się jedynym dowodem kamicy, zwłaszcza utajonej.

Sprawozdania poglądowe

Prof. Kazimierz Noiszewski. Warszawa.

Jaskra i jej stosunek do ciśnienia wewnątrz czaszki.

Z kliniki chorób ocznych Uniw. Warszawskiego.

(Dokończenie)

Doświadczenia nad oddziaływaniem obniżenia ciśnienia w czaszce na oczy u psów wykonywał Noiszewski w Instytucie Medycyny Doświadczalnej w Petersburgu w pracowni fizjologicznej Pawłowa.

Na przekrojach podłużnych przez tarczę i nerw wzrokowy można było stwierdzić, nawet okiem nieuzbrojonem, różnicę między zagłębioną tarczą z wygiętą w kierunku jamy czaszki sitówką u psów po trepanacji, a tarczą wypukłą z sitówką, wygiętą w kierunku wnętrza gałki u psa kontrolnego. Doświadczenia nad oddziaływaniem obniżonego ciśnienia w jamie czaszki na oczy u psów były powtórzone przez Władyczkę[1]), obecnie profesora Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie, w pracowni Bechterewa. Doniosłe znaczenie mają spostrzeżenia nad oddziaływaniem nakłucia lędźwiowego na objawy jaskrowe w oczach. Objawy jaskrowe występują oczywiście nie w każdym przypadku nakłucia lędźwiowego. W przypadkach chorobowych, w których zachodzi obniżenie przez nakłucie lędźwiowe wzmożonego ciśnienia w układzie mózgowo-rdzeniowym, a nakłucie lędźwiowe obniża ciśnienie zaledwie do normy, objawy jaskrowe nie występują wcale lub tylko w przypadkach nadmiernego obniżenia ciśnienia. Objawy jaskrowe występują częściej u osobników, od których przez nakłucie lędźwiowe bierze się ciecz mózgowo-rdzeniową dla cytodjagnostyki, a nie w celu obniżenia wzmożonego ciśnienia. Dotąd, o ile mi wiadomo, tylko Pflugh[2]) zwrócił uwagę, że u niektórych osobników nakłucie lędźwiowe połączone jest z niebezpieczeństwem napadu jaskry.

Praca Pflugh'a ukazała się w r. 1911 t. j. w trzy lata po całym szeregu prac Noiszewskiego o znaczeniu obniżenia ciśnienia w układzie mózgowo-rdzeniowym dla powstawania jaskry. Gorbunow[3]), który był obecny na posiedzeniu Towarzystwa Okulistycznego Petersburskiego, na którem Noiszewski zdawał sprawę ze swych doświadczeń nad obniżeniem ciśnienia w czaszce przez kranjektomję u psów i przez nakłucie lędźwiowe u ludzi, podał wkrótce potem spostrzegany przez siebie przypadek jaskry po nakłuciu lędźwiowem.

W przypadku tym kobieta 30-letnia cierpiała na tak gwałtowne bóle głowy, że doprowadzały ją aż do myśli o samobój-

---

*) S. Goldflam zalecał wstrząsanie w celu rozpoznawania kamicy nerkowej. Sposób ten postępowania znalazł powszechnie uznanie.

[1]) Władyczko. Rus. Wracz. 1913. N. 9. str. 684.

[2]) Pflugh. Scopolamin-Morphium Narkose und Glaukom. Klin. Mntsbl. f. Augenh. 19 1. XLIX. s. 663.

[3]) Gorbunow. Centralbl. f. pr. Aughk. August 1912.

stwie. Na naradzie lekarskiej, w której brał udział i specjalista chorób ocznych, bóle tłumaczono obecnością guza w mózgu i w celu obniżenia ciśnienia w czaszce dokonano nakłucia lędźwiowego. Stwierdzono przedtem, że ostrość wzroku była prawidłowa, widzenie obwodowe na światło białe miało granice prawidłowe, na światło barwne czerwone i zielone zwężone od strony nosa. Po nakłuciu lędźwiowem bóle głowy jeszcze bardziej się wzmogły.

Gorbunow stwierdził u chorej w obu oczach zmętnienie rogówki, płytkość przedniej komórki, zagłębienie tarczy i pole widzenia zacieśnione do 10° od strony nosa. Po rozpoznaniu napadu jaskry i po zastosowaniu ezeryny chora natychmiast uczuła ulgę. G następnie wykonał na obu oczach sklerotomję i chora została uleczona.

Jednak w kilka miesięcy później, po wzruszeniach i wielu nocach bezsennych był, nowy napad bólów, które usunęła powtórna sklerotomja.

Doświadczenia nad obniżeniem ciśnienia w czaszce nasuwały przypuszczenia, że i w warunkach życia codziennego mogą być wypadki nagłego obniżenia ciśnienia w czaszce. Otóż od dawna wiadomo, że wzruszenia przygnębiające bywały nieraz najbliższym powodem napadu jaskry. Wiedział o związku między wzruszeniami i jaskrą jeszcze w r. 1821 Demours[4]), zwracał uwagę na ten związek Wicherkiewicz[5]) i wskazywał go Sander[6]). Nietylko wzruszenia przygnębiające, ale wyczerpanie umysłowe i fizyczne, oraz głód wpływają na obniżenie ciśnienia w czaszce i objawy jaskrowe w oczach (Noiszewski[7]). Od czasów Graefego znany jest fakt występowania napadu jaskry w czasie gry w karty. Wecker podaje, że starsza kobieta po przegranej w karty dostała napadu jaskry. Zabroniono jej gry, jednak grała dalej i po drugiej przegranej oślepła i na drugie oko. Noiszewski opisał dwa przypadki napadu jaskry w czasie gry w karty. W jednym z nich u Salomona K., wraz z napadem jaskry w oku prawem, było jednocześnie i porażenie lewostronne. W drugim zawodowy szuler zmuszony był zaprzestać gry w karty, bo, jak tylko siadał do gry, zjawiały się zwiastuny napadu jaskry; zamglenie wzroku, bóle w skroniach i czole i koła tęczowe naokoło płomienia świec. Badanie wziernikiem wykazywało silne przekrwienie tarczy nerwu wzrokowego w obu oczach. Rzecz oczywista, że nie u każdego z grających w karty powstają zaburzenia jaskrowe i nie każdy zmęczony lub przygnębiony jest zagrożony jaskrą, ale tylko ten, u którego równowaga ciśnień w gałce ocznej i czaszce ulega łatwo nagłemu zachwianiu. Ulegają tym napadom osobnicy z jaskrą utajoną. Jaskra utajona może pozostawać utajoną lata całe; przytem może nie być nawet tych objawów, które nazywamy zwiastunami jaskry. Często jedynym objawem jaskry utajonej są napady łzawienia. Nieraz mi się udawało usuwać łzawienie bez skutku leczone całemi miesiącami zgłębnikiem, pilokarpiną.

Niekiedy jaskra utajona sprowadza lata całe trwający ból głowy, który na zawsze usuwa wycięcie tęczówki. Noiszewski opisał kilka przypadków uporczywego bólu głowy, trwającego kilka lat, który po wycięciu tęczówki ustąpił zupełnie i na zawsze.

Bóle te należy umieć odróżniać od bólu głowy w wadach refrakcji i w niedomodze mięśni ocznych gałki; bóle te nie są w związku z ogniskowaniem i zbieżnością.

Jaskra utajona nie jest to samo, co jaskra prosta. Jaskra prosta prowadzi zawsze do ślepoty, przeciwnie jaskra utajona może trwać lata całe, ciągle grożąc, jak wieża pizańska, upadkiem wzroku, a jednak wzrok pozostaje przez cały czas jej trwania prawidłowy. Przypadłości podmiotowe mogą być bardzo ciężkie w jaskrze utajonej, przeciwnie w jaskrze prostej, pomimo nawet bardzo znacznego upadku wzroku, osobnik, nią dotknięty, nie doznaje żadnych przypadłości. Dlatego tak rzadko lekarzowi udaje się rozpoznać jaskrę prostą w jej pierwszym okresie. Oprócz Noiszewskiego opisali przypadki jaskry utajonej Władyczko[8]) i Gorbunow. Głównemi objawami jaskry utajonej, a właściwie objawami obniżonego ciśnienia w czaszce były w tych przypadkach bóle głowy. Przy bólach tych ulgę sprawiała ezeryna i pilokarpina, a ustawały zupełnie po irydektomji.

W piśmiennictwie lekarskiem bardzo niewiele jest przypadków jaskry, zbadanych pod względem anatomopatologicznym. A i te, które były zbadane, niewiele rzuciły światła na etjologję jaskry pierwotnej. Więcej, niż inne, budzi zajęcie przypadek Fuchsa, dotyczący kobiety zmarłej na zapalenie płuc, u której przed 7-iu laty Arlt wykonał na obu oczach z powodu ostrego napadu jaskry wycięcie tęczówki. Jedno jej oko było zupełnie ślepe, drugiem widziała dobrze do końca życia.

W obu oczach tarcze nie były zagłębione, chociaż nerwy wzrokowe uległy częściowemu zanikowi. Kąt przesącza był wolny, pomimo przerostu ciałka rzęskowego. Brak zagłębienia tarczy w tym przypadku jest jednym więcej dowodem, że zagłębienie tarczy zależy nie od wzmożonego ciśnienia w gałce ocznej, ale od tego, że to ciśnienie większe jest od ciśnienia w czaszce. Brak zagłębienia w tym przypadku i w przypadkach Rydla i Noiszewskiego, o których było podane wyżej, można wytłumaczyć tylko tem, że ciśnienie w czaszce w tych przypadkach było większe, a przynajmniej równe ciśnieniu w gałce ocznej. Przypadek, opisany przez Elschniga[11]):

Kobieta 72-letnia z jaskrą dokonaną w oku prawem i z okiem lewem zupełnie zdrowem, z prawidłową ostrością wzroku dostała w tem oku ostrego napadu jaskry natychmiast po zapuszczeniu jednej kropli homatropiny.

Napad po zakropleniu ezeryny ustąpił, ale wystąpił ponownie po kilku dniach. Piątego dnia po tym napadzie chora nagle zmarła. Oto są dane badania pośmiertnego w tym oku: tarcza nieco obrzękła, poza blaszką sitową dają się stwierdzić w nerwie wzrokowym zwyrodniałe włókna; w zatoce rogówkowo-twardówkowej (przewód Schlema) zakrzep, żyły przyległe do tej zatoki nacieczone drobnemi, okrągłemi komórkami. Innych zmian niewiele i są nieznaczne. Zresztą w tym przypadku nie tyle ważne są dane anatomo-patologiczne, ile fakt kliniczny, że jedna kropla homatropiny sprowadziła w oku zupełnie zdrowem ostry napad jaskry.

Zresztą nie jest to przypadek wyjątkowy i nieraz już jedna kropla atropiny sprowadzała jaskrę. Tylko nagłem zachwianiem równowagi między ciśnieniem w gałce ocznej, a ciśnieniem w czaszce dają się wytłumaczyć tego rodzaju napady jaskry.

Jeżeli tak skąpe posiadamy dane anatomo-patologiczne o jaskrze ostrej i przewlekłej, to jeszcze mniej mamy danych o anatomji patologicznej jaskry prostej. Jeżeli autorowie badający anatomję patologiczną jaskry zastoinowej główną uwagę zwracali na przedni odcinek gałki i w szczególności na kąt przesącza, to autorom, badającym anatomję patologiczną jaskry prostej, pozostawało do badania tylko zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego. Z autorów, badających anatomję patologiczną jaskry prostej, przedewszystkiem wymienić należy Schnabla[12]). Według niego, jak już wspominaliśmy wyżej, zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego jest zależne od wzmożonego ciśnienia w gałce ocznej; co oczywiście dla jaskry prostej jest najzupełniej słuszne, jak również słuszne jest, że jest to sprawa zapalna tarczy nerwu wzrokowego. Zapalenie to oznacza Schnabel mianem *„neuritis optica cavernosa"*; ale nie umie wytłumaczyć ani przyczyny zagłębienia, ani przyczyny zapalenia tarczy. Zresztą Schmidt-Rimpler, omawiając przypadek, na podstawie którego Schnabel stworzył nową jednostkę chorobową, *neuritis optica cavernosa*, nie chce się zgodzić, że jest to przypadek jaskry, ze względu na to, że *lamina cribrosa* nie uległa tu zagłębieniu razem z tarczą. Według Schmidt-Rimplera jest to *„neuritis descendens nervi optici"*.

Zajmujące jest porównanie przypadku Schnabla z przypadkiem, opisanym przez Schmidt-Rimplera[13]),

[4]) Demours. Traité pratique des maladies des yeux. 1821.
[5]) Wicherkiewicz Postęp okul. str. 120 r. 1905.
[6]) Sander. Glaucome emotif Archiv d'Ophtalmol 1906.
[7]) Noiszewski. l. c. str 18.
[8]) Władyczko. Wracz 1913. N. 19.

[9]) Gorbunow. Centrabl. f. pr. Augenheilkunde Februarheft 1911.
[10]) Fuchs. Glaucoma inflammatorium v Graefe Arch. f. Ophth. XXX. 1884. 3 str. 123.
[11]) Elschnig A., Anatomische Untersuchungen zweier Fälle von acuten Glaucom. Arch. f. Augenheik. Ergänzungsheft str. 183. 1896.
[12]) Schnabel. Das Glaukomatose Sehnervenleiden. Arch. f. Augenh. XXIV. 4 str. 273 r. 1892.
[13]) Schmidt-Rimpler l. c. str. 100.

w którym odwrotnie były jamy, było i wygięcie sitówki w kierunku czaszki, ale nie było zagłębienia tarczy.

Porównywując dwa te przypadki, dochodzimy do wniosku, że tam, gdzie przewód osiowy w nerwie wzrokowym jest tak szeroki, że prąd cieczy chłonnej w gałce ocznej ma wystarczające i ujście i przejście do jamyczaszki, tam, pomimo nawet wzmożonego ciśnienia w gałce, zagłębienie tarczy nie występuje. Jeżeli jednak ujście w samej tylko tarczy jest szerokie, a poza tarczą znowu się zwęża, to tarcza pozostaje niezagłębiona, ale sitówka będzie zagłębiona i wygięta w kierunku jamyczaszki.

Tak więc w pierwszym przypadku było zagłębienie tarczy, a nie było jaskry; w drugim nie było zagłębienia tarczy, a jednak była jaskra.

Od czasu, gdy Knies[14]) w 14-stu zbadanych anatomopatologicznie przypadkach jaskry znajdował zawsze niedrożność kąta przesącza w przedniej komórce oka, powstała teorja o niedrożności kąta przesącza, jako o przyczynie jaskry. Bentzen[15]) sam, a następnie wspólnie z Leberem[16]) na podstawie badań pośmiertnych przyszli do wniosku, że w oczach, porażonych jaskrą, drożność kąta przesącza jest dla cieczy wewnątrz-gałkowej ograniczona.

Powstawanie jaskry wtórnej tłómaczy się zupełnie zadowalniająco, jeżeli przyjąć utrudniony odpływ, ale niepodobna wytłómaczyć w ten sposób powstawania jaskry pierwotnej. Chyba, gdybyśmy przyjęli, że i powstawanie jaskry pierwotnej stawiamy w zależność od uprzedniego stanu zapalnego w gałce ocznej; ale w takim razie nie byłoby żadnej różnej między jaskrą wtórną, a jaskrą pierwotną. Niektórzy powstawanie jaskry pierwotnej czynią zależnem od wzmożonego ciśnienia krwi w naczyniach. Zdania tego są Adamück[17]), Bajardi, Grünholm, Frenkel, Ewerbusch, Zimmermann Landsberg. Krämer[18]) jednak na 45 przypadków jaskry tylko w 16-u znalazł wzmożone ciśnienie krwi w naczyniach. Do wniosku, że niema związku przyczynowego między ciśnieniem krwi w naczyniach, a ciśnieniem wzmożonem w gałce, przyszedł i Terson[19]), który uprzednio przypisywał wielkie znaczenie wzmożonemu ciśnieniu krwi dla powstawania jaskry pierwotnej. Tak samo i Leber[20]) utrzymuje, że ani wzmożone ciśnienie krwi, ani zastój żylny, ani podrażnienie nerwu naczyniowego (*symphaticus*) lub nerwu trójdzielnego nie prowadzi do wzmożenia ciśnienia w gałce. O wiele racjonalniejsza jest teorja powstawania jaskry pierwotnej, przyjmująca jako przyczynę jaskry nadmierną czynność wydzielniczą (*hypersecretio*). Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że czynność wydzielnicza wypustek rzęskowych znajduje się w ścisłym związku z jaskrą zastoinową czyli inaczej pierwotną. Była już o tem mowa, gdy przyrównywaliśmy wypustki rzęskowe do splotów naczyniówki mózgu.

Podana obecnie teorja powstawania jaskry wychodzi z założenia zachwiania równowagi między ciśnieniem w gałce ocznej, a ciśnieniem w czaszce. Teorja ta uwzględnia głównie t. zw. jaskrę prostą; ale tłómaczy i powstawanie nagłych napadów jaskry pierwotnej w tych przypadkach, kiedy np. jedna kropla atropiny lub homatropiny wyprowadza nagle z równowagi ciśnienie w gałce ocznej. Niekiedy nagłe wzruszenie działać tu może analogicznie do kropli atropiny (*glaucome emotif*).

---

[14]) Knies. Ueber das Glaucom Arch. für Ophth. XXII. 1876. 3. „Zur Lehre von den Flüssigkeitsstörungen. Virchows Arch. XLV. 1877. Centralbl. f. Allgem. Phathol. und pathol. Anatom. 1890 str. 407.

[15]) Bentzen. Ueber experimentelles Glaukom beim Kaninchen und über pathologische Anatomie das Glaukoms. v. Graefe Arch. f. Ophth. 1895 XLI. 4 str. 42.

[16]) Leber u. Bentzen. Ueber die Filtration der vorderen Kammer bei normalen u. glaukomatösen Augen. Arch. f. Oph. XLI. 3 str. 208. 1895.

[17]) Adamück. Centralbl. f. d. med. Wissensch. str. 561. r. 1866.

[18]) Krämer v. Graefe Arch. f. Ophth. Bd. LXXIII. str. 349. r. 1910.

[19]) Terson Arch. d. Oculist. CXL. 224. 1907.

[20]) Leber. Die Circulations und Ernährungsverhältnisse des Auges s. 354. Graefe-Saemisch 2-te Aufl.

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Wiener Medizinische Wochenschrift.

Nr. 11. z 1922.

Haberda. **Stanowisko lekarza w ostatnim austrjackim i niemieckim projekcie prawa karnego.** Prof. Haberda zajmuje się w tym artykule sprawami, dotyczącemi ogółu lekarzy ze stanowiska prawa austrjackiego i niemieckiego. Rozstrząsa sprawy tak żywotne i zajmujące, jak np., czy lekarz może bez zezwolenia chorego wykonywać jakiś zabieg operacyjny (wzgl. leczenie) — czy wolno leczyć kogoś wbrew jego woli, czy wolno leczyć porażeńca szczepieniem zimnicy — czy wolno np. wykonać wycięcie trąbek dla wytrzebienia kobiety, tylko na jej życzenie. Zastanawia się nad spędzeniem płodu — nad tajemnicą lekarską — przymusem leczenia — orzeczeniami lekarskiemi, błędami w sztuce wskutek nieumiejętności i niedbalstwa.

W. Neumann. **O swoistem leczeniu i rozpoznaniu gruźlicy.** Poleca tuberkulinę przy surowiczych gruźliczych zapaleniach opłucnej i otrzewnej. Po 2-3 injekcjach następuje spadek ciepłoty i wessanie wysięku przy polyurji. Dobre wyniki widział autor również przy gruźliczych sprawach płucnych, chronicznych. Nawołuje do ścisłości przy rozpoznawaniu t. zw. apicitis, przy której wyniki leczenia swoistego są świetne.

J. Hochenegg. **O zapaleniu wyrostka robaczkowego.** Wykład kliniczny.

K. Urban. **O znieczulaniu miejscowem i uśpieniu ogólnem.** Autor uważa znieczulenie lędźwiowe za wysoce niebezpieczne z powodu działania ubocznego na rdzeń i mózg (1 przypadek śmierci na 200 operowanych). Nie poleca również znieczulenia ekstraduralnego Cathelin'a ani też znieczulenia paravertebralnego; także poleconego przez Kappisa znieczulenia nn. splachnici nie uważa za dobre — krótko mówiąc twierdzi, że znieczulenie miejscowe (infiltracja, znieczulenie obwodowe, (*Leitungsanästesie*) zastępują skomplikowane i niebezpieczne metody znieczulań rdzeniowych. Do ogólnej narkozy poleca chemicznie czysty eter albo chloroform, zależnie od przypadku.

Nr. 12 z 18. marca 1922.

O. Stoerk. **O stwardnieniach naczyń.** Autor omawia zdobycze nauki ostatnich 20 lat z dziedziny patologji naczyń, przy specjalnem uwzględnieniu arteriosklerozy, której pojęcie zacieśniło się wprawdzie, ale i nabrało jasności.

R. Kronfeld. **Zakażenie ogólne z jamy ustnej i leczenie korzeni zębowych.** Związek między chorobami zębów a innemi cierpieniami ogólnemi znany jest od dawna, obecnie dzięki pracom autorów amerykańskich, internistów, bakterjologów i radjologów, uzyskuje potwierdzenie. Szczególnie ważne są ogniska zapalne około t. zw. martwych zębów, które chronicznie zakażają organizm. Reumatyzm, zapalenie wsierdzia, nerek, wyrostka robaczkowego, choroby wątroby i woreczka żółciowego, choroby oczu, neuralgje i psychozy są następstwem takich zakażeń.

W. Neumann. **O swoistem leczeniu i rozpoznaniu gruźlicy** (ciąg d. z poprzedniego numeru). Autor zastanawia się nad teorjami działania tuberkuliny i zajmuje się techniką jej stosowania przy rozmaitych postaciach gruźlicy. Poleca wreszcie w odpowiednich przypadkach wcieranie glicerynowego roztworu tuberkuliny. *M. B.* (Lwów)

Czasopisma archiwalne.

Patologja i anatomja patologiczna.

The Lancet.

26.XI. 1921.

A. S. Herbert. **Objaw żuchwowo-karkowy i jego znaczenie w klasyfikacji spraw reumatycznych.** Wiadomo, że staw żuchwowy bywa zajęty w niektórych cierpieniach reumatycznych, zbyt mało jednak do tej pory zwracano uwagi na okoliczność, że objaw ten jest wprost znamienny dla pewnej grupy schorzeń tego rodzaju. Współrzędnie z zajęciem żuchwy

idzie ból, zesztywnienie i trzaskanie w karku, mianowicie w pobliżu stawu szczytowopotylicznego. Przyczyna i podkład anatomiczny tej sprawy jest dość ciemny: w razach daleko posuniętych oględziny pośmiertne dają obrazy nader różnorodne, a więc zgrubienia kręgów, zwyrodnienia bliznowate i t. p. Należy uznać za pewnik, że współistnienie tych objawów dowodzi sprawy toksycznej na tle bakteryjnem, podczas gdy w czystej dnie to się nie zdarza.

Opierając się na powyższem, w poszukiwaniu drogi do prawdy w zawiłym labiryncie »reumatyzmów i artretyzmów«, autor ostatecznie decyduje się na uklasyfikowanie chorób, o których mowa, podając wzór następujący:

A. Brak objawu ż.-k. 1. dna (ostra i przewlekła),

2. reumatyzm (ostry i przewlekły).

B. Obecność objawu żuchwowego i karkowego, a więc grupa toksyczna i zakaźna: 3. rzeżączkowa, 4. czerwonkowa, 5. toksyczna (punktem wyjścia zamknięte ognisko zakaźne, a więc migdałki, zęby, nos, ucho, pęcherzyk żółciowy, wyrostek robaczkowy, wreszcie samozatrucie kiszkowe, 6. »reumatoidy« czyli sprawy, gdzie nie sposób wyraźnie wskazać rodzaju zakażenia, lecz, gdzie z powodu typowości objawów mamy prawo mówić o swoistości zakażenia; typ polega tu na wybitnej umiarowości zajęcia stawów, zwłaszcza międzyczłonowych wskaziciela i środkowego palca, na przewadze płci żeńskiej, na objawach nerwowoodżywczych, jakoto pocenie się rąk, przyśpieszona praca serca i t. p., 7. zajęcia stawów w następstwie chorób ostrych gorączkowych, a więc odry, płonicy, durów, grypy i t. d., 8. reumatyzm tarczycowy; spostrzeganie uczy, że w bardzo wielu razach *„hyperthyreoidyzm“* idzie w parze z cierpieniami artretyczno-reumatycznemi i w tych właśnie razach adrenalina działa bardzo energicznie.

C. Zajęcie stawów urazowe, t. j. przypadki rozpoczynające się jako zwykły uraz chirurgiczny, z biegiem czasu dający zmiany kostno-stawowe. Do grupy tej należy zaliczyć wszelkie sprawy stawowe zawodowe, czyli takie, gdzie dane ugrupowanie tkanek ulega często powtarzanym urazom.

D. Zapalenia kostnostawowe; w grupie tej gromadzi autor ostateczne zmiany kostno-stawowe, jakie mogą powstawać w następstwie wszystkich wyżej wymienionych schorzeń. W wielu razach zmiany tu powstałe w postaci rozrostu tkanki kostnej, ograniczenia ruchów stawowych, zaniku mięśni i t. d. można uważać jako obronę ustroju przeciw działalności czynnika zakaźnego, co istotnie w wielu razach zostaje uwieńczone powodzeniem.

Jak widzimy z powyższego, klasyfikacja cierpień reumatycznych nie jest łatwa, jednakże leczenie ich jest wielekroć trudniejsze. Oczywiście musi się ono opierać przedewszystkiem na usunięciu przyczyny choroby i dlatego dokładne rozpoznanie, nie zadawalające się nic niemówiącemi wyrazami, reumatyzm i artretyzm, powinno być punktem wyjścia dla wszelkich zabiegów leczniczych. Dla przykładu można wziąć całą grupę »B«; łatwo domyślić się, iż wymaga ona leczenia tonizującego w sensie zwiększenia odporności tkanek przeciw drobnoustrojom: w ten sposób wchodzą tu w grę szczepionki, których skuteczność zależy w znacznym stopniu od rozpoznania. *E. Lewenstern.*

Zieglers Beiträge f. path. Anat.
T. 69. Z. 1:2. 1921.

Prof. Marschand. **Zmiany w śródbłonkach otrzewnej po wprowadzeniu małych ciał obcych.** Po jałowem wprowadzeniu do jamy otrzewnowej ziaren widłaka *(lycopodium)* powstaje w otrzewnej proces zapalny, w którym ważną rolę fagocytów odgrywają komórki śródbłonkowe otrzewnej; zamieniają się na duże, wrzecionowate, okrągłe lub wielopostaciowe fagocyty i posiadają ruchy amoeboidalne. Po otorbieniu ciała obcego przyjmują znowu postać komórek śródbłonkowych.

Dr. Hauser. **Czaszka kiłowa, pochodząca z cmentarza Sebalda w Norymberdze.** Opis czaszki ze zmianami kiłowemi, znalezionej przy odkopywaniu starego cmentarza Sebalda w Norymberdze. Na podstawie kroniki miasta stara się autor wyświetlić, z jakiego czasu ona pochodzi, mianowicie uwzględnia okres od pojawienia się *„mala francoza“* w Norymberdze aż do zamknięcia cmentarza, co przypada na koniec wieku piętnastego a początek szesnastego.

Prof. Hedinger. **O znaczeniu danych anatomicznych w kile wrodzonej.** H. opisuje 2 płody, u których klinicznie i anatomicznie, mikroskopowo i makroskopowo rozpoznawano kiłę. Dokładne jednak badanie w kierunku krętków bladych w narządach dało wynik ujemny, coby znowu, według dotychczasowego zapatrywania, przemawiało przeciw kile. Autor radzi zwracać uwagę na podobne przypadki.

Prof. Ghon. **W sprawie związku zespołu wczesnych zmian gruźliczych z ogniskiem pierwotnem.** Autor zwraca uwagę na stałą zależność następowych zmian gruźliczych w gruczołach chłonnych od miejsca pierwotnego zakażenia w tym sensie, że największe zmiany znajdujemy w gruczołach, leżących najbliżej miejsca pierwotnego zakażenia. To też znalezienie wybitnych zmian gruczołowych każe nam w ich sąsiedztwie szukać za pierwotnem ogniskiem. Kierując się temi danemi znalazł autor w dwóch przypadkach u dzieci raz pierwotne miejsce zakażenia w nosie, drugi raz w odbytnicy.

Prof. Gierke. **Wytwórcze zapalenie mięśnia sercowego z odnową włókien mięsnych sercowych.** Autor opisuje obrazy zapalenia przewlekłego w mięśniu sercowym, gdzie obok blizn znalazł obfite nacieki drobnokomórkowe wytworzone głównie z komórek limfoidalnych, miejscami bujającą tkankę ziarninową, wśród niej obfite komórki olbrzymie, tak że ogniska te na pierwszy rzut oka przypominały gruzełki gruźlicze lub nacieki kiłowe. Bliższe badanie wykazało, że komórki te powstają z zanikających wśród procesu zapalnego włókien mięsnych, z nich zaś powstają myocyty, z których wytwarzają się w okresie gojenia się nowe włókna mięsne, spotykane potem wśród blizn, że nie są to zatem komórki olbrzymie, cechujące sprawę gruźliczą lub kiłową. Przeciw gruźlicy przemawiał zresztą brak innych zmian gruźliczych w organiźmie. Kiły wprawdzie zupełnie wykluczyć nie można było, jednak odczyn Wassermanna wypadł ujemnie a na sekcji nie wykazano jakichkolwiek dla kiły charakterystycznych zmian.

Prof. Joest i Dr. Harzer. **Periarteriitis nodosa u świni.** Autorzy opisują 2 przypadki *periarteriitis nodosa* u świni nieznanej etiologji, w których obrazy drobnowidowe bardzo przypominają *periarteriitis nodosa* opisaną u ludzi poraz pierwszy przez Kussmaula i Maiera.

Dr. Emmerich. **Zmiany anatomo-patologiczne przy zarazie pyskowej i racicznej u zwierząt.** Pęcherze na błonie śluzowej pyska i pomiędzy racicami przypominają obrazy spotykane u ludzi przy ospie. Pozatem stwierdził autor znaczne zmiany degeneratywne w nerkach i mięśniu sercowym. Szczególnie w mięśniu sercowym obok zwyrodnienia tłuszczowego, zwyrodnienie szkliste, martwicę i rozległe zwapnienia.

Prof. Huntmüller. **Schorzenia na tle streptotrix.** W jednym przypadku ropniaka mózgu, w kilku przypadkach schorzeń nerkowych i pęcherza, raz w tkance ziarninowej na przedramieniu i w kilku powierzchnych ropniach skóry udało się autorowi wykazać streptotrix. Cztery rozmaite szczepy można było wyhodować. Rosły szczególnie dobrze w obecności cukru i na kartoflach. Przy hodowaniu streptotrix z hodowli mieszanych otrzymano dobre wyniki przy użyciu antyforminy. *H. Schusterówna* (Lwów).

Choroby wewnętrzne.
The Lancet.
T. II. Nr. 24 i 25.

E. H. Starling. **Zagadnienie niedomogi serca.** Praca serca w warunkach prawidłowych waha się w bardzo szerokich granicach i zależnie od potrzeb ustroju i okoliczności może się zwiększyć od 7—10 razy. Oprócz żywego współdziałania ośrodków naczynioruchowych, kierujących rozmieszczeniem krwi w poszczególnych narządach, o tej wielkiej przystosowalności serca stanowi przedewszystkiem zależność siły jego skurczu od stopnia wydłużenia mięśnia. Doświadczenia autora na wyosobnionym zespole serca i płuc*) dowo-

*) Ref. w Nr. 11. Pol. Gaz. Lek. Str. 227.

dzą, że im większą jest długość mięśnia czyli rozszerzenie serca w okresie rozkurczu, tem mocniejszy staje się jego rzut skurczowy. Przy jednakowym dopływie krwi rozkurczowa wielkość serca może służyć za probierz jego fizjologicznej sprawności. Oczywiście serce zupełnie sprawne kurczy się mocno przy niewielkiem rozkurczowem wydłużeniu mięśnia. Tracąc swą sprawność z tych lub innych przyczyn, serce musi rozszerzyć się więcej, żeby wyzwolić skurcz odpowiedniej siły. Ale zdolność rozszerzenia serca posiada granicę, której nie może ono przekroczyć bezkarnie. Jeżeli będziemy zwiększać nadmiernie dopływ krwi do prawego przedsionka lub zwiększać ciśnienie tętnicze, krew zaczyna zalegać w jamach serca i rzut skurczowy słabnie. Nierozciągliwa błona osierdna stanowi główną przeszkodę dla dalszego wydłużania się mięśnia. Po przecięciu osierdzia wyosobnione serce zdobywa się znowu na większy wysiłek, ale po 10—20 minutach tej pracy występują już głębokie zmiany w jego mięśniu: pękają włókna i zjawiają się wynaczynienia. Badania powyższe rzucają wiele światła na istotę przemęczenia serca zdrowego pod wpływem wysiłków fizycznych (u atletów) oraz na mechanizm niedomogi w stanach chorobowych. Serce wskutek nadmiernej pracy rozszerza się coraz więcej, żeby wzmocnić swój rzut skurczowy, i kurczy się częściej (zahamowanie czynności n. błędnego wskutek wzmożonego ciśnienia żylnego). W ten sposób ilość krwi wyrzucanej na minutę przez serce zwiększa się średnio 8 razy. Jednakże po dłuższym wysiłku nadchodzi wreszcie chwila, gdy wskutek oporu osierdzia lub też zmian włóknistych i bliznowatych mięśnia, serce nie może rozszerzyć się więcej i opróżnić z treści. Z konieczności występuje wówczas niedomoga, której pierwotnym i zasadniczym czynnikiem jest zmniejszenie rzutu skurczowego. Ośrodkowy układ nerwowy, zagrożony brakiem tlenu, odpowiada na to zmniejszenie rzutu ogólnym skurczem tętnic. Zmniejszając dopływ krwi do mięśni, skóry i jelit, musi on za wszelką cenę utrzymać odpowiednie ciśnienie w tętnicach szyjnych i żyłach kręgowych. Z powodu przesiąkania cieczy tkankowej do względnie próżnych naczyń włoskowatych następuje rozwodnienie krwi, które wskutek podrażnienia sz. iku kostnego przechodzi w prawdziwą krwistość. Ale zwiększenie ciśnienia żylnego nie może już wywołać dalszego rozszerzenia serca i wzmocnienia rzutu. Żeby zapobiec ciągłemu wzmaganiu się ciśnienia rozkurczowego i pomieścić nadmiar krwi, rozszerzają się żyły większego kalibru, a równocześnie występuje zwolnienie prądu w naczyniach włoskowatych na skutek zwężenia tętniczek. Tak więc oprócz mechanicznego oporu osierdzia i zmian bliznowatych mięśnia sercowego, rozszerzenie żył w związku ze zwolnieniem prądu w naczyniach włoskowatych jest trzecim czynnikiem, powodującym zmniejszenie rzutu skurczowego w niedomodze serca.

Ostatnią część pracy poświęca autor krążeniu krwi w tętnicach wieńcowych. Z doświadczeń jego wynika, że zużycie tlenu przez mięsień sercowy znajduje się w stosunku prostym do wykonywanej pracy. To też odpowiednie napełnienie tętnic wieńcowych w celu dostarczenia niezbędnej ilości tlenu jest koniecznym warunkiem sprawności mięśnia sercowego. W nadzwyczajnych warunkach pracy serce powinno otrzymywać 5 ccm krwi na minutę na każdy gram mięśnia. Zadanie to może być uskutecznione tylko przy dość wysokiem ciśnieniu tętniczem. Serce wyosobnione, pracując przy niskiem ciśnieniu, zamiera szybko. Zwiększenie ciśnienia do 150 mm Hg przywraca mu sprawność i pozwala się kurczyć w ciągu całych godzin. Na podstawie tych doświadczeń sądzi autor, że systematyczne ćwiczenia w chorobach serca osiągają wpływ pomyślny dlatego, że podnoszą ciśnienie i zwiększają dopływ krwi do tętnic wieńcowych.

W. Cramer, A. Drew i J. Mottram. **O roli limfocytów i tkanki limfatycznej w odżywianiu w świetle zagadnienia witaminów.** Brak rozpuszczalnego w wodzie witaminu B w pożywieniu zwierząt wywołuje charakterystyczne zaburzenia odżywcze, które można określić mianem uwiądu. Szczury i myszy, pozbawione tego witaminu, tracą łaknienie, chudną, mają bardzo niską temperaturę i wreszcie giną przy objawach zupełnego wyniszczenia ustroju. Zasługuje na szczególną uwagę ogólny i głęboki zanik tkanki limfatycznej: grasica jest zaledwie widoczna, śledziona zmarszczona w postaci wąskiej taśmy, grudki chłonne Peyer'a niedostrzegalne dla gołego oka, gruczoły chłonne nie zawierają prawie wcale limfocytów i ilość ich we krwi jest bardzo zmniejszona (lymphopenia). Pod tym względem między witaminem B i rozpuszczalnym w tłuszczu witaminem A zachodzi wybitna różnica. Brak tego ostatniego nie wywołuje zaniku tkanki limfatycznej, ani też zaburzeń odżywczych o charakterze uwiądu. Dodatek do pożywienia drożdży, obfitujących we witamin B, przywraca zwierzęciu prawidłową wagę i ciepłotę, usuwa »limfopenję« i objawy uwiądu. Rzecz znamienna, że zupełnie identyczne zaburzenia odżywcze wraz z zanikiem tkanki limfatycznej występują u zwierząt po naświetlaniu odpowiedniemi dawkami promieni X lub radu. Podobieństwo skutków, wobec działania tak różnych czynników, nasuwa z góry przypuszczenie, że limfocyty grają pierwszorzędną rolę w odżywianiu ustroju. Niektóre fakty przemawiają za tem, że do nich należy funkcja wchłaniania i przyswajania miazgi jelitowej. Korzystny wpływ witaminu B na rozwój tkanki limfatycznej i równocześnie na ogólne odżywianie ustroju dowodzi, że między temi zjawiskami musi zachodzić bardzo ścisły związek. Doświadczenie kliniczne poucza również, że zmianom czynnościowym tkanki chłonnej, tak ważnym i częstym u dzieci, towarzyszą często zaburzenia odżywcze. Podług autorów, rozpowszechniony dzisiaj pogląd, że witaminy — a zwłaszcza witamin B — są niezbędne dla życia każdej oddzielnie komórki, nie wypływa bezpośrednio z faktów doświadczalnych. Są one koniecznym warunkiem życia wyższych ustrojów zwierzęcych dlatego, że bez nich o prawidłowej funkcji tkanki limfatycznej nie może być mowy. Nazwa »witamin« oraz »chorób z niedożywienia« (*defic ency diseases*) polega na nieporozumieniu. Podobnie, jak inne choroby, mają one swe źródło w zaburzeniach swoistych, a brak witaminów jest tylko jednym z licznych czynników, wywołujących zaburzenia.

Samson Wright. **O wpływie witaminu B na łaknienie.** Utrata łaknienia jest jednym z pierwszych skutków wyłączenia witaminu B z djety doświadczalnej szczurów; występuje ona już po 24 godzinach i zapewne sprzyja wychudnieniu i wyniszczeniu, które prędzej lub później kończy się śmiercią. Na sekcji zwierząt, pozbawionych witaminów A i B, żołądek jest zawsze przepełniony miazgą pokarmową, będącą w stanie fermentacji. Należy przypuszczać, że brak witaminu B zmniejsza napięcie mięśniowe przewodu pokarmowego, osłabia ruchy robaczkowe, wreszcie powstrzymuje wydzielanie soków trawiennych. W następstwie powstaje zastój treści pokarmowej i utrata łaknienia. Jednakże ilość pokarmu, spożywanego przez zwierzę, mogłaby wystarczać dla utrzymania życia przez czas dłuższy. Szybka śmierć zwierząt jest zapewne następstwem zalegania miazgi pokarmowej, jej fermentacji i zatrucia ustroju wytworami rozkładu.

G. Langley. **Niedomykalność zastawek tętnicy głównej.** Rozbiór kliniczny 50 przypadków niedomykalności zastawek tętnicy głównej, mający na celu ustalenie pewniejszych podstaw rokowania. Autorowi chodziło o wykrycie objawów, które można byłoby uważać za zapowiedź nagłej śmierci chorych. Niestety, mimo wielkiej wartości badań elektrokardjograficznych w ocenie stanu mięśnia sercowego, rozwiązanie tego problematu nie przestaje być trudne. Zestawienie wszystkich objawów ze szczególnem uwzględnieniem etiologji (kiła — utajone tętniaki) może dać lekarzowi bardzo ważne wskazówki.

Charlton Briscoe. **W sprawie powstawania zespołu objawów dusznicy bolesnej.** Zainteresowanie autora dusznicą bolesną powstało przypadkowo w następstwie kilkoletnich badań nad mechanizmem rozszerzania się płuc i funkcją dodatkowych mięśni oddechowych. Praca tych mięśni zmienia się bardzo w rozmaitych warunkach i położeniach ciała. Pod wpływem wysiłku, znużenia, wrażliwość ich zwiększa się do tego stopnia, że ucisk wywołuje nietylko silny ból miejscowy, ale i promieniowanie jego na daleką przestrzeń. Rzecz szczególna, że ten ból przerzutowy (*referred pain*) bywa odczuwany w tychsamych miejscach, które uważamy za charakterystyczne dla dusznicy bolesnej. Każdy wysiłek oddechowy bez względu na przyczynę (znużenie fizyczne, wzruszenia, ból, choroby serca itd.) polega na pogłębieniu wdechu, w którym

uniesienie klatki piersiowej ku górze gra najważniejszą rolę. Ofiarą tego wysiłku stają się przedewszystkiem mięśnie pochyłe, górne międzyżebrowe (wdech) i m. mostkowy (*triangularis sterni* — wydech). Wrażliwość, powodująca ból miejscowy i przerzutowy, powstaje często wskutek ich skurczu w zapaleniu płuc i opłucnej, ale wówczas nie trwa dłużej, jak 48—72 godzin. W niektórych przypadkach, a zwłaszcza przy duszności w następstwie wysiłku, wrażliwość i promieniowanie bólu utrwalają się na całe miesiące. Ważnym czynnikiem bólu stałego jest skostnienie chrząstek i żeber, które utrudnia ruch obrotowy dokoła własnej osi. Unoszenie w górę całej klatki piersiowej naraża wówczas mięśnie dodatkowe, szczególnie pochyłe, na nadmierną pracę. Ból, powstający przy ucisku każdego obolałego mięśnia, promieniuje prawie zawsze w ściśle określone okolice klatki piersiowej i górnych kończyn. Naogół wyróżnia autor następujące pola bólu przerzutowego: 1) wewnętrzną powierzchnię kończyny górnej, 2) zewnętrzną z wyjątkiem wielkiego palca, 3) przednią okolicę pachową, 4) okolicę ramion, 5) potylicy i 6) mostka. Jeżeli będziemy uciskać równocześnie mięśnie międzyżebrowe i pochyłe, otrzymamy wskutek połączenia dwóch pól bolesnych obraz złożony, który pod względem topograficznym przypomina najzupełniej ból »stenokardjalny«. Co więcej, uczucia, doznawane przez chorych przy ucisku mięśni, są prawie identyczne z bólami, występującemi samoistnie podczas napadu dusznicy. W tym ostatnim pierwszą wskazówką ostrzegawczą jest ból poza mostkiem na skutek pobudzenia mięśnia mostkowego. W razie zlekceważenia tej wskazówki, przy dalszym wysiłku, następuje nadmierne podniesienie klatki piersiowej i stały skurcz mięśni dodatkowych wdechowych, który ze swej strony wywołuje ból w ramionach, w okolicy pachowej i górnej kończynie. Napady dusznicy bolesnej występują często bez żadnej przyczyny podczas nocnego spoczynku. Fakt ten wyjaśnia lepiej teorja oddechowa, niż naczyniowo-sercowa. Podług badań autora, przy leżeniu wznak zmniejsza się czynność mięśni brzusznych i dolnych piersiowych, a natomiast wzmaga się nadmiernie funkcja mięśni górnych dodatkowych. Zasługuje na szczególną uwagę, że w 3 spostrzeganych przez autora przypadkach dusznicy bolesnej zmniejszenie wysiłku mięśniowego przez boczny ucisk klatki piersiowej sprawiało chorym wielką ulgę lub przerywało napad. W tym celu można ścisnąć klatkę piersiową oburącz lub też nałożyć dokoła niej na wysokości dolnego końca mostka, tuż pod sutkami, odpowiednią opaskę.

Purves Stewart. **Zaburzenia kurczowe oddechowe.** Dość pobieżny opis zaburzeń oddechowych, spostrzeganych w najrozmaitszych chorobach, wskutek kurczów mięśniowych. Znajdujemy tu krótkie wzmianki o objawach kurczowych w dychawicy oskrzelowej, krztuścu, krzywicy (*laryngismus*), tężcu, wściekliźnie, padaczce, pląsawicy, drżączce porażennej (rytmiczne drżenie strun głosowych) i histerji. Osobną grupę stanowią oddechowe kurcze nawykowe (*tics*), spostrzegane czasami u ludzi inteligentnych, ale usposobionych do chorób nerwowych.

N. Mutch. **Zakażenia przewodu pokarmowego w przewlekłem zapaleniu stawów.** Autor zestawia sumarycznie wyniki szczegółowych badań klinicznych, radjologicznych i bakterjologicznych przewodu pokarmowego w 200 przypadkach przewlekłego zapalenia stawów, z wyłączeniem dny, gruźlicy, chorób wenerycznych i zapalenia jednego stawu. Choroba stawów może mieć punkt wyjścia w zakażeniu gardła i zębów, albo też w schorzeniu dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Czynne zakażenie gardła stwierdzono w 34% przypadków, zębów w 52%. Jednakże spostrzegano wiele przypadków zapalenia stawów, które rozwijało się w kilka lat po zupełnem usunięciu zębów (15%) i doszczętnem wyłuszczeniu migdałków. Najczęstszą przyczyną są zakażenia, mające źródło w jelitach. U 81% chorych stwierdzono w kale obecność zakaźnych paciorkowców, w tem u 6% hemolitycznych. Ze stanowiska anatomicznego zakażenia mogą być miejscowe, ograniczone do pewnych odcinków jelit, i rozlane na całej przestrzeni od dwunastnicy do odbytu. Zaburzenia przewodu pokarmowego spostrzegano więcej, jak u 90% chorych. Zaparcie jest objawem pospolitym, zastój występuje przeważnie w okrężnicy i jelicie krętem — 90%. Dalej idą zmiany wyrostka robaczkowego, zrosty, opadnięcie żołądka i kątnicy, nadmierne wytwarzanie gazów wskutek fermentacji, biegunka naprzemienna z zaparciem, wrzód żołądka itp. Zastój w okrężnicy i jelicie krętem zdarza się często mimo codziennych wypróżnień, a nawet rozleglejsze zakażenia paciorkowcowe mogą przebiegać skrycie, bez żadnych objawów ze strony żołądka i jelit. Plan leczenia choroby stawów był następujący: wszystkie dostępne ogniska zakaźne w jamie ustnej, gardle i jelitach leczono na drodze chirurgicznej; w 2 opisanych przez autora przypadkach (*rheumatoid arthritis*) częściowe wycięcie okrężnicy dało szybką i wybitną poprawę. Poza tem leczenie było ściśle przystosowane do rodzaju zaburzeń trawiennych. Prócz tego stosowano swoiste szczepionki, które zdawały się wywierać wpływ bardzo pomyślny. Autowakcyny sporządzano z drobnoustrojów głównych ognisk zakaźnych. Wobec czystego schorzenia gruczołu tarczowego na skutek zakażeń (*subthyroidism*), chorym podawano do wewnątrz suchy wyciąg gruczołu. W ten sposób zdołano otrzymać 89% wyników pomyślnych.

Rozenfeld-Rożkowski (Częstochowa).

Choroby skórne i weneryczne.

Arch. f. Derm. u. Syph.
T. 130. 1921.

Gaus O. **Histopatologia wielopostaciowych zapaleń skóry w związku ze swoistą etiologią.** W dużej i szeroko zakreślonej pracy roztrząsa G. zmiany skórne, powstałe na tle przerzutów paciorkowców. Nie zawsze udaje się rozpoznać z obrazu klinicznego, z którem z tych zakażeń mam, do czynienia — badanie histologiczne rozstrzyga jednak rodzaj i sposób — zewnętrzne czy przerzutowe — zakażenia. W zakażeniach gronkowcem sprawa zapalna jest zawsze w ścisłej łączności z mikrobami, paciorkowcem zaś ma się do czynienia więcej ze zmianami, powstającemi pod wpływem raczej toksyn a nie ich samych. W drugiej części pracy omawia autor na podstawie 6 dokładnie opracowanych przypadków rumienia wysiękowego (*erythema exsudativum*) zgodność obrazów histologicznych z przerzutowemi zapaleniami powyżej wspomnianych mikrobów. Sądzi zatem, że te dwie grupy stoją do siebie w takim związku, jak gruźlica skóry do tak zw. tuberkulidów.

Arch. of derm. and syph.
T. 3. 1921.

Schamberg I. E. **Objaśnienie kliniczne do badań histologicznych narządów po działaniu salvarsanu, neosalwarsanu i rtęci.** Podczas gdy przetwory salwarsanowe działały silnie (organotrop) na wątrobę, nadnercza i naczynia, rtęć natomiast działała na nerki i mózg. Salwarsan wywołuje nawet w małych dawkach leczniczych lekkie zmiany w budowie watroby, co stwierdzono i u zwierząt. W przypadku śmierci po salwarsanie znaleziono nawet ognisko martwicze, zawierające krętki. W żółtaczce u kiłowych należy zatem rozróżniać: a) rzeczywistą żółtaczkę kiłową, występującą bez leczenia, którą uzależnić należy od działania krętków, b) żółtaczkę po pierwszych wlewaniach salwarsanu w znaczeniu odczynu Herxheimera, c) wreszcie powstałą przez zniszczenie komórek wątrobowych działaniem salwarsanu, przechodzącą czasem w żółty zanik wątroby. Ze względu na to, że żółtaczka i żółty zanik wątroby są częstsze od czasu wprowadzenia salwarsanu, że w niektórych krajach i klinikach pojawiają się często, S. sądzi, że winną jest w tych przypadkach kombinacja salwarsanu z rtęcią. Autor daje przez 15—20 tygodni dwa razy tygodniowo 0,8—1,8 gr. salwarsanu i na 12.000 wlewań miał tylko 3 przypadki żółtaczki i 2 przypadki lekkiego zapalenia skóry. Przytem przyjmuje zapatrywanie Wechselmanna, że nerki cierpią pod wpływem rtęci w razie równoczesnego podawania salwarsanu, który nie wydziela się moczem, a pozostaje dłużej, niż zwyczajnie, w wątrobie, gdzie się utlenia lub też trujące połączenia arsenu zostają wydzielane. Neosalwarsan jest o połowę mniej trujący, niż salwarsan. U szczurów, które dostawały przez 6 tygodni 2 mg. jodku rtęciowego per os, znaleziono w naczyniach mózgowych nacieki komórkowe okołonaczyniowe, których nigdy nie znajdo-

wano po salwarsanie. U tychże zwierząt znajdowano i zmiany w nerkach, tem wybitniejsze, im wyższa była dawka rtęci, a niezależnie od tego, czy wprowadzano ją śródmięśniowo, czy do żyły. Dochodzi zatem autor do wniosku, że przy równoczesnem zastosowaniu salwarsanu i rtęci za przyczynę ciężkich zaburzeń należy uważać salwarsan. Dlatego S. podaje rtęć dopiero po ukończeniu leczenia salwarsanem.

F. Krzyształowicz (Warszawa).

Arch. f. Derm. u Syph.
T. 134. 1921.

Heudorfer H. **Badania nad powstawaniem barwika w naskórku i jego stosunek do choroby Addisona.** Rozpatrzywszy krytycznie różne dotychczasowe teorje w sprawie powstawania barwika w skórze i na mocy własnych doświadczeń dochodzi H. do wniosku, że barwik powstaje w komórkach naskórka i że postacie bezbarwne przejściowe barwika nie mogą być gotowe w sokach ustroju. Zwiększanie się ilości barwika w miejscach drażnionych lub po przewlekłych sprawach zapalnych da się wytłómaczyć zwiększoną czynnością naskórka. Sprawa powstawania olbrzymiej ilości barwika w chorobie Addisona nie jest dotąd w zupełności wyjaśniona. Sohrt uzależnia objawy barwikowe w tej chorobie od porażenia nerwów naczynio-ruchowych wskutek braku adrenaliny w ustroju. Bloch twierdzi na mocy badań odczynem przez siebie podanym (*Dopareaktion*), że w chorobie Addisona nie ma zwiększenia tworzenia się barwika w naskórku, a raczej skóra zalana jest barwikiem wewnętrznego pochodzenia. H. uważa barwik za wytwór komórek barwikowych skóry. Czynny udział skóry w zbiorze objawowym Addisona świadczy o ważnej roli skóry, która obejmuje czynność zastępczą za adrenalinę, coby świadczyło także, że skóra jest narządem o wewnętrznem wydzielaniu. Tę zamianę czynności między nadnerczem a skórą uznaje autor ze stanowiska ściśle fizjologicznego, związek zaś chemiczny między barwikiem a adrenaliną nie wydaje mu się prawdopodobnym. Powstawanie barwika zatem jest wedle niego czynnością wyrównawczą wskutek braku czynności nadnerczy. Brak wybitnego zwiększenia barwika w niektórych przypadkach Addisona tłómaczy autor szybkim postępem choroby, a niejednokrotnie i wczesną śmiercią, skutkiem czego nie ma czasu na przystosowanie się skóry do nowej czynności. Dopóki czynność nadnerczy nie zostanie dokładnie zbadana, trudno powiedzieć, w jakim stopniu i stosunku skóra może występować zastępczo. Czynność nadnerczy pobudza czynność nerwów współczulnych, autor przypuszcza, że skóra ma może podobny wpływ, za czem przemawiałyby badania ostatnie Winternitza, Meirowsky'ego i Satkowskiego. *W. Borkowski.*

Dermatologische Zeitschrift
T. 34. Z. 5/6. 1921.

Bloch Br. **W sprawie chromatoforów.** W odpowiedzi na twierdzenie Meyera, że barwik powstaje samodzielnie w chromatoforach skóry, podnosi Bloch szczegóły swych zapatrywań o powstawaniu barwika tylko w komórkach naskórka; w chromatoforach znajduje się barwik tylko następowo. Odczyn dopowy (dwuoksyfeniloalaninowy) wypada dodatnio tylko w komórkach naskórka. Meyer opierał swe twierdzenie na doświadczeniach (naświetlanie skóry królików) i na danych z piśmiennictwa (powstawanie barwika u pewnych gatunków małp w skórze właściwej). Bloch przeprowadzał swe badania nad plamą mongolską (występującą u noworodków w okolicy krzyżowej), w której, podobnie jak Adachi, wykazał komórki mongolskie, dające odczyn dopowy; wytwarzają one barwik, ale nie mają nic wspólnego z chromatoforami. Dochodzi na podstawie swych badań do wniosku, że w skórze ludzkiej są dwa rodzaje komórek barwikowych, jedne-to chromatofory, nie dające odczynu dopowego a będące tylko zbiornikami barwika wytworzonego w naskórku; drugie — komórki, znajdujące się w skórze noworodków w okolicy kości krzyżowej, a szczególnie obficie u Mongołów. Komórki te, zwane mongolskiemi, dają dodatni odczyn dopowy a uważać je należy za szczątki atawistyczne.

Frühwald R. **Wyniki badań płynu mózgowo-rdzeniowego w przypadkach kiły pierwszorzędnej.** Autor przebadał 64 płynów mózgowo-rdzeniowych w przypadkach zmian pierwotnych, 19 przypadków z odczynem W. ujemnym a 45 z dodatnim. W grupie I-szej (19 przypadków), 15 płynów dało wynik zupełnie ujemny, w dwóch, białko było obecne, w jednym białko i zwiększona ilość komórek, w jednym O. W. słabo dodatni. W grupie II-giej 41 płynów zupełnie prawidłowych, w jednym zwiększoną ilość ciałek białych, w dwóch zwiększona ilość białka w jednym przypadku O. W. odatni, a w trzech słabo dodatni. Osobno omawia autor wyniki badań z rozczynem kolloidowym złota. W pierwszej grupie wykonał go 8 razy, dodatni wynik był w czterech przypadkach, w drugiej grupie 19 razy, z dodatnim wynikiem w czterech przypadkach. Autor dochodzi do wniosku, że w przypadkach zmian pierwotnych, czy to z O. W. dodatnim, czy ujemnym, znachodzą się zmiany chorobowe w płynie mózgowo - rdzeniowym. Najczęściej pojawia się zwiększenie ilości białka, ale odczyn ze złotem jest jeszcze częstszy. Wyniki badań Frühwalda zgadzają się z wynikami innych badaczy.

Planner H. **O srebro - salwarsanie.** U 142 chorych z objawami świeżej kiły skóry i błon śluzowych wykonał autor 1150 wstrzyknięć dożylnych srebro - salwarsanu I, 360 wstrzyknięć sulfoksytanu. Leczenie przeprowadzano w przeważającej liczbie przypadków po raz pierwszy. Jako 2 dawki początkowe wstrzykiwał 0·1 srebro-salwarsanu, poczem w odstępach 2—3-dniowych dwie dawki po 0·15, następnie 3 dawki po 0·2, a końcowe dawki po 0·25 stosował już w dłuższych odstępach 4—5-dniowych; dawkę 0·3, stosował bardzo rzadko. Jako środka rozpuszczającego używał przekroplonej jałowej wody w ilości 10 cm³. Wstrzyknięć wykonywa zwykle 10—12, czasami jednak i więcej, 15 20 wstrzyknięć. Zmiany kiłowe ustępowały szybko po 3—4 wstrzyknięciach, szczególniej korzystny wpływ okazał się w przypadku kiły złośliwej. Zmiany pierwotne lub powikłane obrzękiem *(Oedema indur.)* ustępowały nieco oporniej, krętki blade znikały już w 18 godzin po wstrzyknięciu; odczyn Herxheimera występował bardzo rzadko (w 11 przypadkach). Wpływ leczenia na odczyn W. nie przedstawiał się tak niekorzystnie, jak w wynikach innych autorów. W przeważającej liczbie przypadków kiły drugorzędnej osiągnął ujemny O. W., przeto sądzi, że nawet bardzo oporne przypadki dadzą się doprowadzić do wyniku ujemnego. W porównaniu z leczeniem rtęciowo - salwarsanowem — ujemny wynik odczynu następował później, po dawce 1·5—2 gr salwarsanu ze srebrem. Z wnioskami o leczeniu poronnem salwarsanem ze srebrem autor się wstrzymuje; z 9-ciu przypadków zmian pierwszorzędnych z odczynem W ujemnym w trzech przypadkach po 2-giem, względnie 3-ciem i 5-tem wstrzyknięcin, odczyn zmienił się na dodatni. Wstrzymuje się również od teoryteczneg omówienia tego zjawiska, mogą to być przypadkowe wyjątki, w każdym razie należałoby się wstrzymać od wyrokowania co do udałych wyników poronnego leczenia, jeżeli dodatnie odczyny miałyby się pojawiać tak późno wśród leczenia salwarsanem ze srebrem. Z objawów ubocznych spostrzegał podniesienie się ciepłoty (119 razy na 1163 wstrzyknięć, 46% przypadków). Ciepłota podnosiła się do 39° a nawet do 40°, i to w kilka godzin po zabiegu; można było rozróżnić dwa typy: jeden, w którym podniesiona ciepłota trwała najwyżej 24 godz., i drugi, w którym ciepłota utrzymywała się przez 2—5—8 dni, z towarzyszeniem silnych bolów głowy, wymiotów, biegunek, itd. Autor uważa typ ten, długo utrzymującej się, podniesionej ciepłoty, za niekorzystny objaw i za wskazówkę ostrożnego dalszego postępowania w leczeniu. Z ubocznych objawów spostrzegał także występowanie rumieni (8%) i to zwykle po dalszych wstrzyknięciach, prawdopodobnie jako objaw przedawkowania (kumulacji). W jednym z przypadków wystąpiło bardzo silne zapalenie łuszczące się skóry. Neurorecydywy spostrzegał tylko dwa razy i to po niedostatecznem leczeniu. Leczenie energiczne salvarsanem ze srebrem dało w jednym przypadku bardzo dobre wyniki (ustąpienie neuritis optica po 2.15 gr), w drngim leczenie przeprowadzono Neosalvarsanem — chora nie znosiła bowiem srebro - salwarsanu. Po ogólnej ilości 3·4 g Salvarsanu ze srebrem spostrzegał przypadek ciężkiego uszkodzenia wątroby (zanik żółty), zakończony śmiercią. Chemiczne badanie wykazało znaczne ilości As i Ag w wątrobie.

Wskutek prawdopodobnie upośledzonego działania wydzielającego przyjść mogło do nagromadzenia się salvarsanu w ustroju. Co do trwałych wyników leczniczych, autor nie może przedstawić wniosków, ilość przypadków była zbyt mała, jak również krótki czas obserwacji. Na 24 przypadków później badanych, w 14 badanie serologiczne i bakterjologiczne było ujemne. Czas obserwacji wynosił 3, 4, 5 i 8 miesięcy. Jako dawkę dla leczenia kiły drugorzędnej uważa ilość 2·4 do 3,0 gr. salvarsanu ze srebrem za wystarczającą. W porównaniu z leczeniem mieszanem (Salvarsan + Hg), jakie dotychczas w klinice Fingera stosowano, sądzi autor, że należy dać pierwszeństwo leczeniu mieszanemu ze względu na trwałość wyników i O. W.

Z u r h e l l e E. **O pęcherzykowatych, zmianach skórnych podobnych do ospy u oseska, a wywołanych zakażeniem bakterji ropy błękitnej.** U 3-ech miesięcznego chłopca z podniesieniem się bardzo znacznem ciepłoty wystąpiły na skórze pęcherzyki z cieczą mętną, podobne do wykwitów ospy. Z treści pęcherzy wyhodowano bakterję ropy błękitnej. Przypadek skończył się śmiertelnie; wykonane badanie histologiczne wyciętego po śmierci wykwitu skórnego — wykazało rozsianie sprawy chorobowej (sepsis) drogę krwionośną.

S t ü h m e r A. **Wysypki posalvarsanowe. Próba podziału.** Praktycznie ważne rodzaje przewlekłych wysypek posalvarsanowych.

Objawy, występujące w ustroju po salvarsanie, dzieli autor na objawy wywołane przez rozpad krętka bladego i na odczyny powstające po procesie utleniania. Salvarsan w ustroju podlega utlenieniu i tak powstały tlenek salvarsanu łączy z się z białkiem surowicy. Nowoutworzonemu w ten sposób ciału, nadaje autor nazwę oxytoxyny i przypuszcza, że w przypadkach wysypek posalvarsanowych lub ostrego obrzęku mózgu, mamy do czynienia z nadczułością ustroju na oxytoxynę. Stosownie do podziału chorób skórnych, wprowadzonego przez R o s t a, rozróżnia Stühmer pod nazwą zapalenia skóry odczyny skórne, powstałe pod działaniem zewnętrznych podrażnień, bez względu, czy przyczyna działała bezpośrednio na skórę (zewnętrznie), czy drogą obiegu krwionośnego lub chłonnego. Dzieli zapalenia skóry, powstałe po salvarsanie na: 1) ostre zapalenie skóry naczyniotoxyczne, występujące bezpośrednio po wstrzyknięciu salvarsanu lub najpóźniej w 1—2 dni, i to w postaci ostrych wykwitów pokrzywkowych lub rumieniowatych; 2) podostre anafilaktyczne zapalenie skóry, występujące w 6—12 dni po pierwszem wstrzyknięciu salvarsanu; postać tę uważa za analogiczną do choroby posurowiczej i stanowiącą niejako pierwszy stopień do ciężkich zaburzeń posalvarsanowych; 3) przewlekłe zapalenie skóry, z podziałem na postać wczesną i późną; postać wczesna występuje przy końcu leczenia salvarsanem, późna w 2—3 miesiące po skończonem leczeniu. Postacie te ostatnie stanowią formy najcięższe i prowadzą do ciężkich łuszczących zapaleń skóry (Erythrodermie). Dla zrozumienia patogenezy wysypek posalvarsanowych, należy przyjąć przypuszczenie E. Hoffmanna, o związku między uszkodzeniem wątroby a skóry. Uszkodzenie wątroby idzie często w parze z zapaleniem skóry; proces unieszkodliwiania jadów w wątrobie ulega zaburzeniu, a ustrój zalany jest produktami szkodliwemi przebudowy salvarsanu. Postacie przewlekłych wysypek posalvarsanowych chętnie umiejscowiają się tam, gdzie występują wypryski łojotokowe. Autor podnosi również trudności odróżniania wysypek powstałych po salvarsanie, od wysypek powstałych po rtęci. Próba śródskórna, jak również cechy różniczkowe, podane przez Hoffmanna, nie są wystarczające. Zdarza się, że zapalenie skóry po rtęci prowadzi do nietolerancji salvarsanu, poprzednio dobrze znoszonego. Praktycznie należy zwracać baczną uwagę na przypadki, w których po salvarsanie występuje wysoka ciepłota, podejrzane być bowiem mogą o nieprawidłową przebudowę salvarsanu. Autor zauważył, że po przejściu wysypek posalvarsanowych — mimo zaprzestania leczenia, odczyn W. utrzymuje się ujemny, być może, że działają w tych przypadkach ciała ochronne ustroju, w znaczeniu esophylaxji E. Hoffmanna.

M a y r I. K. **Wyciągi z nadnercza w dermatologji.** Pierwsze doniesienie: Wewnętrzne wydzielanie a skóra. Część chorób skórnych uważaną bywa, za wywołaną zaburzeniami w gruczołach dokrewnych, jak tarczycy, gruczołów płciowych, przysadki i nadnerczy. Związek taki poznawano dotychczas tylko drogą dodatnich wyników leczenia wyciągami tych gruczołów. W celu badania tego związku starał się autor poznać wpływ działania pewnego wyciągu gruczołu dokrewnego — o stałym składzie, nie podlegającym zmianom, t. j. adrenaliny. Badania przeprowadził w kierunku działania adrenaliny na chorobowo zmienioną skórę i w kierunku leczniczych wyników. Prócz znanych objawów skórnych, występujących pod działaniem adrenaliny, badał autor obraz krwi (początkowa limfocytoza, ustępująca później leukocytozie obojętnochłonnej). Adrenalinę stosował podskórnie w ilości 1 cm^3 (1 : 1000). Objawy podmiotowe nie stoją w związku z działaniem adrenaliny na ciśnienie i obraz krwi. W przypadkach autora prawidłowe działanie adrenaliny ograniczyło się zaledwie do $1/3$ przypadków; przyczyna tego odmiennego działania leży w nieprawidłowym stanie skóry. Z doświadczenia autora wynika, że skóra stoi w ścisłym związku z gruczołami dokrewnemi.

B o r n S. **W sprawie błony podnaskórkowej,** Przeciwnie jak w badaniach F r i e b o e s — autorka mogła stwierdzić błonę podstawową między skórą właściwą a naskórkiem, złożoną z włókien tkanki łącznej i elastycznej. Błona ta połączoną była ze skórą drobnemi włókienkami.

F. Walter (Kraków).

Annales de derm. et de syphiligraphic Nr. 10. 1921.

M a r c h o u x. **O nowej chorobie z objawami skórnemi, wywołanej przez prątki kwasoodporne.** U chorego, pochodzącego z Haiti i leczonego od lat z przerwami na trąd, znalazł M. wykwity plamiste, okrągłe, na twarzy, szyji i kończynach (z wyjątktkiem rąk i stóp). Przebieg charakteryzował się wzniesieniami ciepłoty do 38·4, obrzmieniem gruczołów chłonnych karkowych i pachwinowych, stawów, białkomoczem i po 3 miesiącach charłactwem, oraz siedmioma w tym czasie nawrotami dużych pęcherzy na chorych częściach skóry. Zgon z powodu rzekomo grypy. Autopsja wykazała ropne zapalenie opłucnej lewej, badanie zaś mikroskopowe pakiety prątków kwasoodpornych, mniejszych o połowę od prątków Hansena, w kroplach substancji podobnej chemicznie do tłuszczów, w skrawkach z gruczołów chłonnych i śledzionie. Autor sądzi, że to nowe *mycobacterium pulviforme* jest przyczyną tej zakaźnej choroby, różnej od gruźlicy i trądu, nie dającej objawów ani martwicy ani znieczulenia, klinicznie przedstawiającej się jako trąd nietypowy.

A r g a n d i M o n t p e l l i e r. **O guzie myelodermicznym (megakaryocytoma) skrzydełka nosa.** U chorej, leczonej promieniami Roentgena z powodu *epitheliomatosis multiplex senilis*, trwającej od lat 10, pozostał po ustąpieniu wszystkich innych zmian na twarzy, guzek rozmiarów czereśni, usadowiony w skrzydełku nosa. Badanie histologiczne wyciętego guzka wykazało: 1) pod małem powiększeniem obraz ziarniniaka, 2) pod dużem powiększeniem obok różnorodnych komórek (plazmatycznych, olbrzymich, eozynochłonnych, ciałek czerwonych krwi i myelocytów) dużą ilość komórek o pączkującem jądrze w różnych okresach rozwoju, w skórze dotąd w tej ilości nie znajdowanych.

N o e l. **Miesiączkowanie i płodność przy trądzie.** Wbrew utartemu zdaniu znawców trądu, jak Marchoux i inni, że trąd pociąga za sobą: 1) zaburzenia w miesiączkowaniu i często przedwczesne ustanie tego oraz niewystąpienie miesiączki u dorastających dziewcząt, i 2) zwykle niepłodność, stwierdza Noel w Kamerunie u 167 kobiet trędowatych, że trąd zasadniczo na sprawność narządów rozrodczych kobiecych nie wpływa, przyczyna zmniejszenia względnego płodności leży raczej w tem, że choroba często wywołuje zmiany przewlekłe w jądrach mężczyzn. Śmiertelność potomstwa należy przypisać szczególnym warunkom życia pod zwrotnikiem.

D e k e s t e r i M a r t i n. **Wypadek twardzieli nosa w Marokku.** Autorzy opisują twardy guz, zajmujący grzbiet i błonę śluzową nosa, wargę górną i podniebienie, na którym wystąpiło kilka owrzodzeń, pokrytych strupem; po usunięciu strupa widoczne było dno pokryte ziarniną. W ustach bliznowate

podłużne pasma nieco zaciągnięte i zanik języczka podniebiennego. W obrazie mikroskopowym, barwionym błękitem metylenowym, prątki długości 3 μ, w grupach po 30—40, otoczone — jak się zdaje — osłonką trudno dostrzegalną, umieszczone w dużych komórkach okrągłych, źle się barwiących. Odczyn Wassermanna ujemny. Leczenie neosalwarsanem bez wyniku. Przypadek rozpoznany jako twardziel nosa zostaje podany do wiadomości jako pierwszy w Marokku. Poszukiwania za plantacjami *indigofera tinctoria*, służącej do wyrobu rozpowszechnionego w Marokku do celów farbiarskich i leczniczych barwika *Nil*, a mającej według Alvareza być dobrą pożywką dla prątka twardzieli nosa, wypadły ujemnie.

Cadenat: **O wrodzonym braku jednego albo dwóch zębów siecznych bocznych górnych jako o objawie kiły wrodzonej.** Analogicznie do doniesienia Mandelbauma z r. 1917 stwierdził Cadenat u dziecka z pewną kiłą wrodzoną brak wrodzony jednego zęba siecznego bocznego, i sądzi, przytaczając statystykę Sichla, że brak ten (radiograficznie potwierdzony) stanowi pewny objaw kiły wrodzonej. Brak pozorny, przy którym zawiązek zęba ukryty w szczęce daje się promieniami Roentgena wykazać, nie ma takiego znaczenia rozpoznawczego. Autor przypomina, że jady własne i obce działają na zęby w kierunku zboczenia w ich rozwoju pośrednio przez gruczoły o wewnętrznem wydzielaniu, a mianowicie gruczoły przytarczycowe, i powołuje się m. i. na doświadczenia Erdheima i Yoyofnen, którzy wykazali brak zwapnienia zębiny przy usunięciu tych gruczołów. Oznaczając według Malassera czas rozwoju zawiązków zęba w życia płodowem, dochodzi autor do wniosku że zęby typu Hutchinsona świadczą o wcześniejszem schorzeniu kiłowem płodu, brak wrodzony zębów o późniejszem dotknięciu płodu kiłą. Niewyjaśnionem pozostaje, dlaczego wada rozwojowa dotyczy zębów szczęki górnej.

Dyboski (Kraków).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Nowiny lekarskie N. 4. W. Kapuściński, O zachorzeniach ocznych, stojących w związku z gorączką powrotną. — J. Nowak, Czy istnieją pierwotne czerniaki (melanosarcoma) jajnika? — B. Szulczewski. Badanie dzieci w hypnozie (dok.) — R. Wierzbicki, Zarys teorji F. F. Friedmanna w zastosowaniu do gruźlicy.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften, Monachium (J. F. Lehmann). Rok 13, zesz. 4 (Cena 10 mk. niem.). Treść, poświęcona chorobom układu moczowo-płciowego i skóry, zawiera rozprawę prof. Schlayera: O rokowaniu w chorobach nerek, oraz prof. Josepha przegląd postępów urologji, syfilidologji i dermatologji.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

V. Posiedzenie naukowe z dnia 1. lutego b. r.

Przewodniczy kol. Wojciechowski. Obecnych członków 120.

Prof. Marchlewski wygłosił odczyt p. t. **„Co łączy a co rozdziela świat zwierzęcy i roślinny"**. Mowca przedstawił obecne poglądy na stosunek chemizmu ustrojów roślinnych do zwierzęcych. Aczkolwiek ustrój zwierzęcy w porównaniu z roślinnym odznacza się większą zdolnością analizowania, aniżeli roślina, to jednak narzędzie procesów analitycznych, barwik krwi stoi w bardzo blizkim stosunku do narzędzia syntetyzującego rośliny, chlorofilu. Twierdzenie to, opierające się na szeregu prac prelegenta, doznało ostatecznego utrwalenia przez fakt, że hemopyrrol i chlorofilopyrrol zawierają identyczne pochodne pyrrolu, z pośród których jeden, najwięcej charakterystyczny, metylo-etylo-pyrrol, został uzyskany przez prelegenta wspólnie z Dr. J. Grabowskim, drogą kompletnej syntezy, a następnie przez fakt, stwierdzony wspólnie z Dr. J. Roblem, że filoporfiryna można po skojarzeniu z żelazem i chlorem przekształcić w filoheminy, które są łudząco podobne do heminy Teichmanna, względnie Nenckiego i jego uczniów. Rzekoma różnica, zachodząca w chemizmie rośliny i zwierzęcia, polegająca na zdolności pierwszej uskuteczniania t. zw. jednokierunkowych syntez ciał z węglami asymetrycznemi — w rzeczywistości według prelegenta nie istnieje, albowiem można wytłumaczyć, posługując się eksperymentami Cottona, że wytwarzanie się optycznie czynnych ciał w ustroju roślinnym powodowane jest przez optycznie czynny chlorofil, którego powstawanie jest koniecznością wobec faktu, że światło dzienne zawiera światło kołowo spolaryzowane. Pogląd, iż chlorofil jest optycznie czynny, nie daje się wprawdzie na razie udowodnić bezpośrednio, ale za nim przemawia fakt, iż jedna z pochodnych chlorofilu, mianowicie filotaonina, krystalizuje się z hemiedrycznemi płaszczyznami. Według prelegenta stwierdzone fakty należy tłumaczyć w ten sposób, iż świat zwierzęcy jest wypadkową świata roślinnego. Z chwilą gdy synteza chlorofilu w komórce roślinnej stanęła z jakichbądź powodów w połowie niejako drogi, filoporfiryna w obecności żelaza mogła dać początek hemoglobinie, a tem samem początek ustrojowi, którego funkcje analityczne przeważały jego zdolności syntetyzujące.

Najistotniejsza na razie różnica pomiędzy rośliną i zwierzęciem polega na niemożności tego ostatniego wytwarzania witaminów. W świetle obecnych badań są to ciała, wytwarzane wyłącznie przez ustrój roślinny, bez których jednak ustrój zwierzęcy obejść się nie może. Są to jakgdyby hormony wprowadzone do ustroju zwierzęcia z zewnątrz, których ono syntetyzować nie umie. Fakt ten rozgranicza wprawdzie chemizm obu typów ustrojów, ale z drugiej strony może być uważany za dalszy dowód ścisłego ich zespolenia, wynikającego z wspólnego ich obu początku.

W dyskusji kol. Seńkowski zaznacza, iż pomost między światem zwierzęcym a roślinnym na podstawie pewnej wspólnoty hemoglobiny i chlorofilu, zaznaczony przez prelegenta, nie przemawia mu do przekonania z dwóch powodów. Pokrewieństwo chemiczne chlorofilu i hemoglobiny jest bardzo dalekie i polega tylko na wspólnym obydwom związkom, jądrze pyrrolowem, i równie dobrze możnaby np. wszystkie połączenia aromatyczne nazwać pokrewnemi ze względu na wspólne jądro benzolowe. Z drugiej strony hemoglobina i chlorofil występują dopiero u wyższych zwierząt względnie roślin; istnieje przecież olbrzymia ilość roślin bez chlorofilu i zwierząt bez hemoglobiny. Różnica świata roślinnego i zwierzęcego występuje raczej w chemizmie ich przemiany materji, wszystkie rośliny bez wyjątku posiadają zdolność syntezy kwasów aminowych z prostych związków nieorganicznych, gdy organizmy zwierzęce są tej zdolności pozbawione i mogą tylko poszczególne kwasy aminowe przemieniać względnie tworzyć z nich drobinę białka. Kol. Eisenberg zaznacza, że niezmiernie ciekawe spostrzeżenia rozszerzają dziedzinę działania witaminów także na królestwo roślinne a spec. na drobnoustroje. I tak Bottornley wykazał wybitne pobudzenie wzrostu roślin przez wyciąg z torfu i nazwał hipotetyczne ciała wchodzące przy tem w grę auximonami. Dość dawno już Wildiers stwierdził pobudzenie wzrostu drożdży przez wyciągi z drożdży i hipotetyczne ciało, będące przyczyną tego pobudzenia, a nazwane przezeń „bios" było przedmiotem licznych badań i nieukończonych dotąd dyskusji. Najciekawsze jednak w zakresie mikrobiologji są spostrzeżenia nad wzrostem bakterji grypowych Pfeiffera. Zdawna znane już było zjawisko satellityzmu polegające na tem, że dokoła różnych obcych kolonji (np. gronkowców lub B. xerosis) wzrost tych delikatnych bakterji doznawał wybitnego wzmożenia. Nowsze badania zwł. Davisa, Thötty i Avery'ego i in. wykazały, że bakterje te uważane dotąd za ściśle hemoglobinofilne potrzebują do swego wzrostu 2 ciał a mian.: 1) ciała ciepłostałego, wytrzymującego autoklawowanie w 12^{0}C zawartego w krwinkach czerwonych — działającego prawdopodobnie katalitycznie jako aktywator tlenu już w bardzo małych ilościach; 2) ciała ciepłochwiejnego potrzebnego w większej ilości, ginącego przy dłuższem ogrzewaniu, o charakterze witaminowym a zawartego w krwinkach czerwonych, surowicy, w różnych świeżych tkankach zwierzęcych i roślinnych, w drożdżach, bakterjach; ciała te odpowiadałyby typowi rozpuszczalnych w wodzie witaminów B. Co do ciała pierwszego wykazał Olsen, że funkcję tę może pełnić hemoglobina tlenowa, tlenkowęglowa, methemoglobina, natomiast hematyna i hemina skuteczne są tylko przy dodaniu ciała ciepłochwiejnego. Dalsze pochodne hemoglobiny jak hematoporfiryny, bilirubina, jakoteż analogiczne barwiki hemocjanina i hemoerytryna, wreszcze składnik białkowy hemoglobiny t. z. globina, są bezskuteczne. Ostatnio udało się Thjötta i Avery'emu zastąpić pierwsze ciało jajami i hodować b. grypowe na pożywkach nie zawierających ani hemoglobiny ani jej pochodnych, przez co upada wyjątkowe stanowisko całej grupy b. hemoglobinofilnych. Nie ulega wątpliwości, że uda się z czasem na tej drodze wyjaśnić wymagania odżywcze innych gatunków bakteryjnych zwł. chorobotwórczych, które dotąd tłomaczyliśmy genetycznie przystosowaniem do ustrojów zwierzęcych i że przez to może rozszerzymy możliwości hodowania różnych nieznanych dotąd zarazków. *Dr. Wysocki*, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

X. Posiedzenie naukowe z dnia 17 marca 1922.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 112.

1) Prezes kol. Franke ogłasza przyjęcie nowych członków zwyczajnych: kol. Zielińskiego Ignacego, Kamińskiego Zygmunta, Mahla Gustawa, Chomickiego Franciszka, Rodzińskiego Ryszarda, Żytyńskiego Wacława, Palestra Henryka, Bardacha Teofila, Miszlównę Helenę i nadzwyczajnych: kol. Heschelesa Izydora i Rejtmana Lazara. Następnie na wniosek niektórych członków proponuje wysłanie

memorjału do Ministerstwa zdrowia publicznego w sprawie zamierzonych przez rząd znacznych podwyżek cen kąpieli i mieszkań w zdrojowiskach państwowych. Ułożenie memorjału poruczono wydziałowi Towarzystwa.

2) kol. Chomicki przedstawia: a) chorą, lat 50, operowaną z powodu **mięsaka kości czaszki,** który wystąpił w 3 miesiące po urazie. Opona twarda nie była zajęta; pokryto ją płatkiem wyciętym z powięzi szerokiej uda. Rana zagoiła się rychłozrostem. Nowotwór wycięty miał wygląd plastra miodu.

b) Preparat uzyskany po operacji **zrakowaciałego kaszaka na głowie.**

c) Siedmioletnią chorą, dziedzicznie nieobciążoną, która zgłosiła się do kliniki z powodu duszności, trwającej od 6-ciu miesięcy. Stwierdzono mierne **powiększenie obu płatów gruczołu tarczykowego.** Dnia 25 lutego br wykonano w znieczuleniu miejscowem wycięcia klinowe z obu płatów gruczołu. Przy operacji, stwierdzono, że tchawica uciśnięta była górnym biegunem lewego płatu w kierunku osi przednio-tylnej, tuż poniżej zaś spłaszczona przez oba płaty w kierunku osi boczno-bocznej. W 24 godziny po operacji wystąpiły u chorej objawy **tężyczki.** Wyraźny był skurcz głośni, położnicze ustawienie rąk, dodatnie objawy Chwostka i Trousseau, wyprostowanie stóp i deskowate napięcie mięśni. Pod wieczór tegoż dnia objawy nieco złagodniały, a skurcz głośni ustąpił całkiem. Chorej zaczęto podawać mleczan wapnia i brom (pastylek paratyreoidynowych nie można było dostać). Od tego czasu przytoczone objawy utrzymują się w większem lub mniejszem nasileniu, wybitniejsze są jednak zawsze po stronie prawej, a łagodniejsze naogół wieczorem (A. r.)

W dyskusji kol. Gröer proponuje przy tężyczce zastosowanie salmiaku według Freudenberga i Georgiego, którzy uważają tężyczkę za zatrucie zasadowe, a nie kwaśne. Kol. Schramm przypomina przypadek Warchoła, w którym po jednodniowych objawach po operacji tężyczka ustąpiła samorzutnie. Kol. Nowicki dodaje, że przy wycięciu tarczycy z wpryśniętymi gruczołami przytarczycznemi może wystąpić tężyczka bez winy operatora. Kol. Ostrowski zapytuje, jak zachowuje się dolny nerw krtaniowy. Kol. Schramm w dyskusji nad mięsakiem czaszki podnosi niezwykłą formę kości i dodaje, że, mając nad zatoką żylną tylko cienką blaszkę, przeszczepił kawałek powięzi szerokiej.

3) kol. Popielska składa **sprawozdanie lekarskie z miejskiego zakładu dla niemowląt,** którym zajęło się ubiegłego roku lwow. Towarzystwo lekarskie. W r. 1920 w zakładzie było 178 dzieci, z nich 65 zmarło, w r. 1921 było 237 dzieci, z nich 92 zmarło, co stanowi średnio 37.5% śmiertelności. Tak wysoki procent śmiertelności tłumaczy się tem, że 1) do zakładu przyjmuje się wszystkie podrzutki, znalezione we Lwowie, tj. 24% wszystkich przyjętych dzieci. 2) Dzieci są przyjmowane przez XI Departament magistratu bez oględzin lekarza. 3) Dzieci chorych matek ze szpitali także tu bywają odsyłane, jak i 4) dzieci matek, znajdujących się w więzieniach, które nie są zdolne same karmić. 5) Największa ilość dzieci jest przyjmowaną w pierwszym miesiącu życia. 6) 70% dzieci bez matek jest skazana na żywienie sztuczne. 7) Karmicielki z własnemi dziećmi, nie wszystkie są zdolne karmić drugie dziecko. 8) Brak jest ścisłej instrukcji dla karmiących matek. 9) Daje się odczuwać brak sił pielęgniarskich tak pod względem ilościowym, jak i jakościowym. Pielęgniarstwo w wychowaniu niemowląt stanowi podstawę. „Każdy lekarz wyrzecze się prędzej wszystkich aptek, niż podejmie się leczyć chore dziecko w nieodpowiedniem otoczeniu" powiedział Gundobin. Wedle współczesnych wymagań powinna przypadać jedna siostra na 4—6 osesków, a w zakładzie przypada jedna na 10—12. 10). Jest dotkliwy brak najniezbędniejszych przyborów, jak flaszki, pieluszki, bielizna, ciepła woda itd. 11). W końcu instrukcja zakładowa dla lekarza wymaga od niego „wyłącznie tylko nadzoru lekarskiego". Przepis ten pozbawia lekarza możności wprowadzenia w życie najniezbędniejszych zarządzeń.

Dzieci z chorobami zakaźnemi były usuwane natychmiast, lecz wszystkie chore dzieci, nawet gorączkujące, nie mogły być usunięte z zakładu, bo szpital i klinika odmawiały przyjęcia ich. Jak wielka ilość chorych była w zakładzie, świadczą cyfry wysyłanych dzieci do szpitalika św. Zofji a to w 1920 r. 68 dzieci, z nich 28 zmarło, w 1921 r. 80 dzieci, z nich 34 zmarło. Do kliniki dziecięcej wysłano w 1920 r. 3 dzieci, które zmarły; w 1921 r. 1 dziewczynkę, która wyzdrowiała. Najczęstszą przyczyną chorób i śmierci, jak należało oczekiwać z góry, były zaburzenia przewodu pokarmowego (34%), potem choroby dróg oddechowych (32%), gruźlica (13%), wreszcie kiła (4%). — (A. r.)

W dyskusji kol. Gröer przypomina zeszłoroczny memorjał do prezydjum miasta, który, mimo że minęło 10 miesięcy, został bez skutku; konkursu na lekarza nie rozpisano; wobec czego stawia wniosek, aby tę sprawę jeszcze raz przekazać zarządowi Towarzystwa do rozpatrzenia. Nadto przemawiali kol. Nowicki, Franke, Węgrzynowski, Rothfeld i Pisek.

4) Kol. Bocheński wygłasza odczyt: **O poronieniu ze stanowiska społecznego.** (Ukaże się w druku w Przeglądzie ginekologicznym).

W dyskusji kol. Sołowij przedstawił statystyczne porównanie stosunku porodów czasowych do poronień, których procent przed wojną wynosił 22—23%, w 2 pierwszych latach wojny 40%, a w r. 1920 i 1921 wzrósł do 60%. Wysuwa następnie postulaty, dotyczące ochrony ciąży, jak również wskazań przerwania ciąży. Kol. Pisek podkreśla, że neomaltuzjanizm zakradł się też już i do sfer uboższych ze szkodą dla narodu i państwa. Domaga się jednak usankcjonowania prawa zwyczajowego w sprawie niektórych wskazań przerwania ciąży. Kol. Sieradzki proponuje opracowanie memorjału przez specjalnie wybraną komisję, do której też powołano kol. Sołowija, Sieradzkiego, Bocheńskiego, Wiczyńskiego, Gröera, Piseka, Kwiatkiewicza i Mikołajskiego. Kol. Gröer podnosi konieczność wykształcenia lepszego typu pielęgniarskiego. Inicjatywa opieki społecznej winna przejść w ręce lekarza, i opieka nad ciążą, niemowlęciem, matką a zwłaszcza kobietą ciężarną nieślubną. Kol. Fels zajmuje stanowisko zupełnie przeciwne do referenta i dyskutantów i utrzymuje, że kultura jest przeciwną wielkiej liczbie dzieci i liczbę tę ogranicza i będzie ograniczać. W odpowiedzi kol Bocheński i Gröer przytaczają kraje skandynawskie o wielkiej ilości dzieci i zaznaczają, że stanowisko obywatela Polaka ze względu na dobro Ojczyzny i Państwa, jak też podtrzymania stałego procentu przybytku ludności sprzeciwia się zasadniczo wywodom, pozatem odosobnionym, kol. Felsa. Nadto zabierali głos kol. Węgrzynowski i Wiczyński. *Kmietowicz*, sekretarz.

Związek lekarzy Polaków w Wilnie.

Sprawozdanie roczne na Walnem zebraniu z d. 15. listopada 1921

1) Przewodniczący Dr. Czarkowski zagaił zebranie, podnosząc zasługi pozostałych w Wilnie w 1920 r. kolegów, którzy na czele z Drami Dokalskim, Szczerbińskim i innymi, pomimo wielkich zajść i zmian politycznych, przetrwali, zbierając się poufnie podczas ostatniej nawały bolszewickiej w prywatnych mieszkaniach, i podtrzymywali pracę Związku.

2) Sekretarz Dr. Kosiński odczytał **sprawozdanie roczne za 1921 r.** Odbyto 11 zebrań, z których jedno było walne. Uczęszczało na zebrania 25—27 na ogólną liczbę członków 45. Zgodnie z dekretem Nr. 172. Naczel Dowództwa Wojsk „Litwy Środkowej" Związek l. Polaków został zarejestrowany w inspektoracie pracy Tymczasowej Komisji Rządzącej Litwy Środkowej. Z wielu względów Związek postanowił nadal należeć do centrali chrześcijańskich związków zawodowych. Dzięki staraniom zarządu Związku uzyskano z Departamentu Spr. wewn. emeryturę dla sędziwego chorego kolegi Jundziłła w wysokości 300 marek miesięcznie od dnia 1. stycznia 1920 r., prócz tego dla tegoż kolegi od marca r. b zebrano ze składek wśród kolegów 10.420 mk. W dniu 18. kwietnia 1921 wybrana komisja ustaliła wysokość honorarjów lekarskich. Referatów na ogół wygłoszono pięć. 1) kol. Hanusowicz: „O przedróżyczkowem zapaleniu przymiotowem okostnej według prof. Andry"; 2) kol. Czarnocki: „O kasach chorych"; 3) tegoż kolegi: „O rezerwowaniu terenów, nadających się pod uzdrowiska"; 4) kol. Golimonta: „O walce z chorobami wenerycznemi"; 5) kol. Rudzińskiego: „O kasach chorych". Sprawozdania dwa: 1) kol. Sokołowskiego: „O stosunkach panujących w poliklinice chorób wenerycznych przy ulicy Ludwisarskiej"; 2) kol. Karnickiego: „O wynikach pośmiertnego badania zwłok zmarłej wskutek nieudanego sztucznego poronienia". Uchwalono szereg rezolucyj w sprawie uzdrowisk i potrzeby rezerwowania terenów pod uzdrowiska z dóbr parcelowanych. Rezolucje te przesłano do Departamentu Rolnictwa i Lasów; przytem wybrano komisję dla oceny majątków Ponary i Krzyżaki, nadających się pod uzdrowiska. Łącznie ze Związkiem lekarzy Izraelitów w Wilnie uzgodniono wprowadzenie ograniczeń w sprawie ogłoszeń i znaków. W sprawie unormowania stosunku lekarzy, zatrudnionych w kasie chorych, Polaków do Izraelitów postanowiono z początku opierać się na stosunku narodowościowym ludności m. Wilna, w końcu jednak dla uniknięcia możliwych nieporozumień na przyszłość uchwalono brać za podstawę tylko odsetek ubezpieczonych, co roku zestawiany przez zarząd kasy chorych. Z innych spraw załatwiono sprawę zapisu ś. p. Dra Karłowicza na rzecz kasy wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach w Wilnie przez wysłanie do Warszawy plenipotencji kol. Majewskiemu w celu prowadzenia sprawy ze spadkobiercami ś. p. Dra Karłowicza; wysłano pismo do prezydenta m. Wilna, w celu zastosowania mnożnika drożyźnianego do pensji wdowiej P. Wojewódzkiej, wdowy po lekarzu, który po 15 latach owocnej pracy zmarł na dur osutkowy. Wysłano list francuski na kongres międzynarodowy Historji Medycyny do Paryża z życzeniami owocnej pracy i tłómaczący niemożliwość wysłania delegata; wreszcie obrano kol Sokołowskiego na II. Zjazd wszechkrajowy Polskiego Tow. walki ze zwyrodnieniem rasy, mający się odbyć w dniach 30—31 października 1922.

Prezes Związku L. P. *Ludwik Czarkowski*, sekretarz i gospodarz Związku *Dr. Borysewicz.*

Towarzystwo lekarskie Zagłębia Dąbrowskiego.

Posiedzenie ogólne z dnia 8 lutego 1922.

Przewodniczący kol. Dehnel. Obecnych 28.

1. Kol. Zahorski przedstawia dziewczynkę 13-letnią, obarczoną gruźlicą, ze **znacznem przesunięciem serca** na prawo od mostka. Uderzenie koniuszkowe wyczuwa się w IV międzyżebrzu na 2 palce ku wewnątrz od prawej linji sutkowej.

2 Kol. Hejman odczytuje rzecz p. t. **O stosowaniu wucyny nardzeniowo w zapaleniach opon mózgowych pochodzenia usznego;** przytacza dane z piśmiennictwa o t. zw. grupie Morgenroth'a (pochodnych chininy): optochinie, eukupinie i wucynie, stosowanych z dobrym wynikiem w różnych sprawach ropnych, szczególnie po

doszczętnem usunięciu ognisk ropnych, jak np. po doszczętnej operacji w uchu środkowem. H. wspomina jeszcze o jednym środku, wynalezionym przez tegoż Morgenroth'a, mianowicie o ravanolu, który ma działać jeszcze silniej na drobnoustroje, niż inne; radzi więc w stosownych przypadkach środki te wypróbować.

W dyskusji zabierają głos koledzy: Weinziehel, Dehnel, Puterman i Zieleniewski.

3. Kol. Ryder odczytuje: „O zakażeniach dróg moczowych w wieku dziecięcym z pokazem odczynu Donné'ego". Wykazawszy, że często dziecko gorączkuje bez żadnej widocznej przyczyny, R. radzi pamiętać o mogących ujść uwagi naszej zachorzeniach dróg moczowych, i w tych razach należy badać mocz na ropę, co bardzo łatwo daje się uskutecznić za pomocą t. zw. odczynu Donné'ego (10% roczyn wodorotlenku sodowego lub potasowego), przy którym ciałka ropne zostają strącone w postaci masy galaretowatej.

W dyskusji kol. Puterman nie przypisuje odczynowi temu znaczenia rozpoznawczego, gdyż nie wskazuje on umiejscowienia sprawy chorobowej

4. Do Zarządu na rok 1922 zostali wybrani: Prezes — kol. Kozłowski, wiceprezes — kol. Dehnel, sekretarz — kol. Hejman, bibliotekarz — kol. Butkiewicz, skarbnik — kol. Wołkowicz.

Posiedzenie naukowe z dnia 1 marca 1922 r.
Przewodniczy kol. Kozłowski. Obecnych 20.

1. Kol. Hejman przedstawia przypadek a) toczenia wrzodziejącego nosa u dziewczynki 13-letniej; b) przypadek mięsaka prawej połowy nosa u kobiety 33-letniej i c) przypadek raka krtani u mężczyzny 54-letniego.

2. Kol. Kozłowski przedstawia dziewczynkę 13-letnią po usunięciu przez niego, na skutek krótkowzroczności, soczewki przeźroczystej lewego oka z bardzo dobrym wynikiem.

3. Kol. Suchodolski przedstawia preparat ogromnego guza torbielowego, usuniętego przez niego z prawego jajnika u kobiety 33-letniej.

4. Kol. Brelman streścił odczyt swój, który wygłosił na posiedzeniu w dniu 21 grudnia r. z., p. t. „O niedrożności jelit".

W dyskusji: Kol. Witkowski wspomina, że często przyczyną cierpienia tego są zmiany w uchyłku Meckel'a, a także glisty. Kol. Puterman zwraca uwagę na indikanurję, jako objaw, świadczący o zamknięciu kiszek cienkich.

Posiedzenie naukowe z dnia 22 marca 1922 r.
Przewodniczy kol. Dehnel. Obecnych 20.

1. Kol. Dehnel wygłosił rzecz p. t. „Uwagi o durze osutkowym i jego powikłaniach"; mowca opisał epidemję duru na Syberji w latach 1918—1920. Z powikłań zwraca uwagę na zapalenie chrząstek żebrowych i samych żeber.

W dyskusji kol. Puterman wspomina o zgorzeli, jako powikłaniu, kol. Lipski — o obrzękach, kol. Włyński i Faliński o stępieniu słuchu, kol. Hejman o nierzadkich zapaleniach ochrzestnej krtaniowych.

2. Kol. Butkiewicz wygłosił rzecz p. t. „O narkozie hedonalowej śródżylnej" i na zasadzie ogromnego materjału operacyjnego, jakim rozporządzał w Rosji, wykazał, że uśpienie to, stosowane w roczynie 0,75% śródżylnie (do 2 tys. c. ctm.) może doskonale zastąpić inne sposoby uśpienia.

W dyskusji: kol. Puterman i Budzyński przestrzegają przed wprowadzaniem tak wielkiej ilości płynu do krwiobiegu, kol. Dehnel nie widzi szczególnych zalet tego uśpienia, gdyż, według statystyki kol. B., śmiertelność waha się od 3 — 6 przypadków na 2 tysiące uśpień, gdy tymczasem przy chloroformie wypada ona ledwo raz jeden na 3½ tys. uśpień, przyczem sama technika wlewań jest zbyt skomplikowana, na co zwraca uwagę też i kol. Zieleniewski. Kol. Hejman przypomina, że hedonal, dawany do wewnątrz przed uśpieniem chloroformowem, wpływa ogromnie na zmniejszenie dawek chloroformu, przyczem sen, tętno i samopoczucie chorych są doskonałe. *A. H.*

Kółko Naukowe Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie.

XI. posiedzenie z dnia 7 września 1921.

1. Prym. Quest przedstawia dziecko z rzadkiemi zmianami kiłowemi.

2. Dr. Zaczek: a) Przedstawia chorego z wyleczonym operacyjnie ropniem zatoki strzałkowej, powstałym prawdopodobnie z powodu zapalenia szpiku kości czołowej, b) przedstawia przypadek leczonej operacyjnie ze znakomitym skutkiem słoniowatości kończyny dolnej, b) przedstawia przypadek stopy płaskiej, leczony operacyjnie własną modyfikacją metody Gleicha. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji prof. Bárącz podnosi zalety przedstawionego sposobu.

3. Dr. Karowiec przedstawia przypadek leczonej operacyjnie stopy szpotawej porażennej.

4. Dr. Tyczka wygłasza rzecz o równoczesnem zakażeniu durem osutkowym i powrotnym, na podstawie własnych spostrzeżeń z czasu wojny.

5. Prym. Ziembicki przedstawia dzisiejszy stan nauki O t. zw. gorączce okopowej.

XII. posiedzenie z dnia 21 września.

1. Dr. Zaczek przedstawia 3 przypadki padaczki Jacksonowskiej, leczone pomyślnie drogą operacyjną. W dyskusji przemawia dr. Domaszewicz.

2. Dr. Węgrzynowski i prof. Bárącz przedstawiają przypadek promienicy płuc, w którym stosują siarkan miedzi do ogniska chorobowego.

3. Dr. Bykówna przedstawia 2 braci idjotów.

4. Dr. Strzałkowski przedstawia przypadek plastyki nosa zniszczonego nowotworem.

5. Dr. Karowiec przedstawia przypadek wyleczonego skrętu jelit, w którym usunięto 2 1/2 m. jelita cienkiego.

XIII. posiedzenie z dnia 12 października.

1. Dr. Grossfeld przedstawił szereg przypadków z zakresu kiły.

2. Prof. Wiczkowski przedstawił szereg preparatów anat. z uwagami klinicznemi.

3. Prym. Leńko omówił przypadek uchyłka pęcherza (rzecz ukazała się w N. 12 i 13 Gazety).

4. Dr Monis przedstawia chorego z krwiomoczem pęcherzowym wskutek stężonego roczynu nadmanganianu potasowego, którym sobie sam pęcherz przepłukiwał. Krwawienia były tak silne, że wywołały niedokrwistość.

XIV. posiedzenie z dnia 26 października.

1. Dr. Brauner przedstawia przypadek choroby Bechterewa.

2. Dr. Węgrzynowski przedstawia chłopaka z puchliną głodową.

3. Dr. Monis przedstawia przypadek zaburzeń pęcherzowych wskutek parafiny, która dostała się do pęcherza. Usunięto ją za pomocą benzyny.

4. Dr. Domaszewicz przedstawia przypadek guza w moście Varola.

5. Dr. Handwerker wygłasza odczyt O medycynie indyjskiej.

XV. posiedzenie z dnia 9 listopada.

I. Dr. fil. i sł. med. Baley (Wew. III) przedstawia przypadek padaczki i omawia go z punktu widzenia psychoanalizy.

II. Dr. Bykówna (Wew. III):

1. przedstawia chorego z nadmiernem wydzielaniem moczu. C. wł. 1007. Objawy ucisku śródczaszkowego. Siodło prawidłowe. Wassermann poczwórnie dodatni. W dyskusji przemawia dr. Musiał.

2. przedstawia przypadek świeżego nagminnego zapalenia mózgu. W dyskusji przemawia dr. Domaszewicz.

III. Dr. Schusterówna (Inst. anat. pat.) przedstawia:

1. preparat ropnia wśród zrostów osierdziowo-opłucnowych.

2. preparat przedstawiający mięsaka odźwiernika.

W dyskusji prym. Ziembicki, z którego oddziału pochodzą oba przypadki, przytacza szczegóły kliniczne.

XVI. posiedzenie z dnia 16 listopada

1. Dr. Zaczek (Chir.) przedstawia przypadek padaczki Jacksonowskiej, powstałej wskutek urazu i wyleczonej operacyjnie.

2. Dr. Rosenzweig (Chir.) przedstawia wyleczony operacyjnie zapomocą plastyki przypadek wrzodu pełzającego skóry nosa.

3. Doc. Reis (Klin. ocz.) mówi O chorobach zakaźnych oczu (z pokazami).

XVII. posiedzenie z dnia 23 listopada.

1. Dr. Fleischerowa (Wew. I.) przedstawia przypadek rzadkiego cierpienia, znanego pod nazwą Osteoperiostitis toxica ossificans.

2. Dr. Vrabetz przedstawia zdjęcia rentg. z powyższego przypadku, omawiając cechy właściwie schorzeniu.

3. Dr. Węgrzynowski (Wew. I.) w związku z powyższym przypadkiem przedstawia chorego z pałeczkowatemi palcami i wrodzoną wadą serca.

4. Dr. Vrabetz okazuje płytę rentg., przedstawiającą ciało obce w pęcherzu moczowym (gwóźdź dł. 7 cm).

XVIII. posiedzenie z dnia 30 listopada.

1. Dr. Karowiec (Chir.) przedstawia leczony operacyjnie przypadek wypadnięcia trzew do klatki piersiowej.

2. Dr. Strzałkowski (Chir.) przedstawia rzadkie powikłanie przepukliny wolnej.

3. Dr. Rosenzweig (Chir.) mówi O leczeniu ropni opadowych.

W dyskusji przemawia dr. Zaczek.

4. Prof. Wiczkowski przedstawia przypadek wrodzonej wady serca.

XIX. posiedzenie z dnia 7 grudnia.

1. Doc. Wiczyński (Poł-gin.) omawia 2 przypadki relaparatomji. W dyskusji przemawia dr. Zaczek.

2. Dr. Zaczek (Chir.) przedstawia chorego z guzem skórzakowym na szczycie głowy.

3. Dr. Wepperówna (Amb. lar.) omawia przypadek nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych, powikłany zaostrzeniem dawniejszego przewlekłego zapalenia ucha środkowego.

4. Dr. Handwerker wygłasza odczyt O medycynie u Żydów. W dyskusji przemawia prym. Leńko, przytaczając cytaty z Pisma Św., odnoszące się do nerek.

XX. posiedzenie z dnia 14 grudnia.

1. Dr. Sassower (Chir.) przedstawia przypadek nieprawidłowego bujania kości po amputacji.

2. Dr. Fleischer (Chir.) przedstawia chorych z naczyniakiem krwionośnym i naczyniakiem chłonnym.

W dyskusji przemawiają dr. Laskownicki i dr. Zaczek.

3. Dr. Karowiec (Chir.) przedstawia chorego z rogowatym nowotworem skóry na ręce (*Cornu cutaneum*).

4. Dr. Zaczek (Chir.) przedstawia przypadek afazji urazowej leczony chirurgicznie.

5. Dr. Handwerker wygłasza odczyt. **O Żywocie doktora Badurskiego.**

Dr. Szymon Tenenbaum. Piotrków.

Choroby i ich przebieg w obecnych warunkach w Rosji.

Wojna, przewroty i obecny system gospodarki doprowadził ludność rosyjską do niesłychanej nędzy. Brak mieszkań, opału i mydła wpłynął na niesłychane dotychczas zawszenie ludności. Dlatego też dur osutkowy i powrotny doszedł w Rosji do niebywałych rozmiarów. W 1920 r., podług danych urzędowych, zachorowało w Rosji 3,187.592 osób na dur osutkowy. Cyfra ta napewno za niska, bo dane statystyczne zbierane są głównie przez „rotnych felczerów", obecnie nazwanych „pomocnikami lekarzy".

Pierwszemi i najgłówniejszemi ogniskami epidemji były większe miasta Chłop, zaopatrzony w żywność, nie miał potrzeby jechać do miasta, w którem nic kupić nie mógł, bo wolny handel był zabroniony. Głodny mieszkaniec miasta zmuszony był szukać pożywienia. Rozwija się „mieszoctnictwo" — wędrówka z mniej do więcej urodzajnych gubernij, z miasta do wsi. Pociągi towarowe i pasażerskie były w dosłownem znaczeniu pokryte ludźmi, zdążającymi za chlebem. Ta olbrzymia wędrówka wzdłuż toru kolejowego była głównym roznosicielem epidemji. Drugim nie mniej ważnym czynnikiem w rozwoju epidemji były szpitale wojskowe, do których armje sowieckie podczas wojny z Denikinowcami, nadsyłały ze wszystkich stron mnóstwo chorych na dur osutkowy. Jako przykład, jakie były te szpitale, opiszę szpitale w Kursku, których stan dobrze był mi znany. W dużych pokojach byłych szpitali wojskowych i mieszkań prywatnych, w samem mieście leżeli chorzy na dur osutkowy pokryci łachmanami, jeden tuż obok drugiego na podłodze. Sale i pokoje nie ogrzane. Było to w grudniu 1920 r. przy 30-stopniowym mrozie. Termometrów nie było; ze środków leczniczych jedna nalewka kozłkowa (tra valerianae). Lekarz w futrze i czapce z pomocniczym personalem przeskakuie przez leżących od chorego do chorego i ręką określa ciepłotę. O badaniu chorych mowy być nie mogło. Pomocniczy personal lekarski niewykwalifikowany, który na 8 szpitali dochodził do kilku tysięcy, po ukończeniu pracy wracał do ognisk domowych i rozsiewał chorobę po całem mieście.

Co do przebiegu duru osutkowego, to na uwagę zasługuje zgorzel, jako jedno z najcięższych, a częstych teraz w Rosji powikłań. Zgorzel ta pojawia się podobno najczęściej zimą, u mężczyzn częściej, niż u kobiet; występuje w końcu choroby, a niekiedy i w okresie bezgorączkowym. Często rozwija się symetrycznie, a zajmuje stopy, palce nóg, małżowiny uszne, nos, narządy płciowe. Większość autorów rosyjskich podkreśla wpływ zimna na rozwój tej zgorzeli. Patologja jej nie jest zresztą dotychczas dokładnie wyjaśniona. Dur osutkowy w szpitalach przebiegał naogół ciężko. Nierzadkie były przypadki zakażenia się ozdrowieńców durem powrotnym, który wtedy przebiegał atypowo: gorączka poniżej 39°, napady krótkie (3—4—5 dni) przerwy dłuższe (9—11—13 dni), ilość powrotów 3, 5, 7, 8. Po przebytym durze osutkowym, częściej powrotnym, widzieliśmy ciężkie, wyniszczające nieżyty jelit i okrężnicy z hydremicznemi obrzękami. Statystyka urzędowa za r. 1920 podaje 1,439.622 przypadków duru powrotnego.

Personal lekarski i pomocniczy, pracujący w szpitalach w opisanych wyżej warunkach, nie mógł nie uledz zakażeniu. Toteż podług danych Sybina w 1918—1919 r. zmarło z duru osutkowego lekarzy 15—20%, niższego personelu lekarskiego 10—12%, całej ludności 5—7,3%. Z 2000 lekarzy charkowskich chorowało w 1920 r. na dur osutkowy 203, zmarło 66, co stanowi 33%. Wobec tych tragicznych cyfr można mówić poprostu o wymieraniu lekarzy rosyjskich.

Prócz duru osutkowego jest dzisiejsza Rosja siedliskiem całego szeregu ostrych chorób zakaźnych; z nich tylko dur osutkowy zmniejsza się i epidemja ta w przyszłości pewnie sama wygaśnie wskutek uodpornienia całej ludności przez przebycie tej choroby. Wogóle jednak odporność ludności rosyjskiej pod wpływem ciężkich warunków ekonomicznych znacznie się obniżyła. Dla ilustracji tych ciężkich warunków wspomnę, że wybitny chirurg, prof. Weliaminow umarł dosłownie z głodu. W Petersburgu zauważono zwiększenie wśród ludności miejskiej, a zmniejszenie wśród wiejskiej częstości okrągłych wrzodów żołądka. Przyczyną tego ma być wpływ grubych i nieodpowiednich pokarmów w miastach. Znikły prawie dna (artretyzm) i otłuszczenie.

W związku z epidemjami duru osutkowego i powrotnego stwierdzono znaczne zmniejszenie się, a nawet wygaśnięcie płonicy i błonicy. Zwróciliśmy na to uwagę w Kursku, mówili też o tem lekarze z gubernji kurskiej. Trudno o tem coś pewnego powiedzieć; może to przypadkowo, może są tu głębsze przyczyny; w każdym razie było to dla gubernji kurskiej szczęściem, bo na 3 miljony mieszkańców otrzymano w 1920 r. na całą gubernję 15 flakoników surowicy!

Prawie w każdem mieście rosyjskiem istnieje obecnie po kilka przytułków dla dzieci. Przytułki te są przepełnione, bo rodzice chętnie tam dzieci oddają, nie mogąc ich wyżywić. Ale dzieci w tych przytułkach wymierają. W roku 1918—19 karmiono dzieci ryżem polerowanym, co wpłynęło na rozwój gnilca. W 1920 r. ryżu zabrakło, odżywianie dzieci jeszcze się pogorszyło, — wtedy widzieliśmy obrzęki „głodowe"; gnilec znikł. Prof. Kissel podaje, że w szpitalu dziecięcym w Moskwie wszystkie przypadki nagminnego zapalenia opon skończyły się śmiercią; w poprzednich latach wyzdrowienie było dość częste. Zgorzel policzków (noma), jako powikłanie odry, zdarza się bardzo często. Również częściej, niż zwykle, zdarzają się krwotoki w przebiegu duru brzusznego, wysypka przy zimnicy (która powodowała fatalne pomyłki, bo chorych takich często umieszczano w szpitalach dla chorych na dur osutkowy) i zgorzel, jako bardzo częste powikłanie duru osutkowego.

Typ i przebieg chorób zmienił się; odporność nabyta przez przebycie choroby obniżyła się. Prof. Marcinowski podaje, że dur powrotny przebiega ciężko; napady trwają do 10 dni, a ilość powrotów dochodzi nawet 12 i 16. Tenże autor pisze, że dokładnie wie o pewnych 8 przypadkach powtórnego zachorowania na ospę, jednym na odrę i 5 na dur osutkowy.

Mimo ciężkiej doli nie zmienił się w Rosji stary sympatyczny typ lekarza ziemskiego. O głodzie i chłodzie, bez środków leczniczych, walczy z epidemjami, które dziesiątkują nieszczęśliwą Rosję. Walczy i ginie. Ci, co nie zginęli jeszcze, wierni ideałom lekarza, choć głodni i obdarci, trwają nieustraszenie na posterunku. Temi kilkoma słowy chciałem wypełnić obowiązek wobec 120 lekarzy Kurskiego Towarzystwa lekarskiego, którzy prosili mnie w dzień mego wyjazdu z Rosji, aby lekarzom polskim opowiedzieć o dzisiejszej doli lekarza rosyjskiego.

Trzecie sprawozdanie z działalności oddziału obserwacyjnego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie za rok 1921.[1])

Podał Dr. med. A Puławski, lekarz naczelny.

Wiadomo, jak ważne usługi w walce z chorobami zakaźnemi oddają oddziały obserwacyjne w szpitalach ogólnych, na co zwracałem uwagę w poprzednich swoich sprawozdaniach [2]) Corocznie ogłaszam takie sprawozdania z naszego niewielkiego i dalekiego od ideału oddziału obserwacyjnego,[3]) ażeby uwydatnić

---

[1]) Według referatu, wygłoszonego na posiedzeniu Sekcji szpitalnej d. 24. IV. 1921. (w Stowarzyszeniu Lekarzy).

[2]) Gaz. Lek. 1920 Nr. 4. i tamże 1921 Nr. 3.

[3]) Oddział ten na 12—15 łóżek zaczął funkcjonować od 15-XI. 1918. Urządzony został w stojącym na uboczu domku jedno.

pożytek takich oddziałów i zachęcić do ich tworzenia w istniejących lub mających się budować szpitalach. W Warszawie, niestety, po za szpitalem Dz. J., istnieją tylko 2 takie oddziały: w szpitalu dla zakaźnych S. Stanisława i w szpitalu żydowskim. Nie wchodzi tu w rachubę mały ale wzorowo urządzony oddział obserwacyjny w szpitalu dziecięcym Karola i Marji, mający swoje specjalne zadania.

W roku sprawozdawczym przyjęto chorych z miasta 347 (156 m. + 191 k.), z innych oddziałów 23 (17 m. + 6 k.). Oddział był nieczynny w lutym przez dni 18 z powodu dezynfekcji i remontu. Z pośród ogółu przyjętych chorych, jak zwykle, dość pokaźna liczba (około 30%) okazała się wolną od zaraz, o jakie byli podejrzani w pokoju przyjęć (105 = 40 m. + 65 k.), tak że chorzy byli wypisywani na miasto — 78 (44 m + 34 k), albo przenoszeni na inne oddziały — 112 (44 m + 68 k). Kwalifikacja tej kategorji chorych odbywa się na podstawie dokładnej obserwacji, badania krwi, plwociny, kału itd., a wypisywanie — po odpowiedniem odkażeniu (kąpiel, zmiana bielizny i t. d.). Zdarzają się przypadki tak ciężkie, że o dalszem transportowaniu chorych nie może być mowy, czego dowodem jest 14 przypadków śmierci na tym oddziale (w r. z. 15).

Do odpowiednich szpitali dla zakaźnych przesłano 126 chorych (57 m + 69 k). Tym sposobem, z ogólnej liczby „podejrzanych" chorych udało się „wyłowić" przeszło 36% zakażeń ciężkich i niebezpiecznych, które mogły się stać ogniskami zarazy. Klasyfikacja chorych według chorób była następująca: dur osutkowy 23 (7 m + 16 k), dur brzuszny 48 (20 m + 28 k), dur powrotny 25 (18 m + 7 k), płonica 9 (5 m + 4 k), czerwonka 8 (3 m + 5 k), drętwica karku 8 (6 m + 2 k), róża 3 (2 m + 1 k), błonica 1 k tężec 3 m, odra 2 (1 m + 1 k), ospa 1 k, grypa 42 (22 m + 20 k), zimnica 47 (24 m + 23 k), zap. płuc 8 (5 m + 3 k).

Rosja dostarczyła z pośród repatrjantów 22 osoby. Z tych 5 na dur osutkowy, 15 na dur powrotny, 1 na e n c e p h a l i t i s, 1 na dur brzuszny.

Chorzy powyżsi przebyli ogółem 1905 dni szpitalnych (999 m + 915 k), czyli przeciętnie na jednego chorego przypada około pięć dni.

Oddział posiada 12 łóżek etatowych, które „pracują" mniej niż na przeciętnym oddziale szpitalnym (pełna liczba dni szpitalnych wyniosłaby 365 × 12 = 4380), ale ruch chorych jest znacznie większy, niż na przeciętnym oddziale 50-łóżkowym wewnętrznym, gdzie w ciągu roku nie przesunie się więcej nowych chorych, niż 360. Praca lekarska i pielęgniarska na takim oddziale jest nierównomierna i naogół więcej męcząca, niż na innych oddziałach. Pracownia chemiczno-bakterjologiczna naszego szpitala bierze bardzo czynny udział w pracach tego oddziału. Dość powiedzieć, że w roku sprawozdawczym wykazano ogółem 468 ważniejszych badań (58 morfol. badań krwi, posiewów tejże 8, badań na plasmodje zimnicy 46, na krętki Obermeiera 35, odczyn Widala 135, odczyn Weil-Felixa 57, Wassermanna 10, płynu mózgowo-rdzeniowego 20 itd.

Pożądanem byłoby, aby pracownia bakterjologiczna znajdowała się w bliskości oddziału obserwacyjnego, jak również, aby zarządzający tą pracownią znajdował się w kontakcie z tym oddziałem — to dałoby możność wykorzystania tego oddziału pod względem naukowym.

Jest to uwzględnione w projekcie nowego oddziału obserwacyjnego, który będzie powiększony i urządzony według współczesnych wymagań nauki.

W celu ochrony szpitala od zaraz, w szpitalu Dz. J. usunięto z gmachu szpitalnego ambulatorjum i przeniesiono je poza szpital, prócz tego obok pokoju przyjęć znajduje się separatka, dokąd usuwa się chorych, u których stwierdzono wyraźną chorobę zakaźną; dłużej chorzy natychmiast są odsyłani do szpitala dla zakaźnych. Chorych wyjątkowo brudnych i zawszonych kąpie się w oddzielnej łazience, która jest zarazem odwszalnią.

Niedającem się usunąć źródłem zarazy jest publiczność, odwiedzająca chorych, oraz sam personal służbowy, który może przynosić zarazę z zewnątrz szpitala. Temu ostatniemu może częściowo zaradzić czystość osobista (kąpanie, mycie, fartuchy itd.).

Medycyna społeczna.

Dr. Natan Milgrom, Radziechów.

W sprawie akuszerek na prowincji.

Postanowiłem w szeregu artykułów poruszyć najbardziej aktualne sprawy z dziedziny stosunków sanitarnych na prowincji, — pod prowincją rozumiem wsie, miasteczka i mniejsze miasta powiatowe, o większych miastach sądu wydać nie mogę — uważając, że unormowanie tychże i zreformowanie ich w duchu nowoczesnym wyjdzie na korzyść zarówno społeczeństwa, jak i stanu lekarskiego. W jednym z ogłoszonych już artykułów poruszyłem sprawę zwalczania chorób zakaźnych na prowincji. Pozwolę sobie jeszcze wrócić do tego tematu później. Obecnie poruszę z kolei sprawę akuszerek na prowincji.

piętrowym, dawnem mieszkaniu popa prawosławnego i djaka, obsługujących znajdującą się naprzeciwko szpitalną cerkiew, zbudowaną znacznym kosztem dla wygody nielicznej garstki chorych prawosławnych naszego szpitala.

Naogół można stwierdzić, że większość akuszerek, wykonujących praktykę na prowincji, nie odpowiada wymogom nowoczesnej nauki o położnictwie. Pomijam trudności, nie dające się pokonać, jak ciasnota i brud otoczenia, niedbałość o los ciężarnych i rodzących kobiet po wsiach i miasteczkach i. i. Z trudnościami temi lekarz również musi często walczyć. Przypominam sobie np. przypadek w miasteczku Witków Nowy, do którego zawezwano mnie kilka miesięcy temu. Rozchodziło się o potrzebę wydobycia łożyska. Rodząca leżała w kącie pokoju, który służył równocześnie jako pomieszkanie dla licznej rodziny i jako sklep z mąką. Cały pokój miał około 4 kroki szerokości, zaś około 5 kroków długości. Łóżka, na którem chora leżała, nie wolno było ruszyć z miejsca, gdyż było połamane i podparte. Poród odbył się dzień przedtem, 24 godzin później zawołano mnie, abym wydobył łożysko. Przez cały ten czas sprzedawano mąkę, przyczem za każdym razem, gdy ważono mąkę, wzbijał się tuman kurzu i mąki z przerzucanych i otwieranych worów z mąką. Rodząca leżała na worku z mąki, pełnym krwi i brudu. Wśród takich warunków muszą często lekarze i akuszerki pracować na prowincji. Tembardziej jest ich obowiązkiem ze swojej strony nie zaniedbywać niczego i dołożyć wszelkich możliwych starań, aby poród odbył się, o ile możności, aseptycznie. Dlatego właśnie uważam za swój obowiązek zwrócić uwagę na to, że większość akuszerek na prowincji nie ma należycie wyrobionego pojęcia o aseptyce. Aseptyka powinna przejść „w krew" akuszerki. Akuszerka powinna podczas porodu postępować tak, aby w niczem nie uchybiła aseptyce. W rzeczywistości zaś dzieje się zupełnie inaczej. Akuszerka, zajęta najczęściej w domu gospodarstwem, wprost od skrobania kartofli lub wycierania podłogi idzie do rodzącej. Tam nie obcina porządnie paznokci i nie oczyszcza brudu za paznokciami, myje naprędce ręce i, nie oczyściwszy wogóle części rodnych, bada rodzącą, powtarzając to badanie niepotrzebnie kilkakrotnie bez powtórnego mycia rąk.

Każdy sumienny lekarz, przystępując do badania rodzącej, myje ręce conajmniej przez 5 minut w ciepłej wodzie mydłem i szczotką, przez dalszych zaś 5 minut w wodzie ze środkiem odkażającym. O ile przypadkowo tego samego dnia przeprowadzał sekcję zwłok lub miał do czynienia z jakimś wypadkiem septycznym, poleca wezwać drugiego lekarza, o ile inny lekarz znajduje się w danej miejscowości.

Tembardziej powinniśmy wymagać od akuszerek skrupulatności, doprowadzonej do doskonałości w kierunku aseptyki rąk badających i części rodnych rodzącej.

Tymczasem widzimy dziwną opieszałość ze strony akuszerek Kto np. z kolegów spotkał akuszerkę na prowincji, któraby należycie oczyściła części rodne kobiety? Zwykle akuszerka odrzuca w praktyce ten przepis, o którym się uczyła w szkole, jako niepotrzebny balast, ograniczając się jedynie do pobieżnego obmycia rąk. Nawet wezwana przez lekarza, przybyłego do porodu, aby oczyściła części rodne rodzącej, nie umie tego wogóle należycie uczynić. Myje jedynie uda i włosy, zaniedbując zupełnie wejście do pochwy i samą pochwę, czem chybia zupełnie celu. Dlatego też, wedle mego zdania, nie powinien żaden lekarz na prowincji polegać na akuszerce w tym kierunku i powinien najpierw sam, ułożywszy należycie rodzącą przy pomocy akuszerki i otoczenia, obmyć części rodne rodzącej, poczem dopiero może przystąpić do mycia rąk.

Omawiając sprawę aseptyki przy porodzie, muszę wspomnieć o pościeli, na której rodząca na prowincji zwykle leży. Przeważnie zastaję rodzącą, leżącą na jakiejś brudnej szmacie lub spodnicy. Otoczenie zapytane, dlaczego nie daje czystego prześcieradła do porodu, wyjaśnia, że czyste prześcieradło da się po porodzie (!), gdyż podczas porodu zasmarowałoby się krwią. Kilkakrotnie zdarzyło mi się, że akuszerka sama dała taką radę rodzącej. Dopiero na moje wyjaśnienie, że jest to igranie z życiem ludzkiem, rodzina rodzącej z wielką niechęcią wydobywa czyste prześcieradło. Często też akuszerki lub rodzące same, najczęściej zaś niedyplomowane akuszerki i babki wiejskie, obcierają brudnemi szmatami części rodne rodzącej. Dziwić się należy, że połowa rodzących nie ginie wśród takich warunków!

Na osobną wzmiankę zasługuje zaniedbywanie wykonania zabiegu Credégo u noworodków. Nie spotkałem dotychczas ani jednej akuszerki na prowincji, któraby zabieg ten u noworodka wykonała. Wiele z nich wogóle wykazuje zupełną nieświadomość tego, co to jest zabieg Credégo u noworodka, do jakiego celu służy i dlaczego musi być wykonany w każdym przypadku. Okoliczność ta zasługuje na szczególną uwagę ze względu na rozszerzenie się i wzrost liczby zachorowań na rzeżączkę wśród ludności w ostatnich latach. Choroby weneryczne w ogólności, które przed wojną należały na prowincji do rzadkości, w ostatnich czasach rozszerzyły się również pomiędzy mieszkańcami wsi i miasteczek. Wskutek tego powinniśmy żądać od akuszerek i lekarzy wykonania Credégo u każdego noworodka, będącego w ich opiece. Wyjątki od tej reguły nie powinny istnieć. Nawet w najpewniejszych przypadkach, gdzie lekarz lub akuszerka sami lub pod wpływem otoczenia mają przekonanie, że Credé u danego noworodka jest niepotrzebny — nawet w tych wypadkach nie należy go zaniedbać, gdyż skutki mogą być fatalne. Przypominam sobie przykład, który zawsze przytaczał prof. F u c h s we Wiedniu: rodzi żona lekarza, przywołany do porodu drugi lekarz radzi wykonać zabieg Credégo u noworodka. Lekarz, mąż rodzącej, sprzeciwia się temu, gdyż „za siebie i za żonę swoją ręczy". Zabiegu nie wykonano, zaś dziecko zachorowało wkrótce potem

na ciężkie tryprowe zapalenie spojówek, które skończyło się ślepotą. Przyjmijmy, że jest to rzadki przypadek, jeden na tysiąc lub na dziesięć tysięcy porodów, lecz skąd lekarz lub akuszerka mogą być pewni, że właśnie ten dany przypadek nie jest tym tysięcznym lub dziesięciotysięcznym przypadkiem, mogącym mieć tak fatalne skutki. A zresztą, o ile mi wiadomo, w Małopolsce obowiązuje dotychczas przepis byłego austr. Min. spraw wewn., nakładający na akuszerki obowiązek wykonywania zabiegu Credégo u noworodków; co do innych dzielnic Polski nie jestem poinformowany.

Muszę jeszcze wrócić do zwyczaju akuszerek na prowincji niepotrzebnego częstego badania rodzącej. Jest to szkodliwa nawyczka, spowodowana z jednej strony niecierpliwością akuszerki, która jak najprędzej pragnęłaby skończyć poród, z. drugiej zaś strony niecierpliwością otoczenia, które ciągle dopytuje się, kiedy dziecko się urodzi. czy jeszcze długo potrwa, czy szyjka maciczna już szeroko otwarta itd. Przy tych ponownych badaniach rzadko się zdarza, aby akuszerka obmyła należycie swoje ręce lub części rodne rodzącej. Najczęściej bada bez powtórnego mycia rąk i części rodnych. Badania te są zupełnie niepotrzebne. Zapytana o cel tych badań akuszerka najczęściej nie umie dać należytej odpowiedzi. Jedna z nich odpowiedziała mi, że pomaga rodzącej; na czem ta pomoc polega, nie mogła podać.

Ponadto zauważyłem, że akuszerki na prowincji przeważnie nie umieją należycie chronić międzykrocza. Każda z nich czyniła inaczej, zaś żadna z nich nie robi tego, jak się należy, ani też na czas. Nie orjentują się. kiedy należy rozpocząć ochronę międzykrocza. Zaczynają zwykle zawcześnie, zaś w chwili, gdy międzykrocze bieleje i grozi pęknięciem, przygotowują się do odcięcia pępowiny. Często też, gdy nastąpiło już pęknięcie, nie wołają lekarza, aby zeszył to pęknięcie, tłumacząc położnicy, że pęknięcie jest nieznaczne, a szycie bardzo bolesne, zamiast przekonywać ją o potrzebie tego zabiegu.

W ogóle akuszerki na prowincji chętnie zajmują się samę leczeniem, partacząc na wielką skalę, szczególnie u kobiet. To zaufanie kobiet do akuszerek i zwracanie się do nich o poradę nie tylko w razie porodu, lecz także w razie innych dolegliwości ze strony części rodnych, byłyby nawet pod niektóremi względami pożądane, gdyby akuszerki na prowincji nie wykazywały takiej ignorancji w najważniejszych schorzeniach części rodnych, jaką wykazują. Akuszerki mogłyby np. oddać wielkie usługi przy wczesnem leczeniu raka części rodnych, skierowując takie chore wcześnie do lekarza lub szpitala. Tymczasem widzimy, że same „leczą“ kobiety, które przychodzą do nich po poradę. Leczenie to polega na oszukańczych miesieniach i podwiązywaniach brzucha, na kąpielach, przepłukiwaniach pochwy, stawianiu baniek etc. Dopiero po kilkumiesięcznych zabiegach akuszerek, kobiety te zgłaszają się do lekarza, najczęściej już jako nieuleczalnie chore. Wielekroć te miesienia brzuszne mają fatalne skutki, szczególnie w przypadkach zakażonych lub też w przypadkach chorób wewnętrznych, jak np. zapalenie wyrostka robaczkowego — fałszywie rozpoznanych przez akuszerkę, jako choroba części rodnych. Akuszerki wykazują przytem często zupełny brak wiadomości z dziedziny budowy ciała kobiecego. wmawiając kobietom, cierpiącym na dolegliwości żołądkowe, że „macica im się poruszyła“ że „macica podeszła im do góry“.

Natomiast rzadko spotyka się akuszerkę, któraby pouczyła położnicę o sposobie obchodzenia się z oseskiem i o sposobie karmienia tegoż. Właśnie na tem polu mogłyby akuszerki na prowincji oddać wielkie usługi. W wielkich miastach istnieją lub powstają obecnie różne instytucje, mające na celu ochronę i racjonalną pielęgnację dziecka. Działalność tych instytucyj nie obejmuje zupełnie prowincji. Właśnie przy pomocy akuszerki możnaby dotrzeć do chat wieśniaczych i małych miasteczek i usunąć niemożliwe nieraz sposoby karmienia i obchodzenia się z oseskami.

Nie spotkałem jeszcze akuszerki, któraby poleciła kontrolować wagę noworodka, względnie oseska. któraby pouczyła matkę, jak pielęgnować główkę dziecka itd. Jakaż różnica pod tym względem między naszą akuszerką, a np angielską! W r. 1920 pracowałem wspólnie z misją angielską „Towarzystwo Przyjaciół Society of Friends“ w Nadwórnie. Przypadkowo znalazła się tam akuszerka angielska. Ona to zwróciła mi uwagę na zaniedbanie oseskόw u nas i przedstawiła mi działalność angielskiej akuszerki, zupełnie różnej od naszej. U naszej akuszerki główna część pracy kończy się z porodem, reszta polega na kilkakrotnem skąpaniu noworodka, u angielskiej akuszerki natomiast główna część pracy rozpoczyna się dopiero po porodzie.

Z powyższych wywodów wynika jasno potrzeba reform w tej dziedzinie. Spróbuję tylko pobieżnie skreślić najkonieczniejsze reformy, potrzebne wedle mego zdania. Przedewszystkiem konieczne jest opracowanie przez Min. Zdr. Publ. jednolitej dla wszystkich dzielnic Polski ustawy o akuszerkach w duchu nowoczesnym, po zasięgnięciu rady wybitnych fachowców z dziedziny położnictwa i pedjatrji, Izb i Towarzystw lekarskich. Ustawa ta powinna z jednej strony określić dokładnie obowiązki akuszerki przed, w czasie i po porodzie, których jej zaniedbać nie wolno, i sposób kontrolowania akuszerek przez lekarzy rządowych, z drugiej zaś strony powinna ustawa ta i dodatkowe rozporządzenie wykonawcze wpłynąć na zmniejszenie się liczby babek wiejskich i różnych niedyplomowanych akuszerek, których liczba ogromnie się wzmogła obecnie i które uniemożliwiają akuszerkom wykonywanie ich zawodu, uprawiając partactwo akuszeryjne.

Następnie powinny władze sanitarne, Towarzystwa lekarskie i inne instytucje, zajmujące się opieką nad niemowlętami, zająć się dokształcaniem akuszerek na prowincji i należytem wykształceniem nowych adeptek sztuki akuszeryjnej. Przy pomocy pism agitacyjnych, wykładów dla akuszerek, urządzanych przez lekarzy rządowych i prywatnych, możnaby pouczyć akuszerki na prowincji o potrzebie usunięcia wymienionych powyżej wad i braków, o aseptyce, o sposobach wczesnego rozpoznawania nowotworów złośliwych części rodnych, specjalnie raka i o potrzebie wczesnego odsyłania takich chorych do lekarza lub szpitala, o niebezpieczeństwie stosowania masażu bez polecenia lekarza itd.

Jestem zupełnie świadom tego, że w tym pobieżnie skreślonym artykule nie wyczerpałem całego tematu, który poruszyłem. Pragnę tylko wywołać dyskusję na ten temat, uważając, że rozchodzi się o rzecz wielkiej wagi ze stanowiska sanitarnego i eugenetycznego.

W końcu muszę także podnieść, w związku z omawianą sprawą, potrzebę urządzania przez Wydziały lekarskie praktycznych kursów dokształcających z dziedziny położnictwa dla lekarzy prowincjonalnych, która to potrzeba daje się odczuwać na każdym kroku, gdyż należyte opanowanie nauki o położnictwie ma specjalne znaczenie dla każdego lekarza na prowincji.

(Mają się odbyć w b. r w Krakowie i we Lwowie. Red.).

Wiadomości bieżące.

Z powodu Odezwy Stowarzyszenia Lekarzy polskich otrzymujemy od dra Stanisława Zawadzkiego następujące pismo:

Z pomiędzy wielu spraw nagłych i palących — kierunek i pomoc młodzieży akademickiej powinny być postawione przez nasze społeczeństwo na pierwszem miejscu. Podwaliny, na jakich powstaną te niecierpiące zwłoki instytucje (komitety), muszą być mocne, zdrowe i celowe, mające na widoku cały ogół młodzieży akademickiej, bez żadnego odcienia specjalności. Związki zawodowe, tak zwanych wolnych zawodów, powinny ująć ster w swe ręce w tej akcji, zachęcając inne poważne warstwy naszego społeczeństwa do przyjęcia czynnego udziału.

Viribus Unitis budujmy przyszłość naszego narodu!

Kraków.

Zarząd Bibljoteki krakowskiego Tow. lekars. składa serdeczne podziękowanie p. Drowi Tymoteuszowi Piotrowskiemu z Krakowa za książki darowane Bibljotece.

Ostrzeżenie! Wydział Związku Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie wzywa członków, by bezwarunkowo nie zawierali kontraktów w sprawie udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej funkcjonarjuszom państwowym, a tych Kolegów, co już podobne kontrakty zawarli, do ich rozwiązania. Dr. *Kostecki,* sekretarz. Dr *Cercha,* przewodniczący.

II. Państwowy kurs wychowania fizycznego w Krakowie, jednoroczny, bezpłatny, rozpocznie się 1 października 1922. Ukończenie tego kursu i zdanie egzaminu uprawnia do prowadzenia ćwiczeń cielesnych w państwowych szkołach średnich, powszechnych i seminarjach nauczycielskich. Warunkiem przyjęcia na kurs jest wiek 18—35 lat, zdrowie i sprawność fizyczna, egzamin dojrzałości szkoły średniej lub seminarjum nauczycielskiego. Nauczyciele szkół państwowych, chcący wstąpić na kurs, muszą uzyskać całoroczny urlop od władz szkolnych. Liczba uczestników ograniczona do 60. Podania przyjmuje Dyrekcja kursu wych. fiz. w Krakowie, Grzegorzecka 16.

Lwów.

W sprawie bezpłatnej pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych i ich rodzin. Dnia 1 i 3 maja odbyło się w Izbie lekarskiej posiedzenie wspólne Wydziału Związku Lekarzy Państwa polskiego i Izby z reprezentami Towarzystwa lekarskiego w sprawie urządzenia bezpłatnej pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych i ich rodzin, ustanowionego rozporządzeniem Rady ministrów z dnia 30 stycznia. Po przeprowadzonej dyskusji uchwalono zwrócić się do wszystkich lekarzy z wezwaniem, aby nie zawierali żadnych wiążących umów co do obejmowania posad, aż do czasu załatwienia sprawy przez reprezentacje Towarzystw lekarskich. W tym kierunku równocześnie uchwalono rozpocząć akcję celem przedstawienia Rządowi, iż jedynym racjonalnym sposobem byłoby urządzenie pomocy lekarskiej dla urzędników na zasadzie wolnego wyboru lekarza. Odezwa w tej sprawie okaże się w najbliższym numerze Gaz. lek.

Z Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji. Uprasza się członków o wyrównanie zaległości i to jak najrychlej, w przeciwnym bowiem razie wysyłka pisma zalegającym z wkładkami musiałaby być wstrzymana z powodu bardzo wysokich kosztów prenumeraty. Wkładka na II kwartał wraz z prenumeratą pisma wynosi 2000 Mp.

Dzięki staraniom Rady zawiadowczej Towarzystwa Komisja obywatelska zwolniła Towarzystwo od wyznaczonej daniny w kwocie 601.000 Mp. ze względu na humanitarne cele Towarzystwa.

XVIII Posiedzenie naukowe **Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego** odbędzie się dnia 19 maja br. w Poliklinice.

Wykłady: 1) kol. Krzemicki: Z pogranicza neurologji i okulistyki (z pokazami nowych przyrządów). 2) Kol. Lehm: Twardziel.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Poznań.

Dr. Józef Browiński mianowany został nadzwyczajnym profesorem chemji ogólnej na Wydziale lekarskim Uniwersytetu w Poznaniu.

Państwowy Kurs wychowania fizycznego. Od września 1922 do czerwca 1923 r. odbędzie się w Poznaniu drugi kurs roczny wychowania fizycznego, uprawniający do prowadzenia ćwiczeń cielesnych w szkołach państwowych powszechnych, średnich i seminarjach nauczycielskich. Kandydaci muszą wykazać dostateczną sprawność fizyczną, wiek 18—35 lat, świadectwo dojrzałości szkoły średniej lub seminarjum nauczycielskiego (ew 6 klas szkoły średniej i 2-letnią praktykę nauczycielską). Praca w kursie całodzienna, kandydaci nauczyciele muszą zatem mieć urlop roczny, płatny. Ilość miejsc ograniczona do 30 męskich i tyluż żeńskich. Podania wraz z dokumentami należy wnosić do Dyrekcji Państwowych Kursów wychowania fizycznego, Poznań 3, Ogród botaniczny, Studjum wychowania fizycznego Uniwersytetu poznańskiego.

Warszawa.

Dr. Teodor Heryng, znany laryngolog i autor licznych prac z zakresu tej specjalności, został mianowany profesorem honorowym laryngologji w Uniwersytecie warszawskim.

Prof. Hornowski prosi nas o umieszczenie sprostowania co do umieszczenia jego nazwiska przez Komitet Zjazdu chirurgów, jako koreferenta w temacie o wrzodzie okrągłym żołądka; zawiadamia, że nazwisko jego podano bez jego wiadomości i porozumienia i że wcale nie ma zamiaru być koreferentem wymienionego tematu.

Ogólne zebranie doroczne Akademji nauk lekarskich odbyło się dnia 23 bm. Po przedstawieniu w ogólnych zarysach przez prezesa prof. Bądzyńskiego działalności Akademji w r. ub i złożeniu sprawozdania przez sekretarza generalnego prof. Dzierzgowskiego i redaktora prof. Ciechanowskiego z prac naukowych w wydawnictwie Akademji przystąpiono do wyborów. Na członków czynnych krajowych wybrano prof. dr. Józefa Bielińskiego (Warszawa), prof dr. Witolda Nowickiego (Lwów) i dr. Augusta Kwaśnickiego (Kraków). Na członków korespondentów z Warszawy dr. Chełmońskiego, p. Jotejkównę i prof. Modrakowskiego; ze Lwowa prof. Frankego i dr. Arnolda; z Wilna dr. Zachorskiego; z Poznania prof. Lubienieckiego. Wreszcie postanowiono zebrać materjał naukowy do sprawy odżywiania się różnych warstw ludności w Polsce i w tym celu postanowiono przeprowadzić ankietę, dla której wybrano osobny Komitet.

Szczegółowe sprawozdanie podamy w jednym z następnych numerów.

Ogólne Zebranie roczne Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologicznego odbędzie się w piątek i sobotę dnia 19 i 20 maja rb. w Klinice laryngootjatrycznej w Warszawie, ul. Elektoralna l. 12 (Szpital św. Ducha), na którem dokonane będą wybory Zarządu Komisji rewizyjnej, omówiona będzie sprawa regulaminu wewnętrznego Towarzystwa, specjalnego wydawnictwa i inne sprawy z zakresu organizacji wewnętrznej. Na porządku obrad postawione są dwa referaty:

„Etjologja i patogeneza ostrego zapalenia ucha środkowego" i „Leczenie przewlekłych zwężeń krtani i tchawicy".

Z konieczności zakres tematów musiał być bardziej ograniczony ze względu na krótki termin od chwili zatwierdzenia Statutu. Komitet organizacyjny prosi o wczesne zgłoszenie udziału w Zebraniu i o tytuł odczytu. W początkach maja będzie rozesłany szczegółowy program Zebrania.

W dniu 28 kwietnia na **Walnem dorocznem Zebraniu Stowarzyszenia Lekarzy polskich** wybrani zostali na członków honorowych koledzy: Bylicki Władysław (Lwów), Ciechanowski Stanisław (Kraków), Czarkowski Ludwik (Wilno), Frączak Jan (Buffalo), Gantkowski Paweł (Poznań), Kamocki Walenty (Warszawa), Karwowski Adam (Poznań), Kwaśnicki August (Kraków), Machok Emanuel (Lwów), Nusbaum Henryk (Warszawa), Papée Jan (Lw[illegible]), Przyborowski Adam (Warszawa), Rostek Józef (Bytom), [illegible]rzycki Józef (Kraków), Święcicki Heljodor (Poznań), Węcławski Witold (Wilno), Zahorski Władysław (Wilno), Zynda (Puck).

Do Zarządu Stowarzyszenia w charakterze członków i zastępców zostali powołani koledzy: Betkowski, Górkiewicz, Łapiński Teodor, Łuczycki, Podczaski, Przywieczerski, Rakowski, Szczodrowski i Starkiewicz.

Do Sądu koleżeńskiego kol.: Jaroszyński, Sędziak, Staniszewski, Pacquereț i Woźnicki.

Zmarli.

Dr. Karol Radlmesser, em. pułkownik-lekarz W. P. w Rzeszowie.

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych w Państwie za czas od 26 lutego do 25 marca 1922 r.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Ospa	Dur brzuszny	Dur osutk.	Dur powrotny	Czerwonka	Płonica	Błonica	Zimnica	Gruźlica	Grypa	Pokąsania (i wodowstręt)
Warszawa miasto	ch.	—	17 (8)	118 (23)	22 (0)	5 (0)	44 (7)	12 (2)	2 (0)	89 (178)	2 (10)	—
	ż.	0 (1)	15 (1)	38 (6)	5 (0)	2 (1)	9 (0)	5 (0)	—	22 (35)	1 (2)	—
Białostockie	ch.	10 (0)	105 (0)	770 (33)	775 (45)	24 (5)	89 (10)	15 (2)	15 (1)	10 (18)	78 (2)	—
	ż.	—	3 (0)	50 (1)	27 (0)	—	3 (0)	—	—	2 (2)	8 (0)	—
Kieleckie	ch.	32 (1)	87 (5)	177 (17)	17 (0)	1 (0)	33 (2)	13 (0)	1 (0)	12 (6)	63 (3)	3 (0)
	ż.	—	9 (2)	30 (6)	8 (0)	—	2 (0)	4 (0)	1 (0)	0 (1)	31 (0)	—
Krakowskie	ch.	7 (21)	142 (23)	62 (6)	1 (0)	10 (1)	47 (5)	7 (1)	—	1 (63)	5 (2)	4 (1)
	ż.	—	—	—	—	—	7 (0)	1 (2)	—	0 (5)	—	—
Lubelskie	ch.	2 (0)	137 (10)	1085 (78)	943 (51)	17 (9)	34 (4)	14 (1)	21 (0)	50 (7)	84 (14)	3 (0)
	ż.	2 (0)	—	27 (1)	8 (0)	—	7 (0)	2 (0)	—	4 (0)	2 (2)	—
Lwowskie	ch.	3 (0)	80 (9)	289 (40)	31 (2)	5 (1)	98 (17)	25 (5)	1 (0)	49 (163)	132 (13)	64 (0)
	ż.	—	5 (1)	29 (2)	—	—	12 (1)	3 (0)	—	2 (10)	8 (0)	4 (0)
Łódź miasto	ch.	1 (0)	27 (og. 3)	10 (og. 2)	1 (0)	4 (0)	4 (0)	1 (og. 1)	—	63 (og. 65)	—	—
	ż.	1 (0)	8	16	1 (0)	1 (0)	3 (0)	1	—	12	—	—
Nowogrodzkie	ch.	7 (0)	132 (1)	983 (38)	999 (40)	5 (0)	43 (2)	29 (1)	61 (0)	57 (1)	?	2 (0)
	ż.	1 (0)	12 (0)	74 (4)	72 (4)	—	3 (0)	7 (0)	—	2 (0)	?	—
Poleskie	ch.	—	309 (14)	1511 (54)	2763 (52)	22 (2)	85 (4)	105 (2)	266 (0)	49 (3)	37 (0)	—
	ż.	—	12 (0)	76 (3)	35 (0)	2 (0)	21 (0)	29 (0)	25 (0)	12 (0)	2 (0)	—
Pomorskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Poznańskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż											
Śląsk Cieszyński	ch.	16 (2)	4 (0)	—	—	5 (0)	5 (0)	3 (0)	—	—	—	—
	ż	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stanisławowskie	ch.	111 (57)	65 (16)	250 (38)	14 (3)	3 (1)	245 (51)	13 (0)	—	17 (23)	208 (12)	19 (0)
	ż.	1 (0)	2 (0)	10 (0)	3 (1)	—	12 (2)	—	—	0 (4)	—	—
Tarnopolskie	ch.	5 (4)	31 (1)	176 (34)	2 (0)	—	60 (11)	16 (1)	—	13 (19)	65 (0)	17 (0)
	ż.	—	8 (0)	5 (0)	—	—	1 (0)	1 (0)	—	2 (0)	18 (0)	5 (0)
Warszawskie	ch.	—	92 (8)	144 (8)	2 (0)	7 (0)	49 (8)	24 (3)	5 (0)	20 (34)	13 (0)	3 (0)
	ż.	—	3 (0)	21 (1)	—	—	3 (1)	5 (0)	—	1 (0)	—	—
Wołyńskie	ch.	27 (0)	209 (16)	666 (45)	851 (24)	22 (0)	213 (7)	36 (2)	288 (0)	22 (0)	92 (0)	5 (0)
	ż.	—	33 (0)	76 (3)	45 (0)	—	1 (0)	1 (0)	1 (0)	1 (0)	—	—

Ch = chrześcijanie, ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych. Og. = ogółem chrześcijan i żydów.

Nr. 21. 21 maja 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Roman Wasilewski, asyst. kl. chir. U. W. — Warszawa.

Przypadek wrodzonej torbieli krezkowej-mleczowej.

(*Cystoma entodermale embryonale*).

Z I-ej kliniki chirurgicznej Uniwersytetu warszawskiego przy szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

Dyrektor Prof. Dr. Leśniowski.

Guzy torbielowate krezki należą do cierpień stosunkowo rzadkich, pochodzenie ich niezawsze jest jasne i często nie daje się ustalić nawet zapomocą dokładnego badania zawartości i budowy anatomicznej ściany guza. Poglądy różnych autorów na powstawanie torbieli krezkowych były często sprzeczne i dowolne i dopiero w pracy L. Warchoła twory te doczekały się uzasadnionego ugrupowania, na którego podstawie można wyciągnąć pewne wnioski co do ich tła etiologicznego.

Bauer w etiologji torbieli pozaotrzewnowych odróżnia powstanie tychże z przewodu pępkowo-jelitowego (*ductus omphalo-mesentericus*) i z uchyłka Meckelego od powstania wskutek odszczepienia cząstek zaląźka, lub mających związek z ciałami Wolffa i Müllera; następnie wymienia skórzaste, bąblowce i torbiele, zawierające chłonkę lub mlecz.

Berkeley, Dowda, Hahn i inni autorowie podawali podział torbieli sieciowych i krezkowych, oparty wyłącznie na zawartości, i rozróżniali: 1) torbiele surowicze, 2) mleczowe, 3) krwawe, 4) skórzakowe i 5) bąblowce.

Warchoł słusznie uważa taki podział za nieodpowiedni, wskazując, iż zawartość nie tłómaczy sprawy najważniejszej, t. j. pochodzenia torbieli, a charakter płynu w torbieli nie zawsze jest typowy: tak n. p. płyn surowiczy w razie domieszki śluzu staje się nieprzejrzystym, ciągnącym się, w razie zaś krwawienia po urazie lub nakłuciu krwawym. Warchoł podaje swój podział, oparty na pochodzeniu i stosunkach anatomopatologicznych torbieli — a na podstawie znajomości pochodzenia torbieli łatwo daje się wyjaśnić także rodzaj zawartego w niej płynu. Wszystkie guzy torbielowate krezki i sieci autor ten dzieli na trzy główne kategorje: Do pierwszej należą tak zw. nowotwory torbielowate wrzekome — są to torbiele jednokomorowe, powstałe przeważnie w życiu pozapłodowem wskutek już to otorbienia wylewów zapalnych i urazowych, już to zastoinowe torbiele chłonne i mleczowe, już to obrzmienia wysiękowe gruczołów chłonnych krezkowych. Do tej kategorji należą torbiele: 1) surowicze zapalne i urazowe, 2) krwawe, 3) zastoinowe chłonne i mleczowe, 4) wrzekome torbiele trzustkowe, wychodzące z ogona trzustki, i 5) torbiele powstałe na tle zwyrodnienia gruczołów chłonnych.

Do drugiej kategorji należą tak zw. wrodzone torbiele, wysłane wewnątrz nabłonkiem, powstałe na tle zaburzeń w rozwoju płodowym różnych narządów jamy brzusznej; do tej grupy należą: 1) torbiele jelitowe (*enterocystoma*), 2) skórzaki (*cystis dermoidalis*), 3) naczyniaki chłonne (*lymphangioma*), 4) naczyniaki mleczowe (*chylangiona*).

Do trzeciej kategorji guzów torbielowatych sieci i krezki należy bąblowiec wieńcogłówki (*echinococcus*).

Torbiele mleczowe prawie za wyłączną siedzibę swą mają dziedzinę systemu naczyń mleczowych — a więc pomiędzy listkami krezki. Ponieważ guzy tego rodzaju spotykamy stosunkowo rzadko — przeto podaję własny przypadek i jego następującą historję choroby.

Chora J. B. 16 lat, córka rolnika; przybyła do kliniki 13. IX. 1920 r. — opowiada, że mniej więcej od roku zauważyła, że brzuch jej powiększa się coraz bardziej i to zmusiło ją przyjechać do Warszawy i szukać pomocy lekarskiej. Powiększanie się objętości brzucha odbywało się skrycie, bez bólów; nudności, wymiotów, rozwolnień nie miewała. Dotychczas nie miesiączkowała ani razu. Matka żyje zdrowa, ojciec zmarł na zapalenie płuc; ma dwóch braci zdrowych. Sama zawsze — o ile pamięta — była zdrową; miewała tylko w okolicy czołowej częste bóle głowy. Stan obecny: wzrost nieduży, budowa prawidłowa, kościec wiotki, skóra cienka, blada. Chora przytomna, roztropna, chodzi o własnej sile. Źrenice średnio rozszerzone, jednakowe, odczyn źrenic prawidłowy. W nosie, w gardzieli, w ustach — nic nieprawidłowego. Szyja prawidłowa. Klatka piersiowa długa, płaska, porusza się prawidłowo. Dolne granice płuc uniesione o jedno żebro, w wierzchołku lewym stłumienie i tu szmer oddechowy zaostrzony; nie kaszle. T. — 84, miarowe, dość licho napięte i wypełnione. Ciepłota 37,4. Granice serca prawidłowe, tony wyraźne, czyste. Kończyny w porządku, odruchy dobrze zachowane. Brzuch guzowato wypełniony; w położeniu na plecach — na wysokości pępka — obwód brzucha wynosi 84 cm., odległość od wyrostka mieczykowatego do spojenia 40 cm., do pępka 21 cm. Opukiwanie wykazuje w całym brzuchu stłumienie — tylko w nadbrzuszu odgłos bębnisty. Przy zmianie położenia chorej odgłos bębnisty zjawia się i po bokach. W brzuchu wyczuwa się wyraźne chełbotanie. Mięśnie brzucha nieco napięte; obmacywanie brzucha bólu nie powoduje. Obmacywalne gruczoły chłonne nie są powiększone.

Rozpoznania dokładnego, z czem mamy do czynienia — z torbielą, czy wolnym płynem w jamie brzusznej, nie można z zupełną pewnością przeprowadzić 20. XI. w uśpieniu chloroformowem operacja: cięcie brzucha pośrodkowe od pępka do spojenia łonowego. Po nacięciu otrzewnej znaleziono, że jama otrzewnej wolnego płynu w sobie nie mieści, natomiast znajduje się w niej guz. Bliższe rozejrzenie się w nim wykazało, że jest to jakiś guz, położony pozaotrzewnowo o szerokiej podstawie, leżącej wzdłuż kręgosłupa i to w ten sposób, że zaczynała się podstawa guza wysoko poza początkowym odcinkiem jelita czczego, u dołu dochodziła do wzgórka. Guz ma postać długiego worka jajowatego, wielkości dużego melona; ściana guza zupełnie gładka; w niej naogół liczne naczynia dużego kalibru, największe jednak mieściły się u podstawy guza; tam żyły dochodziły grubości wskaziciela. Ściana guza prześwieca, tak iż widać tam jakąś płynną zawartość. Guz ten jest pokryty lewym listkiem krezki, której listki są mocno rozsunięte — trzewa zaś są odepchnięte na prawo i ku górze. Przystąpiono do wyłuszczania guza, nacięto zatem otrzewnę, chcąc wyłuszczyć guz podotrzewnowo. Lecz wtedy ściana guza pękła i z guza wypłynęła ogromna ilość — ze dwa litry cieczy barwy szarożółtawej, średniogęstej, bezwonnej. Po opróżnieniu się guza — otwór zaciśnięto, guz możliwie wyłoniono na zewnątrz; wtedy zeszyto najpierw otrzewnę poniżej i powyżej guza, a następnie zszyto pozostały otwór w ścianie brzucha i otwór torby; następnie zszyto powyżej i poniżej guza powięź, wreszcie zszyto skórę; zewnętrzną część guza odcięto i przyszyto brzegi otworu do skóry. Do worka wprowadzono gazę. Opatrunek. Ściana wyciętej torby na obu swoich powierzchniach gładka; na wewnętrznej powierzchni tu i ówdzie widać jakieś białe plamy — jakby zorganizowane stare złogi włóknika. Grubość ściany = ± 1 mm.

Stan pooperacyjny chorej początkowo przebiegał bez powikłań, samopoczucie dobre, ciepłota nie przekraczała 37,4, wiatry przy umiarkowanie wzdętym brzuchu odeszły trzeciego dnia. Na 6-ty dzień usunięto gazę z rany; przy zmianie opatrunku wydzieliło się nieco cieczy surowiczo-krwawej; 10-go dnia zdjęto klamerki — rana zagoiła się doszczętnie. W dwa tygodnie po operacji chora zaczęła uczuwać bóle w brzuchu, ciepłota stopniowo zaczęła się podnosić i dnia 19. XII. dosięgała 40 stopni. Przy badaniu stwierdzono guz — wielkości pięści, chełboczący, ruchomy, przylegający do poprzednio zarośniętej przetoki — wobec czego łatwo było wnioskować, że mamy do czynienia z zastoiną — która zebrała się w pozostawionej części torbieli. Nadcięto bliznę — względnie ścianę torbieli i wypuszczono około pół szklanki cieczy ropiastej, do rany wprowadzono dren gumowy. Dalszy długotrwały przebieg — bez powikłań; opatrunki zmieniano co drugi dzień, co pewien czas wlewano nalewki jodowej do przetoki — z której sączył się płyn mleczowy. Dnia 13-go marca wypisała się — zraną zagojoną niezupełnie, lecz bez przetoki.

Badanie płynu torbielowego, wykonane przez Dra Mutermilcha, wykazało, iż jest to płyn mleczowy, mianowicie płyn barwy mlecznej, odczynu dość wyraźnie alkalicznego; ciężar gatunkowy 1011; białka 1,2%. Płyn po wstrząśnięciu z eterem wyjaśnia się. Przy badaniu drobnowidowem znajdujemy: 1. mnóstwo drobniutkich pyłków i ziarenek tłuszczu, 2. pojedyńcze czerwone krążki, 3. pojedyńcze limfocyty.

Badanie anatomopatologiczne ściany torbieli, dokonane w Instytucie anatomji patologicznej Uniw. warszawskiego, wykazało co następuje: ściana torbieli składa się wyraźnie z trzech warstw (rys. 1.), 1. zewnętrzna surowicza — to jest pokrycie otrzewnowe; 2) środkowa, składająca się: a) z tkanki łącznej ze zmianami szklistemi i b) z mięśni gładkich; 3. warstwa nabłonka wielowarstwowego — w nim: (rys. 2.) a) przeważają komórki nieduże, źle rozwojowo wykształcone, ciemno barwiące

się, z małą ilością protoplazmy, b) komórki duże, jasne, z ciemno barwiącem się jądrem pośrodku z protoplazmą siatkowatą i c) przejściowe między a i b — pozatem dużo protoplazmy ciemnej, jednakowo barwiącej się. Układ komórek wzajemny — idą pasmami, żadnej prawidłowości i wzajemnego stosunku nie udaje się ustalić. Miejscami warstwa komórek jest rozdzieloną przez pasma tkanki łącznej, idącej równolegle do powierzchni, na dwie warstwy. W środkowej warstwie (2), liczne włókna sprężyste, naczynia o grubej ściance, nacieki z limfocytów naokoło naczyń. Niezależnie od błony środkowej (a) — pod nabłonkiem pasemka mięśni gładkich, wyglądające, jak mięśniówka śluzówki.



Rys. 1


Rys. 2.

Na tej sasadzie musimy całość uważać za ścianę, składającą się z warstw, właściwych dla układu pokarmowego, z tem, że — po pierwsze — warstwa nabłonków nie przypomina nam typu żadnego spotykanego w normie; po drugie — że w warstwie środkowej mamy niedorozwój lub zanik mięśni gładkich.

Wygląd pseudośluzówki najbardziej przypomina obraz przy *gastritis hyperplastica glandularis* (przerost śluzówki).

Przypadek nasz pod względem patogenetycznym zaliczamy do grupy nowotworów torbielowatych wrodzonych, powstałych na tle zaburzeń w rozwoju płodu, mianowicie z odszczepienia uchyłka żołądka, albo też grupy komórek z pierwotnego traktu pokarmowego w stadjum początkowego rozwoju embryonu; można nazwać nowotwór ten — *cystoma entodermale embryonale*. Zawartość torbieli da się wytłómaczyć możliwością istnienia połączenia z *ductus thoracicus*, lub też innego połączenia z nieprawidłowo założonemi płodowemi odcinkami naczyń mleczowych.

Przeglądając w dostępnem mi piśmiennictwie przypadki, ogłoszone jako torbiele krezkowe, zawierające płyn mleczowy — nie spotkałem podobnego do podanego — ani co do budowy anatomopatologicznej ściany, ani co do miejsca usadowienia się torbieli.

Schramm opisał i wyjaśnił pochodzenie naczyniaka mleczowego krezki. W przypadku jego, dotyczącym 7-mio letniego chłopca, w krezce cienkiego jelita siedział olbrzymi guz torbielowaty, zrośnięty na przestrzeni około 30 cm z pętlą jelita cienkiego, mocno spłaszczoną i rozciągniętą. Ponieważ wyłuszczenie technicznie było niewykonalne, więc wycięto część ściany torbieli po uprzedniem wypuszczeniu zawartości, a resztę ściany wszyto do ściany brzusznej. Białawy płyn w torbieli zawierał dużo tłuszczu, a ściana złożona z tkanki łącznej, wśród której znajdywały się włókna mięśni gładkich; wnętrze torbieli wysłane jednowarstwowym nabłonkiem.

Spaeth opisał torbiel wielkości dwu pięści, wyjętą z trzonu krezki jelita cienkiego u 39-let. kobiety; torbiel wypełniona była płynem mleczowym; ściana zawierała włókna mięśni gładkich, wyściółka z jednowarstwowego śródbłonka.

Przypadek Anufriew'a dotyczy 26 let. kobiety; z powodu trudności wyjęcia dużego guza krezki A. poprzestał na wyciągnięciu z niego 400 cm^3 płynu mleczowego i częściowem wycięciu worka, uprzednio podwiązanego w miejscu jak najniższem.

Deaver opisał wrodzoną torbiel w krezce jelita biodrowego; autor wyciął pętlę wraz z krezką, zawierającą torbiel mleczową.

Podobnąż torbiel mleczową wielokomorową, wysłaną wewnątrz jednowarstwowym nabłonkiem, która siedziała w krezce jelita cienkiego i wywoływała częściową niedrożność jelita — opisał Belfrage.

Znacznie więcej jest opisanych torbieli mleczowych zastoinowych — tych jednak, jako nie dotyczących naszego przypadku, podawać tu nie będziemy.

Torbiele krezkowe — pozaotrzewnowe — występują w każdym wieku, najczęściej jednak w 30 roku życia, początek ich sięga nieraz nawet życia płodowego.

Rozpoznanie dokładne — szczególnie we wczesnym okresie — wobec braku wyraźniejszych objawów jest niemożliwe. Z dużem prawdopodobieństwem można rozpoznawać torbiel pozaotrzewnową dopiero wówczas. gdy daje się wyczuć, jako okrągły guz sprężysty, o powierzchni gładkiej niekiedy chełboczący, przesuwalny z boku na bok, a zwłaszcza ku górze. Torbiele pozaotrzewnowe rosną powoli i mogą dochodzić do znacznych rozmiarów i przez ucisk wywoływać zaburzenia w drożności kiszek. Berkeley podaje, jako objaw rozpoznawczy torbieli krezkowych w odróżnieniu od wysięków zapalnych, ropni jamy brzusznej i t. p., brak wypuklenia pępka; od torbieli zaś przydatkowych jajnikowych wielką przesuwalność i opadanie ku górze przy ułożeniu Trendelenburga. I te objawy jednak zawodzą, zwłaszcza w razie obecności zrostów z otrzewną ścienną. Nic też dziwnego, że operowano przypadki nawet dużych torbieli krezkowych, jako torbiele jajnikowe, jako gruźlicze zapalenie otrzewnej (Schramm, Marsch, Haeczel), jako niedrożność jelit (Gabszewicz) lub jako zapalenie wyrostka robaczkowego (Willams).

Rokowanie w przypadkach torbieli pozaotrzewnowych naogół jest dobre, może jednak stać się niepomyślnem w razie obumarcia jelita wskutek skręcenia się torbieli wraz z niem do około swej osi. Wielkie torbiele mogą naciskać na splot trzewny (*plaxus solaris*) i wywoływać bóle, lub przez zrosty i ucisk na jelita, objawy niedrożności. Zaburzenia te są więc wskazaniami do wczesnego zabiegu leczniczego. Co się tyczy sposobów postępowania w leczeniu torbieli pozaotrzewnowych — to najpewniejszem jest doszczętne usunięcie guza uszypułowanego, lub też wyłuszczenie, o ile chodzi o nieduże, niezrośnięte torbiele, siedzące między listkami krezki — przyczem nie należy obrażać łuku naczyniowego, splotu trzewowego i ściany guza; po wyjęciu torbieli ranę w krezce zaszywa się doszczętnie (Spaett).

Jeżeli jednak — jak w naszym przypadku, oddzielenie guza okazuje się niemożliwem — to najpomyślniejszym sposobem postępowania jest następujący: o ile możności na przestrzeni jak najwięcej oddzielić wolną część guza, wypuścić zawartość, podciągnąć na zewnątrz zapadający się worek, odciąć go jak najniżej i resztę worka wszyć do brzegu rany brzusznej. Tak postąpiliśmy w naszym przypadku i również tym sposobem otrzymywali szybkie i bez szkodliwych następstw wyleczenie torbieli Schramm, Petriwalski i Kostliwy.

Dla unaocznienia wielkości niebezpieczeństwa w poszczególnych sposobach operowania powtarzamy podane w 1913 r. przez Chołmskiego liczby śmiertelności na podstawie 81 w różny sposób operowanych przypadków; najmniejszy % śmiertelności, bo tylko 10,7% okazał się

przy nacięciu i wszyciu torbieli do jamy brzusznej, 18% przy enukleacji i wyjęciu torbieli niezrośniętych, a 33% śmiertelności przy wyłuszczeniu torbieli zrośniętych, względnie przy wycięciu kawałka jelita z krezką, zawierającą torbiele.

Piśmiennictwo:

1) Schramm: Przegl. lek. 1901, 1900, 1907. 2) Zembrzuski: Gaz. lek. 1909. 3) Gabszewicz: Gaz. lek. 1897. 4) L. Warchoł: Lwow. Tyg. lek. Nr 7. 1920. 5) E Kaufman: Lehrb. d. speziel Pathol. anat. 1907 str. 535. 6) Traver: ref. Zbltt. f. Chir. 1905 N. 19. 7) Axtell: Annols of surg. 1911. 8) Dowd; Zbltt. f. Chir. 1912 N. 8. 9) Marsch u. Mousarrat: Brit. med. journ. 1901. 10) Anufrijew: Chirurgia 1898. 11) Aschoff: Spez. path. Anat. 1919 r. 12) A. Bauer: Bruns Beitrage v. klin. Chir. 13) Bolognesi: Zbltt. f. Chir. 1912. 14) Spaeth: M. med. W. 1898. 15) Haeckel Verhandl. d. deutsch. Gesel. f. Chor. Kongress XXVII. 16) Petrivalsky: Casopis lekařu ceskych 1905. 17) Kostlivy: Zeistchr. f. Chor. Tom XCI. 18) Makins: Retroperitoneal and mesent. cyst. of a simte natur. Annals of surg. 1911. 19) Roegner: Virch. Arch. Tom CLXXXI. 20) Heinzelmann: D. med. W. 1906. 21) Outerbridge: Annals ot surg. 1914 Nr. 6. 22) Deoner: Tamże 1909. 23) Belfrage: Hygiea 1910. 24) Weber: Deutch. Zeitschr. f. Chir. 1910. 25) Bogojowlensky: Zbllt. f. Chir. 1910 27) Walther: Bull et mém. de la soc. Chir. de Paris. Tom XXXVII 1911. 28) Michel: Arch. prov. de Chir. 1913. 29) Cholmski: Chir. Archiv Weljaninowa 1913. 30) Prichard: Bristol med. chir. journ 1903. 31) Hartwig: Zbltt. f. Gynaekol. 1909.

Dr. Józef Szymanowicz. Kraków.

Przyczynek do histologji i anatomji ciąży w szczątkowym rogu macicy.

Z kliniki ginekolog.-położniczej Uniw. Jag.
(Dyrektor Prof. A. Rosner).

Werth, pisząc swoje duże i wyczerpujące studjum na temat ciąży w szczątkowym rogu macicy, zachęcał do dalszych publikacyj i dokładnego opracowania anatomicznego i klinicznego nowych napotkanych przypadków. I chociaż do dzisiejszych czasów ogłoszono już przeszło sto publikacyj o tem niefortunnem sadowieniu się ciąży, to jednak istnieje tak olbrzymia różnorodność tej anomalji ciążowej, że nie od rzeczy będzie, idąc za zachętą Wertha, dodać do piśmiennictwa w tym przedmiocie ogłoszonego i moje spostrzeżenie, które może rzucić pewne światło na tę chorobową postać ciąży i przyczynić się, choć w pewnym kierunku, do wyświetlenia niejasnych jeszcze z tą sprawą związanych zagadnień.

Bo mimo, że, jak wspomniałem, piśmiennictwo odnoszące się do tego przedmiotu, jest dość obfite, to jednak przeważna liczba tych przypadków była opracowaną dokładniej z punktu widzenia klinicznego i rozwojowego, a mniejszą wagę kładziono na stronę histologiczną. Jeżeli zaś znajdują się opracowania histologiczne, to zajmują się przedewszystkiem mięśniem i szypułą, łączącą oba rogi macicy, a pomijają inne zagadnienia z tą sprawą związane.

Zanim przedstawię pokrótce kliniczny obraz i wynik badania mikroskopowego w mojem spostrzeżeniu, zajmę się etjologją, przebiegiem klinicznym w ogólności i możliwością zejścia takich przypadków. Uwzględnić pragnę także stan zapatrywań na histologiczną stronę ciąży w szczątkowym rogu macicy.

Nieprawidłową tę ciążę zaliczono do ciąży zewnątrzmacicznej (*graviditas ectopica*) z powodu stosunków anatomicznych, wśród jakich powstaje i rozwija się. Jest ona następstwem nieprawidłowego ukształtowania się macicy w życiu zarodkowem, gdzie tylko po jednej stronie doszło do zupełnego rozwoju macicy, po drugiej zaś stronie jej róg pozostaje mniej lub więcej niedokształcony. Stopień tego niedokształtu uwidocznia się między innemi w silniejszem lub słabszem połączeniu prawidłowego rogu ze szczątkowym.

Do ciąży w takich razach przyjść może tylko wtedy, jeżeli, czyto połączenie jamy rogu niedokształconego z dolną częścią kanału rodnego jest otwarte, czyto jeżeli niema tego połączenia, ale jajowód strony nieprawidłowej przepuści zapłodnione już jaje, w którym to przypadku plemniki przejść tylko mogły przez macicę i jajowód strony prawidłowej. Nigdy zaś zapłodnienie nastąpić nie może, gdy przy zamkniętem, dolnem połączeniu, miesiączkowanie odbywa się w rogu szczątkowym, ponieważ krew w nim pozostająca wytwarza krwiak i przeszkadza zagnieżdżeniu się jaja.

Nie zdaje mi się prawdopodobnem zapatrywanie Leopolda, jakoby wytwór miesiączkowania (śluz, krew) w trzonie macicy mógł być wessany, lub Engströma, który przypuszcza możliwość powrotnego dostania się krwi z jamy macicy, przez jajowód do jamy otrzewnej. Pewniejszem jest natomiast przypuszczenie, że niedokształcona błona śluzowa wogóle nie miesiączkuje, jakkolwiek to ostatnie przypuszczenie zostało podane w wątpliwość przez badania Schäffera.

Jeżeli niema połączenia rogu niedokształconego z rogiem prawidłowym, względnie dolnemi częściami narządu rodnego, wtedy, o ile jaje zapłodnione pochodzi z jajnika strony zdrowej, przewędrować musi na stronę rogu szczątkowego i przez jego jajowód dostać się do wnętrza. Jest to tak zwane zewnętrze przewędrowanie jaja.

Jakkolwiek spostrzeżenia ciąży w niedostatecznie rozwiniętym rogu macicy dwurożnej, jednoszyjnej sięgają już około 300 lat — bo przecież już Mauriceau opisuje i przedstawia preparat ciąży w szczątkowym rogu macicy, nie zdając sobie sprawy, że to jest taka ciąża i uważając ją za ciążę jajowodową — to jednak pierwsze pewne rozpoznanie tego cierpienia kazało czekać na siebie aż do połowy XIX w. Pierwszą bowiem wzmiankę o rozpoznanem cierpieniu pozostawił Rokitansky z roku 1842, a dokładny anatomiczny opis zawdzięczamy dopiero Kussmaulowi. Ciążę w szczątkowym rogu spostrzegano w różnych okresach jej rozwoju i stąd różnorodność preparatów anatomicznych. Co do histologicznej budowy, to najlepiej i najszerzej opracowano błonę mięsną, choć sprawa jej budowy nie jest dostatecznie rozstrzygniętą.

Jedni autorowie, z Werthem na czele, znajdowali w ścianie rogu w odcinku podstawnym silniej rozwiniętą i znacznie zgrubiałą warstwę mięśną, ku górze zaś i ku szczytowi niepomiernie cieńszą. W mięśniu tym, a zwłaszcza w dolnej części, wykazywano wyraźne trzy warstwy, a mianowicie zewnętrzną i wewnętrzną z przebiegiem włókien równoległym, podobnie jak w prawidłowej ścianie macicy, i średnią z przeplatanemi wiązkami włókien i silnie rozgałęzionemi naczyniami. W cieńszych odcinkach warstwa średnia nie daje się wyróżnić, zewnętrzna zaś i wewnętrzna, w miarę większego lub mniejszego rozciągnięcia, są więcej lub mniej zanikłe.

Engström, Werth, Beckmann wykazali znaczny przerost tkanki łącznej międzymięśniowej na niekorzyść komórek mięsnych, zwłaszcza w pobliżu miejsc pęknięcia, Środkowa warstwa, jeżeli da się wyróżnić, ma zawierać szczególnie dużą ilość tkanki łącznej.

Kehrer i inni nie spostrzegali tego podziału na trzy warstwy, a mniej jeszcze przerostu tkanki łącznej; opisywano natomiast wybitny naciek drobnokomórkowy w pobliżu brzegu pęknięcia. W górnym biegunie pęknięcia wykazał Kehrer martwicę, a dalej nieco wybroczyny między wiązkami mięśni. Sądzę, że przyczyną tych różnic jest wybór materjału i, że dadzą one się pogodzić, jeżeli obrazy opisane przez Engströma i Wertha przyjmiemy jako okresy późniejsze tej samej sprawy, opisanej w okresach wcześniejszych przez Kehrera.

Zupełnie rozbieżne są wyniki badań co do zachowania się wewnętrznej wyściółki w ciężarnym rogu macicy: i tak w wielu przypadkach znajdowano błonę śluzową zanikłą, zawierającą mało gruczołów, lub zupełnie bez gruczołów niezdolną do wytworzenia doczesnej. Badania Mayerhoffa, Schmidta, Wiliamsohna, a zwłaszcza dokładne Köllikera w przypadku Scansoniego przy dostatecznie rozwiniętej błonie mięsnej nie wykryły gruczołów w błonie śluzowej, doczesna w tym przypadku nie rozwinęła się zupełnie, Landau, Engström i Porter stwier-

dzili znowu dobrze rozwiniętą doczesną, lecz bez podziału na prawdziwą i zagiętą.

Badania histologiczne szypuły, łączącej oba rogi macicy, wykazywały we wszystkich badaniach — około 100 przypadkach — zawartość włókien mięsnych; światło przewodu w szypule stwierdzono tylko 19 razy, a w kilku preparatach kanalizacja była niezupełną, Kussmaul starał się udowodnić, że kanał w szypule zrazu istnieje, a dopiero później wskutek spraw zapalnych, jako też przechodzenia nań doczesnej, zamyka się. Trudno zgodzić się z tem przypuszczeniem, tem bardziej, że względnie rzadko spostrzegano tworzenie się doczesnej w rogu szczątkowym, a tylko raz opisano jej obecność w kanaliku szypuły.

Los ciąży w szczątkowym rogu może być rozmaity, zależny częściowo od rodzaju wady: wcześniejsze lub późniejsze przerwanie ciąży przez śmierć płodu i zatrzymanie go, donoszenie aż do prawidłowego końca, a wreszcie, najczęściej spostrzegane, pęknięcie rogu z następową śmiercią płodu.

Na 100 przypadków, zestawionych przez Wertha, w 45 nastąpiło pęknięcie i to w różnych miesiącach rozwoju; najwięcej przypadło na czwarty miesiąc. Pęknięcie odbywa się w tym rodzaju ciąży nieco inaczej, niż przy ciąży jajowodowej, gdzie nastaje zniszczenie podłoża przez łożysko i następowe pęknięcie. Jednak i taki sposób pęknięcia zdarza się, chociaż mechaniczny, daleko częściej jest przyczyną pęknięcia. Powstaje on w ten sposób, że rosnące jaje rozpycha otoczenie, ściany niezmiernie cienczeją, a nieznaczny tylko uraz wywołuje rozdarcie.

Kombinacją tych dwóch sposobów zakończył się najprawdopodobniej przypadek, który niżej opiszę. Że bezpośrednią przyczyną pęknięcia był uraz, to podawała chora i jej otoczenie, a że ściana macicy w miejscu pęknięcia była cienką, jak papier, przez zniszczenie jej kosmkami łożyska, i łatwiej uległą mechanicznemu rozsadzeuiu, to można łatwo spostrzedz na preparacie. Szeroko ziejące brzegi otworu dowodzą, że pęknięcie musiało być gwałtowne, a wskazują na to i części łożyska, które zostały do jamy brzusznej wyrzucone i pływały wolno we krwi.

Pęknięcie ciężarnego rogu szczątkowego kończy się zwykle śmiertelnie z powodu upływu krwi, zwłaszcza, jeżeli nastąpiło ono w miejscu siedziby łożyska i jeśli mięsień po pęknięciu wskutek zatrzymania płodu nie mógł się skurczyć. Jako przykład szczęśliwego zejścia po pęknięciu podać mogę przypadek operowany przez prof. Rosnera w klinice krakowskiej, gdzie mimo szerokiego rozdarcia mięśnia rogu szczątkowego, nie znaleziono w jamie brzusznej prawie ani śladu krwi, gdyż mięsień był dostatecznie skurczony po wypadnięciu płodu przez szeroką dartą ranę.

Wspomniałem już wyżej, jak często ciąża w rogu szczątkowym kończy się pęknięciem; chciałbym jeszcze dodać, że przyczynia się do tego i nie równomierne rozwijanie się ścian rogu szczątkowego w ciąży. Znacznicjsze rozciąganie się wewnętrznej ściany sprawia, że tutaj właśnie w górnym wewnętrzym odcinku, jako miejscu największego rozciągnięcia, następuje pęknięcie.

Historja przypadku, z którego preparat posłużył nam jako materjał do badania histologicznego, przedstawia się następująco:

Dnia 18. I. 1920 przywieziono do kliniki gin. położ. U. J. 21 kobietę, żonę wieśniaka z okolic Krakowa.

Wywiady bardzo małe i niedokładne, bo chora prawie nieprzytomna, a otoczenie nie wiele umie podać. W każdym razie dowiedziano się, że chora jest w czwartym miesiącu w ciąży; miesiączkowała zawsze regularnie od 17 roku, wśród znacznych bólów, ostatni raz przed 3 miesiącami. Poprzednio była zawsze zdrowa, a zaniemogła nagle, po uderzeniu się w dolną część brzucha o ostry kant ławki w dniu przybycia na klinikę. Gwałtowny ból dołem brzucha i objawy ostrej niedokrwistości zmusiły chorą do szukania pomocy na klinice.

Stan obecny: Powłoki skórne i dostępne błony śluzowe blada, prawie białe, tętno nitkowate, niedające się zliczyć. Obmacywanie i opukiwanie wykazują dużą ilość wolnego płynu najprawdopodobniej krwi — w jamie otrzewnej. Badanie ginekologiczne potwierdza obecność wolnej cieczy w jamie otrzewnej; macica nieznacznie powiększona, ku stronie lewej przechylona, a obok niej po stronie prawej znajduje się guz, wielkości dwu pięści, z macicą zrosły, nieruchomy, elastyczny.

Rozpoznanie kliniczne brzmiało: Graviditas tubaria dextra rupta, inundatio sanguinolenta peritonei, anaemia acuta. Natychmiastowa operacja w lekkiem uśpieniu eterowem. Stwierdzono ciążę w prawym szczątkowym rogu macicy, z pęknięciem na szczycie, około 10 cm długiem; w jamie otrzewnej znaleziono olbrzymią ilość krwi.

Po delikatnem oddzieleniu nielicznych zlepów i częściowem usunięciu kwi, spostrzeżono na przedniej i wewnętrznej stronie guza pęknięcie, na którego brzegach poruszają się wolno kosmki łożyska, częściowo porwane i pływające we krwi jamy brzusznej. Błony płodowe całe, z poza nich przeświecają części płodu. Teraz dopiero daje się stwierdzić stosunek szczątkowego rogu do macicy i przydatków. Pokazało się, że podstawa guza, zawierającego płód, przyczepia się do prawej dolnej części macicy, mniej więcej w okolicy przejścia szyjki w trzon, zapomocą 3 cm szerokiej, a 2 cm długiej mięsistej szypuły. Macica znacznie powiększona, soczysta, lewe przydatki prawidłowe; w jajniku lewym obecnie prawidłowe ciałko żółte, wielkości orzeszka laskowego. Szczypcami (Klemme) ujęto prawy wiąz szeroki z więzadłem lejkowo-miedniczem (infundibulo-pelvicum) i mięsisty postronek, łączący oba rogi macicy, poczem odcięto szczątkowy róg z przydatkami. Naczynia podwiązano każde z osobna, kikuty obszyto; jamę brzuszną zamknięto w typowy sposób.

Tętno w czasie operacji niewyczuwalne, po wlewaniach dożylnych fizjologicznego roztworu soli i środków sercowych, zjawiło się na tętnicy sprychowej i przez pewien czas się utrzymywało. Duża jednak utrata krwi nie dała się zastąpić i chora w godzinę po zabiegu zmarła.

Badanie preparatu **gołem okiem**: Guz około dwóch pięści męskich, elastyczny, mięsisty, pokryty lśniącą, gładką otrzewną, z poza której prześwieca gęsto rozwinięta sieć naczyń żylnych. Wysokość guza 12 cm, szerokość 10·5 cm. Od dołu i wewnętrznej strony widać powierzchnię przeciętej szypuły ($1\frac{1}{2} \times 2\frac{1}{2}$ cm) mięsnej, bogato unaczynionej. Kanału otwartego ani gołem okiem, ani zgłębnikiem nie udaje się stwierdzić. Od przodu, dołu i zewnątrz ku tyłowi, górze i wewnątrz przebiega 14 cm długa rana pęknięcia, o brzegach nierównych, strzępiastych, zajmująca całą grubość ściany mięśniowej, drążąca do błon. Z rany wypada gąbczasta, ciemno-czerwona, poszarpana tkanka łożyskowa. Po przez nienaruszone błony płodowe, przeświecają nóżki dobrze rozwiniętego 4 miesięcznego płodu.

Niedaleko odciętej szypuły na przedniej zewnętrznej ścianie preparatu widnieje miejsce przyczepu więzadła obłego. Jajnik dobrze rozwinięty, 5 cm długi, 2 cm szeroki, bez ciałka żółtego. Poniżej miejsca pęknięcia, na górnej bocznej części usuniętego rogu, widać jajowód, biegnący skośnie na zewnątrz i ku dołowi. Długość jego na świeżym preparacie wynosiła 10 cm; budowa zupełnie prawidłowa. Jajowód w początkach przekroju wąski, rozszerza się powoli i kończy strzępkami o prawidłowem wejrzeniu. Przy końcu ujścia, które jest otwarte jak i cały jajowód, znajduje się wodniczka (hydatis), część domaciczna przechodzi prawidłowo w błonę mięsną rogu.

Pęcherz płodowy, przeświecający, zawiera jasny płyn i płód dobrze rozwinięty. Ściana mięsna jest rozmaicie gruba: od bardzo cienkiej, prawie bibułkowato rozciągniętej w miejscu pęknięcia, dochodzi do 5 mm grubości w dolnej i zewnętrznej swej części. Łożysko usadowione na całem wnętrzu, najsilniej rozwinięte na dolnej zewnętrznej ścianie.

Badanie **drobnowidowe**: Utrwaliwszy preparat w formalinie, wyciąłem z niego w czterech miejscach kawałeczki do badania histologiczoego. Jeden wycinek stanowił poprzeczny przekrój szypuły: drugi był wycięty z brzegu pęknięcia; trzeci również z podobnego miejsca, tylko z łożyskiem, czwarty z dna rogu szczątkowego. Wycinki te przepoiłem parafiną, a preparaty barwiłem haematoksyliną i eozyną.

W kilkudziesięciu skrawkach krótkiej, mięsistej szypuły nie stwierdziłem nigdzie ani światła, ani szczątków utkania gruczołowego, któreby mogły budzić przypuszczenie bezpośredniego połączenia między obu częściami macicy. Pod mikroskopem przedstawia się szypuła w postaci zbitego, gładkiego mięśnia, którego pęczki krzyżują się i między sobą splatają nieregularnie w różnych kierunkach. Poszczególne komórki mięsne wydają się prawidłowemi. Na preparacie uderza obfitość naczyń krwionośnych większych

i mniejszych, wypełnionych dość często krwinkami; gdzieniegdzie można spotkać wybroczyny między włóknami mięsnemi. Tkanka łączna, zwłaszcza okołonaczyniowa, silniej rozwinięta, niż w mięśniu macicznym prawidłowym.

W budowie warstwy mięsnej rogu szczątkowego spostrzedz można wybitną różnicę między częścią podstawną a górną, zwłaszcz w okolicy miejsca pęknięcia.

W dolnej części błona mięsna składa się z dwóch warstw; cieńszej, okrężnej zewnętrznej, przylegającej do otrzewnej, i grubszej wewnętrznej o nieregularnym przebiegu pęczków mięsnych. Włókna mięsne są tutaj znacznie przerosłe, tkanka łączna prawidłowo rozwinięta. Naczyń krwionośnych bardzo dużo, o ścianach zgrubiałych, zwłaszcza środkowa warstwa jest w nich znacznie przerosłą. Śródbłonek silnie rozwinięty wpukla się do światła naczyń. Błona śluzowa tej, prawidłowo co do mięśniówki rozwiniętej, części macicy, nie przedstawia cech prawidłowej doczesnej. Brak w niej podziału na dwie warstwy: zbitą, z charakterystycznemi komórkami doczesnemi i gąbczastą z obfitemi, silnie rozgałęzionemi gruczołami. Doczesna ta jest nieznacznie zgrubiałą błoną śluzową, w której gdzieniegdzie udaje się znaleźć proste, dość długie, jakby przypłaszczone gruczoły.

Wogóle obraz w tej części rogu nie odbiega zasadniczo od budowy prawidłowej macicy w prawidłowej ciąży, z wyjątkiem błony śluzowej, która nie zmieniła się w doczesną. Miejsce pęknięcia przedstawia się zupełnie inaczej: tutaj warstw mięsnych nie można odszukać. Ściana składa się tylko z tkanki łącznej jądrzastej, nieco obrzękłej. Jądra dość duże o różnym kształcie, wplecione są niejako w substancję włóknistą międzykomórkową. Trudno rozstrzygnąć, czy komórki tkanki łącznej wyżej wymienione, a tak bardzo podobne do młodych komórek doczesnej, nie są niemi w rzeczywistości. Wobec jednak braku doczesnej w tych częściach preparatu i dość głębokiego wnikania komórek tych między włókna tkanki łącznej przypuścić raczej należy, że są to komórki łącznotkankowe. Miejscami spotkać można naciek drobnokomórkowy. Wśród tkanki łącznej wplecione są gdzieniegdzie włókienka mięsne w bardzo małej ilości, bez przerostu. Dość znaczna ilość drobnych naczyń, jednak bez zmian opisanych dla dolnych części, uzupełnia obraz.

Na żadnym przekroju wycinków z łożyskiem nie powiodło się stwierdzić, ani śladów gruczołów, lub błony śluzowej, któreby mogły dać początek doczesnej. Kosmki łożyska rozpychały pęczki mięśnia, wnikały weń bezpośrednio, a bliżej miejsca pęknięcia dochodziły aż pod jego zewnętrzną, otrzewną powierzchnię.

Oceniając wyżej przedstawiony przypadek na podstawie badania drobnowidowem i gołem okiem, dochodzimy do następujących wniosków.

1) Chodziło tutaj niezawodnie o ciążę w szczątkowym rogu macicy; już samo bowiem połączenie pustej części z ciężarną zapomocą dość wąskiego postronkowatego pasma wyklucza inne przypuszczenie, a także miejsce wyjścia przydatków w stosunku do guza zawierającego płód, potwierdza rozpoznanie.

2) Połączenia między rogiem ciężarnym a drugim nie było, a ponieważ jaje pochodziło z lewego jajnika — jak na to wskazywało ciałko żółte — więc w okolicy tego jajnika zostało zapłodnione i, odbywszy t. zw. wędrówkę zewnętrzną, dostało się przez prawy jajowód do prawego rogu szczątkowego.

3) Pęknięcie szczątkowego rogu nastąpiło po lekkim urazie ściany rozsadzonej przez rozrost jaja, a nadwerężonej przyczepem łożyska

4) Zatrzymanie jaja w pękniętym rogu i nie wypadnięcie do jamy otrzewnej, wykluczyło skupienie się mięśnia (retrakcję), które, jakkolwiek niedostateczne, byłoby jednak zmniejszyło krwotok i uratowało prawdopodobnie chorą, jak się to stało w podobnym, wyżej przytoczonym przypadku.

5) Zupełny brak gruczołów i niedostateczne wykształcenie się śluzówki w szczątkowyym rogu wywołało prawdopodobnie rozległe usadowienie się łożyska.

Piśmiennictwo:

1) Beckmann W. Zeits. f. Geb. u. G. Bd. 35. 2) Brauss. W. Ein Beitrag zur Gravidität im rudimentäreu Uterushorn. Inaug. Diss. Bonn 1912. Zentr. bl. Gyn. Nr. 36 1912. 3) Cazeaux P. Etude anatomique des modifications de l'utérus au cours des grossesses ectopiques. Thése de Paris 1903—1904. 4) Cohn. Revue de Gyn. 1909 t. XII p. 3. 5) Engström O. Mitteil. aus d. gyn. Klinik Bd. III. H. 2. Berlin 1900. 6) Hoff I. Archiv. f. Gyn. Bd. 80. H. 2. 7) Keoberlé. Gaz. méd. de Strasbourg, 1886 p. 157. 8) Krowostansky. Archiv. f. Gyn. Bd. 70. 9) Krull. Archiv. f. Gyn. Bd. 62. 10) Kussmaul. Von dem Mangel, der Verkrümmerung und Verdoppelung der Gebärmutter, Würzburg 1859. 11) Limnert A. Archiv. f. Gyn. Bd. 81. H. 2. 12) Rokitansky. Lehrb. der path. Anatomie. Wien 1861. Bd. III. S. 450. 13) Scanzoni. Beitr. z. Geburtsh. u. Gyn. Bd. 1. 1854. 14) Smoler. Prager med. Wochenschr. Nr. 31—33. 1897. 15) Szefczyk. Centralbl. f. Gyn. Bd. 29. S. 1421. 16) Warin. De la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire et tubo utérine. Thése de Paris 1899. 17) Webster I. C. Die Ektopische Schwangerschaft. (übersetzt von Eiermann), Berlin 1896. 18) Werth R. Archiv. f. Gyn. Bd. 17. Bd. 76. H I. oraz Handb. d. Geburtshilfe v. Winkel. Bd. II. Th. 2. 19) Wiener. Archiv. f. Gyn. Bd. 26. H. 2.

M. Brill i Z. Steusing. Lwów.

O leczniczem działaniu kwasu pikrynowego przy spirochetozach miejscowych.

Z oddziału weneryczno-skórnego Wojsk. Szpitala okr. i Zakładu higjeny i bakterjologji Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

W 6-tym numerze Polskiej Gazety Lekarskiej (5. luty 1922) pojawiło się pouczenie Minist. Zdrowia Publicz. w sprawie zapalenia gardła Plaut-Vincent'a i wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej, z którego dowiadujemy się, że choroby te szerzą się obecnie w Polsce nagminnie, że przebieg ich jest dość ciężki, ponieważ spostrzegano nawet przypadki zejścia śmiertelnego; w pouczeniu tem Ministerstwo Zdrowia Publicznego poleca leczenie tych chorób preparatami salvarsanowemi, stosowanemi jużto miejscowo, jużto wśródżylnie.

Na oddziale weneryczno-skórnym lwowskiego wojskowego szpitala okręgowego miał jeden z nas (M. Brill) sposobność leczyć i spostrzegać w ostatnich trzech latach około 20 przypadków zapalenia gardła Plaut-Vincent'a, a doszedłszy po próbach do dobrych wyników leczniczych metodą niżej podaną — zupełnie bezpieczną, prostą i tanią, pragnie się nią z ogółem lekarzy podzielić.

Zapalenie gardła Plaut-Vincent'a rozpoznawać można z całą ścisłością po zbadaniu mikroskopowem wydzieliny. Już w rozcierce z nalotu zapalnego widzimy stale obfitą ilość krętków i wrzecionowatych prątków, które, współżyjąc, wywołują objawy zapalne błon śluzowych jamy ustnej. Rozmaite postacie wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej, przedstawiające się klinicznie jako zapalenie dziąsła, migdałków, zapalenie gardła z martwicą, zapalenie jamy ustnej, języka i rak wodny (noma), rozpoznajemy jako zapalenie gardła Vincenta w razie obfitej ilości krętków i prątków wrzecionowatych, w odróżnieniu od spraw zapalnych innego pochodzenia, a więc szczególnie spraw błoniczych, gruźliczych, kiłowych i rtęcicy. Takiżsam mniej więcej obraz mikroskopowy przedstawia się przy badaniu wydzieliny rozmaitych postaci zapalenia napletka i żołędzi, począwszy od zwyczajnego zapalenia żołędzi aż do zapalenia jej zgorzelinowego. Stwierdzając ten fakt i przypominając, że w jamie ustnej i pod napletkiem znajdujemy z łatwością, u zdrowych zresztą osobników rozmaite krętki i prątki, zwracamy uwagę na to, że tylko w razie obfitej ilości krętków i współżycia ich z również bardzo licznemi prątkami wrzecionowatemi przy zapaleniu żołędzi uzasadnione jest twierdzenie, że drobnoustroje te, jako czynnik przyczynowy tego cierpienia, ważne mają znaczenie, tak, jak w zapaleniu gardła Plaut-Vincent'a.

Przy leczeniu obu tych schorzeń posługujemy się rozmaitemi znanemi dotychczas środkami odkażającemi, gdyż nie znamy leków swoistych. Wyniki leczenia naogół dobre, nie

zawsze nas jednak zadowalają. Dotychczas jeszcze leczenie cięższych przypadków zapalenia żołędzi, nawet nie powikłanych stulejką (*phymosis*), dłuższego wymaga czasu, a przy tak często towarzyszącej temu cierpieniu stulejce zmuszeni jesteśmy uciekać się do rozcięcia, względnie obrzezania. Przy epidemjach zapalenia gardła Plaut-Vincent'a nie zawsze pomagają chorym płukania i pędzlowania rozczynami rozmaitych środków odkażających, a więc chloranu potasu, wody utlenionej, lapisu, kwasu karbolowego, chromowego, formaldehydu, nalewki jodowej itp.; nie pomagają pewnie i szybko zabiegi, zmierzające do leczenia przyczynowego, jak pędzlowania, i nie pozbawione pewnego niebezpieczeństwa wstrzykiwania wśródżylne preparatów salvarsanowych — ba, nawet zabiegi chirurgiczne (Paquelin) nie chronią od dłuższego trwania i ciężkiego przebiegu cierpienia.

Drogą czysto doświadczalną doszedł jeden z nas (M. Brill) przy leczeniu zapalenia napletka do niezawodnego środka, który mu od szeregu lat także przy leczeniu niektórych schorzeń skórnych (wyprysk, zapalenie ropne skóry, figówka, oparzenie) oraz przy leczeniu ran doskonałe oddaje usługi. Już po jednorazowem popędzlowaniu żołędzi i wewnętrznej blaszki napletka 5%-wym rozczynem kwasu pikrynowego w alkoholu absolutnym, występuje uderzająca poprawa nawet ciężkich postaci zapalenia żołędzi (*balanitis*), a kilkakrotne powtórzenie tego zabiegu prowadzi z reguły po kilku dniach do uleczenia. Pędzluje się rozczynem tym raz dziennie, przyczem wszelkie płukania, kąpiele, przymoczki, zasypki i opatrunki są zbyteczne. Kierując się wspomnianem wyżej podobieństwem obrazu mikroskopowego przy zapaleniu żołędzi i gardła Vincenta, a nie zawsze zadowolony z wyników leczniczych po salvarsanie, jakoteż znanych ogólnie płukaniach i pędzlowaniach, zaczął wyżej wspomniany z nas używać przy zapaleniu gardła Vincent'a 5-%ego rozczynu kwasu pikrynowego w stężonym wyskoku. Wprawdzie nie miał sposobności spostrzegania bardzo ciężkich przypadków tego cierpienia, gdyż chorzy jego, oficerowie i żołnierze, a więc ludzie w pełni sił i dobrze odżywieni, nie stanowili materjału dla rozwoju zapalenia gardła V. tak podatnego, jak dzieci w schroniskach, jeńcy w obozach lub źle odżywieni i podupadli na zdrowiu żołnierze podczas wojny, ale leczył przypadki, w których znaczna część śluzówki jamy ustnej uległa zapaleniu, w których grube, kożuszkowate, szarozielonawe naloty pokrywały głębokie, cuchnące owrzodzenia dziąseł, migdałków i języka, uniemożliwiające połykanie i mówienie, — a więc przypadki o przebiegu średnio ciężkim. Jednorazowe popędzlowanie 5%-wym rozczynem kwasu pikrynowego w alkoholu sprowadzało wybitną poprawę, ujawniającą się zmniejszeniem objawów zapalnych, złagodzeniem bolów i ustaniem przykrej woni, a kilkudniowe leczenie powtarzanem dwukrotnie w przeciągu dnia pędzlowaniem doprowadzało rychło do uleczenia. Prócz chwilowego pieczenia i przykrego gorzkiego smaku chorzy wskutek leczenia żadnych nie doznawali przykrości. Znikomo małe ilości kwasu pikrynowego, użytego przy pędzlowaniu, nie wywoływały nigdy objawów intoksykacji.

Plamy na skórze po kwasie pikrynowym nikną szybko po natarciu roztworem kwasu fosforowego.

W celu przekonania się, czy 5%-wy roztwór kwasu pikrynowego w 96% alkoholu działa bezpośrednio na czynnik przyczynowy, czy też pośrednio przez wpływ na tkankę, postanowiliśmy przekonać się, jakie są właściwości bakterjobójcze wspomnianego rozczynu, a to tem bardziej, że w dostępnem nam piśmiennictwie nie znaleźliśmy żadnych dokładnych danych.

Do doświadczeń używaliśmy trzech gatunków drobnoustrojów o różnej wytrzymałości: lasecznika duru brzusznego, gronkowca złocistego i zarodników lasecznika siennego. Wytrzymałość tych drobnoustrojów na działanie pary wodnej 100°C-wej była taka, że laseczniki duru brzusznego i gronkowce złociste ginęły już po jednominutowem działaniu, natomiast zarodniki lasecznika siennego wyrastały jeszcze po 30-minutowem działaniu, po 60-minutowem zaś działaniu 100°-wej pary wodnej ginęły.

Materjał do badania przygotowywaliśmy w następujący sposób: 24-godzinne hodowle lasecznika duru brzusznego, gronkowca złocistego na agarze spłukiwaliśmy takiemi samemi hodowlami w buljonie. W gęstej zawiesinie drobnoustrojów zanurzaliśmy następnie oczyszczone chemicznie i wyjałowione granatki i suszyli je na płytce Petriego w ekssikatorze, w próżni, przy cieplocie pokojowej, osłonięte przed działaniem światła, aż do zupełnego wyschnięcia. Przy laseczniku siennym postępowano zupełnie podobnie, z tą jedynie różnicą, że używano hodowli starszych, kilkudniowych, w których badanie mikroskopowe wykazywało wielką ilość zarodników.

Drobnoustroje, zasuszone w powyższy sposób na granatkach, osłonięte warstewką buljonu, poddawaliśmy następnie działaniu 5%-ego kwasu pikrynowego w 96%-ym alkoholu oraz 1%-ego rozczynu kwasu pikrynowego we wodzie przekroplonej — w sposób, w jaki zwykle postępujemy przy takich doświadczeniach, dbając o to, ażeby nadmiar środka odkażającego usunąć następnie z granatka przez dokładne wypłukanie w trzech naczyniach z jałowym fizjologicznym roztworem soli kuchennej i przenosząc następnie dopiero opłukane granatki na agar i do buljonu.

Wyniki otrzymaliśmy następujące: 5-%-wy rozczyn kwasu pikrynowego w 96% alkoholu zabijał laseczniki duru brzusznego po 20 min., gronkowce złociste po 90 min., zarodniki zaś lasecznika siennego wyrastały nawet po trzydniowem działaniu tego środka. Natomiast 1%-wy roztwór wodny kwasu pikrynowego zabijał laseczniki duru brzusznego po 2 min., gronkowce złociste po 15 min., zarodniki zaś prątka siennego wyrastały mimo 4-dobowe działanie tego środka.

Z doświadczeń tych okazuje się, że kwas pikrynowy w roztworach wodnych zaliczyć należy do bardzo silnych środków odkażających. 1%-wy roztwór wodny zabija gronkowca po 15 min., podczas kiedy te same gronkowce giną w wodnym roztworze sublimatu 1:1000 dopiero po 30 minutach.

Działanie odkażające kwasu pikrynowego tłumaczyć można w ten sposób, że, jako środek, ścinający białko (odczynnik Essbacha) denaturuje on żywe pierwoszcze i przez to zabija drobnoustroje.

Słabsze działanie roztworów alkoholowych nie wymaga tłumaczenia, ponieważ ogólnie znaną jest rzeczą, że roztwory środków odkażających w stężonym wyskoku działają znacznie słabiej odkażająco przez to, że stężony wyskok wytwarza na powierzchni drobnoustrojów bardzo cienką warstewkę ściętego białka, względnie zmienia osłonkę drobnoustroju w ten sposób, że środek odkażający nie może wniknąć do wnętrza komórki. Roztwory środków odkażających w stężonym wyskoku nadają się jednak bardzo dobrze do odkażania ran oraz błony śluzowej, ponieważ tam ulega wyskok z jednej strony rozcieńczeniu wydzieliną przyranną, wzgl. wydzieliną błony śluzowej, z drugiej zaś strony szybkiemu wessaniu, poczem w ranie, względnie na błonie śluzowej, pozostaje właściwie wodny roztwór danego środka. Co więcej — rozczyny alkoholowe działają w takich przypadkach lepiej od rozczynów wodnych, gdyż alkohol, rozcieńczając się, przechodzi od 96%-ego, przez rozczyn 70%-owy do rozczynów słabszych, czyli może, ulegając rozcieńczeniu, wywołać dodatkowo optimum swego odkażającego działania, które, jak wiadomo, przy 70%-wem stężeniu jest najintensywniejsze.

Drugim korzystnym momentem działania roztworów alkoholowych jest to, że roztwory takie, ścinając powierzchnię tkanki, szczególnie pozbawionej ochronnego wału w postaci nieuszkodzonego nabłonka, stwarzają z jednej strony osłonę, chroniącą od nowego zakażenia i od działania szkodliwych bodźców mechanicznych i chemicznych, a z drugiej strony, unieruchomiając czynnik chorobotwórczy, przeciwdziałają szerzeniu się sprawy chorobowej »*per continuitatem*«, wreszcie utrwalają pewną ilość środka odkażającego na powierzchni rany, przez co środek działać może intensywnie przez czas dłuższy.

Ponieważ krętki są tworami daleko wrażliwszemi na działanie środków odkażających, aniżeli najmniej wytrzymałe na nie drobnoustroje, przeto z doświadczeń powyższych wy-

nika, że pod wpływem zadziałania 5%-ego kwasu pikrynowego w roztworze wyskokowym giną one zazwyczaj szybko; w ten sposób więc lecznicze działanie tego roztworu na sprawę chorobową przez działanie bakterjobójcze znajduje wytłumaczenie i potwierdzenie doświadczalne.

Czy i o ile pewnej części wyniku leczniczego nie należy odnieść do podrażnienia tkanki i zwiększenia przez to jej odporności, tego na razie nie można rozstrzygnąć.

Doc. Dr. F. Walter. Kraków.

O znaczeniu gruczołów dokrewnych w etjologji liszajca pryszczykowego. *(Impetigo herpetiformis Hebrac).*

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych szpitala św. Łazarza. Prymarjusz: Doc. Dr. F. Walter.

(Dokończenie)

Hebra i Neumann, uważali cierpienie to, za bezwzględnie zawisłe od ciąży; Hebra przypuszczał, że przyczyną są zmiany chorobowe w narządzie rodnym kobiecym, jakoteż i jedno gruźlicze zapalenie otrzewnej reflektoryczne podrażnienie naczyń kwionośnych i nerwów podczas ciąży i połogu. Kaposi na podstawie obrazu anatomo-patologicznego 3 sekcyj, (dwa zapalenia macicy i zapalenia dookołamaciczne zmienił swe poprzednie, zgodne z przypuszczeniami Hebry zapatrywania, uważając I. h. za sprawę pyemiczną. [1])

Du Mesnil przyjmował, jako przyczynę, schorzenie układu nerwowego, Dubreuil wrodzoną lub nabytą skłonność, lata całe będącą w utajeniu; Tommasoli, zatrucie ustroju z powodu wadliwej przemiany materji. Wechselmann za warunek istnienia I. h., uważał ciążę a cierpienie jako wyraz zatrucia jadami łożyskowemi, wskutek niedowładu narządów neutralizujących ciała szkodliwe dla ustroju, a szczególnie wątroby i nerek. I. h. zaliczyć należy do rzędu schorzeń skórnych występujących w ciąży, gdyż jedna i ta sama szkodliwa przyczyna może wywołać różne postacie wykwitów skórnych, różniących się tylko stopniem nasilenia. Scheuer łączy teorję Seitza o powstawaniu drgawek porodowych z powstawaniem I. h. Te same jady, które wywołują drgawki porodowe, wywołują i I. h., a miejscem wyjścia schorzenia jest zawsze łożysko.

Teorję zakaźnego powstawania I. h., zapoczątkowaną przez Kaposiego (a częściowo i Mesnila), przyjął ostatnio Rost. Obecność drobnoustrojów ropnych, we krwi i w pęcherzykach, jak n. p. w przypadku Borzęckiego, skłaniała autorów do przypuszczenia, że drobnoustroje drogą krwionośną wywoływać mogą to cierpienie. Tak np. Borzęcki sądził że, typowe przypadki I. h., powstają drogą zakażenia zewnętrznego lub drogą krwi. Rost uważał I. h. za sprawę zakaźną, chociaż zarazka wykryć nie możemy, bo nie daje się wykazać naszemi sposobami badania. Miejscem wyjścia może być pochwa kobieca, a ciąża momentem sprzyjającym dla wyzwolenia i działania jadu, który długi czas pozostawać może na błonie śluzowej w stanie utajenia. Podobne do I. h. cierpienie, jako sprawę zakaźną, spostrzegają weterynarze u psów.

Ze spostrzeżeń klinicznych i anatomopatologicznych, wiemy, że ze zwykłemi drobnoustrojami ropnemi choroba ta nie ma żadnego związku; we wszystkich typowych przypadkach krew i treść pęcherzyków była zawsze jałowa. Scherber idzie dalej, uważając, że wszystkie te przypadki, w których stwierdzono, że sprawę chorobową wywołały paciorkowce i gronkowce, były nietypowe i że wszystkie należy usunąć z grupy prawdziwych postaci I. h.

Przy ocenianiu przyczyn powstawania I. h. musimy mieć na uwadze nie tylko obraz chorobowy, czysto skórny, ale cały zbiór objawów, jaki towarzyszy tej postaci chorobowej, oprócz bowiem dokładnego analizowania przebiegu klinicznego materjału sekcyjnego i doświadczeń na zwierzętach, towarzyszące inne cierpienia, których tło jest znane, mogą przyczynić się do rozjaśnienia pochodzenia I. h.

Przypadki Schardorna [1]) i Tryba [1]), ogłoszone w 1921 r., pozwalają przypuszczać, że przyczyny powstawania I. h. szukać należy w zaburzeniach czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Schardorn obserwował dwa typowe przypadki I. h. u kobiet, wieloródek, powstałe po usunięciu chirurgicznem wola i po wystąpieniu typowej tężyczki (*Tetania strumipriva*). Przebieg chorobowy w obu tych przypadkach był bardzo ciężki i oba skończyły się śmiercią. Schardorn, za przyczynę I. h. uważa zatrucie ustroju, spowodowane zmianami w czynności ciał przybłonkowatych (gruczoły przytarczyczne). Ciąża jest momentem usposabiającym do tężyczki, w czasie każdej ciąży może się ona powtarzać; schorzenie gruczołów przytarczycznych może przebiegać pod postacią utajoną, a wskutek zmian czynnościowych w narządach rodnych, zwiększenia ich zadań i wywołanych przez to zaburzeń w przemianie materji, ujawnić się może ta niedomoga pod postacią drgawek. Po skończeniu ciąży, schorzenie gruczołów przytarczycznych, powrócić może do stanu utajenia. Wrazie nasilenia zmian chorobowych, mogą wystąpić bardzo ciężkie objawy troficzne, daleko posunięte zmiany skórne, bardzo ciężki ogólny stan. Powstawanie I. h. związane byłoby do pewnego stopnia z istnieniem ciąży, bo wzmożona praca ustroju i wstrząs, którego ustrój doznaje w czasie ciąży powodują wystąpienie na pierwszy plan utajonych zmian w gruczołach przytarczycznych i samozatrucie ustroju. Schardorn poddał dokładnej rewizji ogłoszone przypadki I. h., w kierunku objawów tężyczki i zmian troficznych, ale w skąpych opisach mniej lub więcej zaznaczonych objawów, nie mógł znaleść ostatecznych danych, dla przypuszczenia istniejącej niedomogi gruczołów przytarczycznych. Schardorn zaznacza, że w przypadku I. h. Kaposiego (w którym drgawki wyraźnie były zaznaczone) wywołane, były prawdopodobnie utajonem schorzeniem gruźliczem gruczołów przytarczycznych.

Przypadek Tryba dotyczył mężczyzny; cały przebieg cierpienia i obraz kliniczny niewątpliwie przemawia za typową postacią I. h. W przypadku tym, połączonym z wybitną polyurią, badanie promieniami Röntgena wykazało powiększenie przysadki mózgowej. Stan chorobowy tego gruczołu, jak również i grasicy, może być przyczyną powstania I. h. Na zmiany w tych gruczołach w czasie ciąży zwracał już uwagę Wechselmann. Zmiany chorobowe w tych gruczołach, mogą wystąpić i u mężczyzny. W ciąży przerostowe zmiany w przysadce mózgowej (w części gruczołowej) znajdują się w każdym przypadku, łatwo też wykroczyć mogą poza stan fizjologiczny i spowodować zaburzenia w czynności tego gruczołu. Zaznacza jednak Tryb, że zmian tych nie należy uważać za jedyną przyczynę, ale tylko za czynnik współdziałający w powstawaniu Impetigo herpetiformis.

Przypadki te pozwalają przypuszczać, że przyczyny powstawania I. h., mogą leżeć w upośledzonych czynnościowo pewnych gruczołach dokrewnych. Podobnie i w moim przypadku, cechującym się równoczesnem istnieniem rozmiękczenia kości, przyjąć można, że przyczyny obu tych cierpień, równorzędnie w jednym ustroju występujących, są jedne i te same, t. j. zmiany chorobowe w gruczołach dokrewnych.

Chora nasza, już w czasie poprzednich dwóch ciąży zauważyła równoczesne występowanie, zmian skórnych i objawów w zakresie układu kostnego (bóle i utrudnienie w chodzie). Objawy te ustępujące po porodzie, wybitnie wystąpiły w czasie obecnej ciąży, doprowadzając do tak znacznych objawów skórnych i niemożności chodzenia, z powodu znacznych zmian rozmiękczynowych w kościach.

Nazwą zmięknienia kości (osteomalacja) obejmujemy schorzenia kostne, o tych samych cechach klinicznych (Osteomalacia puerperalis, senilis, jak i głodową Edelmann). Przyczyny powstawania rozmiękczenia kości wywoływane są zmianami w gruczołach dokrewnych. Różne teorje odnosiły schorzenie to do różnych gruczołów dokrewnych. Badania nad etjolologją rozmiękczenia kości związane są ściśle z bada-

[1]) „von der Hand bin ich auch geneigt, mit Rücksicht auf die pustulöse (eitrige) Beschaffenheit ihrer Eflo eszenzen und die erwähnten 3 Obduktionsbefunde, die I. h. als einen pyaemischen Prozess zu behalten (Arch. für Derm. B. XIX.)

[1]) Archiv für Dermatol. 132. 1921.

niami nad przemianą wapna w ustroju i nad zachowaniem się tej przemiany w czasie trwania rozmiękczenia kości.

Wapno w postaci soli węglowych i fosforowych ma przedewszystkiem znaczenie w przemianie kostnej chrząstki, ale wpływa także na zmianę, pobudliwości nerwów. Po usunięciu gruczołów przytarczyczych, gdy wystąpi zwiększenie pobudliwości nerwów czuciowych i ruchowych, przy objawach tężyczki, zmniejsza się ilość wapna w ustroju. Oprócz zaburzeń w przemianie wapna, pojawiają się ciężkie zaburzenia w przemianie białka: zwiększenie się zasadowości i pojawienie się różnych aminów pochodzenia białkowego w moczu (*proteinogene Amine*). Gruczołom przytarczycznym przypada rola unieszkodliwiania i zobojętniania trujących produktów przebudowy białka. W przemianie wapna ma wielkie znaczenie grasica i nasadka mózgowa (a to szczególnie u zwierząt młodych), dalej substancja chromochłonna nadnercza, której schorzenie wywołuje objawy krzywicy i rozmiękczenia kości. Przypadki wyleczonego rozmiękczenia kości, przez wycięcie jajników nasuwają przypuszczenia, że wzmożenie czynności jajnika jako gruczołu dokrewnego — jest powodem wzmożonej przemiany wapna. Doświadczalnie stwierdzono, że tarczyca i przysadka mózgowa stoją w ścisłym związku z przemianą wapna, bo usunięcie tarczycy prowadzi do zmian w składzie wapna (szczególnie w mleku). Zmiany chorobowe przysadki, powstrzymują proces kostnienia a przytem gruczoł ten, podobnie jak i gruczoły przytarczyczne, unieszkodliwia jady ustroju.

Przemiana wapna nie zawisła więc od jednego gruczołu dokrewnego, ale od współdziałania wszystkich. Ten i ów gruczoł, występujący na pierwszy plan, jest tylko jednem ogniwem w łańcuchu przyczyn, a temi są, zbiorowe upośledzenia czynności gruczołów dokrewnych. Wyodrębnić jeden gruczoł dokrewny, jako przyczynę pewnego schorzenia, jest rzeczą niemożliwą, wszystkie bowiem gruczoły dokrewne, stojąc ze sobą w ścisłym związku, obejmują czynność zastępczą za inne, które znajdują się w stanie obniżonej lub upośledzonej czynności. Dlatego i rozmiękczenie kości uważać musimy za schorzenie całego zbiorowiska gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i ta wielogruczołowość musi być brana w rachubę przy ocenianiu powstawania rozmiękczenia kości.

Współistnienie rozmiękczenia kości, z I. h. w moim przypadku, pozwalają na rozpatrywanie pochodzenia I. h., z innego punktu widzenia, niż dotychczas. Chora równocześnie, z występowaniem pierwszych zmian skórnych, zauważyła zmiany w kościach, objawiające się przedewszystkiem bólami i utrudnieniem chodu. Z ustaniem ciąży, objawy powodowane przez oba cierpienia ustępowały, aby znów pojawić się przy następnej ciąży. W czasie ostatniej (obecnej ciąży), zmiany tak skórne,jak i kostne, doszły do znacznego nasilenia. Tłem, na którem rozwinęło się I. h., były najprawdopodobniej te same przyczyny, które powodowały zmiany rozmiękczynowe kości, a więc zaburzenia czynności gruczołów dokrewnych. I. h. najczęściej występuje u wielorodek, wzmożona praca ustroju w czasie ciąży powoduje zwiększoną czynność gruczołów o wewnętrznem wydzielanin, łatwo więc zdarzyć się może, że w razie istnienia słabszej organizacji gruczołów, przyjść może do ich wyczerpania i wywołania zmian charakteryzujących I. h. Po porodzie, gdy ustrój powraca do zwykłej pracy, ustają zaburzenia chorobowe w równowadze gruczołów dokrewnych — chora powraca do zdrowia. Jeżeli jednak zmiany w gruczołach były zbyt daleko posunięte, tak że gruczoły dokrewne nie mogą odzyskać z powrotem swej równowagi fizjologicznej, objawy chorobowe I. h. trwają i po porodzie, a nawet wskutek wypadnięcia czynności gruczołów — przybierają dla chorej obrót niekorzystny. Gdy tylko część gruczołów dokrewnych ulegnie zmianom chorobowym, mogą inne do pewnego stopnia objąć rolę zastępczą lub uzupełniającą, jeżeli jednak wszystkie wskutek szkodliwych wpływów pozbawione zostały swego działania prawidłowego, ustrój nie może powrócić do równowagi.

Zdaje się jednak, że pewne gruczoły dokrewne mają dominujące znaczenie, bo np. w czasie schorzenia jajników gruczoły przytarczyczne, mogą podtrzymać ich działanie. Gruczołom przytarczycznym przypadą bardzo duże znaczenie w ustroju. Zadaniem ich jest niszczenie lub unieszkodliwianie jadów wytworzonych w ustroju (P i n e l e s, V a s s a l e, G e n e r a l i), wiemy bowiem, że nawet pewne gruczoły dokrewne mogą wytwarzać szkodliwe dla ustroju jady. Dlatego tak wiele cierpień łączono z gruczołami przytarczycznemi, jak np. rozmiękczenie kości, krzywicę drgawki porodowe, m y o t o n j ę, m y a s t e n j ę, drączkę porażenną itd. Przy zmięknieniu kości znajdywano zmiany w gruczołach przytarczycznych, tężyczka, jaką widzimy po usunięciu gruczołów przytarczycznych, towarzyszy często rozmiękczeniu kości. Dlatego ponad innemi gruczołami dokrewnemi, zdaje się, górować znaczenie czynności gruczołów przytarczycznych. Uszkodzenie tych gruczołów łącznie z innemi gruczołami dokrewnemi — jest trudne do naprawienia, inne gruczoły nie są w stanie zastąpić ich działania. Żadna istota żyjąca — nie może przetrwać utraty wszystkich czterech gruczołów przytarczycznych. W ciąży pojawia się rozmiękczenie kości i I. h., w ciąży też, wskutek zwiększonej czynności ustroju, przerastają gruczoły dokrewne jak np. przysadka mózgowa, a przedewszystkiem gruczoły przytarczyczne, i dlatego schorzenia te tak łatwo w tym okresie mogą się ujawnić.

Słusznemi okazują się przypuszczenia S c h a r d o r n a, T r y b a, o pochodzeniu I. h. W przypadku S c h a r d o r n a usunięcie ciał przytarczycznych, było momentem wyzwalającym powstanie I. h. Prawdopodobnie i inne gruczoły dokrewne znajdowały się w stanie upośledzonych czynności, nie mogły przeto utrzymać równowagi, po takim wstrząsie, jakim było usunięcie gruczołów przytarczycznych — i to było powodem, że równocześnie z tężyczką pojawiło się I. h. Ustrój ludzki pozbawiony wielkich gruczołów dokrewnych, takich, jak przysadka mózgowa, gruczoły przytarczyczne układ chromochłonny — nie może utrzymać się przy życiu.

Przyczyny bezpośredniej, wywołującej I. h., nie możemy określić. Być może, że wrodzone warunki gruczołów wewnętrznych w znaczeniu ujemnem, przewlekłe procesy chorobowe w stanie utajenia, utrzymujące się czas dłuższy, chroniczne zatrucia ustroju, gruźlica, kiła itd., mogą powodować upośledzenie czynności gruczołów dokrewnych, przyczem np. ciąża może być momentem wyzwalającym. I. h. występuje często u wielorodek, u których gruczoły dokrewne wskutek zwiększonych czynności gruczołowych w czasie ciąży — mogą łatwo znajdować się w stanie osłabienia.

Gruczoły dokrewne — które, jak wspominaliśmy, odgrywają tak znaczną rolę w powstawaniu rozmiękczenia kości (przemiana wapna), posiadają również działanie unieszkodliwiające produkty przemiany białka, jak np. gruczoły przytarczyczne (W e i l). Wypadnięcie czynności gruczołów przytarczycznych prowadzić może do tężyczki, w innym przypadku współdziałać będzie przy powstawaniu rozmiękczenia kości lub Impetigo herpetiformis. Wskutek upośledzonego działania tak ważnego narządu, przychodzi do wadliwej przemiany materji, i nagromadzenia się w ustroju wyższych pochodnych rozpadu białka i dlatego przyjść może do zatrucia, a w następstwie do tak ciężkiego schorzenia. Dlatego słusznemi okazywały się przypuszczenia Z i e m a n n a, że przyczyną I. h. może być samo zatrucie, wywołane przez zaburzenia w równowadze wewnętrznego wydzielania.

Przypuszczam, że w moim przypadku te same zaburzenia w gruczołach dokrewnych, doprowadziły z jednej strony do rozmiękczenia kości — wskutek wadliwej przemiany wapna, z drugiej, wskutek wadliwej czynności tych narządów jako odtruwających lub paraliżujących jady ustroju — do zatrucia produktami rozpadu białka. Ciąża jest momentem wyzwalającym — ale łatwo zrozumieć, że schorzenia gruczołów dokrewnych mogą się zdarzać i u mężczyzn; upośledzone w swych czynnościach gruczoły dokrewne — nie mogą objąć zastępczej roli za siebie — bo wszystkie znajdują się w stanie nieprawidłowego działania i wskutek tego przyjść może do objawów I. h. W przypadku K a p o s i e g o najprawdopodobniej wysuwały się na pierwszy plan zmiany w gruczołach przytarczycznych (drgawki). W przypadku T r y b a dały się zauważyć zmiany w przysadce mózgowej.

Rozpatrując z tego punktu przyczyny powstawania I. h., przypuszczać możemy, że typowe przypadki znachodzić się

mogą i u dziewic, poza ciążą, w klimakterium, a co najważniejsze, i u mężczyzn. Wszak dawniej rozmiękczenie kości uważaliśmy za chorobę płci żeńskiej tylko, a dziś wiemy, że równie dobrze wystąpić ono może i u mężczyzn (głodowe) Przyczyna tej choroby leży nie tylko w jajniku — ale i w innych gruczołach dokrewnych. Impetigo herpetiformis, jako wyraz schorzenia gruczołów dokrewnych, występować może u chorych bez różnicy płci i wieku.

Przypuszczenia o możliwości samozatrucia ustroju w czasie ciąży, wyrażał i Linser. W każdej ciąży przychodzi do wytwarzania się ciał trujących, a dla prawidłowego przebiegu ciąży, jest konieczne, aby te ciała trujące, unieszkodliwiły inne ciała, działające paraliżująco. Gdy ustrój nie może wytworzyć tych przeciwciał — przyjść może do zatrucia ciążowego. Dlatego należy dodać gotowych już przeciwciał w postaci surowicy zdrowych ciężarnych. Leczone w ten sposób przez Linsera przypadki I. h. - z wynikami dodatniemi — wydają się wątpliwemi, gdyż z opisów sądząc, nie były to typowe przypadki I. h. — ale inne cierpienia skórne powstające w ciąży. W przypadku Rosta leczenie surowicą zdrowej ciężarnej nie dało dodatnich wyników, przeciwnie w moim przypadku, wynik tego leczenia był niesłychanie pomyślny. Zmiany czynnościowe w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu nie były jeszcze posunięte do ostatecznych granic, dodanie tych ciał, których schorzałe gruczoły dokrewne nie mogły wytworzyć, nie tylko zparaliżowało szkodliwe działanie ciał trujących, ale podparło działanie gruczołów, tak skutecznie, że mogły odzyskać swą równowagę fizjologiczną. Zmiany chorobowe ustąpiły nie tylko na czas stosowania surowicy, ale nie występowały i po zaprzestaniu leczenia. W przypadku Rosta, zmiany w gruczołach dokrewnych i następowe zmiany chorobowe zbyt już daleko były posunięte — tak, że surowica nie mogła wywrzeć dodatniego działania.

Wnioski:

1) I. h. jest schorzeniem ogólnem ustroju o typowym obrazie skórnym i przebiegu takim, jaki opisał Hebra i Kaposi.

2) Przyczyną I. h. są zaburzenia w czynności gruczołów dokrewnych, które prowadzą do zatrucia ustroju produktami wadliwej przemiany materji, wskutek upośledzonego działania odtruwającego, przedewszystkiem gruczołów przytarczycznych i przysadki mózgowej. I. h. jest więc schorzeniem wielogruczołowem.

3) I. h. może występować u kobiet ciężarnych i nieciężarnych, prócz tego najprawdopodobniej i u mężczyzn.

4) Leczenie I. h., występującego w czasie ciąży lub połogu, surowicą zdrowych ciężarnych daje pomyślne wyniki, jeżeli zmiany chorobowe nie są zbyt daleko posunięte.

Piśmiennictwo.

Podane szczegółowo do r. 1911. Scheuer. Hautkrankheiten sexuellen Ursprungs bei Frauen 1911. Berlin-Wien. — Ziemann. Derm. Ztschr 23. 1916. — Polland. Derm. Ztschr. 27, 1919. Rost. Archiv für Derm. T. 131. 1921. — Schardorn. Archiv für. Derm. T. 132. 1921. — Tryb. Arch. für Derm. 132. 1921 — Assmann. Derm. Wochschr. T. 73. H. 43. Biedl-Innere Sekretion I. II. 1913. — Weil. Die Innere Sekretion 1921. — Jaschke Normale und pathologische Physiologie der Geburt. Handbuch der gesammten Frauenheilkunde. Leipzig 1914, — Schlessinger W kl. Wochschr 1921. Nr. 18 — Bauer. W. kl. Wochschr 1921. Nr. 26. — Linser. Ztschr. Derm. 1911. Ueber Hauterkrankungen der Drüsen mit innerer Sekretion, in Kraus-Brugsch Speziele Pathologie und Therapie innerer Krankheiten 1919. Brugsch Pluriglandulare Insuffizienz endokriner Blutdrüsen — multiple Blutdrüsensklerose. tamże. — Zubrzycki. Pochodne białka łożyskowego i ich działanie trujące. Kraków 1915.

Z praktyki.

Dr. Fr. Slęk. Przemyśl.

O odkażaniu skóry kwasem pikrynowym

Z oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego.

Dotychczasowe sposoby odkażania skóry przed zabiegami operacyjnemi, aby uczynić ją jałową i nieszkodliwą dla powstałej rany, są niewystarczającemi.

Jeżeli sobie uprzytomnimy sposoby dawne, podane i zalecane przez Fürbringera, Ahlfelda, mianowicie przez mycie wodą, mydłem, alkoholem, płynami odkażającemi, to musimy przyznać, że były one dla chorego zabiegiem ciężkim, przykrym, i pomimo długiej procedury nie stały w żadnym proporcjonalnym związku z uzyskanem wyjałowieniem. Badania, dokonane przez Paula, Krōniga, Sarvey'a, Gottsteina, Hacglera, wykazały, że skóry operowanego, jak i operatora, nie możemy nigdy uczynić w ścisłem słowa tego znaczeniu jałową, a co gorzej, że z biegiem zabiegu operacyjnego, już po kilku minutach, drobnoustroje z rozpulchnionego naskórka coraz więcej wydobywają się na zewnątrz i zakażają pole operacyjne.

Z rękami operatora doszliśmy do ładu przez używanie rękawiczek gumowych, które mają dobre i złe swoje strony. Ze skórą operowanego i jej odkażeniem postępowanie nasze ustawicznie chroma, i nie mamy środka, któryby uczynił ją jałową i zatrzymał odkażoną przez cały czas trwania zabiegu operacyjnego. Tak samo sposoby podane przez Heusnera (jod-benzyna), Mikulicza (mydło spirytusowe), Herffa (alkohol-aceton), Brunna (alkohol) okazały się w użyciu niewystarczającemi, jak sposoby Fürbringera i Ahlfelda.

Zaczęły się doświadczenia w celu wykrycia tych szkodliwych przyczyn, które uniemożliwiają wyjałowienie skóry ludzkiej. Zasługą też Hacglera jest, że wykazał, iż przyczyną są tu gruczoły skórne, z których drobnoustroje wydobywają się na zewnątrz, i aby uzyskać ją jałową, należy zatrzymać je w skórze i nie dozwolić im wydobywać się na zewnątrz.

W tym celu Murphy zalecił gumową, tkaninę zwaną »Rubberdam«, przymocowywać do brzegów rany. Weil nacierał skórę rozczynem jodu z mastyką i przylepiał pole operacyjne tkaniną gumową, przez którą prowadził cięcie skórne. Menge używał w tym celu parafiny z xylolem, Murphy gutaperki, Döderlein gaudaniny, Wederhake dermagummitu, Doenitz chirosoteru, Heusner kollodium z jodem, Oettingen mastisolu, Herff benzoedamaru; sposoby te jednak nie znalazły zwolenników i przeszły do historji rozwoju odkażania skóry przed zabiegami operacyjnemi. Jako pomysł, którego nie należy brać nawet pod rozwagę, to wstrzykiwanie wody karbolowej w miejsce cięcia mającego być poprowadzonem w skórę, a podany przez sycylijskiego chirurga Titone'go. Wielkie wrażenie w świecie chirurgicznym wywołał sposób, podany przez Grossich'a, który pominął zupełnie mycie pola operacyjnego i bez żadnego poprzedniego oczyszczenia zalecił pole operacyjne pomazać nalewką jodową. Do jakiego stopnia sposób ten uważano za niedorzeczność i sprzeciwiający się wszelkim wymogom aseptyki i antyseptyki, dowodzi, że, gdy sposób swój chciał ogłosić w jednym z czasopism niemieckich, redakcja wymówiła się od ogłoszenia nadmiarem zgłoszonych prac daleko ważniejszych. Zanim sposób Grossicha zdobył sobie uznanie w świecie chirurgicznym, pierwsze zabiegi operacyjne dokonywane były z obawą o przyszłe losy operowanych. Wkrótce jednak uzyskał sposób ten uznanie i po dzień dzisiejszy ma gorących zwolenników pomiędzy chirurgami całego świata Zjazdy chirurgów polskich w roku 1910, niemieckich w roku 1911 wypowiedziały się za użyciem tego sposobu i jego zaletami.

Jako specjalną zaletę podnoszono z różnych stron (Payer, Reclus, Lanz, Kausch, Walther, Zaremba, Lejars i wielu innych) przedewszystkiem łatwość zastosowania, szybkie uzyskanie pola operacyjnego jałowego, środek tani i humanitarny w użyciu. Zgodnie wszyscy chirurdzy wyrazili się, że po użyciu sposobu Grossicha daleko mniej spostrzega się zapaleń płuc pooperacyjnych.

Przeciwnicy, którym nie łatwo było przyzwyczaić się do porzucenia starych sposobów, podnosili, że po użyciu nalewki jodowej występują zapalenia skóry, wypryski, tworzenie się zakrzepów w naczyniach z powodu dostawania się jodu do obiegu krwionośnego (Hindenberg), że tworzą się zrosty pomiędzy jelitami (Heinecke, Rehn), nawet, że pary jodu je wywołują (Propping). Spostrzegano nawet krwawienia z brzegów ran, jak i ich obumieranie. W rzeczywistości jod

wywołuje w pewnym stopniu powikłania, jednak nie takie, by sposobowi temu czynić zarzuty. W każdym razie sposób ten okazał się znakomitym, że trudno jest go porzucić i powrócić do dawnych metod wyjaławiania skóry.

Dlatego też podawane inne środki, jak tymol (König), formalina, alkohol propylowy (Pleth), tribromnaphtol (Propping) nie uzyskały pierwszeństwa przed nalewką jodową. Przyjmowano je zawsze z niedowierzaniem. Tak samo pierwsze publikacje o odkażaniu skóry, czyli pola operacyjnego, kwasem pikrynowym, nie wzbudziły zaufania do tego środka.

Dopiero, gdy brak jodu i jego wygórowana cena stanęły na przeszkodzie w używaniu nalewki jodowej, która na wielkich oddziałach pochłania lwią część pieniędzy, w które szpitale krajowe, jak i powszechne nie są zaopatrzone i stale cierpią na brak gotówki, postanowiliśmy ten środek wypróbować na naszym oddziale chirurgicznym.

Kwas pikrynowy zalecony został, jako środek odkażający pole operacyjne, przez angielskiego chirurga, w czasie wojny, przez profesora Gibsona. Pierwsze prace w tym kierunku, podane przez Cassegrain'a, Hewitt'a, Farr'a, Gibsona, jako referaty, były zachęcające do tego stopnia, że poczęliśmy w styczniu b. r. zastosowywać kwas pikrynowy przy zabiegach operacyjnych małych, jak tłuszczaki, wodniaki moszen, gruczoły chłonne, przy wycięciu żył z powodu żylaków. Po przekonaniu się, że przebieg gojenia tych ran pooperacyjnych był zupełnie bez najmniejszej reakcji, poczęliśmy wykonywać zabiegi operacyjne, przy odkażeniu skóry kwasem pikrynowym, w jamie brzusznej. Do dnia dzisiejszego wykonaliśmy 100 zabiegów operacyjnych, w czem 30 laparotomij, jak wycięcia części żołądka, gastroenterostomje, wycięcie pęcherzyka żółciowego, wyrostka robaczkowego, przepukliny duże, wola, guzów macicy itp. Ponieważ wyniki pooperacyjne, jakie otrzymaliśmy, mogę nazwać wprost świetnemi, a w użyciu do odkażania kwas pikrynowy daleko lepszym, niż nalewka jodowa, pozwalam sobie na podstawie tych przypadków zachęcić kolegów do użycia tego środka i do wypróbowania go w oddziałach chirurgicznych.

Kwas pikrynowy, *acidum picronitricum*, użyty został przez Gibsona, jako środek odkażający, w rozczynie alkoholowym 5%. Hawitt po dokonaniu prób odkażania pola operacyjnego kilkoma sposobami wykazał: 1) że skóra po 15 minutowem myciu wodą, mydłem i szczotką, zawsze zawierała drobnoustroje, a hodowle drobnoustrojów zawsze otrzymywano. 2) Przy użyciu alkoholu, eteru i 3% nalewki jodowej, pole operacyjne po 3 minutach bywało jałowem, jednak w 1/2 godziny można było otrzymać ze skóry hodowle drobnoustrojów. 3) Nalewka jodowa 7% wyjaławiała skórę, jako pole operacyjne, już po 2 minutach, skóra była jałowa około 2 godzin. 4) 6% rozczyn alkoholowy kwasu pikrynowego, wcierany w skórę, wyjaławiał pole operacyjne zupełnie po 3 minutach, a jałowość ta utrzymywała się przez 1/2—2 godzin. 5) Po poprzedniem oczyszczeniu skóry alkoholem i 3 minutowem wcieraniu rozczynu alkoholowego kwasu pikrynowego nie zdołał Hewitt wohodować żadnych drobnoustrojów, nawet po próbach hodowania w kilka godzin po wcieraniu. W ten sposób, przygotowując pole operacyjne, dokonano 269 większych zabiegów operacyjnych i uzyskano w 97% ran rany, zagojone *per primam intentionem*.

Do podobnych wyników doszli i inni chirurdzy, jak Cassegrain, Farr.

Sam wynalazca tego sposobu, Gibson, który używa rozczynu kwasu pikrynowego od 1 1/2 roku, wykonał zabiegów operacyjnych 437, przyczem w 398 przypadkach uzyskano zupełnie też zagojenie ran, bez żadnych powikłań, a w 39 przypadkach (9%) powikłania w postaci ropienia.

Do zabiegów operacyjnych dobierane były przypadki, co do których już z góry należało przypuszczać, że nie ulegną zropieniu, jak się ma rzecz w przypadkach, w których ropienie można było z góry przewidzieć, jak np. ropne zapalenie wyrostka robaczkowego, przepukliny uwięźnięte. W ten sposób dokonano zabiegów dużych, jak wycięcia pęcherzyka żółciowego bez sączkowania, włókniaków macicy, przepukliny wolne, przewlekłe zapalenia wyrostka robaczkowego. W naszym szpitalu postępujemy następująco: po poprzedniej kąpieli chorego dnia, poprzedzającego zabieg operacyjny, w nagłych przypadkach nawet bez kąpieli, golimy pole operacyjne bez użycia mydła. Przed zabiegiem oczyszczamy pole operacyjne alkoholem i w czasie uśpienia, zanim chory zaśnie, zamaczanym gazikiem w 5% rozczynie 90% alkoholowym zmywamy pole operacyjne przez 3—4 minut, zmieniając 2—3 razy gazę, napojoną kwasem pikrynowym. Następnie, gdy po upływie kilku minut alkohol się ulotni, wyparuje, pole operacyjne okładamy kompresami i przystępujemy do wykonania zabiegu operacyjnego. Po skończonym zabiegu zmywamy alkoholem nadmiar kwasu pikrynowego; samą ranę pocieramy jeszcze rozczynem kwasu pikrynowego i zakładamy opatrunek.

Na podstawie naszego materjału doszliśmy do przekonania, że 5% rozczyn alkoholowy kwasu pikrynowego jest środkiem pewnym w działaniu, a nawet przewyższającym w wysokim stopniu nalewkę jodową. Na 100 przypadków operowanych w 6 przypadkach otrzymaliśmy nieznaczne ropienie w szwach, winy jednak rozczynowi temu przypisać nie można, gdyż dotyczyło to przypadków, jak maltretowanych przepuklin uwięźniętych, zapaleń ropnych wyrostka robaczkowego i zgorzelinowych zapaleń pęcherzyka żółciowego. W pozostałych przypadkach rany goiły się przez rychłozrost, bez najmniejszego podrażnienia brzegów rany.

Jako zaletę użycia kwasu pikrynowego musimy podnieść to, co inni autorzy podnoszą:

1. Pewność działania w odkażaniu pola operacyjnego, przez dokładne ustalenie drobnoustrojów, znajdujących się w skórze, i powstrzymaniu ich wydobywania się na zewnątrz, przez działanie garbujące naskórka.

2. Brzegi rany pozostają cały czas żółto zabarwione do końca samej operacji, przeciwnie jak przy użyciu nalewki jodowej, gdzie brzegi rany zawsze bywają odbarwione.

3. Nie wywołuje kwas pikrynowy zrostów jelitowych, za czem przemawiają badania Farra.

4. Nie niszczy narzędzi chirurgicznych, któremi trzymamy gazę napojoną, bielizny, kompresów.

5. Nie wywołuje żadnych zapaleń skóry, nawet na miejscach wrażliwych, jak moszna.

6. W użyciu nie wywołuje żadnych powikłań.

7. Jest środkiem tanim w przeciwieństwie do jodu, który jest środkiem drogim.

I tak 5 gramów kwasu pikrynowego kosztuje w aptece 95 Marek, jodu czystego krystalicznego ta sama ilość 350 Marek.

Jeżeli zaś rozczyn 5% kwasu pikrynowego sporządzimy sami, to 1000 gramów tego rozczynu wynosi około 1950 M. (alkohol dla szpitali po cenie zniżonej wynosi cena około 1200 M. wraz z przywozem + 50 g kwasu pikrynowego 750), podczas gdy ta sama ilośc nalewki jodowej wynosi cenę (1200 M alkohol + jod krystaliczny 50 g 2800 M. czyli) 4000 Marek. Przy użyciu 10% nalewki jodowej cena eptekarska wynosi dla szpitali przy zniżonej taksie 8259 M. za 1000 gramów, dla stron prywatnych 9924 M. Z tego zestawienia nie trudno obliczyć, ile można zaoszczędzić rocznie przy użyciu kwasu pikrynowego na oddziale chirurgicznym, na którym się dokonuje znaczną ilość zabiegów operacyjnych.

Wyrażam jednak obawę, że z powodu zwiększonego zapotrzebowania tego środka kwas pikrynowy nagle zginie z handlu, by potem, po cenach paskarskich, dorównywując cenom jodu krystalicznego, pojawić się na nowo.

Jako wadę tego środka podnieść mi też należy, zabarwienie żółte skóry, które nie daje się usunąć przez 2—3 tygodnie po zabiegu operacyjnym. Hewitt radzi zmywać 5% rozczynem sody lub też 25% rozczynem amoniaku w alkoholu etylowym. Przekonaliśmy się, że zmywanie temi środkami nie prowadzi do celu, a zabarwienie daje się usunąć po kilkunastu dniach wraz z łuszczącym się naskórkiem po użyciu kąpieli.

Bielizna, gaza, kompresy barwią się na żółto, które to zabarwienie znika po wypraniu. Ze względu na długotrwałe żółte zabarwienie rozczynu tego nie radzą używać przy operacjach na twarzy.

Biorąc pod uwagę strony dodatnie i ujemne kwasu pikrynowego, na podstawie naszego choćby doświadczenia, mogę zalecić środek ten do dalszego wypróbowania i przekonania się co do jego zalet przy odkażaniu pola operacyjnego.

Piśmiennictwo:

Zentralorgan für die ges. Chir. u. ihre Grenzgebiete: 1) Cassegrain, O. C. Picric-acid-a preoperative desinfectant. T. VII. Z. 8. 1920. — 2) Farr Charles E. Picric acid in operative surgery T. XI. Z. 9. 1921. — 3) Hewitt H. W. The preparation of the skin for operation with special reference to the use of picric acid. T. XIII. Z. 4. 1921. — 4) Gibson, Charles L. Standarlized results of wound healing. T XV Z. 5. 1922.

Zapiski lecznicze.

Latembacher poleca **salicylan sodowy dożylnie**, jeśli objawy żołądkowe nie pozwalają na jego stosowanie per os. Z rozczynu chemicznie czystego salicylanu sodowego (1 : 30) stosuje co drugi dzień — po 3 g., popłukując jeszcze żyłę zastrzyknięciem kilku cm sześciennych roztworu fizjologicznego soli; współcześnie raz na dobę, mianowicie na noc, salicylan per os. L. przy gośćcu radzi stosować, solicylany jeszcze przez 14 20 dni po ustąpieniu wszelkich objawów, a nawet przez dalsze 1—1½ roku w każdym miesiącu przez 10 dni do wewnątrz lub dożylnie (Presse médicale 1921 Nr. 90).

Przy **wielkiej utracie wody** stosuje u osesków X. Mayer wlewania do otrzewnej (150—300 g płynu) jako ultimum refugium, z wynikiem pomyślnym. (Münch. m. W. 1922 Nr. 6).

Przy **trudności znalezienia żyły** w celu zastosowania zastrzyknięcia, należy przedramię pogrążyć w wodę gorącą (Münch. m. W. 1921 Nr. 25)

Do djetetyki **ostrych i przewlekłych zapaleń nerek** wprowadza się dni cukrowe; przez dwa do czterech dni kolejnych podaje dzieciom po 10 gramów (40 ciepłotek) cukru na 1 klg wagi ciała, rozpuszczonych w 1 litrze kawy słodowej; obok tego dwa do trzy jabłka. (Klin. W. 1922. Nr. 1).

Puley radzi **stosowanie przetworów wapnia** (np. afenilu) w kile narządów wewnętrznych i przy wiądzie rdzenia. Rozpuszcza salwarsan, zamiast w wodzie, w rozczynie afenilu. (Deut. m. W. 1922 Nr. 7).

Klotz widział po **witaminach** (sok z marchwi, drożdże) **zmniejszenie cukromoczu** w przebiegu moczówki cukrowej (Münch. M. W. 1922 Nr. 13).

W dalszym rozwoju stosowania **dożylnego leków rozpuszczanych w olejach** radzi Leuzmann emulgować ciała oleiste z kazeozanem (caseosan, heyden). W takiej zawiesinie stosował oleum terebintinae rectificat. + Caseosan i ol. Camphorat. forte: (20%) + Caseosan. (Deut. m W. 1922 Nr. 11).

Jako środek antyseptyczny bardzo silny, a dla ustroju nieszkodliwy, polecają chirurgowie niemieccy **rivanol** Morgenrotha. W przypadkach np. zapalenia ropnego otrzewnej wprowadzają do jamy otrzewnej po 1—200 cm³ rivanolu, otrzymując wybitne działanie antyseptyczne (Klin. Woch. 1922 Nr. 11). Podobną wartość ma też **vucinum** Morgenrotha (Klin. Woch 1922 Nr. 8).

Freudenberg i György uważają **tężyczkę dziecięcą** za skutek alkalosin; ponieważ amoniak wywołuje kwasicę (acidosis), autorzy podawali po 3—7 g amoniaku dziennie dzieciom z tężyczką na tle spazmofilji — z wynikiem pomyślnym. (Klin. Woch. 1922 Nr. 9.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Ksawery Cieszyński. Warszawa.

O żółwich prątkach gruźliczych Friedmanna pod względem bakterjologicznym.

Gdy w r. 1903 Friedmann ogłosił w kilku pismach niemieckich swoje odkrycie szczepu prątków gruźliczych u żółwi morskich z berlińskiego akwarjum przypuszczał, że będzie mógł, taksamo jak Jenner krowianką przeciw ospie, szczepić ludzi ochronnie przeciw gruźlicy temi prątkami gruźliczemi żółwia, uważał je bowiem za szczep ludzki „dziwnie złagodzony“. Wtedy poczęli różni autorzy niemieccy (Orth i Lydia Rabinowitsch, Westenhöfer, Citron, Brauer, Meinicke, Aronson i inni) badać pokrewieństwo tych prątków ze szczepem ludzkim i po kilku latach doszli do przekonania, że prątki te mogą wywoływać u zwierząt ciepłokrwistych zmiany gruźlicze, a więc mogą być dla człowieka niebezpieczne. Tylko Kraus i Kruse nie mogli wykazać ich chorobowego działania na ustrój ludzki. Inni autorzy, jak Weber i Taute, Piorkowski przypuszczali, że prątki te pochodzą od człowieka, gdyż zachodziła możliwość zakażenia owych żółwi Friedmanna przez gruźliczego sługę; przeważająca jednak większość innych autorów (Jansco i Elfer i inni) wykazała, że prątki ludzkie nie mogą się przystosować do zwierząt zimnokrwistych.

Po tym pierwszym szczepie wykrył Friedmann drugi w r. 1904 i trzeci w r. 1906, dokładniej przez autora opisany dopiero w r. 1914. Z tych prątków, które dla innych żółwi były w wysokim stopniu chorobotwórcze, wyhodował on na agarze z gliceryną większą ilość i utworzył z nich „środek“, który już dla żółwi był nieszkodliwy, ponieważ przez kilkakrotne przeszczepianie stał się dla nich obcy. Na podstawie tego wyniku przyznaje Moeller, że wobec możliwości złagodzenia prątków gruźliczych ludzki prątek może być przodkiem prątków Friedmanna.

Pozostawało jeszcze do sprawdzenia, w jakim stosunku znajdują się prątki Friedmanna do prątków kwasoodpornych wogóle. I tu lata ostatnie przyniosły nam obszerne badania ze sprzecznemi wynikami. Np. Kolle, Schlosberger, Pfannenstiel, Igersheimer, Jaffe i Kirchner w ostatnich dwóch latach dopiero ogłosili zdumiewające wyniki badań nad zachowaniem się różnych prątków kwasoodpornych: 1) Rabinowitsch'owej, wyhodowanych z masła, 2) takich samych Kornera, 3) Moellera, wyhodowanych z tymianku, 4) żółwich Friedmanna 5) ludzkich Arloing'a, 6) kurzej gruźlicy, 7) z żółwi Piorkowskiego i 8) żabiej gruźlicy Küstera. Szczepili je oni świnkom morskim niegruźliczym i następnie po wytworzeniu się gruzełków wyjmowali, rozcierali jałowo i materjał ten, zawierający prątki kwasoodporne szczepili innym zdrowym zwierzętom. W miarę powtarzania tego zabiegu zwiększała się żywotność tych szczepów, gdyż po pierwszym zastrzyku gruzełki wytwarzały się tylko na miejscu zastrzyk., po dalszych zastrzyk. zaś również w odległych narządach i wywoływały zmiany większe, swoiste dla gruźlicy. Dalsze badania wykazały, że prątki wyjęte z tych narządów wyrastały tak samo, jak prątki zwierząt ciepłokrwistych, dopiero po 2—3 tygodniach na podłożu z jajka, na zwykłym agarze i agarze z gliceryną, a po kilkakrotnem przeszczepieniu już po 2—4 dniach. Po ponownem przejściu przez zwierzę wyrastały znów po 3—5 tygodniach w małych kępkach, nie różniących się od kolonij prątków ludzkich. Szczepy Friedmanna i Piorkowskiego zmieniały również swe własności biologiczne, mianowicie przystowywały się do zwierząt ciepłokrwistych i nawet osiągały własności prątków ludzkich. Zanieczyszczenie, według autorów, nie mogło mieć miejsca. Prątki te po przejściu przez zwierzęta zmieniały również *optimum* wyrastania, gdyż rozmnażały się taksamo, jak prawdziwe prątki gruźlicze, tylko przy 37—40° a nie rosły, jak przedtem, przy 50 — 55 — 58° w cieplarce.

Również Philibert stwierdził, że wszystkie prątki podobne do gruźliczych są dla świnek chorobotwórcze, gdyż wywołują po zaszczepieniu podskórnem serowate rozmiękające ogniska a po dootrzewnowem zrosty włóknisto-serowate żołądka, wątroby, śledziony i rozsiane gruzełki. Niemniej Weber wywołał u świnek takie miejscowe ognisko serowate, obrzmienie gruczołów i rozsiane gruzełki po zaszczepieniu podskórnem prątków kwasoodpornych, wyhodowanych z tymianku, mierzwy i trawy oraz prątków gruźliczych padalca, z któremi do podobnych wyników doszedł i Frietsche. Także i Klempererowi padły świnki, nim zdołał je uodpornić prątkami wyhodowanemi z masła, trawy i mleka. Autor ten posuwa się nawet tak daleko, że przypuszcza „związek filogenetyczny“ pomiędzy temi kwasoodpornemi prątkami gruźliczemi i dochodzi do wniosku teoretycznego, że prątki gruźlicze i kwasoodporne są przyrody pokrewnej, nawet tej samej, innemi słowy, że prątki gruźlicze są pasożytami trupiemi, które stały się szkodliwemi dla zwierząt. Wniosek ten ustala więc odwrotne pochodzenie prątków gruźliczych w porównaniu z teorją Möller'a, uważającego je za przodka.

Przeciw wynikom tych badań, świadczących o szkodliwości prątków kwasoodpornych dla zwierząt ciepłokrwistych, broni się Friedmann w ten sposób, że uważa wytworzone przez nie gruzełki za odczyn przeciw ciałom obcym (Fremdkörpertuberkel), w których badania Lubarscha, Mayera i innych wykryły również komórki olbrzymie. Następnie podkreślają Lange i inni, że trzeba od-

różniać hodowlę prątków gruźliczych żółwi od prątków Friedmanna, które są przygotowywane ze starych już osłabionych szczepów, choć Friedmann sam uważa je za zupełnie identyczne. Chcieli oni bowiem w taki sposób wyjaśnić sprzeczne wyniki najróżniejszych autorów. Rabinowitsch powtarza za rosyjskimi lekarzami przypuszczenie, że środek Friedmanna jest umyślnie zanieczyszczony przez prątki ludzkie. Aż do r. 1914 odzywały się jeszcze różne inne podejrzenia, oparte na tem, że Friedmann, występując o opatentowanie środka, mówi o mieszance hodowli prątków gruźliczych żywotnych i nieżywotnych.

Ogłoszone również w tym roku doświadczenia Lange'go wykazują natomiast, że prątki kwasoodporne, wyhodowane z trąbki (*Trompetenbazillen*) żółwi i padalców zaszczepione świnkom morskim, rozchodziły się po całem ciele zwierzęcia, lecz nie mnożyły się w niem, przebywały zaś w niem do 44 tygodni, lecz nie zwiększały w tym czasie swej żywotności. Nie zdołały one również wywołać przeczulenia na starą tuberkulinę ani nie chroniły przed rozwinięciem się gruźlicy po zaszczepieniu prawdziwych prątków. Ponieważ w licznych doświadczeniach na morskich świnkach, królikach, szczurach, myszach, a nawet małpach, prątki Friedmanna zachowywały się tak samo nieszkodliwie względem tych zwierząt, autor dochodzi do przekonania, że prątki te znacznie więcej są zbliżone do prątków zwierząt zimnokrwistych i innych kwasoodpornych pasożytujących na trupie, niż do prawdziwych prątków gruźliczych. To samo potwierdziła przeważająca część badaczów Ehrlich-Boencke, Meinicke, Barnes i inni), że środek Friedmanna, względnie prątki z niego wyhodowane, jak również prątki, wzięte z ropni lub przetok, po zaszczepieniu człowiekowi nie są wcale lub tylko chyba w bardzo nieznacznym stopniu chorobotwórczemi wobec świnek morskich. Na podstawie tych wyników przypuszczają autorzy, że również nieszkodliwie zachowają się prątki Friedmanna wobec organizmu ludzkiego.

Co do zachowania się prątków Friedmanna w hodowli autor sam opisuje, że w pierwszej hodowli otrzymanej przy 37° C wyglądają one podobnie do prątków gruźliczych zwierząt ciepłokrwistych a po kilkakrotnem przeszczepieniu na agarze z gliceryną nie dają się od nich odróżnić. W buljonie z gliceryną wytwarza prątek żółwi pofałdowaną porwaną albo płaską pajęczynkę, podobnie jak prątek Kocha. W opisie swego trzeciego szczepu podaje Friedmann, że prątki jego rosną przy ciepłocie pokojowej w postaci brudnej śmietanki, a przy 37° C w postaci suchych trupów. Co do zależności bujności wyrastania ich od ciepłoty, to opisy są bardzo niejasne i niejednolite. Lange na podstawie swoich doświadczeń twierdzi jednak, że istnieje wielka różnica pomiędzy hodowlą prątków Kocha a prątkami Friedmanna, które są zbliżone do prątków kwasoodpornych, pasożytujących na trupie.

Wreszcie co do wyglądu postaciowego, podkreślają prawie wszyscy autorzy, że prątki Friedmanna są mniej kształtne, grubsze i krótsze od ludzkich i zbliżają się w wyglądzie do typu krowiego. Niektórzy autorzy (Barnes, Piórkowski) zwracają też uwagę na ziarnistość, którą uwydatnia barwienie podług Mucha. Podług Baumanna i Barnesa odznaczają się prątki Friedmanna mniej wybitną odpornością wobec kwasów. Ciekawem jest to, że Friedmann sam nie widział żadnej różnicy pomiędzy swemi prątkami a prątkami zwierząt ciepłokrwistych.

Piśmiennictwo.

Aronson. D. m. W. 1914 Nr. 10. Barness. Lee Harry. The Prov. Med. Journ. Nov. 1913. Banmann. D. m. W. 1914. Nr. 24. Brauer. D. m. W. 1914. Nr. 17 i Nr. 20. Ehrlich-Boencke. Min. Bl. f. Medizinalangelego. 1919 Nr. 32. Friedmann. D. m. W. 1903 Nr. 2, 26 i 50. Friedmann. Ztschr. für Tuberkulose 1903 T. 4 Z. 5. — D. m. W. 1904 Nr. 5, 12, 46 i 49. — B. kl W. 1912 Nr. 47. — Bl. kl. W. 1914 Nr. 30. — D. m. W. 1914 Nr. 18. — D. m. W. 1918 S. 1307. — Frietsche. Arch. f. Hyg. 1908. T. 65 Z. 81. — Fürth. Ztschr. f. Hyg. 1920 T. 91 Z. 2. — Igersheimer u. Schlossberger. D. m. W. 1921. Nr. 19. — Jaffé. D. m. W. 1921 Nr. 26. — Jansco u. Elfer. Braners Beitr. 1911 T. 18 Z. 2. — Klemperer. Ztsch. f. klin. Med. 1904 T. 48. Str. 250. — Ther. der Gegenwart 1913. Jahrg. 54. — Kirchner. D. m. W. 1921 Nr. 7. — Kolle u. Schlossberger. D. m. W. 1920 Nr. 51. — Kolle, Schlossberger u. Fflanenstiel. D. m. W. 1921 Nr. 16. — Kruse. D. m. W. 1918 Nr. 6. — D. m. W. 1921 Nr. 1. — Lange. Zeitschr. für Immuitätsforschung 1921 T. 32 Z. 3—4 — D. m. W. 1921 Nr. 19. — Meinicke. D. m. W. 1914 Nr. 27. — Moeller. D. m. W. 1904 Nr. 12. — Ther. der Gegenwart. 1913 T 54. — Ztschr. f. Tuberkulose 1913. T 12. — D. m. W. 1920 Nr. 6. — Orth. B. kl. W. 1906 Nr. 20. — B. kl. W. 1907 Nr. 33. — Orth i Lidia Rabinowitsch. Virch. Archiv. Beiheft zu Bd. 190 1907. — Philibert. Les pseudo-bacilles acido-résistants. Paris 1908. — Piorkowski. D. m. 1914 Str. 840. — Rabinowitsch Lydia. D m. W. 1906 Nr. 22. — D. m. W. 1914 Nr. 51. — Ther. der Gegenwart 1921 Nr. 1. — Uhlenhuth i Jötten. D. m. W. 1920 Nr. 32—33. — Uhlenhuth i Lange D. m. W. 1920 Nr. 5. — Weber A. Arbeiten aus dem Kaiserl Gesundheitsamte 1902 T. 19. — Cblt. f. Bakt. 1 Abt. Orig. T. 64 1912. — Weber i Tante. Tuberkulose Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte. Z. 10 S. 217. — Westenhöfer. B. kl W. 1913 Nr. 27. Windrath. Med. Kl 1914 Nr. 22.

Oceny i sprawozdania.

Tuberkulose-Bibliotek. Nr. 7. Partigenforschung u. Therapie. Lipsk 1922, nakładem J. A. Barth'a. Str. 32 ósemka. Część pierwsza rozprawki, opracowana przez M. Pinnera, stanowi poglądowe sprawozdanie z piśmiennictwa, dotyczącego badań doświadczalnych. Czytamy tam, że wśród badaczy, zajmujących się przedmiotem nauki Mucha, są także tacy — chociaż nieliczni — którzy nie podzielają zapatrywań ogółu pracujących w tej dziedzinie. Jedni przeczą, jakoby wywoływaczami cząstkowemi można było uodparniać zwierzęta przeciw gruźlicy, inni znowu wskazują, że rozkład bakteryj gruźliczych, dokonywany w probówce, według przepisu Mucha, jest zasadniczo różnym od rozkładu bakteryj gruźliczych w ustroju. Co się zaś tyczy odczynu śródskórnego, będącego probierzem »matematycznej analizy odporności«, nie wiadomo — czy tenże odczyn jest objawem nadwrażliwości (*anaphylaxia*), czy nie? — tem mniej zaś można wiedzieć, w jakim stosunku pozostaje odczyn śródskórny do stanu odporności ustroju.

Autor przytacza wymienione sprawy sporne, nie zajmując się wiele niemi — aczkolwiek odnoszą się one do podstaw nauki Mucha. Mimo wspomnianych wątpliwości, końcowe streszczenie wywodów autora, wypada korzystnie dla sprawy wywoływaczy cząstkowych.

W drugiej części rozprawki H. Gran i H. Schulte-Tigges, omawiają wywoływacze cząstkowe ze stanowiska klinicznego. Zdaniem ich, odczyn śródskórny stanowi bardzo ciekawy przedmiot badań pod względem naukowym, ale dla klinicysty przedstawia niewielką wartość; w każdym razie nie można na nim opierać wskazań leczniczych.

Stan nadwrażliwości (allergia) i stan niewrażliwości (anergia) w leczeniu gruźlicy należy zawsze rozpatrywać w związku ze stanem klinicznym chorego. Zarówno nadwrażliwość, jak i niewrażliwość, nabierają różnego znaczenia zależnie od objawów chorobowych danego ustroju.

Różnica w działaniu wywoływaczy cząstkowych z jednej, a w działaniu tuberkuliny z drugiej strony, polega na tem, że wywoływacze cząstkowe działają na cały ustrój z wyjątkiem tkanki gruźliczej, tuberkulina zaś wprost przeciwnie działa wyłącznie tylko na tkankę gruźliczą. I dlatego wywoływacze cząstkowe nie mogą zastąpić tuberkuliny; zresztą tensam cel, co wywoływaczami cząstkowemi, można osiągnąć w inny sposób, np. naświetlaniem lampą kwarcową.

Wartość leczniczą wywoływaczy cząstkowych autorowie tak przedstawiają: leczenie wywoływaczami cząstkowemi nsuwa niejednokrotnie gorączkę, a chorzy zyskują na wadzę, ale na znikanie prątków gruźliczych leczenie nie wywiera żadnego wpływu.

Z treści rozprawki przytoczyłem (za autorami) tylko sporne względnie wątpliwe strony nauki Mucha, ponieważ im należy się główna uwaga, tembardziej, że naogół są mało znane.

Rozprawka napisana zwięźle, jasno i zajmująco.

Kostrzewski (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

La Presse Médicale

N. 25. 1922.

H. Roger i L. Binet. **Z przemiany tłuszczów w ustroju:** *lipopexia et lipodiaeresis pulmonalis.* Autorowie badali na zawartość tłuszczu (metodą Kumagawy) krew z prawego serca oraz krew tętniczą i stwierdzili, że krew tętnicza jest przeciętnie o 9,8% uboższa w tłuszcz, niż krew prawej komory. Badania powyższe upoważniają R i B. do wniosku, że płuca posiadają zdolność zatrzymywania tłuszczów (*lipopexia*). Co do rodzaju zmian, jakim ulegają tłuszcze w płucach, autorowie uważają te zmiany za zupełnie podobne do przebiegu glikolitycznego działania wątroby i określają je mianem *lipodiaeresis* (rozkład tłuszczu). Działanie rozszczepiające przypisać należy zaczynowi, wykrytemu już poprzednio w tkance płucnej przez A. Mayera i P. Morela. Zaczyn ten znajduje się również w innych narządach, lecz jedynie wątroba przewyższa płuca co do zdolności rozszczepiania tłuszczów; po płucach zaś idą gruczoły krezkowe, trzustka, nerki, śledziona, wreszcie mięśnie i w małym stopniu tkanka mózgowa. W dalszym ciągu przeprowadzili autorowie badania nad losem tłuszczu we krwi tętniczej i żylnej, utrzymanej w stanie płynnym przy ciepłocie 38° w ciągu 18 godzin — w ciągu tego czasu ilość tłuszczu w porównaniu z określoną natychmiast po wypuszczeniu krwi z naczyń zmniejszyła się we krwi tętniczej o 35%, w żylnej zaś o 3,8%. Z tego wynika, że rozpad tłuszczu polega na utlenianiu; dalsze jednak badania (przepuszczanie przez krew prądu powietrza, wodoru itp) wykazały, że główne znaczenie ma tu niezawodnie zaczyn, zawarty w komórkach. Ze względu na swe położenie anatomiczne płuca mogłyby, zdaniem autorów, odegrać większą rolę w rozkładzie tłuszczów, niż wątroba. Tę czynność płuc nazywają R. i B. ich działaniem wewnętrznem w przeciwieństwie do działania zewnętrznego, jako narządu oddychania.

C. Souleyre. **Najkrótszy okres, niezbędny do zakażenia laseecznikami Kocha u człowieka.** Wbrew dotychczasowym pojęciom, że do wprowadzenia i zatrzymania w ustroju prątków gruźliczych potrzebny jest dłuższy okres czasu, S. na zasadzie zestawień z piśmiennictwa oraz spostrzeżeń własnych twierdzi, że zakażenie gruźlicą, szczególniej u dzieci i osobników dotąd od gruźlicy wolnych (»dziewiczych«) nastąpić może w ciągu bardzo krótkiego czasu, nawet paru minut. Zgodnie z Calmette'em sądzi autor, że gruźlica szerzy się w ustroju tem gwałtowniej: 1) im krótszy był czas pomiędzy wydaleniem prątków z ustroju chorego a przedostaniem się do ustroju zakażonego, 2) im więcej prątków się dostało i w krótszych po sobie odstępach, wreszcie 3) im młodszy jest zakażony osobnik. Autor przytacza przypadek ogólnego zakażenia gruźlicą o przebiegu durowym (*typhobacillosis*) u 12-letniego chłopca, po przebyciu 13 dni w otoczeniu osobnika z gruźlicą otwartą: dowodzi to, że i do powtórnego zakażenia wystarcza krótki okres czasu. W zakończeniu wysnuwa autor wnioski co do konieczności higjeny i zapobiegania gruźlicy.

R. Lutembacher. **Bóle wskutek rozciągnięcia serca** (*angine de décubitus*). Opis odrębnej postaci dusznicy bolesnej, występującej podczas leżenia; postać tę przeciwstawia autor opisanej przez Vasquez'a dusznicy wskutek wysiłku (*angine d'effort).* *Wacław Jasiński* (Lwów).

The Lancet.

22.N. T. II. 26 listopad 1921.

W. Potts. **Zbrodnia i przestępczość w stosunku do dziedziczności, otoczenia i chorób.** Autor nie zgadza się z teorją Lombrosa i zwalcza pojęcie typu kryminalnego, jako odrębnej organizacji biologicznej. Dziedziczność sama przez się nie wyjaśnia powstawania charakterów zbrodniczych. Podług statystyki Healy'ego, na 3000 przestępców, wpływ dziedziczności zdołano wykryć zaledwie w $^1/_6$ przypadków, w dodatku grała ona tutaj rolę drugorzędną. Dziedzicznie może być przekazywane pewne upośledzenie umysłowe (*mental defect*), jak również fizyczne, spostrzegane naogół rzadko, najwyżej u 10% przestępców. Zbrodniczość i przestępczość jest wytworem wpływów otoczenia i całego splotu warunków życiowych. Autor ma na myśli oddziaływanie wszystkich tych czynników, które urabiają duszę dziecka łącznie z uczuciami, instynktami i ideałami, a które równocześnie sięgają głęboko w sferę podświadomą. W sferze tej, tak bogatej w treść, a tak tajemniczej, rodzą się bezwiednie dla dziecka pobudki do czynów niepojętych i niemoralnych zarazem. Poczucie niższości, walki wewnętrzne, starcia umysłowe, zwłaszcza na tle płciowem, stają się podłożem, na którem przy złem wychowaniu i złym przykładzie wyrastają skłonności występcze. Badania autora nad młodymi przestępcami dowodzą, że skłonności te zaczynają kiełkować bardzo wcześnie, że dziecko, mając zaledwie lat 10, wstępuje już na fałszywą drogę, która przy odpowiednich warunkach wiedzie stopniowo do występku i zbrodni. Można się zgodzić z Goring'iem, że przestępca jest osobnikiem duchowo niedorozwiniętym (*inferion man*), ale przyczyny tego szukać należy przedewszystkiem w ujemnym i zgubnym wpływie środowiska, w jego najszerszem znaczeniu. Różne choroby konstytucyjne, szczególnie kiła i gruźlica, mogą również sprzyjać powstawaniu nieprawidłowych właściwości duchowych. Padaczka gra pod tym względem najważniejszą rolę. Kończy autor swą pracę cytatą z Goringa: »Walka z przestępczością toczyć się winna w 3 kierunkach. Skłonności złe i dziedziczne należy zwalczać przy pomocy odpowiednich środków wychowawczych. Szczególnie usposobionych należy odosobnić i roztaczać nad nimi baczny nadzór. Trzeba zapobiegać wytwarzaniu się i utrwalaniu cech konstytucyjnych, które, jak np. niedorozwój umysłowy, pijaństwo, padaczka, sprzyjają powstawaniu charakterów zbrodniczych«.

N. 23. T. II. Grudzień 3, 1921.

Kinnier Wilson. **Wstęp do nauki o afazji.** Wykład kliniczny. Problemat niemoty, sam przez się złożony i trudny, staje się coraz więcej zawiłym wskutek sprzecznej i wadliwej terminologji. Każdy zespół zaburzeń mowy powinien być rozpatrywany ze stanowiska anatomicznego, fizjologicznego i psychologicznego; jestto zasadniczy warunek ścisłego badania i rozpoznania. Tymczasem w praktyce konieczność ta nie zawsze jest przestrzegana, a w dodatku zamęt powiększa się jeszcze wskutek niewłaściwego utożsamiania pojęć, należących do trzech dziedzin zupełnie odrębnych. Autor rozpatruje krytycznie w świetle nowszych poglądów anatomiczne, fizjologiczne i psychologiczne podstawy niemoty. Rzecz ta nie nadaje się do streszczenia. Po omówieniu różnych klinicznych postaci niemoty, między innemi, zaburzeń mowy »intelektualnej« i wzruszeniowej oraz agramatyzmu, przychodzi autor do wniosku, że niemotę należy traktować jako dział szerszego zespołu zaburzeń mózgowych, znanych pod nazwą apraksji i agnozji.

R. Paramore. **O powstawaniu rzucawki ciężarnych.** Podług większości autorów, rzucawka jest następstwem toksemji, ale, jakie są przyczyny tej ostatniej, mimo wszelkich usiłowań, nie zdołano wyjaśnić. Różne przypuszczenia co do pierwotnego udziału łożyska, jajników, tarczycy, gruczołów sutkowych, jelit, wreszcie samego płodu, nie mają dostatecznych podstaw. Wbew tym przypuszczeniom dowodzi autor, że toksemja ciężarnych powstaje na tle zaburzeń metabolicznych, których źródłem są zmiany anatomiczne i czynnościowe matczynej wątroby i nerek. Zmiany te są bezpośrednim skutkiem niedokrwienia tych narządów i polegają na obumarciu komórek; zakrzepy w naczyniach ich są zjawiskiem wtórnem. Pierwotnym czynnikiem chorobotwórczym, wywołującym ucisk naczyń i zamknięcie ich światła, jest niezwykle wzmożone ciśnienie wewnątrzbrzuszne, zależne od powiększenia macicy i napięcia ścian brzusznych. Ciśnienie to wzmaga się pod wpływem pracy i porodu. Ucisk nerek powoduje bezmocz, który przy obecności we krwi trujących pierwiastków wiedzie ostatecznie do drgawek. Pogląd ten wyłonił się stopniowo z dawniejszych badań autora, dowodzących istnienia ścisłej współzależności między ciśnieniem wewnątrz-brzusznem a ogólną i zwłaszcza trzewną przemianą materji. Następnie przy pomocy pomiarów manometrycznych przekonał się autor, że podczas ciąży ciśnienie to znacznie się zwiększa. U jednej chorej, przed wykonaniem cięcia cesarskiego, ciśnienie w prostnicy dochodziło do 35 mm Hg (zamiast prawidłowych

6—10 mm), po operacji i wyjęciu dziecka spadło do 10 mm. Fakt, że rzucawka występuje przeważnie u pierwiastek (60 do 80%) z silnie rozwiniętym układem mięśniowym, przemawia również na korzyść poglądów autora. Stopień ciśnienia wewnątrz-brzusznego zależy bowiem ściśle od napięcia ścian brzusznych i przepony. U kobiet zdrowych, silnych napięcie to jest o wiele większe, niż u słabych i u wieloródek ze zwiotczałym układem mięśniowym. Ciśnienie wewnątrz-brzuszne zwiększa się znacznie pod wpływem odzieży, gorsetów i pasów. Kobiety niezamężne, które w celu ukrycia ciąży ściskają brzuch w rozmaity sposób, stają się bardzo często ofiarą rzucawki. W tym samym kierunku oddziałuje nadmierne powiększenie macicy w następstwie ciąży bliźniaczej, nadmiaru wód płodowych, przypadkowych i skrytych krwotoków. Zbyt silne rozciąganie brzucha wywołuje kurczowy stan mięśni i powoduje szybciej ucisk wątroby i nerek. Natężona praca mięśniowa podczas samego porodu zwiększa wybitnie ciśnienie wewnątrz-brzuszne i czasami sprzyja powstawaniu drgawek, najczęściej jednak rzucawka poprzedza rozpoczęcie akcji porodowej.

J. Comrie. **Wartość porównawcza różnych sposobów badania sprawności czynnościowej nerek.** O wartości różnych sposobów badania rozstrzyga nie tylko ścisłość osiąganych wyników, ale i łatwość praktycznego ich zastosowania. Z tego stanowiska zasługują na uwagę 3 sposoby badania: 1) próba fenolsulfonaftaleinowa (Rowntree i Geraghty), 2) określenie stężenia mocznika w moczu po podaniu mocznika do wewnątrz (15 g — MacLean i Wesselow) i 3) określenie stężenia mocznika we krwi, bez użycia złożonych przyrządów, przy pomocy sproszkowanych ziarn rośliny Goya (MacLean i Russell). Szczegóły techniczne, którym poświęca autor większą część swej pracy, nie nadają się do streszczenia. Odpowiednie badania, przeprowadzono u 30 chorych, a mianowicie u 14 ze zapaleniem nerek miąższowem, u 6 — ze śródmiąższowem i u 10 z niedomogą wtórną na tle chorób serca. Wnioski autora są następujące: 1) Połączenie tych trzech sposobów badania daje dokładne wskazówki co do sprawności czynnościowej nerek. 2) Określenie mocznika we krwi jest badaniem wstępnem. Jeżeli ilość mocznika zwiększa się powyżej 50 mg na 100 cm^3 krwi, rokowanie staje się poważne. Jeżeli ilość jego przewyższa 100 mg, stan jest bardzo ciężki, śmierć następuje po upływie miesięcy lub roku. W mocznicy ilość mocznika przed śmiercią może dochodzić do 200—300 mg. 3) Niema stałego stosunku między ciśnieniem krwi i stężeniem mocznika; najczęściej jednak, jeżeli ilość mocznika we krwi jest stale zwiększona, ciśnienie krwi jest również wysokie. 4) Próba fenolftaleinowa (zastrzyknięcie śródmięśniowe 0,6 g w 1 cm^3 płynu) jest może najwięcej wartościowem badaniem indywidualnem. Jeżeli wydzielanie barwika w ciągu 2 godzin po wstrzyknięciu dochodzi do 70%, rokowanie jest dobre. Przy wydzielaniu 50% w tym samym czasie, możliwy jest zupełny powrót do zdrowia. Jeżeli wydzielanie nie przewyższa 20%, można spodziewać się śmierci w ciągu roku. 5) Chociaż stężenie mocznika w moczu (po podaniu 15 g do wewnątrz) podlega znacznym wahaniom indywidualnym, ilość jego powyżej 3,5% można uważać za oznakę prawidłowej czynności nerek. Ilość powyżej 2% daje rokowanie względnie dobre, poniżej 2% — rokowanie złe.

Rozenfeld-Rożkowski. (Częstochowa).

Czasopisma archiwalne.

Patologja ogólna i anatomja patologiczna.

Presse médicale.
Nr. 63. 1921.

Léon Binet et Georges J. Dubois. **Rola wyrostka robaczkowego.** Liczne są prace, poświęcone anatomji i histologji wyrostka robaczkowego, natomiast czynność tego narządu jeszcze nie jest należycie wyświetlona. Roger wykazał jadowitość wyciągów wyrostka. Szereg autorów sprawdził znaczną czynną ruchomość wyrostka. Dubois spostrzegał, jak wyrostek, wypełniając się kałem, kurczył swój wolny koniec i wywoływał w ten sposób podrażnienie otrzewnej, powodując wzmożony ruch robaczkowy jelit grubych i przyśpieszone tem samem opróżnienie ich z mas kałowych. Lecz wyrostek robaczkowy jest przedewszystkiem gruczołem i jako taki posiada rozległe czynności. Wydzielina wyrostka, badana przez Roger'a i Josué'go u królików, jest zasadowa, przeźroczysta, nie zabija drobnoustrojów, trawi poniekąd skrobię. U ludzi, podług Robinson'a, wyciąg z wyrostka jest kwaśny, działa, aczkolwiek wolno, na albuminoidy i w stopniu bardzo nieznacznym na węglowodany. Triboulet, Ribadeau-Dumas i Harvier są zdania, że w wyrostku odbywa się przemiana bilirubiny w sterkobilinę. Co się tyczy chwili, kiedy następuje wydzielanie soku, to Macewen miał możność spostrzegania chorego, u którego czynność wydzielnicza wyrostka była widzialna, wskutek urazu i ubytku ściany kątnicy. Okazało się, że najżywsza czynność odpowiada chwili, gdy papka pokarmowa zaczyna przechodzić przez zastawkę krętniczo-tętniczą. Bardzo liczne badania świadczą (Roger, Ribadeau-Dumas, Josué, Nordwinkin, Meams i inni), że wyrostek w znacznej mierze wydziela drobnoustroje, które dostały się do krwioobiegu. Podczas takiego wydzielania wyrostek ulega stanom chorobowym, zjawia się obrzęk grudek, wylewy krwawe, niekiedy miejscami zgorzel. Richet i Saint-Girons twierdzą, że paciorkowce i laseczniki duru są wydzielane przez wyrostek w większej ilości, aniżeli przez inne odcinki jelita. Jednakże i odwrotna wędrówka drobnoustrojów od światła wgłąb jest możliwa, jak to świadczą spostrzeżenia Masson'a i Regaud'a. Obfitość tkanki chłonnej w wyrostku usprawiedliwia jego miano — migdałka brzusznego. Lecz rzeczą nową i ciekawą jest wykrycie (Masson) tkanki swoistej, przypominającej gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem. Mianowicie w wyrostku, jak i wogóle w jelicie grubem w miejscach, gdzie w śluzówce znajdują się komórki zwykłe, istnieją też komórki srebrochłonne, tworzące rozlany gruczoł wydzielania wewnętrznego, podobny do wysepek Langerhans'a w trzustce. Czynność tego gruczołu jest jeszcze niejasna, lecz wiemy, że mogą z niego powstawać nowotwory (Gosset, Masson, Cazin). *A. Wojciechowski* (Warszawa).

Cbltt. f. allgemeine Path. und path. Anatomie.
T. 32. Z. 5—9. 1921.

Nauwerk. **Żylaki serca.** Autor podaje w uzupełnieniu zebranych przez Franka opisów żylaków serca opisany przez Przewoskiego przypadek z roku 1897, własny z r. 1905 i następne 5 innych autorów z materjału sekcyjnego w Chemnicach, które w swoim czasie nie zostały uwzględnione. Obecnie wzbogaca je nowemi trzema spostrzeżeniami, które zostały stwierdzone jako dodatkowe zmiany. Raz jeden znaleziono na przednim mięśniu brodawkowatym zastawki trójdzielnej przy samem odejściu nitek ścięgnistych cztery drobne żylaki, wielkości główki szpilki, drugi raz u dziecka dziesięciotygodniowego w tylnej części rąbka dołu owalnego gęsto usadowione rzędem cztery żylaki, zaś na sekcji żołnierza stwierdzono w mięśniu brodawkowym zastawki dwudzielnej w jej pośrodkowej części żylak wielkości fasoli, wypełniony krwią i powleczony błyszczącą pochewką wsierdzia, nitki ścięgniste zaś pozrastały się pomiędzy sobą dookoła; drugi żylak, znacznie mniejszy, wielkości główki szpilki, umieszcza się nieopodal tamtego. Autor przechyla się do poglądu Forsta, który w dziedzicznych żylakach upatruje wogóle przedewszystkiem niedorozwój ścian żylnych i odnosi to samo do żylaków serca.

Al. Eliassow. **Meningitis gummosa u noworodka.** Wczesna śmierć u noworodka lub w okresie śródmacicznym, w związku z dziedziczną kiłą, z drugiej zaś strony skąpe wiadomości o kiłowych zmianach dziedzicznych w układzie ośrodkowo-rdzeniowym w tym wieku pobudziły autora do odnośnych poszukiwań, tembardziej, że i statystyka Rumpfa podaje zaledwie 13% przypadków zmian w tym kierunku. Ranke, opierając się na licznych spostrzeżeniach wystąpienia chorób umysłowych po dziedzicznej kile z anatomicznemi zmianami układu ośrodkowo-rdzeniowego, twierdzi, iż w wieku do 8 miesięcy często występuje lekkie zmętnienie opon miękkich i dopiero zmleczenie tych miejsc, przeważnie w płatach czołowych, pobudza do badania drobnowidowego, które w przypadkach kiły dziedzicznej wykazuje liczne komórki twórcze tkanki łącznej, nacieczenie komórkami plasmatycznemi i komórki olbrzymie wraz z ogniskiem martwiczem. Stwierdzenie krętków w układzie ośrodkowo-rdzeniowym potwierdziły w zu-

pełności zauważone zmiany histologiczne. Następnie Benda, Simonds, Ravaut i Ponselle znaleźli krętki blade w podobnych przypadkach. Autor przytacza wynik sekcji dziewczynki, żyjącej pół dnia, z rozpoznaniem klinicznem »Lues congenita«; sekcyjnie stwierdzono w przednim płacie czołowym po stronie lewej występujące zgrubienie zmleczałe, ściśle odgraniczone, wielkości pięciofenigówki i rozpoznano: Lues congenita, osteochondritis syphilitica, meningitis syphilitica circumscripta. Drobnowidowe zaś badanie cieczy wątrobowej przy zaciemnionem tle wykazuje masowe krętki blade, a wycięte skrawki zgrubiałej opony typowy obraz kilakowatego nacieczenia, co utwierdziło wymienione rozpoznanie.

G. Lignac. **Barwiki skóry, pojawiające się w gruczołach chłonnych.** Fizjologiczne lub patologiczne nagromadzenie barwika w skórze, jak np. w chorobie Addisona lub w schorzeniach skóry (łupież czerwony) albo też u rasy barwnej, może, według Riehl'a, Jadassohn'a i Schmorl'a, wywołać znaczniejsze zabarwienie powierzchownie położonych gruczołów, których barwik najprawdopodobniej należałoby utożsamiać z barwnikiem, pochodzącym ze skóry. Do dziś dnia przypuszczano, że barwik ten zostaje wywleczony ze skóry. Autor tej pracy stawia sobie za zadanie stwierdzenie istnienia barwika skóry w prawidłowych warunkach w powierzchownych gruczołach, a mianowicie zapomocą chemicznego potwierdzenia przyrody barwika. W tym celu autor stosował odczyn azotanu srebra albo metodę bielenia 3% dwutlenkiem wodoru. Pod wpływem ostatnio wymienionej metody barwik, czy to zimniczy lub skórny, czy też barwik zużycia — powoli bielał i zupełnie znikał, natomiast hematoidyna i hemosyderyna pozostawały co do zabarwienia niezmienione. W 7 zbadanych przypadkach, dotyczących ludzi zdrowych z okolic najbardziej ubarwnionych, autor niezaprzeczalnie stwierdził ziarenka barwika w gruczołach pachwinowych, co pozwala wnioskować, że komórki barwikonośne pochłonęły barwik skóry i zawlokły do pobliskich gruczołów. Rozmaita wielkość, spotykana tutaj, jakoteż wielopostaciowość komórek, zawierających barwiki, potwierdzałyby w zupełności wymienione przypuszczenie, gdyby nie istniało inne wytłumaczenie, a mianowicie Schmorla, który w dużych komórkach plasmatycznych zatoki limfatycznej upatruje komórki, podwożące barwiki skóry do gruczołów.

H. Roloff. **Jeden przypadek dodatkowego płuca.** Autor ogłasza jeden przypadek dodatkowego, zupełnie dobrze rozwiniętego trzeciego płuca, znajdującego się w śródpiersiu przedniem u kobiety lat 56, którą na sekcję dostawiono z rozpoznaniem klinicznem »tuberculosis pulmonum«, u której zaś anatomicznie stwierdzono aż trzy rozwinięte i sprawne płuca, które odsunęły serce w stronę prawą. Stąd ucisk serca na płuco prawe wywołało jego marskość.

J. Tennenberg. **O zmianach w splocie naczyniowym i związek ich z mocznicą.** Przypadki przewlekłych zapaleń nerek, w których występuje nagle mocznica bez pogorszenia się moczenia i bez zmian znacznych we krwi, są, według Monakowa, następstwem zmian w splocie naczyniowym; wychodzi on z założenia, że sploty naczyniowe komór mózgowych są błonami ochronnemi, które bronią płyn mózgowordzeniowy przed szkodliwemi czynnikami, znajdującemi się we krwi, tak samo, jak łożysko płodu zagradza drogę trującym właściwościom ustroju matki. Monakow stwierdza, na podstawie porównawczych badań płynu mózgowego i krwi, że mocznik przechodzi przez splot naczyniowy bez przeszkód, kreatynina i kwas moczowy pojawia się już w nieznacznych ilościach, indykanu zaś, według Rosenberg'a, nawet w najgęstszych stężeniach we krwi nie stwierdza się w płynie mózgowo-rdzeniowym. Chlorek sodowy natomiast znajduje się w płynie w większej ilości, aniżeli we krwi, co potwierdzałoby jego zdanie o wydzielniczej zdolności splotu naczyniowego. Monakow zbadał histologicznie w 2 przypadkach splot naczyniowy i znalazł znaczne zmiany, które w porównaniu z drobnowidzowym obrazem prawidłowego splotu przedstawiały się w postaci włóknikowego zgrubienia kosmków, oraz odkładanie grudek i mas szklistych pomiędzy i w samych kosmkach, jakoteż złuszczanie się nabłonka. Sama liczba kosmków wydaje się zmniejszoną. Prócz tego w naczyniach występuje większe pofałdowanie błony sprężystej i zgrubienia wogóle całej ścianki, jakoteż miażdżycowe zmiany w błonie wewnętrznej. A więc nagromadzenie się toksycznych substancyj we krwi powoduje pewne zniszczenie splotu naczyniowego, bujanie tkanki łącznej i znikanie kosmków, bez uszkodzenia mózgu do tej chwili, kiedy splot zachowuje jeszcze zdolność ochronną, lecz pod wpływem pogorszenia się krwiobiegu lub dołączającego się jeszcze jakiegoś ogólnego zakażenia pozostające kosmki nie mogą sprostać wymogom, tak że nastąpi mocznicowa śpiączka, jako wynik niewydolności splotu naczyniowego.

Autor niniejszego artykułu próbuje z punktu widzenia anatomicznego sprawdzić podane wyniki Monakowa i skontrolować, czy wymienione zjawiska występują wogóle u wszystkich chorych mocznicowych i czy podobne zmiany nie występują także w innych chorobach. Dlatego też autor badał splot naczyniowy w najrozmaitszym wieku; w tym celu przeprowadził badanie 60 splotów naczyniowych z bieżącego materjału sekcyjnego z najrozmaitszemi klinicznemi objawami. Autor podzielił swoje badanie na 3 grupy: do pierwszej zaliczył przypadki, które nie wykazywały chorobowych zmian w splocie; do drugiej grupy zaliczał przypadki z nieznacznemi zmianami, zbliżającemi się do opisanych przez Monakowa, uzupełniając je przypuszczeniem, że nabłonek, wyścielający kosmki, wydaje się znacznie zmniejszonym w porównaniu z kosmkami zdrowemi i że prócz tego występują częściej ziarna piaszczakowe, zwłaszcza w odnodze opony naczyniowej śródmózgowej. Wogóle 2-ga grupa przedstawia zmiany przejściowe pomiędzy 1 i 3 grupą. Do trzeciej grupy zalicza wyniki, odpowiadające zmianom, opisanym przez Monakowa.

Otóż, według podziału tego, 60 zbadanych przypadków przedstawiało następujący wynik: do pierwszej grupy wliczono 15, do drugiej 27, do trzeciej 18. A więc wyniki badań autora stwierdzają, że nie wszystkie przypadki mocznicy znalazły się w trzeciej grupie i że odpowiadały opisom Monakowa, a oprócz tego podobne zmiany rozwijają się także w następstwie innych chorobowych procesów. Autor w swym materjale miał możność badania 7 przypadków mocznicowych, z których dwa odpowiadały trzeciej grupie, 4 drugiej, i jeden zaś pierwszej grupie.

Autor skłania się do poglądu, że opisane zmiany mogą wystąpić w mocznicy, lecz przedewszystkiem występują u osobników starszych ze zmianami miażdżycowemi. Badane przypadki wykazują, że nie tylko substancje moczu mogą powodować bujanie tkanki łącznej, lecz że również i inne wytwory patologicznej przemiany materji, znajdujące się we krwi, wywołują te same zmiany. Dlatego też nie wolno upatrywać w miejscowych zmianach splotu naczyniowego przyczyny wystąpienia śpiączki mocznicowej, jak sobie tłómaczy Monakow.

L. Salmony. **Przebicie wrzodu żołądka do lewej komory serca.** Sprawa, podana w tytule pracy, zdarza się bardzo rzadko i opisana była zaledwie 5 razy w piśmiennictwie wszechświatowem. Przypadek dotyczył mężczyzny, u którego na przedniej ścianie żołądka, w odległości 3 cm od krzywizny małej, zauważono krągły wrzód o średnicy 3 cm; w odpowiedniem miejscu wytworzyły się zrosty z przeponą i osierdziem, a następnie bardzo nieznaczny otwór, prowadzący do komory lewej serca. Klinicznych objawów nie dawała opisana zmiana. Przebicie wrzodu do serca ze względów anatomicznych może nastąpić tylko w razie jego specjalnego usadowienia w pobliżu wpustu lub tuż w krzywiźnie małej, gdyż inaczej stała ruchomość przepony i serca przeszkadza takiemu przebiciu. *W. Janusz* (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Annales de Médecine.

T. XI Nr. 1. 1922.

L. Bard. **O rozpoznawaniu i częstości przetok opłucnowo-płucnych, powstających w czasie odmy sztucznej.** We wszystkich prawie przypadkach wysięku opłucnej, powstającego w czasie leczenia odmą sztuczną — stwierdził autor obecność przetoki opłucnowo-płucnej. Objawy, pozwalające rozpoznać obecność przetoki, są następujące: oddech dzbanowy, niedostateczna resorbcja gazu w opłucnej; stwierdzenie dodatniego ciśnienia

w jamie opłucnej w obu fazach oddechania, nagły spadek ciśnienia po wprowadzeniu pewnej ilości gazu (świadczy o przerwaniu zrostów).

L. Violle. **Czterodniowe badanie wydzielania wody w przebiegu leczenia djuretycznego.** Przytaczając wyniki czterodniowego badania moczu chorych, poddanych kuracji djuretycznej wodą Vittel, przychodzi autor do przekonania, że opisany sposób pozwala bardzo ściśle różniczkować poszczególne schorzenia nerek i daje wskazówki do racjonalnego leczenia.

Guillain. **Przypadek guza w spoidle mózgu — przyczynek do badań semiologicznych guzów spoidła.**

F. de Gröer. **Teorja działania leczniczego światła.** (Doniesienie tymczasowe) Naświetlanie słoneczne wywołuje zespół objawów, zwany »crise haemoclasique« — działa więc ergotropowo. Wnosząc stąd, że leczniczy wpływ światła podobny jest do wyników terapji proteinowej, badał autor nasilenie odczynu skórnego Schick'a i Mantoux, dokonanego przed i po naświetlaniu. Ponieważ po naświetlaniu odczyn był słabszy — widzi w tem autor potwierdzenie swej teorji.

M. Nathan. **Doświadczenia nad odnową narządów miąższowych.** Badano zachowanie się tkanek w zranionych sztucznie narządach miąższowych: wątrobie, nerkach, tarczycy.

Mis ewiczówna (Warszawa).

Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. d. Chirurgie. T. 34. Z. 1. 1921.

Schloessmann. **Nowe spostrzeżenia, dotyczące ciężkich zachorzeń narządów jamy brzusznej, wywołanych przez glistę dżdżownicowatą.** Glista dżdżownicowata staje się wówczas niebezpieczną, gdy wędruje w przewodzie pokarmowym lub gdy zjawia się naraz w bardzo dużej ilości. Opuszczając jelito czcze, glisty mogą wędrować ku kątnicy lub ku żołądkowi; gdy przewody żółciowe są zmienione, nadewszystko zaś gdy brodawka dwunastnicza nie znajduje się w stanie normalnego skurczu, glisty mogą, unikając kwaśnego soku żołądkowego, dostawać się do przewodu żółciowego wspólnego, wątrobnego i przewodów żółciowych. Autor opisuje 6 przypadków operowanych; w 4 z nich znaleziono pojedyncze glisty w przewodzie żółciowym wspólnym lub wątrobnym, raz 3 glisty w dużym przewodzie żółciowym a raz 14 w przewodach wątrobowych. W jednym przypadku sprawę trafnie rozpoznano przed zabiegiem operacyjnym. Następnie autor opisuje 3 nowe przypadki obecności glisty dżdżownicowatej w wyrostku robaczkowym u dzieci (uprzednio opisał 2 przypadki). Objawy, silne bóle w rodzaju kolki, są wywołane przez mechaniczne podrażnienie otrzewnej. Objawów zapalnych ze strony błony śluzowej może nie być. W jednym przypadku znaleziono glistę w ranie operacyjnej na 5 dzień po operacji usunięcia wyrostka robaczkowego w ciężkiem ropnem zapaleniu tego narządu, połączonem z przedziurawieniem, przyczem następnie tąż drogą odeszło jeszcze 10 glist, częściowo przy stosowaniu santoniny. Autor opisuje następnie niedrożność jelitową wywołaną przez glisty (*ileus verminosus*) na zasadzie piśmiennictwa przedmiotu i 12 własnych spostrzeżeń; i rozróżnia niedrożność wskutek zatkania od niedrożności wskutek skurczu, która to ostatnia może być wywołana obecnością nawet jednej tylko glisty. Autor jest zdania, że santonina, którą stosował często u chorych, nie zabija glist, a tylko powoduje ich wędrówkę do jelita grubego i w ten sposób ułatwia ich wydalanie. W jednym przypadku, pomimo podawania tego środka w ciągu 6 dni 3 razy dziennie po 0,05, znaleziono podczas operacji 30 sztuk żywych glist. Omówiwszy badania Weinlauda i Flury'ego nad przemianą materji u glist i produktami, które mogą mieć działanie toksyczne dla człowieka, opisuje 3 przypadki — z tych jeden śmiertelny — w których duża ilość glist wywoływała niepokój ruchowy, podniecenie psychiczne, bredzenie, wysoką gorączkę, wreszcie zapaść. Nie jest jasnem, czemu objawy zatrucia występują tylko u niektórych ludzi; być może jest to objaw analogiczny do podrażnień błon śluzowych nosa, gardzieli, oczu, które spotykamy u niektórych ludzi podczas preparowania glist w laboratorjach, na co dawniej już zwracał uwagę Goldschmidt.

Albrecht Wagner. **Przyczynek do bakterjologji dróg żółciowych.** Autor zestawia dane 531 przypadków schorzeń pęcherzyka żółciowego i przewodów; w 465 przypadkach pobrano podczas zabiegu operacyjnego żółć strzykawką z pęcherzyka lub przewodu żółciowego wspólnego i badano jej jałowość. Dodatnie wyniki wzrostu otrzymano w 45%, w 55% posiew okazał się jałowym. Najczęściej spotykano prątka okrężnicy, z kolei paciorkowce lub oba prątki razem, następnie gronkowce, wreszcie inne bakterje. W 6 przypadkach znaleziono prątek durowy, a w 14 prątki duru rzekomego. Najwięcej dodatnich wyników posiewu — połowa przypadków — otrzymano bezpośrednio po pierwszym napadzie i wówczas przeważał prątek okrężnicy; w stanach schorzeń przewlekłych pęcherzyka i przewodów żółciowych częstość dodatnich wyników posiewu zmniejsza się do 38·4%. Autor zaznacza, że badania jego, obejmujące większy materjał, niż statystyczne zestawienia Rovsing'a, nie wyjaśniają sprawy, czy zakażenie dróg żółciowych jest wstępujące, pochodne z jelit, czy też pochodzi ze krwi.

H. Full i W. von Friedrich. **Wrzód żołądka a połykanie powietrza.** Autorzy opisują szczegółowo przypadek połykania powietrza przy wrzodzie żołądka, przyczem to ostatnie cierpienie dokładnie rozpoznanem zostało jedynie na stole operacyjnym. Objawy połykania powietrza, nadmiernego wydzielania śliny, jakoteż i podmiotowe dolegliwości ustąpiły po dokonaniu zabiegu operacyjnego (Billroth I.). Przypadek ten potwierdza wyniki prac Mathieu oraz Hayem'a, którzy zwrócili uwagę, że połykanie powietrza może dołączyć się, jako objaw wtórny do ciężkich, przewlekłych schorzeń żołądka. Autorzy omawiają dokładnie odnośne piśmiennictwo i przychodzą do wniosku, że nie mamy do czynienia z aktem psychicznym, lecz z objawem odruchowym.

Kurt Wachendorf. **O dziecięcem porażeniu mózgowem oraz w związku z niem występujących zaburzeniach ruchowych mimowolnych, atetotycznych, pląsawiczych i padaczce.** Autor omawia bardzo szczegółowo trzy przypadki operowane: w pierwszym, który zakończył się niepomyślnie, stwierdzono na autopsji ognisko zwapnienia w okolicy *nucleus ruber*; zaburzenia wystąpiły od wieku 3 lat w związku z chorobą wysypkową; w drugim, w którym zaburzenia porażenne połowiczne istniały od urodzenia, stwierdzono proces zapalny na powierzchni mózgowia z wytworzeniem się torbieli i złogów wapiennych w pajęczynówce; w trzecim, w którym zaburzenia stoją w związku z porodem kleszczowym, stwierdzono dużą torbiel w mózgu, jako pozostałość po ognisku rozmiękczenia. W obu ostatnich przypadkach nastąpiła pewna poprawa po dokonaniu zabiegu operacyjnego. Autor omawia teorje powstawania tego cierpienia, kwestję ruchów pląsawiczych, atetotycznych oraz padaczki w związku z tem schorzeniem, a przypominając przypadek Tilmann'a (w którym wystąpiło ognisko rozmiękczenia w lewem mózgowiu w związku z przebytą płonicą wraz ze stanem padaczkowym), w którym wczesna operacja i sączkowanie usunęły objawy, zachęca do dalszych prób operacyjnych w tym kierunku.

A. Stefanowski (Warszawa)

Choroby dzieci.

Archives de Médecine des Enfants. T. XXIV z. 11. 1921.

Comby J. **12 nowych przypadków gnilca dziecięcego.** Autor twierdzi, że obecnie jeszcze na 10 przypadków choroby Barlowa 9 pozostaje bez właściwego rozpoznania. Do 60 przypadków, spostrzeganych od r. 1898 do 1918 (przeciętnie 3 rocznie), dodaje C 12, jakie widział w latach 1919—20, a zatem ilość przypadków w okresie powojennym wydatnie się zwiększyła. Z 72 przypadków 34 dotyczyło chłopców, 38 dziewcząt; co do wieku: 3 przyp. do 6 mies., 26 między 6 a 9 m., 23 od 9 do 12 m., 15 od 12 do 18 i 5 przyp. powyżej 18 m. We wszystkich przypadkach dzieci żywione były sztucznie, w większości mlekiem konserwowem lub wyjaławianem drogą specjalnych urządzeń technicznych, rzadziej mączkami mlecznemi (8) lub mlekiem wyjałowionem w domu (3). Okres nieodpowiedniego żywienia wynosił 6—10 mies. do wystąpienia pierwszych objawów. Za najważniejszy objaw uważa C. bolesność kończyn z rzekomem porażeniem kończyn (*pseudoparaplégie douloureuse*); następnie wylewy krwawe z obrzmieniem dziąseł — objaw spostrzegany zresztą

wyłącznie u dzieci, posiadających już zęby, przeważnie na szczęce górnej w okolicy siekaczy bocznych lub środkowych; brak krwawień nie wyklucza rozpoznania gnilca. Roentgenogramów autor nie podaje. Leczenie — djetetyczne: mleko krótko gotowane, sok z pomarańcz, winogron, cytryn, puré z kartofli. Rokowanie pomyślne.

Duhem P. **O częściowych stwardnieniach płuc oraz przemieszczeniu serca w zależności od stwardnień rozległych.** Obrazy rentgenograficzne klatki piersiowej po ostrych schorzeniach płuc u dzieci. Obrazy te wykazują stwardnienia częściowe (typ wnękowy i typ przeponowy) bez zmiany położenia serca, oraz rozległe zaciemnienia do połowy klatki piersiowej z przesunięciem serca zarówno w prawo, jak w lewo (*dextro et sinistrocardia*).

Guinon L. i Mlle de Pfeffel. **Kilka uwag klinicznych w sprawie moru u dzieci.** Opis 2 przypadków, spostrzeganych w szpitalu Bretonneau w październiku 1920; rozpoznanie w obydwu oparto na badaniu bakterjologicznem: W pierwszym, zakończonym śmiertelnie, znaleziono prątki w płynie mózgowo-rdzeniowym oraz licznych ropniach skóry (*pyodermite et méningite pesteuse*), co należy do rzadkich objawów klinicznych moru. Drugi przypadek miał przebieg łagodny, prątki stwierdzono w płynie, otrzymanym przez nakłucie jednego z obrzmiałych gruczołów chłonnych.

Condat Mlle. **Przypadek niedokrwistości złośliwej u 14-letniej dziewczynki.** Badanie krwi: krw. czerw.: 780.000 (przyp. ref.), bezbarwnych 6560, Hb: 0,25; oporność krw. czerw. H 0.425—0.3; ciałek białych wielojądrzastych 33%, limfocytów 27%, jednojądrzastych średnich 38, wielkich 1.6, eozynochłonnych 0.4%, brak komórek czerwonych z jądrami, nieznaczna anizocytoza. Przyczyna choroby niewyjaśniona; zejście śmiertelne, rozbioru zwłok nie można było wykonać.

Condat Mlle. **Mięsak pierwotny jelita cienkiego u 8-letniego dziecka.** Guz wielkości pomarańczy w świetle kątnicy; zabieg operacyjny wskutek objawów niedrożności jelit, śmierć. Badanie drobnowidowe: mięsak okrągłokomórkowy.

H. Barbier. **Z powodu 6 przypadków choroby Parrot.** Leczenie kiły wrodzonej u niemowląt z objawami zaniku. Opis kiły wrodzonej u 6 niemowląt z objawami porażenia; obrazy radjoskopowe. W drugiej części pracy autor omawia szczegółowo objawy i leczenie kiły u niemowląt, uwzględniając wyłącznie przypadki z zajęciem narządów wewnętrznych i objawami ogólnego zaniku. Leczenie mieszane: rtęć i arsen (sulfarsenol w 10—12 zastrzykiwaniach podskórnych 0.01 do 0,06 co 5 dni). Wyniki leczenia: w I. grupie (choroba Parrot): 4 przypadki wyleczenia, 2 śmiertelne; w II. grupie (zanik ogólny): 27 przyp. pomyślnych, 7 śmiertelnych.

R. Nobécourt i L. Nadal. **Przewlekły gościec stawowy u dzieci: rodzaj zakażenia oraz zboczenia rozwoju kości.** Przegląd przyczyn zapalenia przewlekłego stawów u dzieci (ostre choroby zakaźne, wiewiór, gruźlica, kiła i in.); zboczenia wzrostu kości zależne są w ogromnej większości przypadków od jednoczesnych zaburzeń w działaniu gruczołów dokrewnych.

Praca zawiera właściwie szczegółowy opis zniekształcającego zapalenia stawów u 14½ letniej dziewczynki z objawami pewnego upośledzenia rozwoju ogólnego. Jako przyczynę gośćca ustalono zakażenie tryprowe i leczenie odnośną szczepionką (*stock-vaccina* z Instytutu Pasteura w postaci zastrzykiwań od 0,5 do 2 ccm w ampułkach po 500 milj. w 1 cm) dało wybitną poprawę ze strony stawów; prócz tego zastosowano u chorej leczenie »wielogruczołowe«, podając jednocześnie sproszkowaną tarczycę (0,10), przysadkę (0,15) i nadnercze (0,15).

Po miesiącu leczenia stwierdzono poprawę stanu ogólnego oraz zmianę prób biologicznych, które przed kuracją wykazywały upośledzenie działania gruczołów dokrewnych.

J. Camescasse. **Wpływ obiadu na wagę ciała.** 115 chłopców pewnego uzdrowiska ważono co miesiąc w 2 godziny po obiedzie, raz zaś ważono przed obiadem; niedobór wynosił przeciętnie 300 gr. na 1 dziecko (w wieku od lat 4 do 14).

G. Blechmann i J. Stiassnie. **Przypadek ciężkiej błonicy; obustronne zapalenie jądra i najądrza w przebiegu zaburzeń posurowiczych.** Opis przypadku.

J. Comby. **Gruźlica u dzieci w Nowym Jorku.** Ciekawe dane liczbowe. *W. Jasiński* (Lwów).

Bulletin de l' Academie de Médecine
3 ser. LXXXIII. Nr. 23.

P. F. Armand-Delille et Pierre Louis Marie. **Studja nad odpornością przeciw błonicy za pomocą odczynu Schick'a. Jego zastosowanie i zapobieganie szerzeniu się błonicy w szkole.** Autorzy przeprowadzili badania nad odpornością przeciw błonicy wśród 200 dzieci, według metody Sckick'a, Park'a i Zingher'a. Z tych 37.5% wykazało wrażliwość na zakażenie błonicze. Wśród zbadanych między innymi znajduje się 15 rodzin; biorąc pod uwagę odczyny, jakie dają dzieci, należące do tej samej rodziny, autorzy znaleźli, iż oddziaływują one prawie zawsze w jeden i ten sam sposób, dodatnio lub ujemnie, jedynie tylko wśród członków 2-ch rodzin wynik odczynu był rozbieżny. Pomimo panującej naówczas epidemji we wszystkich 3-ch zbadanych zbiorowiskach ludzkich nie stwierdzono ani jednego zachorowania wśród wykazujących odporność. U oddziaływujących dodatnio natomiast zastosowano uodpornienie bierne zapomocą zastrzykiwania surowicy przeciwbłoniczej. Środek ten musi być stosowanym natychmiast po wybuchu epidemji. W tym celu należy mieć już zawczasu przygotowany wykaz dzieci wrażliwych na zakażenie. Osiągnąć to można zapomocą dokonywania odczynu Schick'a na początku roku szkolnego; wyniki badań należy wnieść do księgi celem zużytkowania ich na wypadek wybuchu epidemji. *Henryk Brokman* (Warszawa).

Stomatologja.

Zeitschrift für Stomatologie.
Nr. 9. 1921.

Gottlieb B. **Wyrośle cementowe, krople szkliwa, gniazda nabłonkowe.** W poprzednich pracach wykazał autor specjalne biologiczne znaczenie cementu, a mianowicie, że różnego rodzaju przerosty cementu są samoobroną organizmu przeciwko wypadaniu zębów. Z powodu zanikania wyrostka zębodołowego powstałe zwiększenie przestrzeni zajmowanej przez ozębną wyrównywa się przez wytworzenie się innych pokładów cementu, o ile proces ten powtarza się kilkakrotnie, powoduje w końcu znaczne, rozlane zgrubienie warstwy cementowej. Miejscami przychodzi nawet do zrośnięcia cementu i kości wyrostka zębodołowego. Istnieją jednak t. zw. pierwotne wyrośle cementowe które uważano za nieprawidłowości rozwojowe. Temi wyroślami zajmuje się autor właśnie obecnie. Warstwa nabłonkowa Hertwiga może także i na korzeniu wytwarzać szkliwo. Są to t. zw. krople szkliwa. Krople te znajdują się stale w pobliżu normalnej granicy szkliwa i cementu, a w zębach o kilku korzeniach w miejscu dzielenia się korzeni. Fakt, że w niektórych uzębieniach spotyka się krople szkliwa bardzo często, w innych zaś rzadko lub wcale nie, nie jest jeszcze wyjaśniony. Krople szkliwa leżą wprost na zębinie, brak tu pierwotnej warstwy cementu, zastępczo jednak pojawia się cement dookoła kropli szkliwa. Duża więc część makroskopowo widzialnych wyrośli, jest następowem bujaniem cementu, wywołanem przez leżące pod niem krople szkliwa. Badania histologiczne wykazują również w sąsiedztwie kropli szkliwa rozrzucone komórki nabłonkowe, otoczone mniejszą lub większą ilością cementu. Między temi komórkami, pozostałemi z rozpadu większych gniazd przybłonkowych, a przerostem cementu istnieje ścisły związek; wskutek drażnienia przez komórki posiadające pewne siły życiowe występuje zarazem zanikanie kości zębodołowej, a jednocześnie powstawanie wyrośli cementowych. Cement tworzy się tak długo dopóki wszystkie rozsiane komórki nie zostaną przez niego otoczone, a wskutek tego i szkodliwe działanie na kość zahamowane. Wyrośle cementowe tworzą się zatem także: a) jako pokrycie kropli szkliwa, b) jako otorbienie rozpadłych gniazd przybłonkowych. *S. Węgrzynowska* (Lwów).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy Nr. 4. L. Zembrzuski: Prawa postępu a dzieje rozwoju służby zdrowia w wojsku. — R. Bernhardt: Kilka słów w sprawie wstrząsu azotynowego. — T. Alkiewicz: Złamanie po marszu. — W. Żurakowski: Ruch chorych w wojskowym szpitalu sezonowym w Ciechocinku w r. 1921 i uwagi dotyczące tego szpitalu oraz całego zdrojowiska. — A. Kończacki: Kilka słów o zachowaniu się lekarzy wojskowych na polu bitwy.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 24 marca 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 106.

1. Prezes kol. Franke odczytuje memorjał w sprawie zdrojowisk do Ministerstwa Zdrowia publicznego. Memorjał przyjęto jednogłośnie.

Następnie zdają sprawozdania roczne skarbnik Towarzystwa kol. Zalewski, prezes komitetu budowy domu Towarzystwa lek. kol. Rencki i administrator Lwowskiego Tygodnika lekarskiego kol. Bocheński. Kol. Zaorski imieniem komisji rewizyjnej wnosi, o udzielenie absolutorjum wszystkim trzem sprawozdawcom. Propozycję przyjęto jednogłośnie, a prezes i kilku mowców gorąco dziękowało sprawozdawcom za ich czynności.

2. Kol. Ostrowski wygłasza wykład: **„O nowoczesnych sposobach leczenia ran“.** (Ukaże się drukiem).

W dyskusji kol. Gröer potwierdza na podstawie swych spostrzeżeń dodatnie wyniki, otrzymywane przy metodzie konserwatywnej, biologicznej, jakich nigdy nie miał przy sposobach agresywnych leczenia ran. Kol. Nowicki podnosi, że nowsze postępowanie przy leczeniu ran idzie słusznie po linji zapatrywania, że zapalenie jest procesem obronnym, a więc korzystnym dla ustroju. Kol. Łukasiewicz stwierdza dodatnie wyniki leczenia róży przy suchych opatrunkach. Podkreśla dodatnie działanie okalania ran tłuszczem (waseliną), który chroni przed zakażaniem otaczającej skóry.

3. Kol. Józef Aleksiewicz wygłasza odczyt: **O leczeniu ran postrzałowych stawu kolanowego.** (Ukaże się w druku).

W dyskusji zabierał głos kol. Jakób Selzer.

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 31 marca 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 152.

Wykład zbiorowy na temat **proteino- i kolloidoterapji**, który ukaże się drukiem w Polskiej Gazecie Lekarskiej.

Referenci główni:

1. Kol. Gröer: **Podstawy teoretyczne proteino- i kolloidoterapji.**
2. Kol. Rencki: **Wskazania i wyniki stosowania proteino- i kolloidoterapji w chorobach wewnętrznych**, z równoczesnem podaniem licznej statystyki, opartej na własnych badaniach klinicznych.

XIII. Posiedzenie naukowe z dnia 7 kwietnia 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 131.

Ciąg dalszy zbiorowego wykładu o **proteino- i kolloidoterapji.**

3. Kol. Łukasiewicz: **Zastosowanie i wyniki proteino- i kolloidoterapji w chorobach skórnych i wenerycznych.**
4. Kol. Bocheński: **Wyniki proteino- i kolloidoterapji w chorobach kobiecych i położnictwie.**

Referenci dyskusyjni składają sprawozdania, oparte na podstawie własnych spostrzeżeń:

1) Kol. Wiczyński w zakresie chorób kobiecych i położnictwa.
2) Kol. Leszczyński z zakresu chorób skórnych i wenerycznych.
3) Kol. Ruff ze stanowiska chirurgji.
4) Kol. Rothfeld ze stanowiska chorób nerwowych.

Kmietowicz, sekretarz.

XIV. Posiedzenie naukowe z dnia 21 kwietnia 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 95.

1. Kol. Machek przedstawia wyleczony przypadek **półpaśca tęczówkowego** (*herpes zoster iridis*). Podaje zmiany charakterystyczne: choroba rozpoczyna się w 2 — 3 tygodnie po objawach na skórze silnym nerwobólem, któremu towarzyszy przekrwienie tęczówki, obrzmienie miejscowe utkania tęczówki, rozpad zajętej części, połączony najczęściej z krwotokami do przedniej komory; wygojenie następuje przez wytworzenie się blizny tęczówkowej. Cechy blizny są: łupkowato-brunatna barwa, miejscowe nagromadzenie barwików tęczówkowych, które tworzą ciemne plamy; blizna jest zapadnięta, brak zagłębień i dołków. Szczegóły mniejszych blizn rozpoznać można tylko lupą Westien-Zehendera lub rogówkowym mikroskopem Zeissa. Vogt w swoim atlasie (1921) podaje obraz tej choroby przy powiększeniu Gullstrandowskiej lampy szczelinowej (ryc. 311). Półpasiec tęczówkowy opisał pierwszy Machek w r. 1895, później kilka przypadków Gilbert (1911), a Meller z Wiednia (1920) zbadał zmiany anatomopatologiczne, potwierdzające istnienie prawdziwego *herpes zoster iridis*.

2. Kol. Selzer Jakób przedstawia **palec IV prawej ręki**, urwany wraz ze ścięgnami w czasie, kiedy chory, przełażąc przez płot z drutu kolczastego, zawisł całym ciężarem ciała na pierścieniu tego palca.

3. Kol. Fuchs wygłasza odczyt: **„O gorączce wołyńskiej“.** (Ukaże się drukiem w P. G. L.).

4. W dalszym ciągu dyskusji w sprawie **kolloido- i proteinoterapji** przemawiali dalsi referenci dyskusyjni na podstawie własnych spostrzeżeń:

5. Kol. Schramm **z zakresu chirurgji.**
6. Kol. Balej **o zastosowaniu w gruźlicy płuc.**
7. Kol. Selzer Marcin **przy gruźlicy płuc.**

H. Schusterówna, w zastępstwie sekretarza dorocznego.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 lutego 1922 r.
Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. S. Składkowski. **„Służba sanitarna w bitwie pod Grochowem“.** Po przedstawieniu działalności generała sztab-lekarza Karola Kaczkowskiego w dniu 25 lutego 1831 roku, i wyników jego zarządzeń, dzięki którym zostało wywiezionych z pola bitwy 7000 rannych w ciągu 9 godzin do szpitali warszawskich, mowca wyprowadza następujące wnioski: 1) Służba sanitarna w bitwie pod Grochowem postawiona była w nadzwyczaj trudne warunki. Trudności stanowiły: a) komunikacja z tyłami przez jedyny niepewny most pontonowy na Wiśle; b) warunki terenowe, utrudniające wynoszenie rannych, jak rowy, błota; c) zimna pora roku i konieczność opatrywania rannych pod golem niebem, dzięki rozebraniu i spaleniu przez żołnierzy domów Grochowa; d) brak opatrunków osobistych, noszy i wyszkolonych sanitarjuszy; e) siedmiuset rannych na godzinę; f) panika na tyłach, wywołana przez szarżę kirasjerów.

2. Trudności te rozwiązane zostały w sposób niezwykle szybki i szczęśliwy, dzięki niezrównanemu męstwu żołnierza polskiego oraz zdolnościom organizacyjnym i taktyczno-sanitarnym generała sztab. lekarza Kaczkowskiego.

3. Te niezwykłe zdolności ujawnione zostały przez: a) zaimprowizowanie i wprowadzenie w Armji Polskiej specjalnych oddziałów sanitarnysh do wynoszenia rannych podczas bitwy; b) celowe użycie t. zw. „brankardierów“ w bitwie; c) korzystne rozmieszczenie w czasie i przestrzeni urządzeń sanitarnych; d) segregowanie rannych i niezwłoczne wysyłanie ich do Warszawy: e) ujęcie oddziałów i zakładów sanitarnych żelazną ręką w karby karności i dyscypliny; f) zastosowanie heroicznego środka rekwizycji zasłanego łóżka z każdego dwupokojowego mieszkania.

4. Dzięki tym zarządzeniom bitwa pod Grochowem należy do unikatów w historji, gdyż ranni strony zwycięzonej znaleźli się w daleko lepszych warunkach, niż zwycięskiej, zarówno w czasie bitwy, jak i po jej ukończeniu.

5. To też „Dzień krwi i chwały“, będąc chlubą oręża polskiego, jest dniem słusznej dumy i blasku sanitarjatu polskiego.

6. Kaczkowski, jako lekarz taktyk, jest wzorem dla naszych lekarzy wojskowych; brankardierzy są żywym wzorem dla obecnych szeregowych wojsk sanitarnych.

II. S. Rubinrot: **„Przyczynek do leczenia guzów śródpiersia“.** Mowca wymienia anatomiczne rodzaje guzów śródpiersia. Omawia obraz kliniczny i rozpoznanie i leczenie guzów śródpiersia.

Mowca przedstawia roentgenogramy z przypadku dużego guza śródpiersia, uleczonego naświetlaniem, przyczem guz znikł zupełnie. Chorą obserwuje od lat 3, obecnie jest ona zupełnie zdrowa. Drugi przypadek jest jeszcze w leczeniu (2 serje); roentgenogram po drugiej serji pozwala stwierdzić znaczne zmniejszenie się guza. Technika naświetlania polega na naświetlaniu głębokiem klatki piersiowej z przodu i z tyłu, a także i wątroby (powiększonej). Serja składa się z 6—10 naświetlań, serje w odstępach trzytygodniowych. Poprawa występuje często już po pierwszej serji.

Dysknsja. Prof. Gluziński podnosi, że najlepiej poddają się leczeniu zmiany gruczołów na tle gruźliczem i ziarniniaki (*granulomata*); w mięsakach można otrzymać pewne polepszenie. Przy różniczkowaniu pomiędzy guzem śródpiersia i tętniakiem prof. G. obok cech znanych zwraca uwagę, że, jeżeli jest porażony lewy nerw wsteczny, to przemawia to za tętniakiem, jeżeli zaś zajęty jest nerw wsteczny z prawej strony, to raczej mamy do czynienia z guzem. Zasadniczo najlepszym środkiem leczniczym w przypadkach guzów śródpiersia, o których była mowa, są promienie Roentgena.

III. W. Kamocki przedstawia preparat: 1) **Sarcoma adenoidale i 2) Perithelioma (sarcoma alveolare polymorphocellulare).**

1. U 67-letniej chorej badanie wykazało niepomiernie rozwinięte żylaki podudzia i obrzęk ogólny lewej dolnej kończyny; wkrótce w dalszym przebiegu choroby powstały liczne zakrzepy żylne ze stanem zapalnym skóry oraz silne powiększenie gruczołów chłonnych pachwinowo-udowych, które następnie zaczęły się rozpadać z wydzieliną śluzowo-ropną; w taki sposób na powierzchni nowotworu powstały liczne wrzodzenia charakteru kraterowatego na przestrzeni bez mała całej dłoni. Całość dawała obraz kliniczny zwyrodnienia rakowatego. Usunąć guza nie można było,

gdyż wrastał głęboko pomiędzy naczynia główne. Chora zmarła. K. skłonny jest na podstawie badania drobnowidowego do przypuszczenia, że ma do czynienia z mięsakiem, zbudowanym podług typu tkanki adenoidalnej (*sarcoma adenoidale*), a więc z mięsakiem utkanym bardziej typowo, niż inne nowotwory złośliwe tego rodzaju; stąd też przypuszczenie, że guzy takie są mniej złośliwe od innych, bardziej atypowo zbudowanych.

2. Drugi nowotwór, wielkości głowy noworodka, usunięty przez kol. Lewensterna z pośród mięśni uda, był ze wszech stron pokryty otoczką łącznotkankową i mikroskopowo miał budowę dobrze znanego **sarcoma alveolare** (*polymorpho cellulare*). Nasuwa się tu jednak przypuszczenie, czy nie mamy tu do czynienia z *perithelioma*, gdzie pierwotnie rozrastają się komórki okołonaczyniowe, z nich zaś już powstają komórki, położone w środku alweoli; uprawnia nas do tego przypuszczenia położenie jądra, które, jak wiadomo, bierze udział w różnych przejawach życiowych komórki i przesuwa się w kierunku, jej największej ekspansji.

Sekretarz doroczny, *W. Kowalski.*

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie administracyjne z dnia 17. stycznia 1922 r.

Obecnych członków 19, przewodniczy kol. Rozenfeld-Rożkowski.

Wysłuchano sprawozdań rocznych sekretarza i skarbnika. W roku sprawozdawczym odbyło się 13 posiedzeń; odczytów i referatów wygłoszono 14, komunikatów kazuistycznych było 9, pokazów chorych 9, pokazów preparatów 11, sprawozdań ze zjazdów 3. Uchwałę z roku 1920, dotyczącą zbierania składek na stypendjum im. Dra Biegańskiego przyjęto ponownie i postanowiono zbierać składki co miesiąc (dotychczas zebrano mk. 46.345). Wybory dały wynik następujący: prezes kol. Rozenfeld-Rożkowski, zastępca prezesa kol. Wrześniowski, sekretarze Łokczewski i Szaniawski, skarbnik E. Kon, członkowie zarządu kol. Stawnicki i Okuszko, komisja rewizyjna Wołowski, Wasilewski i mag. Nowak, czynność bibljotekarzy objęli koledzy Heyman i R. Broniatowski.

Posiedzenie naukowe z dnia 14. lutego 1922 r.

Obecnych członków 21.

1) Kol. Purski podał sprawodanie ze **Zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych** miejskich w Warszawie.

2) kol. Wasilewski odczytał pracę:

„Obecny stan poglądów na leczenie ostrego gośćca stawowego i spraw pokrewnych“. Zestawiając krytycznie dawniejsze i obecne sposoby leczenia ostrego gośćca stawowego, przychodzi prelegent do wniosku, że najpewniejszym środkiem pozostają przetwory salicylowe, szczególnie kwas salicylowy, stosowany podskórnie. Powikłania ze strony wsierdzia nietylko nie stanowią przeciwwskazania do stosowania tych przetworów, lecz przeciwnie wymagają energicznego i długotrwałego podawania salicylu. Na dowód podaje kol. W. kilka własnych spostrzeżeń z praktyki.

W dyskusji brali udział koledzy: Okuszko, Stawnicki, Szaniawski, S. Kon, Heyman i prelegent. Kol. Okuszko widywał dobre wyniki po zastosowaniu w ostrym gośćcu stawowym kąpieli słonych Zdaniem kol. Stawnickiego dążyć należy do stwierdzenia, jakie zakażenie powoduje ostre zapalenie stawów; znamy już zapalenia stawów rzeżączkowe, czerwonkowe; w przyszłości szereg ten niewątpliwie się zwiększy.

3) kol. Łokczewski proponuje, aby w przyszłości koledzy, przedstawiający kandydatów na członków Tow. lekarskiego, składali do prezydjum ich życiorys i aby był on odczytywany przed głosowaniem. Wniosek przyjęto.

K. Łokczewski, sekretarz.

Polskie Tow. Dermatologiczne. - Oddział lwowski.

VIII Posiedzenie naukowe z dnia 5. stycznia 1922.

1. Prof. Łukasiewicz omawia a) **sposoby leczenia łuszczycy** i przedstawia 4 chorych, którym wstrzykuje — z dobrym wynikiem — zawiesinkę Bory'ego. Piąty przypadek dotyczy 22 letniej dziewczyny z niezwykłą, atypową, ostrą wysypką łuszczycy, leczoną również metodą Bory'ego z nadzwyczajnie pomyślnym wynikiem. b) Następnie mowca przedstawia przypadek **pęcherzycy** u 42 letniego mężczyzny z obfitą erupcją pęcherzy, rozsianych niemal po całem ciele; leczenie polega na wstrzykiwaniu choremu surowicy krwi ozdrowieńca po pęcherzycy.

W dyskusji przemawia dr. Wepperówna, dr. Leszczyński i dr. Salpeter.

2. Dr. Kotiers przedstawia z kliniki dermatologicznej 4 przypadki **tocznia rumieniowatego** i omawia przebieg leczenia. W dwu przypadkach wprowadził modyfikację metody Hollendaera, stosując chininę dożylnie a miejscowo nalewkę jodową. W dwu dalszych przypadkach, nader długo trwających i o cechach wybitnie przewlekłych, rozpoczął leczenie od śródmięśniowych wstrzykiwuń mleka i w chwili wyraźnego odczynu miejscowego ognisk chorobowych przeszedł do śródżylnych wlewań chininy z równoczesnem miejscowem stosowaniem nalewki jodowej. Wynik leczniczy nader korzystny.

3. Dr. Goldmanówna omawia **leczenie żylaków sposobem Linsera** za pomocą wstrzykiwań 1% roztworu sublimatu. Praca ogłoszona drukiem w Nr. 12. Polskiej Gazety lekarskiej.

IX Posiedzenie naukowe z dnia 14 stycznia 1922.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia przypadek **pemphigus vulg. circinatus et gyratus** z wyraźną dążnością do przejścia w pęcherzycę złośliwą. Następnie przedstawia poraz wtóry mężczyznę, u którego na tle ognisk **rumienia wielopostaciowego** przyszło do rozwoju wykwitów kiłowych; przypadek leczony wlewaniami salvarsanu srebrowego.

2. Doc. Leszczyński przedstawia poraz wtóry niezwykły przypadek **zespołu objawów trzeciorzędnej kiły z objawami tocznia**, omawia wynik badania histologicznego, wyniki zabiegów leczniczych i przypomina pracę Freia i Spitzera o współżyciu krętków z lasecznikami gruźlicy.

3. Dr. M. Salpeter mówi o **leczeniu kiły metodą Linsera**. Rzuciwszy szkic rozwoju dotychczasowych metod leczniczych, omawia metodę Linsera bezpośredniego łączenia salvarsanu z rtęcią. Za Linserem poszedł Bruck, Guttmann, Holzhäuzer, a Becker, Herbeck, Schmalz, Oelse — naśladując Linsera — łączyli z salvarsanem inne preparaty rtęciowe; sposób Leszczyńskiego obraca się również w kręgu idei Linserowskich. Mowca stosując pierwotny sposób Linsera, miał dobre wyniki i objawowe i serologiczne; w dalszym ciągu omawia badania teoretyczne i chemiczne a w szczególności prace Kollego i przechodzi do szczegółowego określenia otrzymanych przez siebie wyników. Ogółem przeprowadził 1930 zastrzyknięć, z tego 1694 a 198 mężczyzn, a 236 u 36 kobiet. Największa liczba zastrzyków w mężczyzn była 32, u kobiet 29. Działań ubocznych na ogół nie zauważył. Celem porównania zestawił leczenie u 47 chorych, z tych 12 z kiłą pierwotną, 19 z wtórną, 14 z utajoną a 2 z kiłą późną. Bieg dotychczasowego spostrzegania rozciąga się w niektórych przypadkach na 20 miesięcy. Nawroty objawów wystąpiły tylko u 1 chorego; u innych tylko nawroty serologiczne, a to w kile wtórnej w 21%, utajonej w 29% przypadków. Wszystkie przypadki kiły pierwotnej dotychczas pozostały serologicznie ujemnymi.

W dyskusji przemawia prof. Łukasiewicz, doc. Leszczyński, dr. Krzemicki L. i mowca.

Zdzisław Kotiers, sekretarz.

Związek lekarzy dentystów Wschodniej Małopolski.

Związek lekarzy-dentystów, przynależnych do Izby lekarskiej wschodniej Małopolski, odbył w dniu 31 marca b. roku walne zgromadzenie, na którem przewodniczący skreślił nawał prac, jakiemi Wydział Związku zajmował się w ubiegłym roku administracyjnym, doprowadzając je w znacznej części do pomyślnego załatwienia. Między innemi zdał przewodniczący obszerne sprawozdanie z odbytego Zjazdu lekarzy-dentystów, jaki odbył się w Warszawie w dniach od 24—26 marca włącznie, przy sposobności Walnego Zgromadzenia Rady Głównej Związku Zawodowego lekarzy-dentystów w Państwie Polskiem. Na Zjeździe tym byli obecni delegaci wszystkich ziem Polski, z Małopolski Związek lekarzy-drntystów we Lwowie wysłał swych przedstawicieli w osobach prof. Dr. A. Cieszyńskiego i Dr. Włodz. Szafrana. W ożywionych dyskusjach Zjazdu poruszono cały szereg najżywotniejszych spraw, dotyczących zawodu lekarsko-dentystycznego, ponadto w ogólnych zarysach omawiano ustawę dentystyczną, regulującą wykonywanie praktyki na wszystkich Ziemiach Państwa Polskiego, jak również ustawę o Izbach lekarsko-dentystycznych i projekt utworzenia Kasy Wzajemnej Pomocy lek.-dentystów, sprawę studjów dentystycznych w Polsce, braki tychże i konieczność rozszerzenia ich na wszystkie uniwersytety w Polsce przy wydziałach lekarskich. Zapadły również uchwały zmierzające do tępienia partactwa w zakresie zębo-lecznictwa.

Następnie sekretarz zdał sprawozdanie, zawiadamiając Walne Zgromadzenie, że Związek odbył w ubiegłym roku 19. posiedzeń naukowych, na których tak członkowie Związku jak również goście zaproszeni wygłosili szereg referatów ciekawych z zakresu specjalności i zagadnień ogólnych. Referaty wygłosili:

Prof. Dr. A. Cieszyński: Uproszczony sposób wykonywania zatykadeł podniebiennych. Omijanie częstego wyjaławiania strzykawek injekcyjnych sposobem Kantorowicza.

Krytyczna ocena przeszczepienia zatrzymanych kłów, polecanego przez Ehrickego. Zapalenie gruczołu ślinnego podszczękowego z powodu kamieni ślinnych. Pokaz najnowszej strzykawki Fischera. Przypadek poprzecznego złamania zębów wskutek urazu. Ciekawy przypadek w rozpoznawaniu (płaska torbiel).

Dr. Włodz. Szafran. Przemieszczenie kła dolnego i heterotopja zębów i możliwe przypadki tejże. Martwica żuchwy pourazowa i zapalenie szpiku kostnego żuchwy. Rzadki przypadek zgięcia zęba 2, przyczyny i skutki jego, jak również sposób wyleczenia. Zapalenie szpiku kostnego żuchwy lewej, z następowem złamaniem w łączności z usuwaniem zębów.

Dr. J. Meschel. Pokaz z modyfikowanej kaniuli do strzykawki Freiensteina. Referat pracy Hauera o leczeniu zębów i korzeni.

Dr. H. Allerhand. Zagadnienia ekonomiczne w praktyce dentystycznej. Taryfa a obecna drożyzna.

X. Dr. Bol. Rosiński. Technika badań antropologicznych na czaszkach i człowieku żywym w zakresie potrzebnym lekarzowi dentyście.

Ponadto komitet redakcyjny Związku przesłał do czasopisma „Przegląd Dentystyczny“ prace oryginalne i 137 referatów z prac obcych, do Polskiej Gazety Lekarskiej kilkadziesiąt referatów,

z których tylko część okazała się drukiem z powodu braku miejsca. Wydział Związku odbył 17. posiedzeń administracyjnych. Po złożeniu sprawozdania kasowego przez skarbnika i udzieleniu absolutorjum Wydziałowi, przystąpiono do wyborów uzupełniających Wydział. Po wyborach skład Wydziału na rok bieżący jest następujący: Prof. Dr. A. Cieszyński — przewodniczący, Dr. J. Meschel — zast. przewod., Dr. M. Zeńczak — sekretarz, Drzy H. Allerhand i Włodz. Szafran — członkowie zarządu. We wniosku Walnego Zgromadzenia uchwalono, w myśl postanowień Zjazdu warszawskiego z marca b. r., odbyć w lipcu roku 1923. pierwszy Zjazd naukowy lekarzy-dentystów Rzeczypospolitej Polskiej we Lwowie.

Adres Związku: Lwów Zielona 5. a.

Wskazania lecznicze dla ważniejszych polskich uzdrowisk.

zebrał Dr. Zygmunt Wąsowicz.

Wywiązując się z poleconego mi przez Wydział Polskiego Towarzystwa Balneologicznego zadania, przedkładam czytelnikom „Polskiej Gazety Lekarskiej" krótki zarys wskazań leczniczych, zebranych tylko dla ważniejszych uzdrowisk polskich. Zarys ten, w myśl pragnień Polskiego Towarzystwa Balneologicznego, ma na celu przypomnieć ogółowi lekarskiemu o istnieniu u nas licznego szeregu uzdrowisk, rozporządzających znakomitemi środkami i urządzeniami leczniczemi — z drugiej zaś strony ma ułatwić lekarzowi praktykowi skierowanie chorego do odpowiedniego uzdrowiska. Jeżeli jednak zadania tego nie spełni należycie, to winę tego niechaj poniosą przedewszystkiem najwięcej interesowani, tj. właściciele i zarządy uzdrowisk, które, jak np. uzdrowiska państwowe, prośby Towarzystwa Balneologicznego o informacje zignorowały zupełnie, albo też, jak inne, informacje te w bardzo skąpej mierze nadesłały. Z tego też powodu ten szkic informacyjny posiadać musi dość liczne niedomówienia i braki, które ze względu na dobro chorych powinny być w przyszłości usunięte.

I. Solanki.

1. Ciechocinek

(Solanka jodo-bromowa)

leży w powiecie Nieszawskim. n. p. m. 35.7 m.; a klimat z powodu znacznej względnej wilgoci powietrza i wysokiego ciśnienia barometrycznego zbliżony do klimatu miejscowości położonych w pobliżu wybrzeża morskiego.

Środki lecznicze: a) 11 źródeł solanki jodowo-bromowej, w której głównym składnikiem jest chlorek sodowy, dochodzący do 6%. Ze zdrojów służą do picia zdrój N. 2 i N. 5 i N. 8, inne zdroje służą do przyrządzania kąpieli i wytwarzania soli.

b) Przetwory do przyrządzania kąpieli, jak sól, ług, muł i borowina.

c) Łazienki dla kąpieli solankowych, borowinowych, zakład wodoleczniczy.

d) Łaźnia, wziewalnia.

Wskazania lecznicze: a) Zołzy — krzywica, b) Dna i skaza moczanowa, gośćce mięśniowy i stawowy — przewlekłe sprawy zapalne nerwów obwodowych. c) Przewlekłe nieżyty dróg oddechowych górnych i wysięki opłucnowe. d) Przewlekłe choroby narządu krążenia, w szczególności wczesne okresy miażdżycy tętnic. e) Przewlekłe choroby narządów płciowych kobiecych. f) Nerwice ogólne i przewlekłe choroby nerwowe z tłem anatomicznem.

Zakład otwarty od 16 maja do 30 września. Liczne pensjonaty, dobrze urządzone. Lekarzy ordynujących około 20.

2. Iwonicz

(Solanka jodo-bromowa)

leży w pow. Krośnieńskim 410 m n. p. m. Klimat podgórski — powietrze średnio-wilgotne o zawartości ozonu 9.3—9.7.

Środki lecznicze: a) 4 zdroje szczawy słono-jodowej do kąpieli i do picia. b) Kąpiele mineralne słono-jodowe. c) Kąpiele borowinowe. d) Wodoleczenie. e) Zakład ortopedyczny Dra *J. Aleksiewicza* (gruźlica kości). f) Dwa inhalatorja, aparat pneumatyczny Woldenburga.

Wskazania:

a) Zołzy, krzywica i kiła, b) gościec i dna, c) choroby okostnej, kości i stawów na tle gruźliczem, d) wysięki osierdziowe, opłucnowe i otrzewnowe, e) przewlekłe choroby kobiece. Sezon zdrojowy od 15 maja do 20 września. 2 lekarzy zakładowych, 3 lekarzy wolno-praktykujących.

Ordynują lekarze: Dr. Wallach i inni.

3. Rabka

(Solanka jodo-bromowa)

leży w powiecie Myślenickim, 500—540 m n. p. m. Klimat podgórski, miernie wilgotny.

Środki lecznicze: a) 7 źródeł solanki jodo-bromowej, używanej do picia i do kąpieli.

b) kąpiele solankowe i borowinowe.

c) Zakład gimnastyki leczniczej.

Według Dobrzyckiego solanki rabczańskie jodo-bromowe, zawierające nadto związki litu (Zdrój Kazimierza 0.0836 węglanu litowego) mogą doskonale zastąpić wodę keurtznachską (Elisabethquelle), Hamburg von der Höhe, Elisabethquelle i Krankenheil - Tölz.

Wskazania: a) Zołzy i krzywica. b) Gruźlica kości, stawów i skóry. c) Gościec i dna. d) Przewlekłe nieżyty błon śluzowych dróg oddechowych górnych. e) Wysięki pozapalne błon surowiczych.

Pora zdrojowa od 1 maja do końca września. Ordynują: Dr. *A. Kwaśnicki*, Dr. *T. Cybulski*, Dr. *O. Lang* i inni.

4. Rymanów

położony w pow. Sanockim, na wysokości 364 m n. p. m., posiada 3 źródła wody słono-alkalicznej obfite w jod i brom.

Zakład po zniszczeniu w czasie wojny przez wojska austro-węgierskie, do tego czasu nie odbudowany i nieczynny z wielką szkodą dla chorych.

5. Truskawiec

(Zakład zdrojowo-kąpielowy solankowy)

leży w pow. Drohobyckim, około 400 m n. p. m. o łagodnym klimacie, zbliżonym więcej do równinowego, niż podgórskiego.

Środki lecznicze: a) zdroje, należące do grupy wód słonych i siarczanych i szczaw alkalicznych, używanych na kąpiele i do picia. („Naftusia", zdrój Marji — solanka Glauberska i zdrój Zofji). Radjoaktywność wszystkich zdrojów stwierdzona. b) Kąpiele solankowe (także z dodatkiem CO_2), kąpiele siarczane (zdrój Lipski), kąpiele borowinowe i mułowe. c) Inhalatorjum solankowe.

Wskazania: Zołzy — krzywica. b) Gościec i dna, przewlekłe zapalenia nerwów. c) Otłuszczenie ogólne. d) Przewlekłe nieżyty błon śluzowych gónych dróg oddechowych. e) Choroby przewlekłe narządu krążenia. f) Przewlekłe choroby narządu moczowego i przewlekłe choroby kobiece. g) Niedowład kiszek, kamica żółciowa, przewlekły nieżyt przewodów żółciowych i woreczka żółciowego.

Pora zdrojowa od 15 maja do 25 września. Ordynują lekarze: Dr. Z. Pelczar, Dr. T. Praschil i inni.

II. Szczawy alkaliczno-słone.

6. Szczawnica

(Szczawa alkaliczno-słona)

leży w pow. Nowotarskim na wysokości 500 m n. p. m., o klimacie wybitnie podgórskim, niezbyt zmiennym, miernie wilgotnym, o łagodnem działaniu podniecającem.

Środki lecznicze: a) klimat. b) 7 źródeł szczaw alkaliczno-słonych, używanych prawie wyłącznie do picia. Wszystkie zdroje są radjoaktywne. c) Inhalatorjum solankowo-igliwiowe. d) Kąpiele słoneczne. e) Leżalnie do werandowania. f) Zakład hydropatyczny na Miedziusiu.

Urządzenia kąpielowe szczawnickie nie stoją zupełnie na wysokości obecnych wymogów — sposób ogrzewania wody mineralnej w kotle pozbawia kąpiel najkonieczniejszego czynnika t. j. kwasu węglowego.

Wskazania: 1) Ze względu na skuteczność swych zdrojów w chorobach płucnych i urządzeń do ich leczenia, jak nie mniej ze względu na łagodny klimat podgórski, sprzyjający leczeniu tych chorób, uchodzi Szczawnica słusznie za uzdrowisko specjalne dla chorych na płuca, a wśród nich szczególniej dla chorych na gruźlicę płuc.

Ordynują lekarze: Prof. Dr. Wł. Szumowski, Dr. R. Hamerszlag, Dr. D. Kohn i inni.

7. Krościenko n. Dunajcem

(Szczawa alkaliczno-słona)

leży w pow. Nowotarskim, 420 m n. p. m., 3 źródła, wśród nich znakomity i powszechnie znany zdrój Stefana, Wszystkie zdroje są radjoaktywne.

Zakład zdrojowy ogranicza się tylko do wywozu wód — które znajdują szerokie zastosowanie: a) w cierpieniach przewlekłych dróg oddechowych. b) w nieżytach przewlekłych błony śluzowej żołądka. c) w chorobach narządu moczowego.

III. Wody słono-gorzkie.

8. Morszyn

położony w pow. Stryjskim, 320 m n. p. m., posiada 6 zdrojów, których głównymi składnikami są siarkan sodu i siarkan magnezu. Z innych soli w większej ilości znajduje się sól kuchenna.

Środki lecznicze: a) Zdroje mineralne i do picia (Bonifacy i Magdalena). b) Kąpiele solankowe, borowinowe i z ługu solankowo-borowinowego.

Wskazania: a) Zastój w zakresie żyły wrotnej (Plethora) — otłuszczenie ogólne. b) Dna i gościec. c) Choroby przewlekłe macicy i jej przydatków, pozapalne wysięki błon surowiczych. Pora zdrojowa od 20 maja do 20 września.

IV. Szczawy żelaziste.

9. Krynica

w pow. Nowo-Sądeckim, 600 m n. p. m., posiada klimat górski — łagodny, odznaczający się małą zmiennością ciepłoty — o powietrzu czystem, zawierającem znaczne ilości ozonu, o ci-

śnieniu powietrza, wahającem w granicach małych, o wilgotności mocnej, a zachmurzeniu nieba mniejszem, niż w Krakowie lub Zakopanem.

Środki lecznicze: 1) Zdroje mineralne przeważnie szczawy żelazistej i wapniowej, lub sodowo-magnezowo-żelazistej — (Zdrój Główny i Słotwiński). Ilość zdrojów wszystkich podaje profesor Dietl na 18.

W ostatnich latach przy pomocy głębokich wierceń otrzymano 2 nowe zdroje — z tych „Otwór I." zbliżony składem do „Głównego" — używany do sporządzania kąpieli mineralnych.

Woda z II. otworu wiertniczego, zwanego „Zdrojem Zubera", należy do niezwykle silnych szczaw alkalicznych, przyczem zawiera znaczne ilości soli kuchennej, wapniowych związków mało, dużo natomiast magnezowych i litowych.

W porównaniu z wodą Vichy przedstawia się ilość głównych składników, według rozbioru prof. Marchlewskiego, w sposób następujący:

	Zdrój Zubera.	Vichy.
Dwuwęglan sodu	18.770.	5.103
„ potasu	0.535.	0.315
„ litu	0.168.	—
„ wapnia	0.634.	—
„ magnezu	2.916.	0.328

Prócz zdroju Głównego, Słotwińskiego i Zubera podawany bywa do picia „Zdrój Karola" — który właściwie jest czystą szczawą wapienną (0.470 węglanu wapnia na 1000 części wody — wolnego kwasu węglowego 1.350, wolnego kwasu węglowego i na pół związanego 1.802) i posiada wybitne własności moczopędne. b) Kąpiele z wody mineralnej krynickiej. c) Kąpiele borowinowe. d) Zakład wodoleczniczy i fizjoterapeutyczny pod kierunkiem Dra Jasieńskiego. e) Zakład djetetyczny Dra W. Skórczewskiego.

Wskazania: a) Blednica, choroby krwi — długotrwałe ozdrowiny.

b) Niektóre przewlekłe choroby serca, jak: wady zastawkowe w okresie wyrównania, względnie w okresie nieznacznego nadwyrężenia wyrównania; osłabienie mięśnia sercowego w następstwie chorób ostrych, blednicy, niedokrwistości i początkowe okresy zwyrodnienia mięśnia sercowego, będącego następstwem niedaleko posuniętej miażdżycy tętnic, lub otłuszczenie; nerwice serca.

c) Niektóre choroby narządu trawienia, jak nieżyt kwaśny i śluzowy.

d) Nieżyt przewlekły błony śluz. jelit, cechujący się uporczywemi biegunkami.

e) Choroby przewlekłe narządu moczowego (nieżyt pęcherza, miedniczek nerkowych, przewlekłe zapalenie nerek).

f) Dna i skaza moczanowa.

g) Choroby kobiece, przewlekły nieżyt macicy, sprawy przewlekłe zapalne macicy, przydatków i tkanek przyległych, nieprawidłowości w miesiączkowaniu — bezpłodność.

h) Choroby układu nerwowego z tłem anatomicznem i funkcjonalne. (Także ze względu na wodoleczenie).

Pora zdrojowa od 15 maja do 10 października. Ordynują lekarze: Dr. J. Aronsohn, Dr. I. Better, Dr. M. Cercha, Dr. J. Jasieński, Dr. Fr. Kmietowicz, Dr. St. Lewicki, Dr. W. Skórczewski, Dr Z. Wąsowicz, Dr. Em. Zarzycki i inni.

10. Nałęczów

(Szczawa wapniowo-żelazista, uboga w wolny kwas węglowy) leży w ziemi Lubelskiej na płaskowzgórzu, 250 m. u. p. m., o klimacie umiarkowanym lądowym.

Środki lecznicze: a) Zdroje szczawy wapniowo-żelazistej (Zdrój „Celińskiego" i „Zdrój Nowy") używane do picia (dla poprawy smaku, nasycane bywają kwasem węglowym). b) Kąpiele z wody mineralnej i kąpiele borowinowe. c) Zakład wodoleczniczy i fizjoterapeutyczny.

Wskazania: a) Choroby układu nerwowego z tłem anatomicznem i funkcjonalne. b) Blednica i niedokrwistość. c) Przewlekłe choroby żołądka i jelit, choroby pęcherza i miedniczek nerkowych. d) Przewlekłe choroby kobiece.

Pora zdrojowa: Zakład otwarty przez cały rok. Ordynują lekarze: Dr. Puchalski i inni.

11. Żegiestów

(Szczawa wapniowo-magnezowo-żelazista),

leży w pow. Nowo-Sądeckim, na wysokości 486 m n. p. m., o klimacie, zbliżonym do klimatu leżącej w pobliżu Krynicy.

Środki lecznicze: a) Zdrój Żegiestowski do picia. b) Kąpiele z wody mineralnej. c) Kąpiele borowinowe. d) Kąpiele rzeczne w Popradzie.

Wskazania: a) Blednica, choroby krwi. b) Przewlekłe choroby żołądka i kiszek. c) Kąpiele borowinowe. d) Nerwice ogólne i miejscowe. e) Przewlekłe choroby kobiece.

Pora zdrojowa od 15 maja do końca września.

(Dok. n.)

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska cieszyńskiego w Krakowie.

Protokół 208. posiedzenia w dniu 1. kwietnia 1922 r.

Przewodniczy Dr. Cercha, pisze Dr. Kostecki; obecnych 6 członków Wydziału.

Przewodniczący wyraża w gorących słowach wspomnienie pośmiertne długoletniemu i bardzo zasłużonemu członkowi Związku, a przed laty i Wydziału, ś. p. profesorowi Drowi Stanisławowi Braunowi.

Wykreślono ze Związku Kazimierza Mizia z Drzewicy w ziemi radomskiej, skazanego przez sąd wojskowy na 3 lata więzienia za sfałszowanie dyplomu lekarskiego, uzyskanie na tej podstawie stopnia porucznika lekarza, i za nadużycia służbowe.

Drowi Taborowi przesłano odpowiedź, że w sprawie artykułu w „Krytyce" pozostaje tylko droga sądowa. Rozpatrywano zażalenie Dra Weissglasa z Krakowa, któremu Zarząd kąpielowy w Rabce nie chce po raz trzeci wynająć mieszkania w Zakładzie dla rodziny, potrzebującej leczenia. Uchwalono zwrócić się do Zarządu kąpielowego w Rabce z przedstawieniem, że lekarze wraz z rodzinami mają mieć pierwszeństwo przed innymi kuracjuszami w uzyskaniu mieszkań w Zakładzie. Gdyby istotnie panował już brak mieszkań, to lekarze musieliby odpowiednio postępować ze swymi pacjentami, by ich nie narażać na zawód i koszta.

Protokół 209. posiedzenia w dniu 12. kwietnia 1922 r.

Przewodniczy Dr. Cercha, pisze Dr. Kostecki; obecni: Dr. Strzemieński, prezydent Izby lekarskiej, oraz 7 członków Wydziału.

Przewodniczący zdaje sprawę z pobytu w Warszawie, którego celem było złączenie się Związku ze Związkiem Lekarzy P. P. Centralny Komitet Wykonawczy tego Związku przyjął warunki Związku Lekarzy Małopolski za podstawę do rokowań w kierunku złączenia się organizacyj. Uchwalono pokryć część wydatków delegata.

Protokół 210. posiedzenia Wydziału w dniu 22. kwietnia 1922.

Przewodniczy Dr. Cercha, pisze Dr. Kostecki; obecny Dr. Strzemieński, prezydent Izby lekarskiej, oraz 9 członków Wydziału.

Dr. Herman Kraus z Rzeszowa żali się w imieniu znawców sądowych na niestosunkowo niską taksę za sądowe świadczenia lekarskie. O ileby podwyższenie taksy nie nastąpiło do dnia 1 maja br., powinni wszyscy lekarze rzeszowscy oświadczyć w Sądzie Okręgowym, że nie będą od tego dnia czynni, jako znawcy. Równocześnie zechcą koledzy zawiadomić o przebiegu sprawy Związek i Izbę lekarską w Krakowie. Ta ostatnia zwracała się już z temi żądaniami do Ministerjum Sprawiedliwości, lecz, jak dotąd, bez skutku.

Województwo w Tarnopolu uwiadamia o wytoczeniu śledztwa przeciw partaczowi lekarskiemu Sebrynowi w Strusowie. O wyniku przyobiecało zawiadomić Związek.

Do komisji, mającej opracować cennik za czynności lekarskie w Kasach chorych, wybrano prezydenta Izby lekarskiej w Krakowie Dra Strzemieńskiego, Dra Stahra i Dra Grzybowskiego.

Odczytano pismo Ministerjum Zdrowia Publicznego, w którem zawiadamia, że wdrożenie dochodzenia przeciw Arturowi Andahazemu, partaczowi lekarskiemu w Krośnie, poleciło Wojewódzkiemu Urzędowi Zdrowia we Lwowie.

Protokół 211. posiedzenia Wydziału w dniu 27. kwietnia 1922.

Przewodniczy Dr. Cercha, pisze Dr. Kostecki; obecnych 7 członków Wydziału

Uchwalono na koszt Związku wysłać do Warszawy na Walne Zgromadzenie Delegatów Związku Lekarzy Państwa Polskiego przewodniczącego Dra Cerchę i Dra Grzybowskiego.

Na pismo Zakładu kąpielowego w Rabce w sprawie niewynajmowania z roku na rok mieszkania Drowi Weissglasowi z Krakowa uchwalono odpowiedzieć z wyjaśnieniem, dlaczego Związek zajął w tej sprawie stanowisko, wyłuszczone w krótkości w protokole 208.

Uchwalono zawiadomić Zarząd Powiat. Kasy chorych w Nowym Sączu, że żądania lekarza Kasy Dra Stan. Walerego Nowaka ze Starego Sącza nie są wcale wygórowane. Ponieważ Zarząd Kasy ma przedstawić nowe warunki, a w razie ich nieprzyjęcia grozi już z góry ogłoszeniem konkursu na tę posadę, uchwalono zwrócić Zarządowi uwagę, że w takim razie spotka się ze strony Związku z bojkotem.

Kol. Drowi Pollaschkowi z Dębicy udzielono wyjaśnienia, że opracowaniem cennika za czynności lekarskie w Kasach chorych i jego ogłoszeniem w niedalekiej przyszłości zajmuje się osobna komisja w łonie Związku.

Przez wolny wybór lekarza w Kasie chorych należy rozumieć wybór między lekarzami, jacy zawarli umowę z Kasą chorych.

Do Związku przystąpili: Dr. Malinowski Alojzy z Chrzanowa, Dr. Sędzielowski Józef, Dr. Łapiński Stanisław, insp. Dr. Bier Leonard, Dr. Sternbach Karol, Dr. Knorek Jan, Dr Merunowicz Tadeusz z Krakowa, Dr. Radlmesser Karol z Rzeszowa, Dr. Sternberg Józef z Mielca, Dr. Czachórski Stanisław

z Radomyśla wielkiego, Dr. Szenker Marjan ze Skoczowa, Dr. Filasiewicz Bolesław z Cieszyna, Dr. Kowalewski Mieczysław z Nadwórnej, Dr. Mazanek Ignacy ze Lwowa, Dr. Zanzig Bernard z Mikuliczyna, Dr. Mańkowski Aureli z Sieniawy, Dyr. Dr. Urbanik Ryszard z Tarnobrzega i Dr. Kozubowski Jan z Krakowa. Ogółem członków, opłacających wkładki, liczy Związek 534.

Do Kasy Pogrzebowej przystąpili: Dr. Pisarski Tadeusz, Dr. Birkenfeld Karol, Dr. Stankiewicz Wiktor, Dr. Kraus Herman, Dr. Kruczek Szczepan, Dr. Malinowski Alojzy, Dr. Merz Alfred, Dr. Okuljar Bolesław, Dr. Silbermann Leon, Dr. Lilien Norbert, Dr. Górka Józef, Dr. Sędzielowski Józef, Dr. Radlmesser Karol, Dr. Puzon Roman, Dr. Pizło Stefan, Dr. Biliński Antoni, Dr. Wysocki Piotr, Dr. Sternberg Józef, Dr. Łapiński Stanisław, Dr. Czachórski Stanisław, Dr. Szenker Marjan, Dr. Filasiewicz Bolesław, Dr. Kowalewski Mieczysław, Dr. Herz Emanuel, Dr. Macieszyna Sabina, Dr. Bier Leonard, Dr. Sternbach Karol, Dr. Groyecki Ernest, Dr. Knorek Jan, Dr. Kasprzycki Tadeusz, Dr. Goldgart Leon, Dr. Mazanek Ignacy, Dr. Stypa Mieczysław, Dr. Czarnecki Julian, Dr. Merunowicz Tadeusz, Dr. Klauber Adolf, Dr. Krzysztoforski Karol, Dr. Morawski Karol, Dr. Wojtowicz Edmund, Dr. Kozubowski Jan, Dr. Zanzig Bernard, Dr. Mańkowski Aureli i doc. Dr. Janiszewski Tomasz. Ogółem członków liczy Kasa Pogrz. 450. Premja pogrzebowa wynosi 90.000 Mk.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Cercha*, przewodniczący.

Odezwa
„Lwowskiego Tow. ginekologicznego" do Kolegów nieginekologów.

W przeprowadzonej łącznie z akcją „Lwow. T. lek." dyskusją nad kwestją poronienia sztucznego poruszono w L. T. g. i położono nacisk na osobnicze niebezpieczeństwa z zabiegiem tym połączone a coraz mniej niestety na ogół uwzględniane. Wyrobiło się mianowicie nie tylko u publiczności, ale i u niektórych lekarzy niespecjalistów mniemanie, jakoby zabiegi takie były dla ciężarnych nieszkodliwe i obojętne, w czem niewątpliwie największą winę ponoszą te jednostki z pośród ginekologów, które do szerzenia się nadużyć w tym kierunku w zbrodniczy i samolubny sposób się przyczyniają, w których interesie zatem leży takie właśnie przedstawienie rzeczy. Przeciw temu mniemaniu, jako bezsprzecznie mylnemu postanowiło L. T. g. wystąpić. Nie ulega bowiem wątpliwości, że mimo znacznego postępu w diagnostyce, technice operacyjnej i postępywaniu bezgnilnem i dziś jeszcze nieda się napewne uniknąć ani zakażenia, ani przebicia macicy, co prowadzi nieraz do śmierci a często do stałego kalectwa; że w początkach ciąży pozamacicznych łatwo przeoczyć i przez zabiegi wśródmaciczne śmiertelny krwotok wewnętrzny spowodować można; że w późniejszych okresach groźne krwotoki atoniczne często się zdarzają; że wreszcie i nagłe zejście śmiertelne skutkiem shoku kilkakrotnie już opisano. Oprócz zaś tych najważniejszych niebezpieczeństw zdarza się każdemu doświadczonemu ginekologowi widzieć wypadki stałej niepłodności po jednym nawet już poronieniu sztucznem i to bez wykazalnych zmian anatomicznych — a w nauce ustala się coraz bardziej związek przyczynowy między sztuczną niepłodnością a włókniakami macicy.

Wszystkie te niebezpieczeństwa pominąć naturalnie wolno i trzeba, gdy chodzi o rozstrzygnięcie co do poronienia sztucznego, jako na mniejsze zło, a więc wobec ścisłych wskazań ze względu na niebezpieczeństwo grożące przez samą ciążę. Ale o ile się o nich pamięta, granice tych wskazań dadzą się niewątpliwie zacieśnić i w tym to celu właśnie pożądane jest współdziałanie kolegów nieginekologów, zwłaszcza tych, którzy występują jako lekarze domowi. Ci mogą nieraz bardzo skutecznie poprzeć usiłowania ginekologa, uczciwie dążącego do ograniczenia ilości sztucznych poronień, mają też z drugiej strony sposobność i możność przez powagę swojej opinji i wpływ na publiczność ukrócać zbrodniczą działalność ginekologów nieuczciwych.

W komisji wyłonionej L. T. l. mają być obmyślane różne drogi i środki celem uchylenia niebezpieczeństwa, grożącego całemu społeczeństwu przez szerzenie się sztucznych poronień. Komisja ta dołoży też zapewne starań, aby napiętnować nieuczciwe jednostki wśród lekarzy i ukrócić — o ile się da — zbrodnicze ich praktyki.

Tow. ginekologiczne zaś, którego członkowie mają sposobność obserwowania nieraz wprost zdumiewającej lekkomyślności w tym względzie uważało za swój obowiązek położyć nacisk specjalnie na niebezpieczeństwa indywidualne z temi nadużyciami połączone i zwraca się do kolegów nieginekologów z gorącą prośbą o współdziałanie i pomoc w ich zwalczaniu, a w szczególności o wpływanie w swoim zakresie działania na opinję publiczną w tym kierunku.

Dr. Jan Saphier

Jak nas spóźniona wiadomość doszła, dnia 23 lutego zmarł nagle w Monachium dr. Jan Saphier, kierownik kliniki dermatologicznej profesora Zumbuscha.

Śmierć tego znanego, choć młodego uczonego, odbiła się głośnem echem wśród dermatologów niemieckich i nie mniej u nas we wschodniej Małopolsce, skąd Zmarły urodzeniem, tradycją pochodził i gdzie też studjował. Urodzony 11 października w 1884 r. w Brzeżanach gimnazjum i studja lekarskie kończył we Lwowie. Mimo ciężkich warunków materjalnych i wątłego zdrowia, odznaczał się wśród swych kolegów jako uzdolniony, inteligentny i niezmordowanie pilny, zyskując uznanie i szacunek Profesorów i kolegów.

Po doktoracie, uzyskanym w kwietniu 1909 roku, pracował czas jakiś na oddziele chirurgicznym Szpitala powszechnego we Lwowie, poczem dla dalszych studjów przeniósł się do Wiednia, gdzie wnet uzyskał sekundarjat w Szpitalu Rudolfa. Tam, pracując po kolei na obu oddziałach wewnętrznych i skórnych (na tym ostatnim pod kierownictwem prof. Zumbuscha), przeprowadzał również teoretyczne studja z dziedziny bakterjologji. W roku 1916 po uzyskaniu pozwolenia ze strony rządu austrjackiego udaje się na wezwanie prof. Zumbuscha, powołanego na katedrę dermatologji do Monachium, aby jako zastępca prof. Zumbuscha pracować na jego klinice. W czasie wybuchu rządów bolszewickich w Monachium staje w szeregach samoobrony obywatelskiej przeciw bolszewikom (czego omal życiem nie przepłacił).

Odtąd pracuje niestrudzenie na klinice, poświęcając jej i pracy naukowej cały swój czas. Praca ta też wytężona i bez wypoczynku spowodowała prawdopodobnie i przedwczesny i nagły Jego zgon.

Zmarły tak w czasie swego pobytu we Wiedniu, jak i w Monachium, ogłosił szereg prac.

Śmierć Dra Saphiera jest niepowetowaną stratą dla nauki. Nas zaś, tych najbliższych Jego kolegów i przyjaciół, którzyśmy Go najlepiej znali i gorąco kochali ten prawy kryształowy charakter, okrywa ciężką długotrwałą żałobą. Cześć Jego pamięci. Dr. *Marja Pogonowska*.

Wiadomości bieżące.

Dr. Benedykt Kwiatkowski zawiadamia nas, że z dniem 1 maja 1922 ustąpił ze stanowiska lekarza naczelnego Sanatorjum im. Dr. Dłuskich w Zakopanem i powrócił do Warszawy.

Kraków.

Twarzystwo Bratniej Pomocy Medyków w Krakowie poleca na czas wakacji kolegów absolwentów jakoteż i młodszych, poszukujących zajęcia za odpowiedniem wynagrodzeniem, bądźto w lecznicach w charakterze pomocników lekarzy, bądź w zakładach klimatycznych, jako też kolegów poszukujących lekcji lub kondycji z zakresu gimnazjalnego na przeciąg wakacji. Uprasza się ze wszelkiemi żądaniami i zgłoszeniami zwracać do Towarzystwa Bratniej Pomocy Medyków, ul. Kopernika Nr. 23 I, w Krakowie.

Lwów.

XIX Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek dnia 26 maja br. w Poliklinice. Pokazy: 1) Skrowaczewski nieprzedstawione przypadki z dnia 12 maja: a) powikłania wśródczaszkowego ropnego zapalenia ucha i b) rozszerzanie zwężeń krtani. Wykłady: 2) Kol. Ohania: Radjoterapja raka. 3) Kol. Meisels: Podstawy leczenia rentgenowskiego nowotworów i jego wyniki. *Kmietowicz*, sekretarz.

Zarząd galicyjskiej Kasy dla chorych lekarzy zawiadamia, że Walne Zgromadzenie Kasy dla chorych lekarzy odbędzie się w sobotę, 27-go maja br. o godzinie 6 wieczorem z następującym porządkiem dziennym: 1) Sprawozdanie za rok ubiegły, sekretarz Dr. Lilien. 2) Sprawozdanie kasowe, skarbnik Dr. Świątkiewicz. 3) Sprawozdanie komisji kontrolującej. 4) Wniosek wydziału w sprawie ponownego podwyższenia wkładek i świadczeń kasy. 5) Wybór nowego wydziału. 6) Ewentualne wnioski członków. W razie braku kompletu następne zgromadzenie odbędzie się w ten sam dzień o godz. 6½ wieczorem bez względu na ilość obecnych.

Grodno.

Konkurs na prace popularne, przeznaczone dla najszerszych warstw ludności, na temat: 1) „Choroby zakaźne i walka z niemi" oraz 2) Co to są choroby weneryczne i jakie ich następstwa?" ogłasza Towarzystwo higieniczno-oświatowe im. prof. Emila Godlewskiego jun. w Grodnie (gm. Magistratu) z nagrodami 15,000 i 10.000 Mp., a terminem do 15 września 1922. Podobny konkurs ogłasza to Towarzystwo na pracę przeznaczoną dla inteligencji, na temat: „O znaczeniu szerzenia oświaty z dziedziny higjeny i walki z chorobami zakaźnemi". Ta praca musi zawierać dane statystyczne kraju i zagranicy. Rozmiar prac nie może przekraczać 10 arkuszy druku; umieszczenie rycin i wykresów jest dopuszczalne. Udział w konkursie mogą brać lekarze i studenci medycyny narodowości polskiej. Prace nagrodzone stanowią własność Towarzystwa.

Z Ukrainy sowieckiej. Jak nam donoszą, w Płoskirowie Kamieńcu, Winnicy, Kijowie, koło Berdyczowa i w Żytomierzu dur osutkowy miał przybrać niezwykłe rozmiary. Władze sowieckie są zupełnie bezradne wobec dotkliwego braku lekarzy i wszelkich środków lekarskich.

Nowa placówka narzędzi lekarskich i przyrządów lekarsko-naukowych we Lwowie.

Dla ułatwienia i udogodnienia P. T. Lekarzom, Klinikom, Sanatorjom i Szpitalom nabywania wszelkich przyrządów lekarsko-naukowych, narzędzi lekarskich (ściśle zseptycznych) i mebli operacyjnych tylko pierwszej jakości otworzył p. Stanisław Baran we Lwowie (przy ul. Akademickiej) magazyn i skład tychże przyrządów, co szerokie koła P. T. Lekarzy powitają zapewne z zadowoleniem' — P. Baran przeniósł się z Prahowa do naszego grodu i prowadzić będzie swą firmę pod osobistem kierownictwem, czem daje gwarancję, że i wśród tutejszych sfer lekarskich zasłuży na pełne zaufanie.

Wydział powiatowy Sejmiku Garwolińskiego

podaje do wiadomości, że w powiecie wakuje dwie posady dla lekarzy:

1. Maciejowice-Szpital i Dobra „Podzamcze".
2. Łaskarzew — wolna praktyka — subsydjum od Sejmiku i Gminy.

Bliższe informacje u lekarza powiatowego, Adama Żurakowskiego w Garwolinie.

Konkurs.

Wydział Powiatowy w Wysokiem-Mazowieckiem niniejszym rozpisuje Konkurs na posadę kierownika szpitala epidemicznego w m. Tykocinie.

Do posady tej przywiązane jest wynagrodzenie w/g IX kat. płac urzędników państwowych.

O posadę tę ubiegać się moga lekarze posiadający prawo wykonywania praktyki lekarskiej w Rzeczypospolitej Polskiej.

Praktyka prywatna zapewniona, gdyż w samym mieście ani w okolicy w promieniu 20 klm niema lekarza.

Podania wraz z dokumentami względnie odpisami, które w razie nieprzyjęcia będą zwrócone, należy kierować pod adresem Przewodniczącego Wydziału Powiatowego w Wysokiem-Mazowieckiem, (Województwo Białostockie).

Przewodniczący Wydziału Powiatowego:
Zychert.

Nr. 22. 28 maja 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

K. Orzechowski. Warszawa.

O unerwieniu pozapiramidowem.

(Szczegóły z anatomji i histologji, z fizjologji i patologji)
Z Kliniki chorób nerwowych Uniw. Warsz.

Przy porażeniach w ogólnie przyjętem znaczeniu słowa nie mogą nam się nasuwać żadne wątpliwości, że spostrzegane zaburzenie poraźne wynika ze rzeczywistego ubytku siły, bo możemy to bezpośrednio stwierdzić. Z tego typu porażeniami mamy do czynienia przy niedowładach pochodzenia piramidowego, ośrodkowych i obwodowych. Obok tego rodzaju zaburzeń istnieją stany, robiące na pierwsze wejrzenie poraźnych, bo pozbawiające także chorych możności należytego używania mięśni i doprowadzające ich z czasem do zupełnego istotnego bezwładu Przy stosownych warunkach badania możemy się atoli tutaj przekonać, że chorzy ci rozporządzają siłą o wiele większą, niż ich wydolność ruchowa, nieraz zadziwiająco dobrą. Przy nieraz zupełnej niemal niezdolności do ruchów, przy braku niemal prób ich wykonywania, nie są jednak ci chorzy porażonymi w sposób taki, jak chorzy dotknięci zaburzeniami neuronów piramidowych.

U chorych tego typu stwierdzamy często siłę na ogół dobrą, o ile przyniewolimy chorego do wysiłku lub o ile próbujemy zmienić siłą ułożenie jednej części kończyny w stosunku do drugiej, to ułożenie, jakie ono w danej chwili w spokoju zatrzymują, tj. gdy badamy t. zw. siłę statyczną. Gdy natomiast każemy choremu wykonać jakiś ruch i przeciwstawiamy podczas tego zamiarowi chorego opór, przekonujemy się zazwyczaj, że w ten sposób badana, t. zw. siła kinetyczna jest bardzo małą. W zachowaniu się tych chorych uderza wielkie ubóstwo ruchów dowolnych i mimowolnych, czyli t. zw. odruchów skojarzonych i związanych z automatyzmem postawy ciała i ułożenia kończyn i z mimiką. Chory może chodzić, lecz, chodząc, trzyma sztywno kark i tułów, „chodzi jak kołek“, nie modelując postawy ciała odpowiednio do różnych faz chodu. Chodząc niesie niejako ze sobą kończyny górne, nieruchomo zgięte w pewnej stałej pozycji, które nie wykazują tych swobodnych wahadłowych ruchów, jakie spostrzegamy podczas chodu u zdrowego człowieka. O ile zaś chodzi o ruchy wyłącznie zależne od woli, spostrzegamy tu niesłychane zubożenie inicjatywy motorycznej, niemożność lub co najmniej wielkie utrudnienie przejścia z pozycji spoczynkowej w ruch, z jednego ruchu w drugi, a podczas wykonywania ruchu brak ciągłości tegoż; chorzy często ruch urywają, by dopiero za chwilę podjąć go na nowo i znowu za chwilę przerwać. Czasami wogóle chory nie doprowadza ruchu do końca. Kiedyindziej chory trwale przerywa rozpoczęty ruch i ani go kończy, ani nie wraca do pozycji spoczynkowej. Wtedy chorzy zastygają niejako w pewnej fazie ruchu, np. z zawieszonemi w powietrzu przedramionami, na podobieństwo stanów kataleptycznych, co zarazem dowodnie wskazuje, że nie chodzi tu o zaburzenia poraźne w zwykłem znaczeniu słowa. Ponadto znachodzimy tu przykurcze mięśniowe, mające odmienny charakter od przykurczów piramidowych. Przykurcz jest tutaj plastyczny, dotyczy zarówno mięśni wyprostnych, jak i zginaczy, stąd kończyna zatrzymuje każdą pozycję nadaną jej biernie przez przemieszczenie odcinków. Odmiennie ma się rzecz w przykurczach piramidowych. Tutaj odcinek przemieszczony stara się powrócić do pierwotnego ułożenia, w kierunku działania mięśni bardziej dotkniętych przykurczem. Na ogół biorąc jest zatem przykurcz piramidowy elastycznym i nierównomiernym. Ruchy bierne z czasem osłabiają przykurcz piramidowy, ruchy nagłe potęgują go. Jedno i drugie jest zazwyczaj bez wpływu w przykurczach plastycznych. Przykurcze, które spotykamy u omawianych chorych mogłyby wiele objawów tłumaczyć, więc utrudnienie ruchów dowolnych, mających do przewalczenia opory przykurczowe, a plastyczność przykurczu mogłaby powodować zastyganie kataleptyczne. Także uogólnieniem przykurczów można by wyjaśniać sztywność postaci ciała, brak współruchów. Przyjęcie tego tłumaczenia utrudnia jednak okoliczność, że w wielu przypadkach, zresztą ruchowo identycznych, niema przykurczów, przynajmniej takich, któreby się dały wykazać wymacywaniem, więc tą grubą metodą, jaką się tutaj posługujemy.

Zaburzenia ruchowe w ten sposób najogólniej przedstawione, nie mają nic wspólnego z zajęciem dróg piramidowych, od którego różnią się poza cechami już wyszczególnionemi, także brakiem takich objawów piramidowych, jak odruchy kliniczne i t. zw. patologiczne spastyczne (Babińskiego, Rossolina itp.). Zależą one od przerw przewodnictwa w t zw. drogach pozapiramidowych. Do dróg tych zaliczamy przedewszystkiem *tructus rubrospinalis tr. tectospinalis i tr. vestibulospinalis*. Z pośród nich najlepiej jest znanym system torów, w skład którego wchodzi droga czerwono-rdzeniowa, czyli t. zw. wiązka Monakowa.

Najlepiej oddają różnice kliniczne zachowania się obu typów porażeń ruchowych zebrane poniżej objawy różniczkowe między porażeniami piramidowemi i poza-piramidowemi. Niektóre z objawów znajdą wyjaśnienie w dalszym tekscie.

Porażenia piramidowe.	**pozapiramidowe.**
Porażenie jest zupełne. Por. ma typ odsiebny, tułów jest wolny.	tylko kinetyczne. por. ma typ kadłubowy lub jest równomierne, tułów jest zajęty.
Jeśli są tylko niedowłady, zwolnienie ruchów jest nieznaczne, akinezy niema.	Ruch rozpoczyna się po pewnym czasie, odbywa się powoli wśród przerw. Akineza.
Przykurcz: elastyczny, dopiero przy ustawieniu odcinków kończyny pod pewnym kątem występujący, słabnący w miarę ruchów biernych, odrazu się nasilający przy ruchu biernym, nagle wykonanym.	Przykurcz jest plastyczny, nie ulegający zmianie w tych warunkach.
Przykurcze powodują: postawę ciała wyprostowaną, wyprostne ustawienie kończyny dolnej, zgięcie górnej wraz z nadgarstkiem i palcami.	Postać przechylona ku przodowi, biodra i kolana zgięte, górna kończyna zgięta, lecz palce wyprostowane, czasem także wyprostowanie w nadgarstku.
Odruchy głębokie silnie wygórowane do klonicznych.	Tylko nieco wzmożone. W pewnych warunkach odruchy rakietowe Gordona-Bregmana.
Odruchy spastyczne patologiczne (Babiński wątpliwy nasila się po wstrzyknięciu ćwierć do pół mg hyoscyny).	Brak. Czasem niestały samoistny Bab., zależny od przykurczu, znikający po hyoscynie.
Współruchy obecne, wygórowane, wzmożenie odruchów obronnych, objaw zgięcia biodrowego*), zaś objaw wywrócenia w tył**), jak normalnie.	Brak współruchów, odruchów obronnych, skojarzonych, automatycznych, brak obj. zgięcia biodrowego, brak objawu przy wywróceniu w tył.

*) Flexion combinée de la cuisse sur le bassin (Babiński).

**) Gdy chorego, siedzącego na krześle, nagle przechylimy wraz z krzesłem w tył, wówczas u człowieka zdrowego i u hemiplegika podają się podudzia automatycznie wprzód, natomiast przy niedowładach pozapiramidowych, np. w drżączce poraźennej, pozostają, jak były zgięte (Souques).

Odruchy przeciwnicze i zatrzaskowe mogą być nieco wygórowane.	Bywają silnie wygórowane.
—	Nierówne, nierytmiczne skurcze agonistów, synergistów i antagonistów przy i po każdym ruchu biernym lub czynnym.
Odruchy skórne słabe lub żadne.	Przetrwałość skurczów, dwojenie się ich i wieloraczenie po drażnieniu mech. i elektr.
—	Prawidłowe.
—	Mogą się dodawać różne hyperkinezy (drżenie, ruchy pląsawicze, atetotyczne, torsyjne, myokloniczne).
Zaburzenia odżywcze, wydzielnicze, naczyniowo ruchowe mało wybitne.	Mogą być bole kauzalogiczne.

Żeby zrozumieć należycie funkcję i zadanie torów ruchowych pozapiramidowych, trzeba sobie zdawać sprawę z następujących faktów podstawowych z zakresu histologji i fizjologji. Włókno mięsne składa się w mięśniach szkieletowych z dwóch istot histogicznie odmiennych z włókienek podłużnie i poprzecznie prążkowanych, mających własność podwójnego załamywania światła i z masy pierwoszczowej, znajdującej się między niemi i naokół nich rozrzuconej, t. zw. sarkoplazmy. Sarkoplazmy tej jest sporo, bo w niektórych mięśniach 4—6 razy więcej, niż istoty prążkowanej. Z tej samej sarkoplazmy składają się wyłącznie mięśnie gładkie kiszek, pęcherza i macicy. Sarkoplazma w mięśniach prążkowatych ma więc tę samą zdolność kurczliwości, jaką mają włókienka mięśniowe, skurcze jednak obu tych pierwocin są pod pewnymi względami odmienne i z odmiennemi wiążą się zjawiskami fizjologicznemi. Wśród mięśni prążkowanych zawierają jedne więcej sarkoplazmy, są to t. zw. mięśnie czerwone, gdy natomiast mięśnie białe, blade, zawierają jej mało.

Skurcz mięśnia prążkowatego jest wynikową dwóch skurczów wykonywanych współcześnie przez obie substancje kurczliwe, mieszczące się we włóknie mięsnem, jest sumą skurczów włókienek mięśniowych i sarkoplazmy. Prace fizjologów, porównywające skurcze mięśni bladych, więc prawie wyłącznie zawierających włókienka i skurcze mięśni gładkich, analizujące zjawiska towarzyszące doświadczalnemu zatruciu weratryną, przy którem dokonuje się rozszczepienie obu tych zresztą zawsze zlewających się razem skurczów, pozwalają nam wyrobić sobie dokładne wyobrażenie o właściwościach skurczu każdego ze składników histologicznych komórki mięsnej prążkowanej. I tak wiemy na podstawie pionierskich w tym zakresie prac Joteykównej, że skurcz włókienek jest błyskawiczny, więc nagle powstaje, krótko trwa, szybko się urywa i jest energiczny. Skurcz sarkoplazmy powoli narasta, powoli ustaje, zatem i skurcz i następujący po nim rozkurcz są powolne, a dodać trzeba, że energja tego skurczu jest małą. Wogóle właściwością sarkoplazmy są toniczne (nie tężcowe) skurcze, mogące trwać bardzo długo, „bez końca", które odpowiadają trwałym skróceniom mięśni. Czas utajonego podrażnienia jest przy skurczu włókienek krótki, dla sarkoplazmy jest on nieco dłuższy. Przy pracy włókienek zużywają się węglowodany (glikogen) i tlen, a wytwarza się bezwodnik węglowy, przy skurczach sarkoplazmy następuje przemiana ciał białkowych, wzmaga się zawartość kreatyny w mięśniach (Pekelharing), a kreatyniny w moczu. Przy pracy włókienek tworzy się ciepło, czego się nie stwierdza przy długotrwałych przykurczeniach sarkoplazmatycznych. Obie istoty zachowują się odmiennie wobec podrażnień elektrycznych. Sarkoplazma oddziałuje raczej na podniety elektryczne bezpośrednio i to łatwiej na prąd galwaniczny, natomiast istota mięsna włókienkowa daje się także podrażnić z nerwu, a drażniona wprost odpowiada skurczem tą samą łatwością na oba rodzaje prądu tj. i na prąd galwaniczny i na prąd faradyczny. Pracy włókienek odpowiada z czasem uczucie znużenia, do którego nie dochodzi nawet przy bardzo długo trwających przykróceniach pochodzenia sarkoplazmatycznego. Skurcze włókienek tem się wreszcie cechują, że skurcz ich dowolny, czy też powstały na drodze odruchowej jest źródłem powstania elektrycznego prądu czynnościowego w mięśniu. Ponieważ w tych warunkach dokonują się zazwyczaj skurcze tężcowe, wynikłe ze zlania licznych, rytmicznie po sobie następujących skurczów włókienkowych, wahania prądu czynnościowego następują w rytmie około 50 na sekundę tj. w rytmie poszczególnych skurczów włókienek (Piper). Podobne zjawiska elektryczne nie towarzyszą funkcji sarkoplazmy.

Tak więc i histologja i fizjologja stwierdzają w komórce mięśni prążkowanych wyższych zwierząt dwie odrębne istoty, obie kurczliwe, lecz obie kurczące się w różny sposób i wedle odmiennych praw. Gdy ponadto wykazano podwójne, odrębne unerwienie obwodowe, doprowadzające obu substancji (odrębne sarkoplazmy wykryte przez Bolkego), wyłania się w świetle tych faktów komórka mięśnia prążkowanego, jako złożony, dwoisty organizm, skrywający niejako w sobie dwa osobniki komórkowe, pod względem unerwienia niezależne, jak z góry więc na tej podstawie można przypuszczać, i funkcjonalnie w wysokim stopniu samodzielne.

Jeśli teraz zadamy sobie pytanie, jakie funkcje spełnia część włókienkowa komórki mięsnej, a jakie sarkoplazma, musimy sobie wprzód unaocznić, że w sferze zjawisk ruchowych należy rozróżniać u zwierząt kręgowych dwie odrębne grupy. Do jednej należą ruchy szybkie, dokonywane ze znacznem krótkotrwałem wyładowaniem energji, ruchy świadome, celowo zmienne, indywidualne, możnaby powiedzieć, inteligentne. Ruchy te w miarę powtarzania wywołują uczucie znużenia. Drugą grupę przejawów ruchowych stanowią ruchy raczej powoli się dokonujące i przechodzące w trwałe skrócenia mięśni, które, choć bardzo długo się utrzymują, nie dają uczucia znużenia, rozgrywają się pod progiem świadomości a mają za cel nie wyładowanie energji, a np. utrzymanie odcinków kończyny w stałem ustawieniu pod pewnym kątem do siebie. Tego rodzaju trwałym skróceniom mięśni zawdzięczamy stan stałego napięcia naszych mięśni, który wyróżnia je od tej wiotkości, jaką one mają we śnie, a od zupełnego zwiotczenia w czasie narkozy. Dzięki trwałemu skróceniu odpowiednich mięśni nie opada nasza szczęka dolna, ani górna powieka, dzięki niemu utrzymujemy godzinami w stanie wyprostowanym kark i resztę kręgosłupa, przeponę w stanie napięcia ciągłego, zwalniającego w chwili czynnego wdechu, a tak samo gałki oczne w pewnem, mniej więcej stałem ustawieniu. Wszystkie te czynności dokonują się poza zakresem naszej świadomości, automatycznie, współruchowo, w ten sposób, że pewne grupy mięśniowe znachodzą się w stanie trwałego skrócenia. Także dzięki długo trwającym skróceniom odpowiednich mięśni ustalają się bez trudu, na długi czas, odcinki kończyn, czy w części kręgosłupa w pożytecznem ustawieniu odpowiednio do wymogów pozycji i sytuacji osobnika w ciągu wykonywania jakiejś czynności celowej tj. gdy równocześnie gdzieindziej, odpowiednio do treści zajęcia, rozgrywają się ruchy szybkie, kolejne. Te stałe skrócenia w związku z postawą ciała i ułożeniem kończyn nie nużą, nie odpowiada im zwiększenie przemiany węglowodanowej, ani nie stwierdza się w czasie ich trwania czynnościowych prądów elektrycznych.

Ruchy żwawe, pozostające w usługach świadomej woli, dokonują się przedewszystkiem dzięki skurczom istoty mięsnej podwójnie łamiącej światło, tj. dzięki włókienkom, skrócenia mięśniowe trwałe są zaś wynikiem skurczu mniej lub więcej trwałego części sarkoplazmatycznej komórek mięsnych. Te przykurczenia sarkoplazmatyczne występują przedewszystkiem jako powszechne zjawisko w mięśniach szkieletowych, a zawdzięczają mu one swój przeciętny trwały stan napięcia spoczynkowy (tonus spoczynkowy) *t. de repos, résiduel, Pieron*). Ponadto po dopełnieniu się jakiegokolwiek ruchu, gdy odcinki kończyn zmieniły swe ułoże-

nie wobec siebie i następnie mają je przez pewien dłuższy czas trwale zachować, utrzymuje je w tej nowej pozycji skurcz sarkoplazmy, nastający automatycznie po dopełnieniu się pierwotnego włókienkowego ruchu (tonus pozycyjny, *t. d'attitude*). Gdy wreszcie chodzi o to, by niezależnie od wykonywania jakichkolwiek ruchów włókienkowych utrzymać w pewnej pozycji narządy, którąby one inaczej musiały zmienić odpowiednio do działania siły ciężkości, np. by utrzymać żuchwę w zetknięciu z szczęką dolną i zapobiedz jej opadaniu, by utrzymać w pionowej pozycji kręgosłup w czasie np. siedzenia, wówczas wchodzą w grę również przykurczenia sarkoplazmatyczne (tonus postawy, postawny, *t. de soutien*). Praca sarkoplazmy, jej właściwość trwałego skrócania się stanowi podłoże wszystkich tych przejawów tonusu*) mięśniowego, do czego nie mogłyby się przystosować włókienka, jako pierwociny, mające własność kurczenia się tylko krótkotrwałego i przytem nadmiernie szybko się wyczerpujące.

Ujawnianie się tonusu pozycyjnego spostrzega się pięknie na następującym przykładzie Gdy wykonujemy zgięcie u jakiegoś osobnika prawidłowego, lub gdy każemy mu je wykonać czynnie, możemy się przekonać w chwili, gdy ruch został ukończony i łokieć trwa w uzyskanej przez ruch pozycji zgięcia, że go w tej pozycji ustala trwałe skrócenie mięśnia dwugłowego. Stwierdzamy mianowicie w pewną małą chwilę po dokonaniu się zgięcia wyłanianie się brzuśca i ścięgna mięśnia dwugłowego, które w przeciwstawieniu do dopiero co wykonanego ruchu jest wyraźnie powolne, nawet często dokonuje się wśród pewnych drżących wahań i przerw, aż się wreszcie mięsień ustala w niezmiennem napięciu. Ten powolny skurcz, dokonujący się dzięki sarkoplazmie, pokrywa się z t. zw. odruchem ustalającym S h e r i n g t o n a. Odruchy te dają się wykazać ze strony całego szeregu mięśni. Możnaby je nazwać odruchami zastrzaskowymi, bo działają na podobieństwo zatrzasków i takie też jest ich zadanie. Przykład wybrany tutaj uprzystępnia zrozumienie różnicy zadań i funkcji włókienek mięsnych z jednej strony, a z drugiej sarkoplazmy. Skurcz czynny mięśnia dwugłowego dokonał się dzięki czynności w pierwszym rzędzie włókienek, następnie, ustalające w nowo nabytej pozycji skrócenie trwałe, wskutek wejścia w skurcz części sarkoplazmatycznej tych samych komórek mięsnych, które dopiero co dokonały skurczu włókienkowego.

Wyszczególnione wyżej rodzaje tonusu, przedewszystkiem zaś tonus postawny, wskazują na to, że zadaniem sarkoplazmy jest spełnianie funkcyj statystycznych ustroju, gdy natomiast zadanie części włókienkowej komórek mięsnych jest w pierwszym rzędzie kinetyczne. Dotychczasowa neurologja zajmowała się najwięcej zaburzeniami właśnie funkcyj kinetycznych, gdy natomiast zaburzenia statyczne poza temi, które zależą od zmian chorobowych móżdżka i urządzeń najściślej z nim funkcjonalnie związanych prawie zupełnie uchodziły uwadze i nie bywały przedmiotem dokładniejszych badań. Dopiero nagromadzenie się materjału spostrzegawczego w związku z przejściem epidemji zapalenia mózgu, z rozlicznemi objawami właśnie z zakresu unerwienia statycznego wysunęło zagadnienia statyczne w ośrodek powszechnego zainteresowania.

Zmiennej grze tonusowej podlegają wszystkie mięśnie szkieletowe, w szczególnej jednak mierze, z łatwo zrozumiałych powodów, te mięśnie, na których spoczywają największe zadania statyczne, więc mięśnie kręgosłupa, żwacze, przepona, mięśnie gałek ocznych i dźwigacz górnej powieki. Tej okoliczności należy przypisać, że te właśnie mięśnie są szczególnie bogate w czerwone włókna, więc zasobne w sarkoplazmę (S z y m o n o w i c z, S c h a f f e r).

Funkcja sarkoplazmy nie wyczerpuje się jednak w usługach tonusu. Ma ona swoją rolę także przy dokonywaniu się wszystkich skurczów mięśniowych, pojedyńczych i złożonych, tj. tężcowych, jakiemi są np. nasze ruchy dowolne. Tężec składa się z rytmicznie po sobie następujących skurczów włókienek w ilości około 50 na sekundę. Skurcz tężcowy musiałby mieć wskutek tego drżący charakter, a graficzna fala skurczu byłaby rozczepierzoną na tyleż poszczególnych fal. To jednak nie ma miejsca, bo równocześnie ze skurczem włókienek przechodzi w stan skrócenia sarkoplazma, wypełniająca luki między poszczególnemi falami skurczów włókienek, nadając przez to skurczowi na zewnątrz jednolitość. Także w skurczach pojedyńczych, np. tych, które spostrzegamy przy poszczególnych uderzeniach miernemi prądami galwanicznemi, biorą udział obie istoty mięsne, a dodatek skurczu sarkoplazmy sprawia, że wynikający ze zlania skurcz nie jest za nagły, za porywczy i nie za urywany. W obu razach współudział skurczu sarkoplazmy warunkuje większą owocność skurczu. W jednolitej fali skurczu mięśnia szkieletowego, jaką nam kreślą myogramy, dopatrywać się więc należy wynikowej ze zlania skurczów obu istot. W przypadkach patologicznych np. myotonji, a podobnie w lekkiego stopnia zatruciach weratryną, jadem działającym wprost na komórkę mięsną, a tu w wyższym stopniu na sarkoplazmę, niż na część włókienkową, stwierdzamy mniejsze lub większe wyodrębnienie się obu skurczów. Dzieje się to wskutek tego, że stan lekkiego niedowładu sarkoplazmy wpływa tu na zwiększenie się czasu utajonego podrażnienia dla sarkoplazmy, przy podrażnieniu więc kurczy się naprzód istota włókienkowa, a następnie dopiero sarkoplazma. Wskutek tego przedłuża się cały ruch i to głównie w części rozkurczowej ruchu, a nawet może dojść do zupełnego zdwojenia się skurczu. To rozbicie się skurczu w tych warunkach na dwa oddzielne skurcze służyło nam za dowód, o czem już wyżej wspominano, że w normalnych warunkach pozornie jednolity skurcz mięśni szkieletowych składa się z dwóch odrębnych fal skurczowych. Z przykładu tego wynika, że zmiana funkcji sarkoplazmy wywoływać może patologiczną nadmierną długość rozkurczu może utrudniać sprawne rozkurczanie się mięśni, a z drugiej strony, że w prawidłowych warunkach niewątpliwie od skurczu sarkoplazmy zależy łagodność i pewna krągłość fazy rozkurczowej ruchu.

Na podstawie tego, cośmy dotychczas powiedzieli, można sobie wyrobić następującey obraz o udziale obu substancyj mięsnych w produkcji ruchów. Żwawość, różnorakość ruchów i ich siła zależą od pracy włókienkowej, natomiast skrócenia sarkoplazmy wyposażają ruchy w pewną ciągłość, krągłość i wytrwałość. Z drugiej strony skrócenia czysto tonusowe, statyczne, adaptujące się w sposób automatyczno-odruchowy do każdej, motorycznej także sytuacji życiowej zestrajają zespół pracujących mięśni w harmonijną, urozmaiconą całość.

Wzajemne ścisłe pobliże, wprost przenikanie się substancji włókienkowej i sarkoplazmy w ramach jednej i tej samej komórki, warunkować musi z natury rzeczy wzajemną obu zależność, wynikającą więc w tym wypadku z okoliczności czysto mechanicznych, fizykalnych. Tak np. fizostygmina, zmieniając fizykalnewłaściwości sarkoplazmy, wywiązuje drżenie włókienkowe, wybujałą, samoistną kurczliwość włókienek, wskutek której powierzchnia zewnętrzna mięśnia może wprost przedstawiać stały obraz falowania (rzecz dawniej obserwowanaprzez J o t e y k ó w n ę, przy zatruciu weratryną obecnie opisana przez F r a n k a jako *„tonogene Fibrillenaction“*). Tutaj więc popadają w czynność włókienka, pozornie, jakoby pod wpływem drażniącym jadu, w rzeczywistości samoistnie, bo pozbawione oparcia o prawidłowo spoistą, obecnie jakby i miękkawą sarkoplazmę. Pozbawione normalnych oporów tarcia, zostają włókienka w tych warunkach widocznie pobudzone do kurczenia się. Inaczej ma się rzecz w chorobie tężca, w której sarkoplazma, w wybiórczy sposób ulegając podrażnieniu przez toksyny, popada w stan silnego przykurczu. Tutaj dowodzi wyłącznego udziału sarkoplazmy fakt, że tężcowe mięśnie nie wykazują prądów czynnościowych, ani wzniesienia ciepłoty (szkoła H. M e y e r a). Mimo nietkniętego aparatu włókienkowego chory na tężec nie może wykonać ruchu dowolnego. Bardzo silny przykurcz sarkoplazmy doprowadził więc przez mechaniczny ucisk na włókienka, przez zwiększenie oporów tarcia na powierzchni zetknięcia włókienek z sarkoplazmą do zniesienia funkcji włókienek.

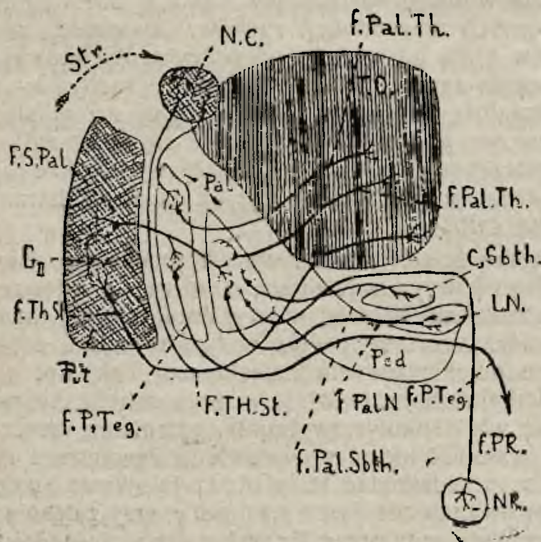
*) W braku odpowiedniego terminu polskiego proponuję dla tej sfery zjawisk, zależnych od skurczów sarkoplazmy, używać słowa „t o n u s“, bo pod termin „napięcie“ podpadają, jako pod określenie rozleglejsze, różne inne stany, albo pod względem neurologicznym odmienne, np, t zw. „rigory“, albo zmiany jędrności mięśniowej nie nerwowego pochodzenia, zapalnego lub mechanicznego. Z tych samych powodów utarł się ten termin także w języku francuskim i niemieckim.

Należy się liczyć przeto w stanach patologicznych także z możliwością li tylko fizykalnego oddziaływania obu istot mięsnych na siebie, w przypadkach, w których zaburzenie nerwowe dotyczy tylko jednej z nich. Nic dziwnego więc będzie, że w przykurczach pochodzenia piramidowego, więc dotyczących włókienek, muszą ulec biernie także przykurczaniu elementy sarkoplazmy, chociaż ich unerwienie nie doznało żadnego szwanku.

Na kilku wyżej przytoczonych już przykładach nie wyczerpuje się cała skala zjawisk uwarunkowanych stanami funkcjonalnemi sarkoplazmy. Od stanów mniejszego lub większego tonusu, od mniejszej lub większej sprawności unerwienia sarkoplazmy zależy w pewnej mierze wygląd zewnętrzny człowieka. Astenicy, dawniej już zwani także hypotenikami, to ludzie małego tonusu sarkoplazmy: ludzie o opadających powiekach i stąd matowem spojrzeniu, opuszczonych barkach, bezwładnie zwisających ramionach i przygarbionej postawie. Ich przeciwieństwem są hypertonicy, ludzie o energicznem, iskrzącem wejrzeniu, wyprostowanej postawie ciała, u których z zewnętrznego wyglądu, z ustawienia kończyn bije, nawet w spokoju, przyczajony ruch, a na twarzy uwypuklają się nieraz energicznie spięte żwacze

Odmiennem biologicznem zachowaniem się sarkoplazmy i włókienek należy tłumaczyć odczyn zwyrodnienia. Po przecięciu nerwu zanikają naprzód włókienka mięśniowe, jako bardziej wrażliwe na ubytek pobudzeń z ośrodka odżywczego, a dokonuje się to do dwóch tygodni. Natomiast sarkoplazma wykazuje zrazu prawie zupełną niezależność odżywczą w tych warunkach. Wszystkie też objawy mechaniczne i elektryczne, które w tym okresie stwierdzamy, są czystymi, fizjologicznymi odczynami sarkoplazmy, nie modyfikowanymi już obecnie przez dodawanie się objawów ze strony nie istniejących włókienek. Wyjaśnienie to znalazł odczyn zwyrodnienia po raz pierwszy dzięki pracy J o t e y k ó w n e j.

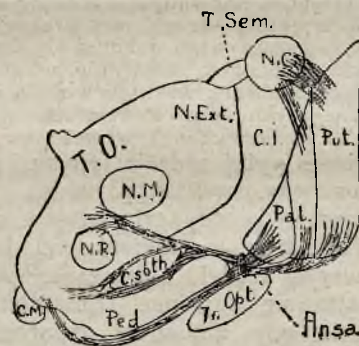
Tory przewodzenia: Najwyższemi ośrodkami dróg pozapiramidowych są zwoje podstawy mózgu: jądro ogoniaste (*n. caudatus*, N. C.) i jądro soczewkowate (*n. lenticularis)*, składające się z dwóch części: łupiny (*putamen)* Put. i kuli bladej (*globus pallidus Pat.*) Z powodów postaciowych przedewszystkiem zaś przez wzgląd na podobieństwo utkania histologicznego, myelogenezy i rozwoju filogenetycznego należy uważać jądro ogniaste łącznie z łupiną za jedną całość anatomiczną i najprawdopodobniej także i funkcjonalną,



Ryc. 1.

nazwaną wspólnem mianem *„striatum"* (Str. także *neostriatum)*, gdy drugą dla siebie całość stanowi ciało blade, określane z tego stanowiska ogólnikowo jako *„pallidum"* (także zw. *palaeostriatum*). Między łupiną i kulą bladą z jednej strony, a jądrem ogoniastem i wzgórkiem wzrokowym z drugiej, znachodzi się torebka wewnętrzna (C I.), na rycinie I nie oznaczona, przedstawiona także jako jasny pas, przechodzący w szypułkę (Ped.). (Ryciny 1 i 2 przedstawione według L h e r m i t t e'a).

W tworze prążkowatym tj. w jądrze ogoniastem, łupinie znachodzą się wyłącznie dwojakiego typu komórki ruchowe, jedne duże o typie ruchowym, posiadające obok dendrytów długą wypustkę osiową, t. zw. komórki I typu Golgiego, a obok nich komórki II-go typy Golgiego, małe, o licznych, tylko krótkich wypustkach. Twór blady zawiera tylko komórki pierwszego typu. Ze szczegółów histologicznych zasługuje na uwagę, że istnieje szczególna skłonność osadzania się we wszystkich tych zwojach złogów wapniowych wzdłuż naczyń, a nawet przy pierwocinach nerwowych, i to w mózgach zupełnie normalnych, powtóre, że tutaj, a tak samo w jądrach podwzgórkowych, związanych funkcjonalnie z omawianemi dotąd tworami, znachodzi się prawidłowo barwik żelazisty, którego w tej ilości żadna inna okolica układu nerwowego nie zawiera. Znaczenie biologiczne tych faktów jest niewiadome. W dużych komórkach tworów prążkowatego i bladego poczynają się pierwsze neurony pozapiramidowe. Część wypustek osiowych dużych komórek *striatum* kończy się już w pallidum, *fibrae strio-pallidales*, (F. S. Pal.). Komórki małe w *striatum* mają zadanie kojarzenia funkcji poszczególnych obszarów rozległego tworu prążkowatego. Analogicznego urządzenia w *pallidum* nie ma, z czego także wynika podporządkowywanie się jego w zadaniach funkcjonalnych pod *striatum*. Neurony pozapiramidowe I rzędu, poczynające się w *striatum* to w *pallidum*, podążają do: jądra czerwonego (NR.) *fibrae strio-rubrales, pallido-rubrales*, f. PR.), do miejsca czarnego (*locus niger*) L. N. czyli *substantia nigra Soemeringi* (*f. strio-nigrales, pallido-nigrales. f. Pal. N.*), do jądra D a r k s z e w i c z a w czepcu (*f. strio-pallidalo-tegmentales f. P. Teg.*), do wzgórka wzrokowego (T. O.), *fibrae strio i pallido-thalamicae* i wreszcie do ciała podwzgórkowego *corpus subthalamicum C. Sbth. f. str- i pall.- subthalamica.* Wszystkie te wiązki przedstawiają drogi odprowadzające. Z dróg doprowadzających znamy bezspornie tylko jedną ze wzgórka wzrokowego (*f. thalamo-pallidales i striales*, F. Th. St.). Przeważna część wiązek tu wymienionych przebiega zrazu wspólnie w t. zw. pętli soczewkowej (Ansa ryc. 2), okalającej od strony



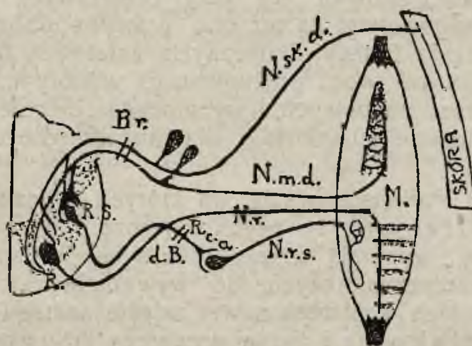
Ryc. 2.

brzusznej jądro soczewkowe. W części swej środkowej rozdziela się pętla na poszczególne wiązki w niej zawarte, które podążają następnie do jąder, w których się kończą (ryc. 2). Jak z tego przedstawienia wynika, nie mają główne ośrodki pozapiramidowe żadnych bezpośrednich połączeń, ani z mózgiem ani z móżdżkiem, możliwość przewodzenia z nich pobudzeń lub naodwrót, doprowadzania ich istnieje tylko pośrednia poprzez wzgórek wzrokowy, ten zaś odgrywa wobec ośrodków ruchowych, za jakie musimy uważać twory prążkowaty i blady, rolę taką samą, jaka przypada ośrodkom czuciowym kory w tylnym zwoju środkowym wobec ośrodków ruchowych piramidowych zwoju środkowego przedniego. Bogate wyposażenie terytorjalne i komórkowe ośrodków podstawy mózgu, sprzężenie się ich z takim ważnym ośrodkiem czuciowym, jakim jest wzgórek wzrokowy, zupełna niezależność od kory mózgowej i od ośrodków koordynacyjnych móżdżka, zadziwiająca, niemal niewiarygodna autonomja ośrodków pozapiramidowych, której równej zresztą w narządzie ośrodkowym nie spotykamy, wskazują jeszcze dobitniej, niż wszystko dotąd omawiane, na doniosłość unerwienia pozapiramidowego, kierującego, jak należy przypuszczać, funkcją sarkoplazmy.

Dalsze neurony pozapiramidowe poczynają się w komórkach jąder, w których pierwsze neurony się kończą, więc w jądrze czerwonem, czarnem, podwzgórkowem, D a r k s z e w i c z a i we wzgórku wzrokowym. Najlepiej z nich znaną jest wiązka czerwono-rdzeniowa (*tr. rubrospinalis*, wiązka M o n a k o w a, przechodząca po wyjściu

z jądra czerwonego na drugą stronę w skrzyżowaniu F o r e l a). Za dalsze neuronowe drogi pozapiramidowe, bo przewodzące w kierunku do rdzenia, należy uważać, i to niektóre na pewne, inne z wielkiem prawdopodobieństwem, następujące wiązki: *tractus tecto-spinalis* (*fasc, praedorsalis, s. sulco-marginalis descendens, Loewenthal-Marie, Vierhügel-Vorderstrangbahn*), krzyżujący się w skrzyżowaniu M e y n e r t a), tylną wiązkę podłużną (*fasc. longitudinalis dors.*), z dalszym ciągiem prawdopodobnie we wiązce poczynającej się w jądrze D a i t e r s a, *tr. vestibulo-spinalis*, wreszcie drogę czepcową środkową (*centrale Haubenbahn*) i drogę siateczkowo-rdzeniową (*tr. reticula-spinalis*). Jak się rozdzielają poszczególne funkcje statyczne na poszczególne drogi pozapiramidowe, I. i II. rzędu i na poszczególne ośrodki wyższe i niższe tego — wyjąwszy wiązkie przedsionkowo-rdzeniową — nawet w przybliżeniu nie wiemy, będziemy więc i w dalszym ciągu rozpatrywali te drogi, jako całość, lub brać będziemy pod uwagę, jako ich przygodną przedstawicielkę, wiązkę M o n a k o w a.

Najbardziej sporną jest sprawa przebiegu ostatecznego obwodowego neuronu. Bardzo jest możliwem, że neurony pozapiramidowe, porozbijane na różne tory w międzymóżdrzu i rdzeniu, także w niejednolity sposób wybiegają na obwód, może nawet niektóre przebiegają i kończą się w identyczny sposób, jak włókna obwodowego neuronu piramidowego, więc, wychodząc z komórek rogów poprzednich, dochodzą, przez korzonki przednie także do włókienkowej istoty mięsnej. Z drugiej strony cały szereg danych histologicznych, fizjologicznych, farmakologicznych i dowodów czerpanych ze spostrzeżeń patologicznych przemawia za tem, że część neuronów obwodowych pozapiramidowych, może nawet pokaźna, ma przebieg zgoła odmienny. Zaczynają się one w komórkach rogów bocznych lub w miejscach im odpowiadających w tych odcinkach rdzenia, gdzie rogów bocznych wyraźnych nie ma. Komórki te mają charakter komórek sympatycznych (R. S. ryc. 3 *). Wypustki osiowe tych komórek przebiegają potem w korzonkach przednich, te jednak opuszczają w *ramus communicans albus* (R. c. a.) i kończą się przy komórkach zwojów współczulnych sznura granicznego. Wypustka osiowa w komórce współczulnej tutaj zaczynająca się (N. r. s.) podąża za tem w nerwie obwodowym, do którego się dostaje przez ram. comun. griseus, do mięśnia i kończy się w osobnem zakończeniu w sarkoplazmatycznej części komórki mięsnej



Ryc. 3.

(Ryc. 3). Nie jest jednak wykluczonem, że wypustka ta przebiega z innemi nerwami współczulnemi wzdłuż naczyń. a może nawet, że wprzód wchodzi w zetknięcie z innemi, sąsiedniemi zwojami współczulnemi. To tłumaczyłoby przydatek objawów przy sprawach pozapiramidowych, które więc nie koniecznie musiałyby wówczas być pochodzenia centralnego tj. w zależności od ośrodków współczulnych usadowionych opodal zwojów podstawy mózgowej. Wreszcie zajmującą i nie pozbawioną uzasadnienia hipotezę porusza F r a n k, według którego wypustka ośrodkowa neuronu obwodowego opuszcza rdzeń, czyniąc wyłom w prawie M a g e n d i e - B e l l a, przez korzonki tylne, co więcej nie wyklucza on możliwości, że włókno ośrodkowe tegoż neuronu zarazem przewodzi odśrodkowe pobudzenia, że to samo włókno przewodzi więc w obu kierunkach, wprzód i wstecz (anti-d r o m). Możliwe, że te rozbieżne poglądy na przebieg obwodowego neuronu pozapiramidowego pogodzić się dadzą w ten sposób, że różnym postaciom tonusu odpowiada neuron obwodowy o odmiennym przebiegu.

Rzecz sama przez się zrozumiała, że neuron pozapiramidowy obwodowy musi znajdować się pod wpływem pobudzeń dopływających dośrodkowo, zespalających się z nim razem w odcinkowy łuk rdzeniowy, analogiczny do łuku rdzeniowego dla neuronu obwodowego piramidowego Część doprowadzająca tego łuku poczyna się także w ciałkach czuciowych skóry, ścięgien, powięzi (zob. przy N. sk. d. ryc. 3) i mięśni (N. m. d.), a włókna stąd idące przebiegają przez korzonki tylne do rdzenia, kończąc się przy komórkach zapoczątkowujących część ruchową łuku. więc między innemi, przy komórkach rogów bocznych. Należy dodać, że dla pewnej części nerwów przeprowadzających włókna doprowadzające tego łuku przyjmuje. się przebieg razem z nerwami współczulnemi wzdłuż pochewek naczyń krwionośnych. Tem się tłumaczy ustępowanie niektórych przykurczów i objawów bólowych po przecięciu tkanki okołonaczyniowej.

Na podstawie tego, co dotąd powiedziano, widzimy różnice postaciowe między układem dróg piramidowych, a pozapiramidowych. Drogi piramidowe mają układ bardzo przejrzysty i zwarty, składają się z dwóch neuronów, z których nadjądrowy przebiega, nie ulegając przerwie, od kory do swego końca w rdzeniu. Tu widzimy rozbicie na cały szereg mniejszych wiązek dość luźnych, nie ciągłych, a składających się z całej kolei neuronów, z których najdłuższy przypada na część przechodzącą przez rdzeń. Jeśli weźmiemy pod uwagę tylko tor, w którego skład wchodzi wiązka M o n a k o w a, naliczymy tu co najmniej 5 neuronów, a inne tory zawierają ich jeszcze więcej. W tej budowie anatomicznej wyraża się większa zawiłość, większa specjalizacja i większa możność wysubtelniania funkcji, niż to ma miejsce w układzie dróg piramidowych.

Co w tem najbardziej zajmujące, to fakt, że pewna część dróg pozapiramidowych wkracza w pierwociny układu sympatycznego i to tej jego części, jak na to wskazują doświadczenia F r a n k a, którą zaliczamy do *parasypathicus*. Unerwienie więc pozapiramidowe podlegać będzie w pewnym zakresie prawom kierującym unerwieniem tej części układu wegetatywnego. Tem się tłumaczy identyczne oddziaływanie aparatów pozapiramidowych z oddziaływaniem mięśni gładkich na jady wybiórcze tj. ulegają one porażeniu pod wpływem hyoscyny (skopolaminy), a podrażnieniu pod wpływem fizostygminy i nikotyny, jady zaś, które działają na właściwy współczulny układ, działają tu w sposób poniekąd antagonistyczny, adrenalina będzie więc porażała.

Mając na względzie, że unerwienie pozapiramidowe kieruje w dużym zakresie funkcją sarkoplazmy, możnaby je też nazywać sarkoplazmatycznem w przeciwstawieniu do myofibrillarnego, piramidowego. Możnaby je też określać jako **tenomotyczne** (myostatyczne), gdy piramidowe jest k l o n o m o t o r y c z n e m (m y o m o t o r y c z n e). Wreszcie układ pozapiramidowy zawiaduje unerwieniem parasympatyczno-ruchowem, w przeciwstawieniu do układu piramidowego, który ma charakter czysto i wyłącznie ośrodkowy.

Drogi pozapiramidowe wyposażone są w obfite połączenia poboczne, które wtrącone są w każdą przerwę neuronową, a widzieliśmy, że tych przerw jest dużo. Połączenia te możemy pojmować jako łuki odruchowe. Najkrótszemi są już wspomniane odcinkowe łuki rdzeniowe. Do bardzo ważnych należą długie spięcia odruchowe, których część doprowadzająca wstępuje torami móżdżkowo-rdzeniowymi do móżdżka, gdzie zaczyna się w komórkach Purkinjego włókno odprowadzające odruch, idące przez ramiona łączące do jądra czerwonego przeciwnej strony. Poprzez ramiona łączące istnieje ponadto możność bezpośredniego połączenia ze wzgórkiem wzrokowym, a prze-

*) Ryc. 3. odtwarza szematycznie sposób unerwienia ośrodkowego i współczulnego mięśnia prążkowatego według L a n g e l a a n a. Na szemacie tym jest zarazem zaznaczone przecięcie tylnych korzonków w doświadczeniu Brondgeesta i gałązki białej do zwoju sympatycznego, idącej od korzonka przedniego (dośw. de B o e r a). W obu razach występowało zwiotczenie mięśni,

zeń pośrednio ze zwojami podstawy mózgowej. Pobudzenie zstępuje w wspomnianym poprzednio łuku z jądra czerwonego przez wiązkę Monakowa do rdzenia. Przez móżdżek a stąd przez jego szypuły mogą w analogiczny sposób przeskakiwać pobudzenia odruchowe na inne neurony pozapiramidowe. Wynika stąd doniosła rola móżdżka, jako wielkiego ośrodka odruchowego dróg pozapiramidowych, który w pewnych warunkach uzyskuje niemal zupełną samodzielność wobec naczelnych ośrodków w zwojach podstawy mózgu. Tam, gdzie chodzi o natychmiastową adaptację statyczną, odbywa się regulowanie tonusu drogą zwrotną: tory rdzeniowo-móżdżkowe, móżdżek, ramiona łączące, jądro czerwone i wiązka Monakowa, którą pobudzenie wraca do rdzenia. Nastawianie odruchowe statyki ustroju dokonuje się zapewne najczęściej na tym szlaku z pominięciem współudziału najwyższych regulujących ośrodków.

Na pytanie, jakiemi drogami dochodzi pobudzenie do sarkoplazmy przy ruchach dowolnych, trudno odpowiedzieć wobec tego, że zwoje podstawy mózgu nie mają połączeń doprowadzających z kory mózgowei. Prawdopodobnie i w tym przypadku pobudzenia pomijają najwyższe ośrodki tonusu i na krótszej drodze spływają na niższe neurony pozapiramidowe. Podniety woli mają do dyspozycji tory zstępujące, idące z płatu czołowego (i skroniowego?) które przebiegają w torebce wewnętrznej obok dróg piramidowych i razem z niemi dostają się do nóżki szypułki, kończą się zaś w brzusznej części mostu, wchodząc tu w kontakt z drogami móżdżkowemi. Temi drogami, potem przez móżdżek, a stąd albo wprost do tworów prążkowato-bladych, albo pomijając je, gdy pobudzenie ma być szybko zrealizowane, dostaje się podrażnienie do jądra czerwonego itd. Natrafia na trudności zrozumienie, jak pobudzenie pozapiramidowe, które przy naszkicowanej tu długiej drodze przebiegu opóźniać się nadto powinno z powodu straty czasu przy przejściu przez szare jądra wtrącone w liczne przerwy neuronów, zespala się z podrażnieniem włókienek, szybciej chyba dochodzącem do swego celu. Należałoby może stąd wnosić, że główna rola pobudzeń pozapiramidowych leży w zakresie późniejszej fazy ruchu, jego rozkurczu? Przemawiałyby zatem przesłanki o funkcji sarkoplazmy, poruszone na wstępie. Z drugiej strony nie można wykluczyć możliwości regulacji tego rodzaju niezłożonych pobudzeń na najprostszej zwrotnej drodze odcinkowego, najkrótszego odruchu?

Jakie więc jest zadanie najwyższych ośrodków w tych warunkach, gdy, jak wydałoby się, rozliczne łuki odruchowe, a przedewszystkiem ich ośrodek naczelny, móżdżek, wystarczają do regulacji funkcyj statycznych? Różne hypotezy, które starają się fakty patologiczne pogodzić ze sobą i z danemi anatomicznemi, nie wyjaśniają sprawy w sposób zadowalający. Jeśli Babiński przyznaje móżdżkowi rolę kierowniczą, bo powściągającą (*pérénatrice*), a zwojom podstawy hamującą (*inhibitrice*), to w obu słowach o odmiennem brzmieniu trudno nie dosłuchiwać się tego samego znaczenia, w obu razach chodzi przecież o wpływ hamujący. Nie przekroczymy granic prawdopodobieństwa, jeśli, czerpiąc analogję z teoryj, dotyczących unerwienia piramidowego, przyjmiemy na razie, zanim badania przyszłości sprawy nie postawią w innem oświetleniu, że także ośrodki pozapiramidowe szczytowe działają samoistnie pobudzająco w pierwszym rzędzie na część sarkoplazmatyczną komórki mięsnej, a powtóre mają takież działanie hamujące tj. zapobiegają temu, żeby na skutek nieustannie działających wpływów doprowadzających nie ulegał przeciętny, optymalny tonus mięśniowy zbytnim nasileniom. Stały wpływ tonusowy ośrodków, stały dopływ tej siły niejako, regulują, cieniują i rozmieszczają podporządkowane ośrodki odruchowe z móżdżkiem na czele.

Jakie są następstwa schorzeń ośrodków pozapiramidowych i dróg? Zaliczają tu **pląsawicę, atetozę i kurcz torsyjny — stany pseudoletargiczne, chorobę Parkinsona i zespoły Parkinsonowskie — ruchy myokloniczne.**

Jak możemy sobie wyjaśnić mechanizm patologiczny powstawania raz tych, to innych zaburzeń? Pytanie to poruszyłem na innem miejscu („Neurologja Polska“, 1922 zesz. poświęcony Drowi Goldflamowi), daleki od rozwiązania go ostatecznego. Dla pląsawicy należy uważać za objawy najbardziej znamienne: ruchy samoistne i zaburzenie zborności skurczów agonistów, synergistów i antagonistów (Förster). To, że pląsawica występuje na wstępie przy schorzeniach ostrych, nasuwa przypuszczenie, że odpowiada ona porażeniu dróg pozapiramidowych wiotkiemu, które podobnie, jak się to dzieje przy porażeniach wiotkich piramidowych, przebiega ze zniesieniem odruchów, oczywiście tych odruchów, które są związane z istnieniem dróg pozapiramidowych, więc między innemi odruchowej regulacji współskurczów agonistów, synergistów i antagonistów przy ruchach dowolnych. Porażenie wiotkie sarkoplazmy pociąga za sobą zniesienie tonusu, więc hypotonję w cięższych przypadkach i pewną niemoc, wszak część komórki mięsnej uległa porażeniu, co może zresztą także mieć wpływ na osłabienie, to zniesienie okresowe nawet odruchów ścięgnistych, pomijając możliwość innych dodatkowych wpływów, (rozciągnięcie włókienek z powodów mechanicznych, zniesienie części sarkoplazmatycznej odruchów głębokich, N. sk. d. N. m. d. — R. S. — N. r. s., Ryc. 3.) Z drugiej strony brak tonizującego wpływu sarkoplazmy nadaje odruchom, o ile istnieją, charakter wahadłowy (*pendulaire*). Ruchy dokonują się tu tylko „piramidowo“, na skutek tylko udziału włókienek. W ruchach też pląsawiczych trudno niedopatrzeć się podobieństwa do izolowanych skurczów włókienek z ich cechami: są nagłe, jakby niespodziewane, krótkie, urywane. Brak zahamowania przez bierną masę sarkoplazmy mógłby powodować łatwość wyzwalania się mimowolnego ruchów, pozornie samoistną. Brak tu wreszcie własnych odruchów dróg pozapiramidowych: odruchów zatrzaskowych i antagonistycznych, które jeszcze niżej omówimy. Znaczną część objawów pląsawicy tłumaczy zawieszenie funkcyj ośrodków odruchowych, podporządkowanych torom pozapiramidowym. Schorzenia więc usadowione w długim łuku odruchowym w móżdżku, w ramionach łącznych i jądrach czerwonych mogą również dawać obrazy pląsawicze.

Atetozę i kurcze torsyjne, — a prawdopodobnie należy tu włączyć też kurcze mięśni szyjnych — możemy rozpatrywać wspólnie. Gdy atetoza dotyczy części akralnych kończyn, są skurcze torsyjne odmianą kadłubową atetozy. Ruchy atetotyczne spotyka się przy częściowych ubytkach w tworze prążkowatym, są też one prawdopodobnie wyrazem wypadnięcia funkcyj statycznych, zależnych od ograniczonych obszarów tworu prążkowatego, w którym, podobnie jak w obszarach ruchowych kory mózgowej, należy umiejscawiać te funkcje odcinkowo, dla poszczególnych części ciała.

Zespoły Parkinsonowskie, do których wliczamy także chorobę Wilsona i pseudosklerozę Westphala-Strümplla, wynikają z przewlocznych zmian w obu ośrodkach pozapiramidowych, do wywołania zaś obrazów Parkinsonowskich wystarcza nawet zajęcie samego *pallidum* (wedle Tretiakowa i Foix wystarcza już nawet zajęcie wyłączne miejsca czarnego, według Vogtów jednak zajęte jest przedewszystkiem *striatum*, gdy przeważają drżenia, zaś *pallidum*, gdy drżeń nie ma, a najwięcej uderza w obrazie chorobowym przykurczenie). Fakt, że inne objawy striopallidalne dają, w miarę postępu choroby, z czasem obrazy Parkinsonowskie pozwala nam je pojmować, jako porażenia przykurczowe układu pozapiramidowego. Porażenie uwidacznia się przedewszystkiem w zniesieniu modulacji tonusu postawy ciała. Przykurcz obejmuje część sarkoplazmatyczną komórek mięsnych, udzielając się biernie także włókienkom. Przykurcz ten, jako wyraz wzmożonego stanu napięcia w łukach odruchowych nie hamowanego obecnie wpływem najwyższych ośrodków pozapiramidowych, idzie w parze ze wzmożeniem odruchów sarkoplazmy. Ze stanu przykurczowego wynika trudność natychmiastowego wszczęcia ruchu i powolność tegoż, a może także brak ciągłości. Działają tu utrudniająco te same okoliczności, które podnosiliśmy

przy tężcu: utrudnienie skurczu włókienek z powodu nadmiernego ich tarcia o powierzchnię przykurczonej, stwardniałej niejako sarkoplazmy. Opory te w ciągu ruchu nie ustają, bo układ przestrzenny włókienek wobec sarkoplazmy w ciągu ruchu stale się zmienia, co też ciągle zużywa pewna część energji kinetycznej włókienek. Stąd mała siła kinetyczna, a względnie dobra statyczna, w spokoju bowiem był czas po temu, że obie istoty ułożyły się przestrzennie dogodniej wobec siebie. Na przeciąganie się przerw ruchu może wpływać także wygórowanie t. zw. odruchów antagonistycznych (Babiński i Jarkowski). Naszem zdaniem jednak, co najwyżej, tłumaczą one tylko ten jeden objaw Parkinsonowski, w ciągu samego bowiem ruchu, przynajmniej o ile chodzi o ruchy czynne dość energiczne, antagoniści i tutaj ulegają prawidłowemu zwiotczeniu. Polegają one na tem, że po każdem przemieszczeniu odcinków kończyny, a także przy samej zmianie tempa i energji ruchu następuje żywy skurcz antagonisty, żywszy, niż prawidłowo, co wywołuje natychmiastowe ustalenie odcinków. Ten objaw mógłby w pewnej mierze tłumaczyć kataleptyczność, która jest zresztą także przejawem wzmożenia odruchu pozapiramidowego zatrzaskowego. Przykurcz ma tutaj zazwyczaj charakter plastyczny, tem dokumentując swoje pochodzenie sarkoplazmatyczne *), zębiasty charakter przykurczu wynika może z tych samych przyczyn, które wywołują przerywalność ruchów. Wzmożona odruchowość wyraża się lekkiem wygórowaniem odruchów, co jest zrozumiałe wobec tego, że odruchy te w pewnej mierze zależą od łuku rdzeniowego sarkoplazmy, a wygórowanie pobudliwości tej właśnie części wyraża się zacięciem tonicznem odruchu rzepkowego w przeciwstawieniu do klonicznego wyglądu odruchów spastycznych hemiplegicznych (Claude i Mourgue). Wzmożona odruchowość sarkoplazmy wypowiada się skurczami mięśni, pojawiającemi się po ruchach czynnych, biernych, po ruchach w następstwie podrażnień mechanicznych i elektrycznych. Widzimy wówczas po dokonanym skurczu pojawianie się drugiego skurczu lub kilku dyskretnych drżeń masy mięśnia. Albo też te dodatkowe spóźnione skurcze odruchowe zlewają się ze skurczem pierwotnym, co daje obraz odczynu myotonicznego. Te zjawiska muszą mieć także pewien, choć bliżej nie wyjaśniony dotąd, udział w zaburzeniu ruchowem Parkinsonowców przy aktach woli, obok czynników już poruszonych.

Stany, opisywane w nagminnem zapaleniu mózgu pod nazwą letargicznych, są, mojem zdaniem, przejawami porażenia tonusu, więc także porażeniami dróg pozapiramidowych, wykazującemi atoli tylko niektóre cechy przykurczowe.

Osobne, zdaje się, stanowisko zajmują ruchy t. zw. myokloniczne, zapoczątkowujące obraz zapalenia nagminnego mózgu. Pewne dane przemawiają za tem, że są one wyrazem podrażnienia najwyższych ośrodków pozapiramidowych.

Na podstawie spostrzeżeń Franka należy uważać także drżenia występujące w postaci włókienkowej za objawy porażenia sarkoplazmy (usadowionego na obwodzie?).

Dla pełności obrazu trzeba dodać, że, o ile nie znamy napewne cierpień wynikających ze schorzeń neuronu obwodowego pozapiramidowego (tężyczka?), to znamy myopatję, dotyczącą przeważnie pierwocin sarkoplazmatycznych. Jest nią choroba Thomsena.

* * *

O ile pozwoliły szczupłe ramy niniejszego wykładu, starałem się treściwie przedstawić najogólniejsze dane z anatomji, fizjologji i patologji systemów unerwienia statycznego, pozapiramidowego. Trzeba sobie zdawać sprawę, że otwieramy tutaj nowy dział neurologji, ledwie zapoczątkowany, który na lat wiele będzie zatrudniał umysły badaczy. Stąd hypotetyczny charakter wielu miejsc przedstawienia. Hypotezy te jednak wychodzą z solidnego ośrodka. Jest nim fakt, że istnieje kurczliwa istota mięsna, sarkoplazma, posiadająca własne unerwienie, szczególnie nadająca się do przejmowania funkcyj statycznych. Na fakt ten zwrócili już uwagę Ramsay Hunt, Piéron i Frank i neurologja kliniczna musi się zainteresować, pomimo głosów krytyki, które zwłaszcza rozbrzmiewały na ostatnim Zjeździe neurologów niemieckich (Weigeldt, v. Weizsäcker i Spiegel). Pogląd o roli tonusowej sarkoplazmy i oddzielnem ośrodkowo-wegetatywnem unerwieniu tejże w usługach statycznych jest hypotezą, zawsze jeszcze programową tylko wobec skąpego dotąd opracowania tematu i rozmaitych rozbieżnych wyników. Jako taka spełni już ta hypoteza swoją rolę, gdyby nawet miała tylko skierować energję badaczy w kierunku badania patologji układów sympatycznych i w dalszym ciągu się nie utrzymać w obecnem brzmieniu. O ile rozszerzy ona horyzonty badań, ile zawiera w sobie ziaren nowej i trwałej prawdy, rozstrzygną prace bliskiej bodaj przyszłości.

*) Ta plastyczność jest właściwością narządów złożonych wyłącznie z mięśni gładkich.

Dr. Jan Zaczek. Lwów.

Nowy sposób operowania stopy płaskiej [1]).

Z Oddziału chirurgicznego Szpitala państw. we Lwowie. (Kierownik Dr. Zaczek).

Liczne zabiegi operacyjne, tak zachowawcze, jak i krwawe, stosowane w leczeniu stopy płaskiej, dostatecznie świadczą o częstotliwości, jak i ważności tego schorzenia. Statystyka Hoffy z polikliniki monachijskiej liczbowo wykazuje, że schorzenie to należy do bardzo częstych, tak iż autor ten stawia je na drugiem miejscu po skrzywieniach kręgosłupa. Hoffa mianowicie na 17619 przypadków chirurgicznych stwierdził stopę płaską 338 razy, t. j. 0·49%, zaś na 1444 zniekształceń 338 razy, t. j. 23·4%. Z pośród 235-ciu etjologicznie zbadanych przypadków stopy płaskiej: wrodzonych schorzeń było 4·3%, nabytych 95%; z tej ostatniej grupy olbrzymi odsetek, bo 88·8%, przypada na stopę płaską statyczną, zaś 4·9% urazową. Liczba mężczyzn, podlegająca temu schorzeniu, przenosi prawie dwukrotnie liczbę kobiet, wynosi bowiem 217 przypadków, wobec 121 kobiet. Najczęstszym znów okresem życia są lata 16—20 (35·5%), następnie 21—25 (17·2%), 26—30 (11·9%), podczas gdy w innych okresach odsetek nie przekracza 5%.

Sposoby leczenia stopy płaskiej dadzą się obecnie podzielić na 3 grupy, a mianowicie:

Leczenie zachowawcze przy pomocy gimnastyki, masażu, wyprostowań powolnych, czy nagłych (*redressement, redressement forcé*) i przyrządów ortopedycznych; przeszczepianie ścięgien; zabiegi krwawe na kośćcu podudzia, czy stopy.

Nie wchodząc w szczegółowe omawianie pierwszych 2 grup, nadmienić muszę w odniesieniu do pierwszej, że z dobrymi wynikami stosuje się ją tylko w postaciach początkowych i lekkich pochodzenia mięśniowego i ścięgnistego (podział Schultzego), zawodzi natomiast bardzo często w przypadkach cięższych, a szczególnie przy stopie płaskiej ustalonej, t. zn. z już wytworzonemi zmianami anatomicznemi w kośćcu. Dodać również muszę, że jest ona w naszych stosunkach dostępną tylko dla warstw bogatszych.

Przeszczepianie zaś ścięgien ma za zadanie przez nowe ukształtowanie sił mięśniowych, zmienić ich działanie na kościec stopy, tak by to zapobiegało dalszemu spłaszczaniu się sklepienia stopy. Ten cel mają zabiegi Gochta — przemieszczenie ścięgna Achillesa na wewnętrzny brzeg kości piętowej, Hoffy — przecięcie ścięgna Achillesa, Hevesiego przedłużenie tegoż ścięgna z równoczesnem skróceniem mięśnia goleniowego tylnego i t. d. Wszystkie te jednak sposoby nie są w stanie, mimo najidealniejszego wykonania i rozważenia jakości działania przemieszczonych czy skróconych ścięgien, zmienić już wytworzonych zmian kostnych, tembardziej, że działają one na najczęściej przy tem schorzeniu na ulegające zmianom kości, jedynie pośrednio.

Stąd też zwrócono się do poszukiwania sposobów leczniczych, mających za zadanie usunąć już to zniekształcenie

[1]) Przedstawiony na posiedzeniu Kółka naukowego lekarzy Szpitala państwowego we Lwowie dnia 7. września 1921.

powstałe, już też przez utworzenie innych zmian kostnych zapobiedz dalszemu pogarszaniu się schorzenia, względnie zmiany te poprawić. Tutaj należą zabiegi krwawe Ogstona, Trendelenburga, Hahna i Gleicha z ich modyfikacjami.

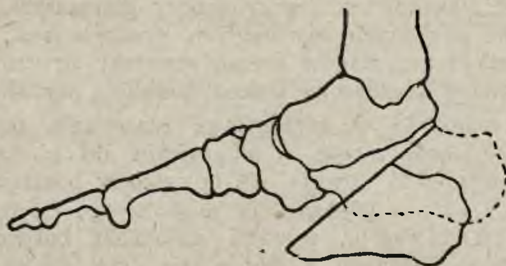
Podstawą operacji Ogstona, który za przyczynę główną tworzenia się stopy płaskiej uważał zmiany w stawie Choparta, jest wycięcie klina w okolicy stawu skokowo-łódkowego (*talo-naviculare)*; następstwem tego zabiegu jest kostny zrost w tym stawie i stworzenie nieruchomego sklepienia stopy.

Trendelenburg i Hahn zaś, uważając za główną przyczynę odchylenie stopy na zewnątrz w stosunku do osi podudzia, podali i ze skutkiem stosowali linijne przecięcie obu kości podudzia tuż powyżej kostek z następowem prawidłowem ustaleniem stopy. Zabieg ten posiada wyższość nad sposobem Ogstona, ponieważ nie zmienia stosunków kostnych samej stopy; wyniki dobre osiąga się jednak tylko w postaciach stopy płaskiej urazowej, po złamaniach nadkostkowych podudzia.

Prócz tych podstawowych, typowych metod operacyjnych, cały szereg innych podali inni autorzy i tak Stokes: wycięcie klinowe części główki i szyjki kości skokowej, Vogt i Weinlechner usuwali całą kość skokową, Schwartz klin, obejmujący część kości skokowej i łódkowej, Wachter zaś przecina podłużnie kość łódkową, klinową II. i I. i kość śródstopia I., by po następowem wygięciu ustalić przez zrost sklepienie.

Metody powyższe wraz z prototypem Ogstona niszczą normalne stawy stopy, Trendelenburga i Hahna, zabieg bezwzględnie najlepszy przy powyżej wzmiankowanej stopie płaskiej urazowej, nie zapobiega zaś powtórnemu utworzeniu się stopy płaskiej, o ile niestosunek obciążenia i siły stopy trwa w dalszym ciągu.

To skłoniło Gleicha do pracy w tym kierunku, by, unikając błędów poprzednich sposobów, stworzyć niejako fizjologicznie zanikłe sklepienie stopy, i to przez swój zabieg osiągnął. Zabieg Gleicha, ogłoszony przez niego w r. 1893, polega na skośnem przecięciu kości piętowej (*calcaneus*) i przesunięciu odcinka tylnego ku dołowi i wewnątrz, zależnie od wskazań poszczególnych przypadków, jakoteż przecięciu ścięgna Achillesa. (Rys. a.). Cięcie skórne odpowiadało



A.

Rys. a.

cięciu Pirogoffa. W pracy tej podaje tylko 2 przypadki tym sposobem operowane, a to z kliniki Eiselsberga w r. 1892, obydwa z wynikiem dobrym, t. j. wyleczeniem. Niedostateczne opracowanie sposobu tego przez autora było przyczyną nieudania się tego zabiegu na klinice Mikulicza, o czem pisze Marcinowski, jakoteż wywołało modyfikacje, niezasadnicze wprawdzie, Obalińskiego i Brennera. Obaliński zmienił cięcie skórne; wykonywał je w kształcie odwróconej litery U, przecinając ramieniem poprzecznem ścięgno Achillesa. Brenner zaś ograniczył cięcie do jednostronnego, a mianowicie wewnętrznego, palec poza kostką wewnętrzną, które uważa za najwłaściwsze, bo umożliwia najpewniej nieobrażenie tętnicy piszczelowej tylnej (*art. tibialis post.*), jak i zapobiega uciskowi nerwu piszczelowego (*n. tibialis*) przez brzeg zewnętrzny ściętego odcinka kości piętowej po przesunięciu go na wewnątrz. Brenner jeszcze przecina ścięgno Achillesa, jeżeli zginanie podeszwowe (*flexio plantaris*) nie zwolni go dostatecznie, by obcięty odcinek kości piętowej przesunąć ku dołowi.

Dopiero praca Frischa z kliniki Eiselsberga jest właściwem opracowaniem sposobu Gleicha i pierwsza podaje statystykę liczniejszą wyników operacyjnych.

Zasadniczą cechą, jak już wspomniałem, zabiegu Gleicha jest przesunięcie odcinka kości piętowej, na którem przyczepia się ścięgno Achillesa, ku dołowi i wewnątrz. Przesunięcie około 2 cm ku dołowi stwarza zanikłe sklepienie stopy, przesuwając zaś punkt zaczepienia ścięgna Achillesa ku przodowi, skraca ramię siły mięśnia trójgłowego łydki (*triceps surae*), a przez to osłabia jego działanie na dłuższy przeciąg czasu, bo, jak Frisch stwierdził, powyżej 4 lat. Dalszem następstwem jest również przesunięcie punktu ciężkości ku tyłowi, a więc odciążenie przedniej części sklepienia. Niemniej, według Frischa, ważnym momentem jest również zwolnienie krótkich mięśni i ścięgien podeszwy stopy, które przy stopie płaskiej stopniowo rozciągane musiały uledz zanikowi i same nie były w stanie oprzeć się naciskowi kostnemu, po zwolnieniu jednak napięcia odnawiają się i przyczyniają się do wytworzenia sklepienia. Przesunięcie zaś odcinka na wewnątrz, zależne od potrzeby, znosi ustawienie stopy koślawe, prostując oś biegnącą przez podudzie i stopę, spełnia więc zadanie operacji Gochta i Trendelenburga, przesuwając znowu punkt ciężkości na miejsce prawidłowe i przenosząc ciężar ciała na guz kości piętowej, a więc w większej mierze na zewnętrzny brzeg stopy, jak w stopie prawidłowo zbudowanej.

Na klinice Eiselsberga wykonywano zabieg Gleicha z jednego cięcia skośnego po zewnętrznej stronie, palec za kostką zewnętrzną (mylnie uważając to za modyfikację Brennera), przecinano kość piętową tuż przed guzem kości piętowej, bez uszkodzenia krótkich mięśni podeszwy stopy, a odcinek po przesunięciu przytwierdzano gwoździem wbitym na szczycie pięty przez oba odcinki kości piętowej, poczem zakładano opatrunek gipsowy w ustawieniu na zewnątrz (*supinatio*) i w stopie piętowej (*pes calcaneus*); po 2 tygodniach usuwano gwóźdź bez zdejmowania pierwszego gipsu, w 3-cim tygodniu po zdjęciu pierwszego gipsu opatrunek i założenie gipsu drugiego, w którym chory może chodzić bez obciążania pięty; po 6-ciu dopiero tygodniach chory może stopniowo obciążać stopę.

1) Długi czas leczenia, 2) długi okres pooperacyjny, w którym noga pozostaje bez ruchu, 3) wbijanie gwoździa na długi przeciąg czasu celem uzyskania dobrego zrostu, są słabemi stronami tej metody operacyjnej. Czas trwania bowiem leczenia szpitalnego jest stosunkowo długi, przeciętnie wynosi około 51 dni (Riedl), zaś drugi czynnik powoduje zaniki mięśni, tak niekorzystne w leczeniu stopy płaskiej, wreszcie 3-ci pozostawić może przetoki ropiejące, a utrzymujące się dłuższy czas i opóźniające ostateczny wynik. Bez umocowywania zaś odcinków gwoździem zdarzały się wyniki ujemne, tj. brak zrostu, jak wyżej podane 3 przypadki z kliniki Mikulicza podane przez Marcinowskiego, czemu Dembowski przeciwdziałał, szyjąc odłamki drutem srebrnym. Skrócenie więc czasu trwania leczenia, jak i stworzenie najlepszych warunków zrastania i uniemożliwienie przesunięcia się odciętego odcinka, można uważać za postęp w tym sposobie operacyjnym i zdaje mi się, że podana poniżej modyfikacja posiada te zalety.

Polega ona na wytworzeniu progu kostnego na odcinku przednim kości piętowej; próg ten z jednej strony zapobiega przesunięciu się odcinka odpiłowanego ku górze, co może się stać pod wpływem działania siły mięśnia trójgłowego łydki, skróconego przy tej sprawie chorobowej, z drugiej znowu strony stwarza większą powierzchnię zrostową kostną, wzmacniającą wybitnie siłę zrostu. Przecięcie kości piętowej wykonuję piłką Gigliego, a nie dłutem, który to sposób może spowodować utworzenie się odłamków kostnych, a więc możliwość obumarcia tychże i następowego sekwestrowania (Frisch), opóźnienie a nawet uniemożliwienie wyleczenia. Dla dokonania więc takiego przecięcia kości piętowej robię 2 cięcia przez części miękkie po zewnętrznej i wewnętrznej stronie, przebiegające skośnie od góry tyłu ku przodowi w dół, tak, że środkowa część cięć wypada na szerokość palca za kostkami. W rzucie na kostne składniki stopy zaczynają się

cięcia na przednim brzegu ścięgna Achillesa 2 palce nad górną powierzchnią kości piętowej.

Po odsunięciu okostnej ku przodowi 1 cm przepiłowuję kość piętową skośnie, zaczynając przed przyczepem ścięgna Achillesa, a więc chrząstkozrostem trzonowo-nasadowym (*synchondrosis epiphyseos*) w dół skośnie, tak, by odciąć tylny odcinek wraz z obu guzami kości piętowej. W przedniej części kości piętowej wycinam blaszkę kostną grubości $^2/_3$ cm, począwszy od 1—2 cm od górnego brzegu kości piętowej, a to zależnie od nasilenia zmian kostnych uwidocznionych przez spłaszczenie sklepienia kostnego. (Rys. b.). Ścięgno



Rys. b.

Achillesa pozostaje nietknięte. Zgięcie podeszwowe stopy wystarcza w zupełności do przemieszczenia odcinka tylnego ku dołowi, a przesunięcie boczne w stopniu zależnym od potrzeby, w danym wypadku łatwe.

Dalszy ciąg operacji jest zupełnie analogiczny do sposobu, stosowanego na klinice Eiselsberga (Gleich-Brenner). Odcinek tylny przytwierdzam w nowem położeniu gwoździem wbitym przez oba odcinki na szczycie pięty; rany operacyjne zaszywam katgutem, nie sączkując ich, i zakładam opatrunek gipsowy w zgięciu stopowem, przyciskający odcinek tylny kości piętowej. Gwóźdź usuwam wcześnie, po 6—8 dniach, a to z obawy przetoki, mogącej powstać w jego miejscu, co rzeczywiście stało się w pierwszym operowanym przezemnie przypadku. Przy dalszych operacjach gwóźdź ten, o ile kontrola w prześwietleniu wykaże dostateczne umocowanie odcinka tylnego, będę usnwał jak najwcześniej, 2—3-ciego dnia. Po 2 tygodniach zdejmuję pierwszy gips i ustalam stopę w pozycji prawie normalnej, a po 2 następnych usuwam gips znpełnie i chory może zacząć chodzić.

W 2 dotychczas operowanych przypadkach zrost po zdjęciu 2-go gipsu był silny, roentgenogramy wykazały bardzo dobrze i silnie zrośnięte odcinki tylne, tak, że chory zaczął chodzić po 4 tygodniach od dnia operacji.

Początkowy chód niepewny, chory skarżył się na bóle w pięcie, po dalszych jednak 2 tygodniach chodził swobodnie i pewnie. W miesiąc zaś później, po wyleczeniu przetoki po gwoździu na pięcie, opuścił szpital zupełnie wyleczony, nie opierając się wcale na laskach, przy pomocy których chodził przed operacją.

Piśmiennictwo:

Hoffa, Gocht, Ogston, Schwartz, Stockes, Trendelenburg, Hahn, Vogt, Weinlechner: Ortopaedische Chirurgie Hoffa 1921. Brenner: W. kl. Woch. 1894, Nr. 24. Dembowski: Arch. f. kl. Chir. T. 56. Frisch: Arch. f. kl. Chir. T. 87. Hevesi: D. m. Woch. 1904 Nr. 45. Marcinowski: Zeitschr. f. orth. Chir. T. 4. Obaliński: W. med. Presse 1895 Nr. 41. Riedl: Arch. f. kl. Chir. T. 92. Gleich: Arch. f. kl. Chir. T. 46.

Dr. Wilhelm Türschmid, kierownik szpitala. Nowy Targ.

Ciało obce w przełyku (blacha) — krwotok z tętnicy głównej.

Ze szpitala powszechnego w Nowym Targu.

Dnia 2 maja 1920 przywieziono do szpitala powszechnego w Nowym Targu żołnierza Henryka D. L. $^{240}/_{20}$ z następującą historją choroby:

Przed dwoma tygodniami, jedząc konserwy mięsne, połknął najpewniej kostkę, która, jak poczuł, utkwiła mu w przełyku, powodując silny ból i utrudnienie połykania. Udał się wtedy do lekarza wojskowego, który przepisał mu jakiś środek leczniczy, po czem nastąpiła poprawa w tak znacznym stopniu, że odczuwał tylko nieznaczny ból w przełyku a łykał i jadł prawidłowo wszystkie potrawy, czując się zdrowym. Nagle po obiedzie spożytym dziś poczuł, że słabnie, wyszedł na korytarz swego mieszkania i upadł zemdlony na ziemię. Po powrocie do przytomności zwymiotował około pół litra krwi świeżej, nieskrzepłej. Przerażone otoczenie zawezwało lekarza wojskowego, który polecił przewieźć chorego natychmiast do szpitala.

Stan obecny: Chory przytomny — niespokojny. Spojówki i śluzówki oraz powłoki skórne bardzo blade; badany nie skarży się na żadne dolegliwości z wyjątkiem ogromnego, graniczącego z omdleniem osłabienia.

Zdając sobie sprawę z tego, iż mamy tu do czynienia z naddarciem przez ciało obce jakiegoś większego pnia naczyniowego w okolicy przełyku z następowym krwotokiem, który chwilowo ustał — wstrzymałem się chwilowo od wszelkich zabiegów, a tembardziej od doradzonego mi ubocznie sondowania, poleciłem jedynie lód do połykania oraz rozczyn wyciągu z nadnercza (*Solutio adrenalini*) wewnętrznie.

W trzy godziny później wystąpiły ponownie krwawe wymioty z tak silnem następowem osłabieniem, że o jakimkolwiek zabiegu mowy być nie mogło. Poczem nastąpiły dalsze krwotoki i zejście śmiertelne.

Sekcja zwłok, dokonana przezemnie, stwierdziła, co następuje:

Żołądek wypełniony ad maximum krwią częścią zakrzepłą w ilości około $1\frac{1}{2}$ litra. W przełyku, również krwią wypełnionym, na wysokości rozdziału na oskrzela stwierdza się ciało obce w postaci kawałka blachy, postaci okrągłej, o średnicy 3,3 cm.

Blacha pochodziła prawdopodobnie z metalowej puszki konserwowej, a tkwiła tak silnie w przełyku, że trudno ją było usunąć. Ułożona była w osi długiej ciała, i tworzyła jakby podłużną przegrodę przełyku i nie utrudniała przez to zupełnie połykania.

Po usunięciu blachy okazało się, że na przedniej ścianie przełyku od strony prawej istnieje ubytek (odleżyna), spowodowany ciałem obcem, sięgający aż poza warstwę mięśniową; na tylnej znów ścianie, od strony lewej, widać podobny drugi ubytek przenikający jednak całą ścianę przełyku, drążący do części zstępującej tętnicy głównej, tuż poniżej łuku aorty. Przebicie tętnicy głównej, nieprzekraczające wielkości ziarna prosa, spowodowało krwotok tętnicy, a w następstwie zejście śmiertelne.

Przypadek ten zasługuje na ogłoszenie z kilku względów: przedewszystkiem ciało obce tak wielkie, jak opisanych rozmiarów blacha, zostało połknięte tak niepostrzeżenie, iż chory przypuszczał, że pewnie połknął »kostkę«, a powtóre i dlatego, że ciało to przez dwa tygodnie pozostawało w przełyku w takiem ułożeniu, iż nie wywoływało ani utrudnień w połykaniu, ani też żadnych innych objawów, a spowodowało wreszcie nagły, nieprzewidziany krwotok i zejście śmiertelne. W dostępnem mi piśmiennictwie napotkałem zaledwo kilka podobnych przypadków przebicia przełyku z następowym krwotokiem. W Lwow. Tyg. lekarskim z r. 1909 opisuje Rydygier przypadek połknięcia kości (żebra) kurczęcia, co w 2 dniu spowodowało przebicie przełykn i tętnicy głównej z następowym śmiertelnym krwotokiem. Rydygier podaje, że jego przypadek był 18 z rzędu z wypadków wcześniej opisywanych.

Wedle Pouleta przebiciu przez ciała obce, oprócz tętnicy głównej, ulegają najczęściej tętnice: tarczycena i nieparzysta (azygos). Wśród 33 przypadków krwotoków z przełyku, 17 razy powstał krwotok z tętnicy głównej, zranionej ciałem obcem, co wytłumaczyć można łatwo anatomicznem ułożeniemprzełyku i tętnicy głównej, a w szczególności ich bliskiem sąsiedztwem na znacznej przestrzeni.

Z praktyki.

Dr. S. Sterling. Łódź.

Włośnicy postacie poronne.

Badanie mięsa trzody chlewnej zaprowadzono w Łodzi dopiero w r. 1902. A jednak, kiedy w r. 1897 postawiłem rozpoznanie kliniczne włośnicy, znalazło ono wiarę dopiero po wystąpieniu tego cierpienia w postaci epidemji, którą — wspólnie z kol. J. Maybaumem — opisałem wówczas w „Gazecie lekarskiej“. W latach ostatnich włośnica bywa w Łodzi rozpoznawana często; spostrzegamy tu co rok przypadki sporadyczne, czasem małe endemje.

Łatwe rozpoznawanie włośnicy datuje się wszędzie od

czasu wykrycia objawu dla tego cierpienia patognomonicznego w składzie krwi, mianowicie eozynofilji, dochodzącej do 50%, nawet wyżej. Niezależnie od tego jest faktem, że u nas trzoda chlewna choruje teraz na włośnicę częściej, niż przed wojną. Dane statystyczne rzeźni łódzkich wykazują, że w okresie lat 1902 do 1913 przeciętna ilość sztuk trichinowych wynosiła 1,382 na tysiąc sztuk zabitych, a w czasie lat 1914 — 1921 wynosiła 2,443‰. To zwiększenie zależy, zdaniem p. inspektora weterynaryjnego Zacherta, od niedbalstwa naszych hodowców, wówczas gdy nierogacizna przywożona z Rosji była hodowana w chlewach starannie utrzymywanych. (Szczegół charakterystyczny: z wypasionych w jednym ze szpitali łódzkich świń było zarażonych włośniami 100%; wszystkie karmiły się szczurami).

Rzecz zrozumiała, że rozpoznajemy przypadki sporadyczne włośnicy wtedy, kiedy objawy kliniczne skłaniają do badania krwi. Istnieją jednak przypadki poronne tego cierpienia, nie wzbudzające żadnych w tym kierunku podejrzeń, jak o tem świadczą dwa spostrzeżenia, jakie uczyniono w Łodzi jednocześnie w styczniu r. b.

Kolega A. M. zapadł przy objawach ogólnych, właściwych niekataralnej grypie średniego natężenia; już jednak po kilku dniach obrzęk powiek i obrzęk spojówki gałkowej (*chemosis*) nasunęły podejrzenie włośnicy, a badanie krwi i dalszy przebieg cierpienia podejrzenie to potwierdziły. Żona kolegi M., która nie czuła się chora, co najwyżej — zmęczona pielęgnowaniem męża, miała przez dwa dni powieki obrzmiałe. Badanie jej krwi wykazało bardzo silną eozynofilję, która przy następnem badaniu przewyższała 50%. Był to jedyny, obok uczucia osłabienia i pozornie z niem związanego obolenia mięśni nóg — objaw włośnicy.

W tym samym czasie rozpoznano w szpitalu w Radogoszczu u pani B. włośnicę o przebiegu charakterystycznym. Zaproszony do szpitala mąż chorej miał, jako objaw chorobowy, jedynie silną biegunkę; badanie jego krwi wykazało, jak u żony, wybitną eozynofilję.

Mamy w obu przypadkach włośnicę poronną, jednoobjawową; gdyby nie współczesne zachorowanie męża, lub żony, nie powstałoby zgoła podejrzenie zakażenia włośniami.

Jeśli w tych przypadkach niepodobna było wogóle pomyśleć o włośnicy, to natomiast w przypadkach gorączkowych, kiedy nietypowej gorączce nie towarzyszą żadne objawy charakterystyczne, należy pamiętać o włośnicy, t. j. zbadać krew na eozynofilję, która się staje wyraźną po paru dniach trwania choroby, a od 20% jest przekonywującą. (W pierwszych dniach choroby można, podobno, znaleźć włośnie we krwi, jeżeli wirować dużą ilość krwi, zakwaszonej kwasem octowym. Niewielu dotąd badaczom to się udawało).

Obecność eozynofilji wybitnej przemawia za włośnicą; podobny obraz krwi spostrzedz można jedynie w przebiegu płonicy, przy obecności robaków w kiszkach, przy *granuloma malignum* i przy rozpadających się nowotworach. Pamiętać jednak należy, że w bardzo ciężkich przypadkach włośnicy, zarówno jak i *sub finem vitae*, niema tego objawu; że powikłania zmniejszają ilość komórek eozynochłonnych. Po ustąpieniu innych objawów włośnicy może eozynofilja umiarkowana trwać jeszcze przez kilka miesięcy; w obrazie krwi uderza wówczas i limfocytoza.

Doświadczenia wojny rozszerzyły nasze wiadomości o włośnicy (patrz Matthes: *„Hbch der aerztlichen Erfahrungen im Weltkriege“* Tom III. i *„Lehrb. der Differentialdiagnose“*) [1]).

Ponieważ przy włośnicy na skórze występują często wykwity, np. różyczka, petocie, rozpoznawano błędnie zamiast włośnicy — dur wysypkowy, za którym przemawiał, prócz gorączki, obrzęk powiek. Obecność wysypki, odczynu dwu-azowego i zwolnienia tętna — nasuwały w innych przypadkach rozpoznanie duru brzusznego. Przy burzliwych objawach kiszkowych w początku włośnicy rozpoznawano nawet cholerę, a przy silnej domieszce krwi do stolców — czerwonkę. Zajęcie mięśni żwaczy, ich silne napięcie, które czasem sięgało mięśni karku — nasuwało podejrzenie tężca.

Cechą kliniczną, stale spostrzeganą w przebiegu włośnicy, okazał się znaczny spadek parcia krwi w naczyniach obwodowych; ten objaw trwa długo po chorobie. Jakkolwiek nie wykazano włośni w mięśniu sercowym, znajdywano w nim ogniska zapalne, zawierające liczne ciałka eozynochłonne; to zapalenie toksyczne jest przyczyną osłabienia mięśnia sercowego, które powoduje — w dalszym przebiegu choroby — obrzęki i zakrzepy żylne, a bywa przyczyną zgonu. W tym okresie widywano też zapalenie osierdzia, ropniaki opłucnej, zajęcie stawów.

W lecznictwie próbowano jako środka rzekomo pasorzyto-tropowego: tymolu. Do wewnątrz podają go co dwie godziny po 50 cg w opłatku; podskórnie i domięśniowo (3 g na 50 g oliwy) przez 7 dni po 2—3 cm^3.

Co do stosowania środków czyszczących, to, zdaniem K. Chełchowskiego (komunikowanem ustnie), należy je powtarzać przez cały czas choroby, ponieważ część włośni zalega fałdy w kiszkach i partjami — w ciągu kilku tygodni — przebija się do układu chłonnego. Badania pośmiertne wykazywały włośnie w fałdach kiszek w 10 tygodniu po zakażeniu, jakkolwiek nie można ich było znaleźć za życia w wypróżnieniach.

[1]) W kilku przypadkach włośnicy, spostrzeganych w pierwszych latach powojennych we Lwowie, nasuwało się podejrzenie, że źródłem jej była słonina amerykańska. (*Przyp. Red. lw.*).

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Fr. Ksawery Cieszyński. Warszawa.

O żółwich prątkach gruźliczych Friedmanna pod względem klinicznym.

Znaczenie kliniczne prątków Friedmanna mogły dopiero oświetlić prace czasów ostatnich, gdyż przed wydaniem ostatecznego wyroku trzeba było dokonać bardzo licznych prób i czekać kilka lat na wyniki; autor bowiem sam przypisuje swoim prątkom działanie przez tak długi okres czasu: po pierwsze zapobiegawcze i po drugie lecznicze.

O tem, czy prątki Friedmanna wywołują rzeczywiście u człowieka odporność przeciw gruźlicy, starano się przekonać kilkakrotnie na materjale dziecięcym, posługując się w tym celu trzema metodami.

Najpierw zastrzykiwano prątki Friedmanna dzieciom, u których odczyn Pirquet'a był ujemny, a więc od urodzenia nie zetknęły się z gruźlicą, i próbowano po upływie okresu, w którym przypuszczalnie powinna była nastąpić allergja, za pomocą tuberkuliny ludzkiej wywołać odczyn skórny. Friedmann sam twierdzi, że w jego takich doświadczeniach prątki gruźlicze żółwia wywoływały przejściowo dodatni odczyn Pirqueta. Wyników tych jednak nie mogli potwierdzić przeważnie na niemowlętach ani Selter, ani Lust, ani Loebenstein, ani Selma Meyer, nawet z czulszą próbą doskórną, według Mentoux, i odmówili prątkom Friedmanna bliskiego pokrewieństwa z ludzkiemi prątkami gruźliczemi.

Drugi sposób polega na wywoływaniu odczynów skórnych za pomocą tuberkuliny, otrzymanej z żółwich prątków gruźlicy na wzór ludzkiej, u dzieci gruźliczych, nie leczonych i leczonych prątkami Friedmanna. U dzieci nie leczonych w ten sposób otrzymali ujemne wyniki Lust i Selma Meyer; dzieci zaś leczone na gruźlicę według Friedmanna dały w doświadczeniach Selmy Meyer ujemny odczyn Pirqueta, lecz dodatni odczyn Mentoux, który jest czulszy, w 5-u na 6 przypadków. Dla kontroli zastrzykiwała autorka dzieciom takim zamiast tuberkuliny z prątków Friedmanna zwyczajne białko w postaci mleka i normalnej surowicy, lecz wynik był zawsze ujemny.

Wreszcie, jako trzeci sposób, zastrzykiwała ta sama autorka tuberkulinę z prątków Friedmanna dzieciom niegruźliczym, którym poprzednio zastrzyknięto te same prątki, i otrzymywała odczyny dodatnie według Mentoux. W ten sposób dowiodła, że prątki Friedmanna mogą wywoływać przeciwciała swoiste w organizmie ludzkim, że istnieje pewien związek pomiędzy tuberkuliną z żółwich prątków gruźliczych a prątkiem gruźlicy ludzkiej, lecz niema związku pomiędzy tuberkuliną ludzką i prątkami żółwiemi, gdyż przypadki te

nie oddziaływały na tuberkulinę ludzką. Doświadczenia te powtórzyła autorka na 4 świnkach morskich i otrzymała podobne wyniki.

Badania te dotychczas odosobnione wykazały więc tylko pewną zdolność prątków Friedmanna wywoływania swoistych przeciwciał, lecz niezdolność uodporniania przeciw gruźlicy ludzkiej. Wynik ten podkreślają również Gross i Ulrici w świeżo ogłoszonej większej pracy krytycznej na podstawie poglądów z piśmiennictwa oraz własnych badań w sposób następujący: Nie dowiedziono, że szczepionka Friedmanna zdoła uodpornić człowieka wolnego od gruźlicy lub, że obroni przed rozwojem istniejącego już zakażenia.

Działanie lecznicze prątków Friedmanna stanowi dotąd ciągle jeszcze przedmiot sporu pomiędzy jego zwolennikami i przeciwnikami; tych ostatnich szeregi są nieporównanie większe, niż pierwszych. Friedmann sam bierze w tym sporze bardzo czynny udział, starając się ujemne sądy o swym środku tłómaczyć nieprzestrzeganiem warunków, w których można środek stosować. Z przeciwnikami swymi walczy również w prywatnej korespondencji w ten sposób, że zagraża im cofnięciem pozwolenia na używanie jego środka, o ile nie będą stosowali się do jego wskazań, i nie cofa się nawet przed drogą sądową, na której domaga się odszkodowania za szkody, wyrządzone dobrej sławie jego środka, przez ujemny sąd o nim wypowiedziany.

Granice, jakie Friedmann stawia w stosowaniu swego środka, są bardzo ciasne. Wyklucza on zupełnie daleko posunięte przypadki, które nie są zdolne wytworzyć ciał obronnych, jak suchoty płuc i krtani, rozsiana gruźlica, ogniska zserowaciałe, skrobiawica narządów, gruźlica chirurgiczna, zapalenie opon mózgowych, prosówka itd. Działanie swego środka przedstawia Friedmann w ten sposób, że nacieki bez rozpadu mogą wygoić się przez wessanie się, zserowacenie zaś martwicze, rozmiękczenie lub ropnie przez odgraniczenie się za pomocą ściany demarkacyjnej względnie przebicie się na zewnątrz i stworzenie przetoki lub w najlepszym razie zabliźnienie się sprawy. Z tych względów nie nadaje się również do leczenia zamknięta gruźlica stawów, kręgów i gruczołów z początkującem ropieniem.

Oprócz tych ograniczeń wymaga Friedmann, aby unikać zastrzykiwań chorym, którzy sami mogą wytworzyć przeciwciała, aby z niemi nie wchodzić w kolizję przez wywoływanie nowych. Następnie konieczne są w poszczególnych przypadkach odpowiednie dawki, w wątpliwych lepiej mniejsze, i to tylko jeden raz zastrzyknięte. Działanie lecznicze ulega, według autora, osłabieniu, względnie zupełnemu zahamowaniu przez szczepienie tuberkuliny, ospy, duru, cholery i przechodzenie wszystkich chorób zakaźnych, ponieważ na miejscu zastrzyku może powstać zapalenie i przetoka z wyciekiem. Działaniu temu szkodzą również środki lecznicze, jak arsen, kreozot, miedź, promienie Röntgena, lampa kwarcowa i słońce górskie. Jak widzimy, ograniczenia, stawiane przez autora, są bardzo liczne i utrudniają niezmiernie wydanie sądu o wynikach leczenia.

Z pomiędzy nielicznych zwolenników środka Friedmanna zdołałem odszukać prace tylko kilku autorów z ostatnich lat. A mianowicie Fr. Kraus leczył środkiem tym ambulatoryjnie 85 przypadków gruźlicy płuc, która objawiała się przez stałą gorączkę, poty, ubytek ciała i wagi, osłabienie, krwioplucie, prątki w plwocinie i wyraźne zmiany w płucach, potwierdzone przez badanie rentgenologiczne. Z tych przypadków było po 5 latach 25 »klinicznie wyleczonych«, 36 chorych odpowiedziało listownie, że czuje się dobrze, a reszta nie odezwała się wcale. Podobne wyniki otrzymali Jungmann, Knopf, Stephan na 600 i Denal na 250 przypadkach.

Inni autorzy zachowują się krytyczniej w osądzaniu wyników. Ulrici i Grass twierdzą, że w gruźlicy płuc szczepionka Friedmanna wpływa często korzystnie na objawy toksyczne i poprawia objawy takie, jak poty nocne, plwocinę, małe krwotoki itp.; poprawa stanu wprawdzie nie trwa długo, lecz rozpoczyna pozornie dłuższe wyleczenie kliniczne. Ale też niekiedy spostrzega się po szczepionce także ciężkie pogorszenie choroby, powstające przez unaczynianie istniejącego procesu wśród gorączki lub krwotoków; przyczyną główną bywa przebicie jakiegoś ogniska serowatego do płuc, jamy surowiczej lub krwi i limfy, wskutek czego powstają zapalenia płuc serowate, gruźlica prosówkowa lub zapalenie opon, powodujące śmierć. Również Moewas widział u 35 swoich chorych z lżejszą gruźlicą poprawę, u cięższych, zaś pogorszenie sprawy.

W przypadkach zamkniętej gruźlicy chirurgicznej gruczołów i jąder komunikują pewne dobre wyniki Auschütz, Payr i Poppert, lecz wszyscy przestrzegają przed środkiem, który wymaga trudnego dozowania, i radzą daleko posuniętą ostrożność. Sporadyczne spostrzeżenia bowiem stwierdzają rozwój miejscowej gruźlicy Friedmannowskiej, a wszyscy autorzy, nawet zwolennicy, z małemi wyjątkami przyznają, że, chociaż środek nie szkodzi, wywołuje prawie zawsze małe nacieki, 2—3 dniową wrażliwość miejscową i czasem przejściowe podniesienie ciepłoty. Często naciek otwiera się i tworzy bardzo trudno gojącą się przetokę z wyciekiem surowiczym; sam widziałem to kilkakrotnie u chorych Tillmanns'a w Lipsku.

Znacznie liczniejszy jest zastęp autorów, którzy na podstawie własnych złych lub nieprzekonywujących wyników odmówili środkowi Friedmanna wszelkiego znaczenia zapobiegawczego i leczniczego. Z pomiędzy internistów należą do nich Goldschmidt, Gerhard, Hoffmann, Curschmann, Minkowski, O. Müller, Roepke, Weicksel, Max Wolff, Klemperer, Barmeister, Krause, Klieneberger, Arnsberger i wielu innych, z pomiędzy pedjatrów Bick, Brüning, Göppert, Lust i Rietschel, z chirurgów Bier, Enderlen, Hildebrandt, Haberland, Grossmann, Loewen, Sauerbruch, i Koebler oraz Poelchan. Przeważnie stwierdzili oni indyferentyzm wobec sprawy chorobowej, kilku jednak pisze nawet o szkodliwości prątków żółwich.

W celu lepszego ustalenia sądu o wartości środka Friedmanna ogłosił Schwalbe, redaktor »Deutsche medizinische Wochenschrift«, ankietę do wszystkich dyrektorów klinik, o których przypuszczał, że środek ten stosowali. Oprócz wyżej przytoczonych ujemnych sądów otrzymał również odpowiedzi, że środka tego nie próbowali wcale na mocy dotychczasowych ujemnych wyników innych autorów: interniści De La Camp, Fleiner, Friedrich Müller, Penzoldt i Romberg, pedjatrzy Ibrahim, Moro, Noeggerath, Pfaundler, Siegert i Thiemich oraz chirurg Graser. Do tego chóru przeciwników Friedmanna przyłączają się jeszcze liczne głosy, które na zeszłorocznem listopadowem i grudniowem zebraniu Berlińskiego Towarzystwa Lekarskiego potępiły ten środek.

Friedmann broni się jednak nadal, zacieśniając coraz bardziej pole stosowania tego środka u ludzi do przypadków, które same przez się mają widoki wyzdrowienia, i głosi na wykładach dokształcających dla lekarzy, że środek jego odnosi zwycięstwa w uodpornianiu kur i bydła przeciw gruźlicy.

Piśmiennictwo.

Bacmeister. D. m. W. 1920 Nr. 21. — Cepulic W. Beitr. z. Klin. der Tuberculose 1921 Nr. 46. — Denel. Deutsches Archiv f. klin. Med. T. 130. Z. 1—2. — Friedmann. D. m. W. 1921 Nr. 19. — Tenże. B. kl. W. 1920 Nr. 30 Fortbildungsvorlesung. — Grossmann. M. m. W. 1921 Nr. 28. — Haberland. M. m. W. 1921 Nr. 30. — Jungmann. D. m. W. 1920 Nr. 14—15. — Klemperer. Therapie d. Gegenwart 1913. T. 54. — Klieneberger. Ztbl. f. inn. Med. 1921. Nr. 38. — Knopf. D. m. W. 1920. Nr. 51. - Köhler. Beitr. z. Klin. der Tuberkulose 1920. T. 46. Z. 1. — Kraus. D. m. W. 1914. Nr. 19. — Tenże. D. m. W. 1918. Nr. 52. — Kruse. D. m. W. 1921. Nr. 1. — Tenże. M. m. W. 1921. Nr. 39. — Leschmann. M. m. W. 1921. Nr. 35. — Loebenstein. B. kl. W. 1921 Nr. 38. — Lust. Monatsschrift f. Kinderhlk. 1916. — Tenże. D. m. W. 1920. Nr. 30. — Manzer. Med. Klinik. 1921 Nr. 3 — Meyer. Tuberkulose Bibliothek 1921. — Mayer Selma. Monatsschr. f. Kinderhlk. T XXI. Z. 5. 1921. — Moewes. Ztschr. f. Tub. T. 35. Z. 2. 1921. — Poelchan. D. m. W. 1921. Nr. 19. — Rietschel. M. m. W. 1921 Nr. 15. — Schröder. D. M. W. 1919. Nr. 41. — Tenże. Ztschr. f. Tub. T. 34. Z. 2. 1921. — Schwalbe. D. m. W. 1920. Nr. 51. — Selter. D m. W. 1920. Nr. 24. — Stephan. M. m. W. 1919. Nr. 10. — Ulrici i Grass. Tuberkulose-Bibliothek. Nr. 3. Leipzig 1921. — Beihatte zur Ztschr. f. Tuberkulose. — Weicksel. D. m. W. 1920. Nr. 11. — Zschan. M. m, W. 1921. Nr. 21. — Dyskusja w „Berliner medizinische Gesellschaft". — Ztschr. f. ärtzliche Fortbildung 1920. Nr. 15—17.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

The Lancet.

Nr. 26. T. II. 24.XII. 1921.

Batty Shaw. **Mocznica a »hiperpiezja«.** Wyraz mocznica (uraemia), użyty po raz pierwszy przez Piorry'ego w 1847 r., utrwalił się na stałe w piśmiennictwie lekarskiem i służy dla oznaczenia zespołu objawów toksycznych, powstających wskutek zmian krwi w następstwie niedomogi nerek. Fakt ten, podług autora, jest skutkiem nieporozumienia. Nazwa mocznicy, aczkolwiek zaspokaja potrzeby praktyczne, nie ma ścisłej podstawy w patologji doświadczalnej i klinicznej. Ponieważ mocznik znajduje się we krwi w warunkach prawidłowych (0,25—0,5‰), wyraz »mocznica« mógłby poniekąd oznaczać stan fizjologiczny. Powtóre, wyraz ten nasuwa zawsze przypuszczenie, że nadmiar mocznika jest przyczyną zatrucia ustroju, a źródłem jego jest niedomoga wydzielnicza nerek wskutek zapalenia. W rzeczywistości zaś ani mocznik, ani żaden inny składnik moczu nie może wywołać charakterystycznego zespołu objawów toksycznych, określanych mianem mocznicy. Nadto ilość mocznika we krwi może się zwiększać w rozmaitych sprawach chorobowych, nie mających nic wspólnego z zapaleniem nerek. Dlatego byłaby pożądaną inna nazwa opisowo ściślejsza, a nie przesądzająca o przyczynie i istocie sprawy. Warunkom tym, zdaje się, odpowiadać wyraz *»hyperpiesia«*, użyty przez Clifforda Allbutt'a dla oznaczenia zespołu objawów, powstających w związku ze skurczem tętnic i nadmiernie wzmożonem ciśnieniem krwi. W przypadkach autora ciśnienie to wahało się od 200 do 250 mm. Jaka jest istota pierwotnego czynnika chorobotwórczego, odpowiedzieć trudno. Znaczenie reniny, znajdującej się w substacji nerkowej i wywołującej skurcz naczyń, nie zostało dotąd wyjaśnione. Niewątpliwie nerka ziarnista jest zjawiskiem, często spostrzeganem w stanach hiperpietycznych, atoli w znacznej liczbie przypadków badanie nie wykrywa wyraźnych zmian organicznych w nerkach. W 4 przypadkach autora zmiany drobnowidowe były tak nieznaczne, że o niedomodze wydzielniczej nerek nie mogło być mowy. Mimo to jednak hiperpiezja w miarę swego rozwoju może naśladować wszystkie objawy zapalenia nerek łącznie z obrzękami, białkomoczem i t. zw. mocznicą. Należy przypuszczać, że pod wpływem zakażeń lub zapaleń wytwarzają się w ustroju jakieś ciała toksyczne, które krążą we krwi i, kurcząc naczynia, wywołują cały szereg objawów ze wzmożonem ciśnieniem na czele. Jakie to są ciała i gdzie się one tworzą, dotychczas nie wiemy. W ten sposób, nie zamykając pojęcia mocznicy w wąskich ramach patologji nerkowej, wyraz hyperpiezja usuwa wszelkie nieporozumienia i godzi się lepiej z kliniką współczesną.

A. Urquhart. **Serologiczne i postaciowe cechy dwoinek zapalenia płuc.** Badania autora obejmują 77 przypadków różnych zakażeń pneumokokowych i naogół potwierdzają poglądy Listera i autorów amerykańskich, którzy na podstawie odczynu aglutynacyjnego wyróżniają 4 odrębne typy dwoinek. Zapalenie płatowe wywołuje przeważnie typ I. (26 przyp.), II. (11 przyp.) i III. 5 (przyp.). Typ IV. (30) był spostrzegany głównie w nieżytach oskrzeli, zapaleniu opon mózgowych i zaziębieniu.

Arbuthnot-Lane. **Oddychanie piersiowe i jego znaczenie.** Nawet w najlepszych podręcznikach fizjologji mechanizm oddychania piersiowego nie jest przedstawiony dokładnie. Podług poglądów klasycznych, mięśnie międzyżebrowe zewnętrzne unoszą żebra ku górze i zaliczane są do mięśni wdechowych, natomiast mięśnie międzyżebrowe wewnętrzne, dzięki obniżeniu żeber, biorą udział w wydechu. Własne badania autora dowodzą, że w rzeczywistości sprawa ma się zupełnie inaczej. Nieporozumienie powstało wskutek tego, że nie zwrócono należytej uwagi na ruchy kręgosłupa w akcie oddychania. Nie jest on wcale nieruchomym i sztywnym, jak dotychczas sądzono; przeciwnie, kręgi piersiowe poruszają się swobodnie jedne na drugich dokoła osi poprzecznej w przednio-tylnej płaszczyźnie. Przy przejściu od najgłębszego wdechu do wydechu zmiana krzywizny kręgosłupa zaznacza się o wiele jaskrawiej, niż podnoszenie i opuszczanie żeber. Badania anatomiczne już dawno doprowadziły autora do wniosku, że mięśnie międzyżebrowe wewnętrzne są najsilniejszemi prostownikami piersiowej części kręgosługa i najważniejszemi mięśniami wdechowemi w oddychaniu piersiowem. Prostując kręgosłup, unoszą one równocześnie ku górze żebra i mostek. Odwrotnie mięśnie miedzyżebrowe zewnętrzne zginają bardzo silnie piersiową część kręgosłupa i wywołują zarazem odpowiednie opuszczenie mostka i żeber. Zgięcie kręgosłupa jest największe w okresie najgłębszego wydechu. Autor podkreśla, że nawet kierunek włókien mięśni międzyżebrowych zewnętrznych jest jednakowy z kierunkiem włókien mięśnia skośnego zewnętrznego brzusznego, będącego najważniejszym mięśniem wydechowym i zarazem zginaczem piersiowej i lędźwiowej części kręgosłupa, podczas gdy m. międzyżebrowe wewnętrzne zachowują kierunek włókien m. skośnego wewnętrznego.

Mostek stanowi poniekąd punkt stałego oparcia. Kiedy pod wpływem pracy fizycznej chrząstka pierwszego żebra ulega skostnieniu, w jej części środkowej tworzy się nowe połączenie stawowe, które umożliwia swobodny ruch obu skostniałych odcinków chrząstki — mostkowego i żebrowego. Powstanie nowego stawu znajduje się w związku przyczynowym ze zginaniem kręgosłupa i ruchem kręgów w przedniotylnej płaszczyźnie. Przy dźwiganiu ciężarów na plecach mięśnie międzyżebrowe wewnętrzne muszą powstrzymywać nadmierne przesuwanie się ku przodowi górnych kręgów piersiowych. Stały wysiłek tych mięśni powoduje wytwarzanie się na ich wewnętrznej powierzchni nowej i grubej warstwy tkanki włóknistej, która ma ten sam kierunek włókien, co mięśnie wewnętrzne, i którą nazywa autor międzyżebrowem więzadłem. Ten nowy twór ewolucyjny ma na celu zaoszczędzenie energji mięśniowej.

Badając oddychanie u mężczyzn i kobiet, przekonał się autor, że w budowie klatki piersiowej obu płci zachodzą nie mniej wybitne różnice, jak w budowie miednicy. Różnice anatomiczne i fizjologiczne u kobiet są w związku z przystosowaniem klatki piersiowej do ciąży. Naogół przeważa u nich górne oddychanie piersiowe; mostek w swej całości jest krótszy, ale rękojeść w stosunku do wyrostka mieczykowatego jest może nieco dłuższa, niż u mężczyzn. Z mostkiem łączy się tylko 7 lub nawet 6 chrząstek żebrowych zamiast 7 lub 8 u mężczyzn. Dolne żebra są więcej ruchome i rozsuwają się łatwiej nazewnątrz. Oddychanie przeponowe lub brzuszne, będąc zjawiskiem ściśle odruchowem, odbywa się bez żadnego wysiłku. Tymczasem należyte rozszerzenie klatki piersiowej, dokonywujące się pod wpływem skurczu mięśni międzyżebrowych wewnętrznych, wymaga zużycia większego zasobu energji. Wszystko, co zmniejsza żywotność ustroju i zdolność wysiłku, wpływa ujemnie na sprawność oddychania piersiowego. Najważniejszym czynnikiem w tym względzie jest samozatrucie wskutek zastoju w jelitach, będącego wielką i prawie powszechną klęską cywilizacji współczesnej.

(Arbuthnot-Lane, wybitny chirurg angielski i znawca anatomji kośćca, ogłosił w ostatnich kilku latach wiele prac i monografji, poświęconych zastojowi w jelitach *(intestinal stasis)*. Podług oryginalnej teorji autora, znanej również we Francji pod nazwą — *le syndrome de Lane*, — przewlekły zastój jelitowy gra doniosłą rolę nietylko w patologji przewodu pokarmowego, ale i w patologji ogólnej. — *przyp. spr.*).

Nr. 27. T. II. 31|XII. 1921.

J. Spence i P. Brett. **Wartość lewulozy w określeniu sprawności czynnościowej wątroby.** Badanie cukromoczu po spożyciu lewulozy, polecane w swoim czasie gorąco przez Straussa, daje bardzo niepewne i nieścisłe wyniki. Autorzy przekonali się, że po 50 g lewulozy cukromocz występował czasami u ludzi zdrowych, a nie było go wcale przy chorobach wątroby. Wydzielanie lewulozy zależy może więcej od przepuszczalności nerek, niż od sprawności wątroby w magazynowaniu cukru. W kilku przypadkach cukier wydzielał się z moczem, aczkolwiek stężenie jego we krwi zaledwie przewyższało prawidłowy poziom. Nowsze badania nad hiperglikemją nakazują przypuszczać, że zachowanie się cukru we krwi pod wpływem węglowodanów pokarmowych może dać o wiele pewniejsze wskazówki. Prawidłowo po 50 g

glukozy ilość cukru we krwi zwiększa się przy końcu pierwszej $^{1}/_{2}$ godziny do 0,170—0,180%, a następnie w ciągu 1—$1^{1}/_{2}$ godz. wraca do fizjologicznego stanu (średnio 0,100%). Otóż Maclean i Wesselow stwierdzili, że z pośród różnych rodzajów węglowodanów tylko lewuloza nie wywołuje tej hiperglikemji. U osobników ze zdrową wątrobą po spożyciu 50 g lewulozy stężenie cukru we krwi pozostaje bez zmiany. Przypadkowe zwiększenie od 0,005 do 0,010% może być w związku z błędami techniki. Dopiero wzmożenie stężenia cukru o 0,020% po 50 gr lewulozy może służyć za wskazówkę zmniejszonej tolerancji wskutek schorzenia wątroby. Różnicę między działaniem glukozy i lewulozy wyjaśniają autorzy w ten sposób, że lewuloza b. szybko przyswajaną jest przez wątrobę i ulega w niej zmagazynowaniu w postaci glikogenu. Oczywiście im większe jest schorzenie wątroby, tem więcej lewulozy przedostaje się do obiegu krwi i tem większe jest stężenie w niej cukru. — Autorzy występują przeciw twierdzeniu Cammidge'a, Forsytha i Howarda, jakoby hiperglikemja pokarmowa miała być następstwem zmiany odczynu krwi wskutek wchłaniania soli z przewodu pokarmowego oraz t. zw. glikogenolizy wskutek pobudzenia diastatycznego zaczynu wątroby. Własne doświadczenia, w których podawano węglowodany w roztworach zasadowych i kwaśnych lub wprowadzano glukozę bezpośrednio do jelit przy pomocy zgłębnika Einhorn'a, dowodzą, że odczyn soków trawiennych pozostaje bez wpływu na stężenie cukru we krwi. W badaniach posługiwano się metodą mikrochemiczną Macleana. 0,2 ccm krwi włoskowatej najzupełniej wystarcza. W lekkiej niedomodze wątroby (2 przyp.) stężenie cukru we krwi wynosiło 0,125 i 0,133%, w jednym przypadku średniego natężenia — 0,138%, w przypadku ciężkim po godzinie 0,176%. Badanie to oddawało autorom ważne usługi w określeniu sprawności wątroby w zapaleniach toksycznych po salwarsanie.

Van Leeuwen i Varekamp. **Leczenie dychawicy oskrzelowej tuberkuliną.** W toku badań nad odczynami skórnemi po śródskórnem wstrzykiwaniu różnogatunkowych surowic (rozcieńczenie 1:10, 1:100) stwierdzili autorzy, że osoby z mocnym odczynem posurowiczym oddziaływały również bardzo silnie na próbę tuberkulinową Pirqueta. W jednym przypadku u 15-letniej dziewczynki z odczynem ujemnym po surowicy końskiej, świńskiej, baraniej i króliczej, w 6 tygodni później, po wybuchu czynnej gruźlicy płucnej, wszystkie odczyny skórne wystąpiły w bardzo silnym stopniu. W 2 przypadkach gorączki siennej odczyn Pirqueta był niezwykle mocny; w jednym z nich po tem próbnem wstrzyknięciu tuberkuliny wystąpiła nazajutrz niespodziewana poprawa. Fakty te nasunęły autorom przypuszczenie, że między wrażliwością na tuberkulinę a natężeniem odczynów allergicznych musi zachodzić jakiś bliższy związek. Przemawiały również za tem poszukiwania Rickera i Goerdelera, którzy wykazali, że gruźlica doświadczalna sieci u królików zwiększa wrażliwość miejscową na działanie rozmaitych środków. Wszystkie te spostrzeżenia zachęciły autorów do systematycznego stosowania próby Pirqueta u chorych na dychawicę okrzelową, a wobec bardzo mocnych odczynów skórnych, skłoniły ich wreszcie do prób nad leczniczem działaniem tuberkuliny w dychawicy i gorączce siennej. Tuberkulinę Kocha (T. O. A.) rozcieńczoną w stosunku 1:100,000 wstrzykiwano podskórnie, początkowo w ilości 1 ccm, stopniowo dawkę zwiększano do 3, rzadziej 4 ccm albo też do 1 ccm roztworu 3—4:100,000. Autorzy podkreślają, że roztwory więcej stężone i szybkie zwiększanie dawek są bezwarunkowo szkodliwe. Chociaż ostre napady dychawicy ustępowały najczęściej po pierwszych 2 lub 3 wstrzyknięciach, leczenie tuberkuliną dla pewności trwało od 2 do 3 miesięcy: początkowo wstrzykiwano ją raz na tydzień, później raz na 2 tygodnie. Mimo, że stan chorych przed leczeniem był bardzo ciężki, na ogólną liczbę 28 przypadków zdołano osiągnąć prawie 80% wyników dodatnich. 18 chorych wyzdrowiało zupełnie. Po ustąpieniu napadów dychawicy zmniejszało się również natężenie przewlekłych nieżytów oskrzeli. Rzecz szczególna, że większość chorych już po 10 - 14 dniowem leczeniu mogła wrócić prawie do normalnych warunków życia. Oczywiście przy silnej rozedmie płuc i osłabieniu serca o zupełnem wyzdrowieniu nie może być mowy. W przypadku, spostrzeganym najdłużej, w ciągu 15 miesięcy nie było nawrotu choroby. Dalsze badania autorów, mające na celu wyjaśnić istotę pomyślnego wpływu tuberkuliny na dychawicę oskrzelową, będą ogłoszone później.

K. Rozenfeld-Rożkowski (Częstochowa).

Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin u. d. Chirurgie.

Alfred Narath. **O badaniu czynnościowem prawidłowej nerki za pomocą jodku potasu.** Praca autora dotyczy prób badania jakościowego wydalania jodku potasu, wykonanych na 100 zdrowych mężczyznach, oraz badań ilościowych na takichże 24 osobnikach. Autor uciekł się do zastrzyku dożylnego 0,1 jodku potasu i badał odnośne porcje moczu u pacjentów na czczo w leżącej pozycji, po uprzedniem podaniu jedynie około 500 ccm płynów, by zwiększyć ilości moczu w pierwszych porcjach. Po sprawdzeniu dotychczas używanych metod jakościowego określania jodu: skrobiowej ze stężonym kwasem azotowym, takiejże z kwasem solnym i chlorkiem bielącym oraz próby z kwasem siarkowym i azotynem sodu z wytrząsaniem jodu do chloroformu, autor zatrzymał się na próbie własnego pomysłu, zasadzającej się na podkwaszaniu moczu kwasem solnym, wytrząsaniu barwików — bez jodu — do chloroformu i następczem wytrząsaniem z tegoż moczu jodu do nowego chloroformu po podaniu kroplami kwasu azotowego dymiącego, sprawdzonego, że sam nie zawiera jodu. Dodatnie wyniki otrzymano przy rozcieńczeniach 1:100.000 jodku potasu w moczu. Pojawienie się jodku u ludzi zdrowych następuje po 3—4 minutach, najpóźniej po 8 minutach; trwanie wydalania od 14 do 22 godzin. Po zbadaniu jakościowem autor zajął się sprawdzaniem ilości wydalanego w różnych odstępach czasu jodku potasu, przyczem podaje metodę określania jego. Otrzymane krzywe na zasadzie 24 przypadków wykazują maximum wydalania jodku potasu w pierwszych dwóch godzinach z gwałtownym spadkiem wydalanych ilości po tym czasie.

F. Schoening. **Przyczynki do nauki o zapaleniu trzustki.** Autor omawia kilka przypadków stanów zapalnych trzustki, zwracając uwagę na napotykane nieraz trudności rozpoznawania różniczkowego w stosunku do raka trzustki. Zaburzenia na tle niedomogi wydzielniczej żołądka mogą w pewnej niewielkiej ilości przypadków być połączone z niedomogą trzustkową. W przypadkach zapalenia trzustki żółtaczki może nie być lub jest ona słabo jedynie zaznaczoną; co się tyczy zaczynów, to w przypadkach opisywanych zaburzenia trawienia dotyczyły więcej węglowodanów (silna fermentacja stolców), niż tłuszczów i mięsa.

Waldemar Goldschmidt. **Kilka uwag o wgłobieniach jelitowych.** Autor omawia 19 przypadków wgłobień jelitowych, operowanych na klinice wiedeńskiej prof. Eiselsberga. Omówiwszy literaturę przedmiotu, rodzaje wgłobień (podział dawnych autorów na wgłobienia kurczowe i paralityczne), przechodzi do opisu poszczególnych faz tworzącego się wgłobienia, obserwowanego podczas zabiegu operacyjnego. Z pośród opisanych przypadków 10 dotyczyło osesków; skaza kurczowa może być momentem dysponującym. U osesków należy unikać resekcji, która u dorosłych jednak może dać dobre wyniki. Bardzo ważnym czynnikiem jest wczesne dokonanie zabiegu operacyjnego.

Max Sgalitzer. **Zmiany kształtu pęcherza moczowego przy obecności otwartych wrot przepuklinowych.** W razie obecności otwartych wrot przepuklinowych pęcherz moczowy wykazuje zmiany kształtu, które można wykryć promieniami Roentgena po wprowadzeniu do niego 100 ccm 7% roztworu jodku potasu. W razie potrzeby operowania dużych przepuklin można stwierdzić w ten sposób, czy w worku przepuklinowym nie leżą części pęcherza.

J. Boas. **Uwagi o pracy Herberta Peipera »Badania nad sprawą utajonego krwawienia«.*)** Autor zarzuca Peiperowi

*) Por. referat w Nr. 11 „Polskiego Czasopisma Lekarskiego" za rok 1921.

błędy w metodyce badania, podkreśla wartość spektroskopowych badań, jako kontroli prób katalitycznych o wątpliwym wyniku. Autor jest zdania, że utajone krwawienie jest charakterystyczne jedynie dla raka i wrzodu.

A. Stefanowski (Warszawa).

Gruźlica.

Revue de la Tuberculose.

Nr. 5. 1921.

Bezançon i Weil. **Uwagi krytyczne o odczynie śródskórnym Wildbolza.** Autorzy na zasadzie badań własnych dochodzą do wniosków następujących: 1) Odczytywanie wyników odczynu jest trudne; istnieje szeroka skala wyników przejściowych od ujemnych do dodatnich, wobec czego trudno rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z wynikiem dodatnim, czy ujemnym. 2) Odczyn dodatni otrzymywano z moczem osobników niemających gruźlicy; chorzy z najrozmaitszemi cierpieniami a także osobnicy, którzy otrzymywali salicylaty, walerjanę lub inne leki, wykazywali wynik dodatni. 3) W wyniku odczynu odgrywa rolę nie tylko jakość moczu, lecz i własności osobnika, któremu się mocz zastrzykuje. Mocz chorego na gruźlicę, wstrzykiwany różnym chorym, dawał wyniki różnorodne; to samo widywano po zastrzyknięciu moczu chorych niegruźliczych. Metoda Wildbolza nie ma wartości rozpoznawczej, ani rokowniczej.

Emile Sergent, Perin i Alibert. **Wartość nierówności źrenic, wywołanej sztucznie, w rozpoznaniu cierpień opłucno-płucnych, zwłaszcza gruźlicy płuc.** Badanie źrenic wykonywać należy w pokoju ciemnym lub słabo oświetlonym; chory siada naprzeciw okna, patrzy wprost przed siebie i skupia wzrok na przedmiocie barwy ciemnej, znajdującym się w pewnem oddaleniu; bada się źrenice na wszelkie odruchy. Wykluczyć należy obecność schorzeń, mogących powodować nierówności źrenic.

Nierówność źrenic przy cierpieniach płuc i opłucny może występować, jako objaw jedyny (tak zwany nierówność zwykła), lub też występować jednocześnie ze zmniejszeniem szpary ocznej, retrakcją gałki ocznej lub wraz ze zmianami naczynioruchowemi policzka i ucha. Nierówność zwykła może występować albo jako skutek rozszerzenia danej źrenicy albo zwężenia źrenicy po stronie przeciwnej. Oba objawy mogą następować kolejno po sobie, zależnie od czasu trwania cierpienia. Z początku — w zależności od podrażnienia nerwu współczulnego przez zmiany opłucno-płucne — źrenica ulega rozszerzeniu; z czasem, gdy cierpienie niszczy włókienka, rozszerzające źrenicę, rozszerzona przedtem źrenica staje się wązką. We wszystkich przypadkach nierówności źrenic istnieją zmiany anatomiczne w układzie nerwu współczulnego, albo też są uszkodzone jedynie włókienka rozszerzaczy źrenic. Obok nierówności źrenic jawnej, t. j. widocznej przy badaniu bezpośredniem, istnieje nierówność skryta, którą wykrywa się za pomocą środków rozszerzających lub zwężających źrenice. Nierówność źrenic zależy od uczulenia źrenicy po stronie istniejących zmian w narządach klatki piersiowej. Te zmiany wywołują stan podrażnienia nerwu współczulnego, który może być jednak zbyt słaby do wywołania wyraźnej nierówności źrenic; możemy wtedy ten objaw wywołać sztucznie. W tym celu stosujemy, w celu rozszerzenia źrenicy atropinę w rozcieńczeniu 1 : 1.000, a w celu zwężenia pilokarpinę (1 : 100). W pierwszym przypadku nastąpi rozszerzenie źrenicy szybsze i znaczniejsze po stronie istniejących zmian, w drugim przypadku — zwężenie po stronie przeciwnej wystąpi szybciej i będzie znaczniejsze. Przy próbach krzyżowych wyniki powinny być zgodne, należy je robić w celu uniknięcia pomyłek w dostatecznych odstępach czasu. Na 42 przypadki podejrzenia o gruźlicę, w 35 źrenice były równomierne. Po zastosowaniu atropiny do obu oczu w 33-ch przypadkach wystąpiło rozszerzenie źrenicy wybitniej po stronie podejrzewanej; 2 razy po stronie przeciwnej. W 7 przypadkach istniejącej nierówności źrenic — atropina tę zwiększała; w tych 7 przypadkach wykonano próbę krzyżową, stosując pilokarpinę. Miosis występowała po stronie podejrzanej wolniej, niż po drugiej. Na zasadzie badań autorzy dochodzą do wniosków następujących: Nierówność źrenic, zarówno jawna, jak skryta, i wywołana sztucznie, ma wartość rozpoznawczą w cierpieniach opłucno-płucnych, zwłaszcza przy gruźlicy płuc; przyczynia się ona do rozpoznania umiejscowienia cierpienia; nie ma ona znaczenia w cierpieniach obustronnych; w cierpieniach jednostronnych potwierdza obecność zmian anatomicznych. Wywołane sztucznie rozszerzenie źrenicy mówi o początku choroby wtedy, gdy rozpoznanie jest wogóle wątpliwe. Objaw opisany jest przekonywający jedynie w związku z innemi; sam przez się nic nie przesądza.

G. Poix. **Zjazd międzynarodowy przeciwgruźliczy w Londynie.**

A. Calmette. **Książka, którą powinni czytać wszyscy lekarze.** Entuzjastyczny opis książki Leona Bernarda: »*La tuberculose pulmonaire*«, zakończony uwagą, że obowiązkiem Bernarda jest wydać dzieło obszerniejsze o gruźlicy.

A. Tennenbaum (Łódź).

Choroby kobiece i położnictwo.

Gynécologie et Obstétrique.

Tom III. 1921.

G. Schickelé. **Studja nad czynnością jajnika.** Na podstawie całego szeregu ścisłych spostrzegań klinicznych, sekcyjnych, badań histologicznych dochodzi autor do przekonania, że nie można oznaczyć ścisłego terminu przed miesiączkowaniem, dojrzały folikuł może pękać — według Schickelégo — każdego dnia między jedną a drugą miesiączką. Tem mniej można uzależnić, jak twierdzi Sch. — zależność miesiączki od rozwoju ciałka żółtego. Spostrzegał on przypadki, w których, mimo poszukiwania, nie było ciałka żółtego, podczas gdy miesiączka odbywała się zupełnie prawidłowo. A wreszcie dowodzi, że niema związku między fazami rozwoju ciałka żółtego a stanem błony śluzowej macicy podczas miesiączki. Zbierając swoje wywody, Sch. wyprowadza następujące wnioski: 1) Jest pewnem, że w czasie blizkim miesiączki (8 dni ostatnich) jajnik zawiera często ciałko żółte, które nie znajduje się stale w tej samej fazie rozwoju. Można spotkać ciałko żółte na szczycie rozwoju w ciągu tygodnia po skończeniu miesiączki. 2) Jest pewnem, że śluzówka macicy przed miesiączką (18 dni ostatnich) okazuje często zmiany, charakteryzujące się przez przekrwienie i wzmożoną wydzielinę gruczołową (Hitschmann-Adler). Zmiana ta nie jest ograniczoną jednak do okresu miesiączkowego; można ją spotkać w pierwszych dniach po miesiączce. 3) Rzeczywiście ciałko żółte rozwijające się schodzi się często ze zmianami w błonie śluzowej macicy, a dzieje się to raczej przed miesiączką, niż po niej. Mimo tej zbieżności stopień rozwoju nie będzie stale ten sam dla błony śluzowej i ciałka żółtego. Metamorfoza błony śluzowej może się tworzyć bez obecności ciałka żółtego, które, rozwijając się, nie wywołuje wpływu na przemianę błony śluzowej. 4) Jest pewnem, że miesiączka zjawia się mimo nieobecności ciałka żółtego. Jak z tego przedstawienia widzimy, zapatrywania Schickelé'go są zupełnie różne od dotychczas panujących.

M. Remy. **Chlorek potasu, jako zapobiegawczy środek przeciw przedwczesnemu urodzeniu płodu.** W przypadkach powtarzającego się obumierania płodu podczas ciąży, jeżeli da się wykluczyć kiłę — autor poleca leczenie Simpsona, polegające na podawaniu ciężarnym chlorku potasu, a to w dawkach 0,21 dziennie podczas pierwszych sześciu miesięcy, a 0.14 podczas ostatnich trzech miesięcy. Autor przytacza pewną liczbę przypadków, obserwowanych przez siebie, w których kobiety, nie mogące donosić, po zastosowaniu tego leczenia rodziły dzieci zdrowe i donoszone.

Jules Rouvier. **Wytrzymałość płodu na morfinę w przypadkach drgawek porodowych.** Większe dawki morfiny nie szkodzą płodowi przy leczeniu drgawek porodowych metodą Stroganowa. Śmierć płodu następuje wskutek zatrucia drgawkowego. R. przypuszcza, że znaczna ilość adrenaliny, która jest antagonistą morfiny, nagromadzonej w czasie drgawek we krwi matki i płodu, usprawiedliwia uodpornienie płodu na działanie morfiny. Jako dowód swojej hypotezy przytacza obserwację drgawek u ciężarnej 6 mies., której podano 6·5 cg (0·065) morfiny, a ciąża właściwie płód rozwijał się dalej prawidłowo. *Dr. Szymanowicz* (Kraków).

Tom IV. Nr. 3. 1921.

Potvin. **O wycięciu macicy przy ostrem zakażeniu połogowem.** Myśl uciekania się do wycięcia macicy, jako do metody leczenia zakażeń połogowych, sięga roku 1886, w którym to roku zostało po raz pierwszy wykonane przez Schultze'go. W r. 1895 została ogłoszona pierwsza teza, której autorem był Wintrebert, o stosowaniu wycięcia macicy przy zakażeniu połogowem. Zwolennikami tego sposobu leczenia byli Smith, Duff, Peterson, Terrier, J. L. Faure, Tuffier. Henrotay z Antwerpji wykonywa wycięcie macicy przy ropnem zapaleniu macicy, w następstwie zakażenia połogowego, Jacobs, Keiffer i Rouffart z Brukseli sądzą, że, jeżeli zakażenie przeszło przez śluzówkę macicy i objęło mięsień maciczny, zabieg daje pewne szanse wyleczenia chorej, o ile zostanie wykonany przed uogólnieniem się sprawy chorobowej.

Metoda ta posiada i przeciwników. W r. 1903 na kongresie w Madrycie rozstrzyga tę sprawę Pinard w sposób następujący: „Nie mamy racjonalnego wskazania do leczenia ostrego zakażenia połogowego przez wycięcie macicy". Autor dokonał przeglądu wskazań do tej operacji, w przypadkach zakażenia połogowego, i doszedł do wniosku, że istnieją wskazania precyzyjne i właściwe, a mianowicie wtedy, kiedy chodzi o powstrzymanie za wszelką cenę zakażenia wstępującego. Wykonywamy wtedy amputację zgangrenowane gocziłonka, zanim zacznie on oddawać do krwioobiegu produkty trujące. Operacji tej nie należy uważać za zabieg, wykonywany in extremis, gdyż posłużyłaby ona wtedy do przyśpieszenia zejścia śmiertelnego i do zdyskredytowania zabiegu, który winien być, zdaniem autora, otoczony aureolą.

G. Cotte. **O wycięciu macicy przy ostrem zakażeniu połogowem.** Po dokładnem zobrazowaniu ewolucji metody leczenia zakażeń połogowych przez wycięcie macicy, metody, zapoczątkowanej przez Schultzego, autor dochodzi do następujących wniosków: Wskazania do wycięcia macicy przy zakażeniach połogowych są bezwzględnie wyjątkowe. Pomijając przypadki znacznego uszkodzenia macicy, które same przez się wymagają natychmiastowego usunięcia narządu, stan obecny nauki nie pozwala na wykonanie tego zabiegu w trakcie trwania zakażenia połogowego, jako zabiegu, koniecznego do powstrzymania szerzenia się zakażenia, ponieważ nie jesteśmy nigdy w stanie określić charakteru rozwijającego się zakażenia. Posocznice połogowe ostre pierwotne nie poddają się jeszcze naszemu leczeniu. Interwencja jednak jest w nich uprawniona jedynie z obawy, czy zakażenie nie jest zależne od uszkodzenia, które nie zostało zauważone i które może następnie dać powód do wyrzutów, że się nie interwenjowało. W postaciach ostrych, występujących po poronieniu, a przeważnie po poronieniu zbrodniczem, należy wykonywać wycięcie macicy w tych ciężkich przypadkach, w których skrobanie mogłoby budzić obawy rozsiania zakażenia, w innych przypadkach, w których zwykłe postępowanie nie sprowadza widocznej poprawy, należy interwenjować szybko. W przypadkach tych jest wskazane wycięcie macicy przez pochwę, wykonywane od 30 lat przez J. L. Faure'a.

Nadewszystko jednak należy interwenjować w tych przypadkach przewlekającego się ostrego zakażenia połogowego, które prowadzą do śmierci wskutek posocznic wtórnych. Wydaje się bowiem, że, jeżeli z jednej strony istnieją objawy ciężkiego zakażenia z tendencją do ropnicy, powtarzające się dreszcze itp., z drugiej zaś macica pozostaje duża i zawiera w swej jamie odchody, a w nich kolonje paciorkowców, nie należy zwlekać z zabiegiem i wykonać wycięcie macicy bądź drogą brzuszną, bądź pochwową. Drogę brzuszną należy wybrać w tych przypadkach, w których rozpoznano istnienie zapalenie naczyń maciczno-jajnikowych oraz w tych, w których zakażenie wyszło poza obręb miednicy małej i rozsiało się po otrzewnej brzusznej, czego dowodzi przyłączenie się objawów odczynu otrzewnowego do objawów zakażenia ogólnego.

H. Gromadzki, (Kraków).

Stomatologja.

Revue de Stomatologie.
Nr. 5. 1921.

Tellier J. **Zakażenie ustne a choroby ogólne.** Już Chassaignac opisywał w r. 1859 pod nazwą *„cachexia buccalis"* objawy zakażenia ogólnego wskutek powikłanych złamań szczęki dolnej lub wskutek próchnicy, Richet opisał je w r. 1865 pod nazwą *„intoxicatio putrida"* t. j. posocznicy wskutek operacji w jamie ustnej lub złamań szczęki, Lejars idzie w ślady Chassaignaca, Sébileau w r. 1900 studjuje rozmaite postacie ciężkiego zakażenia ustnego, jak również inni badacze francuscy i angielscy.

Autor opisał w r. 1906 skutki zakażenia ogólnego, pochodzącego od ognisk w jamie ustnej po ropnem zapaleniu ozębnej, ropniu zębodołowym okolicy wierzchołkowej, zakażeniu dziąsła, tak częstem dookoła zębów i korzeni zeszlifowanych do poziomu dziąsła; zakażeniom tym sprzyja noszenie dostawek źle dostosowanych lub nieczystych. Skutki są liczne z rozmaitem umiejscowieniem w tkankach sąsiednich, w narządach odległych lub bez określonego umiejscowienia: powikłania przyzębowe, zapalenia jamy ustnej, migdałków i t. p., schorzenia przewodu pokarmowego, dróg oddechowych, gorączki o nieznanem pochodzeniu, posocznice, powikłania ze strony serca i naczyń, zapalenia wsierdzia, żył, gośćce zakaźne, moczówka cukrowa i t. p. Wskutek licznych publikacji pojęcie »zakażenia ustnego« utarło się wśród stomatologów i częściowo wśród lekarzy wogóle. Spotykamy częste wzmianki i spostrzeżenia, dotyczące związku między zakażeniem ustnem a schorzeniem ogólnem, uwagi te miały jednak znaczenie raczej tylko teoretyczne do r. 1911, kiedy Wiliam Hunter zwrócił dobitnie uwagę na jamę ustną, jako źródło zakażenia. Nie zakażenia migdałkowe i okołomigdałkowe, lecz przedewszystkiem choroby zębów i dziąseł i ropotok zębodołowy a przedewszystkiew próchnica i jej powikłania stają się źródłem ogólnego zakażenia. Najważniejszem twierdzeniem Huntera było, iż przyczynę najczęstszą infekcji stanowi okolica zębów leczonych z powodu głębokiej próchnicy, tudzież okolica korzeni, służących za filary mostków złotych, będących: »złotem mauzoleum masowego zakażenia«. To twierdzenie Huntera znalazło wielki odgłos w anglosaskim świecie lekarskim i rozpoczęto systematyczne badania jamy ustnej u chorych wogóle, tak n. p. wykonał W. Duke ośm tysięcy radiogramów u tysiąca chorych. Istnieje pewna ilość spostrzeżeń, iż cierpienia przyrody niezupełnie dokładnie określonej, niedające się wyleczyć, a mające źródło zakaźne lub toksyczne, polepszyły się a nawet ustąpiły, po wycięciu jednego lub kilku zębów zakażonych. Zdjęcia roentgenowskie wykonane celem uzupełnienia badania, wykazały we wszystkich przypadkach obecność zmian okołowierzchołkowych i rozrzedzenia kości. Wreszcie systematyczne badania wszystkich zębów, t. zw. martwych, wykazały w wysokim odsetku (68—100%) obecność zmian okołowierzchołkowych. Charakter zakaźny tych ognisk został stwierdzony badaniem drobnowidowem, hodowlami i szczepieniami zwierząt. Wykazano, że w pewnych przypadkach, gdzie ropotok zębodołowy towarzyszył zniekształcającemu zapaleniu stawów, oba cierpienia były spowodowane tymsamym drobnoustrojem; w ropniach wierzchołkowych wykazano w przeważającej ilości przypadków paciorkowca. W. Duke wylicza następujące choroby często pochodzenia streptokokowego jako zakażenia przerzutowe przy ropniach zębodołowych: gorączkowy gościec stawowy, zapalenia stawów ostre i przewlekłe, zapalenia mięśni, torebek maziowych, zwojów nerwowych, tęczówki, tudzież inne schorzenia zapalne oka wraz z *neuroretinitis*, zapalenia wsierdzia, mięśnia sercowego, osierdzia, żył, otrzewnej, pląsawicę, schorzenia rdzenia, zapalenia mózgu, nerek ostre i przewlekłe, zapalenia wyrostka robaczkowego ostre i przewlekłe tudzież woreczka żółciowego, wrzody żołądka i dwunastnicy, trzustki, tarczycy, rumień guzowaty, półpasiec, zapalenie szpiku kostnego i okostnej, zapalenie płuc, opłucnej, posocznicę, różę, ropowicę, zapalenia gruczołów chłonnych i t. d. Naturalnie nie należy przyjmować bez dyskusji tej krańcowej opinji zwolenników teorji o ustnem pochodzeniu chorób gorączkowych. O tem jednak, że wspomniane związki przyczynowe są brane poważnie, zwłaszcza w Anglji i w Ameryce, dowodzi zdanie znanego chirurga Mayo: »Największe postępy na polu zapobiegania chorobom powinni uczynić dentyści; zobaczymy, czy je zrobią!« Każdy lekarz powinien przy istnieniu objawów natury zakaźnej, nie znalazłszy przyczyn

w narządach zwykle badanych, zbadać stan jamy ustnej, a zwłaszcza zębów, winien nietylko zanotować: »uzębienie złe«, lecz stwierdzić dokładnie stan zębów, dziąseł, obecność zepsutych korzeni, ropni, przetok, ropotoku, tudzież dokładnie zanotować ilość zębów martwych; w tym celu powinien naturalnie każdy lekarz posiadać odpowiednie wiadomości ze stomatologji. Najdoskonalszym środkiem, do którego winniśmy się uciec, są promienie Roentgena. Podobnie jak internista, tak i chirurg winien »zaglądać do ust« swym chorym. Nie powinien on wykonywać żadnej operacji na przewodzie pokarmowym, a nawet żadnej poważniejszej operacji wogóle, nie zbadawszy przedtem dokładnie jamy ustnej i nie usunąwszy tam objawów septycznych. »Chirurgję wrzodów żołądka i dwunastnicy należy rozpoczynać od zębów«, oświadczył wybitny chirurg amerykański. Położnik winien wiedzieć, że zmiany przyzębowe kobiet ciężarnych mogą mieć wpływ na rozwój noworodków i sprawność ich narządu pokarmowego, jak to udowodnił autor i Anglicy: Waller i Pierrepont.

Lecz usunięcie ognisk zakaźnych w jakie ustnej nie wystarczy zawsze do zniknięcia wszystkich objawów chorobowych; równolegle z leczeniem dentystycznem nie należy zaniechać leczenia ogólnego, zwłaszcza surowicami i szczepionkami. Skutki badań nad związkami przytoczonemi objawiły się w Anglji, a jeszcze znaczniej w Ameryce w olbrzymim rozwoju higjeny i profilaktyki jamy ustnej; pożądanem jest, by znajomość faktów przytoczonych przeniknęła profilaktykę chorób zakaźnych i ich leczenie. Wstrzyknięcia bowiem surowic ochronnych, mogących uczulić organizm na jady pochodzące z ognisk wśródkostnych w szczękach, należałoby wykonywać dopiero po dokładnem zbadaniu jamy ustnej i ewentualnem takich ognisk usunięciu, by uchronić ustrój przed możliwością wstrząsu. Najprawdopodobniej wstrząsy, występujące, prócz wstrząsów anafilaktycznych, białkowych i innych (Widal i jego szkoła) w organizmie uczulonym w sposób nieznany lub zapoznany przy braku jakiejkolwiek istoty obcej ustrojowi, mają swą przyczynę w zakażeniu ustnem. *Dr. Allerhand* (Lwów).

Bibijografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Rozprawy Akademji Nauk Lekarskich. Tom. I. Zesz. 2.

W. Kapuściński. Studja doświadczalne i kliniczne w sprawie istoty zachorzeń jagliczych spojówki. — J. Dąbrowska. Badania nad znaczeniem nadnerczy w powstawaniu miażdżycy. — St. Borowiecki. Badania genealogiczne trzech rodzin ciężko obarczonych usposobieniem do chorób umysłowych — A. Gruszecka. O mechanizmie powstawania urojeń prześladowawczych. K. Orzechowski. O epidemji zmięknienia kości we wschodniej Małopolsce w latach 1918 do 1920 r. — St. Różycki. Nowy sposób przygotowania gipsowej masy injekcyjnej. — E. Waygiel. O obecności barwika żółci w moczu chorych na różę. — K. Lewkowicz. Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon.

Zdrowie Nr. 5 J. Adamski. Stan sanitarno-leczniczy Kasy Chorych m. Warszawy.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XV. posiedzenie naukowe z dnia 28 kwietnia 1922.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 105.

1) Kol. Pisek omawia spostrzegany przypadek **tętniaka tętnicy głównej wstępującej** u mężczyzny l. 52. Przed 30 laty zakażenie kiłą należycie leczoną. Żonaty od 1896 r. żona nie rodziła ani nie roniła. W r. 1900 operacja tętniaka prawej tętnicy udowej. Od 9 miesięcy zauważył chory na mostku zwolna wzrastający guz wielkości włoskiego orzecha, dziś wielkość mandarynki. Pieczenie, rozpieranie, niewielka duszność, zresztą bez dolegliwości. Na oddziale wewnętrznym mowy przebywał od 9. IV. 1922 r. z rozpoznaniem: *aneurysma aortae ascendentis, lues spinalis peracta, tabes dorsalis incipiens.* Stłumienie odgłosu wypukowego obejmuje obszar od III. praw. żebra w linji pośrodkowo-obojczykowej ukośnie ku dołowi na zewnątrz aż po VII. lewe żebro, tuż przed linją pachową lewą; na prawo stanowi granicę linja pośrod. obojczykowa w kierunku pionowym, łącząc się ze stłumieniem wątroby. W pozycji leżącej w IV. przestworzu międzyżebrowem widoczne jest tętnienie na przestrzeni 5 ctm. tuż poza linją pośrod. obojczykową sięgające prawie na 1 ctm. przed linją pachową przednią W pozycji stojącej tętnienie to prawie znika, natomiast występuje uderzenie koniuszkowe w VII. przest. międzyżebr, macalne w linji pośrodkowej obojczykowej i nieco na zewnątrz Znacznie silniejsze, również skurczowe, wstrząśnienie widoczne i macalne w lewej linji przymostkowej w VI i VII przestrzeni międzyżebrowej; w dołku podsercowym słabsze. W IV. przestrzeni międzyżebrowej nad tętniącem miejscem pierwszy ton czysty, 2-gi rozszczepiony Nad tętnicą główną i płucną dwa czyste tony. Lewa połowa klatki piersiowej okazuje wyraźne wstrząśnienie współczesne z tętnem. Na mostku widoczny guz usadowiony 3 palce poniżej wcięcia jarzmowego, stożkowato-kulisty, 25 ctm. obwodu, $5^1/_2$ ctm wysoki, elastyczny, tętniący współcześnie z uderzeniem serca i z tętnem sprychowem, rozszerzając się rytmicznie i jednostajnie we wszystkich kierunkach. Skóra nad guzem blada. Obmacując podstawę wyczuć można na całym obwodzie wybitne tętnienie; ucisk guza bolesny; u podstawy guza od strony przymostkowej wyczuć można twardszą, nierówną część przybrzeżną obwodu. Przysłuch nad guzem stwierdza 2 tony prawidłowe we wszystkich pozycjach chorego. Tętno 96, miernie napięte, współczesne z tętnem nad sercem. Chrypki niema, jak również i przemieszczenia krtani i tchawicy. Objawu Oliver-Cardarelli'ego nie można wykazać. — Rentgen wykazuje prawidłową budowę mostka, ze zgrubieniem tylnej powierzchni z powodu bujania okostnej, brak nadżerek. Tętnica główna rozszerzona i wydłużona, gruczoły chłonne zwapniałe, zlepne zapalenie osierdzia i rozszerzenie lewego serca. W II. skośnym kierunku widać z przedniej ściany tętnicy głównej duży guz pomiędzy przyczepami żebra I. do IV., o ścianach gładkich, okrągłych, zwapniałych, słabo tętniących, wychodzący z miejsca połączenia części wstępującej z łukiem tętnicy gł. Rozpoznanie: workcaste tętniaki, wychodzące przed ścianę klatki piersiowej obok mostka, bez nadżerek tegoż, (Penzias). Próba Wassermanna dodatnia. Guz, niewątpliwie wychodząc z części wstępującej tętnicy głównej, dąży ukośnie ku stronie prawej, niszcząc przyczepy chrząstkowe przy prawym brzegu mostka, a szerząc się w częściach miękkich przybiera na szerokości. Że guz nie jest kilakiem, ewentualnie częściowo rozmiękłym, widać z tętnienia równomiernego we wszystkich kierunkach. Guzy tętniące udzielonem tętnem poruszają się zazwyczaj tylko pionowo. Ropień z powodu martwicy, promienicę i mięsak można wykluczyć. Ważną okolicznością jest istnienie operowanego tętniaka przed 20 laty. W sprawie rokowania przypomina mowca statystykę Huchard'a, Hampelna. Następnie rozpatruje historyczny przebieg zapatrywań na leczenie przeciwkiłowe, jodek potasu i rtęć. Żelatynę, jakkolwiek zawiodła, stosuje mowca u chorego obok jodku potasu. Zamierza też podać salvarsan w małych dawkach. U ludzi starszych leczenie nie rokuje wyników, zaś niedostateczne leczenie przeciwkiłowe w ogólności jest szkodliwe. Nawet lepiej nie rozpoczynać przeciwkiłowego leczenia, jeżeli chory niema dolegliwości, a sprawa nie postępuje, zwłaszcza u ludzi starszych (str. wł.).

W dyskusji kol. Nowicki uważa za trudne do przyjęcia, aby guz leżał na żebrach. Mechanizm powstawania tętniaka wykazałby zanik żeber z ucisku. Kol. Franke przypomina przypadek guza w tem samem miejscu, tętniący ku przodowi, wielkości pomarańczy, demonstrowany w r. 1905 Wywiad wykazał kiłę. Przy leczeniu przeciwkiłowem guz, który był kilakiem a tętnienie miał udzielone, zniknął po kilku dniach.

W odpowiedzi kol. Nowickiemu mowca przyznaje trudności w przyjęciu mechanizmu wypuklenia się tętniaka pod skórę przez przestrzeń międzyżebrową bez naruszenia żeber, inaczej jednak nie może sobie wytłumaczyć usadowienia pod skórą tętniaka głównej bez naruszenia mostka i żeber, jak wskazuje roentgen.

2) Kol. Rozencweig opisuje przypadek **ropni wątroby.** U chorego W. G, lat 33, po 2 u miesięcznem leczeniu w domu stwierdzono dn. 30. IX. b. r. stłumienie wątrobowe zwiększone, wątrobę bolesną i guz chełboczący w dołku podsercowym. Guz okazał się ropniem powłok, który nacięto. Po kilkunastu dniach względnego polepszania stwierdzono stłumienie na klatce piersiowej po stronie prawej, a głębokie nakłucie wykazało ropę. Z powodu ropnicowej gorączki, wyniszczenia, bolesności wątroby, ropnia powłok a braku objawów przysłuchowych ze strony płuca prawego rozpoznano **ropnie wątroby.** Po wycięciu X. żebra z tyłu i uszczelnieniu jamy opłucnowej, z której wylał się jasny, surowiczy płyn, nacięto przeponę i opróżniono ropień.

Po kilku dniach opróżniono drugi ropień wątroby po wycięciu VI. żebra z przodu; w trzy dni potem stwierdzono u chorego objawy ostrego zapalenia otrzewnej, któremu też chory uległ dnia 25 kwietnia b. r. Sekcja wykazała 4 ropnie wątroby; dwa na górnej jej powierzchni, operowane, i dwa w głębi miąższu; zropniały płyn w jamie opłucnowej prawej, świeże zapalenie otrzewnej, świeże ropnie przerzutowe w mózg, i zwyrodnienie narządów miąższowych. Pochodzenie ropni nieznane. (A. r.)

W dyskusji kol. Nowicki zastanawia się nad niejasnem pochodzeniem ropni wątroby i wyraża przypuszczenie, że pierwotna sprawa ropna usadowiona była w powłokach brzusznych.

Kol. Słęk przytacza przypadek, w którym powstały ropień wątroby sączkował przez opłucną z pomyślnym wynikiem. W ropniu wykazano paciorkowce. Kol. Schramm sądzi, że pierwotny ropień był w w powłokach brzusznych, następnie powstał ropotok jamy opłucnowej, który dał początek ropniom przerzutowym. Kol. Zaczek podtrzymuje, że pierwotnym był ropień wątroby,

gdyż przy pierwszej operacji po wycięciu żebra z jamy opłucnowej wylał się płyn czysty surowiczy, który dopiero następowo zropiał.

3) Kol. Wiczkowski wygłasza wykład o kamicy żółciowej ze stanowiska wskazań lekarza chorób wewnętrznych.

4. Kol. Słęk z Przemyśla, jako gość, wygłasza odczyt O kamicy żółciowej ze stanowiska chirurgicznego. Rzecz w całości okaże się w druku w Przeglądzie chirurgicznym.

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji.
Oddział Jarosławski.

I. **Posiedzenie naukowe** z dnia 3 lutego 1922, w szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

1) Kol. Feldman. **„Z kazuistyki sądowo-lekarskiej"**. W ściśle rzeczowym, opartym na zapiskach i protokołach wykonanych sekcyj, wykładzie przedstawił mowca obraz pracy lekarza sądowego na podstawie 20-letniej praktyki z dokładnym opisem zawilszych przypadków (cywilne i karne), przytaczając następowe orzeczenia (Wachholz, Sieradzki). W ożywionej dyskusji zabierali głos kol. Lubowiędzki, Kruk, Sawicki, Puzon, Orłowski, Rosberger, Mallik, Smyczyński i Fechter.

2) Kol. Fechter przedstawia ozdrowieńców po zabiegach chirurgicznych: a) mężczyzna 35 lat; **rak sutka męskiego** prawego; operowany; rozpoznanie anatomo-patologiczne — prof. Nowicki (Lwów) — rak włóknisty; b) chłopak 12 lat, **oddzielające ropne zapalenie okostnej** z obumarciem kości piszczelowej prawej; wyjęcie podokostnowe martwiaka. Chory wygojony opuszcza szpital ze stawem wrzekomym w górnej $1/3$ części podudzia w opatrunku gipsowym szynowym, wzmocnionym okrężnym; ma się zgłosić za 3 miesiące do operacji kostnotwórczej; c) 2 chorych (byłych żołnierzy, ranionych w czasie wojny światowej) z **ostrem ropnem zapaleniem szpiku kostnego** kości piszczelowej lewej po przebyciu dnru brzusznego. U chorych tych wystąpiło utajone zakażenie w miejscu ran postrzałowych na kończynie dolnej prawej w 6 tygodni po zabiegu; powtórny zabieg chirurgiczny, choćby bezkrwawy, wykonany po wielu miesiącach, może się stać momentem, wywołującym zakażenie dotychczas ukryte (Herman, Lewenstern); d) 3 chorych we wieku młodocianym z **przetoką** po otwarciu **jamy opłucnowej** z wycięciem kawałka żebra z powodu ropniaka opłucnej, leczonych według zasad Ritter, Tillmann. Centralblatt f. Chirurgie Nr. 10 — 1921 — wyleczenie.

3). Kol. Fechter przedstawia preparaty anatomo-patologiczne: a) **wyrostek robaczkowy**, **operowany** w 24 godzin od zachorowania; zgorzel z wysiękiem surowiczo-ropnym; zaszycie na głucho; wyleczenie; b) **wyrostek robaczkowy**, wypełniony całkowicie (zatkany) **glistnicami robaczkowemi**, który spowodował ostre zapalenie ropne otrzewnej; zejście śmiertelne w 24 godzin po zabiegu wśród objawów ostrej posocznicy (dziecko 8 lat); c) **glistę dżdżownicowatą**, która na 12 dzień **po wyjęciu wyrostka robaczkowego** obumarła leżała w opatrunku; rana zresztą przez rychłozrost zagojona. W dyskusji zabierają głos kol. lekarze wojskowi Waś, Zachorski i Mikiewicz-Hajdukiewiczowa.

I. Zjazd Pedjatrów Polskich.

Pierwszy dzień Zjazdu: 8 września 1922.

O 9-tej w Szpitalu im. Karola i Marji (Leszno 136).

Zagajenie: Rzut oka na rozwój pedjatrji polskiej.

1) Stankiewicz (Warszawa). Wpływ konstytucji na przebieg błonicy. 2) Puławski (Radziejów). O injekcji surowicy przeciwbłoniczej. 3) Truszkowski (Piotrków). O etjologji płonicy. 4) Łyskawiński (Warszawa). Retrospektywna djagnostyka płonicy. 5) Biehlerowa (Warszawa). Szczepionki przeciwpłonicze i przebieg płonicy u dzieci szczepionych. 6) Mandelsowa (Łódź). Płytki Bizozzera w chorobach zakaźnych u dzieci. 7) Celichowska-Szenajch (Warszawa). Działalność stacji obserwacyjnej.

O 1-ej. Zwiedzanie Szpitala im. Karola i Marji.

O 4-ej w Towarzystwie Lekarskiem (Niecała 7):

1) Szczawińska (Warszawa) Zasadnicze postulaty żywienia niemowląt. 2) Progulski (Lwów). System odżywiania według Pirqueta. 3) Frenklowa (Łódź). Rola głodzenia w patologji zdrowego i chorego dziecka. 4) Michałowicz (Warszawa). Odżywianie niemowląt o zmniejszonej tolerancji, 5) Mogilnicki (Łódź). Djetetyka chorób zakaźnych u dzieci 6) Jasiński (Lwów). O witaminach

Drugi dzień Zjazdu 9. września 1922 r.

O 9-ej w Klinice chorób dziecięcych (Litewska 17):

1) Rudzki (Warszawa). Gruźlica w wieku dojrzewania. 2) Jonscher (Warszawa). O gruźliczem zapaleniu opon mózgowych. 3) Judkiewicz (Warszawa). Gruźlica płuc u dzieci w świetle rentgenologji. 4) Nowiński (Bydgoszcz). O skazie wysiękowej i jej znaczeniu w patologii dziecka. 5) Szulczewski (Poznań). O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy u niemowląt. 6) Drozdowicz (Warszawa). Promienie Rentgena i ultrafioletowe, jako czynniki lecznicze w gruźlicy u dzieci. 7) Cieszyński (Warszawa). Proteino-terapja w gruźlicy u dzieci.

O 1-ej Zwiedzanie Kliniki chorób dziecięcych.

O 4-ej w Towarzystwie Lekarskiem (Niecała 7):

1) Kramsztyk Stefan (Warszawa). Eugenika a pedjatrja i nowe poglądy na konstytucję. 2) Gromski (Warszawa). Organizacja opieki społecznej nad niemowlętami. 3) Szczawińska (Warszawa). Znaczenie puerikultury dla rozwoju niemowląt 4) Korczak (Warszawa). Zadania lekarza w internacie. 5) Szulczewski (Poznań). Rola pedjatry w psychicznym rozwoju dziecka. 6) Joteykówna (Warszawa). Zadania psychologa na polu wychowania.

O 8-ej Wieczerza towarzyska.

Trzeci dzień Zjazdu 10 września 1922 r.

O 10-ej Zwiedzanie instytucyj opieki nad dzieckiem w Warszawie.

Wskazania lecznicze dla ważniejszych polskich uzdrowisk.

zebrał Dr. Zygmunt Wąsowicz.

(Dokończenie)

V. Wody siarczane.

12. Busko

(Wody siarczano-słone)

leży w powiecie Stopnickim na wysokości 182.5 m n. p. m.

Środki lecznicze: a) Kilka zdrojów wody siarczanej ze znaczną zawartością chlorku sodu (do 10.14‰) i siarkowodoru (od 8—25 cm³).

b) Kąpiele siarczane — i mułowe

Wskazania:

a) Gościec przewlekły mięśni i stawów, zgrubienia stawów z powodu skazy moczanowej lub gruźlicy. b) Porażenia i niedowłady z powodu urazu, lub przyrody zapalnej. c) Wysięki pozapalne błon surowiczych, przewlekłe zapalenia w narządach rodnych u kobiet. d) kiła — zatrucia metalami, choroby skóry.

Pora zdrojowa od 20 maja do 20 września.

13. Krzeszowice

leżą w pow. Chrzanowskim, 270 m n. p. m. Posiadają kilka zdrojów **wody siarczanej wapiennej**, zawierającej dość znaczną ilość wolnego bezwodnika kw. węglowego, z których tylko dwu używa się do kąpieli.

Wskazania: a) Dna, gościec stawowy i mięśniowy, porażenia i niedowłady obwodowe. b) Choroby skóry. c) Wysięki pozapalne błon surowiczych.

Pora zdrojowa od 15 maja do końca września.

14. Lubień

położony w powiecie Gródeckim, 298 m n. p. m. posiada kilka zdrojów **wody siarczano-wapiennej**, z dość znaczną ilością siarkowodoru i wolnego CO_2, z których tylko jeden „Zdrój Ludwika" jest dotychczas zbadany. Wody mają być radjoaktywne.

Środki lecznicze: a) Kąpiele siarczane. b) Kąpiele borowinowe (borowina siarczano-żelazista) c) Inhalatorjum. d) Zakład Zanderowski.

Wskazania: a) Dna, gościec stawowy i mięśniowy — zgrubienie stawów, kości i okostnej. b) Porażenia i niedowłady przyrody urazowej lub zapalnej. c) Choroby kobiece przewlekłe. d) Nieżyty przewlekłe górnych dróg oddechowych. e) Choroby skóry. f) Zatrucia metalami.

Pora zdrojowa od 1 czerwca do 20 września.

15. Niemirów

położony w pow. Żółkiewskim — posiada kilka źródeł wody siarczano-wapiennej, radjoaktywnej, zawierającej dość znaczne ilości wolnego CO_2.

Środki lecznicze: a) Kąpiele siarczane. b) Kąpiele i okłady borowinowe, kąpiele piaskowe. c) Wodoleczenie.

Wskazania: a) Dna, gościec stawowy i mięśniowy, nerwobóle, porażenia i niedowłady przyrody urazowej lub zapalnej — zgrubienia stawów, kości i okostnej. b) Wysięki pozapalne błon surowiczych. c) Przewlekłe sprawy pozapalne w narządach rodnych kobiecych. d) Choroby skórne.

Pora zdrojowa: od 15 maja do końca września.

Ordynuje: Dr. Józef Zakrzewski, lekarz zakładowy.

P. S. **Ceny kąpieli:** mineralne 500—700 mk, borowinowe 1500 mk. Koszt utrzymania dziennego 500—700 mk. od osoby.

16. Solec

położony w pow. Stopnickim — posiada kilka zdrojów wody słono-wapniowo-gorzkiej, odznaczającej się znacznem stężeniem i większą zawartością siarkowodoru.

Środki lecznicze: a) Z licznych źródeł jedno tylko służy do użytku lekarskiego, do picia i kąpieli. b) Kąpiele mułowe (całe i częściowe); igliwiowe i sztuczne z CO_2.

Wskazania: a) Dna — gościec stawowy (zniepodabniający), gościec mięśniowy. b) Przewlekłe sprawy zapalne przyrody gruźliczej lub urazowej stawów, okostnej i kości, zołzy, krzywica. c) Nerwobóle, porażenia i niedowłady — choroby układu nerwowego na tle anatomicznem i funkcjonalnem. d) Choroby skórne (*lichen scrophulos, prurigo, furunculosis, acne, comedones, ulcera cruris*). — Zatrucia metalami. e) Przewlekłe zapalenia macicy i jej przydatków.

Pora zdrojowa od 20 maja do 20 wrzesnia.

Ordynuje: Dr. Wł. Harajewicz.

VI. Uzdrowiska klimatyczne.

17. Kosów

na wysokości około 400 m n. p. m. położony — miasteczko powiatowe, w najbardziej ku południowi wysuniętej części Poku

cia — o klimacie łagodnym podgórskim, o wahaniach ciepłoty w miesiącach letnich nieznacznych, z najwyższą ciepłotą średnią w Małopolsce.

Higjeniczna Lecznica w Kosowie

po 8 latach wojny otwarta na nowo. Może przyjąć równocześnie 50 osób.

Środki lecznicze: a) Wodoleczenie. b) Kąpiele powietrzne (gimnastyka). c) Djeta (pow.)

Wskazania: a) Choroby układu nerwowego na tle anatomicznem i funkcjonalne. b) Niektóre choroby przewlekłe żołądka i jelit. c) Lżejsze postacie chorób płucnych. d) Niedokrewność, zołzy, skaza moczanowa.

Zakładem kieruje właściciel Dr. A. Tarnawski.

Ceny: Około 3000 mk. dziennie od osoby z utrzymaniem i leczeniem. W lipcu i sierpniu o 10% więcej.

Pora zdrojowa od 1 maja do końca października.

18. Ojców

położony w Krakowskiem, w uroczej dolinie Prądnika 405 m n. p. m. Klimat Ojcowa ma już pewne cechy łagodnego klimatu podgórskiego, miernej wilgotności.

Środki lecznicze: a) Wodoleczenie — kąpiele rzeczne. b) Kąpiele sztuczne — CO_2, igliwiowe, elektryczne. c) Fizjoterapja (gimnastyka leczn., elektroterapja).

Wskazania: a) Choroby przewlekłe układu nerwowego na tle anatomicznem i funkcjonalne. b) Ozdrowiny, niedokrwistość. c) Choroby dróg oddechowych przewlekłe — początkowe okresy gruźlicy płuc.

Lecznica ma być stale cały rok otwarta.

19. Otwock

położony w ziemi Warszawskiej, wśród młodego lasu sosnowego obszaru około 9 km² — jest dość licznie uczęszczaną stacją klimatyczną leśną, o glebie piaszczystej. Warstwa gruboziarnistego piasku dochodzi miejscami do 36 stóp głębokości, co wywiera korzystny wpływ na suchość powietrza.

Obok klimatu ze środków leczniczych należy wymienić jeszcze — zabiegi wodolecznicze i leczenie djetetyczne.

Wskazania: a) Przewlekłe choroby dróg oddechowych, szczególnie na tle gruźliczem, zołzy i krzywica. b) Choroby przewlekłe układu nerwowego. c) Zimnica — i następowa niedokrwistość.

Stacja klimatyczna stale przez cały rok otwarta.

Ordynuje Dr. Br. Grabiński i inni.

20. Zakopane

uzdrowisko całoroczne, podalpejskie, położone w pow. Nowotarskim na wysokości 830—1000 m n. p. m. wśród rozległych lasów szpilkowych.

Na podstawie spostrzeżeń „Muzeum Tatrzańskiego" klimat Zakopanego odznacza się nadzwyczajną czystością powietrza, o znacznie niższem ciśnieniu, niż w równinach, o wilgotności bezwzględnej nieznacznej (najmniejszej w zimie, największej latem) z znacznie zwiększonem natężeniem promieni słonecznych Największej dni pogodnych wypada na zimę — zresztą stopień zachmurzenia największym bywa na wiosnę — kierunek wiatrów najczęściej, zwłaszcza w zimie, bywa zachodni — zresztą spostrzeżenia wykazują znaczną ilość dni zupełnej ciszy, przeważnie w miesiącach zimowych. Wiatry, t. z. halne, zjawiają się okresowo w późnej jesieni i na wiosnę i mają kierunek południowy.

Wskazania: a) Choroby przewlekłe narządu oddechowego, jak nieżyty oskrzelowe, dusznica oskrzelowa, ozdrowiny po zapaleniu płuc i opłucnej. b) Gruźlica płuc (typ Spaylasa I i II), gruźlica narządu ruchowego i gruczołów chłonnych. c) Zimnica i następstwa po zimnicy.

Wyzyskanie właściwego naturalnego czynnika leczniczego, jakim jest właśnie klimat zakopiański, ułatwiają licznym chorym dobrze urządzone zakłady lecznicze, z których wymienić należy:

a) Sanatorjum Czerwonego Krzyża (przedtem „Zakład Dra Chramca") z dobrze urządzonym zakładem wodoleczniczym — na 250 chorych. b) „Odrodzenie" dom na 60 osób dla dotkniętej gruźlicą młodzieży, z filją w willi „Oksza" na 40 chorych. c) „Bratnia Pomoc", dająca opiekę około 60 nauczycielom i nauczycielkom. d) „Sanatorjum Dra Hawranka", pierwsze sanatorjum w Zakopanem dla chorych gruźliczych przy ul. Chałubińskiego. e) Szpital powszechny (na ukończeniu będący) ze specjalnym oddziałem dla ciężkiej gruźlicy, która dotąd nie miała odpowiedniego pomieszczenia. f) Lecznica chirurgiczna Dra Nowotnego. g) Zakład fizjoterapji, willa Warszawianka. h) Sanatorjum dla chorych piersiowo Dra K. Dłuskiego — położone właściwie już poza obrębem Zakopanego na drodze do doliny Kościeliskiej w miejscowości zacisznej, wolnej od kurzu, wśród własnego obszernego parku, na wysokości 1050 m. n. p. m. W gmachu sanatorjum, które przedstawia się jako budynek murowany 4-o piętrowy, uwzględnione są aż do najdrobniejszych szczegółów najnowsze wymagania t. z. stylu sanatorjalnego. Zakład cieszy się niezwykłem uznaniem dzięki dobrym wynikom leczenia.

Metoda leczenia — klimatyczno-higjeniczno-djetetyczna, która stworzoną została przez Brehmera, a którą przyjęto wszędzie po zagranicznych sanatorjach. Metodę tę stosują także i inne zakłady zakopiańskie.

Ordynuje 12 lekarzy.

Frekwencja w r. 1921 wynosiła 20.535 osób.

Ceny utrzymania całodziennego wynoszą obecnie do 3000 marek.

VII. Kąpiele morskie

polskie należą do średnio-wilgotnych i chłodnych.

Środkami leczniczymi są:

a) Klimat, odznaczający się większą stałością w przebiegu zmian atmosferycznych, jednostajną ciepłotą, wyższem ciśnieniem atmosferycznem, powietrzem bez pyłu, zawierającem znaczniejsze ilości ozonu, i soli rozpylonej. b) Kąpiele w morzu.

Wskazania: a) Zołzy, krzywica — następowa niedokrwistość. b) Nieżyty przewlekłe górnych dróg oddechowych, nieżyty przewlekłe oskrzelowe, wczesne okresy gruźlicy płuc c) Choroby nerwowe czynnościowe.

Kąpieliska morskie polskie znajdują się dopiero w okresie organizacji. Do najwięcej uczęszczanych należą: **Gdynia, Jastarnia i Puck.**

Akademja nauk lekarskich.

(Zarys dotychczasowej czynności).

Akademja nauk lekarskich, z siedzibą w Warszawie, utworzona została na zasadzie statutu, zatwierdzonego przez Ministra wyzn. rel. i oświecenia publ. i Ministra zdrowia publ., a wzorowanego na statucie Polskiej Akademji umiejętności i podobnych instytucyj zagranicznych. Liczba członków czynnych Akademji jest ograniczona do 40, korespondentów do 60, zagranicznych do 30.

Właściwe czynności rozpoczęła Akademja od 28 grudnia 1920, w którym to dniu odbyło się jej pierwsze Walne Zebranie; przyjęło ono sprawozdanie tymczasowego Zarządu z czynności organizacyjnych, uchwaliło regulaminy wewnętrzne, wybrało Zarząd Akademji, złożony z prezesa prof. Bądzyńskiego, wiceprezesa prof. Krzyształowicza i sekretarza generalnego prof. Dzierzgowskiego i powierzyło redakcję Biuletynu Akademji prof. Janowi Mazurkiewiczowi, a redakcję Rozpraw i innych wydawnictw Akademji prof. Ciechanowskiemu. Drugie Walne Zebranie (I doroczne) odbyło się 24 września 1921, trzecie (II doroczne) 23 kwietnia 1922. Zebrania te wybrały dalszych członków czynnych, których liczba wynosi obecnie 38, mianowicie grono to stanowią: prof. Bądzyński, dr. J. Bieliński, prof. Beck, Browicz, Bylicki, F. Chłapowski, Ciechanowski, dr. W. Chodźko, prof. S. Dąbrowski, B. Dybowski, Dzierzgowski, dr. E. Flatau, prof. Gluziński, E. Godlewski, Hornowski, Hoyer, W. Jaworski, A. Jurasz (sen.), dr. Kamocki, Kwaśnicki, prof. Kostanecki, Krzyształowicz, Markowski, Maziarski, Jan Mazurkiewicz, Nitsch, W. Nowicki, Orzechowski, W. Orłowski, Rosner, Rzętkowski, Sawicki, Sokotowski, Święcicki, dr. Pawiński, prof. Talko-Hryncewicz, Wachholz, Wrzosek. Zmarli: prof. Popielski i Rydygier. Wybranych członków zagranicznych rząd dotąd nie zatwierdził; nazwiska ich dopiero po tem zatwierdzeniu mogą być ogłoszone. — Ostatnie Walne Zebranie (23. IV. 1922) wybrało jako pierwszych członków korespondentów: dr. W. Arnolda, A. Chełmońskiego, prof. Frankego, dr. Joteykównę, prof. Lubienieckiego, Modrakowskiego i dr. A. Zahorskiego.

Posiedzenia naukowe Akademji odbywały się z reguły co miesiąc. Na posiedzeniach tych przyjęto z nadesłanych prac 15 do druku. Są to mianowicie prace następujące: Orzechowskiego: „O składniku porażnym zaburzenia myotonicznego" i „O epidemji zmięknienia kości we wschodniej Małopolsce w latach 1918 do 1920", Krzyształowicza: „Uwagi o schorzeniach pęcherzowych skóry", Dąbrowskiej i Koźlowskiego: „O wyjaławianiu się jelit podczas głodu", Przyłęckiego: „Wymiana wody i soli u płazów" Lewkowicza: „Działanie zaziębienia i urazów w powstawaniu ostrych zakaźnych spraw dróg oddechowych" i „Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon", Kapuścińskiego: „Studja doświadczalne i kliniczne w sprawie istoty zachorzeń jaglicznych spojówki", Dąbrowskiej: „Badania nad znaczeniem nadnerczy w powstawaniu miażdżycy", Borowieckiego: „Badania genealogiczne trzech rodzin, ciężko obarczonych usposobieniem do chorób umysłowych", Gruszeckiej: „O mechanizmie powstawania urojeń prześladowczych", Różyckiego: „Nowy sposób przygotowywania masy injekcyjnej", Waygiela: „O obecności barwika żółci w moczu chorych na różę", A. Wojciechowskiego: „Rak macicy a układ chłonny", Kleczkowskiego: „Badania serologiczne jaglicy".

Rozprawy te, w języku polskim, stanowią treść I tomu „Rozpraw Akademji nauk lekarskich", obejmującego 27 arkuszy druku, oraz, w streszczeniach francuskich, treść dwu zeszytów „Biuletynu" Akademji, obejmujących sześć arkuszy druku. (Tylko prace Wojciechowskiego i Kleczkowskiego nie znalazły już miejsca w I tomie „Rozpraw" i wejdą do II tomu). W „Biuletynie" rozpoczęła nadto Akademja ogłaszać bibljografję prac lekarskich polskich.

Oprócz Rozpraw i Biuletynu wydała Akademja I Serję „Szkiców anatomo-patologicznych" prof. Browicza w objętości prawie 8 arkuszy druku.

Napływ prac, zgłaszanych do Akademji, był wogóle mniejszy, niżby się należało spodziewać.

Akademja postanowiła przystąpić do nowego wydania „Słownika lekarskiego polskiego" i uzyskała od Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odstąpienie na rzecz Akademji praw wydawniczych.

Uzyskawszy poparcie Ministerstwa wyzn. rel. i oświecenia publicznego, podejmuje Akademja wydawnictwo podręczników lekarskich, rozpoczynając od podręcznika ginekologji prof. Rosnera.

Na posiedzeniu naukowem w dn. 6 listopada 1921 uchwaliła

Akademja badanie pojawiającej się w kraju epidemji zmiękniania kości drogą ankiety, którą też wskutek tego zorganizowało Ministerstwo zdrowia publ. Na Walnem Zebraniu w dn. 23 kwietnia 1922 uchwaliła Akademja powziąć inicjatywę zbadania odżywiania się ludności w Polsce i w tym celu wybrała komisję, złożoną z prof. Chłapowskiego, Dąbrowskiego, Godlewskiego i Gluzińskiego.

Na żądanie Ministerstwa zdrowia wydała Akademja opinję w sprawie wykazu chorób i przyczyn zgonów.

Akademja ogłosiła konkurs na 5 nagród po 50.000 m p za najlepszą pracę, wykonaną przez badaczy polskich w ciągu r. 1921 i 1922 z dziedziny fizjologji, farmakologji, patologji, higjeny lub biologji z terminem konkursu do 1 stycznia 1923 (członkowie Akademji nie mogą ubiegać się o te nagrody).

Walne Zebranie w dn. 23 kwietnia 1922 uchwaliło zwrócić się do Rady ministrów o przyznanie honorowej emerytury profesorowi Benedyktowi Dybowskiemu, kończącemu w r. b 65 lat pracy naukowej

Bilans Akademji w du. 1 stycznia 1922 zamknięty został cyfrą 12,616.080 mp. 70 fen., w czem mieści się jednak 10,000,000, stanowiących fundusz obrotowy wydawnictwa podręczników. Preliminarz wydatków Akademji na r. 1922 obliczono na 8.500,000 m. p., z których $7^3/_4$ miljona wyniesie koszt druku (i rycin) Rozpraw i Biuletynu.

Akademja gromadzi dzieła i broszury lekarskie polskie (dotąd otrzymała ich 285) i nawiązuje stosunek wymiany swych wydawnictw z wydawnictwami zagranicznemi, jednakże nie zakłada własnej bibljoteki. Aby uniknąć rozdrabniania zbiorów, uchwaliła Akademja na ostatniem Walnem Zebraniu przekazywać corocznie uzyskane przez siebie dzieła i wydawnictwa większej Bibljotece publicznej w Warszawie.

Medycyna społeczna.

Dr. Bronisław Wejnert. Warszawa.

Stosunek szpitalnictwa do chorych na raka wobec rozpowszechnienia się tej choroby [1]).

Pomimo postępów wiedzy lekarskiej przyczyny powstawania choroby rakiem zwanej, warunki jej rozwoju i skuteczne metody lecznicze pozostają dla nas tajemnicą, a liczba chorych na raka i śmiertelność wskutek tej choroby wzrasta z roku na rok we wszystkich krajach z szybkością znaczną. Dziś sprawa przedstawia się już tak, że według statystyki amerykańskiej na 10 osób w wieku powyżej lat 40 jedna cierpi na raka. Spisy jednodniowe wykazały, że w Niemczech na miljon mieszkańców jest chorych na raka 215, w Holandji 286, w Hiszpanji 263. M. Rejchman oblicza, iż w r. 1902 w całej Europie w jednym dniu było chorych na raka około 104.550, zaś w b. Królestwie Polskiem 2.550. Co do liczby zgonów z powodu raka, to Rejchman, opierając się na statystykach Anglji, Niemiec, Holandji i Hiszpanji, oblicza, iż rocznie umiera w Europie około 300.000 osób, z czego na b. Królestwo Polskie wypada około 7.000. Nie przesądzając ścisłości wszystkich powyższych obliczeń, musimy jednak stwierdzić, że rak zabiera więcej ofiar, niż zapalenie płuc, dur brzuszny i osutkowy, zapalenie nerek, płonica i cały szereg innych chorób. Stwierdzają to zgodnie statystyki zarówno szpitali warszawskich, jak i szpitali niemieckich, austryjackich, szwajcarskich, duńskich i amerykańskich. Dla miast Warszawy i Łodzi poczyniono nawet specjalne obliczenia: mianowicie dla Łodzi uczynił to Sterling-Okuniewski, wykazując, iż w r. 1914 zmarło w tem mieście na raka więcej osób, niż na szereg chorób zakaźnych razem wziętych. Dla Warszawy zaś J. Jaworski ułożył tablice, stwierdzające, iż w okresie 1882—1904 r. na 10.000 mieszkańców śmiertelność na raka waha się od 6'26 do 7'40, podczas gdy dla innych chorób liczby te są znacznie mniejsze: np. dla zapalenia płuc 3,4, dla odry 4,25, dla duru brzusznego 3,20 itd. Jeżeli porównamy liczbę podaną dla Warszawy z liczbami, wykazującemi śmiertelność na raka w różnych krajach i miastach, to okaże się, iż jest to liczba mniej więcej średnia, gdyż zauważamy tu wahania w granicach dość znacznych. (Tab. I.). Liczby podane w tablicy I.

Tablica I.

Szwajcarja	12,4	Austrja	7,1
Danja	12,2	Stany Zjednoczone	7,0
Holandja	9,5	Irlandja	6,3
Francja	9,2	Włochy	5,3
Norwegja	9,1	Japonja	4,9
Anglja	8,8	Hiszpanja	4,2
Szkocja	8,1	Australja Zach.	3,8
Niemcy	7,2		

są to przeciętne dla całych krajów i różnią się znacznie od liczb dla poszczególnych prowincyj. Dla przykładu weźmy Szwajcarję, gdzie w różnych kantonach liczba ta waha się od 21'3 (Appenzel) do 4'8 (Wallis). Dla prowincyj niemieckich istnieje nawet mapka, wykazująca różnice miejscowe śmiertelności na raka. Tab. II. wykazuje śmiertelność na raka w niektórych miastach.

Tablica II.

Berlin	10,59	Lipsk	8,87
Buenos Ayres	9,50	New-York	7,20
Drezno	8,94	Rio de Janeiro	3,70

Liczby, które zestawiłem w powyższych dwóch tablicach, nie są stałe, mianowicie dotyczą tylko pewnego określonego czasu (około roku 1905). Jeżeli porównać je z odpowiedniemi liczbami z lat poprzednich, to przekonamy się o stopniowym ich wzroście. W tablicach III i IV. zestawiłem kilka najbardziej wymownych przykładów, dotyczących Anglji, Holandji i Szwajcarji oraz detaliczne obliczenia Dra Marino dla miasta Buenos-Ayres (tablica IV).

Tablica III.

Anglja rok	1840	1,77	Holandja rok	1874	4,9
	1896	7,64		1897	9,1
	1905	8,3		1905	9,5
Szwajcarja rok	1889	11,4			
	1905	12,4			

Tablica IV.

Rok 1888	301	Rok 1898	554
1889	352	1899	614
1890	308	1900	748
1891	324	1901	745
1892	370	1902	797
1893	427	1903	909
1894	442	1904	901
1895	461	1905	974
1896	514	1906	1004
1897	629	1907	1011

Ponieważ przez ten okres liczba ludności w Buenos-Ayres wzrosła o $^1/_3$, zatem śmiertelność na raka się podwoiła.

W Niemczech, według obliczeń Wützdorfa, liczba śmiertelności na raka wzrosła w ciągu lat 7 o 18'5%. Statystyki zaś amerykańskie stwierdzają, iż śmiertelność ta wzrasta o 20% w okresie 10—15 lat. Co do wzrostu śmiertelności na raka w całej Polsce, nie mamy materjałów możliwych do porobienia obliczeń. Istnieją dane co do Warszawy, które stwierdzają wyraźnie, że śmiertelność na raka stale, stopniowo wzrasta w stosunku wyższym, niżby to odpowiadało przyrostowi ludności. Dane te zestawiłem w tablicy V-tej, która wyraźnie illustruje to, co powyżej powiedziałem.

Niezmierne rozpowszechnienie choroby, rakiem zwanej, musi oczywiście znajdować dosadne odbicie na materjale szpitalnym. Mając do rozporządzenia szereg urzędowych statystyk szpitalnych z różnych krajów i miast, porobiłem obliczenia, które poniżej przytaczam. Muszę tu zaznaczyć, iż każdy kraj segreguje choroby po swojemu, nawet każde miasto tegoż kraju i każdy nieraz szpital tegoż miasta nie mają ujednostajnionych schematów, a gotowych cyfr, tyczących się chorych rakowatych, nie podaje prawie żadna ze statystyk szpitalnych. Wobec powyższego wypadało wyszukiwać przypadki z różnych rubryk i rozmaicie je obliczać celem umożliwienia porównań między poszczególnemi szpitalami. Przy obliczeniach tych przyjąłem za zasadę: 1) włączać do liczby raków mięsaki i pomijać inne nowotwory, 2) nie uwzględniać szpitalików dziecinnych i oddziałów szpitalnych specjalnych, np. gruźliczych, położniczych i t. p. Materjały do obliczeń, jak również wszystko to, co dotąd powiedziałem i co mam jeszcze powiedzieć, czerpałem ze źródeł łaskawie mi udzielonych przez Drów Bronisława Sawickiego, Puławskiego i Chrostowskiego oraz z Biblioteki Polskiego Komitetu do zwalczania raka, dosyć obficie pod tym względem zaopatrzonej. Badając statystyki różnych szpitali doszedłem do wniosku, iż rakowaci stanowią znaczny odsetek chorych szpi-

[1]) Wygłoszone dn. 30/1. 1922 w Warszawie w Stowarzyszeniu Lekarzy w Sekcji Szpitalnictwa, z ramienia Polskiego Komitetu do zwalczania raka.

Tablica V.

WARSZAWA.

Rok	Ludność	Zmarło na raka	%	na 10.000 mieszkańców
1882	382 964	254	1,83	6,63
1883	391.491	280	2,26	7,15
1884	404.889	319	2,55	7,88
1885	406.965	315	2,49	7,74
1886	431.864	328	2,73	7,59
średnio w 5-cio leciu		299	2,38	7,40
1887	439.174	377	3,19	8,55
1888	444.814	289	2 62	6,49
1889	445.770	327	2,51	7,34
1890	455.852	324	2,85	7,11
1891	465.272	366	3,41	7,87
średnio		337	2,92	7,47
1892	490,417	445	3,16	9,07
1893	501,021	370	3,07	7,38
1894	515.654	388	3,09	7,52
1895	535,968	432	3,52	8,06
1896	553,643	474	3 63	8,56
średnio		422	3,29	8,12
1897	601.408	498	4,01	8,28
1898	611.389	516	3,64	8,44
1899	645.848	489	3,52	7,57
1900	686.010	554	3.70	8,07
1901	711.988	520	3,37	7,33
średnio		515	3,65	7,94
1902	736.625	588	4,46	7,98
1903	756 426	642	3,82	8,48
1904	771.382	565	3,52	7,32
1905	767.897	603	3,95	7,85
1906	746 513	582	3,62	7,79
średnio		596	3,87	7,88
1907	764.611	628	4,26	8,22
1908	751.595	676	4,62	8,99
1909	764.054	700	4,51	9,12
1910	781.179	657	4,36	8,41
1911	797.093	782	5,07	9,81
średnio		689	4,56	8,91
1912	821.369	762	5,44	9,28
1913	845.130	824	5,51	9,75
1914	884 544	776	4,76	8,77
1915	867.000	826	3,89	9,53
1916	780.654	765	4,12	9,80
średnio		790	4,72	9,42
1917	—	788	—	—
1918	—	660	—	—
1919	—	701	—	—
1920	—	804	—	—

talnych i jeszcze większy zmarłych w szpitalach. W szpitalach berlińskich przedstawia się to w sposób wykazany na tabl. VI.

Oddzielne miejsce zajmuje szpital Charité w Berlinie i nie wchodzi w powyższe obliczenia, gdyż ma osobną i zupełnie inaczej prowadzoną statystykę. Wynika z niej, że w r. 1910 chorych tam było 9.672 z nich rakowatych 437. Procentowo więc rakowaci stanowią tu 4·5% wszystkich chorych. W obliczenie to wchodzą już i chorzy z instytutu rakowego, istniejącego przy tym szpitalu, i stąd pochodzi tak znaczna różnica w procentowej liczbie rakowatych w Charité i innych szpitalach niemieckich. Szpitale w Kolonji i Hamburgu mają ten sam prawie odsetek rakowatych, co i berlińskie, jak to widać z tablicy VII. W szpitalach w Tryjeście

Tablica VI.

Szpitale Berlińskie.

Nazwa szpitala	Liczba chorych	Rakowaci	Zmarło ogółem	Zmarło rakow.	% chorych rakow.	% zmarłych rakow.
Virhowkr.	18.067	235	1451	104	1	6,6
Moabit	12.057	240	1635	126	2	7,5
Friedrichstr	12.548	242	1654	103	1,7	6,75
Gitschiner str.	2.096	58	393	39	2,5	10
Razem we wszystkich szpitalach w 1910 r. .	44.768	775	5113	365	1,72	7,2
Razem we wszystkich szpitalach w 1914 r. .	45.145	1.102	6381	456	2,1	6,6

Tablica VII.

	Nazwa szpitala	Liczba chorych	Rakowatych	%
Kolonja	Bürgerhosp.	5.362	101	1,95
	Augustahosp.	3.111	69	2,3
	Lindenb. hosp.	8.360	116	1,35
	Razem . . .	16.833	287	1,7
Hamburg	Alg. Kr. Eppendr.	17.646	371	2
	St. Georg.	14.609	235	1,4
	Ospedale Mag. w Tryjeście.	15.205	460	3
	Szpital w Kopenhadze . .	4.050	165	4
	Szpital w Genewie . . .	4.267	184	4,4

liczba ta jest nieco większa, a w Kopenhadze i Genewie jeszcze większa. W różnych szpitalach wiedeńskich wahania procentowe liczby rakowatych są znaczne; we wszystkich razem szpitalach wiedeńskich w r. 1906 chorzy rakowaci stanowili 3,6% wszystkich chorych szpitalnych i 9,8% wszystkich zmarłych w szpitalach. W roku 1907 liczby powyższe przedstawiają się jako 3,1% i 9,5%. Tablica VIII. wykazuje bardziej detaliczne obliczenia co do poszczególnych szpitali. W Polsce nie mamy zbyt licznych statystyk szpitalnych w tej sprawie, jednak już z tych materjałów, jakie udało mi się zebrać, przekonać się możemy, iż liczby procentowe chorych rakowatych w stosunku do wszystkich chorych danych szpitali nie odbiegają od liczb podanych powyżej dla szpitali zagranicznych. W szczególności w szpitalach warszawskich rakowaci stanowią około 3% wszystkich chorych; z nich umiera około 25%, a wypisuje się bez poprawy około 30%. W tablicy IX. zestawiłem liczby szczegółowe dla szpitali warszawskich.

Tablica VIII.

Szpitale Wiedeńskie.

Nazwa szpitala	Liczba chorych	Liczba rakowatych	Ogółem zmarło	Zmarło na raka	% rakowatych	% zmarłych rakowatych
Allgem. Krankh. . . .	30.106	1.614	1.874	321	5,3	16
Krank. Wieden . . .	7.632	239	640	76	3	12
Krank. Rudolfstif. . .	11.013	283	1.469	158	2,7	10,2
Kaiser Franz Jos. . .	6.800	105	1.020	56	1,5	5,6
Kais. Elisabeth . . .	6.411	215	958	107	3,2	9
Kronpr. Stephanie . .	1.367	26	57	1	2,2	0,5
Wilhelminensp. . . .	4. 36	8	808	4	0,2	0,5
Rochussp.	1.309	29	96	12	1	10
Krank. Sophien-Sp. . .	2.178	54	264	13	2,5	5
Razem we wszystkich szpitalach w 1906 r. .	71.546	2.623	7.185	755	3,6	9,8
Razem we wszystkich szpitalach w 1907 r. .	74.058	2.302	7 683	739	3,1	9,5

Tablica IX.

Szpitale Warszawskie.

Rok	Ilość chorych	Ilość rakowatych	Ogółem zmarło	Zmarło na raka	Wypisanc rakowatych bez poprawy	Rakowaci wśród chorych stanowią %	Rakowaci wśród zmarłych stanowią %
1908	36 947	1.223	3.768	298	373	3,2	7,9
1909	39.601	1.274	3.868	284	370	3,3	7,4
1910	42.411	1.192	4.267	323	280	2,9	7,7
1911	43.592	1.284	4.417	337	348	3	7,4

Jeżeli porównywać według specjalnych oddziałów, to okazuje się, że na oddziałach chirurgicznych rakowatych jest stosunkowo znacznie więcej, niż na innych oddziałach. Odsetek rakowatych waha się tu od 6%—8%. Szczegółowe sprawozdanie z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie za r. 1898 wykazuje 7,4% rakowatych.

Wszystkie powyższe liczby, dotyczące liczby chorych na raka, oparte na wykazach szpitalnych, nie są zupełnie ścisłe, gdyż w rzeczywistości liczba rakowatych jest jeszcze większa, niż podają wykazy. Omyłki te są nieuniknione zarówno wskutek fałszywej klasyfikacji choroby, jak i wskutek niemożności postawienia rozpoznania w niektórych przypadkach, pomimo zastosowania wszelkich znanych sposobów rozpoznawczych. Niektórzy autorowie obliczyli nawet rozmiar tej omyłki: tak np. Richelman powiada, że w szpitalu Friedrichsheim w Berlinie około 21% raków pozostaje nierozpoznanych; Baschford dla Londynu określa tą liczbę na 16%, Hoffman dla Kilonji na 19,6%.

Nie wchodząc w dalsze szczegóły możliwych pomyłek, stwierdzić musimy fakt niezbity, że chorzy rakowaci zajmują w szpitalach znaczną liczbę miejsc, stanowią poważny % umierających w szpitalach i bardzo znaczny odsetek wypisujących się bez poprawy, czyli t. zw. nieuleczalnych.

Ze wszystkich chorób rak najwięcej po gruźlicy dostarcza chorych do szpitali, i liczba śmiertelności dla raka w statystykach szpitalnych stoi też na pierwszem po gruźlicy miejscu. Stwierdzają to zgodnie wykazy szpitali zarówno zagranicznych, jak i naszych Dla przykładu wspomnę, że, gdy w okresie lat 1908—1911 szpitale warszawskie miewały w leczeniu rocznie przeciętnie około 1200 rakowatych, z których umierało około 310 — to w tymże okresie liczby te dla innych chorób były znacznie mniejsze: nawet dla tyfusu brzusznego nie przekraczały 700 i 50, dla zapalenia płuc 550 i 130, dla zapalenia nerek 800 i 180 dla innych chorób jeszcze znacznie są mniejsze.

Zachód już w końcu 19 wieku zwrócił uwagę na potrzebę zorganizowanej walki z chorobą, rakiem zwaną. Powstały specjalne związki zwane »Komitetami do zwalczania raka“ kolejno w Anglji (1801), Francji (1892) i Ameryce (1897), lecz dopiero w XX. wieku akcja ta rozwinęła się na wielką skalę, gdy powstał w r. 1900 »Komitet« w Berlinie, a następnie w innych miastach niemieckich oraz w Holandji, Hiszpanji, na Węgrzech i t. d. Rozpoczęto wydawanie szeregu czasopism i broszur, dotyczących sprawy walki z rakiem, przystąpiono do zbierania statystyk, w Niemczech, Holandji i Hiszpanji, urządzono spisy jednodniowe, nakoniec ufundowano szereg instytucyj specjalnych, mianowicie w Berlinie, przy szpitalu Charite, we Frankfurcie, Heidelbergu, Londynie, Paryżu itd. W instytucjach tych obok oddziałów szpitalnych są pracownie radjologiczne, rentgenologiczne, serologiczne, anatomopatologiczne i do doświadczeń na zwierzętach. To też nowotwory ulegają tu wszechstronnemu badaniu: co do przyczyn powstawania, rozwoju, budowy, przeszczepialności, metod leczniczych itd.

Przejdźmy teraz do Polski i przyjrzyjmy się, co dotąd dla rakowatych robiono i zrobiono. W początku 19 stulecia otworzono w szpitalu św. Łazarza w Warszawie specjalny oddział na 12 łóżek dla chorych na raka. Do oddziału tego zostali początkowo przewiezieni chorzy z przytułku przy ulicy Mostowej, który to przytułek powstał na dwa wieki blizko przedtem, dzięki inicjatywie Piotra Skargi. Przez cały przeszło stuletni okres swego istnienia oddział dla rakowatych przy szpitalu św. Łazarza wolnych miejsc nie posiadał, naodwrót często znajdowało tam przytułek po 15 i 16 osób (zamiast etatowej liczby 12). Zlikwidowano oddział ten w r. 1912. Obecnie mamy w Warszawie przytułek dla nieuleczalnych w Królikarni, niesłychanie potrzebną, a jedyną w kraju instytucję, która udziela rocznie schronienia około 70 nieuleczalnym kobietom, wśród których ogromna większość — to rakowate. Przytułek ten powstał w r. 1898 na posesji, ofiarowanej przez Zygmunta Pusłowskiego, a dzięki staraniom osób dobroczynnych, grupujących się w Towarzystwie Opieki nad nieuleczalnymi Instytucji tej po 20-tu kilku latach pożytecznego istnienia zagraża dziś likwidacja. Na odbytem w dniu 29/XI. 1921 posiedzeniu zaproponowano zwinięcie przytułku z powodu braku funduszów. Tymczasem dane statystyczne wykazują, iż Warszawa ma rocznie około 360 niezamożnych nieuleczalnych rakowatych (nie licząc wilka, gruźlicy kości itp.), dla których istnienie instytucji typu zakładu w Królikarni jest błogosławieństwem. Dziś oczywiście tylko część tych nieszczęśliwych może znaleźć schronienie, jutro i oni stracą przytułek, jeżeli nie zostanie przedsięwzięta energiczna akcja celem zapewnienia zupełnie pewnych i dostatecznych podstaw materjalnych dla zakładu w Królikarni. Nie dość na tem, dążyć należy niezwłocznie do zwiększenia liczby miejsc, do utworzenia oddziału dla mężczyzn, do polepszenia warunków życia w zakładzie, do zorganizowania oddziału płatnego itd. Wszystko to nie przedstawia nieprzezwyciężonych trudności ani technicznych ani finansowych. Miejsca na dobudowanie pawilonu nowego jest dosyć. Deficyt zaś, dzięki umiejętnemu systemowi gospodarki, względnie nie jest tak znaczny, choć miasto daje tylko 3.500 marek dziennie, a przytułek utrzymuje stale 40—50 chorych. Myślę więc, że przy dobrych chęciach nie tak trudno byłoby nawet rozszerzyć i ulepszyć zakład — a już niewątpliwie łatwo można-

by zapobiedz likwidacji, spełniając w ten sposób obowiązek zapewnienia jakiejś znośnej egzystencji tej licznej kategorji chorych (według statystyk zagranicznych i polskich stanowią oni 30% wszystkich rakowatych, przechodzących przez szpitale), którzy nie mogą czekać na śmierć w szpitalu i wypisują się »bez poprawy«, innemi słowy są nieuleczalni.

Poza »Królikarnią« posiada Warszawa jeszcze jedną instytucję, przeznaczoną do niesienia pomocy chorym na raka — są to dwie »przychodnie«, założone przed kilku miesiącami przez Polski Komitet do zwalczania raka. Tu chorzy podejrzani o raka otrzymują bezpłatną poradę i wskazówki, są badani przez specjalistów, mają zapewnione bezpłatnie lub po znacznie zniżonej cenie lekarstwa, analizy, rentgenizację, nawet zastosowanie radu. Analogiczna »przychodnia« organizuje się obecnie we Lwowie.

Oto wszystko, co dotąd zdołano zrobić dla chorych rakowatych. Zamiary jednak bardziej racjonalnego zajęcia się tą sprawą były już dawno; nawet porobiono prace przygotowawcze w tym kierunku. Mianowicie już pierwszy komitet Polski do zwalczania raka, który powstał w r. 1906, miał w swym programie założenie specjalnego szpitala dla chorych na raka w połączeniu z zakładem do badań naukowych. Wice-prezes ówczesnego »Komitetu« J. Jaworski, który wystąpił z tym projektem, opisał, jaką owa instytucja być powinna. Resumé tego projektu streszcza się w tem, że przyszły zakład do badań nad rakiem powinien mieć następujące oddziały: I. hemoterapeutyczny, II. oddział do badań odporności, III. oddz. do badań histologicznych i serologicznych i IV. oddz. kliniczny z pododdziałem radjo- i rentgenologicznym. Plan fachowy budowli takiej instytucji był opracowany przez ówczesnego prezesa »Komitetu« M. Rejchmana wespół z architektem Goldbergiem.

Myślano też o utworzeniu oddziału do badań nad rakiem przy powstającym instytucie biologicznym, zapewniono nawet roczną zapomogę na prowadzenie w razie powstania takiego oddziału. Oprócz tego Rejchman w imieniu »Komitetu« złożył Tow. Nauk. 1000 rubli z prośbą o wydelegowanie zagranicę lekarza celem obznajomienia się z instytutami do badania raka. Niestety wszystkie powyższe zamierzenia wskutek niezmiernie ciężkich warunków finansowych i politycznych pozostały w sferze projektów i pierwszy Polski »Komitet« musiał ograniczyć swą działalność do propagandy i pracy teoretyczno-naukowej: szeregu wydawnictw, zbierania statystyk i t. p.

Gdy w roku ubiegłym powołano na nowo do życia zreorganizowany »Komitet«, już na pierwszem posiedzeniu organizacyjnem, odbytem w dniu 6. kwietnia pod przewodnictwem ministra Chodźki, poruszono sprawę budowy dla rakowatych specjalnego szpitala, zaopatrzonego w odpowiednie pracownie, dając tem wyraz, jak wielką wagę przypisują członkowie »Komitetu« do zrealizowania tego planu. Rada zaś »Komitetu« w przedmowie do pierwszej wydanej swoim nakładem i staraniem pracy pisze: «Idzie nam przedewszystkiem o utworzenie szpitala-lecznicy dla rakowatych oraz instytutu do badań nad rakiem, zaopatrzonego we wszelkie urządzenia nowoczesne. Wobec braku pomieszczenia i niemożności budowania własnego gmachu, zmuszeni jesteśmy chwilowo odłożyć urzeczywistnienie tego najistotniejszego celu naszego »Komitetu«. Nie będąc w możności urzeczywistnienia na razie swego projektu »Pol. komitet« czyni jednak w tym kierunku przygotowania: zbiera napływający w dość znacznej ilości inwentarz, jak pościel, bieliznę, sprzęty szpitalne itd., ma zapewnione dość znaczne ofiary na prowadzenie instytucji z chwilą jej uruchomienia, nakoniec gromadzi fundusze na budowę. Ważność takiej placówki naukowo-leczniczej uznał i II. Zjazd Eugeniczny, uchwalając po referacie moim wniosek, dotyczący konieczności poparcia materjalnego zamierzeń »Komitetu« przez Rząd.

Utworzenie instytutu, który składałby się ze szpitala na 50 łóżek i szeregu pracowni, postawionych na poziomie europejskim, które pozwoliłyby na prowadzenie wszechstronnych badań i zastosowanie najnowszych zdobyczy wiedzy w lecznictwie, jest przedsięwzięciem bardzo kosztownem i być może za ciężkiem dla jednej instytucji. Gdyby jednak kilka instytucyj, zainteresowanych w danej sprawie, połączyło swe wysiłki, to dużo prędzej i dużo łatwiej osiągnęlibyśmy cel. Mam tu na myśli szpitalnictwo miejskie, Tow. im. Skłodowskiej i Pol. Komitet do zwalczania raka. Te trzy instytucje powinnyby wejść w ściślejszy kontakt, omówić szczegółowo, co każda z nich dla sprawy zrobić może, i wspólnemi siłami przystąpić niezwłocznie do rozpoczęcia dzieła. W najogólniejszych zarysach przedstawia mi się ten projekt w ten sposób, że miasto powinno by dać pomieszczenie, ewentualnie plac pod budowę i pokryć część kosztów budowy, resztę i urządzenie wewnętrzne szpitala i niektórych pracowni wziąłby na siebie P. Kom. do zwalczania raka, pracownie zaś rentgeno- i radiologiczne ufundowaćby powinno Tow. im. Skłodowskiej. O ile mi wiadomo, zarówno Tow. im. Skłodowskiej, jak i P. Komitet do zwalczania raka, są dla tej myśli usposobione przychylnie — chodzi o miasto, które, jeśli zechce przyczynić się do powstania dzieła wiekopomnego, zasłuży sobie na wdzięczność całego kraju; a jeśli nie zechce, zmusi nas do szukania i czekania na ofiarność prywatną. Instytut powstanie, utworzenie tylko jego ulegnie opóźnieniu, a wina za to spadnie nie na instytucje, które dziś serdecznie dążą do urzeczywistnienia tego planu, dając na to w miarę możności pracę, ludzi i pieniądze.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

XX. Posiedzenie naukowe **Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego** odbędzie się w piątek dnia 2 czerwca b. r. w sali wykładowej Kliniki chorób wewnętrznych, ul. Pijarów 4. — 1) Pokazy z kliniki chorób skórnych i wenerycznych; 2) z kliniki chirurgicznej; 3) z kliniki chorób wewnętrznych. a) Kol. Grek: *endocarditis lenta*; b) Kol. Stefek: polyglobulia. 4) Wykład kol. Reisa: O badaniu dna oka w świetle bezczerwiennem.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Warszawa.

Towarzystwo lekarskie polsko-francuskie zawiadamia, że firma Masson i Spółka w Paryżu do dnia 1 lipca r. b. dostarcza członkom Towarzystwa książki swego wydania po cenie 175 marek polskich za 1 franka (bez kosztów przesyłki). Pieniądze wpłacać należy na conto firmy Masson w Paryżu w Banku Zachodnim w Warszawie. O uskutecznieniu wpłaty i tytułach książek należy powiadomić sekretarkę firmy. Adres: Warszawa, Wspólna 60 m. 26 Dr. Gauthier dla pani Kownackiej.

Z b. Kongresówki.

Z powiatowego Urzędu Zdrowia Starostwa Kaliskiego otrzymujemy urzędowe zawiadomienie, że dalsze spostrzeganie chorego podejrzanego o trąd, a przedstawionego na posiedzeniu Kaliskiego Towarzystwa lekarskiego w dniu 19 V. 1921 (patrz protokół z posiedzenia N. 12 i 13 P. Gazety lek.) wykazało, że była to gruźlica skóry.

W sprawie opłat za czynności sądowo-lekarskie w b. Kongresówce. Jeden z kolegów, lekarz okręgowy, zwraca nam uwagę na nowe rozporządzenie p. ministra sprawiedliwości, wydane w porozumieniu z ministrami skarbu i zdrowia p., dotyczące opłat za czynności sądowo-lekarskie w b. zaborze rosyjskim. Odnośny kolega podnosi przytem zupełnie słusznie konieczność przedyskutowania i należytego uregulowania sprawy powyższych opłat w ogólności, w szczególności zaś wobec wydania wspomnianego rozporządzenia. Od siebie zwracamy uwagę naszych Czytelników na artykuł w sprawie taks sądowo-lekarskich, umieszczony w N. 4-tym „Polskiej Gazety lekarskiej".

Kurjer warszawski z dnia 15-go maja b. r. w N. 131 pisze o nowem rozporządzeniu, co następuje:

Ukazało się nowe rozporządzenie ministra sprawiedliwości, wydane w porozumieniu z ministrami skarbu i zdrowia, a określające w sposób niezmiernie niski opłatę za czynności sądowo-lekarskie w b. zaborze rosyjskim.

A więc lekarz prywatny, wzywany w charakterze biegłego przez władze sądowe, pobiera za nałożenie badanemu opatrunku, oprócz zwrotu za dostarczony materjał opatrunkowy — marek 3 (wyraźnie trzy)! Za badanie sądowo-lekarskie osoby, uszkodzonej na ciele — mk. 5 (pięć). Za badanie „długie i żmudne" — 10 (dziesięć) mk. Za badanie stanu umysłowego 20 mk. Najwyższa opłata za „specjalne naukowe badanie wraz z orzeczeniem" i td. 50 mk. (pięćdziesiąt).

Z Małopolski.

Ostrzeżenie. Organizacja lekarzy w Drohobyczu ostrzega Kolegów przed przyjęciem posady w powiatowej Kasie chorych w Drohobyczu przed porozumieniem się ze Związkiem lekarzy Okręgu drohobyckiego (Dr. I. Wilder).

Nr. 23. 4 czerwca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. Emanuel Machek. Lwów.

O uszkodzeniach narządu wzrokowego, powstałych poza linją bojową, z wybuchu odnalezionej amunicji.

Uszkodzenia narządu wzrokowego przez wybuchające przyrządy wojenne poza frontem były w byłej Galicji wschodniej częstsze, niż na innych ziemiach, które wojna nawiedziła. Z końcem roku 1914 austrjacka armja cofała się przez całą Galicję aż po Kraków, a w kilka miesięcy później pobita armja rosyjska uchodziła aż poza Zbrucz. W roku 1916 zajmuje Brusiłow znowu wschodnią część kraju, poczem się cofa w głąb Rosji. Po rozpadzie Austrji Ukraińcy cofali się przez kraj, położony na wschód od Lwowa, a w roku 1920 także bolszewicy Podczas tego kilkorazowego przewałkowania naszych stron porzucały uchodzące wojska amunicję i broń, które ludność miejscowa odnachodziła i doprowadzała do wybuchu. Stąd powstawały poza frontem różne wojenne uszkodzenia, a także liczne uszkodzenia narządu wzrokowego. Liczba w ten sposób uszkodzonych przypadków ocznych, które widziałem, przechodzi 1000.

Najliczniej zgłaszali się »uszkodzeni poza frontem« w roku 1916 i 1917, a więc bezpośrednio po wycofaniu się Rosjan. W tym czasie przyjęto na stałe leczenie do kliniki 307 ciężkich obrażeń ocznych. Spostrzeżenia, które poniżej podaję, dotyczą tylko chorych tego okresu. Spostrzegałem ich przez cały czas leczenia, od początku do końca, przeważnie sam, mając w tym czasie tylko jednego asystenta, gdyż inni byli na wojnie.

Uszkodzeni pozafrontowi różnią się od uszkodzonych na froncie i przedstawiają odmienny kliniczny materjał chorych. Pierwszą różnicę stanowi wiek. Na 307 uszkodzonych 293 osób t. j. 95·5%, miało lat od 8 do 20, pomiędzy tymi było dwoje dziewcząt, ponad lat 20 osób 14 t. j. 4·5%, w tem tylko dwie osoby miały ponad lat 50. Z uszkodzonych 92% należało do stanu włościańskiego, reszta do rodzin rzemieślników i małomieszczan, pomiędzy którymi było kilku studentów. Uszkodzenia tedy dotyczą dzieci i młodych chłopców, co pozostaje w związku z tem, że właśnie oni odnachodzą na polach przyrządy amunicyjne, a nie znając doniosłości niebezpieczeństwa, obchodzą się z niemi nieostrożnie i doprowadzają je do wybuchu.

Mechanizm uszkodzeń jest również inny, niż na froncie. Cechą jego jest wybuch w pobliżu. Wpływa na to naprzód rodzaj odnalezionych przyrządów wybuchowych. Do nich należą miedziane kapsle i różne inne przyrządy (zundery), które mają n. p. miny do wybuchu doprowadzić, naboje rewolwerowe i często porzucane patrony karabinowe, dalej krótkie patrony, któremi się nabija miny, i znowu większe pudełka z wybuchową masą, najczęściej z metalową mosiężną obwódką, używane do wysadzania mostów, zasieków i okopów (armja niemiecka); czasem odnachodzono już podłożone miny, których uchodzące wojska do wybuchu nie doprowadziły. Rzadziej były przyczyną uszkodzeń odnalezione bomby, szrapnele i granaty ręczne. Składu przyrządów wybuchowych nie mogliśmy we wszystkich przypadkach z potrzebną dla celów naszych dokładnością stwierdzić. Byłoby pożądanem wiedzieć dokładnie, z jakiego metalu wyrabia się łuski nabojów, płaszcze granatów i szrapneli, jaki jest skład materyj wybuchowych, jakie ich domieszki, gdyż cząstki tych ciał dostają się do oka.

Przedmioty amunicyjne wybuchały zbliska, najczęściej w ręku, odrywały palce, kaleczyły ręce i oczy, które były właśnie zwrócone na przedmiot wybuchający. Najczęściej uszkadzały wybuchy patronów karabinowych, których łuski, zdaniem chłopców, przydatne są na cygarnice, byle je uwolnić od zawartości, podobnej do gliny. Często chłopcy przedmioty wybuchowe wrzucali w piec lub ogień, śledząc oczami co się stanie.

Uszkodzenia od granatów ręcznych i szrapneli już były podobniejsze do frontowych. Odłamki tych pocisków, tak jak na polu walki, uszkadzały oczy już z pewnej odległości, gdyż bliżej stojących zabijały. W jednym przypadku granat ręczny wrzucony w ogień zabił 6 chłopców, piekących kartofle, siódmy, którego wysłano po wodę, znajdował się jeszcze o 15 kroków od ogniska. On opowiedział przebieg wypadku. Było to ostatnie zdarzenie, które widział, stracił bowiem oba oczy.

Do cech pozafrontowych uszkodzeń wojennych należą w dalszym ciągu: 1. Wielorakość uszkodzeń. Jest ich w każdym przypadku większa ilość, n. p. liczne ciała obce na twarzy, rany powiek, często różnorakie uszkodzenia oczu. Wszystkich rozpoznań, licząc tylko ich jakość, a nie ilość, było u naszych 307 chorych — 2.120, a więc 7 na jednego. U jednego z naszych chorych, uszkodzonego na twarzy i obu oczach, było 12 uszkodzeń, z których każde wymagało klinicznego leczenia. 2. Stosunkowo często zdarzają się uszkodzenia obu oczów i obustronne skaleczenia dodatkowych części narządu wzrokowego. Stwierdzono to u 150 z naszych chorych, co czyni blisko 50%. Z innych uszkodzeń najczęstsze były uszkodzenia rąk, piersi, twarzy i głowy. 3. Gwałtowność i wielka siła, z którą działały wybuchy. Tego dowodzi zmiażdżenie oka w 4 przypadkach, rozległe rozerwanie rogówki i twardówki w 10 przypadkach, większe szczeliny powiekowe 14 razy, rany na twarzy i powiekach w 30%; kilka razy przebiły ciała obce powieki i ugrzęzły w oku lub oczodole. Zdarzały się także przypadki, że ciała obce przebiły gałkę oczną na wylot. Za gwałtownością uszkodzeń przemawia także spostrzeżenie, że na 126 oczów, których ściany przebiły ciała obce, w 49 nie było poczucia światła, w 47 złe poczucie z brakami w polu widzenia. W wykazach skaleczeń wojennych przez ciała obce, tylko wyjątkowo wspominają autorzy o badaniu poczucia światła, którego wyniki mają tak wielkie znaczenie w rokowaniu. Wyjątek stanowi wykaz kliniki budapeszteńskiej, w którym podaje P a l i c h Szanto, że na 143 na froncie uszkodzonych oczów 87 razy poczucie światła było upośledzone, co czyni 60·7%, w naszych zaś pozafrontowych uszkodzeniach w 78·4%. 4. Ciała obce, uszkadzające oczy, były tylko wyjątkowo większe, najczęściej małe a liczne. Większe ciała albo zabijały albo sprowadzały uszkodzenia, wymagające leczenia na oddziałach chirurgicznych. 5. Dalszem powikłaniem naszych przypadków było późne zgłaszanie się w klinice. Było to nietylko następstwem nieporadności rodzin uszkodzonych, ale także stosunków wojennych. Ostre zarządzenia utrudniały komunikację z powodu obawy szpiegostwa, przenoszenie się z miejsca na miejsce połączone było z licznemi urzędowemi formalnościami; pociągi kolejowe tygodniami dla niewojskowych nie były przystępne albo ruch pociągów wogóle wstrzymany. To opóźnienie rozpoczęcia leczenia wpływało niekorzystnie na wynik leczenia przypadków poza frontem uszkodzonych, a wyniki lecznicze na froncie przy natychmiastowej pomocy mogły być lepsze. I tak zgłasza się 3 chłopców już z ropieniem całej gałki, 9 ze zropiałą rogówką, 9 z garbiakiem rogówki, 42 z bolesnem zapaleniem jagodówki i z rozpoczynającym się zanikiem gałki a z przypadków z ciałami obcemi w oku, zgłosiło się 62 później, niż 3 miesiące po wypadku.

Już z początkiem wojny na tym materjale poczyniliśmy spostrzeżenia, które w wielu kierunkach pogłębiły nasze wiadomości. Ważniejsze dotyczą zachowania się wojennych ciał obcych wobec elektromagnesów, leczenia oczów z ciałami obcemi i cierpienia współczulnego z obrażeń wojennych. Licząc się z dzisiejszemi trudnościami publikacji, chcę z tych

spostrzeżeń podać, z pominięciem szczegółów, ostateczne tylko wyniki.

Z drobniejszych zabiegów leczniczych chcę naprzód zwrócić uwagę na wyniki lecznicze po uszkodzeniach oczów dynamitem, powstałych skutkiem wybuchu min. Hippel w znanej monografji o uszkodzeniach dynamitem uważa je *quoad visum* za nieuleczalne. I w tych przypadkach staranne leczenie dało dobre wyniki. Dynamit jest płynną nitrogliceryną z jakąś przymieszką, która jest konieczną, aby zapobiedz zbyt łatwemu wybuchowi. Jako przymieszki używano w tej wojnie pulchnej ziemi, składającej się ze skorupek wymoczków, a zwanej »kiselgur«.

Przy wybuchu nitrogliceryna doszczętnie się rozkłada, a przymieszka, przez gazy w ruch wprawiona, uderza o oko, i to szczególnie o rogówkę, w którą się głęboko wbija, czasem ją przebija i dostaje się do soczewki lub w głąb oka. Przymieszka kiselguru wygląda, jak żółtawa glinka, która wbita w rogówkę zaćmiewa ją. Mimo wyskrobania przymieszki pozostaje żółta plama, a skutkiem skrobania występują często nacieki i ropienia. Mimo trwałych plamek w rogówkach i pomimo potrzeby w dwóch przypadkach usunięcia soczewki wraz z resztkami kiselguru drogą operacji, zdołaliśmy wogóle utrzymać stosunkowo dobrą bystrość wzroku. Worek spojówkowy utrzywywaliśmy, o ile możności, w stanie aseptycznym, zapuszczając pilnie sublimat 1 : 5000, a w razie wydzieliny wkrapiając argent. nitr. w rozczynie $^1/_4$ procentowym. Wyskrobywanie należy z wielką cierpliwością stopniowo przeprowadzać, a zawsze godzinę przed skrobaniem wcierać świeżo przetopioną wazelinę lub oliwę, które to środki resztki kiselguru rozpulchniają. Jeszcze po siódmem skrobaniu mogliśmy wykazać pod lupą drobinki wyskrobanej przymieszki.

Najgłówniejszem leczniczem zadaniem było leczenie przypadków, w których ciała obce przebiły ściany gałki ocznej. Na 307 uszkodzonych u 121 osób utkwiły ciała obce w gałce ocznej lub przebiły ją na wylot, co czyni 39·4%, a u pięciu z tyoh uszkodzonych ciała obce dostały się do obu oczów. Stanęliśmy tedy wobec 126 oczów z ciałami obcemi, mieliśmy tedy sposobność na większym materjale stwierdzić, do jakich możemy doprowadzić wyników leczniczych.

Naprzód zaznaczyć należy, że z początkiem wojny spodziewaliśmy się, że elektromagnesy oddadzą nam wielką usługę przy wydobywaniu odłamków pociskowych z oka. Wiadomo, do jakiego stopnia się zawiedliśmy. Podczas wojny wojsko, a szczególnie w roku 1916 armja niemiecka, przysyłała do naszej kliniki często uszkodzonych na froncie, aby wydobyć utkwione w oku ciała obce za pomocą elektromagnesu. O ile chodziło o uszkodzenia postrzałowe, przyrząd Haaba zawodził, o ile zaś o przemysłowe, a takie się także zdarzały w warsztatach na froncie, wydobywaliśmy je bez trudności elektromagnesem. Przyczyny tego dziś już dobrze są znane. W przemyśle dostaje się do oka przeważnie miękkie żelazo, na wojnie zaś skutkiem eksplozji okruchy pocisków, odłamki łusek naboi, odpryski ciał najrozmaitszych, w które pocisk ugodził. Otóż Hertel (1916) wykazał, że metalowe okruchy z pocisków są słabo metamagnetyczne z powodu domieszek manganu i fosforu do żelaza i stali. Domieszka sprawia, że płaszcze pociskowe stają się kruchsze, rozpadają się na większe okruchy, które skuteczniej ranią, czego właśnie wojna wymaga. Dalej wykazał Hertel, że postać okruchów, ostre tychże końce, wygięte brzegi sprawiają, że się mocniej trzymają tkaniny i ścian gałki. W całości okruchy wojenne są okrągłe, przemysłowe podłużne; w przemysłowych tedy się łatwiej grupują przy działaniu elektromagnesu magnetyczne bieguny. Mojem zdaniem także siła pędu ciał obcych na wojnie sprawia, że się głębiej wbijają, często przenikają gałkę oczną na wylot, co wykazaliśmy Roentgenem i anatomicznie na wyłuszczonych gałkach. Znaczna też część ciał obcych wojennych jest amagnetyczna lub bardzo słabo magnetyczna. Znaleźliśmy w wyłuszczonych gałkach miedź, cynę, szkło, kamyczki, tynk, kiselgur i grudki ziemi.

W naszych pozafrontowych przypadkach stosowaliśmy systematycznie, prawie we wszystkich, elektromagnes Haaba, i to zawsze bezskutecznie, wobec czego musieliśmy stosować inne sposoby leczenia.

Należało tu naprzód odróżnić, czy ciała obce utkwiły w oku przed diafragmą, którą stanowi więzadełko Zinna i tylna torebka soczewkowa, a więc w przedniej komórce, tęczówce lub soczewce, czy poza niem, a więc w głębi oka.

Przed diafragmą utkwiły ciała obce 10 razy. Są to stosunkowo lżejsze obrażenia oka. Były przy przyjęciu chorego widoczne lub można je było rozpoznać w ciągu leczenia, a o ile się znajdowały w zaciemnionej soczewce — Roentgenem. We wszystkich przypadkach była utrzymana pewna bystrość wzroku lub dobre poczucie światła i dobra lokalizacja. Objawy pourazowe zadrażnienia i zaczerwienie nie ustępowały we wszystkich przypadkach w krótkim czasie. W stosownej tedy chwili wydobywaliśmy ciała obce drogą operacji, w trzech wraz z soczewką, zawsze z możebnie najlepszym skutkiem.

Ciała obce, które utkwiły poza diafragmą, stanowią już cięższe uszkodzenie oka, nietylko z powodu umiejscowienia, ile skutkiem wewnętrznych ciężkich uszkodzeń anatomicznych, gdyż uderzały z większą siłą i głębiej wchodziły. Dowodzi tego, jak już wspomnieliśmy, to, że na 126 oczów w 96 albo nie było poczucia światła, albo znaczne upośledzenie tegoż z brakami w polu widzenia (76·2% oczów). Znaczną część tych gałek musieliśmy wyłuszczyć (77), a badania anatomiczne wykazały rozległe i ciężkie zmiany śródgałkowe. Naprzód znaczne krwotoki do ciałka szklistego, dalej zranienia i przedarcia siatkówki, w dwóch przypadkach pęknięcia naczyniówki, dość często krwawe podbiegnięcia siatkówki, oderwania tejże różnego stopnia aż do lejkowatego, zapalenia urazowe, nacieki i blizny około ciał obcych, blizny w ciałku szklistem, wykazujące drogę, którą przeszło ciało obce. W przypadkach, w których dopiero po jakimś czasie wyłuszczono gałkę oczną, blizny wciągały ściany gałki w głąb oka, a wewnętrzne błony gałki, czasem wraz z soczewką ku miejscu przebicia twardówki przez ciało obce, skutkiem czego odrywały nawet naczyniówkę od twardówki. W ciałku szklistem były ropnie niedrobnoustrojowego pochodzenia, otaczające ciała obce, szczególnie miedź i mosiądz, które najczęściej bywały nie wielkie. Rozleglejsze były drobnoustrojowe ropnie, otaczające odpryski drzewa i grudki ziemi. Obrzmienia nerwu wzrokowego (*papillitis*) częściej można było rozpoznać już gołem okiem.

Wyjątkowo się tylko zdarza, że ciała obce, utkwione poza diafragmą, są widoczne, co w naszych przypadkach tylko trzy razy się zdarzyło. U 20-letniego jeńca, Rosjanina z Orła, którego nam Niemcy oddali w leczenie, były widoczne dwa ciała obce w głębi oka. Były to świecące okruchy mosiądzu, z których jeden zawisł w więzadełku Zinna, drugi utkwił na dnie przy brzegu tarczy nerwu wzrokowego. Znosił ciała obce dobrze. Przyjęliśmy go później na służącego szpitala i spostrzegaliśmy go przez 2 i pół roku i w tym czasie żadne objawy podrażnienia nie wystąpiły. Przed powrotem do swojej ojczyzny przedstawiłem go w Towarzystwie lekarskiem lwowskiem. Zatrzymał 6/18 bystrości wzroku. W drugim przypadku wydobyliśmy ciało obce, miedź, cięciem południkowem. W trzecim, mocno podrażnionym, widoczne było pierwszego dnia po uszkodzeniu ciało obce w ciałku szklistem, drugiego dnia zapalenie infekcyjne je zasłoniło. Po wyłuszczeniu gałki okazało się że ciało obce było grudką ziemi.

Z pozostałych 113 oczów z niewidocznemi ciałami obcemi już 96 quoad visum było straconych z powodu złego poczucia światła, a w kilku innych z dobrem poczuciem światła, reakcyjne lub infekcyjne zapalenie pourazowe wykluczało zabieg operacyjny. W dwóch przypadkach, w których ciało obce na wylot oko przebiło, co stwierdzono Roentgenem, bolesne zapalenie jagodówki zmusiło nas do wyłuszczenia gałki. Badanie wyłuszczonych gałek wykazało otwory wejścia i wyjścia ciała obcego. Z tego wynika, że uszkodzenia głębszych części oka przez ciała obce wojenne najczęściej uniemożebniają nawet w przypadkach, w których tylko przeleciało ciało obce przez oko, utrzymanie kształtu gałki ocznej. Już samo pourazowe zapalenie, chociaż nie pozostaną ciała obce w oku, prowadzi często do zaniku oka, a jeżeli sprawa jest

bolesna, zmusza nas do wyłuszczenia gałki. Zapatrywanie, że wydobycie ciała obcego może utrzymać prawidłowy i estetyczny kształt gałki ocznej, jest najczęściej błędne.

Dodać tu muszę, że technika wydobycia ciał obcych, niewidocznych pomimo najdokładniejszego umiejscowienia za pomocą Roentgena, przedstawia poważny zamach na oko. Wydobywałem umiejscowione ciała obce z oczów, które już z powodu braku poczucia światła i bolesności były przeznaczone na wyłuszczenie, i przekonałem się, że destrukcje, powstałe skutkiem wydobywania, są znaczne. Jak wielkie są trudności wydobycia ciał obcych, przekonało mnie następujące doświadczenie. Świeżo wyłuszczone gałki ustalano nitkami na deszczułkach, zlokalizowano Roentgenem położenie ciał obcych, poczem je wydobywano. Blizny bywają omal tak twarde, jak ciała obce, nie zawsze dana jest pewność, że uchwyciliśmy ciała obce szczypczykami. Wobec tych trudności dążyć należy do wydobywania ciał obcych w prześwietleniu Roentgena, do czego należy aparaty przystosować, aby operację można wykonać w leżącej pozycji chorego. Mogłoby to być skuteczne, jeżeli ciała obce są wyraźnie przy prześwietlaniu widoczne, dość wielkie, w przedniej części gałki położone, gdzie są łatwiej widoczne, a wreszcie przystępniej umiejscowione. Wydobywanie ciał obcych wojennych w oświetleniu Saksa jest utrudnione z powodu zaciemnień środków łamiących. Przekonałem się, że prześwietlenie przez rogówkę lub twardówkę jest niedostateczne. Telefon i metalofon są tylko pomysłami teoretycznemi.

Z powyżej przytoczonych spostrzeżeń wynika: Jeżeli ciała obce, których elektromagnesem wydobyć z oka nie można, są widoczne i położone przed diafragmą, albo, chociaż są niewidoczne, znajdując się w zaciemnionej soczewce, dadzą się Roentgenem umiejscowić, należy je wydobyć drogą operacji. Jeżeli się znajdują w głębi oka i są widoczne, wtedy wydobycie jest technicznie zawsze możebne. Ponieważ jednakże zabieg operacyjny, jako taki, stanowi ciężki zamach na oko, o czem nas przebieg pooperacyjny poucza, należy je w oku w tych przypadkach pozostawić, w których ciała obce są małe, a oko je bez zadrażnienia znosi (mosiądz, szkło, czasem drobne odłamki miedzi). Jeżeli ciała obce w oku są niewidoczne, należy je umiejscowić Roentgenem, a gdyby położenie tychże było takie, że operator może je wydobyć bez cięższych uszkodzeń wnętrza oka, to należy operację jak najwcześniej wykonać. Później utrudniają wydobycie wypociny, otaczające ciało obce, a operacja może być przyczyną dalszego zniszczenia i zaniku gałki. Udać się może wydobycie, jeżeli ciała obce są dobrze zlokalizowane, przystępnie umiejscowione, a więc utkwiły w przedniej części gałki i blisko ścian dostępnych. Wogóle wydobycie niewidocznego ciała obcego jest pomimo dokładnie znanej lokalizacji rzeczą przypadku. Do najszczęśliwszych przypadków należą te, w których ciało obce po dobrze obliczonem cięciu twardówkowem z oka wyskoczy. Wydobycie ciał obcych w wojennych przypadkach utrudnia zadrażnienie i zapalenie pourazowe lub już rozpoczynający się pozapalny zanik gałki. Wydobywanie niewidocznego ciała obcego z oka bez poczucia światła dla ratowania postaci oka najczęściej do celu nie prowadzi, gdyż, jak doświadczenie uczy, nawet operacja, w której się udało wydobyć ciało obce, wykonana w oku już tak ciężko uszkodzonem, przyspiesza tylko zanik gałki. Jeżeli tedy poczucie światła się do tego stopnia obniżyło, że oko dla widzenia nie ma wartości a tkwi w niem ciało obce, to należy je wyłuszczyć.

Mówiąc o wskazaniach operacyjnych, nie wspomniałem o cierpieniu współczulnem.

Doświadczenia bowiem wielkiej wojny zapatrywania nasze na sprawę cierpienia współczulnego zmieniły radykalnie. Z początku tejże wykonywano wiele zapobiegawczych wyłuszczeń gałki z obawy, aby współczulne cierpienie nie wystąpiło, i zdawało się, że częste wyłuszczenia są przyczyną tego, że po wojennych ciałach obcych współczulnego cierpienia nie spostrzegaliśmy. W marcu 1916 miałem już w klinice 32 chorych z ciałami obcemi w oku, których później niż 3 miesiące po zranieniu przyjęliśmy do kliniki. U żadnego z nich cierpienia współczulnego nie było, chociaż już minął czas krytyczny od 6 do 12 tygodni, w którym cierpienie współczulne najczęściej występuje. To spostrzeżenie mnie już w roku 1916 przekonało, że wogóle po wojennych ciałach obcych współczulne cierpienie conajmniej bardzo rzadko występuje. Późniejsze spostrzeżenia potwierdziły moje zapatrywania. Widzieliśmy w czasie wojny wielu jeszcze chorych, którym nie wyłuszczono oka, w którem tkwiło wojenne ciało obce, a ani razu nie widzieliśmy współczulnego cierpienia. Pochodzi to, mojem zdaniem, stąd, że ciała obce z wybuchów są wogóle czystsze, niż ciała, które przy pracy przemysłowej od młota i kowadła się do oczów dostają, i że wybuch niszczy chorobotwórcze ustroje, które, jak kliniczne spostrzeżenie poucza, są niewątpliwie przyczyną cierpienia współczulnego. F. Dimmer (Klin. Monatsblätter. Tom 57 p. 257) podaje, że na wojnie dlatego się nie zdarza współczulne cierpienie z ciał obcych w oku, że młodzi i zdrowi żołnierze nie mają do cierpienia tego usposobienia. Występuje ono najczęściej u wątłych i gruźliczych osobników i u źle odżywionych dzieci, a z pomiędzy żołnierzy wyłącza się przy poborze nie zupełnie zdrowych. Otóż nasze spostrzeżenia wykazały, że także u dzieci, chociaż są źle odżywiane, wycieńczone, limfatyczne, często tuberkuliczne, cierpienie współczulne nie wystąpiło.

Kiedy mowa o pozafrontowych wojennych uszkodzeniach ocznych, trudno nie dodać, że właśnie u nas, z powodu wielkiej liczby przypadków i ciężkich uszkodzeń, urosły one do rozmiarów poważnej klęski społecznej. Już z naszych 307 chorych utraciło jedno oko 152, u 120 ucierpiała dwuoczna bystrość wzroku, gdyż na obu oczach pozostawiły uszkodzenia znaczne ślady, a jedenastu uszkodzonych, straciwszy oba oczy, ociemniało niepowrotnie. Okaleczeli i ociemnieli — dzieci i młodzi chłopcy, których to spotkało u początku życia. Pragnąćby należało, aby przynajmniej każdy z ociemniałych znalazł kogoś, ktoby go pouczyć umiał, że poza tem, czego się dotknąć może ręką, są jeszcze wartości, które mogą rozjaśnić ciemności jego duszy.

Karol Mayer, profesor uniw. pozn. Poznań.

O sztucznem odżywianiu za pomocą fizjologicznie przetrawionych pokarmów.

Doniesienie I.

Pomimo niezaprzeczenie znacznych postępów fizjologji trawienia, nie można jeszcze wyświetlić całej przeróbki miazgi pokarmowej w tajemniczej pracowni jelita cienkiego. Nie wiadomo nawet, jakie przetwory rozszczepionego pokarmu ulegają wessaniu. Z chwilą odkrycia tych ciał rozkładowych, zdolnych do wessania, sprawa sztucznego odżywiania i zastąpienia fizjologicznego trawienia byłaby praktycznie rozwiązana. Póki nie zdołamy sztucznie naśladować tego całego labiryntu przemian pokarmu w czasie trawienia, póty dotychczasowe sposoby sztucznego odżywiania będą zawodzić. Mimo tego nieubłagalnego dotąd pewnika, próbuje się nadal rozmaitych sposobów celem zastąpienia naturalnego trawienia. Nie ulega bowiem wątpliwości, że w wielu poważnych stanach chorobowych leczenie staje się dlatego zupełnie bezsilne i nie zdoła w nich zapobiedz przedwczesnemu zejściu śmiertelnemu, ponieważ niema możności utrzymania ustroju w równowadze azotowej, jeżeli trawienie w jelicie cienkiem jest znacznie upośledzone, lub wprost zupełnie uniemożliwione. Niestety wszelkie wlewania odżywcze, czy to do odbytnicy, czy też do żył, jamy otrzewnej lub podskórnie nie zastępują ani w przybliżeniu odżywiania fizjologicznego. Zawiodły one zarówno w chorobach, w których brakuje nieodzownych wydzielin narządów trawiennych lub przyjmowanie pokarmów przez usta jest z jakichkolwiek powodów utrudnione, wykluczone lub przeciwwskazane, jakoteż w takich, zbyt częstych przypadkach, gdzie przewód pokarmowy z powodu znacznie upośledzonej czynności ruchowej lub wydzielniczej zdoła przetrawić tylko drobną, niedostateczną ilość pożywienia. Z tych

też przyczyn nie udaje się tuczenie, które n. p. w gruźlicy stanowi główny środek leczniczy.

Conditio sine qua non zastąpienia fizjologicznego odżywiania jest dostarczenie ustrojowi tych samych składników odżywczych, jakie ulegają wessaniu podczas trawienia. Ponieważ ich nie znamy i nie umiemy sztucznie wytwarzać, przeto rozejrzyjmy się po całej przyrodzie, czy u innych istot nie zdarzają się podobne potrzeby, wobec których przyroda nie zachowuje się biernie, lecz umie sobie doskonale poradzić. I rzeczywiście za tą wskazówką dochodzimy do zdumiewającego wyniku. Wszak u pewnych gatunków zwierząt przewód pokarmowy przejściowo lub nawet stale jest niezdolny do trawienia, a jednak zwierzęta te żyją i rozmnażają się znakomicie. Co więcej, warunkiem życia niektórych z tych zwierząt są zupełnie te same przetwory trawienia, które w jelicie ludzkiem ulegają wessaniu. Znamy nawet zwierzęta, pozbawione zupełnie narządu trawienia, np. tasiemce.

Nie mogę się tu rozwodzić nad przytaczaniem niezmiernie zajmujących przykładów z botaniki (pasorzyty roślinne), zoologji i biologji. Naszkicuję tylko trzy przykłady, jeden z nich, odnoszący się do człowieka. Dla każdego dostępne jest śledzenie, w jaki sposób gołębie karmią swe młode: połykają najpierw ziarna do podgardlicy, gdzie tworzy się miazga; dopiero w znacznej części przetrawioną i z zaczynem trawiennym połączoną papkę podają do dzióba pisklętom. Jedynie podrośniętym już młodym, zdolnym do całkowitego trawienia, wkładają twarde ziarna [1]). Podobnie ptaki drapieżne (*falconiformes*) żywią swe młode nawpół strawionem mięsem, które w tym celu wraz z sokiem trawiennym wymiotują [2]). Po wsiach można zauważyć, że matka, karmiąca dziecko nie piersią, lecz innym pokarmem, żuje wprzód sama każdy kęs pożywienia, przeznaczonego dla dziecka, w swoich ustach i dopiero wymieszaną ze śliną papkę podaje dziecku. Giron, obserwując w Cherbourgu w ten sposób żywione niemowlęta, zauważył, iż najczęściej wówczas były dobrze odżywione i utrzymały się przy życiu, mimo wyłącznego karmienia tym sposobem, gdy matka wymięszała pożywienie dziecka z dostateczną ilością swej śliny. Opisuje on ten sposób karmienia następująco [3]):

»Mamka bierze łyżkę papki do ust, aby ją ostudzić, żuje ją przez pewien czas i tym sposobem miesza ze śliną. Następnie wypluwa tę mieszaninę na łyżkę lub na palce i dziecko spożywa to chciwie. Powtarza się to tak często, póki dziecko więcej nie chce. Odżywianie to wcale nie jest tak szkodliwe, jakby się zdawało. Przypisuję to większej lub mniejszej ilości śliny, która dostaje się do papki i pod wpływem której występuje w papce energiczne działanie diastazy«. Dzieci te odżywiają się zatem pokarmem, rozszczepionym już częściowo w ustach matki; następnie w przewodzie pokarmowym dziecka odbywa się dokończenie trawienia przy pomocy dostarczonej przez matkę diastazy amylolitycznej, która prawidłowo wydziela się nie tylko w ustach, lecz także w jelicie cienkiem, i o której nie można dotychczas twierdzić, aby się różniła czemkolwiek od diastazy, czy to soku trzustkowego, czy też wogóle komórek zwierzęcych i roślinnych. Poniżej będę się powoływał jeszcze na inne przykłady z obserwacji, przedewszystkiem u ludzi.

Ze wszystkich takich spostrzeżeń wynika niedwuznacznie, w jaki sposób przyroda sobie radzi w przypadkach, w których przewód pokarmowy nie zdoła sam całego trawienia przeprowadzić: korzysta wówczas z pokarmu, przetrawionego przez cudzy narząd trawienia. *Si naturam sequemur ducem, nunquam aberrabimur.* Dlaczego nie zastosujemy celowo takiej symbiozy, biorąc gotowe już do wessania przetwory pokarmowe z jelita cienkiego istot innych, aby leczyć cały szereg stanów patologicznych, gdzie wskazaniem życiowem jest wyłączenie, oszczędzanie, odciążenie przewodu pokarmowego, uzupełnienie lub zastąpienie brakujących soków trawiennych, tuczenie przy niedostatecznem trawieniu i t. p.? [1]). Wszak nic nie stanie na przeszkodzie, gdy poddamy pokarm trawieniu n. p. w jelicie cienkiem stosownego zwierzęcia (jednego lub więcej) i przez przetoki jelitowe podczas trawienia będziemy przeprowadzać odpowiednio przefiltrowaną treść pokarmową wraz z zaczynami do dwunastnicy chorego zapomocą zgłębnika dwunastnicowego; którego zastosowanie, jak poniżej się przekonamy, jest niezmiernie łatwe. Tu nasuwa się podobieństwo z karmieniem oseska w pewnych okolicach, gdzie w razie braku pokarmu matczynego dziecko ssie bezpośrednio pierś kozy a nawet psa! Znajdująca się w handlu »gastérine« jest czystym sokiem żołądkowym, uzyskanym z przetoki żołądkowej psa, wprowadzonym do lecznictwa ludzkiego przez badaczy francuskich, którzy, opierając się na klasycznych doświadczeniach Pawłowa u psów, zastosowali w jego sposób uzyskany sok żołądkowy psów do leczenia pewnych chorób żołądkowych. Dotychczasowe doświadczenia (Barth, Frémont, Huchard, Launois, Legendre, Mathieu et Laboulais [2]) i inni) klinicznie dały wynik nader pomyślny. Również autorowie niemieccy chwalą gastérine. (Paul Mayer, A. Finkelstein, J. Boas) [3]). Także żółć wołową wlewa się do jelit ludzkich w przypadkach, gdzie wskutek przetoki żółciowej chory traci zbyt wiele żółci.

Podobnie, jak przy przelewaniu krwi osoby zdrowej osobie chorej, można też przelewać z jelita cienkiego człowieka zdrowego przez zgłębnik dwunastnicowy wydobytą treść pokarmową do przewodu pokarmowego człowieka chorego. Tu wychodzą na jaw jeszcze inne zastosowania. Prócz materjałów, przygotowanych do wessania *in statu nascendi* przelewa się równocześnie soki trawienne, które dopełniają swe działanie w cudzem jelicie. Nadto nasuwa się możność uzyskania (przez stosowne pobudzania) wszystkich wydzielin trzustki, gruczołów jelitowych, wątroby, a wśród nich także hormonów, które pobudzają wchłanianie w jelitach. Jak ważną rolę odgrywają te składniki nie tylko w chorobach przewodu pokarmowego, lecz także w innych stanach chorobowych, na to coraz to nowsze badania rzucają coraz więcej światła. Oczywiście żadne wyciągi i przetwory sztuczne z tych gruczołów, żadne białka, trawione sztucznie w probówkach chemicznych, nie zastąpią ani naturalnych wydzielin gruczołów, będących w stanie czynnym, ani fizjologicznych przetworów trawienia.

Pomysł powyżej opisany wypróbowałem praktycznie naprzód na sobie. Dla objaśnienia tych z pośród czytelników, którzy nie używali zgłębnika dwunastnicowego, podaję kilka niezbędnych uwag. Istnieje uprzedzenie, jakoby technika tego zgłębnikowania przedstawiała trudności, lub sprawiała choremu zbyt wielkie przykrości. Tymczasem każdy może się przekonać, że zabieg ten jest łatwiejszy i mniej przykry, niż zgłębnikowanie żołądka zwykłym zgłębnikiem. Chorzy rychło przyzwyczajają się do połkniętego cienkiego drenu kauczukowego. Jeszcze przed 18 laty widziałem w klinice Kadera, jak chorzy całemi tygodniami znosili doskonale dren założony nawet przez nos do żołądka. Lazarus [4]) odżywiał osobę chorą na nieustające wymioty przez szereg miesięcy wyłącznie przez zgłębnik dwunastnicowy, przez który wlewano głównie mleko, jaja, tłuszcze i cukier mleczny, Einhorn i inni w bardzo licznych przypadkach stosują to zgłębnikowanie. Drugiem mylnem uprzedzeniem jest mniemanie, że potrzeba specjalnego zgłębnika, w handlu zaś trudno go obecnie nabyć. Tymczasem zupełnie wystarczy cienki i miękki dren o przekroju 2 do 4 mm z silnego kauczuku. Dla pewności można przewlec przez całą długość drenu chirurgiczną nitkę jedwabną. Na końcu drenu przytwierdza się na 4 cm długiej nitce podłużny paciorek szklanny o przekroju najwyżej 8 mm (uzyskany n. p. z najzwyklejszych naszyjników szklannych). Zgłębnik taki według mego doświadczenia przewyższa praktycznością kupne zgłębniki dwunastnicowe, mające

[1]) Brehms, Tierleben 1911. VI. str. 33.
[2]) Brehms, Tierleben 1911. Vögel 1. str. 286.
[3]) A. Marfan, Handbuch d. Säuglingsernährung 1904. str. 387

[2]) Bulletin général de thérapeutique 1898. Bulletin de la societé de therapeutique 1899. 16—17 Ibid. 1900 23—24. Soc. méd. des Hop. 21. VI 1901.
[3]) Zschr. f. physik. diät. Therap. 1901. 4. 220. Wratsch 1900. Nr. 32. Diagnostik u. Therap. d. Magenkrankheiten v. Prof. Dr. J. Boas 1920. str. 337.
[4]) Berl. klin. Wschr. 1913.

na końcu bezpośrednio przytwierdzoną kulkę, co utrudnia nieraz przejście końca zgłębnika przez odźwiernik. Jeżeli zaś podłużny paciorek wisi swobodnie na krótkiej nitce, natenczas, podobnie jak każdy kęs miazgi pokarmowej, przechodzi przez odźwiernik i wlecze za sobą na nitce przytwierdzony koniec zgłębnika. Jak daleko sięga koniec zgłębnika, można dokładnie widzieć na ekranie rentgenologicznym, przyczem łatwo określić położenie końca zgłębnika w dowolnem miejscu dwunastnicy lub jelita czczego, wysuwając zgłębnik podczas prześwietlenia lub polecając choremu połykać jeszcze dalszy odcinek drenu.

Przy wlewaniu sobie do dwunastnicy treści pokarmowej, przetrawionej w jelicie cienkiem osoby drugiej, łączyłem ze sobą wystające z ust moich i karmiciela końce sondy za pomocą kaniuli, zaopatrzonej w trzy przewody i kurek; dwa przewody kaniuli były wetknięte w obie sondy, trzeci zaś łączył się ze strzykawką tak, że przy pomocy kurka można naprzemian łączyć ze strzykawką każdy przewód zgłębników dwunastnicowych z osobna. Zamknąwszy kurkiem swój zgłębnik, wyciągałem 20—50 cm treści jelitowej drugiej osoby do zbiornika strzykawki i natychmiast wtłaczałem zawartość całą powoli do swojego zgłębnika. Pokarmy, przeznaczane do trawienia w przewodzie pokarmowym drugiej osoby, spożywano albo swyczajnie i w godzinę po zdjedzeniu i połknięciu drenu przelewałem treść do swojej dwunastnicy z rozmaitemi przerwami, średnio co 5—15 minut w przeciągu dalszych trzech godzin. Albo też wlewałem karmicielowi pokarm przez zgłębnik dwunastnicowy, założony na stałe na kilka dni, albo osoba ta spożywała papkowaty pokarm, przechodzący obok zgłębnika do żołądka, przyczem zgłębnik przytwierdzano nitką do małżowiny usznej, aby przy połykaniu kęsów nie połykała równocześnie więcej drenu, niż potrzeba. Wprowadzając pokarm przeznaczony do trawienia bezpośrednio do dwunastnicy, dzieliłem go na części i w 10—20 minut po wlaniu każdej części wydobywałem ją z powrotem do swojej dwunastnicy. Jakie jest optimum czasu i jaka najlepsza technika, to rozstrzygną dopiero dalsze doświadczenia. Na razie przerwy pomiędzy wlewaniami do swej dwunastnicy celowo dobierałem nieregularnie, nie wiadomo bowiem, w jakim czasie poszczególne części miazgi pokarmowej, opuszczającej żołądek, stają się zdolne do wessania. Aby tylko rozpuszczone i płynne części miazgi przedostawały się do zgłębnika podczas aspiracji, może być koniec zgłębnika zaopatrzony w stosowny filter lub podziurawiony jak sitko, chociaż już sam drobny przekrój drenu przeszkadza w przedostawaniu się cząstek większych. W razie zatkania się zgłębnika należy z powrotem wtłoczyć nieco cieczy. Oczywiście osoba, karmiąca mnie w ten sposób, otrzymywała osobno pożywienie także dla siebie ponad to, co ulegało u niej wessaniu z pożywienia, przeznaczonego tylko do trawienia i z powrotem wydobywanego.

Kiedy bowiem czerpiemy treść jelitową, przerywamy do pewnego stopnia trawienie otrzymanej zawiesiny pokarmowej. Znajdują się w niej wszelkie możliwe stopnie rozszczepienia, więcej i mniej złożone połączenia peptonów, kwasy aminowe, wodorotlenki, przeróżne kwasy tłuszczowe itd. Wszystkie składniki odżywcze zabieramy w chwili przetwarzania się, podczas wyładowania energji utajonej w rozmaitym, słabszym i silniejszym stopniu, ale zawsze *in statu nascendi*. Nadto otrzymujemy różne ważne zaczyny, enterokinazy i wogóle wszelkie wydzieliny gruczołów i miljonów gruczolików w połączeniach i w stanie luźnym, które w dalszym ciągu mogą brać udział w trawieniu, jakkolwiek dostają się do jelita osobnika drugiego. Wśród tej bujnej mieszaniny tkwią też przetwory zdolne już do wessania przez nabłonek jelitowy, albo też takie, którym już mało brakuje do dalszej wędrówki po komórkach całego ustroju. Może się mylę, ale na podstawie szeregu faktów czuję się upoważnionym wyrazić przekonanie, że nawet w niezmiernie, beznadziejnie podupadłym przewodzie pokarmowym przynajmniej te gotowe do wessania przetwory pokarmowe zdołają ustrój odżywiać, zwłaszcza, że równocześnie wprowadzamy zapewne hormony, pobudzające jelita do wchłaniania. Ponieważ ilość najważniejszych ciał w zaczerpniętej treści nie jest znana, przeto w przypadkach, gdzie szczególnej zależy na zupełnem zastąpieniu, czy ominięciu trawienia, należałoby z licznemi i rozmaitemi przerwami wydobywać mniejsze ilości treści z jelita trawiącego i po pewnym czasie pobytu tej treści w jelicie chorego z powrotem ją usuwać. Rozkład bowiem w przewodzie pokarmowym odbywa się stopniowo tak, że bezustannie, co chwila, powstają ostatnie produkta trawienia, nadające się do wessania; prawdopodobnie zaś nigdy nie gromadzą się naraz w znaczniejszych ilościach. Tu w całej pełni trzeba umieć zastosować wszystkie fakta; znane z fizjologji i patologji trawienia, także i te, które dotychczas miały znaczenie czysto teoretyczne.

Podczas brania zgłębnikiem dwunastnicowym treści jelitowej zmieszanej z barem, prześwietlałem promieniami X. i stwierdzałem przy tem, że do zgłębnika przechodzi treść nie tylko z najbliższego otoczenia, lecz także w dalszych częściach jelita czczego cień jelitowy na ekranie słabł coraz więcej, w miarę wydobywania treści i zależnie od szybkości ssania strzykawki. Wypełniałem przez zgłębnik dwunastnicowy całe jelito cienkie zawiesiną barową i następnie zdołałem z powrotem wypróżnić niemal całe jelito cienkie; jedynie drobne ślady baru pozostawały w dolnym odcinku jelita cienkiego. Zauważyłem zarazem, że zawiesina gromadzi się wpierw mniej więcej w pierwszej połowie jelita cienkiego (o ile to można rentgenologicznie ocenić) i dopiero po kilkunastu minutach dochodzi dalej do jelita biodrowego (ileum). Fizjologja uczy, że właśnie w górnym odcinku jelita cienkiego odbywa się głównie wchłanianie. Wobec tego za pomocą zgłębnika dwunastnicowego możemy czerpać składniki odżywcze z najlepszej do tego celu części przewodu pokarmowego, gdzie najwięcej znajduje się ciał, przeistoczonych dla wessania, powtóre, wprowadzając je innemu osobnikowi, możemy je umieścić na najlepszem polu wchłaniania. Przy użyciu większego ciśnienia za pomocą pompki dochodzi płyn ze zgłębnika szybciej do jelita biodrowego (ileum). Tym sposobem przez wypełnianie i szybkie wydobywanie z powrotem płynu mogłem wypłukać niemal całe jelito cienkie. Dla płukania tego używałem między innemi także soku trzustkowego zdrowej osoby. Za pomocą zgłębnika dwunastnicowego można otrzymać w ciągu doby aż do 1 litra soku trzustkowego, jeżeli się użyje dostatecznie nasyconego rozczynu kwasu solnego celem energicznego pobudzenia trzustki do wydzielania. Dalsze doświadczenia rentgenologiczne, odnoszące się do omawianego sposobu odżywiania, opiszę w dalszych doniesieniach po stwierdzeniu na większym materjale.

Z powyższych doświadczeń rentgenologicznych wynika, że przez zgłębnik dwunastnicowy możemy wywierać pewien wpływ na sposób czerpania treści jelitowej. Można n. p. za pomocą słabszej lub silniejszej aspiracji otrzymać zawartość jelita z bliższych lub dalszych części, można, wydobywając i szybko nazad wtłaczając, wymieszać, rozcieńczyć miazgę pokarmową, wypłukać znaczną część jelita, korzystać w rozmaitych okresach wypróżnienia się żołądka z treści jelitowej, jeżeli spożyty pokarm, wymieszany z barem będziemy równocześnie rentgenologicznie śledzić. Spostrzeżenia te są ważne ze względu na trawienie białka, które ulega peptonizacji w różnych miejscach jelita. W każdej części jelita są lepsze lub gorsze warunki ostatecznego strawienia pewnego składnika.

Wyłącznie w sposób powyżej opisany żywiłem się w ciągu 14 dni i jedynie zajęcia moje nie pozwalały mi na dłuższe wypróbowanie tego sposobu odżywienia na sobie. W tym czasie ani ja, ani osoba, dostarczająca mi przetrawionego pokarmu, nie straciliśmy na wadze i nie zauważyliśmy żadnych ujemnych objawów. Jak już wspomniałem, osoba, odstępująca przerobiony pokarm, oczywiście spożywała drugi raz wyłącznie dla siebie.

Ograniczam się w tem pierwszem doniesieniu tylko do podstawowych spostrzeżeń i uwag. Reszta wymaga jeszcze dłuższej obserwacji, która jest w toku liczniejszych doświadczeń i większego materjału. Może uda się technikę tego odżywiania bardziej uprościć, n. p. wprowadzając przetrawiony pokarm nie przez zgłębnik dwunastnicowy, lecz tylko do żołądka tak, jak się to czyni przy przetokach trzustkowych,

w których wypływającą z przetoki treść wlewa się choremu napowrót, ale do żołądka, aby ją zużytkować dla trawienia Wiele też przemawia za tem, że sprawa sztucznego odżywiania przez odbytnicę tylko w ten sposób będzie pomyślnie rozwiązana. Albowiem podobnie, jak pewne zwierzęta i dzieci, o których była mowa, odżywiają się doskonale, mimo, że ich przewód pokarmowy nie jest zdolny do trawienia, a tak samo w jelicie grubem mogą, uledz przyswojeniu przetwory trawienia, przygotowane już do wessania; niezupełnie strawione składniki z niemi równocześnie mogą pod wpływem wprowadzonych soków trawiennych dokończyć swego przeobrażenia. Tu wprowadza się nie sztuczne białka, drażniące i niezdolne do naturalnego wessania, lecz ciała, które w pewnych przypadkach dostają się przed wessaniem w jelicie cienkiem do jelita grubego bez zbytecznego jego drażnienia.

Ideałem, do którego dążę, jest pokarm przetrawiony w jelicie cienkiem zwierzęcia wydobywać przez przetokę jelitową i wprowadzać tylko do żołądka lub odbytnicy osoby chorej.

Co się tyczy głównych wskazań do zastosowania i wypróbowania tego sposobu odżywiania, to przy wrzodach żołądka i dwunastnicy, oparzeniach żołądka truciznami żrącemi, wymiotach niepowściągłych u ciężarnych, jadłowstrętach, po gastroenterostomji oraz innych operacjach przewodu pokarmowego należałoby stosować takie odżywianie przetrawionemi pokarmami przez dłuższy lub krótszy przeciąg czasu. Wiadomo, że przy zwężeniach odźwiernika i przełyku ważne narządy brzuszne ulegają zanikowi z powodu swej bezczynności i schudnięcia. Tacy chorzy źle trawią nawet po udałej operacji i z tego powodu giną. Oczywiście zwykłem tuczeniem nie osięga się niczego, chory bowiem nie zdoła przetrawić nawet małej, niedostatecznej ilości pokarmów.

W takich chorobach, w których trzeba wykonać poważny zabieg chirurgiczny, stan odżywienia rozstrzyga nieraz o wyniku operacji i wyzdrowieniu. Dłuższa narkoza, różne nieprzewidziane niespodzianki podczas zabiegu, tworzenie się przetok po resekcjach żołądka i jelit, długotrwałe przez to straty soków trawiennych, straty znaczne limfy przy koniecznych długotrwałych tamponadach, gorączka, słowem wszelkie powikłania wymagają dostatecznych sił zapasowych. Podczas wojny przekonaliśmy się, jak przy podupadłem odżywieniu przedłuża się czas gojenia i zmniejsza się odporność na zakażenia. We wszystkich tych sprawach wszelkie usiłowania w kierunku uzyskania lepszego odżywienia ustroju zawodzą, jeżeli przewód pokarmowy z jakichkolwiek powodów w krótkim czasie nie może dostarczyć ustrojowi dostatecznej ilości fizjologicznie przetrawionego pożywienia. U osób wątłych i źle rozwiniętych, przy miażdżycy w okresie chudnięcia przewód pokarmowy niedostatecznie odżywia ustrój z powodu trudności trawienia, słabości mięśni narządów trawienia, leniwego i skąpego wydzielania soków trawiennych; spotęgowanie ogólnego odżywienia czyni ustrój zdolnym do sprawniejszych czynności życiowych jakże w obrębie przewodu pokarmowego. W chorobach toksycznych i zakaźnych upośledzone trawienie w większym lub mniejszym stopniu nie zdoła pokryć zwiększonego zapotrzebowania białka. Toteż i w tych stanach wydaje się najstosowniejszą djetą podawanie oszczędzających trawienie ciał odżywczych, dostarczonych przez zdrowy przewód pokarmowy.

Streszczenie.

Liczne spostrzeżenia ze świata zwierzęcego i ludzkiego pouczają, w jaki sposób odbywa się odżywianie ustroju, jeżeli przewód pokarmowy nie jest zdolny do trawienia. Ustrój korzysta wówczas z pokarmów, przetrawionych fizjologicznie w narządzie trawienia istoty drugiej. Należy naśladować to w chorobach, w których z jakichkolwiek powodów trawienie jest uniemożliwione lub przeciwwskazane. Za pomocą zgłębnika dwunastnicowego można przelewać trawiące się pożywienie i soki trawienne z jelita cienkiego jednej osoby do jelita drugiej. Albo też będzie można poddawać pokarm trawieniu w jelicie cienkiem zwierząt i przelewać go przez przetokę jelitową zwierząt w różny sposób do przewodu pokarmowego ludzkiego.

Doc. Dr. Jan Olbrycht. Kraków.

Badania nad zatorami tłuszczowemi płuc ze szczególnem uwzględnieniem ich sądowo-lekarskiego znaczenia.

Badania przeprowadzone na materjale sekcyjnym Zakładu medycyny sądowej U. J. (Prof. Dr. Wachholz) i prosektury wojskowej (Mjr.-lek. Doc. Dr. Olbrycht), doświadczalna część badań w Zakładzie patologji ogólnej i eksperymentalnej U. J. (Prof. Dr. Klecki) w Krakowie

Piśmiennictwo, zajmujące się sprawą zatorów tłuszczowych jest bardzo obszerne. Dorzucić do niego szczegóły nowe, nie jest rzeczą łatwą. Jeżeli mimo to postanowiłem zająć się tym tematem, to skłoniła mnie do tego z jednej strony chęć bliższego poznania sprawy zatorów tłuszczowych, posiadających bardzo wielkie praktyczne znaczenie w medycynie sądowej, z drugiej zaś strony konieczność wyjaśnienia niektórych w nauce o zatorach tłuszczowych nierozstrzygniętych jeszcze szczegółów. Celem ich wyjaśnienia, tudzież, aby rozpatrzeć tę sprawę, musiałem się oprzeć na większym materjale. W tym celu zbadałem w ciągu ostatnich kilku lat co do zatorów tłuszczowych płuca 283 osób, zmarłych z najrozmaitszych przyczyn, a wyniki tych badań przedstawia poniżej pomieszczona tablica. W badaniach moich ograniczyłem się tylko do zatorów tłuszczowych w płucach, ponieważ te głównie dla lekarza sądowego mają praktyczne znaczenie. Tłuszcz bowiem, dostawszy się z jakiegokolwiek powodu i w jakiejkolwiek okolicy ciała do naczyń żylnych, płynie z prądem krwi, czy to drogą żyły głównej dolnej, czy to górnej do prawego serca, a stąd do płuc. Dopiero naczynia włosowate płuc tworzą jakby gęsty sączek, na którym zatrzymuje się w przeważnej ilości pływający we krwi tłuszcz, a tylko nieznaczna część tłuszczu (naturalnie z wyjątkiem przypadków z utrzymanym otworem owalnym w sercu) przedostaje się przez naczynia włosowate płuc do wielkiego krążenia i wywołuje zatory w innych narządach ciała, najczęściej w mózgu, nerkach, sercu, wątrobie, skórze itd.

Badania płuc dokonywałem na skrawkach, sporządzonych w stanie świeżym z różnych miejsc poszczególnych płatów obu płuc bądźto zapomocą podwójnego noża Valentina (w przypadkach, w których należało się spodziewać licznych zatorów), bądźto, i to przeważnie, zapomocą mikrotomu do mrożenia. Skrawki, których ilość w przypadkach o ujemnym wyniku badania wynosiła kilkadziesiąt, barwiłem po przeprowadzeniu przez 50% alkohol w ciągu 1 minuty naprzód przez 20—30 minut w sudanie III, poczem po wypłukaniu skrawków w wodzie przekroplonej barwiłem je hematoksyliną przez kilka minut. Po wypłukaniu w wodzie przenosiłem skrawki na szkiełko przedmiotowe i po dodaniu 50% gliceryny oglądałem pod mikroskopem. Obrazy w preparatach w ten sposób barwionych są bardzo charakterystyczne: na niebieskiem tle tkanki płucnej, w której hematoksyliną barwią się dostatecznie wyraźnie poszczególne jej części składowe, występują wyraźnie pomarańczowo-czerwono zabarwione zatory tłuszczowe, bądźto w postaci odosobnionych kulek, zwłaszcza w naczyniach większych, bądźto w postaci kulek gęsto obok siebie jakby sznur korali ułożonych, bądźto w postaci kiełbasek, wypełniających światło naczyń (zwłaszcza mniejszych), gdzieniegdzie widełkowato się rozgałęziających. W badaniach moich utworzyłem sobie trójstopniową skalę rozległości zatorów i stosownie do tego oznaczałem je znakami: +, ++, +++. Jeden krzyż oznacza skąpe, raz tylko na kilka skrawków dające się stwierdzić, zatory; dwa krzyże oznaczają dość liczne, w każdym skrawku znachodzące się zatory, wreszcie trzy krzyże oznaczają zatory tłuszczowe, bardzo obfite, widoczne w każdem polu widzenia każdego skrawka, przeważnie w postaci kiełbasek. Nadto znak > przed jednym krzyżem oznacza przypadki, w których raz na kilkadziesiąt skrawków stwierdziłem nieliczne zatory, zaś znak < przed jednym krzyżem oznacza zatory prawie w każdym skrawku, lecz nieliczne.

Wbrew innym zdaniom muszę podnieść, że płuca przy obecności w nich zatorów tłuszczowych nawet dość znacznego stopnia wyglądają makroskopowo zupełnie prawidłowo; tylko przy bardzo licznych zatorach tłuszczowych stwierdza się ich obrzęk, a czasem także na przekroju ograniczone przekrwie-

nia i wylewy krwawe. Na podstawie więc tak mało charakterystycznego obrazu nie wolno makroskopowo rozpoznawać zatorów tłuszczowych w płucach i dopiero mikroskopowe badanie pozwala na ich pewne rozpoznanie. (Tablica I.).

T A B L I C A I.

I. Vitia primae formationis.

Diagnosis	Embolia adiposa negativa	Embolia adiposa positiva: Summa	+	++	+++	Summa casuum
Anencephalia	2	—	—	—	—	2
Cyclopia	1	—	—	—	—	1
Hydrocephalus congenitus	1	—	—	—	—	1
Hernia diaphragmatica congenita	1	—	—	—	—	1

II. Mors intra partum seu brevi tempore post partum.

Diagnosis	Embolia adiposa negativa	Embolia adiposa positiva: Summa	+	++	+++	Summa casuum
Partus praematurus	5	—	—	—	—	5
Asphyxia intrauterina	4	—	—	—	—	4
Perforatio cranii	2	—	—	—	—	2
Exenteratio	1	—	—	—	—	1
Debilitas vitae	6	—	—	—	—	6
Suffocatio ex aspiratione liquoris amnii	7	—	—	—	—	7

III. Laesiones physicales.

Diagnosis	Embolia adiposa negativa	Embolia adiposa positiva: Summa	+	++	+++	Summa casuum
Decapitatio	1	1	1	—	—	2
Dilaceratio corporis	2	8	2	5	1	10
Fractura ossium cranii	4	2	>2	—	—	6
Fractura columnae vertebralis	1	2	1	—	1	3
Fractura ossium extremitatum super.	1	6	2	4	—	7
Fractura ossium extremitatum inferior.	2	13	—	8	5	15
Fractura pelvis	—	3	1	2	—	3
Fractura multiplicium costarum	3	1	>1	—	—	4
Ruptura et conquassatio organorum	—	4	4	—	—	4
Multiplices excoriationes et sugillationes subcutaneae	3	3	1	—	2	6
Vulnera operativa	4	4	2	>2	—	8
Vulnera sclopetaria	6	2	2	—	—	8
Vulnera icta, scissa et caesa	5	1	1	—	—	6
Vulnera quassata et morsa	2	5	5	—	—	7
Suspensio	5	—	—	—	—	5
Submersio	4	—	—	—	—	4
Suffocatio	3	—	—	—	—	3
Combustio	3	13	9	4	—	16
Mors a fulmine	1	—	—	—	—	1

IV. Laesiones Chemicae.

Diagnosis	Embolia adiposa negativa	Embolia adiposa positiva: Summa	+	++	+++	Summa casuum
Intoxicatio cum CO	3	—	—	—	—	3
Intoxicatio cum HCl	1	—	—	—	—	1
Intoxicatio cum H_2 SO_4	1	—	—	—	—	1
Intoxicatio cum Na OH	1	—	—	—	—	1
Intoxicatio cum C_2 H_5 OH	1	1	>1	—	—	2
Intoxicatio cum C_6 H_5 (OH)	1	—	—	—	—	1
Intoxicatio cum Hg Cl_2	1	—	—	—	—	1
Intoxicatio cum P	—	1	>1	—	—	1

V. Laesiones organorum.

Diagnosis	Embolia adiposa negativa	Embolia adiposa positiva: Summa	+	++	+++	Summa casuum
Emphysema pulmonum	2	—	—	—	—	2
Vitia cordis	3	1	1	—	—	4
Atherosclerosis universalis	4	2	2	—	—	6
Aortitis luetica	2	—	—	—	—	2
Cirrhosis hepatis	1	—	—	—	—	1
Nephritis chronica	3	1	>1	—	—	4
Nephritis subacuta	2	—	—	—	—	2
Enteritis chronica	4	—	—	—	—	4
Pachymeningitis haemorrhagica	1	—	—	—	—	1
Haemorrhagia cerebri	1	1	1	—	—	2
Atrophia cerebri	1	—	—	—	—	1
Oedema glottidis (Quincke)	1	—	—	—	—	1
Marasmus senilis	2	1	1	—	—	3
Eclampsia	—	1	—	1	—	1

VI. Neoplasmata.

Diagnosis	Embolia adiposa negativa	Embolia adiposa positiva: Summa	+	++	+++	Summa casuum
Carcinoma	3	—	—	—	—	3
Sarcoma	2	—	—	—	—	2
Glioma cerebri	1	—	—	—	—	1
Endothelioma	1	—	—	—	—	1

VII. Morbi infectiosi.

Diagnosis	Embolia adiposa negativa	Embolia adiposa positiva: Summa	+	++	+++	Summa casuum
Typhus abdominalis	3	—	—	—	—	3
Typhus exanthematicus	3	—	—	—	—	3
Typhus recurrens	3	1	>1	—	—	4
Tuberculosis miliaris	3	—	—	—	—	3

Diagnosis	Embolia adiposa negativa	Embolia adiposa positiva				Summa casuum
		Summa	+	++	+++	
VII. Morbi infectiosi						
Tuberculosis destructiva pulmonum	6	2	2	—	—	8
Pneumonia crouposa	4	1	1	—	—	5
Grippa epidemica	8	2	2	—	—	10
Scarlatina	1	—	—	—	—	1
Diphtheria	1	—	—	—	—	1
Dysenteria	5	—	—	—	—	5
Malaria	2	—	—	—	—	2
Encephalitis epidemica	2	—	—	—	—	2
Meningitis epidemica	1	—	—	—	—	1
Variola vera	1	—	—	—	—	1
Cholera asiatica	1	2	>2	—	—	3
Endocarditis verrucosa recens	1	—	1	—	—	2
Tetanus	1	2	—	2	—	3
Erysipelas	2	—	—	—	—	2
Polyarthritis suppurativa	1	—	—	—	—	1
Peritonitis septica puerperalis	1	—	—	—	—	1
Pyaemia cryptogenica	—	—	>1	—	—	1
VIII. Putrefactio.						
Putrefacto medii gradus (causa mortis nota)	6	—	—	—	—	6
Putrefactio permagna (causa mortis nota)	4	—	—	—	—	4
Gigantismus Caspri post. submersionem	3	—	—	—	—	3
Putrefactio post phlegmonem emphysematosam	2	—	—	—	—	2
Putrefactio permagna (causa ignota mortis	6	—	—	—	—	6
Summa . .						283

Rzut oka na powyższą tablicę poucza już, że, podobnie jak wszystkim innym autorom, udało się i mnie stwierdzić najczęściej i najrozleglejsze zatory tłuszczowe w płucach w przypadkach obrażeń kości długich kończyn. Stwierdziłem je mianowicie w większej lub mniejszej ilości we wszystkich takich przypadkach z wyjątkiem trzech. Z tych w dwóch przypadkach upłynęło między doznanym urazem a zejściem śmiertelnem dwa tygodnie i więcej, a zatem jest możliwe, że do tego czasu tłuszcz uległ już był wchłonieniu i dlatego nie dał się wykazać. W jednym tylko z tych trzech ujemnych przypadków, mimo, że między urazem a śmiercią upłynęło tylko trzy dni, nie powiodło się wykazać obecności zatorów tłuszczowych. To prawie stałe występowanie zatorów tłuszczowych w płucach po obrażeniach kości długich należy tłómaczyć pomyślnemi warunkami mechanicznemi, jakie istnieją dla dostania się zmiażdżonego szpiku kostnego do obiegu krwi. Uraz bowiem miażdży z jednej strony szpik kostny, z drugiej zaś otwiera naczynia krwionośne, znajdujące się w sztywnych, niepodatnych ścianach kości, tworzący się zaś w otoczeniu złamania kości krwiak wpycha, wtłacza tłuszcz w kierunku najmniejszego oporu, a mianowicie do naczyń żyluych.

Przy obrażeniach innych kości, a mianowicie płaskich i krótkich (o szpiku czerwonym), stwierdzić się dawały o wiele rzadziej i nie tak rozległe zatory tłuszczowe. Bardzo rozległe były w jednym przypadku zmiażdżenia części lędźwiowej kręgosłupa. Natomiast w przypadkach złamania sklepienia i podstawy czaszki stwierdziłem zatory tłuszczowe tylko dwa razy, i to nader nieliczne, zaś w przypadkach złamań wielokrotnych prawie wszystkich żeber tylko raz jeden. I w tym jednak przypadku były złamania żeber powikłane uszkodzeniem powłok, do którego możnaby odnieść powstanie zatorów. Przy obrażeniach bowiem powłok skórnych i zewnętrznych części miękkich były zatory tłuszczowe w 50% przypadków, a w dwóch przypadkach bardzo rozległego decollement na lędźwiach po przejechaniu automobilem, względnie tramwajem, były one nawet bardzo rozległe.

Przy obrażeniach narządów wewnętrznych (bez obrażeń kośćca) dawały się stwierdzić zatory tłuszczowe w płucach (czasem także komórkowe) zawsze, aczkolwiek nieliczne; zaznaczam zarazem, że obok pęknięć i zmiażdżenia narządów musiało tu także nastąpić stłuczenie powłok, tudzież ogólne silne wstrząśnienie, które samo także wywołuje zatory tłuszczowe.

Po zabiegach operacyjnych, o ile śmierć nastąpiła z jąkiejś przygodnej przyczyny nie później, niż w kilka dni po zabiegu, tudzież po ciężkich porodach, znajdowały się w płucach zatory tłuszczowe, lecz na ogół nieliczne. Najobfitsze po odjęciu kończyny, wyłuszczeniu gruczołów chłonnych szyjnych i wyłyżeczkowaniu spróchniałych kości. Natomiast w płucach noworodków, mimo iż na nich wykonano nawet takie zabiegi jak wymóżdżenie i wypatroszenie, nie stwierdziłem zatorów tłuszczowych. To samo odnosi się do noworodków z wrodzonemi wadami rozwojowemi lub zmarłych w czasie porodu lub w krótki czas po porodzie z jakiejkolwiek przyczyny. Skąpe i nieliczne były zatory po ranach postrzałowych, ciętych, kłutych, miażdżonych i kąsanych, nie było ich zaś wcale w przypadkach powieszenia, utopienia lub innego gwałtownego uduszenia.

U osób zmarłych z rozmaitych przyczyn chorobowych wypadło badanie z wynikiem słabo dodatnim w niektórych przypadkach: wady zastawkowej serca, a mianowicie niedomykalności zastawek ujścia żylnego i tętniczego lewego, rozległej miażdżycy naczyń, marskości nerek, krwotoku mózgowego, wiądu starczego, duru powrotnego, rozpadowej gruźlicy płuc i jelit, krupowego zapalenia płuc, grypy, cholery azjatyckiej, zapalenia wsierdzia na tle zakażenia paciorkowcem i ropnicy, zaś z wynikiem wyraźnie dodatnim w przypadku rzucawki porodowej i tężca przyrannego. Te przypadki i tężca nie nadają się jednak do wniosków, bo zatory mogły być wywołane pierwotnem obrażeniem, do którego dołączyło się zakażenie przyranne tężcowe. W jednym atoli przypadku tężca po zmiażdżeniu części miękkich nogi prawej (Nr. prot. 39/14/p) nie stwierdziłem zatorów, mimo iż od doznanego obrażenia kończyny do śmierci upłynęło tylko 8 dni. W grupie nowotworów złośliwych ani razu nie stwierdziłem obecności zatorów tłuszczowych w płucach. To samo odnosi się do gnicia i do otruć z wyjątkiem jednego przypadku otrucia alkoholem i fosforem, w których były bardzo nieliczne zatory. Ilość ta przypadków jest zbyt mała, aby można co do tych otruć wysnuwać jakieś wnioski.

Już tablica pierwsza wykazuje prawie stałą obecność zatorów tłuszczowych w przypadkach śmierci z oparzenia, na co pierwszy zwrócił uwagę Carrara[1]), który im przypisywał niemałe znaczenie w patogenezie tej śmierci. Ponieważ poza tym autorem, o ile mi wiadomo, nikt nie badał tej sprawy, zająłem się bliżej tem pytaniem w czasie moich[2]) badań eksperymentalnych nad patogenezą śmierci z oparzenia. Bliższe szczegóły co do rozległości oparzenia, czasu, jaki

[1]) Friedreich's Bl. f. ger. Med. 1898. str. 241.
[2]) Przegląd lekarski 1920; Nr. 7—8.

upłynął między śmiercią a oparzeniem itd. podaję poniżej umieszczone tablice. Z tych tablica II. odnosi się do przypadków śmierci osób oparzonych, zaś tablica III. do przypadków śmierci w eksperymentalnem oparzaniu zwierząt.

T A B L I C A II.

Nazwisko, płeć, wiek, Nr. prot. sekcji	Rozpoznanie anatomiczne	Żył od oparzenia przez	Zatory tłuszczowe	U W A G A
J. L. ♀ l. 35. 30/14 p.	Combustio III et IV (carbonisatio) gradus totius corporis. Intoxicatio cum carbone oxydato.	?	++	Przypadek. Denatkę wraz z córką (j. n.) znaleziono w zgliszczach spalonej stodoły.
M. L ♀ l. 4. 31/14 p.	Combustio III et IV (carbonisatio) gradus totius fere corporis. Intoxicatio cum carbone oxydato.	?	++	Jak poprzedni przypadek.
R. S. ♀ l. 50. 28/14 p.	Combustio III gradus totius corporis. Fibrosis meningum cerebri. Concretiones pleurales ambilaterales. Emphysema pulmonum. Bronchitis chronica Concretio completa epicardii cum pericardio. Arteriosclerosis universalis praecipue aortae ss. ectasia eiusdem. Insufficientia aortica et mitralis ss. hypertrophia cordis totius. Nephritis chronica interstitialis arteriosclerotica. Atrophia senilis organorum.	±1 dzień	>+	Przypadek.
R. S. ♀ l. 46. 52/14. p.	Combustio II et III gradus majoris partis corporis. Degeneratio fibrosa ovariorum et cystica glandulae thyreoideae. Callus post fracturam colli femoris sinistri.	11 dni	—	Jako umysłowo chora uległa nieszczęśliwemu przypadkowi.
Z. K. ♀ l. 5. 30/14 s.	Combustio III gradus extremitatum superiorum et inferiorum et faciei et corneae utriusque. Putrefactio incipiens.	5 dni	—	Przypadek: wpadła do dołu z gaszonem wapnem.
J. W. ♂ l. 62. 31/19 p.	Combustio II, III et IV (carbonisatio) gradus totius fere corporis. Suicidium. Oedema scroti. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Oedema cerebri. Atheromatosis aortae. Emphysema pulmonum levioris gradus. Gastritis chronica hypertrophicans (polyposis mucosae ventriculi).	16 h	++	Samobójstwo nałogowego pijaka przez oblanie się naftą i podpalenie.
M. M. ♀ l. 22. 35/19 p.	Combustio II, III et IV (carbonisatio) gradus totius fere corporis. Multiplices ecchymoses subepicardiales. Status menstruationis. Hyperaemia passiva viscerum recens.	?	++	Denatkę znaleziono w piwnicy już zwęgloną. Samobójstwo
W. D. ♂ l. 3. 37/19 p.	Combustio II et III gradus fere dimidii corporis. Sugillationes subcapsulares et intramedullares glandulae suprarenalis utriusque. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Hyperaemia passiva viscerum.	3 dni	+	Przypadek.
T. K. ♂ l. 3. 57/19 p.	Combustio II gradus fere dimidii corporis. Bronchitis muco-purulenta diffusa ambilateralis. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Hyperaemia passiva viscerum recens.	1 dzień	>+	Przypadek.
D. F. ♀ l. 25. 59/19 p.	Combustio II gradus fere dimidii corporis.	1 dzień	>+	Przypadek.
A. K. ♀ l. 19. 91/19 p.	Combustio II et III gradus totius fere corporis. Oedema cerebri. Degeneratio parenchymatosa hepatis et renum. Status menstruationis. Haemorrhagia interna in saccum peritonei e corpore luteo rapto.	10 h	+	Przypadek.
M. K. ♀ l. 75. 118/19 p.	Combustio II et III gradus fere 1/3 corporis. Atrophia senilis organorum. Atheromatosis aortae et ectasia eiusdem. Degeneratio parenchymatosa myocardii et renum. Tracheobronchitis catarrhalis chronica praecipue ad lobos inferiores pulmonum. Struma colloides. Anaemia universalis.	2 dni	+	Przypadek.
J. S. ♀ l. 20. 22/20 p.	Combustio II et III gradus cutis faciei, colli, dorsi, totius extremitatis superioris et inferioris utriusque (fere 3/4 totius corporis). Degeneratio parenchymatosa myocardii et hepatis et adiposa renum. Oedema cerebri. Hyperaemia passiva organorum recens.	1 dzień	—	Przypadek.

Nazwisko, płeć, wiek, Nr. prot. sekcji	Rozpoznanie anatomiczne	Żył od oparzenia przez	Zatory tłuszczowe	UWAGA
A. S. ♂ l. 15. 28/20 p.	Combustio II et III gradus extremitatis inferioris utriusque. Nephritis parenhymatosa myccardii. Steatosis hepatis. Oedema cerebri. Pneumonia crouposa lobularis partim confluens in stadio hepatisationis griseae lobi inferioris pulmonis utriusque.	30 dni	—	Przypadek.
A. N. ♂ l. 29. 46/20 p.	Combustio II et III gradus cutis faciei, trunci, totius extremitatis superioris utriusque et extremitatum inferiorum in regione suprapatellari. Degeneratio parenchymatosa myocardii, hepatis, renum. Oedema cerebri. Hyperaemia passiva recens, praecipue hepatis et glandularum suprarenalium.	3 dni	>+	Przypadek.
J. N. ♂ l. 35. 52/20 p.	Combustio III gradus cutis faciei, manus utriusque, regionis olecrani utriusque, totius extremitatis inferioris dextrae et cruris sinistri. Hyperaemia cerebri et meningum. Degeneratio parenchymatosa myocardii et adiposa hepatis. Hyperaemia et oedema glandularum suprarenalium. Concretiones pleuriticae dextrae. Hyperaemia passiva viscerum recens.	4 dni	+	Przypadek.

T A B L I C A III.

Zwierzę	Oparzone wrzącą wodą	Żyło przez	Zatory tłuszczowe	Uwaga
Pies ♀ 4500 g	około $^1/_2$ ciała przez 75 sekund	1 godz. 20 minut	+	struty sinkiem potasu
Pies ♀ 6500 g	przeszło $^3/_4$ ciała przez przeszło 105 sekund	6 godzin	< +	oparzony w narkozie; padł
Pies ♂ 10500 g	mniejwięcej $^1/_2$ ciała przez 90 sekund	10 godzin	+	padł
Pies ♂ 8200 g	około $^1/_2$ ciała przez 30 sekund	42 godzin	> +	padł
Pies ♂ 8000 g	około $^1/_2$ ciała przez 60 sekund	59 godzin	> +	padł
Pies ♂ 9000 g	przeszło $^1/_2$ ciała przez 45 sekund	72 godzin	> +	oparzony w narkozie; padł
Pies ♀ 8600 g	więcej niż $^1/_3$ ciała przez 60 sekund	120 godzin	—	padł
Pies ♂ 9500 g	około $^1/_4$ ciała przez 60 sekund	264 godzin	—	struty sinkiem potasu
Królik ♀ 3000 g	około $^1/_2$ ciała przez 35 sekund	4 godzin	> +	padł
Królik ♂ 2225 g	około $^1/_2$ ciała przez 120 sekund	5 minut	+	padł
Królik ♂ 2648 g	około $^1/_3$ ciała przez 45 sekund	4 godz. 15 minut	—	padł
Królik ♂ 2850 g	około $^1/_3$ ciała przez 30 sekund	4 godz. 30 minut	> +	padł
Świnka morska ♂ 280 g	oparzenie gorącem żelazem około $^1/_3$ ciała przez 45 sekund	24 godzin	> +	struta sinkiem potasu
Świnka morska ♀ 320 g	oparzenie gorącem żelazem około $^1/_4$ ciała przez 30 sekund	15 godzin	—	struta sinkiem potasu

Jak to wynika z badań, zestawionych na tablicy II. i III., prawie we wszystkich przypadkach śmierci z oparzenia stwierdza się zatory tłuszczowe. Wyjątek stanowią przypadki oparzenia słabszego stopnia (mimo nawet rozległej powierzchni oparzenia), tudzież przypadki, w których między oparzeniem a śmiercią upłynął dłuższy przeciąg czasu. Zatory tłuszczowe nie są jednak na ogół zbyt rozległe i dlatego nie można im przypisywać ważniejszej roli w patogenezie śmierci z oparzenia. Tylko w płucach zwłok osób zupełnie zwęglonych, które znaleziono w spalonej stodole, stwierdziłem bardzo rozległe zatory tłuszczowe w każdym skrawku. Stąd nasunęło się pytanie, czy tłuszcz nie może się dostać z powierzchni oparzenia także po śmierci do naczyń płucnych. Aby odpowiedzieć na to pytanie, wykonałem szereg doświadczeń, a poniżej przytaczam kilka protokołów z tychże:

Doświadczenie I. Królik, ♂, 2100 g. Wstrzyknięcie do przybrzeżnej żyły usznej 5 cm³ zgęszczonego wodnego rozczynu sinku potasu. Natychmiastowa śmierć. Zwłoki zwierzęcia poddałem przez 30 minut rozległemu działaniu płomienia. Wynik sekcji poza zwęgleniem skóry i powierzchownych warstw mięśni z wynikiem ujemnym. Najdokładniejsze badanie mikroskopowe płuc co do zatorów tłuszczowych z wynikiem ujemnym.

Doświadczenie 2. Świnka morska, ♀, 280 g, padła w krótki czas po urodzeniu dwojga młodych. Zwłoki zwierzęcia trzymano nad palnikami gazowemi przez 45 minut, aż do zwęglenia, poczem wyjęte ze zwłok płuca badano co do zatorów tłuszczowych, jednakże z wynikiem ujemnym.

Doświadczenie 3. Świnka morska, ♂, 420 g, zabita przez wstrzyknięcie do serca kilku cm³ rozczynu sinku potasu. Zresztą dalsze postępowanie, jak z poprzedniem zwierzęciem, także z wynikiem ujemnym.

Doświadczenie 4. Zwłoki dziecka 13-tygodniowego, które dostarczono Zakładowi medycyny sądowej do sekcji policyjno-sanitarnej, a gdzie już oględziny zewnętrzne pozwalały na rozpoznanie „pedatrophia", umieszczono przed sekcją nad palnikami gazowemi przez 45 minut, poczem dokonano sekcji zwłok, która wykazała przewlekły nieżyt jelit. Badanie płuc co do zatorów tłuszczowych dało wynik ujemny.

Doświadczenie 5 Zwłoki 23-letniego mężczyzny dobrej budowy i o dobrze rozwiniętej podściółce tłuszczowej, zmarłego na włóknikowe zapalenie płuc. Przed dokonaniem sekcji oparzyłem zwłoki płomieniem palników gazowych na przestrzeni $1/_4$ powierzchni aż do częściowego zwęglenia. Potem dokonano sekcji zwłok, która potwierdziła rozpoznanie szpitalne, i zbadano płuca co do zatorów tłuszczowych, jednak z wynikiem ujemnym.

Dok. nast.

Z praktyki.

Dr. Robert Bernhardt, ordyn. Szpit. św. Łazarza. Warszawa.

Wyniki leczenia kiły cytrynianem bizmutowym.

(Podług odczytu, wygłoszonego d. 2. III. rb. na posiedzeniu Pol. Tow. Derm.)

Gdy zjawiły się pierwsze prace o korzystnem działaniu soli bizmutowych w kile, nie przypuszczałem, aby rzecz polegać miała na przedwczesnem podawaniu do powszechnej wiadomości faktów, sprawdzonych niedostatecznie. Przeczyły temu przedewszystkiem głośne imiona Levaditi'ego i Sazerac'a, których ścisłość badania i trafność wnioskowania nauczyliśmy się już oddawna cenić. Pozatem jednak należało sobie uprzytomnić chemiczne powinowactwo bizmutu do antymonu, oraz uwzględnić okoliczność, że antymonowi nie można odmówić dodatniego wpływu na schorzenia pochodzenia świdrowcowego. (Dane, dotyczące tej sprawy, można znaleść w doświadczalnej pracy G. Huegel'a z 1913 r. — Archiv f. Derm t. 113 z. I). Wiadomo też było, że J Danysz wprowadził antymon do złożonego związku arsenobenzolowego, zwanego przezeń luargolem i zalecanego w leczeniu kiły. Lek ten stosowałem wielokrotnie i nauczyłem się go cenić w miarę jego rzetelnych zasług i wartości, choć trudno zaiste powiedzieć, jaki udział w działaniu leczniczem przypisać tutaj należało antymonowi, jako takiemu.

Te i podobne rozważania skłoniły mnie do wypróbowania bizmutu w leczeniu kiły. Zachęcała też do tego prostota techniki, nie różniącej się od stosowanej w solach rtęciowych, a także okoliczność, że lek bywał naogół dobrze znoszony, co podnosili już pierwsi sprawozdawcy L. Fournier i L. Guenot. Trudności polegały na otrzymaniu odpowiednich preparatów leczniczych. Wówczas bowiem, gdy rozpoczynałem moje doświadczenia kliniczne, soli bizmutowych jeszcze nie było w handlu. Doszło tylko do naszej wiadomości, że próby były czynione przez Sazerac'a i Levaditi'ego z winianem bizmutowym sodu i potasu, z cytrynianem bizmutu, z mleczanem bizmutowym, z podgalasanem bizmutowym i oksyjodogalasanem bizmutu. Okazało się następnie, że do celów leczniczych u ludzi najbardziej nadaje się nierozpuszczalny winian bizmutowy sodu i potasu, stosowany w zawiesinie oleistej, oraz rozpuszczalny cytrynian. Wobec tych danych uważałem za stosowniejsze najpierw zatrzymać się na preparacie rozpuszczalnym i zwróciłem się do znanej pracowni farmaceutycznej p. Jana Gessnera z prośbą zajęcia się tą sprawą. Rzecz poszła bardzo pomyślnie.

Dostarczony przez J. Gessnera chemicznie czysty amonjakalny cytrynian bizmutowy jest krystalicznym proszkiem barwy białej, rozpuszczającym się w wodzie zimnej w stosunku 1 : 2 i w gorącej 1 : 1. Wodny rozczyn ma odczyn słabo zasadowy, jest zupełnie przeźroczysty, niemal bezbarwny, być może z niezmiernie subtelnym odcieniem żółtawym. Preparat zawiera 40% bizmutu. Po uprzednich doświadczeniach na zwierzętach zastosowałem 10 i 20% rozczyn wyjałowiony. Zastrzykiwałem domięśniowo 0,1 i 0,2 = 1 cm. na dawkę. Początkowo podawałem 0,2 co drugi dzień. Okazało się jednak niebawem, że dawka ta jest nazbyt wygórowana, powoduje znaczną bolesność i wywołuje zapalenie błony śluzowej jamy ustnej. Wobec tego zatrzymałem się na dawce 0,1, którą należy zastrzykiwać co 3-ci dzień. Działanie lecznicze jest zupełnie wystarczające. Na jeden okres leczniczy składa się 10 zastrzyknięć.

Dotychczas leczyłem 28 chorych, przeważnie kobiety w wieku 16—42 lat. Spostrzeżenia dotyczą wszystkich okresów kiły. Większość chorych leczyła się po raz pierwszy, w żadnym zaś z tych przypadków ostatnie leczenie (rtęciowe lub arsenobenzolowe) nie było stosowane wcześniej, niż przed 3 miesiącami. Osiągnięte wyniki można streścić w sposób następujący. Dodać przytem trzeba, że we wszystkich tych spostrzeżeniach nie stosowano żadnego leczenia miejscowego.

Owrzodzenia pierwotne zabliźniały się w ciągu 6—8 dni w zależności od wielkości tworu chorobowego, w tym czasie zmniejszało się też stwardnienie, które wymagało około 12 dni aż do całkowitego wessania. Po tym terminie zazwyczaj pozostawało tylko nieznaczne ciastowate zgrubienie skóry w połączeniu z nadmiernem zabarwieniem. Współistniejący obrzęk stwardniały ustępował po 7 dobach. Osutki plamiste wystałe ginęły po 3 dniach, świeże zaś po 5 dniach. W 75% spostrzegano w nich odczyn Herxheimer'a. Osutki grudkowate typu soczewicowego ulegały wessaniu 3—8 dni w zależności od rozległości i czasu trwania zmian w skórze. Typ łuszczycowaty o wykwitach dużych, płaskich a częstokroć obrączkowatych, jak to bywa na twarzy i na narządach płciowych, zanikał po upływie 5—6 dni. W osutce grudkowato-łuszczycowatej dłoni i podeszew wessanie następowało po 10—12 dobach. W jednym przypadku rozległej osutki grudkowato-krostkowej tułowia i kończyn zmiany skóry ustąpiły po 13 dniach. We wszystkich tych spostrzeżeniach wykwity znikły, pozostawiając brunatne zabarwienie skóry, nie ciemniejsze od spostrzeganego w leczeniu arsenobenzolami. Odczynu Herxheimer'a nie ujawniłem w osutkach grudkowatych.

Grudki nadżerkowe narządów płciowych pokrywają się naskórkiem w ciągu 1—3 dób, uległają zaś wessaniu po dniach 4. Wilgotne lepieże płaskie sromu i odbytu stają się suche po upływie 1—2 dni bez wszelkiego leczenia miejscowego. Stopniowe ich zanikanie trwa: 4—5 dni w przypadkach wykwitów mniejszych i nielicznych, 6—10 dni w lepieżach rozległych, przerosłych i zlewających się ze sobą.

Lepieże błony śluzowej jamy ust, języka, gardzieli znikają po 2—3 dniach. W swoistem zapaleniu krtani głos poprawiał się już następnego dnia po pierwszem zastrzy-

knięciu, powrót zaś do zdrowia następował po 4-6 dobach. W dwu przypadkach zapalenia tęczówki, trwającego 2 i 3 tyg., przekrwienie, bolesność i światłowstręt znacznie się zmniejszały po 2 dniach, wyleczenie zaś można było stwierdzić po 7 dniach. Stosowano wkraplanie atropiny. U jednej z chorych z obfitą osutką krostkową istniały objawy zapalenia opon mózgowych (silne bole głowy i karku, bezsenność, mdłości, wymioty, zwolnienie tętna, podniesienie ciepłoty). Objawy te zupełnie ustąpiły po 4 dniach po 2 zastrzyknięciach cytrynianu bizmutowego (0,2 i 0,1). We wszystkich spostrzeżeniach można też było stwierdzić wyraźne zmniejszenie gruczołów chłonnych.

Pomyślne były też wyniki w okresie trzeciorzędnym kiły. Guzki, ułożone w skupieniach w skórze nosa, warg, tułowia i trwające około 6 m., wessały się doszczętnie po upływie 8 dni (tubercula cutanea). Kilaki podskórne różnej wielkości w części twarde, w części zaś rozmiękłe i owrzodziałe, mieszczące się w liczbie 30—40 na całej niemal stopie oraz w dolnej $^1/_4$ podudzia, wessały się stopniowo w ciągu 24 dni (bez leczenia miejscowego). Głębokie owrzodzenie kilakowe skóry, wielkości jaja kurzego zabliźniło się po 12 dniach. W rozległem owrzodzeniu tylnej ściany gardzieli zabliźnienie nastąpiło w ciągu 11 dni.

Dodatni odczyn Bordet-Wassermanna zmienił się na ujemny w kile drugorzędnej w 83%, a w trzeciorzędnej w 25%.

Co się tyczy ubocznego działania cytrynianu bizmutowego, to należy zauważyć, że lek ten, wogóle biorąc, dobrze znoszono. Żadnego poważnego wpływu szkodliwego dotychczas nie stwierdziłem. Do ujemnych stron tej soli bizmutowej trzeba jednak zaliczyć bolesność oraz uszkodzenia błony śluzowej jamy ustnej. Przekonałem się jednak, że bolesność można bardzo znacznie złagodzić, zapalenia zaś jamy ustnej można nawet zupełnie uniknąć przy zachowaniu pewnych środków ostrożności i przepisów praktycznych, wypracowanych dzięki nabytemu doświadczeniu. Przy zastrzykiwaniu dawki 0,2 większość chorych uskarżała się na znaczną bolesność, wzmagającą się podczas ruchów w stawie biodrowym. Później jednak, gdyśmy przeszli do dawki 0,1 co 3-ci dzień, lek znoszony bywał bez porównania lepiej Warunki te poprawiły się jeszcze bardzo znacznie, gdy do rozczynu soli bizmutowej zaczęto dodawać 1% nowokainy, stowainy lub alypiny. Przy stosowaniu takiej mieszaniny bolesność trwa $1-1^1/_2$ doby i zazwyczaj nie bywa większa od tej, jaką powoduje 2% sublimat lub dwujodek rtęciowy. Zaleca się zastrzykiwać lekko ogrzany rozczyn igłą długości $2^1/_2$ cm. Nacieki występują rzadko i trwają 2—3 dni.

Nadmienić jeszcze trzeba, że po pierwszych dwóch zastrzyknięciach cytrynianu bizmutowego ciepłota ciała w dniu zabiegu podnosi się wieczorem do $38^1/_2{}^0$ po dawce 0,2 i do 37,6—38,0° po dawce 0,1. Następnego dnia rano stan bywa podgorączkowy, wieczorem zaś ciepłota powraca do normy. Przy dalszych zastrzykiwaniach odczyn gorączkowy zjawia się stosunkowo rzadko.

Zapalenie błony śluzowej jamy ust występuje częściej lub rzadziej w zależności od dawki oraz staranności wykonywania miejscowych zabiegów zapobiegawczych. Przy dawce 0,2 co drugi dzień i przy zaniechaniu pielęgnowania jamy ustnej stany zapalne spostrzegano w 75%. Z chwilą jednak, gdy dawkę zmniejszono do 0,1 co trzeci dzień i gdy zalecono odpowiednie płukanie ust i smarowanie dziąseł (o czem niżej), odsetek odrazu zmalał do 5.

Bizmutowe zapalenie jamy ustnej znamionują następujące cechy: niewielka bolesność, nieznaczny ślinotok, szybkie ustępowanie. W zapaleniu jamy ust odróżnić można 4 stopnie. W pierwszym spostrzegamy u wolnego brzegu dziąseł, częściej dolnych, wąską obwódkę barwy stalowosinej, otoczoną niewielkiem obrzeżem zapalnem. Dziąsła są bardzo nieznacznie obrzmiałe, ślinotoku niema. W drugim stopniu przyłącza się do tego stanu wyraźne zapalne obrzmienie dziąseł, które uwydatnia się głównie w obrębie piramid, zabarwionych na kolor czerwonosiny i sinostalowy. Wolny brzeg dziąseł bywa niekiedy pokryty nalotem rzekomo-błoniczym. Bolesność najczęściej nie bywa wielka i nie przeszkadza w żuciu i jedzeniu. Ślinotok jest nieznaczny. W trzecim stopniu występuje wrzodziejące zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, któremu stale towarzyszy zajęcie dziąseł. Płytkie owrzodzenia kształtu okrągławego lub nieprawidłowego są pokryte brudnoszarym, szarosinawym, lub ciemnosinym nalotem, otaczająca zaś błona śluzowa posiada zabarwienie sinoczerwonawe.

Po usunięciu nalotów widać popielatosinawe dno, w którem częstokroć stwierdzić można obecność niewielkich stalowosinych kropek. Bolesność tych owrzodzeń jest stosunkowo niewielka. Znajdujemy je najczęściej za ostatniemi zębami dolnemi, a pozatem na błonie śluzowej policzków w miejscach, ściśle odpowiadających spróchniałym zębom. O wiele rzadziej tworzą się one na błonie śluzowej migdałków. Pod wpływem odpowiedniego leczenia owrzodzenia zabliźniają się w ciągu 4—6 dni (na migdałkach wolniej).

Stopień czwarty składa się z sumy objawów stopnia 2 i 3-go., obok których pozatem występuje rozlane podrażnienie zapalne całej jamy ustnej. Błona śluzowa policzków, podniebienia i języka jest wrażliwa, nieco obrzmiała i zabarwiona na kolor szarosinawy i sinoczerwonawy. Tu i ówdzie widać drobne kropki barwy czerwonosinej i sinostalowej. Takie zabarwienie posiadają też obrzmiałe brodawki końca i brzegów języka. Ślinotok jest znaczny. Ślina posiada zabarwienie czarniawe i wygląda tak, jak gdyby chory nabrał do ust nieco atramentu. W ślinie można wykazać obecność bizmutu. Takie rozlane zapalenie błony śluzowej jamy ustnej spostrzegałem tylko raz jeden. Minęło ono po trzech dniach i nie było przeszkodą do dalszego stosowania bizmutu. W zapobieganiu i leczeniu bizmutowego zapalenia jamy ustnej kwas garbnikowy okazał się najskuteczniejszym, wedle naszego doświadczenia. Można przypuścić, że drażniące działanie bizmutu należy przypisać $Bi_2 S_3$, powstającemu pod wpływem kwasu siarkowodorowego, tworzącego się w spróchniałych zębach. W tem połączeniu kwas garbnikowy widocznie wypiera siarkę i tworzy niedrażniący bizmutan garbnikowy. Wychodząc z tego założenia, zalecamy w celach zapobiegawczych: czyszczenie zębów proszkiem lub pastą, zawierającą do 25% taniny, płukanie ust 2% rozczynem tegoż leku, oraz smarowanie dziąseł 10% rozczynem taniny w glicerynie i nalewce galasowej. Te same zabiegi wystarczają w zapaleniu dziąseł natężenia średniego. W znaczniejszem zapaleniu doradza się smarowanie 10—15% rozczynem kwasu garbnikowego w czystej nalewce galasowej. Owrzodzenia bizmutowe błony śluzowej ust doskonale i szybko się zabliźniają pod wpływem częstego płukania i smarowania 10% taniną w glicerynie i nalewce dębiankowej.

Poza wyżej podanemi objawami dotychczas nie spostrzegałem innego działania ubocznego cytrynianu bizmutowego. W szczególności nie stwierdzono uszkodzenia nerek.

Wreszcie muszę nadmienić, że obecność bizmutu wcześnie i łatwo wykrywa się w moczu i ślinie. W moczu można stwierdzić bizmut już następnego dnia po pierwszem zastrzyknięciu cytrynianu bizmutowego, w ślinie zaś najłatwiej w czasie zapalenia dziąseł lub w obecności owrzodzeń. W pracowni szpitala św. Łazarza (kierownik Dr. J. Wojciechowski) stosowano następujący sposób. 500 cmc. moczu odparowywano. Suchą pozostałość zmieszano z 1 g azotanu sodowego (*natrium nitricum*) i 0,25 g węglanu sodowego, poczem całość spalano. Pozostały popiół rozpuszczono w kwasie azotowym, przesączono, a następnie dodawano wody, nasyconej kwasem siarkowodorowym. Występował bardzo wyraźny osad trójsiarczku bizmutowego. Z powyższego wynika, że w bizmucie zyskaliśmy jeszcze jeden preparat leczniczy, wywierający potężne działanie objawowe we wszystkich okresach kiły. Jaka będzie rzeczywista wartość nowego leku, tego dziś niemożna zupełnie przewidzieć. Czy skuteczniejsze okażą się sole rozpuszczalne, czy też nierozpuszczalne i czy należy leczenie bizmutowe kombinować z arsenobenzolowem, to jest rzeczą dalszych poszukiwań klinicznych.

Sprawozdania poglądowe.

W. H. Melanowski. Warszawa.

Wziernikowanie dna oka przy świetle zielonem.*)

Dotychczasowe badanie wziernikowe dna oka okazało nam niedostateczny obraz tak samej budowy siatkówki, jak i wszelkich w niej zmian, a to z powodu tego, że poza przezierną siatkówką widzieliśmy przedewszystkiem naczyniówkę. Czerwone promienie, idące z naczyniówki, najczęściej nie pozwalały nam dostrzegać ani plamki żółtej, ani włókien nerwowych nerwu wzrokowego w siatkówce. Stąd często trudno było nam ustalić, czy zauważone zmiany należy zaliczyć do zmian w siatkówce, czy też należy uważać je za zmiany w naczyniówce, a samą barwę żółtą plamki uznawali niektórzy autorzy, jako zjawisko pośmiertne.

Obecnie dane z fizyki, objaśniając w dostatecznym stopniu z jednej strony trudność widzenia budowy tkanki przezroczystej, względnie i barwy żółtej na tle czerwonem, jednocześnie naprowadziły niektórych badaczy na myśl uczulenia sposobów badania drogą wyłączenia promieni czerwonych.

Wiemy z fizyki, że przeźroczyste i płaskie naczynie (np. płytka Petriego), napełnione płynem żółtym, uwydatni się na tle czerwonem tylko w dwóch przypadkach: 1-o kiedy płyn żółty uczynimy mętnym; 2-o kiedy rozpatrywać będziemy wszystko w świetle zielonem. Pozatem jeszcze w silnem świetle lampy łukowej lub świetle dziennem południowem będziemy w stanie jako tako wyróżnić barwę żółtą na czerwonem tle.

Dane te wystarczą, by zrozumieć, dlaczego badacze niektórzy, jak Dimmer, van der Hoeve i inni, już dawno zalecali badanie w świetle dziennem, lub w świetle lampy łukowej i dlaczego nieraz widzieli szczególnie u osób ciemnowłosych barwę żółtą plamki. Również dane powyższe objaśnią nam i te przypadki, w których badanie w zwykłem świetle pozwoliło wielu badaczom widzieć barwę żółtą, w nielicznych zresztą przypadkach zmian, związanych ze zmętnieniem tkanki siatkówki w danem miejscu.

Prace Neuschuler'a (1897), Ginestous'a (1911), Gullstrad'a, Koby'ego, Darier'a, Catonnet'a, Nivault'a i innych, a szczególnie A. Vogt'a z Bazylei (od 1913 roku) sprawę tę wyjaśniły w znacznym stopniu, i tak powstał nowy sposób badania siatkówki z pominięciem naczyniówki. W badaniu Vogt korzysta z lampy łukowej o sile 1500 świec i filtru ze szkła siarczano-miedzianego z domieszką eriovirydyny. Ten filtr szklany przepuszcza tylko część promieni widma, mianowicie zatrzymuje promienie czerwone i fioletowe, pozostawiając jedynie promienie o długości fali od 0.410 μ (indygo) do 0.560 μ (żółte). Światło to, mające odcień niebiesko-zielonkawy, ogniskuje się za pomocą soczewki dołączonej do lampy, do badania oczu nadwzrocznych, a rozprasza się do badania oczu miarowych lub krótkowzrocznych. Vogt bada jedynie w obrazie prostym.

Catonnet w badaniu korzysta z lampy żarowej 12 woltowej o sile 150 świec, z soczewką ogniskującą i filtrem ze szkła niebieskiego (verre d'Isly — szkło sygnalizacyjne morskie). Bada tak w obrazie prostym, jak i w obrazie odwróconym.**)

Ostatnie prace Catonnet'a, a szczególnie Vogt'a i jego ucznia Koby'ego, wykazują dobitnie, że, wyłączając promienie czerwone, a co za tem idzie i naczyniówkę, uwydatniamy siatkówkę i zmiany w niej, o ile one istnieją. Korzystając z tej metody badania, z odblasków w dnie oka sądzimy o rodzaju zagłębienia, (wzgl. wypuklenia) dołeczka środkowego, rozpoznać możemy zmiany w okolicy plamki żółtej, plamkę żółtą w odwarstwionej siatkówce, zwyrodnienie torbielowate siatkówki w okolicy plamki żółtej, wreszcie, widzimy wydatnie warstwę włókienek nerwowych (*membrana limitans interna*) i ocenić możemy stan tych włókienek u danego osobnika. Tak, np. w przypadkach rozpoczynającego się zaniku nerwu wzrokowego często, nim jeszcze wystąpić zdoła bladość tarczy, już widać brak prążkowatości warstwy włókienek, która wówczas staje się mętną i marmurkowatą (Vogt, Darier).

Prócz tego Vogt i inni badacze opisują szereg zmian w powierzchownych warstwach siatkówki, zależnych bądźto od urazu (wstrząsu), bądź od zmian zapalnych, wzgl. zwyrodnień siatkówki.

Zmiany te występują w postaci zmarszczek, fałd siatkówki, a raczej błony granicznej wewnętrznej siatkówki. Fałdy siatkówki u osób młodych po urazie występują najczęściej po 3—4 dniach, otaczają promienisto okolicę dołeczka środkowego i nigdy prawie nie zajmują samej powierzchni dołeczka. Fałdy te są zwykle lśniące (w świetle zielonem, matowe w zwykłem) i miejscami z włókienkami nerwu wzrokowego tworzą kratkę; fałdy te zajmują jedynie powierzchnię siatkówki, zakreśloną łukami naczyń skroniowych siatkówki. Grubość fałdy nie przekracza zwykle grubości większych naczyń siatkówki, i fałdy najczęściej przerywają się w miejscu większych naczyń. Zmiany powyższe, o ile tylko występują same, nie upośledzają wzroku i przechodzą po upływie kilku tygodni, a nieraz i wcześniej.

U osób starszych wstrząs powoduje fałdy matowe, zależnie od matowości wogóle siatkówki i tkanek oka w wieku starszym. Prócz tego i u osób młodych fałdy, występujące nieraz wskutek zmian zapalnych, są matowe, co, jak stwierdziły zresztą badania drobnowidowe, zależy głównie od wysięku zapalnego do tkanki sfałdowanej.

Fałdy siatkówki, zależne od zmian zapalnych, są nieco więcej wężykowate, w przeciwstawieniu do fałd, wywołanych wstrząsem oka.

Jako osobliwy rodzaj fałd powierzchni siatkówki opisuje jeszcze Vogt fałdy, zależne od ściągnięcia bliznowatego siatkówki w następstwie blizn po przebiciu gałki ocznej wzgl. wskutek obecności ciała obcego. Są to najczęściej fałdy krótkie, nieco wachlarzowato ułożone, matowe i najczęściej ciągnące się od tarczy do blizny.

Przypadki Koby'ego, Vogt'a i innych, opisane powyżej, świadczą o tem, że szczegóły budowy siatkówki (plamka żółta, dołeczek środkowy, włókienka nerwu wzrokowego i zmiany chorobowe siatkówki) są często tak subtelne, że tylko badanie w świetle zielonem (bez czerwonego) jest w stanie je wykazać; to też badanie to stanowi znaczny postęp w dziedzinie poznania siatkówki. Ale niedość na tem; zarówno sam sposób, jak i świetne wyniki rozpoznawcze, jakie osiągnięto dzięki niemu, świadczy niezbicie, że i w innych dziedzinach wiedzy stosowanej podobne sposoby mogą dać wyniki niemniej świetne. Prócz tego wspomnę tylko, że w klinice Vogt'a badanie zapomocą filtru fioletowego stosuje się w celu dostrzegania szczegółów budowy tkanek przezroczystych oka tj. soczewki i ciałka szklistego — fluoryzujących w świetle fioletowem.

Piśmiennictwo.

1. A. Darier. La Clinique Ophtalm. 1919. 2. A. Cantonnet. La Presse med. Nr. 34. 1921. 3 A. Vogt. Klinische Monatsblätter, März-April 1921. 4. A. Vogt. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde Juni 1921. 5. F. Ed. Koby. Arch. d' Ophtalm. Nr. 1 1921. 6. F. Ed. Koby. Arch. d' Ophtalm. Nr. 6. 1921. 7. L. Heine. „Die Krankheiten des Auges", Berlin J. Springer 1921. 8. H. Lauber. Klin. Monatsbl. f. Augenh. T. 68. Jan.-Feb. 1922.

*) Wspólnie z prof. Szymańskim zreferowane na zebraniu Warszaw. Towarz. Okulistycznego dn. 20 lutego 1922 r.

**) Ostatnio, w klinice wiedeńskiej, H. Lauber stosuje do badania filtr płynny. W naczynie równoległościenne o szerokości 1—3 cm wlewa roztwór wodny z 3 części błękitu toluidynowego i 1 części błękitnej zieleni filtrowej (Filtergrünblau Höchst) na 200 części wody. Jestto filtr tańszy i łatwiejszy do przyrządzenia.

Przegląd piśmiennictwa.

Bakterjologja i odporność.

Przegląd epidemjologiczny.

Zeszyt 3.

Sierakowski. **O szczepach odmieńca, zlepiających się pod wpływem surowic przeciwdurowych.** Autor wyosobnił dwa szczepy odmieńca (*proteus vulgaris*): szczep I. (105) z wody wiślanej, szczep II. (177) z kału chorej, która zachorowała wśród objawów cholery. Oba te szczepy zlepiały się wyłącznie

tylko pod wpływem surowicy przeciwdurowej i pod wpływem surowicy otrzymanej przez uodpornienie królika szczepem 105. Szczepy te dają z surowicą przeciwdurową odchylenie dopełniacza, precypitacji natomiast nie dają. Na zasadzie próby absorbcyjnej Castellaniego autor stwierdził, iż zachodzi tu wypadek współaglutynacji. Surowice chorych na dur brzuszny, jak również i szczepionych ochronnie, aglutynują odmieńca 105. Wobec tego autor przypisuje odczynowi temu cechy »swoistości« dla duru brzusznego, podobnie jak reakcja Weil-Felixa w durze osutkowym.

F. Eisenberg. **O biologicznem znaczeniu różniczkowania gramowego.** Niezwykle bogaty w treść zbiorowy referat prac własnych autora. Bakterje gramododatnie posiadają większe powinowactwo do barwików anilinowych i większą odporność wobec odbarwiania. Plazmolizie ulegają prawie wyłącznie tylko bakterje gramoujemne; bakterje gramododatnie silniej ulegają absorbcji przez ciała zawieszone i posiadają większe powinowactwo dla rozpuszczalników lipoidalnych, niż ujemne, natomiast mniejsze wobec wody; posiadają większą odporność na działanie rozpuszczające zasad, trypsyny i surowic bakterjobójczych, okazują również i na działanie anionów większą odporność, niż wobec działania kationów.

W. Szenajch: **Dwudziestopięcioletni jubileusz leczenia błonicy surowicą w Warszawie.** Autor, kreśląc historję wynalezienia surowicy przeciwbłoniczej i dzieje zastosowania w leczeniu u ludzi, udowadnia jej skuteczne i niezastąpione działanie przy pomocy całego szeregu tablic i wykresów.

S. Sterling-Okuniewski. **Przyczynek do epidemjologji cholery.** Autor opisuje epidemję cholery, powstałą w Warszawie w szpitalu czerniakowskim w 1920 r.

F. Eisenberg. **Agar z fioletem do wyborowej hodowli bakteryj gramoujemnych.** Autor, wychodząc z założenia, iż barwiki anilinowe hamują wzrost bakteryj gramododatnich 2—10.000 razy silniej, niż wzrost bakteryj gramoujemnych, zastosował fiolet kryształowy do pożywek w celu uniknięcia zakażenia z powietrza. Do hodowli bakteryj grupy durowej i czerwonkowej można bezkarnie używać fioletu kryształowego w rozcieńczeniu 1 : 200.000 t. j. na litr przyrządzonego agaru bierze się 5 cm^3 roztworu 1%, zaś do hodowli cholery 1 : 400.000 lub 1 : 500.000 t. j. 2·5 cm^3 względnie 2 cm^3 roztworu 1% na litr.

M. Pieszczykiewicz. **Serodiagnostyka żółtaczki zakaźnej.** Autor podaje kilka prób serologicznych w celu rozpoznania żółtaczki zakaźnej, jak próba lizynowa, próba immunizynowa (polegająca na tem, że, jeśli wstrzykniemy świnkom morskim hodowle jadowite krętków lub zawiesiny narządów zwierząt padłych na spirochetozę Weila, zmieszane z surowicą krwi chorego na żółtaczkę zakaźną, zwierzęta nie giną). Ze wszystkich prób dzisiaj znanych autor na pierwszy plan wysuwa próbę odczynu zlepnego, jako najtańszą i technicznie najłatwiejszą do wykonania.

St. Kaczyński i Fr. Marcjaniak. **O wykrywaniu laseczników durowych w moczu.** Na mocy przeprowadzonych jednocześnie badań moczu metodą Schepilewskyego i Alschüllera, jak również metodą Trawińskiego i kombinacją metody Müllera i Altschüllera, autorowie doszli do przekonania, że najczulszą metodą jest metoda Trawińskiego, polegająca na pomnażaniu bakteryj przy pomocy żółci, którą po upływie 24 godzin szczepi się na endo. Jeśli zaś rozchodzi się o mocz zanieczyszczony, lepiej jest stosować metodę zgęszczenia za pomocą swoistej surowicy zlepiającej — metodą Schepilewskyego i Altschüllera.

F. Przesmycki. **Przyczynek do bakteremji w czerwonce.** Autor badał krew 8 chorych na czerwonkę, u dwu chorych wyhodował ze krwi laseczkę dys. Shiga-Kruse, szczepiąc krew w ilości 5—10 cm^3 do kolbki zawierającej 50 cm^3 żółci.

Zofja Milińska (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. 1922. N. 10, 11.

Sicard i Forestier. **Zastosowanie połączenia oliwy z jodem (Lipiodol) do badań radjologicznych.** Już oddawna było wiadomo, że połączenie oliwy z jodem, czyli tak zwany lipiodol, tworzy preparat, zatrzymujący promienie X. Lecz dopiero autorowie zaproponowali stosowanie tego preparatu do badań radjologicznych. Lipiodol jest to preparat oleisty, gęsty, cięższy od wody, powstający z połączenia jodu z olejkiem goździkowym, nie zawierający wolnego jodu, czerniejący przy dłuższem zetknięciu z powietrzem. Jeden centymetr sześcienny tego preparatu zawiera około 0,54 g. jodu. Wprowadzony pod skórę lub do mięśni, nie drażni tkanek, nie sprawia więc bólu, nie tworzy nacieków ani stwardnień; przez dłuższy czas pozostaje w przestrzeniach międzytkankowych w stanie niezmienionym, łatwo przesuwa się do miejsc niżej położonych, gdzie daje się wykryć za pomocą promieni X. Dzięki tym własnościom lipiodol nadaje się do badań radjologicznych jam w ustroju. W celach leczniczych i rozpoznawczych wstrzykiwano lipiodol do przestrzeni epiduralnej w ilości 2 cm^3, przez rozwór krzyżowo-ogonowy. Stąd w pozycji leżącej chorego rozchodzi się wzdłuż opony twardej przez cały kanał kości krzyżowej aż do 5-go kręgu lędźwiowego, co daje się stwierdzić radjologicznie. Wstrzykiwania te są zupełnie nie bolesne. Wstrzykiwania lipiodolu do płynu mózgowo-rdzeniowego przez pierwsze 2—3 dni sprawiają bóle i parastezje, o ile dawka przewyższa 1/2 cm^3; ale i w większych dawkach (5—6 cm^3) bywały dobrze znoszone. W pozycji leżącej chorego lipiodol rozlewa się wzdłuż rdzenia kręgowego i w rozpoznaniu nowotworów rdzenia i przemieszczeniu kręgów może dać cenne wskazówki na płycie fotograficznej. W celach leczniczych wstrzykiwania takie stosowano przy bólach strzelających w kończynach dolnych w przebiegu wiądu rdzenia, a także w porażeniach pochodzenia kiłowego; wyniki były zachęcające. Najbardziej jednak zachęcające wyniki autorowie otrzymali przy badaniu za pomocą lipiodolu tchawicy i oskrzeli ewentualnie płuc. Przy wprowadzeniu do tchawicy 5—10 cm^3 tego środka można badać na ekranie całe drzewo oskrzelowe i stąd wnioskować o zmianach istniejących w płucach. Technika tego badania nie jest jeszcze wypracowana; lecz autorowie przypuszczają, że przy odpowiedniem ułożeniu chorego można tym sposobem badać i szczyty płuc. Wlewania dotchawicowe lipiodolu chorzy znoszą dobrze, przyczem zaznaczyć należy, że zgodnie z najnowszemi pracami prof. Rogera i dra Bineta autorowie stwierdzili, że lipiodol, wprowadzony do tchawicy, rozkłada się na części składowe i wsysa się w zależności od czynności lipolitycznych tkanki płucnej; natomiast lipiodol, wprowadzony do przestrzeni epiduralnej lub do płynu mózgowo-rdzeniowego, rozkłada się bardzo wolno, i za pomocą zwykłych odczynników obecności jodu w moczu nie udaje się wykazać.

Lian, Darbois i Navarre. **Wstrzykiwania dotchawicowe za pomocą tak zwanej metody uproszczonej nie osiągają celu.** Technika wstrzykiwań za pomocą metody uproszczonej, którą w doświadczeniach swych stosowali autorowie, przedstawiała się, jak następuje: Chory szeroko otwiera usta, wyciąga język i palcami odciąga go ku dołowi; lekarz wprowadza kaniulkę ze zwykłej strzykawki (typ Mandela) poza podstawę języka i podczas głębokiego wdechu wstrzykuje 3 5 cm^3 opisanego w artykule poprzednim roczynu jodu w oliwie (lipiodol); chory w tej samej pozycji robi 8—10 głębokich wdechów, starając się nie łykać. Wyniki zabiegu autorowie kontrolowali natychmiast na ekranie za pomocą promieni X. Z doświadczeń tych wynika, że płyn, wstrzykiwany tym sposobem, nie przedostaje się do tchawicy, a spływa po przełyku do żołądka. Chcąc więc wprowadzić płyn do tchawicy, należy to zrobić pod kontrolą wziernika po uprzedniem znieczuleniu błony śluzowej krtani; tak zwane metody uproszczone nie osiągają celu.

A. Lévi i P. Béhague. **Zwiastuny padaczki o charakterze wzrokowym przy uszkodzeniach w okolicy potylicowej.** Autorowie przytaczają 17 spostrzeżeń, przeważnie z czasów wojny, w których przed wystąpieniem napadów padaczki chorzy doznawali rozmaitych senzacyj wzrokowych, poczynając od rozmaitych błyszczących przedmiotów do całych obrazów kinematograficznych o charakterze omamów wzrokowych. W przypadkach tych objawy chorobowe wystąpiły na skutek uszkodzeń czaszki w okolicy potylicowej. Na podstawie spostrzeżeń dawniejszych i przytoczonych autorowie przypu-

szczają, że zwiastuny padaczki o charakterze wzrokowym pozwalają wnioskować o uszkodzeniu ośrodków wzrokowych w mózgu. Nawet w przypadkach uszkodzenia czaszki w innej okolicy należy w tych razach myśleć o możliwości uszkodzenia wtórnego.

L a u b r y i M o u g e o t. **Wysiłkowe zwolnienie tętna w przypadku całkowitej dyssocjacji przedsionkowo-komorowej.** Ciekawy przypadek, przytoczony przez autorów, dotyczył 60-letniego mężczyzny, u którego od 3-ch lat rozpoznano całkowity bloc serca przy tętnie stałem 30 na minutę i przy nieznacznych objawach podmiotowych: niewielka duszność i lekkie zawroty głowy. Chory ten był poddany energicznemu leczeniu swoistemu, do czego uprawniały i wywiady i dodatni wynik badania krwi; lecz bez skutku. Już i ten fakt zasługuje na uwagę, że uszkodzenia pęczka Keit-His'a, nawet u osobników z wyraźną przeszłością, nie zawsze poddają się leczeniu swoistemu. Ale autorowie nie na to zwracają uwagę. U chorego stopniowo tętno zaczęło się zwalniać z 30 do 24, a następnie do 18, a równocześnie potęgowały się objawy czynnościowe, duszność i zawroty głowy. Przy osłuchiwaniu serca, obok rzadkich i dźwięcznych tonów komory, zjawiły się niezwykłe nieprawidłowe głuche tony, które autorowie uważają za wyraz skurczów przedsionkowych, wyjątkowo dających się wysłuchać przy hypotonji mięśnia sercowego. Wreszcie trzecia osobliwość — to zwolnienie tętna po wysiłku fizycznym: jeżeli chory przeszedł szybko kilkadziesiąt kroków, tętno z 18 spadało do 10 na minutę, i taki stan trwał przez kilka godzin. Przy dokładnem badaniu tego objawu paradoksalnego okazało się, że nie zależy od czynników nerwowych; przyczyna mieści się w samem sercu, czyli właściwie w mięśniu sercowym. Autorowie wypowiadają co do faktu tego następujace przypuszczenie: przy wysiłku mięsień sercowy otrzymuje niedostateczną ilość krwi w porównaniu z zapotrzebowaniem wzmożonem, a wskutek tego ośrodki automatyczne mięśnia sercowego działają mniej sprawnie.

M. P i n a r d i B é t h o u x. **Przypadek dziedzicznego i rodzinnego porażenia mięśni ocznych** (*Ophthalmoplegia externa*). Autorowie przedstawili przypadek, dotyczący 20-letniej kobiety, u której, oprócz zupełnej nieruchomości gałek ocznych i opadnięcia obustronnego powiek, żadnych innych objawów chorobowych ze strony układu nerwowego nie wykryto. Takiem samem cierpieniem dotknięte były trzy pokolenia ze strony ojca chorej i jedna jej siostra. Cierpienie to autorowie uzależniają od dziedzicznej kiły.

W e i l l - H a l l é i C h a b a n i e r. **Dwa przypadki gośćca rzeżączkowego, wyleczone za pomocą surowicy. Chlorek wapnia, wstrzykiwany dożylnie, jako środek przeciwko napadom choroby posurowiczej (bóle stawów, wysypka, gorączka).** W obu przypadkach autorowie otrzymali dobre i prędkie wyniki po zastosowaniu surowicy przeciwrzeżączkowej wyrobu instytutu Pasteurowskiego. Surowicę stosowano podskórnie lub domięśniowo po 40 cm^3 naraz przez 3—4 dni z rzędu. W jednym przypadku uprzednio stosowano szczepionki przeciwrzeżączkowe, ale bezskutecznie. W obydwu przypadkach wystąpiły objawy choroby surowiczej w dość silnym stopniu z wysoką ciepłotą, wyżej 39⁰. Po dwu lub trzykrotnem wstrzyknięciu dożylnem 50% roczczynu chlorku wapnia w ilości $^1/_2$—1 cm^3 objawy choroby surowiczej ustępowały zupełnie.

M e r k l e n i M i n v i e l l e. **Przypapek porażenia postępującego z objawami ostrej psychozy.** Przypadek, opisany przez autorów, zasługuje na uwagę z tego względu, że właściwie tylko badanie płynu mózgowo-rdzeniowego wyjaśniło istotę cierpienia.

F a t o n i L a f o u r c a d e. **Przypadek wynicowania przeponowego trzew brzusznych. Rozpoznanie kliniczne i radjologiczne.** Przypadek dotyczył 44-letniego mężczyzny, u którego lewa połowa przepony była wynicowana, a żołądek, lewy odcinek kątnicy i prawdopodobnie śledziona były przemieszczone do lewej połowy klatki piersiowej. Serce było z prawej strony; uderzenie koniuszkowe w 5-em międzyżebrzu na linji sutkowej prawej. Pierwotne rozpoznanie kliniczne było w zupełności potwierdzone przez badanie radjologiczne. Chory przybył do szpitala z powodu dolegliwości żołądkowych; wymioty w kilka godzin po jedzeniu, bóle w lewem podżebrzu, oraz znaczne wycieńczenie z powodu obawy przyjmowania pokarmów. Już od dziecka doznawał bólów w lewem podżebrzu i bicia serca przy forsownych ruchach, przyczem już wtedy zwrócił uwagę, że mu serce bije z prawej strony. Podczas wojny wstąpił do wojska, lecz nie mógł pełnić służby na froncie; rozpoznano wtedy u niego gruźlicę płuc i przeznaczono do służby pomocniczej. W ostatnich latach wystąpiły cierpienia żołądkowe. Opisane cierpienie autorowie uzależniają od wrodzonego niedorozwoju przepony; być może pierwotnym czynnikiem było tu pierwotne przemieszczenie serca.

J o s u é i B a r b i e r. **Zwężenie zastawki dwudzielnej. Szmer przedskurczowy pomimo niemiarowości stałej.** Jak wiadomo przy niemiarowości stałej, charakteryzującej się migotaniem przedsionków, nie ma już właściwych skurczów przedsionków; krew ścieka z lewego przedsionka do komory, ale nie pod wpływem skurczu przedsionka, a więc niema warunków dla powstawania szmerów rozkurczowych, ewentualnie przedskurczowych. To też, o ile szmery przy zwężeniu zastawki dwudzielnej istnieją, a po pewnym czasie występują objawy niemiarowości stałej, to szmery te zwykle znikają. Tak bywa najczęściej, ale bynajmniej nie zawsze. W przypadku, przytoczonym przez autorów, dokładnie zbadanym pod względem elektrokardjograficznym i radjologicznym, pomimo istnienia niemiarowości stałej stwierdzono szmer przedskurczowy, co nie było rzeczą trudną wobec niezbyt częstego tętna (około 80). W przypadku tym zwykła teorja klasyczna nie wyjaśnia mechanizmu powstawania szmeru; szmer ten powstaje nie od skurczu przedsionka, gdyż w tym razie skurczu tego niema, ale od skurczu komory, czy to jako wyraz czasowej niedomogi zastawki dwudzielnej, czy też jako szmer mięśniowy.

K r e b s. **Cechy kliniczne skurczów mięśniowych w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. Ich stosunek do niektórych zespołów objawów, znanych dawniej. Rytmiczne ruchy spastyczne w zapaleniu mózgu.** Z powodu pokazu chorej ze stałemi skurczami mięśni twarzy i przedramienia, trwającemi 2 lata od czasu przebycia zapalenia mózgu, autor omawia cechy charakterystyczne tego cierpienia w zestawieniu z cierpieniami dawniej już znanemi. Są to skurcze stałe rytmiczne, często powtarzające się (około 60 razy na minutę), w wyniku nie dające zmiany pozycji danego odcinka ciała, lub też, jeżeli zachodzi, to bardzo nieznaczna; podrażnienia mechaniczne nie wpływają na nie, lub też wpływ ten jest bardzo mały: przemęczenie umysłowe lub wzruszenia potęgują skurcze. Skurcze przy paramyoclonus multiplex, z któremi próbowano porównywać cierpienia opisane wyżej, wykazują znaczne różnice. Przedewszystkiem nie znajdujemy w nich żadnego rytmu ani prawidłowości, ani też żadnej współczynności: tam każdy mięsień kurczy się niezależnie od drugiego, niema żadnej fizjologicznej ani patologicznej współpracy. Nadto wpływ wzruszenia na powstawanie tych skurczów jest znacznie więcej zaznaczony, a w wyniku skurczów widujemy zmianę pozycji odcinków większą lub mniejszą, w zależności od umiejscowienia. Tak zwane rytmiczne ruchy spastyczne, niezależne od woli, spostrzegamy również w przebiegu zapalenia mózgu nagminnego. Różnią się one od skurczów myoklonicznych wyżej wspomnianych już tem, że przedewszystkiem są to ruchy skombinowane, mające na celu zmianę pozycji narządu, najczęściej w postaci potężnych ruchów spastycznych, doprowadzających niekiedy do deformacji ciała, jak np. skoliozy, przykurczenia itp. Są to ruchy również rytmiczne, ale o tempie dużo powolniejszem. *J. Bełkowski* (Warszawa).

Choroby skórne i płciowe.

La Presse Médicale.

R. 1922, nr. 4.

S a b o u r a u d. **Rozpoznania niezupełne schorzeń skóry owłosionej.** Autor domaga się, aby lekarz przy drobnych nawet i ściśle ograniczonych schorzeniach skóry owłosionej badał dokładnie całą powierzchnię pokrytą włosami. Dokładność taka często prowadzi do wykazania istniejących obok siebie dwóch odrębnych schorzeń np. obok łysiny plackowatej także ogniska toczenia rumienionego, albo może u chorego, skarżą-

cego się na przerzedzenie włosów naprowadzić na rozpoznanie wyłysienia kiłowego.

B o r y. **Czy można w obecnej chwili ujednostajnić wykonanie odczynu Bordet-Wassermanna.** Rozbieżność wyników odczynu B.—W., w różnych pracowniach wykonywanego, jest wynikiem różnorodności stosowanych odczynników i różnych metod postępowania. Wobec niemożności usunięcia pierwszej przyczyny proponuje autor jak najszczegółowsze ujednostajnienie techniki wykonywania odczynu. W uwagach ogólnych żąda, aby funkcje te spełniał tylko lekarz-serolog, i to w wymiarach określonych (nigdy ponad 15 surowic naraz), i aby ten lekarz był zarazem syfilidologiem, mogącym klinicznie ocenić stan chorego i warunki, w jakich badania dokonuje. Co do technicznych szczegółów autor żąda, aby we wszystkich pracowniach używano antigenu wymiareczkowanego przez instytut rządowy (dla Francji zakład Pasteura); zanim się to da urzeczywistnić należy odczyn wykonywać zawsze z 4 różnymi antigenami, dla kontroli używać równorzędnie surowicy nieogrzewanej (według Hechta), do odczytywania wyników zaś używać skali z ośmiu probówek, zawierającej odcienie od hemolizy całkowitej do żadnej, a ustawianej doraźnie w sam dzień wykonywania odczynu. Przedstawiwszy bardzo szczegółowo swój sposób wykonywania odczynu B.—W. nawołuje autor z naciskiem, aby zewsze odczyn ten uważać nie za zwykłą próbę laboratoryjną, tylko za »konsultację syfilidologiczną.« *Dyboski.* (Kraków).

Dermatologische Zeitschrift
T. 35. Z. 4.

E. N a t h a n i H. M a r t i n. **Ilościowe oznaczanie reagin surowicy kiłowej sposobem skłaczkowacenia i jego znaczenie w rozpoznawaniu i leczeniu salwarsanem kiły.** Odczyn Sachsa i Georgiego wykonywali autorowie z surowicami nieczynnemi, kiłowemi w bardzo znacznych rozcieńczeniach od 0.1—0.001 cm^3 i płynem mózgowo-rdzeniowym w ilości 0.5—0.05 cm^3. Odczyn Wassermanna, wykonywany równocześnie w tych samych warunkach, okazał się czulczym, dając dodatni wynik w tem rozcieńczeniu surowicy, w którym już odczyn S. G. wypadał ujemnie. W czasie leczenia — stosunek nasilenia rozcieńczenia surowicy powstawał względnie stały, ale nieraz miano surowicy przy wykonywaniu O. S. G. szybciej się zmniejszało, niż przy O. W. W płynie mózgowo-rdzeniowym O. W. wypadał jeszcze dodatnio w 20—40 krotnem rozcieńczeniu, w którem O. S. G. już był ujemny. Optimum odczynu S. G. (największe skłaczkowacenie) okazywało się nie przy większych rozcieńczeniach, ale przeciwnie przy bardzo małych (np. 0.1 surowicy wynik ujemny — 0.0025+++). Nie można twierdzić, czy przyczyną tego zjawiska są ochronne ciała surowic w stanie czynnym, przeszkadzające skłaczkowaceniu surowicy, i że pewne surowice kiłowe i w stanie nieczynnym zachowują te własności, a w większem rozcieńczeniu dopiero je tracą. Prawdopodobnie, ochronne ciała surowic, przeszkadzające skłaczkowaceniu — mogą być czasami termostabil — i odczyn S. G. w rozcieńczeniach większych 0.1 lub 0.2 cm^3 surowicy może wypaść ujemnie, a w niższych rozcieńczeniach dopiero dodatnio. Nasilenie O. S. G. zachowywało się podobnie, jak przy OW, w kile II-rz. Odczyn był wybitniej dodatni, niż w kile I-rz., a w III-rzędnej wybitniej dodatni, niż w II-rz. Autorowie wykonali również szereg badań nad zachowaniem się O. S. G, w czasie leczenia. Wśród leczenia neosalvarsanem i rtęcią miano surowicy utrzymywało się początkowo na jednej wysokości, poczem albo gwałtownie spadało ku wynikowi ujemnemu albo powoli; wśród leczenia salwarsanem ze srebrem, skłaczkowacenie ustępowało wśród znacznych wahań, przy leczeniu sulfoxylatsalvarsanem miano utrzymywało się początkowo na tej samej wysokości, poczem spadało powoli albo szybko, przy leczeniu salvarsanem ze srebrem i sulfoxylatsalvarsanem wahania były bardzo znaczne. Przez systematyczne przeprowadzanie odczynu S. G. da się wykazać sposób działania różnych preparatów salvarsanowych i sposobów leczenia.

E. L a n g e r. **Rak a uraz.** M. 22 l. chorego, na skórze ręki w miejscu brodawki po zranieniu kulą karabinową, rozwinął się po miesiącu guz, który mimo że usunięty był operacyjnie, leczony Röntgenem a nawet tuberkuliną, ustawicznie nawracał. Badanie histologiczne wyciętego guza, wykonane przez autora, wykazało obecność raka silnie barwikowego, wychodzącego z naskórka (*Naevocarcinoma*). Przypadek ten potwierdza dawniejsze spostrzeżenie, że wskutek jednorazowego urazu przyjść może do powstania nowotworu, jednak z zachowaniem warunków, stawianych przez Thiema i Ribberta, t. j. ścisłego związku między miejscem urazu a powstaniem nowotworu.

E. B e r g e l. **Biologiczno-kliniczne znaczenie limfocytów w kile.** Tłuszcze i lipoidy mają wybiórcze chemotaktyczne działanie na limfocyty. Działanie między lipoidami, jako wywoływaczem, a limfocytami, jako wytwórcami dwuchwytnika, da się wykazać przy pomocy hemolizy i hemaglutynacji i to nawet pod mikroskopem. Limfocyty wytwarzają lipazę, jako proferment o charakterze dwuchwytnika, a przez dopełniacz osocza uczynnia się ów proferment na czynny ferment. Lipaza jest swoistą i absorbowaną bywa tylko przez lipoid homologiczny. Przez wstrzykiwanie różnych ciał tłuszczowych i lipoidalnych wykazał Bergel sztucznie morfologicznie różny skład odczynu zapalnego, głównie jednak złożony z limfocytów. Dwuchwytnik humoralny nie tylko ulega zmianie, ale zmienia się również miejsce jego wytwarzania (komórka) — Chemomorphoplasia, krótko Chemomorphie.

Jady gruźlicy, kiły i trądu posiadają własności grupowe tłuszczowe i odczyn zawsze złożony z limfocytów; mając jednak i pewne chemiczne właściwości tworzą i różnice w morfologicznym składzie odczynu. Limfocyty, jako czynnik obronny, nastawione są na odczyn tłuszczowy i na jad o charakterze tłuszczowym. Krętki kiłowe są lipoidalne lub produkują toxynę lipoidalną, wywoływacz przy O. Wassermanna ma charakter lipoidowy. Odczyn miejscowy na jad kiłowy, składa się z limfocytów, względnie z komórek plasmatycznych (pochodne limfocytów). Limfocytozę znajdujemy również i we krwi, a surowice kiłowe posiadają własność większego rozkładu tłuszczu. Lipoidy wprowadzone do ustroju, działają jako wywoływacz i wytwarzają przeciwciała, t. j. swoisty lipolityczny dwuchwytnik wytwarzany w limfocytach lub gruczołach chłonnych; ciała te z wywoływaczem kiłowym dają odchylenie dopełniacza. Surowica kiłowa zawiera lipatyczny proferment o charakterze dwuchwytnika na lipoidalną część wywoływacza kiłowego, który przez dopełniacz zostaje uczynniony i łączy się z lipoidem kiłowym. W ten sposób można zrozumieć zjawisko O. W., jak również i kliniczny przebieg kiły. Gdzie nie przyszło do odczynu z limfocytów, wczesny okres zmiany I, kiła złośliwa nie powstają przeciwciała na lipoidalny jad kiłowy (nie powiększone gruczoły chłonne). Odczyn W. dodatni w kile utajonej dowodzi obecności odczynu limfocytowego w ustroju. Prowokacje odczynu W. powodowane są przez powiększenie odczynu; po wyleczeniu kiły znika odczyn limfocytowy i O. W. O. W. uważać należy niejako za zjawisko korzystne, t. j. biologiczny wyraz działania przeciwciał na wywoływacz kiłowy.

J. H e l l e r. **Z kazuistyki rzadkich schorzeń paznokci.** Rozbiór chemiczny paznokci, z poprzednio opisanego przypadku (*Onychogryphosis et Ichthyosis hystrix linearis*).

E. Z u r h e l l e. **O obecności delikatnych włókienek tkanki łącznej w zmianach kiłowych i innych chorobach skórnych.** *F. Walter* (Kraków).

Klinische Wochenschrift.
R. 1922. Nr. 1.

F r e i i S p i t z e r. **W sprawie jednoczesnego występowania gruźlicy i kiły (symbioza w gruczołach chłonnych).** Autorzy przytaczają nieliczne przypadki jednoczesnego występowania zmian gruźliczych i kiłowych, stwierdzone przed wykryciem krętka bladego oraz kilka takichże wypadków, gdzie już po tym terminie, na skórze, na błonach śluzowych i w organach wewnętrznych stwierdzono równocześnie obecność prątków Kocha i krętków bladych. Jako przyczynek do tych spostrzeżeń opisują autorzy trzy przypadki, w których zdołali oba zarazki stwierdzić w gruczołach chłonnych. W dwóch krętki blade nagromadziły się w gruźliczo już przedtem zmienionych gruczołach; w jednym przypadku zakażenie kiłowe wywołało uczynnienie procesu gruźliczego, którego zarazek spoczywał w utajeniu w gruczołach ramieniowych. Po-

większenie tych gruczołów musiało być spowodowane procesem gruźliczym i kiłowym w równych częściach, gdyż leczenie przeciwkiłowe doprowadziło do zmniejszenia ich w znacznym stopniu i w krótkim czasie. Uwagi godnem jest, że zakażenie gruźlicze gruczołów ramieniowych w tym wypadku, przypuszczalnie w pracy zawodowej chorego (rzeźnika) dokonane — doszło do skutku bez poprzedniego schorzenia gruźliczego na skórze rąk, gdzie bez wątpienia musiały znajdować się wrota infekcji. — Doświadczenia nad wzajemnym wpływem zakażenia gruźliczego i kiłowego u królików nie wykazały uderzających zmian w przebiegu jednego lub drugiego zakażenia.

Kaufmann i Winkel. **Zapalenie a system nerwowy.** Dotąd przeważają spostrzeżenia, że przecięcie albo zwyrodnienie nerwu wywiera wpływ hamujący na przebieg sprawy zapalnej w jego obrębie. Z drugiej strony doświadczenia Kreibicha dowiodły, że podrażnienie nerwu może wywołać, sprawę zapalną np. w skórze. Czy zmiany w unerwieniu mogą spotęgować odczyn zapalny, było niewyjaśnionem. Autorzy opisują przypadek, w którym schorzenie nerwu kulszowego było powodem do spotęgowania zdolności do takiego odczynu, gdzie mianowicie jod podany wewnętrznie przy *neuritis luctica* lewego nerwu kulszowego wywołał ostre zapalenie skóry (z obrzękiem, podwyższeniem ciepłoty i t. d.), ograniczone do tych partji skóry, w których wrażliwość czuciowa z powodu *neuritis ischiadica* była obniżona. Spostrzeżenie to zrobione dwukrotnie przy podaniu jodu na wewnątrz i raz przy wstrzyknięciu śródżylnem. Dla wytłumaczenia tego zjawiska przyjmują autorzy, że tkanka chora, względnie anormalnie unerwiona, jod ku sobie ściąga i gromadzi, oraz że zdolność wydzielnicza ścian naczyń włosowatych zmienia się pod wpływem zmian w unerwieniu (Tschermak). Opierają się przytem na spostrzeżeniach Loeba, Salomona i innych, stwierdzających zatrzymywania jodu w tkance rakowej, kiłowej i t. p. oraz na doświadczeniu na opisywanym chorym, który pobrany jod wydzielał bardzo powoli (w moczu ślady jodu jeszcze po 70 godz.).

Mimo to autorzy za główną przyczynę odczynu zapalnego uważają w pierwszym rzędzie nie nagromadzenie jodu w tkance zmienionej, tylko podwyższoną wrażliwość tych tkanek, czego dowodem ma być, że jod stosowany zewnętrznie wywoływał na nodze chorej ostrzejsze zmiany zapalne, niż na innych partjach skóry. Ponieważ te zmiany zapalne były ściśle ograniczone, więc prawdopodobnie jod działał na naczynia obwodowe i ich nerwy bezpośrednio, ujawniając utajoną nadwrażliwość tkanek (Goldscheider).

R 1922. N. 4.

Bloch. **Nieco o związku skóry z całością ustroju.** Aczkolwiek dermatologia największy swój postęp zawdzięcza pojmowaniu chorób skórnych, jako schorzeń jednego organu, to jednak pewne wyczerpanie dostępnych nam metod badania, głównie histologicznego i bakterjologicznego, a głównie niewyjaśnione kwestje etjologji, musiały doprowadzić z powrotem do uświadomienia sobie koniecznej i w prawidła ujętej korrelacji skóry z organami wewnętrznymi. Przedewszystkiem wskazuje na to wpływ rozległych schorzeń skóry, choćby tak banalnych, jak wyprysk, na stan ogólny ustroju. Do wyjaśnienia tej zależności nie wystarczy jednak stwierdzenie kliniczne obok siebie istniejących schorzeń skóry i innych organów, ale tylko analiza ich biologicznego związku. Na razie spostrzeżeń pojedyńczych jest dużo, teoryj ujmujących je w prawidła i należycie uzasadnionej brak. N. p. przy chorobach przemiany materji. Nie zawsze działa tutaj na skórę produkt wadliwej przemiany materji bezpośrednio (w sensie dawnej »materia peccans«). Zwykle zmienia on tylko zdolność reagowania skóry na czynniki zewnętrzne lub uboczne. Niema więc choroby skórnej charakterystycznej dla skazy moczanowej lub cukrzycy, lecz towarzyszą temu zboczeniu w przemianie materji schorzenia skórne różnego typu, wypryski, ropnica skóry, grzybice, i t. p. Za patognomoniczne możnaby uważać chyba xanthoma, i to nie dla cukrzycy, tylko dla tych schorzeń ogólnych, którym towarzyszy nadmiar cholesteryny we krwi.

Podobnie jest z anomaliami w wewnętrznem wydzielaniu. O ile chodzi o hormony gruczołów płciowych, to wpływ ich na skórę jest bezpośredni i widoczny np. w hipertrichozie w czasie climacterium, w zmianach po kastracji, w acne iuvenilis; pośredni przy samoistnem wyleczeniu mikrosporji w czasie dojrzewania płciowego. Tak samo zmiany gruczołu tarczowego, wywołujące rozlany i ograniczony obrzęk śluzowy, może także niekiedy rozlaną sklerodermię. Istnieje też, wedle spostrzeżeń Blocha, związek między składaniem wapna w skórze a czynnością gruczołów przytarczycznych. Niewątpliwym jest związek między wewn. wydzielaniem a barwikami w skórze (chloasma, Basedow, Addison). Pozatem jednak inne przypuszczenia etjologji wewn. wydzielania dla chorób skórnych pozostaną hipotezami. O acanthosis nigricans wiadomo, że zdarza się przy guzach organów wewnętrznych; tylko w dwóch przypadkach Bloch stwierdził zmiany w nadnerczu, trzustce i tarczycy, oraz cukrzycę. Przy hydroa vacciniformis znaleziono porfirynemję, co znowu wskazuje na wpływ jedynie pośredni i na ważność czynnika działającego bezpośrednio, w tym wypadku światła.

Znacznie przecenianym i apriorystycznie przyjętym bywa związek pomiędzy chorobami skóry a odżywieniem i wypływającym z niego wadliwym składem krwi. Są jednak i w tej dziedzinie spostrzeżenia, które wytrzymują krytykę. Tak np. pokrzywka i zbliżony do niej rumień wysiękowy, które najczęściej są wyrazem zatrucia pokarmami, polegają na anafilaksji (Bruck); podobnie jak wysypki po stosowaniu surowic i leków. Według Landsteinera, Doerra i amerykańskich autorów, antigen, którym jest w tych wypadkach białko obce, albo białko własne, zmienione albo wreszcie chemiczne ciało obce, ale niebiałkowe, krążąc w ustroju uczulonym, działa na przeciwciała usadowione w obwodowych naczyniach i to w komórkach w sensie zwiększenia przepuszczalności naczyń i zapalenia. Surowica może wywołać to u wszystkich, do wysypki po leku trzeba osobniczego usposobienia, idiosynkrazji. Wtedy właśnie wysypki skórne mogą występować na zmianę z innymi objawami anafilaksji, jak gorączka sienna i astma. Modna terapja (wapno, upusty krwi, surowica, ciała koloidowe) staje się pod tym kątem widzenia zrozumiałą. Amerykanie poszli dalej, zaliczając wyprysk do objawów anafilaksji swoistej i starając się, po eksperymentalnem wykryciu działającego przyczynowo w danym przypadku ciała, desenzybilizować ustrój specyficznemi wyciągami z tegoż ciała, co może mieć rację tylko co do znikomego procentu wyprysków. W wyprysku (Bloch i Landsteiner) bowiem zmiana patologiczna leży całkiem obwodowo, w warstwie brodawkowej i w naskórku; w schorzeniach anafilaktycznych punkt zaczepienia w sieci naczyń skóry właściwej.

Istoty wyprysku dopatruje się Bloch w senzybilizacji komórek przyskórka (ewt. także warstwy brodawkowej), wrodzonej lub nabytej; idiosynkrazja taka może być szczególną dla takiej lub innej przyczyny, ogólną dla szkodliwości zewnętrznych bez różnicy ich jakości. Można wtedy też mówić o zmniejszonej odporności skóry. Doświadczalnie Jaeger wykazał, że skóra osobników skłonnych do wyprysku daje anormalny odczyn pod olejkiem terpentynowym. Teorja patogenezy musi oprzeć się na tem oraz na premisie, że przyczyna wyprysku działa na skórę z zewnątrz. Że wpływy z wewnątrz, drogą krwi docierające do skóry, mogą wyprysk wywołać, jest możliwem, ale naogół nie jest dowiedzionem. Jedynie z formolem i jodem doświadczenia Blocha wypadły dodatnio.

W każdym razie przebieg wyprysku jest pod wpływem przemiany materji a raczej ogólnego stanu ustroju w danym okresie (przykładem są samoistne wyleczenia wyprysku pod wpływem schorzeń innych organów). Z tych rozważań wynikają wskazówki lecznicze: albo usunięcie przyczyny działającej, o ile jest znaną albo specyficzna desenzybilizacja, albo przestrojenie skóry wrażliwej — pod promieniami Roentgena lub przez arszenik; albo przez wpływanie na stan ogólny i przemianę materji (djeta, wstrzykiwanie ciał chemicznie obcych i t. d.).

W chorobach zakaźnych objawy skórne i odczyn skóry jest dla nas zwykle wskaźnikiem odczynu ustroju całego (kiła, gruźlica). Wrażliwość skóry na tuberkulinę tłumaczy nam np. patogenezę tuberkulidów, jako wyrazu allergicz-

nego odczynu skóry na toksyny względnie prątki z obiegu krwi pochodzące.

Wybitnym jest związek pomiędzy rozległością i natężeniem zmian w skórze a zmianami w innych narządach w wielu schorzeniach zakaźnych. Mamy tu do czynienia z ezofilaksją (wedle Hoffmanna), czynnością biologiczną skóry, zmierzającą do usunięcia i unieszkodliwienia chorobotwórczych zarazków i jadów, celem ochrony narządów wewnętrznych przed niemi. Jasną jest ta funkcja np. przy wakcynacji. Leczenie według Sahliego i Ponudorfa, dalej, jak Hoffmann mówi, ogólne naświetlania i tp., może w ten sposób oddziaływać. Zrozumiałym jest też pomysł, aby przez intenzywną allergizację skóry nie żyjącymi krętkami bladymi i ich produkty przemiany materji chronić narządy wewnętrzne, przedewszystkiem ustrój nerwowy. Może i profilaksa gruźlicy dałaby się tak pomyśleć.

Tak ustrój oddziaływuje na skórę. Może jednak i w ramach funkcyj fizjologicznych istnieje oddziaływanie skóry na ustrój przez »wydzielanie wewnętrzne« tego narządu (Kreitl, Hoffmann). Za tem przemawia zagrożenie życia chorego, o ile schorzenie skóry, np. dermatitis po rtęci, po salvarsanie lub z innych przyczyn, ogarnie większą część powierzchni skóry. Czy chodzi tutaj o brak jakiejś hipotetycznej »derminy«, nie wiadomo. *Dyboski.* (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji. Sekcja jarosławska.

II Posiedzenie naukowe z dnia 4 kwietnia 1922, w szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

1) przewodniczący wita gości, kol. Hinzego ze Rzeszowa i lekarzy wojskowych.

2) **Dyskusja** nad odczytem kol. Händla: **„Nowsze poglądy na odżywianie chorych w czasie gorączki i chorób zakaźnych“.**

W dyskusji zabierają głos kol. Hinze, Rosberger, Meisels, Sawicki, Händel.

3) Kol. Sawicki (Kańczuga): **„Trzy przypadki ciąży pozamacicznej z pęknięciem worka płodowego, leczone zachowawczo** (spostrzeżenia z praktyki).“

W dyskusji zabierają głos kol. Hinze, Meisels, Händel, Fechter. Kol. Hinze podnosi doniosłość wykładów praktycznych (Händla i Sawickiego) i zaleca ogłoszenie ich drukiem.

4) Kol. Fechter przedstawia: a) **sześć przypadków wola,** operowanych sposobem Kochera w znieczuleniu miejscowem; zaszycie na głucho — bez sączkowania; b) chorą operowaną przed 8 laty z powodu **zgorzelinowego zapalenia wyrostka robaczkowego** z przebiciem i ropnem zapaleniem otrzewnej (cięcie Sonnenburg-Rydygier tamponada): ypa dnięcie trzew przez otwór w ścianach brzusznych (blizna pooperacyjna). Wycięcie worka przepuklinowego; rozluźnienie zrostów z następowem obszyciem (peritonisatio); zaszycie powłok brzusznych pierwotne; c) 2 chorych z **ropniakiem opłucnej** po zapaleniu płuc grypowem. Ze względu na niedomogę serca z obrzękiem i duszność wypuszczenie płynu trójgrańcem; po podniesieniu się stanu ogólnego w kilka dni zabieg radykalny, tj. otwarcie klatki piersiowej z wycięciem kawałka żebra w znieczuleniu miejscowem Wyleczenie; d) chorego 50 l. z **przewlekłem zapaleniem stawu kolanowego** lewego z wysiękiem i **wolnemi luźnemi ciałami w stawie** (arthromeningitis cartilaginea). Otwarcie stawu kolanowego (Payr); wyjęcie 2 luźnych myszek stawowych, wielkości jaj kurzych i kilkunastu mniejszych, częściowo uszypułowanych; szew na głucho; wyleczenie; e) chorą, operowaną w 12 godzin po zachorowaniu; **wyrostek robaczkowy** długości 20 cm, w końcu bardzo rezdęty (ropniak) ze zgorzelą na przebiciu; płyn surowiczo-mętny w jamie brzusznej. Otwarcie jamy brzusznej; wycięcie wyrostka robaczkowego — zaszycie powłok pierwotne.

W dyskusji zabierają głos kol. Hinze, Woś, Bentkowski, Händel, Fechter.

III Posiedzenie naukowe z dnia 26 kwietnia 1922 odbyte w szpitalu powszechnym w Jarosławiu.

1) Kol. Turzański: **„O działalności i skuteczności leczniczej zdrojów w Iwoniczu** (Małopolska)“. Na podstawie kilkunastoletniej swej praktyki, jako lekarz zdrojowy, przedstawił mowca, obok krótkiego opisu Iwonicza pod względem położenia, stosunków atmosferycznych, składu wód, wyniki leczenia w chorobach: kobiece, zołzy, kiła, gruźlica kości, dna, miażdżyca.

W dyskusji zabierali głos kol. Händel, Puzon, Rosberger, Czernak, Fechter.

2) Kol. Mikiewicz-Hajdukiewiczowa przedstawia 2 przypadki **zaburzeń w miesiączkowaniu** we wieku dojrzewania: a) dziewczynka 14 l., słabo rozwinięta, jeden perjod, krwawienie bardzo obfite, 9 dni trwające. Chora skrwawiona, zupełnie nieprzytomna. Badanie ginekologiczne: dziewica, pochwa wąska, dość krótka, część pochwowa długa na 1 człon palca, wiotka — ujście dla rozszerzadła Hegara Nr. 4 drożne, szyja rozwarta; trzon macicy mniejszy, jak normalnie, bardzo wiotki, jajniki i trąbki niebadalne. Wstrzyknięciem 2,00 secacorninum krwawienie opanowano.

b) Dziewczyna l. 17, jeden perjod w 15 roku życia. Następne miesiączki co 4 tygodnie; od roku częstsze z **długotrwałemi krwawieniami**; od 3 miesięcy krwawi prawie bez przerwy. Chora blada bardzo osłabiona, zawroty głowy, wymioty; gruczoł tarczykowy powiększony — badanie ginekologiczne: w pochwie wiotkie skrzepy, stanowiące odlewy wnętrza macicy, część pochwowa wiotka, szyja drożna dla palca; trzon macicy wielkości pięści, ściany bardzo wiotkie; jajniki normalne. Leki ściągające bez skutku — tamponada również. Po wyskrobaniu błony śluzowej macicy krwawienie ustąpiło. Mówczyni tłómacząc nadmierne krwawienie przy menarche (I perjod) przytacza pogląd Kermaunera: „jajnik i cały aparat rozrodczy był dotychczas nierozwinięty; nagle zadziałał jakiś silniejszy bodziec nerwowej, bądź też hormonalnej przyrody, macica nie może nadążyć swym rozwojem — stąd dyssonans, niedomoga mięśnia macicy. Przyczyn, wywołujących zaburzenia w miesiączkowaniu, należy szukać w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu, w pierwszym rzędzie jajnik i ciałka żółte. Typ i częstość krwawienia są regulowane przez jajnik; obfitość i czas trwania krwawienia są od jajnika niezależne“. W 2 przypadku zwraca uwagę na powiększony gruczoł tarczykowy. Leczenie: leki ściągające przed i w czasie miesiączki, organoterapja; adrenalina; racjonalne naświetlanie promieniami Roentgena; wyskrobanie i w ostateczności nadpochwowe macicy; zwalczanie niedokrewności, podniesienie rozwoju całego organizmu. Że gnilec, białaczka, krwawiączka itp choroby mogą wywoływać nieprawidłowości w miesiączkowaniu nie należy zapominać. W końcu wspomina o przypadku zupełnego skrwawienia przy 1 perjodzie, obserwowanym przez siebie a ogłoszonym przez Kermaunera

W dyskusji zabierają głos kol. Händel, Fechter.

3) Kol. Fechter przedstawia; a) chłopak 21 l. **wól torbielowy podmostkowy,** duszność. (Chory, aby ulżyć sobie, kozikiem przebił skórę i tkankę podskórną; uraz wywołał krwotok wewnętrzny śródtorebkowy i zamiast ulgi powiększył duszność). Wyjęcie wola w znieczuleniu miejscowem; sączek na 48 godzin w dolnym kącie cięcia. Wyleczenie.

b) chory 24 l., który przed 2 laty wskutek nieszczęśliwego wypadku z bronią palną doznał **zranienia powikłanego podstawy czaszki,** zgruchotania kości nosowych, kości czołowej z otwarciem zatoki czołowej i zniszczeniem oka prawego. (Odłamek lufy karabinowej tkwił w ranie i opierał się na siodełku tureckiem). Pokrycie ubytku płatami z czoła i z twarzy uszypułowanymi, podszewkowanymi; c) chłopak 7 l. operowany w trzy godziny od zachorowania; **wyrostek robaczkowy zgorzelinowy** z pęknięciem do jamy otrzewnej; zapalenie ropne otrzewnej; zaszycie powłok pierwotne; d) chorą z **ropniem przykątniczym kałowym** otorbionym; nacięcie ropnia, tamponada; e) **wyrostek robaczkowy** (chłopak 11 l.); **zgorzel z przebiciem** i kilku ropniami w jamie brzusznej z tyłu za kątnicą sięgający pod wątrobę; w zatoce Douglasa: 3 ropnie w zrostach sieci z jelitami cienkiemi); objawy niedrożności mechanicznej jelit. Według zapodania ma być od kilkunastu dni chory; przed kilku tydodniami uraz od kopyta końskiego w powłoki brzuszne. Otwarcie jamy brzusznej, wycięcie wyrostka robaczkowego, sieci, rozluźnienie zrostów. Otwarcie ropni między zlepionymi jelitami, sączki; zejście śmiertelne po 24 godzinach od czasu zabiegu.

W dyskusji zabierają głos kol. Spatz, Händel, Czernak, Hajdukiewiczowa, Fechter.

Tadeusz Fechter.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dn. 7 marca 1922 r.
Przewodniczący prof. A Gluziński.

Prezes odczytał pismo Konsulatu Generalnego Rzeczypospolitej Polskiej w Chicago, skierowane do Warszawskiego T-wa Lekarskiego z wezwaniem do umieszczania prac naukowych polskich w pismach lekarskich amerykańskich w celu zaznajomienia lekarzy amerykańskich z pracami naukowemi lekarzy polskich.

Wiceprezes W. Starkiewicz zakomunikował, że komitet konkursowy (koledzy prof. Gluziński, jako przewodniczący, prof. A. Sokołowski, wiceprezes W. Starkiewicz i W. Kowalski) przyznał jednomyślnie nagrodę im. Moczutkowskiego za najlepszą pracę, odczytaną w Warszawskiem T-wie Lek. w r. 1921. Drowi Adolfowi Wojciechowskiemu za wykład p. t. „O naczyniach chłonnych narządów rodnych kobiecych w związku z operacją raka macicy (z pokazem preparatów i przeźroczy), wygłoszony na posiedzeniu T-wa dn. 25 października 1921 r.

1. Prof. Leśniowski. **„Przyczynek do patologji okrężnicy esowatej“**, (Rzecz ukaże się w druku).

W dyskusji prof. Kryński stwierdza, że sprawa poruszona przez mowcę jest to sprawa rzadka dla klinicystów, nie tak rzadka dla anatomo-patologów (Letulle, Dmochowski); nosi ona nazwy *cirrhosis mesenterii, mesenteritis chronica.* W 1913 roku

prof. K. na zjeździe chirurgów w Londynie przedstawił swoją pracę pod tytułem *„La cirrhose mésenterique comme unité clinique"*, w pracy tej prof. K. zmiany w krezce uważa za sprawy zapalne o przebiegu przewlekłym, prowadzące do kurczenia się krezki, a w następstwie upośledzenia ruchów robaczkowych kiszki i ich następstw. Operacja prof. Leśniowskiego w swym pomyśle przedstawia się bardzo ładnie, uważa jednak, że i przeszczepiona sieć ulegnie zwłóknieniu, sądzi, że należałoby już wykonywać sigmoido-sigmoidostomję. W Grundzach wspomina, że Al. Zawadzki w dwóch podobnych przypadkach raz wykonał colo-colostomję, w drugim zaś przypadku resekcję esicy.

Prof. Br. Sawicki, powołując się na prace niemieckich autorów, którzy uważają częste niezupełne skręcenia esicy za przyczynę spraw zapalnych w krezce i jej zbliznowacenia, uważa, że doświadczenia, wykonane przez prof. L., przemawiałby za tem.

Sprawa, poruszona przez mowcę, jest bardzo interesująca, ale jeszcze niedostatecznie opracowana. Co się tyczy leczenia, to prof. S. zgodziłby się z prof. Kryńskim, że należy wykonywać zespolenie, przeciwny jest natomiast wycięciu esicy ze względu na możność zakażenia.

Prof. Hornowski twierdzi, że do przedstawionych przez prof. L. zaburzeń przyczynia się zbyt długa krezka esicy.

Prof. Gluziński spostrzegał zmiany w krezce tam, gdzie znajdowano bardzo znaczne zmiany w naczyniach krwionośnych tak, że i zwapnienie naczyń musi także grać pewną rolę w omawianych sprawch. Autorzy francuscy przechylają się ku stosowaniu wycięcia esicy w przypadku megasigma.

W odpowiedzi prof. Leśniowski podkreśla, że uważa swoje przemówienie jako doniesienie tymczasowe. Badając krezkę esicy, badał wogóle całą krezkę trzew, poczynając od dwunastnicy. Etjologji omawianego cierpienia prof. L. nie podejmuje się tłumaczyć, zaznacza, że nie można mówić o mesenteritis, jak o tem wspominali przedmówcy, lecz o peritonitis mesenterii, gdyż sprawa zapalna obejmuje jedynie listki otrzewnej, naczynia są doskonale zachowane; ani razu nie spostrzegał, aby tkanka była twarda, ściana kiszki pozostawała niezmienioną, pętla kiszki kurczyła się dobrze. Wniosków co do dalszego przebiegu po operacji prof. Leśniowski wypowiadać nie chce; jeden z chorych operowany przed 2 laty czuje się bardzo dobrze.

H. Wojnarowska. **„Odma sztuczna w lecznictwie gruźlicy płuc"**. Idea zastosowania odmy sztucznej w lecznictwie chorób płucnych zawdzięcza swe powstanie Carsanowi. Kilkakrotnie podejmowana i znowu zarzucana ostatecznie znalazła poparcie najpierw u Forlaniniego następnie u Brauera. Obadwaj oni byli założycielami szkół, które rozbiegały się w poglądzie jedynie na kwestję sposobu przeprowadzania pierwszego napełniania.

Zgadzały się zaś do pewnego czasu co do warunków, w których odma może być stosowaną. Warunkami temi są 1) sprawa jednostronna a posunięta, z wyłączeniem postaci pneumonicznej, 2) przeprowadzenie wszystkich innych sposobów leczenia ze skutkiem ujemnym lub małym. Co do korzyści, jakie chore płuco z ucisku odmą odnosi, możemy je zebrać w dwie grupy: jedną anatomo-patologiczną, drugą, odnoszącą się do zmian dodatnich w przebiegu klinicznym. Do I grupy zaliczamy: a) rozrost tkanki łącznej, co w rezultacie daje zasklepienie ognisk chorobowych; b) przekrwienie żylne, wspierające ten rozrost. Klinicznie mamy spadek ciepłoty, jako wynik złego przepływu limfy, a co za tem idzie przerwy w zatruwaniu organizmu toksynami bakteryj; 2) zmniejszenie lub przy kompletnym ucisku ustanie kaszlu; podniesienie stanu ogólnego i odporności organizmu, jako następstwo działania obu tych razem wziętych czynników. Aby osiągnąć wszystkie wyżej wymienione dane, sama odma musi odpowiadać pewnym warunkom. Po pierwsze odma musi być tak dużą, aby ucisk płuca był w istocie kompletny; po drugie musi być zakładana powoli tak, aby organizmowi dać czas przyzwyczajenia się do nowych warunków; po 3-ie przez cały okres czasu, zwykle przekraczający rok, wysokość ciśnienia odmy musi być utrzymywana na tym samym poziomie. Jedną z głównych przeszkód, a raczej trudności w spełnieniu tych warunków, są zrosty opłucnej, wikłające prawie zawsze przypadki dalej posunięte i wysięk zjawiający się prawie u 70% chorych, leczonych odmą. Tak przy kwalifikowaniu przypadków, jak i podczas całego przebiegu kuracji, musi być lekarzowi dana możność kontroli za pomocą prześwietlania promieniami Roentgena. Szkoła włoska w ostatnim dziesiątku lat rozszerzyła pole stosowania odmy na przypadki świeże i obustronne, co jednak wywołuje krytykę nawet zagorzałych zwolenników tej metody leczenia i ma w istocie wiele punktów chwiejnych. Gruźlica u dzieci w ostatnich dwu latach weszła również w okres stosowania odmy.

Ze względu na wyniki dodatnie stosowania odmy każdy ftyzjolog musi zabieg ten umieć wykonać, tem więcej, że cały szereg chorych nie poprawiających się po stosowaniu innych metod, po stosowaniu odmy, jeśli może znaleźć już niekompletne wyleczenie, to ulgę i przedłużenie życia.

Dyskusję nad odczytem odłożono do następnego posiedzenia.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Lwowskie Towarzystwo higjeniczne.

Na posiedzeniu Wydziału w dniu 16. b. r. postanowiono:

1) Utworzyć w łonie Towarzystwa sekcję walki z alkoholizmem.

2) Na porządku dziennym najbliższego posiedzenia naukowego postawić sprawę walki z alkoholizmem z uwzględnieniem państwowej ustawy o zwalczaniu alkoholizmu (referent dr. Mikołajski).

3) Wdrożyć kroki celem ewentualnego objęcia przez istniejącą w łonie Towarzystwa sekcję walki z rakiem funkcji podkomitetu Polskiego Komitetu zwalczania raka (referent prof. dr. Nowicki).

4) Przystąpić do wydawnictwa popularnych broszurek z rozmaitych dziedzin higjeny o dwóch typach, a to dla więcej i mniej inteligentnych czytelników.

5) Przystąpić w jesieni do zorganizowania III-ej serji popularnych wykładów nie tylko we Lwowie, ale i na prowincji.

Serja I-a wykładów popularnych poświęcona była chorobom wenerycznym. Frekwencja na tych wykładach była nader liczna; na dwóch wykładach (dra Krzemickiego) dla mężczyzn było osób 1817, na jednym (dra Hojnackiego) dla kobiet 638.

Wykłady te były objaśniane pokazem licznych przeźroczy i filmu, przedstawiającego powstawanie kiły doświadczalnej u królika i leczenie jej za pomocą salwarsanu.

Serja II-a składa się z następujących wykładów, objaśnianych również pokazem przeźroczy:

Dr. Legeżyński „Co to jest żywy brud?", dnia 14/V.

Doc. Dr. Steusing „O chorobach zakaźnych", dnia 21/V.

Prof. Dr. Nowicki „O chorobie raka i jej zwalczaniu", dnia 28/V

Prof. Dr. Gröer „Ogólne zasady opieki nad dzieckiem", dnia 11/VI.

Dr. Opieński „Alkohol a gruźlica", dnia 18/VI.

Prof. Dr. Cieszyński „Jak zapobiegać chorobom zębów?„ (2 wykłady), dnia 25 i 29/VI.

XIX. Zjazd Chirurgów Polskich.

XIX. Zjazd Chirurgów Polskich odbędzie się w bieżącym roku w Warszawie w dniach 29 i 30 czerwca oraz 1 lipca (czwartek, piątek i sobota).

Tematy programowe są następujące:

1) Wrzód żołądka i dwunastnicy. Referent Prof. Jurasz (Poznań). Koreferent: Dąbrowska Janina (Warszawa) Kilka uwag o wrzodzie okrągłym żołądka na podstawie badań: anatomo-patologicznych.

2) Gruźlica chirurgiczna: a) Gruźlica kości i stawów — docent T. Ostrowski (Lwów) b) Gruźlica narządów wewnętrznych — Prof. Leśniowski (Warszawa). c) Leczenie sanatoryjne gruźlicy chirurgicznej — Dr. Łapiński (Warszawa)

Pozatem zgłoszono dotychczas następujące wykłady:

1) Ambrozewicz. W sprawie operowania przepukliny udowej. 2) Biske: Przyczynek do leczenia padaczki Jacksona. 3) Borkowski. W sprawie leczenia ropni opłucnowych. 4) Drozdowicz. Stan obecny rentgenoterapji głębokiej. 5) Grudzinski. O bezpośrednich i pośrednich objawach rentgenologicznych wrzodu żołądka i dwunastnicy (z pokazem przeźroczy). 6) Dziembowski. O chorobie Hirschsprunga. 7) Kohan. O współistnieniu nowotworów złośliwych z gruźlicą 8) Kołodziejski. O leczeniu guzów krwawnicowych. 9) K·yński. Nowotwory kłębka tętnicy szyjnej (glomus caroticum). 10) Leśniowski. O zbliznowaceniu krezki esicy. 11) Lewenstern. a) Zwężenie odźwiernika po oparzeniu kwasem solnym. b) W sprawie operacyjnego uszkodzenia moczowodów. 13). Mayer. Nowy sposób sztucznego odżywiania w zastosowaniu do leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy. 14) Mossakowski. a) Wpływ usypiania na drobnoustrojobójcze własności surowicy krwi. b) O leczeniu spraw zakaźnych szczepionkami. 15) Radliński. a) Dyskusja do owrzodzenia żołądka i dwunastnicy. b) O leczeniu wynicowania odbytnicy. c) Stanowisko klin. chir. 2-ej w sprawie zapalenia wyrostka robaczkowego. 16) Reklewski. Nowoczesne metody leczenia skoliozy. 17) Rubinrot. O stosowaniu różnego rodzaju promieni w leczeniu gruźlicy chirurg. 18) Rutkowski Jerzy. a) O resekcji naczyń powrózka nasiennego. b) O znaczeniu rozpoznawczem zgłębnika dwunastnicowego. c) Rzadkie powikłania zapalenia wyrostka robaczkowego ropówką gazową. 19) Sawicki Br. a) Powikłania po operacjach na wyrostku robaczkowym. b) Z chirurgji mózgu. c) W sprawie żeber nieprawidłowych. 20) Sławiński. Operacyjne postępowanie w marskości wątroby. 21) Szerszyński. Badania układu sercowo-naczyniowego podczas operacji. 22) Walc. Przyczynek do symptomatologji nosacizny. 23) Wertheim. W sprawie cięcia brzusznego 24) Wojciechowski A. Badanie budowy histolog. 48-śmiu przyp. podstawy krezki 25) Wrześniowski. Operowanie stopy szpotawo-końskiej wklęsłej. 26) Zaorski. O zniekształceniu łędźwiowem.

Zgłoszenia odczytów należy nadsyłać niezwłocznie pod adresem Sekretarza Towarzystwa (Dr. Dobrowolski w Warszawie, Smolna Nr. 6)

Ostateczny termin przyjmowania zgłoszeń 10-go czerwca br.

Podczas Zjazdu odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych. W sprawie wystawy tej należy się zwracać pod podanym wyżej adresem Sekretarza Towarzystwa.

Mieszkania dla uczestników Zjazdu będą zapewnione.

Pierwszy tom Przeglądu Chirurgicznego, zawierający Pamiętnik XVIII Zjazdu Chirurgów Polskich, odbytego w roku 1921, jest w druku.

Docent Dr. W. Reis. Lwów.

O epidemji egipskiego zapalenia oczu w wojsku powstańczem 1830 roku.

Jaglica, jako choroba spojówek, znaną już była w odległej starożytności, opisuje ją, jako jednostkę chorobową, medycyna grecka i arabska, nigdzie jednak nie spotykamy wzmianki o epidemicznem wystąpieniu jaglicy. Dopiero okres wojen napoleońskich sprowadził nagły przewrót. Wiadomem jest, że podczas wyprawy Napoleona do Egiptu w r. 1798, obok innych epidemij, które wybuchły w wojsku francuskiem, pojawiła się także epidemja ostrego zapalenia oczu, zwanego odtąd „egipskiem zapaleniem oczu". (*Ophthalmia aegyptiaca, bellica v. militaris*). W krótkim czasie uległa tej zarazie większość wojsk francuskich; w wojsku angielskiem wystąpiła owa rzekoma jaglica również z wielką gwałtownością. Powracające zaś do Europy obie armje rozniosły tę chorobę prawie po całej Europie. Wojska włoskie, pruskie, austrjackie wykazywały bardzo liczne ogniska epidemiczne. Za wojskiem przeniosła się jaglica we wielu krajach także na ludność cywilną. Ze stosunków w armji rosyjskiej zajmującym dla nas jest fakt pojawienia się zarazy w r. 1818 w garnizonie warszawskim i znacznego jej rozprzestrzeniania się podczas walk polsko-rosyjskich 1831 r. Wspomina o tem Boldt w dziele swem o jaglicy, przytaczając odnośną pracę rosyjskiego autora Tschetirkina.

Z tego okresu mamy jednakże sprawozdanie wiarogodne, spisane przez naocznego świadka, który w powstaniu 1830 roku czynny brał udział, jako pomocnik lekarski, w charakterze „podlekarza asystenta". Był nim Wiktor Feliks Szokalski, późniejszy „ojciec okulistyki polskiej", wówczas 19-letni student warszawskiego uniwersytetu, którego pamiętniki okazały się obecnie w osobnem wydaniu [1])

Było to w fortecy w Modlinie, gdzie stał kwaterą pułk, do którego Szokalski był przydzielony, gdy po powrocie z wypadu w stronę Pułtuska zastał Szokalski w pułku wybuchłą epidemję zapalenia ocznego.

Oto jak Szokalski zdarzenie to opisuje:

„...Z bólem serca wróciłem do moich codziennych zajęć a na nieszczęście przybyło mi wiele roboty, gdyż w bataljonach naszych, w szopach rozlokowanych, wybuchnęła epidemja egipskiego zapalenia oczów, z powodu niewygody w pomieszczeniu, na które był wystawiony nasz żołnierz, mianowicie braku niezbędnego w nocy przykrycia w otwartych barakach, stłoczenia się, a najwięcej z powodu nieznośnego kurzu, pochodzącego od pyłu ze startej na proszek słomy. Codzień przybywało nam chorych po kilkunastu, a żaden z nas lekarzy nie miał o chorobach oczu wyobrażenia [2]).

Doniosłem o tem natychmiast memu ojczymowi, prosząc go o radę, a gdym ją otrzymał, zaraz wedle niej postąpiłem. Szczęściem, że Rudnicki wyjednał sześć płóciennych namiotów, które kazałem rozbić w przyległym bastjonie, i tam umieściłem osobno wszystkich moich chorych na oczy. Potem dostałem trzy beczki, które codziennie zimną świeżą napełniałem wodą. Do każdej beczki dosypywałem po łyżce siarkanu cynku, a felczer, postawiony na straży, pilnował, ażeby każdy chory co parę godzin przemywał sobie oczy. Na nieszczęście wielu oślepło, ale $^3/_4$ całej liczby wyleczyło się. Serce mi się krajało na tę całą sprawę, bo ani wiedziałem, co miałem pod ręką, ani co robię. Strzelałem a Bóg kule nosił. Nikt mi nie pomagał. Owszem, winę całą za oślepłych na mnie składano, zwłaszcza, że ogromna potem była z niemi bieda. Nie można ich było odesłać do domów z powodu ogólnego w kraju zamieszania.

W ten sposób rozpocząłem w kraju mój okulistyczny zawód..."

Przytoczona powyżej notatka historyczna z pamiętników Szokalskiego jest w piśmiennictwie polskiem może jedynym autentycznym dokumentem, stwierdzającym charakter epidemiczny cierpienia ocznego z owych czasów.

Czy jednakże mieliśmy tu rzeczywiście z jaglicą do czynienia? W tym względzie świadectwo Szokalskiego nie może być jeszcze miarodajnem. Spostrzegał tę epidemję zapalenia egipskiego oczu młody medyk, przydany, jako pomocnik, starszemu „sztabslekarzowi", a wiedza okulistyczna tego ostatniego stała tylko na poziomie ogólnej ówczesnej wiedzy lekarskiej. Znaczy to niezbyt wiele, gdyż dopiero lata późniejsze stanowią o przełomie i znacznym postępie w naukach lekarskich.

Dlatego też nowsze badania sceptycznie zapatrują się na ówczesne epidemje jaglicy i raczej są skłonne przypisać ten epidemiczny charakter cierpienia ocznego zupełnie innym czynnikom chorobotwórczym. W szczególności badania bakterjologiczne, jako nabytek czasów nowszych, sporo światła rzuciły na zakaźne zapalenie oczu — najprawdopodobniej mógł ten gwałtowny charakter ówczesnych epidemij zależeć od zakażenia wtórnego, od nieżytu ostrego, wywołanego prątkiem Koch-Weeksa lub dwoinkami wiewiórowemi Neissera.

Epidemje prawdziwej jaglicy należą już dziś do przeżytków historycznych. Wychowani na piśmiennictwie ubiegłego stulecia oczekiwaliśmy, że w obecnej światowej wojnie powtórzyć się mogą epidemje jaglicy na wzór tych z czasów napoleońskich. Sposobności do rozwleczenia zarazy nie brakło — ciągły przemarsz wojsk przez kraje, w których jaglica epidemicznie panuje, przerzucanie wojsk na odległe fronty i powołanie do czynnej służby wojskowej we wszystkich armjach żołnierzy. chorych na jaglicę mogły dać powód do powstania epidemji jaglicy. Tymczasem o epidemji takiej zupełnie nic nie było słychać. Urządzenia sanitarne, zaprowadzone w poszczególnych armjach, mogły częściowo do tego się przyczynić, trudno jednak przypuścić, aby ich jedynie zasługą był zupełny brak epidemicznego charakteru jaglicy. Raczej przypuścić należy, że udoskonalona technika badań, w szczególności bakterjologicznych, wyjaśniła niejedną fałszywie alarmowaną epidemję jaglicy, jako ostry nieżyt wywołany prątkiem Koch-Weeksa. Przemawiają za tem własne spostrzeżenia poczynione podczas służby wojskowej oraz spostrzeżenia innych autorów (Königstein, Peters), którzy mile byli zdziwieni tym brakiem epidemicznego charakteru jaglicy podczas wojny światowej.

Dane powyższe zmuszają do zastanowienia się nad tym objawem i do przewartościowania dawnych pojęć o charakterze epidemicznym jaglicy.

---

[1]) W. F. Szokalski: Wspomnienia z przeszłości. Z rękopisu wydał i przedmową opatrzył Adam Wrzosek. Wilno 1921 r.

[2]) Ojczymem Szokalskiego był Kowszewicz, „sztabslekarz przy nowo-uformowanym pułku 17 piechoty linjowej".

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy P. P. Okręg łódzki.

Zarząd Związku lekarzy P. P., zmuszony okolicznościami, zawarł następującą umowę z Zarządem Kasy chorych w Łodzi.

§ 1.

Od dnia podpisania przez obie kontraktujące strony umowy niniejszej wszystkie posady lekarzy w Kasie chorych m. Łodzi będą obsadzane przez Zarząd Kasy chorych z listy, przedstawianej przez Związek Lekarzy P. P. według klasyfikacji Związku.

Jeżeli jednak Związek Lekarzy P. P. w ciągu 3-ch tygodni od chwili zgłoszonego przez Kasę Chorych zapotrzebowania nie przedstawi odpowiedniego kandydata na dane stanowisko w Kasie Chorych m. Łodzi, to Kasa Chorych otrzymuje wtedy wolną rękę w angażowaniu potrzebnego jej lekarza pod warunkiem wszakże przedstawienia kandydata Związkowi Lekarzy P. P. do zaopinjowania.

§ 2.

Do dnia 1 maja 1922 r. Kasa chorych m. Łodzi z 300 godzin ambulatoryjnych dziennych obsadzi 220 godzin, pozatem 10 posad lekarzy rejonowych, jedną posadę lekarza półdzielnicowego z listy klasyfikowanej, przedstawionej do tegoż dnia przez Związek Lekarzy P. P.

§ 3.

W razie sprzeciwu Kasy Chorych m. Łodzi w zakresie klasyfikacji lekarzy przez Związek — sprawy przeniesienia kandydatów z jednej kategorji listy do innej zostają rozstrzygane przez Komisję kwalifikacyjną.

Komisja kwalifikacyjna od dnia zawarcia niniejszej umowy do dnia 1 maja 1922 r. składać się będzie z dwóch przedstawicieli Związku Lekarzy P. P., dwóch przedstawicieli Kasy Chorych m. Łodzi, oraz superarbitra Dra Skalskiego, Dyrektora Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia w Łodzi.

Od 1 maja 1922 r. Komisja kwalifikacyjna składać się będzie z dwóch przedstawicieli lekarzy Kasy Chorych m. Łodzi oraz jednego członka zarządu naczelnego lekarza Kasy Chorych i wybranego wspólnie superarbitra.

§ 4.

Z dniem 25 kwietnia 1922 r. członkowie Związku Lekarzy P. P. przystępują do pracy w Kasie Chorych m. Łodzi.

Jednak lekarze fabryczni w fabrykach: Geyera, Scheiblera, Poznańskiego, Kröninga, Gazowni, Steinerta, Bennicha, Stolarowa, Franciszka Ramischa, Gutmana, Wienera, Kindermana, Leonhardta Woelkerta i Gilbardta, Allart-Rosseau, ewentualnie w Elektrowni i Tramwajach, rozpoczynają swą pracę już z dniem podpisania umowy niniejszej i na warunkach, na jakich dotychczas ordynowali. Od dnia 1 maja 1922 r. nastąpi ostateczne ustalenie warunków tych lekarzy w sposób niżej umówiony.

Również z dniem 25 kwietnia 1922 r. Kasa Chorych miasta Łodzi rozwiązuje swoje umowy z Dr. Englem i Chylewskim i zwalnia ich z zajmowanych w Kasie Chorych stanowisk.

§ 5

Kasa Chorych m. Łodzi na warunkach umówionych w niniejszej umowie ze Związkiem Lekarzy Państwa Polskiego zawiera oddzielne umowy:

1) Z lekarzami, którzy przyjmować będą chorych niezależnie od ilości godzin tylko w ambulatorjach Kasy chorych m. Łodzi za wynagrodzeniem ryczałtowem, lub też z lekarzami, którzy pracować będą w ambulatorjach kasowych za wynagrodzeniem ryczałtowem, chorych zaś odwiedzać będą w ich mieszkaniach za wynagrodzeniem od wizyty, przyczem za ambulatorjum Kasy Chorych miasta Łodzi uważa się również ambulatorjum fabryczne.

2) Z lekarzami rejonowymi, półrejonowymi i dzielnicowymi.

3) Z lekarzami, którzy mogą przyjmować w domu w spe-

cjalnościach wcale lub niedostatecznie reprezentowanych w ambulatorjach Kasy Chorych m. Łodzi.

Z lekarzami fabrycznymi Kasa Chorych m. Łodzi zawiera umowy czasowe, zależnie od ogólnego planu organizacji Kasy, przyczem w razie następnych zmian lekarz fabryczny otrzymuje odpowiedni równoważnik pracy.

Obłożnie chorym przysługuje prawo leczenia się u lekarza rejonowego, lub u jednego z lekarzy pracujących w dzielnicy chorego. Lekarze ci nie mogą odmówić odwiedzenia tych chorych

Rozwiązywanie tych oddzielnych umów następować może według zwyczajowych warunków, t. j. na 3 miesiące zgóry od dnia zawiadomienia jednej strony przez drugą o wypowiedzeniu umowy.

§ 6.

Wynagrodzenie za jedną godzinę pracy ambulatoryjnej dziennie wynosić będzie 35.000 mk. (trzydzieści pięć tysięcy marek) miesięcznie, oraz zwrot kosztów przejazdu tramwajem dla lekarzy ambulatorjów w Widzewie na Szpitalnej 2, na Łagiewnickiej 46, oraz ambulatorjów Tow. Akc Scheiblera. Wynagrodzenie to zmieniać się będzie w miarę zmiany conajmniej ponad 5% spółczynnika drożyźnianego, ogłaszanego przez Komisję miejscową do badania zmian kosztów utrzymania w Łodzi.

§ 7.

Płaca za wizytę w domu chorego wynosić będzie: za wizytę dzienną 1000 mk. (tysiąc marek), za wizytę nocną 2000 mk. (dwa tysiące marek), zaś za wizyty dzienne w niedzielę i święta po 1500 mk. (tysiąc pięćset marek).

Kartki zgłoszone do godz. 2-giej popołudniu — zimą, zaś do godziny 3-ej popołudniu — latem, oraz wizyty nagłe powinny być załatwione w dniu zgłoszenia.

Wizyty zgłoszone przed 7-ą wieczorem uważa się za dzienne zgłoszone zaś po 7-mej wieczorem za nocne.

§ 8.

Płaca lekarza rejonowego odpowiada płacy lekarza w ambulatorjum za 5 godzin ambulatoryjnych, zaś płaca lekarza dzielnicowego odpowiada płacy za 6 godzin ambulatoryjnych.

§ 9.

Płaca za poszczególne zabiegi lekarskie i płaca lekarzy fabrycznych od dnia 1-go maja 1922 r. zostaną uregulowane przez Komisję w tym celu wybrane, które w terminie od 22-go do 30 go kwietnia 1922 roku opracują cennik poszczególnych zabiegów i normę płacy lekarzy fabrycznych.

Komisja do opracowania poszczególnych zabiegów lekarskich i ułożenia dla nich cennika składać się będzie z przedstawicieli Związku Lekarzy P. P.

Komisja do unormowania płacy lekarzy fabrycznych składać się będzie z przedstawicieli Związku Lekarzy i delegata Kasy Chorych m. Łodzi.

§ 10.

Każdy z lekarzy Kasy Chorych m. Łodzi ma prawo do 4-tygodniowego urlopu w stosunku rocznym, przyczem lekarze ambulatoryjni otrzymują urlop bezpłatny, zaś lekarze rejonowi i dzielnicowi urlop płatny.

§ 11.

Umowa niniejsza obowiązuje obie kontraktujące strony na terenie działalności Kasy chorych m. Łodzi na czas nieograniczony. Gdyby wszakże którakolwiek ze stron pragnęła umowę niniejszą rozwiązać, winna ją wypowiedzieć naprzód na 9 miesięcy, licząc od dnia zawiadomienia o tem strony drugiej.

Sprawa wynagrodzenia może jednak być poddana rewizji od dnia 1-go lipca 1922 r.

Łódź, dnia 20 kwietnia r. 1922.

Umowę podpisali przedstawiciele.

ze strony Kasy Chorych m. Łodzi i ze strony Związku Lekarzy P. P.

Odezwa.

Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 stycznia 1922 (Monitor L. 69 z 24 marca) ma być wprowadzona bezpłatna pomoc lekarska dla urzędników i ich rodzin. Pomocy tej udzielać mają lekarze urzędowi lub kontraktowi stale lub ryczałtowo płatni, za poradę zaś lekarską od poszczególnego wypadku rząd wyznacza 200 mp honorarjum.

Cały ten projekt przyszedł do skutku bez zapytania się lekarzy i bez porozumienia się z ich reprezentacją zawodową, co należało uczynić. Jeżeliby ten sposób postępowania zastosowano do jakiejkolwiek innej kategorji wolnych zawodów bez porozumienia się z nimi, np. aptekarzy, adwokatów, drukarzy i t. d., wywołałoby to niewątpliwie bardzo głośne protesty ze strony interesowanych.

Przeciwko tej próbie zsocjalizowania wolnego zawodu lekarskiego, której następstwem będzie zeschematyzowanie pomocy lekarskiej, bez pożytku dla interesowanych, jak tego przykłady mamy na Kasach chorych, musimy stanowczo i energicznie zaprotestować. Stoimy na stanowisku, że pomoc lekarska powinna być rzeczą prywatną i pozostawioną wzajemnemu zaufaniu, a nauka lekarska może wtedy tylko czynić postępy i być dla społeczeństwa pożyteczną, jeżeli się opiera na wolnym wyborze lekarza. Lekarze uznają sami niekorzystne materjalne położenie szerokich warstw urzędników, niedostatecznie wynagradzanych, i z tem się licząc, obniżają z własnej inicjatywy wysokość pobieranego honorarjum i skłonni są do jak najdalej idących opustów.

Z wymienionych powodów Wydział Związku okręgowego wr az z reprezentacjami zrzeszeń i towarzystw lekarskich uchwalił przestrzedz wszystkich Kolegów, aby nie zawierali żadnych wiążących umów w celu obejmowania posad w utworzyć się mających ambulatorjach, aż do załatwienia rozpoczętej ze strony organizacyj lekarskich akcji, mającej na celu przeprowadzenia jedynie dla obu stron korzystnego i godnego systemu wolnego wyboru lekarza.

We Lwowie, dnia 5-go maja 1922.

Prof. Dr. Władysław Bylicki prezes Tow. ginekologicznego lwowskiego. — Prof. Dr. Antoni Cieszyński, przewodniczący Związku lekarzy dentystów lwowskich. — Prof. Dr. Marjan Franke, przewodniczący Towarzystwa lekarskiego lwowskiego. — Prof. Dr. Włodzimierz Łukasiewicz, przewodniczący Tow. dermatologicznego lwowskiego. — Dr Władysław Kohlberger, prezes Tow. psychjatrów polskich. — Dr. Jan Papée, prezes Związku lekarzy wschodniej Małopolski. — Prof. Dr Roman Rencki, prezes Tow. lekarzy polskich b. Galicji. — Prof. Dr. Hilary Schramm, przewodniczący Tow. chirurgicznego we Lwowie. — Prof. Dr. Teofil Zalewski, przewodniczący Tow. otolaryngologicznego.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego.

Protokół 212 posiedzenia Wydziału w dniu 4 maja 1922.

Obecni: Przewodniczący Dr. Cercha, Prezydent Izby Lekarskiej Dr. Strzemieński, oraz 8 członków Wydziału i Dr. Herman Kraus z Rzeszowa.

W sprawie podwyższenia należytości za czynności sądowo-lekarskie uchwalono zwrócić się z odpowiednim memorjałem do ministerjum sprawiedliwości.

Dr. Cercha i Dr. Grzybowski zdają sprawę z pobytu w Warszawie na Walnem Zgromadzeniu Delegatów Związku lekarzy P. P. Uchwalono zamieścić w protokole przemówienie Dr. Cerchy na tem zgromadzeniu w całej rozciągłości i podać je do wiadomości członków.

Uchwalono zawiadomić Dra Teofila Guzika z Uścia solnego, Dr. Stan. Walerego Nowaka ze Starego Sącza i Dra Schimla z Kozowej, iż w myśl uchwały Wydziału, ogłoszonej zresztą w marcu b. r. w odezwie, nie wolno im przyjmować posad lekarzy dla leczenia funkcjonarjuszy państwowych na rachunek rządu.

Członkom, którzy wystąpili byli ze Związku, a chcą wstąpić ponownie, uchwalono odpisać, iż według regulaminu muszą zapłacić wkładki do Związku i do Kasy pogrzebowej za czas od swego wystąpienia.

Według brzmienia statutu odmówiono pożyczki Dr. D.

Przesłano taryfę za zabiegi dentystyczne dla Kas Chorych Dr. Maurycemu Spirze z Rzeszowa. Odpowiedziano Drowi Wachowiczowi ze Sułkowic, iż Związek wniesie odpowiedni memorjał do Min. Zdrowia Publ. w sprawie niewypłacania lekarzom okręgowym należytości za szczepienie ospy i za podwody, względnie komisje. Co się tyczy szczepienia w bieżącym roku, to lekarze okręgowi muszą szczepić, względnie zażądać podwody, zamówionej i opłaconej przez rząd, albo zrzec się posady lekarza okręgowego.

Uchwalono podziękować dyr. szpit. Drowi Pajączkowskiemu z Sanoka za podjęcie się zorganizowania kolegów w powiecie sanockim, liskim, brzozowskim i dobromilskim.

Odpowiedziano Drowi Ružičce w Zatorze, iż z powodu bandyckich napadów na lekarza, wezwanego w nocy do rzekomo lub istotnie chorego, należy w podejrzanych przypadkach zażądać od wzywających go osób asystencji policji państwowej na koszt chorego, czy też osoby wzywającej.

Uchwalono wypłacić T. S. L., jako dar narodowy 3-go maja, tysiąc marek.

Protokół 213 posiedzenia Wydziału w dniu 11 maja 1922.

Obecni: Prezydent Izby Lekarskiej Dr. Strzemieński, oraz 7 członków Wydziału.

Na żądanie Koła w Tarnowie uchwalono zwrócić się do Min. Zdrowia Publ., aby konkursy na posady lekarskie rządowe ogłaszano w „Nowinach Lekarskich", organie Związku Lekarzy Państwa Polskiego, i w „Polskiej Gazecie lekarskiej", organie Związku Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego, a nie obsadzano bez konkursu w przyszłości posad, jak się to stało niedawno w Tarnowie. Podobny memorjał wniesie zapewne na prośbę Wydziału Związek lek. P. P. w Warszawie, oraz jego Okręg Wielkopolski i Pomorski w Poznaniu.

Na wniosek kol. Dr. Józefa Mallika z Radymna uchwalono wytłoczyć cegiełki, opiewające na 500 mk, z przeznaczeniem na fundusz Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierót po członkach Związku. Bloczki po 20 cegiełek ma się rozesłać członkom celem zużywania ich przy każdej sposobności, kiedy lekarz nie chce, lub mu nie wypada przyjmować wynagrodzenia.

Celem przygotowania przyszłych lekarzy do życia społecznego uchwalono zwrócić się do prof. Dra Witolda Orłowskiego o odstąpienie sali wykładowej w klinice lekarskiej do urządzania odczytów i pogadanek dla słuchaczy medycyny. W wykładach tych zaznajomiłaby się młodzież lekarska z warunkami, pracą, obowiązkami i prawami, jakie czekają na nią w przyszłem życiu społecznem. W samych posiedzeniach Wydziału Związku mogłoby brać udział dwóch delegatów z pośród słuchaczy wyższych lat bez prawa głosu.

Przewodniczącego Dr. Cerchę zastępować będzie przez lato zastępca przewodniczącego Dr. Żydłowicz.

Na życzenie wielu kolegów a konkretny wniosek kol. Mallika uchwalił Wydział wydawać cegiełki po 500 mk. na wzmoże-

nie funduszu Jordana dla niezaopatrzonych wdów i sierót po członkach Związku, Zbieranie takiego funduszu jest wprost palącą sprawą. Mało chyba między lekarzami jest takich, coby z praktyki pozostawili teraz swej rodzinie taki majątek, z którego odsetki mogłyby wystarczyć na skromne bodaj utrzymanie.

Lekarze wyświadczają w swej praktyce dużo usług, za które się nie przyjmuje lub przyjąć nie wypada zapłaty, ale wypada i nawet należy sprzedać jedną i drugą cegiełkę dla zbożnego dzieła na rzecz nam najbliższych.

Cegiełki w liczbie najmniej 20 sztuk można zamawiać u zawiadowcy funduszu Jordana Dra Wład. Żydłowicza w Krakowie, Florjańska 22.

Dr. *Kostecki*, sekretarz. Dr. *Cercha*, przewodniczący.

† Dr. Feliks Sielski.

Dnia 13 maja zmarł nagle znany ginekolog lwowski Dr. Feliks Sielski w swoim majątku Witwicy pod Bolechowem. Kończył on studja lekarskie w Wiedniu, a w położnictwie i ginekologji kształcił się na klinice prof. Chrobaka i, jako asystent prof. Rokitańskiego, w Maria-Theresien-Spital, poczem osiadł we Lwowie, gdzie się cieszył nietylko rozległą praktyką, ale i przyjaźnią tych, którzy go znali. Nieśmiały, skromny, gołębiego serca, umiał jednak dać z siebie więcej, jakby można było sądzić z pozorów. Zostawił on też po sobie stały ślad w nauce dwiema pracami, które nazwisko jego uczyniły znanem, a z któremi się każdy musi liczyć, ktokolwiek zamierza pisać o zmianach położenia macicy.

W swej skromności przyniósł on razu jednego piszącemu to wspomnienie rękopis pracy, niemieckiej, z prośbą o osądzenie, czy warta ogłoszenia. Tytuł jej był: *Zur Mechanik der normalen und pathologischen Lageveränderungen der Gebärmutter*, ogłoszonej w Zentralblatt für Gynäkologie w r. 1897. W pracy tej spotkałem się z tylu nowemi zapatrywaniami i przedstawieniem ciśnienia śródbrzusznego w tak nowem oświetleniu, że miałem uczucie zazdrości. A gdy w tym samym roku odbywał się w Lipsku Kongres ginekologów niemieckich, prof. Olshausen, który referował o sprawie odgięcia macicy, ocenił pracę Sielskiego jako największej uwagi godną w sprawie zboczeń w położeniu macicy. Na szerszy sposób rozwinął swe myśli Sielski w pracy drugiej: *„Die Retroflexionsstreitfragen"*. W tych dwu pracach dał on nową podstawę do zapatrywań na powstawanie wad położenia. Dziś sprawa ta zupełnie poszła w zapomnienie nie dlatego, aby upadła, ale dlatego, że i w nauce bywa moda na pewne w pewnym czasie ulubione tematy z zaniedbaniem innych.

Co do mnie jednak, to mogę śmiało twierdzić, że myśli śp. Sielskiego, wyrażone we wzmiankowanych pracach, nie zaginą i powróci się do nich kiedyś ze zdziwieniem, że się o nich zapomniało. Dlatego też i nad tem życiem, które przerwane zostało, uważałem za godne nie przejść do porządku dziennego prostą wiadomością o smutnem wydarzeniu bez powiadomienia o istotnych wartościach Zmarłego, który już przed kilkunastu laty, usunąwszy się od praktyki, zamieszkał na wsi i dlatego młodszemu pokoleniu lekarzy nie był znany. *W. Bylicki.*

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Francuskie Towarzystwo dermatologów i syfilidologów mianowało członkami korespondentami zagranicznymi prof. Dr. Wł. Łukasiewicza, prof. dr. J. Lenartowicza, doc. dra R. Leszczyńskiego i doc. Dr. F. Waltera.

Zarząd Biblioteki Krakowskiego Towarzystwa lekarskiego składa serdeczne podziękowanie Kol. A. Hejmanowi ze Sosnowca za cenne prace śp. Ojca jego Dra Teodora Hejmana ofjarowane Bibljotece Towarzystwa.

Lwów.

XXI. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek dnia 9 czerwca b. r. o g. 6-ej w Poliklinice, ul. Lindego l. 5

Wykłady: 1) Kol. Węgłowski „Zstąpienie jąder a sprawy patologiczne w okolicy pachwinowej". 2) Kol Wiczyński „Etiologja zaśniadu groniastego i nabłoniaka kosmówkowego".

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Uroczystość nadania doktoratów honorowych Uniwersytetu Jana Kazimierza odbyła się dnia 30 z. m. w obecności zastępców nowomianowanych doktorów, przedstawicieli władz i wyższych uczelni, oraz bardzo licznej publiczności i młodzieży. Doktoraty honorowe otrzymali: teologji ks. kardynał Dezydery Mercier. prymas belgijski, praw. prezydent ministrów Rzeczypospolitej Francuskiej Rajmund Poincaré i marszałek Francji Ferdynand Foch, medycyny minister handlu Stanów Zjednoczonych Ameryki półn. Herbert Hoover i filozofji profesor Uniwersytetu Harvarda Massachutes w St. Zjedn. Ameryki północnej Robert Howard Lord.

Rada zawiadowcza Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji uchwaliła na posiedzeniu z dnia 19-go maja b. r.

1) Rozpisać konkurs na dzierżawę folwarku w Morszynie od 1-go kwietnia 1923 r. z terminem wnoszenia ofert do 30-go czerwca b. r.

2) Podwyższyć pensje dla wszystkich wdów i sierót po członkach Towarzystwa do wysokości 6000 Mp. rocznie od dnia 1-go stycznia b r. — Ponadto wielu wdowom i sierotom przyznano niezależnie od pobieranej pensji doraźne zapomogi w kwocie od 2—5000 Mp.

3) Przyjąć do wiadomości z podziękowaniem sprawozdanie Prezesa, który zwiedził Zakład i przekonał się, że przygotowania do rozpoczęcia sezonu są na ukończeniu i dają rękojmię możliwych wygód d'a kuracjuszów, którzy z tego zdrojowiska korzystać będą.

Ponadto zawiadamia Rada zawiadowcza, że wskutek niedopatrzenia administacji Pol. Gazety Lek. czeki Towarzystwa rozesłano niewłaściwie do niecżłonków — wobec czego uprasza się, aby niecziłonkowie Towarzystwa z czeków tych niekorzystali a to w celu uniknięcia trudności w obliczaniu się Towarzystwa z administracją pisma.

Termin Walnego Zgromadzenia delegatów Towarzystwa będzie ogłoszony w najbliższym czasie. Przedtem ukaże się w Gazecie lek. sprawozdanie kasowe.

Warszawa.

Dr. Z. Bronowski otrzymał, jako docent, na tutejszym Wydziale lekarskim veniam legendi z chorób wewnętrznych.

Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy polskich ukonstytuował się, jak następuje: na prezesa powołano kol. Bączkiewicza, na wiceprezesa kol. Orła, na skarbnika kol. Gruszczyńskiego, na gospodarza lokalu kol. Skowrońskiego (wszystkich ponownie). Sekretarzem I został kol. Rakowski, sekretarzem II kol. Podczaski.

Na Walnem Zebraniu Tow. Otorinolaryngologicznego, które odbyło się w Warszawie d. 19 i 20 maja r. b., zostali wybrani jednogłośnie na członków honorowych Towarzystwa: prof. Ant. Jurasz (z Poznania), prof. Teodor Heryng i prof. Alfred Sokołowski (z Warszawy).

Do Zarządu Towarzystwa weszli: jako prezes — prof. Erbrich, wiceprezes I kol. Szmurło, II kol. Guranowski, sekretarz — kol. Tuz, skarbnik — kol. Gumiński. Do komisji rewizyjnej: kol. Gantz, Lubliner, Pąski i Turski.

Postanowiono wydawać kwartalnik p. t. Przegląd Otorinolaryngologiczny i powołano do komitetu redakcyjnego kolegów: Erbricha, Gantza, Guranowskiego, Srebrnego, Szmurłę i Szumlańskiego (z Warszawy), prof. Jurasza (z Poznania) i Doc. Nowotnego (z Krakowa), prócz tego pozostawiono dwa miejsca wolne dla przedstawicieli Lwowa i Wilna, do czasu przystąpienia specjalistów z tych miast do grona członków Towarzystwa.

Walka z gruźlicą. Z końcem zeszłego miesiąca odbyły się obrady Komitetu walki z gruźlicą. W obradach wzięli udział p. minister Zdrowia dr. Chodźko, dr. Trenkner, prof. Sokołowski, prof. Wiczkowski, dr. S. Sterling, dr. K. Dąbrowski, Gerlach, Hubner przedstawiciel Tow. walki z gruźlicą w Poznaniu, dr. Pawłowicz, przedstawiciel Kasy chorych w Warszawie, dr. St. Rudzki przedstawiciel Min. spr. wojsk.. Dałkiewicz przedstawiciel Min. rolnictwa i inni. Obrady zagaił dr. Chodźko, poczem dr. Dąbrowski wygłosił referat o programie rządu w walce z gruźlicą. Następnie zgłoszono szereg wniosków.

Łódź.

Stacja światłolecznicza magistratu miasta Łodzi. Przy sekcji do walki z gruźlicą Wydziału Zdrowotności Publicznej otwartą została w dniu 15 maja stacja leczenia gruźlicy pozapłucnej przy pomocy dwu lamp Kischa (metoda profesora Biera).

Tym sposobem urzeczywistnione zostaje zadanie Sekcji, nakreślone w chwili jej powstania, a nieurzeczywistnione dotąd jedynie z powodu trudności technicznych (w Polsce takich lamp nie wyrabiają).

Doborem chorych, kwalifikujących się do leczenia, zawiadywać będzie chirurg Sekcji, który też obejmie kontrolę nad działalnością Stacji światłoleczniczej i nad przebiegiem wyników leczenia

Szkoły, ochrony, ambulatorja, zarówno jak i lekarze prywatni, mogą kierować niezamożne dzieci z gruźlicą pozapłucną do Sekcji, gdzie chirurg zadecyduje o potrzebie i możności leczenia danego przypadku lampą Kischa.

Stacja światłolecznicza czynną jest w godzinach od 9 — 1 i od 3 — 5.

Zmarli.

Z. Mieczysław Grabowski, zwycz. prof. anatomji patologicznej Akademji weterynaryjnej i były jej rektor, zmarł we Lwowie.

Konkurs.

W powiecie Warszawskim jest do obsadzenia posada pomocnika lekarza powiatowego z poborami VIII (ósmego) stopnia służbowego urzędników państwowych wraz z odnośnemi dodatkami drożyźnianemi ze stałą siedzibą urzędową przy Starostwie w Warszawie. Podania należy wnosić do Wydziału Prezydjalnego Urzędu Wojewódzkiego do dnia 24 czerwca 1922 r. dołączając do podania:

a) dokładny życiorys;
b) metrykę urodzenia;
c) świadectwa z ukończonych studjów lekarskich;
d) świadectwa z odbytej praktyki lub ze służby poprzedniej;
e) dowód obywatelstwa polskiego;
f) świadectwo zdrowia wydane przez lekarza państwowego.

Posada powyższa zostanie nadaną narazie prowizorycznie.

Wojewoda: *Sołtan*, w. r.

Nr. 24. 11 czerwca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Izydor Hescheles i Stanisław Progulski. Lwów.

Wpływ środków farmakodynamicznych na sprawy zapalne.

(Z Kliniki pedjatrycznej Uniwers. Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. Franciszek Gröer).

Żywa skóra ludzka należy do narządów, nadających się szczególniej do badania zmian na niej wywołanych. W badaniach tych rozchodzi się nie o nowo wytworzone stosunki anatomiczne, jako ostateczny wytwór zapalenia, lecz raczej o stronę czynnościową tego procesu, jako odczynu żywej komórki na zadany bodziec. Okazało się, że cały szereg środków farmakologicznych, wprowadzonych śródskórnie, wywiera właściwe sobie farmakodynamiczne działanie, wyrażające się stałym odczynem. Badania w tym kierunku mogły być przeprowadzone na większą skalę dopiero od czasu, gdy opracowano odpowiednią metodykę, pozwalającą z łatwością dokonać eksperymentu in vivo, a natężenie wywołanych zmian i czas potrzebny na ich wystąpienie zanotować. Podana przez Gröera i Hechta, polega na dokładnem zastrzykiwaniu w skórę równolegle do jej powierzchni cieniutką igiełką 0·1 danego rozczynu. Na miejscu wstrzyknięcia powstaje wypuklenie o średnicy mniej więcej 10 mm. Rozczyny rozmaitych ciał, jakie wprowadzamy, okazują zawsze jeden z trzech typów działania. Jedne, jak np. adrenalina i jej pochodne, podobnie pituitryna, wywołują ostro odcinające się zblednięcie, drugie, jak np. kofeina, sprowadzają ograniczone zaczerwienienie skóry, inne wreszcie sprawiają charakterystyczny bąbel z gwiazdkowatemi wypustkami, uderzająco podobny do naturalnej pokrzywki. Ten ostatni odczyn jest właściwym wszelkim wprowadzonym śródskórnie ciałom obcym i występuje tak po wstrzyknięciu alkaloidów, jak np. morfiny atropiny, jak i peptonu lub wyciągów z organów ustroju. Przyczyną tych miejscowych odczynów jest w pierwszym przypadku skurcz naczyń skórnych, sprawiający wybitną niedokrewność, w drugim rozszerzenie czyli przekrwienie, w ostatnim wreszcie przypadku bąbla działanie limfopędne i wysięk limfy poza ścianki naczyń. Napięcie odczynów zależy od stopnia rozcieńczenia danego środka, a bywa ono bardzo wyraźne nawet w niezwykle znacznych rozcieńczeniach, jak np. morfiny lub adrenaliny w 1 : 10—20 miljonowych. Natężenie odczynu i czas jego wystąpienia może nadto zależeć od innych jeszcze czynników, któremi są np. osobnicza wrażliwość układu naczyniowego w skórze. Na nią znów wpływać mogą warunki ogólne, bądź miejscowe. Tu zaliczyć należy ustrojowość badanego osobnika, stan chorobowy, np. gorączka lub zapalenie.

Wyzyskując mnogość warunków, w jakich badanie dokonać się daje, poddaliśmy spostrzeganiu wpływ miejscowego skurczu naczyń, rozszerzania oraz działania limfopędnego na równocześnie i w temsamem miejscu sztucznie wywołane zapalenie skóry. Jako bodźców zapalnych użyliśmy jadów tj. tuberkuliny i toksyny błoniczej. Obydwa te ciała mają odmienny mechanizm toksycznego działania na ustrój a posługiwać się niemi można tylko u osobników na jady powyższe wrażliwych.

Tuberkulina jest jadem wtórnie działającym, albowiem odczyn przez nią wywołany jest wynikiem zadziałania jej na swoiście naczulone komórki ustroju zakażonego gruźlicą, gdy tymczasem jad błoniczy uszkadza protoplazmę komórki, bez współdziałania jakichkolwiek wtórnych czynników, o ile ustrój pozbawionym jest swoistej antytoksyny. Wstrzykiwań przeto dokonywaliśmy w pierwszym przypadku u dzieci zakażonych gruźlicą, w drugim u pozbawionych normalnej antytoksyny błoniczej.

Technika doświadczenia polegała na wyżej wymienionej zasadzie równoczesnego działania czynnika farmakodynamicznego i bodźca zapalnego na skórę. W tym celu wstrzykiwaliśmy śródskórnie mięszaninę rozczynów starej tuberkuliny Kocha w stosunku 1 : 10.000, lub jadu błoniczego o stężeniu 1/5 najmniejszej dawki śmiertelnej (dla świnki morskiej) wraz z adrenaliną w rozcieńczeniu 1 : 5000—1 : 100.000 lub też z kofeiną 1 : 20—1 : 100, albo wreszcie z morfiną 1 : 1000—1 : 10 000. Równocześnie w symetryczne miejsca, najdogodniej w skórę pleców, wprowadzony o temsamem stężeniu rozczyn jednego z jadów z solą fizjologiczną stanowił odczyn kontrolny.

Wyniki całego szeregu doświadczeń [1]) przedstawiają się następująco:

1) czynniki, zwężające miejscowo naczynia (adrenalina, pituitryna), wywierają na przebieg i sumę odczynu tuberkulinowego wpływ wybitnie hamujący. Te same czynniki wzmagają odczyn jadu błoniczego (znany jako odczyn Schicka). Zauważyć należy, że działanie adrenaliny jest znacznie wybitniejsze, niż pituitryny.

2) Ciała rozszerzające miejscowo naczynia (kofeina), wzmagają odczyn tuberkulinowy, podczas gdy na odczyn jadu błoniczego wywierają wpływ raczej hamujący.

3) Ciała, działające miejscowo limfopędnie (morfina, pepton), wybitnie osłabiają i opóźniają odczyn tuberkulinowy i odczyn jadu błoniczego.

4) Nasilenie zmian, wywołanych odpowiednim środkiem farmakodynamicznym, pozostaje u tego samego osobnika w prostym stosunku do stężenia tegoż ciała, natomiast u różnych osobników podlega osobniczym wahaniom.

To odmienne zachowanie się tuberkuliny i jadu błoniczego wobec czynników farmakodynamicznych daje się wytłómaczyć różnym mechanizmem patogenezy procesów zapalnych. Można przypuścić, że adrenalina i jej podobne, zwężając naczynia, utrudnia dostęp wtórnym, naczulającym czynnikom do miejsca wstrzyknięcia tuberkuliny, przez co też odczyn tuberkulinowy nie może się ujawnić w całej pełni. Na działanie jadu błonicy utrudnienie dopływu krwi i limfy do miejsca wstrzyknięcia nie może mieć podobnego wpływu, ile że jad ten działa pierwotnie toksycznie. To też ujawnia się tu jedynie utrudnienie wessania jadu dzięki działaniu adrenaliny, a co za tem idzie — przedłużenie czasu zetknięcia wstrzykniętego jadu z żywą tkanką. Dzięki temu nasileniu pierwotnego uszkodzenia tkanki przez jad błoniczy zablokowany przez adrenalinę, odczyn Schicka występuje silniej pod wpływem działania zwężającego naczynia.

Kofeina, działając wprost przeciwnie, niż adrenalina (rozszerzająco), ujawnia też i wprost przeciwne działanie.

Hamujące działanie środków limfopędnych wobec pierwotnie jak i wtórnie działających jadów zapalnych, da się dostatecznie wyjaśnić rozcieńczeniem wprowadzonego jadu przez nagromadzoną limfę i przyspieszeniem wessania wprowadzonego jadu dzięki wywołaniu miejscowego bąbla.

Dr. Alfred Laskiewicz. Asyst. kliniki chorób krtani, tchawicy, gardła i nosa, U. J. Kraków.

O znaczeniu migdałków.

Najdawniejsza teorja, uważająca migdałki za nagromadzenie gruczołów mieszkowych, wyścielonych błoną śluzową, których wydzielina przyczynia się do łatwiejszego przesu-

---

[1]) Część doświadczeń wykonał Dr. W. Stütz.

wania się kęsu pokarmowego przez połyk, łączy się z nazwiskami Luschki, Bosworth a i Rossbacha.

Hixton Fox i Scanes Spicer utrzymywali, iż zadaniem migdałków jest wchłanianie nadmiaru śliny, jakoteż cząstek pokarmowych z jamy ustnej, zaś zadaniem migdałka gardzielowego, wydzieliny nosa i łez, by je napowrót wprowadzić do krwiobiegu.

Temu zapatrywaniu o czynności chłonnej migdałków, przeciwstawia Stöhr w swej pracy „o przechodzeniu leukocytów przez przybłonek migdałkowy, na zewnątrz“, teorję wydzielania ciałek białych z wnętrza migdałka w kierunku jego powierzchni. Brieger rozszerzył to zapatrywanie w swej teorji o „obronnej roli migdałków w ustroju“, przypisując im zdolność wydzielania nie tylko ciałek białych, lecz także surowicy krwi na zewnątrz. To stałe przepływanie limfy przez przybłonek na powierzchnię migdałka, wywołane przez różnicę ciśnień naczyń limfatycznych doprowadzających a powierzchnią gardzielową migdałka ma, zdaniem jego, działanie ochronne, najpierw czysto mechaniczne, nie dozwalające na wtargnięcie drobnoustrojów do wnętrza migdałka, a powtóre o wiele donioślejsze działanie bakterjobójcze. To też przerost migdałków jest, według Briegera, powiększeniem się tego narządu w celu zwiększenia jego funkcji. Mimo to migdałków podniebiennych nie można uważać za narząd pod względem czynności swoiście wyodrębniony; są one integralną częścią pierścienia połykowego Waldeyera, w którego skład wchodzą, prócz wyżej wymienionych, także migdałek gardzielowy i językowy. Pod względem budowy histologicznej nie różnią się one prawie od tworów gruczołowych, nagromadzonych w postaci mieszków limfatycznych pod przybłonkiem i okazujących również żywe przechodzenie ciałek białych przez przybłonek a rozmieszczonych w całym niemal przewodzie pokarmowym. Wobec tego mielibyśmy prawo przypisać wszystkim tym tworom limfatycznym w przybliżeniu tę samą funkcję w ustroju. Jednakowoż przypuszczenie to napotyka na trudności a to z powodu różnicy warunków chemicznych i warunków ochronnych w poszczególnych częściach przewodu pokarmowego a jamie noso-gardłowej i połyku. W każdym razie różnica ta nie leży w wydzielinie zewnętrznej, której skład jest zbliżony do składu surowicy krwi i zawiera wszędzie procentowo różną ilość ciałek białych o tej samej budowie i własnościach.

Paulsen, Harrison, Pluder i Allen, przypisują migdałkom rolę krwiotwórczą, stawiając je na równi pod względem czynności z gruczołami limfatycznemi, grasicą, śledzioną i szpikiem kostnym z tą tylko różnicą, że w okresie, w którym grasica przechodzi w stan zaniku, one obejmują jej czynność, aby znów w miarę rozwoju organizmu ograniczyć swoją produkcję na rzecz szpiku kostnego, któremu u dorosłego człowieka przypada główna rola wytwarzania składników stałych krwi. Zapatrywanie to nie znalazło w rozwoju życiowym potwierdzenia tej kolejności w obejmowaniu czynności krwiotwórczej wyżej wymienionych narządów. Także budowa histologiczna grasicy i szpiku kostnego wykazuje brak ognisk rozrodczych i grudek chłonnych. Z drugiej znów strony w gruczołach chłonnych i migdałkach nie znajdujemy tych różnorodnych form rozwojowych ciałek czerwonych właściwych grasicy i szpikowi kostnemu. Co się tyczy udziału migdałków w wytwarzaniu składników morfotycznych krwi, to jest rzeczą pewną, że w normalnych grudkach chłonnych migdałków wytwarzają się młode limfocyty, z których część wychodzi przez przybłonek na zewnątrz, część pozostaje we wnętrzu mieszków migdałkowych, powodując ich rozrost, a reszta drogą naczyń limfatycznych odprowadzających dostaje się do krwiobiegu.

Zwolennicy teorji ochronnej migdałków opierają się na tym fakcie, że przy rozpadzie ciałek białych naniesionych prądem limfy na ich powierzchnię uwalniają się fermenty, jak ferment włóknikowy i t. zw. przez Buchnera alexyny, mające własności bakterjobójcze i antytoksyczne. Nie ulega żadnej wątpliwości, że nie wszystkie, w grudkach chłonnych, migdałków powstające ciałka białe dążą ku powierzchni migdałka, by tu uledz rozpadowi i uwolnić ze swego wnętrza ciała bakterjobójcze, przeciwnie większa ich część wraca drogą naczyń odprowadzających ponownie do krwiobiegu.

Na poparcie teorji Briegera o „ochronnej“ roli migdałków w ustroju, według której stałe przesączanie się surowicy krwi na powierzchnię migdałka uniemożliwia wtargnięcie zarazków chorobotwórczych do wnętrza migdałka, rozpylał Görke drobny pył sadzy na powierzchnię migdałków i w żadnym wypadku nie znajdował go we wnętrzu wyciętego migdałka. Z tym dowodem w ręku wystąpił przeciw zapatrywaniu Hendelsohna, który pył sadzy rozpylany na powierzchnię błon śluzowych połyku królików znajdował po pewnym czasie w gruczołach chłonnych podszczękowych i szyjnych. Görke tłumaczy ten fakt wchłanianiem rozpylanego pyłu sadzy, czy cynobru, przez okoliczną błonę śluzową, otaczającą migdałki. Co się zaś tyczy dalszych doświadczeń Hendelsohna i Goodalego, którzy zapomocą strzykawki starali się wtłoczyć zawiesinę pyłu sadzy wprost do mieszków migdałkowych, wykazując je następnie w ciałkach białych wędrujących wraz z prądem limfy ku wolnej powierzchni migdałka, to Görke przypisuje im pewnego rodzaju nienaturalność warunków doświadczalnych, utrzymując, że przyjść tu łatwo może do pęknięcia warstwy przybłonkowej i do wtargnięcia tej zawiesiny do wnętrza miąższu migdałkowego. Brieger i Görke, powtarzając doświadczenia Lexera i Menzera, wykazali, że zawiesina hodowli gronkowca lub pneumokoka, wprowadzona na powierzchnię migdałków, nie powodowała zakażenia, gdyż drobnoustroje te zatrzymywały się we wnętrzu komórek przybłonkowych, nie posuwając się dalej. Podobne zjawisko spostrzegał Menzer przy ostrem zapaleniu migdałków i stawów. W wyjątkowych tylko przypadkach przy użyciu bardzo zjadliwych hodowli występowało zakażenie ogólne, a to przez przedostawanie się drobnoustrojów do wnętrza ustroju nie przez migdałki, lecz przez okoliczną śluzówkę gardła. Inni badacze, Lenart i Henke, wstrzykiwali zawiesinę sadzy i cynobru pod błonę śluzową przegrody nosowej i muszli dolnej i już po 24-ch godzinach znajdowali cząsteczki tej zawiesiny w wyciętych migdałkach, udowadniając w ten sposób istnienie bezpośredniego połączenia dróg limfatycznych nosa i jamy ustnej z migdałkami podniebiennemi. Zapatrywanie to starał się poprzeć Fränkel, wprowadzając nazwę *angina traumatica* dla spraw chorobowych, występujących po zabiegach w nosie. Schönemann, który uważa migdałki za podprzybłonkowe, w jamie ustnej usadowione gruczoły chłonne, utrzymuje, że każde ostre zapalenie migdałków jest zjawiskiem wtórorzędnem, podobnem do ostrego zapalenia gruczołów chłonnych. Zapalenie to poprzedza z reguły schorzenie błony śluzowej nosa w postaci ostrego kataru i stąd dopiero drogą naczyń chłonnych przenosi się sprawa zapalna na migdałki. Jednak badania histologiczne i doświadczalne Ammersbacha i Schlemmera na migdałkach ludzkich nie **potwierdziły wyników badania** Lenarta i Henkego. Schlemmer w pracy swej, ogłoszonej w 11-tym zeszycie Monatschrift für Ohrenheillkunde u. Laryngologie z roku 1921. wskazuje, iż migdałki nie posiadają wcale naczyń limfatycznych doprowadzających a tem samem nie są stacją przejściową, lecz raczej początkiem naczyń chłonnych, mających związek z gruczołami limfatycznemi głębokiemi szyji, leżąccmi na wysokości podziału tętnicy dogłowowej. Wstrzykując zawiesinę karminu litowego pod błonę śluzową muszli dolnej i dna nosa, jak również języczka i łuków podniebiennych, (w około 100 przypadkach) u osób, u których po sześciu godzinach wykonywał wyłuszczenie migdałków, nie znachodził w żadnym przypadku karminu w migdałkach, natomiast znachodził go często w gruczołach chłonnych szyji w obrębie żyły jarzmowej na sekcji u osób zmarłych po cięższych zabiegach wycięcia krtani. Podobne doświadczenia przeprowadzał na zwłokach i przekonał się, że w każdym preparacie, nastrzykanym karminem litowym, naczynia chłonne z nosa i jamy ustnej przebiegały w przednim lub tylnym łuku podniebiennym, na zewnątrz migdałka, nie pozostając

z nim w żadnej łączności. W obrazie mikroskopowym znachodził drobiny karminu zawsze tylko w tkance okołomigdałkowej, po części wewnątrz ciałek białych, lecz nigdy we wnętrzu migdałka. Również po wstrzykiwaniach karminu litowego wprost poza torebkę migdałka nie wykazywał go nigdy we wnętrzu krypt migdałkowych, co przeczyłoby temu zapatrywaniu, iż prąd limfy przesącza się z wnętrza migdałka ku jego powierzchni gardzielowej. Potwierdzeniem tego faktu może być i ta okoliczność, że rozczyn karminu, wprowadzony pod przybłonek migdałkowy, nawet podczas ostrego zapalenia migdałka, zostaje przez prąd limfy uniesiony w kierunku gruczołów chłonnych szyjnych a nie w kierunku gardzieli. Badanie układu naczyń limfatycznych we wnętrzu migdałka wykazało, iż siatka naczyń limfatycznych migdałka przedstawia się jako zamknięty system naczyniowy, otaczający dokoła grudki chłonne o szerszych oczkach, aniżeli siatka naczyń krwionośnych, leżąca najbardziej powierzchownie tuż pod warstwą przybłonkową. Naczynia chłonne migdałka nie wnikają do wnętrza follikułów i nie mają żadnej łączności z jamkami migdałkowemi, przez które prąd limfy mógłby przepływać z wnętrza migdałka w kierunku gardzieli. Za tym brakiem łączności migdałka z doprowadzającemi naczyniami chłonnemi jamy ustnej, gardzieli i nosa, przemawiałyby, według tegoż autora, spostrzeżenia kliniczne, dotyczące badań nowotworów jam bocznych nosa i części miękkich połyku, nowotworów, dających przerzuty w okolicznych gruczołach chłonnych, ale nigdy w samych migdałkach.

Co się zaś tyczy roli ochronnej migdałka gardzielowego, to mimo twierdzenia Briegera, iż usadowienie tegoż migdałka odpowiada miejscu ostrego załamania się ku dołowi prądu wdychanego powietrza i pozostającego z tem w związku oczyszczania się powietrza z domieszek morfotycznych i bakteryjnych, objawy kliniczne wcale za tem nie przemawiają. Bo, jakkolwiek przerosły migdałek gardzielowy u dzieci miałby być wyrazem ochrony organizmu przed nieżytem nosa, towarzyszącym chorobom zakaźnym, to trudno sobie wytłómaczyć tę okoliczność, iż przerost migdałków nie powstaje ani przed, ani w ciągu choroby zakaźnej, lecz po jej przebyciu, a nadto dzieci, mające przerost migdałka gardzielowego, nie oddechają nosem. Odpada przez to czynnik wyżej wymienionego odkażania powietrza wdechanego przez nos, a dzieci te zapadają często na katary nosa. Z pojęciem teorji ochronnej migdałków łączy Stöhr i Brieger zasadniczą różnicę w zachowaniu się limfocytów i leukocytów w migdałkach, przypisując tylko leukocytom wyłączną zdolność przechodzenia przez przybłonek na zewnątrz, limfocyty zaś zostają naniesione przez prąd limfy ku wolnej powierzchni migdałka. Dopiero badania Ranviera, Jollego i Maximowa, a ostatnio Schlemmera, obaliły ten dualistyczny pogląd na zachowanie się ciałek białych, wskazując przejścia rozwojowe od małych jednojądrzastych limfocytów do wielojądrzastych leukocytów, a temsamem przypisując zdolność przechodzenia obu tym rodzajom ciałek krwi w równej mierze. Jeżeli zatem, w myśl teorji Briegera i Görkego, przechodzenie prądu limfy wraz z ciałkami białemi na powierzchnię migdałków jest zasadniczem podłożem czynności fizjologicznej migdałków, to należy również przyjąć, że przy przeroście migdałków mamy obok rozrostu tkanki gruczołowej wewnątrz migdałka także w równej mierze z nim idący rozrost powierzchni migdałka, dzięki czemu może wzmożona czynność wydzielnicza folikułów w tem samem tempie wydzielinę tę przesączać na zewnątrz. I tak przy przeroście migdałka gardzielowego powinnibyśmy się spotkać z większem pofałdowaniem jego powierzchni, z powiększeniem i nowotworzeniem krypt migdałkowych, ze wzmożeniem się przechodzenia ciałek białych przez przybłonek na całej jego powierzchni odpowiednio do przerostu tkanki gruczołowej we wnętrzu migdałka. Jednakżeż badania histologiczne Schönemanna wykazały, że przy przeroście migdałka gardzielowego mamy do czynienia w częściach pokrytych przybłonkiem cylindrycznym z żywem przechodzeniem ciałek białych, ale w miejscach, gdzie tak często spotykamy się z przybłonkiem płaskim, znajdujemy raczej zmniejszoną emigrację ciałek białych przez zbity przybłonek płaski, który stawia im znaczny opór w przechodzeniu. Te już u noworodka w liczbie 6—8 miu się znajdujące głęboko w miąższ migdałka się wrzynające rowki nie ulegają podczas przerostu migdałka pomnożeniu, lecz przeciwnie ulegają przez powiększające się masy adenoidalne znacznemu ścieśnieniu a nawet często zupełnemu zarośnięciu. Wszystko to są dowody przemawiające przeciw zapatrywaniu Stöhr-Briegera o wzmożeniu się czynności wydzielniczej przerosłego migdałka. Również zapatrywanie Görkego, że tak często spotykany przerost migdałków u dzieci, przemawia za teorją ochronną migdałków przed tak licznemi chorobami zakaźnemi wieku dziecęcego, jak niemniej twierdzenie Fränkla, iż dzieci okazujące przerost migdałków rzadziej zapadają na błonicę, aniżeli takie, które przerostu migdałków nie okazują, nie znalazło naukowego potwierdzenia.

W nowszych czasach zauważył Richter, iż sok zwyciętych migdałków ma własności redukujące podobne, jak jak wyciągi z przysadki mózgowej i tarczycy, które z chlorkiem złota dają odczyn chemiczny w postaci zabarwienia różowego do czerwonego. Fleischmann powtarzał te doświadczenia na świeżo wyciętych migdałkach, bez poprzedniego znieczulania, aby w ten sposób uniknąć domieszek adrenaliny, od której mógłby zależeć proces redukcji. Tak wycięte migdałki przemywał fizjolog. rozczynem soli a następnie dokładnie rozcierał z dodatkiem $MgSO_4$ i, dodawszy 4 cm^3 4% roztworu kwasu trójchlorooctowego, przesączał pozbawioną w ten sposób białka zawartość szalki dwukrotnie przez sączek, otrzymując płyn bezbarwny. Do ciepłego roztworu 5 cm^3 tego przesączu dodawał 3—5 kropli 1% rozczynu chlorku złota i otrzymywał po kilku sekundach zabarwienie wybitnie fioletowe, co pochodziłoby z silniejszego wypadnięcia chlorku złota, natomiast w ostrym stanie zapalnym migdałków reakcja ta wypadała ujemnie, co jest zależne od silniejszego przekrwienia migdałków. Podobne redukcyjne własności ma także ślina, lecz w daleko mniejszym stopniu, niż wyciąg z migdałków.

Badanie odczynu redukcyjnego śliny u osób, którym wycięto migdałki doszczętnie, wykazało początkowo osłabienie tego odczynu, wywołane raczej zapalnem podrażnieniem i przekrwieniem, aniżeli wypadnięciem czynności tkanki gruczołowej w jamie ustnej.

Wykazanie ciała redukującego w migdałkach nie wyjaśnia nam wcale istoty wydzieliny przez nie wytwarzanej. Na czele usiłowań, starających się rozwiązać tę kwestję, stoją doświadczenia Lexera, który wcierał zawiesinę hodowli buljonowej w błonę śluzową gardła u zwierząt. W doświadczeniach tych, nawet po zranieniu błony śluzowej gardła, nie otrzymywał zakażenia a hodowle bardzo zjadliwych gronkowców, rozpylane do gardła, przechodziły raczej przez błonę śluzową gardła do wnętrza ustroju, aniżeli przez miąższ migdałkowy. Równocześnie Marx przeprowadzał swe doświadczenia na myszach, którym wszczepiał hodowle bac. suipester do gardła, i otrzymywał typowe zakażenie tym prątkiem, kończące się w 6-ciu dniach śmiercią. Innym znów zwierzętom wprowadzał zawiesinę tych bakteryj zgłębnikiem do żołądka, wywołując tę samą chorobę znacznie dłużej trwającą, bo około trzech tygodni. Te dwa doświadczenia były punktem wyjścia dla teorji ochronnej i teorji infekcyjnej migdałków. Błędem teorji ochronnej Briegera i Henkego było niedocenianie tego faktu, iż działanie miejscowe migdałków, polegające na utrudnieniu wzrostu, czy też na powstrzymaniu rozwoju bakteryj wprowadzanych do gardła nie odbywa się wyłącznie w migdałkach samych, lecz rozprzestrzenia się na całą śluzówkę jamy ustnej i gardzieli. Na potwierdzenie tego przypuszczenia, iż mamy tu do czynienia z wytwarzaniem ciał bakterjobójczych, używał Fleischmann sproszkowanego wyciągu z migdałków, z którym po uwolnieniu od białka otrzymywał odczyn redukujący chlorek złota jako dowód na to, iż proszek ten zawierał organiczne ciała redukujące migdałków. W doświadczeniu in vitro po dodaniu do tego przesączu hodowli buljonowej gronkowca w stosunku 1:10

otrzymywał zupełne powstrzymanie wzrostu tegoż gronkowca. Aby udowodnić, iż migdałki nie mają własności wstrzymujących zapalenie, sprowadzał podrażnienie spojówki olejkiem synapismowym, wkropliwszy poprzednio do jednego oka wyciąg migdałkowy w rozcieńczeniu 1:10 Na Cl a do drugiego oka roztwór adrenaliny 1‰ i już po krótkim czasie mógł zauważyć większe nasilenie zapalenia po stronie, gdzie wkroplono wyciąg z migdałków. Podobnie przy ostrem zapaleniu migdałków, wówczas gdy ustrój stara się wszelkiemi siłami sprawę zapalną zlokalizować i opanować, znikają ciała redukujące z migdałków, gdy przeciwnie, jako ochrona przed zapaleniem powinnyby się zwiększać. Jestto niewątpliwie następstwem zapalnego przekrwienia. Tam, gdzie mamy do czynienia z powiększeniem migdałków, jak np. w wypadkach skazy wysiękowej u dzieci, nie mamy nadmiernego wytwarzania ciał redukujących, gdyż skłonność do częstych zapaleń gardła i nieżytów nosa należy do stałych objawów tej choroby. Również przy pojedynczym niepowikłanym przeroście migdałków przeważa skłonność do zaziębień, a zbawienny wpływ operacyjnego usunięcia migdałka gardzielowego przy często powracających nieżytach trąbek Eustachego dowodzi jego winy w tych stanach chorobowych. Z tego wynika, iż redukujące ciała migdałków nie mają bezpośredniego udziału w przyrodzonej ochronie jamy ustnej przed wtargnięciem drobnoustrojów, są one raczej tylko czynnikiem podtrzymującym procesy oksydacyjne w jamie ustnej. Z badań Herzfelda i Klingera wynika, iż czynnikiem, powodującym procesy oksydacyjne w jamie ustnej, jest tlen rozpuszczony w ślinie, tworzący tu najpierw związek chemiczny $H_2 O_2$ a dopiero przez odszczepienie się tlenu z tego związku przychodzi do skutku proces oksydacyjny. I rzeczywiście tlen wdychanego przez jamę ustną powietrza wiąże się z wodorem śliny, która składa się z 98·5% z wody, a jej oddziaływanie zasadowe przyczynia się w znacznej mierze do następowego uczynnienia i podtrzymania procesów utleniania (wyraźny odczyn oksydacyjny po dodaniu 1% alkalicznego a naftolu i 1% dimethylphenyldiaminy z równą ilością śliny, dający wyraźne zniebieszczenie). W odniesieniu do ciał redukujących, wydzielanych przez migdałki, dochodzimy do przekonania, iż zasadowy odczyn śliny drogą hydrolizy przekształca je w ciała zdolne do utleniania, dzięki czemu ciała te biorą żywy udział w procesach oksydacyjnych jamy ustnej. Fleischmann dowiódł in vitro, iż zawartość ciał redukujących w ślinie zmniejsza się, jeśli pozostawimy ją na wolnem powietrzu w otwartem naczyniu. Wówczas po 24 godzinach ślina nie daje żadnego odczynu z chlorkiem złota. Ten stały proces utleniania w jamie ustnej powoduje powstrzymanie wzrostu i nawet zniszczenie drobnoustrojów i wcale nie popełnimy błędu, przypuszczając, iż ten proces ochronny dochodzi do skutku dzięki przejściowemu wytworzeniu się w jamie ustnej H_2O_2, z którego następowo odszczepia się wolny tlen.

Opierając się na tem zapatrywaniu, możemy sobie wyjaśnić zniknięcie ciał redukujących z migdałków w okresie ostrego zapalenia, przyjmując doszczętne utlenianie tychże w ognisku znacznego przekrwienia towarzyszącemu zapaleniu. Zatem też przemawiałoby występowanie pokładów na migdałkach, w których musimy się dopatrywać procesów wyługowywania produktów zapalnych z głębi migdałka na jego powierzchnię.

Spostrzeżenia Poppiego, Glowera, Rödera, Sludera i Wooda, że przy ostrem zapaleniu migdałków powstawało pewnego rodzaju nieznaczne powiększenie tarczycy i równocześnie z tem idące zaostrzenie się objawów choroby Basedowa, natomiast ustępowanie objawów choroby Basedowa po dokonaniu wyłuszczenia migdałków, nie znalazły dotąd naukowego potwierdzenia. Również teorja o pewnym związku między powiększeniem się tkanki gruczołowej a zaburzeniami w czynności przysadki mózgowej nie wytrzymuje naukowej krytyki. Massini starał się udowodnić istnienie wydzieliny wewnętrznej migdałków wstrzykując dożylnie psom wyciągi migdałków, przez co otrzymywał podwyższenie ciśnienia krwi. Scheier i Pugnat przeprowadzali podobne doświadczenia, otrzymując wręcz przeciwne wyniki.

Citron w pracy swej, ogłoszonej w „Deutsche Mediz. Wochenschrift“ w r. 1920, uważa migdałki a szczególnie ich mieszki za wrota wejścia dla drobnoustrojów chorobotwórczych, za tzw. „rany fizjologiczne“, powstające przez zniszczenie przybłonka na pewnej przestrzeni, wskutek wydostawania się większej ilości ciałek białych z wnętrza migdałka na jego powierzchnię gardzielową. W tej samej pracy udowadnia wyżej wspomniany autor zupełną bezsilność migdałków w walce z zakażeniem gronkowcami i paciorkowcami, bo, jakkolwiek w początku sprawy zapalnej leukocyty gromadzące się dokoła zatok i grudek chłonnych starają się ograniczyć proces zapalny w ich wnętrzu, to częstokroć obrona ta jest nie wystarczająca i zarazki przedostają się drogą limfy do pobliskich gruczołów chłonnych, powodując ich obrzmienie, objaw tak częsty przy każdem niemal silniejszem zapaleniu migdałków. Przy przewlekłem, powierzchownem zapaleniu śluzówki, wyścielającej jamki migdałków, przychodzi do tworzenia się czopów migdałkowych, nieraz niewidocznych przy oglądaniu zewnętrznem, a uwydatniających się dopiero po wygnieceniu migdałka. Czopy te składają się ze złuszczonych przybłonków, leukocytów wielojądrzastych i całego szeregu drobnoustrojów. Innym razem, wskutek sklejenia się ścian jamek migdałka, powstają torbiele mieszkowe z zawartością ropiastą lub serowatą, nieraz cuchnącą. Zapalenie powierzchowne, przewlekłe, może przebiegać zupełnie bez gorączki i zaburzeń podmiotowych, a mimo to bywa nieraz punktem wyjścia zakażeń wtórnych, jako to: ostrego gośćca stawowego, zapalenia wsierdzia i tzw. niejasnych stanów gorączkowych, będących punktem wyjścia dla posocznicy ogólnej, ustępującej dopiero po doszczętnem wyłuszczeniu schorzałych migdałków. Citron spostrzegał przypadki ostrego zapalenia nerek, gdzie w 54·6% udało mu się wykazać związek przyczynowy z przebytem świeżo ostrem zapaleniem migdałków, a w niektórych przypadkach przewlekłego zapalenia nerek z nawrotami widział zwiększenie się białka i krwinek w moczu z chwilą, gdy powstawały nowe czopy w migdałku; z drugiej strony widywał poprawę po wygnieceniu tych czopów ropnych z migdałków. Te czopy właśnie dają powód do tak często powracających zapaleń migdałków, spowodowanych zwiększoną zjadliwością drobnoustrojów, pozostałych we wnętrzu migdałków po poprzednich zapaleniach. Również często, podwyższenia ciepłoty, spostrzegane u chorych na przewlekłe powierzchowne zapalenie migdałków, dają powód do podejrzewania u tych chorych ukrytej gruźlicy; dopiero zastosowanie odpowiedniego leczenia miejscowego, polegającego na doszczętnem usunięciu schorzałych migdałków, wyjaśnia właściwą przyczynę tych podwyżek ciepłoty.

Z powyższego zestawienia teoryj o znaczeniu migdałków w ustroju, musimy dojść do przekonania, że ani badania histologiczne, ani doświadczalne nie potwierdziły roli ochronnej migdałków. Nawet po wycięciu wszystkich czterech migdałków nie występowały żadne widoczne objawy wypadnięcia ich czynności ochronnej w ustroju. Także doświadczenia kliniczne przemawiają przeciwko istnieniu czynności ochronnej migdałków. Ze wszystkich narządów połyku najmniejszą odporność przeciw zakażeniu drobnoustrojami jamy ustnej okazują migdałki i więzy boczne gardzieli, jakkolwiek one właśnie stosunkowo najmniej są wysunięte ku światłu połyku. Zakażenie migdałków może wystąpić albo w formie ostrej, jak: *angina lacunaris, angina Plaut-Vincenti,* błonica, albo przewlekłej, jak: gruźlica migdałka, pierwotny wrzód kiłowy, zmiany kiłowe drugorzędne, które szerzą się najczęściej drogą naczyń krwionośnych i chłonnnych. Przyczyną tych wtórorzędnych zakażeń migdałków leży w tem, iż krążące we krwi drobnoustroje znajdują tu szczególniej dogodne warunki rozwoju.

To też, aby uchronić ustrój przed zakażeniem migdałków, poleca Schönemann i Lewinstein staranne płukanie jamy ustnej i nosa środkami lekko antyseptycznemi, przez co ilość drobnoustrojów, żyjących na błonach śluzo-

wych nosa i jamy ustnej znacznie się zmniejsza, a częste nawroty zapaleń migdałków ustają prawie zupełnie. Równocześnie przestrzegają autorowie przed stosowaniem terapji ssącej, polecanej przez Görkego przy przewlekłych zapaleniach migdałków w celu mechanicznego usuwania czopów z jamek migdałkowych, gdyż, zdaniem ich, zabieg ten może w wielu przypadkach wywołać znaczne pogorszenie poprzedniego stanu przewlekłego. Dzieje się to wskutek przyspieszenia przechodzenia ciałek białych przez przybłonek jamek migdałka na zewnątrz i następowe tworzenie się tych tak zwanych „ran fizjologicznych", umożliwiających wtargnięcie drobnoustrojów do wnętrza migdałka. Jako drugi czynnnik zapobiegający zapaleniom migdałków w następstwie zaziębienia poleca Schönemann i Lewinstein systematyczne hartowanie ciała, które sprowadza stałą równowagę w zachowaniu się naczyń krwionośnych skóry i błon śluzowych. Te sposoby ochronne przeciw zapaleniu migdałków są wynikiem zapatrywania, uważającego migdałki za narządy mało odporne na zakażenie, podczas gdy przeciwnie, w myśl teorji ochronnej roli migdałków w ustroju, tego rodzaju postępowanie zapobiegawcze byłoby zbyteczne.

Widzimy zatem, że nie tylko badania teoretyczne, ale i praktyka życia codziennego, na co zwraca uwagę także Baurowicz, wykazują nam zupełną bezpostawność teorji roli ochronnej migdałków w ustroju, teorji zapoczątkowanej przeż Briegera i Görkego i tak silnie popieranej dowodami klinicznemi przez Fränkla.

Przeciw tej teorji przemawiają także wyniki badań anatomicznych i doświadczalnych, wykazujące, że migdałki nie są wcale gruczołami limfatycznemi, gdyż nie posiadają naczyń limfatycznych doprowadzających, lecz należy je raczej uważać za powierzchowne w błonie śluzowej gardła ułożone zlepy tkanki gruczołowatej (powierzchowne guzki limfatyczne Schaffera). One to wraz z więzami bocznemi gardzieli i resztą guzków limfatycznych błony śluzowej gardła tworzą jedno ogniwo pierścienia chłonnego połyku. To też odosobnione rozpatrywanie ich czynności w ustroju z pominięciem ich **ścisłej łączności z resztą utkania limfatycznego** błony śluzowej połyku, nie może dać zadowalniającej odpowiedzi i musi doprowadzić do czysto spekulatywnych wyników badania.

XVIII. Z kazuistyki Zakładu Anatomji Patologicznej U. W.

Dr. A. Siedlecka, asystentka Zakładu. Warszawa

O tak zwanym „raku z komórek podstawnych".

W 1900 roku Krompecher, opierając się na badaniach Braun'a, Clairmont'a i innych, oraz na zbadanych przez się 33-ch przypadkach, wyodrębnił specjalną jednostkę rakową, którą nazwał »*Basalzellenkrebs*«, a która stała się powszechnie znaną w piśmiennictwie pod mianem »raka Krompechera«. Jednostka ta, według Krompechera, posiada charakterystyczne, sobie tylko właściwe cechy kliniczne i histologiczne, dzięki którym odróżnia się od innych raków, wychodzących z naskórka i nabłonka. Raki Krompechera stoją na pograniczu między kankroidami a gruczolakorakami. Mianowicie gdy tworzy się kankroid, to naskórek, bujając od góry ku dołowi, wpukla się do skóry właściwej, wskutek czego warstwę najbardziej powierzchowną — rogową znajdujemy głęboko w skórze, w postaci tak zwanych pereł rakowych. Bujające komórki nawarstwiają się coraz bardziej, naciekając niżej leżącą tkankę, przez co zaciera się zupełnie granica między naskórkiem i rakiem i perły tracą związek ze swem podłożem macierzystem.

Raki Krompechera są to raki, które tworzą się wskutek bujania jedynie najgłębszej warstwy naskórka — warstwy komórek walcowatych. Warstwa tych komórek buja ku dołowi, wgłębia się do skóry właściwej, tworząc tam twory, nieco przypominające gruczoły. Posiadają one nawet niekiedy coś w rodzaju światła.

Komórki te, pomimo cech nowotworowych, są względnie bardzo mało anaplastyczne.

W wielu przypadkach Krompecherowi nie udało się znaleźć związku pomiędzy naskórkiem a nowotworowemi masami, leżącemi w skórze właściwej. Wtedy rozpoznanie swoje stawiał on na podstawie analogji obrazów mikroskopowych z przypadkami, w których ten związek występował wyraźnie.

Klinicznie raki te przedstawiają się jako grzybowate, albo nieznacznie wrzodziejące twory. Wyraźnie odgraniczają się od otaczającej tkanki najczęściej zapomocą wałowatego brzegu. Owrzodzenia o konturach nieregularnych, dnie wyboistem, lecz nie głębokiem, pokryte są surowiczą treścią. Raki te, w przeciwieństwie do kankroidów, nie umiejscawiają się na przejściach w błony śluzowe, a najczęściej na policzkach, czole, nosie, małżowinie usznej; są opisane przypadki z punktem wyjścia z części pochwowej szyjki macicy i z gruczołu piersiowego kobiet i mężczyzn. Występują one w starszym wieku, dopiero po 40-ym roku.

Rosną powoli, nie dając przerzutów nawet do pobliskich gruczołów, z b. nielicznemi wyjątkami: po wycięciu nie dają nawrotów. Dlatego też, gdy rozpoznanie anatomo-patologiczne ustala raka Krompechera — kliniczne rokowanie jest pomyślne.

To, co klinicznie przedstawia się jako wrzód żrący (*ulcus rodens*), histologicznie jest, według Krompechera, niczem innem, jak rakiem z komórek podstawnych.

Jednak niektórzy anatomo-patologowie nie zgadzają się na wyodrębnienie raka Krompecherowskiego. Bormann naprzykład, najzupełniej odrzuca tę jednostkę, twierdząc, że ten lub inny mikroskopowy wygląd raka zależy od czasu, kiedy nabłonek, dający punkt wyjścia dla nowotworu, został odsznurowany, a wcale nie od tego, która z jego warstw buja.

Inni znowu twierdzą, iż raki te wychodzić mogą z gruczołów łojowych lub potowych, ewentualnie z torebek włosowych.

W moim przypadku rak znajdował się na małżowinie usznej 58-mio letniego mężczyzny. Do badania był przysłany guzek wielkości małej fasoli, dość twardy, spoisty, skórą pokryty. Drobnowidowo przedstawiał się charakterystycznie. Mianowicie widzimy naskórek niezmieniony, ze wszystkiemi jego warstwami. Komórki warstwy walcowatej rozrastają się wgłąb, układając się w pasma i gniazda z licznemi butelkowatemi, kolbowatemi i zaostrzonemi wyrostkami. Komórki na obwodzie tych tworów są wysokie, walcowate, o ciemno barwiącem się jądrze, niekiedy nawet hyperchromatycznem.

W komórkach nie daje się zauważyć prążkowania, ani obecności barwika, właściwego walcowatym komórkom.

Wewnątrz pasm komórki zatracają swoje wydłużone kształty, przybierając formy okrągłe i owalne. Są rozmaitej wielkości i jednocześnie do pewnego stopnia zatracają swój nabłonkowy charakter, stając się poniekąd podobne do komórek mięsaka wrzecionowatokomórkowego. Ciekawe jest to atypowe różnicowanie się komórek walcowatych, nie jak normalnie, w komórki kolczaste, ale w komórki bardziej zbliżone do typu łącznotkankowego. Muszę podkreślić raz jeszcze, że przypadek mój należy do tych nielicznych, a tak wyraziście i dobitnie ilustrujących teorję Krompechera: w preparatach mikroskopowych występuje na pierwszy plan związek nowotworu z walcowatym nabłonkiem, przez co staje się jasną geneza tego raka.



Przytaczam ten przypadek dlatego, iż wbrew poglądom, może nawet większości dzisiejszych anatomo-patologów, uwydatnia on wyraźnie, jak to wykazuje załączony rysunek, wyjście nowotworu wyłącznie z komórek walcowatych.

Doc. Dr. Jan Olbrycht. Kraków.

Badania nad zatorami tłuszczowemi płuc ze szczególnem uwzględnieniem ich sądowo-lekarskiego znaczenia.

Badania przeprowadzone na materjale sekcyjnym Zakładu medycyny sądowej U. J. (Prof. Dr. Wachholz) i prosektury wojskowej (Mjr.-lek. Doc. Dr. Olbrycht), doświadczalna część badań w Zakładzie patologji ogólnej i eksperymentalnej U. J. (Prof. Dr. Klecki) w Krakowie

(Dokończenie).

Niewystępowanie zatorów tłuszczowych w zwłokach, które poddano działaniu wysokiej ciepłoty, stawia z kolei na

porządku ważne praktycznie dla medycyny sądowej zagadnienie, czy mianowicie zatory tłuszczowe są tylko sprawą życiową, czy też mogą one wystąpić także po śmierci. Zajęcie się tem pytaniem nasunął mi sekcjonowany jeszcze przed wojną w Zakładzie sądowo-lekarskim przypadek, tyczący się starszego wiekiem blacharza, chorego od dłuższego czasu na wadę sercową, który wśród pracy nad naprawą dachu dwupiętrowej kamienicy spadł na bruk, gdzie go znaleziono nieżywego. Sekcja zwłok wykazała obok rozległych złamań kości czaszki i kończyn, niedomykalność zastawki dwudzielnej, ogólną miażdżycę tętnic i znaczne zmiany włókniste w mięśniu sercowym. W częściach miękkich w otoczeniu obrażeń kości były tylko bardzo nieznaczne podbiegnięcia krwawe. Powstało pytanie, czy tego blacharza zaskoczyła śmierć na dachu skutkiem porażenia serca (która przy tak daleko posuniętych zmianach w sercu mogła również nastąpić i w łóżku), a następnie zwłoki siłą bezwładności spadły z dachu na bruk, czy też blacharz ten uległ nieszczęśliwemu wypadkowi przy pracy i żywy spadł na ziemię ze znacznej wysokości.

Podobnych przypadków możnaby wiele pomyśleć, a budzą one zajęcie sądowo-lekarskie zarówno pod względem karnym, o ile służbodawca nie ubezpieczył pracownika, jak i pod względem cywilnym z uwagi na wypłatę odszkodowania z tytułu ubezpieczenia od wypadku.

W dopiero co przytoczonym i podobnych mu przypadkach jedyny sprawdzian, czy dane obrażenie powstało za życia, stanowiłaby, wobec braku czasu na powstanie podbiegnięć krwawych w otoczeniu obrażeń, właściwie tylko obecność zatorów tłuszczowych, z tem atoli zastrzeżeniem i pod tym warunkiem, że po pierwsze zatory te muszą wystąpić bardzo szybko po doznanym urazie, a po wtóre, że nie mogą wystąpić po śmierci.

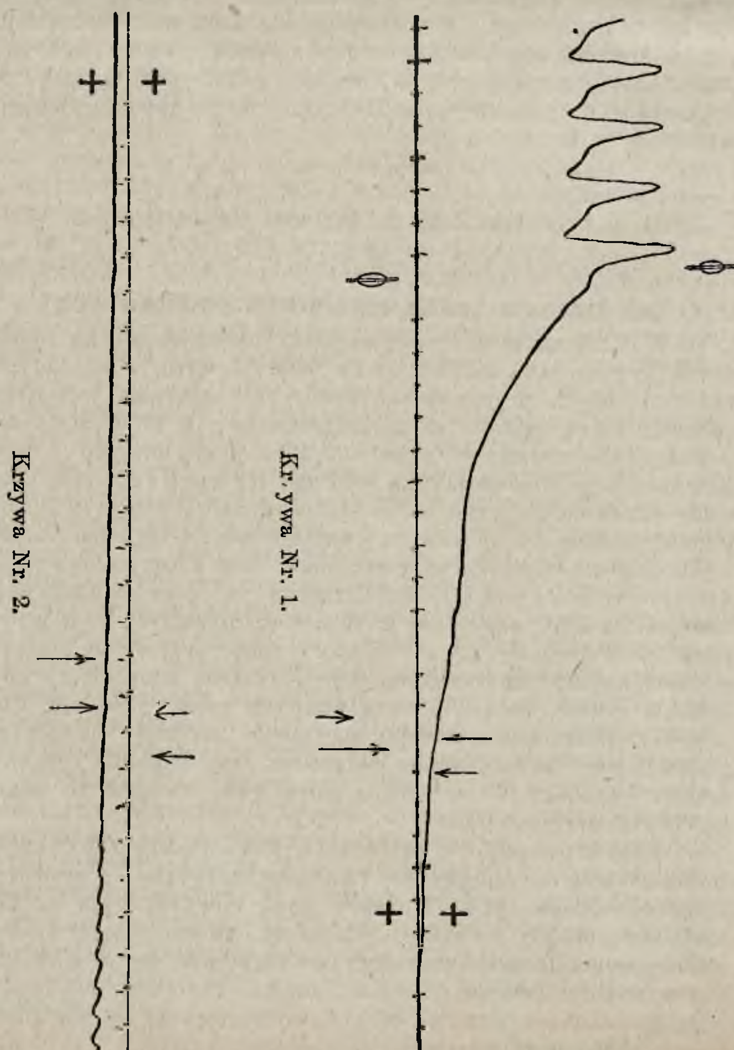
Co się tyczy pierwszego warunku, a mianowicie, że zatory muszą występować bardzo szybko, to znaczy, że po doznanym urazie zmiażdżony tłuszcz już w bardzo krótkim czasie, w kilku sekundach, zostaje z prądem krwi uniesiony do płuc, to stwierdzają to spostrzeżenia moje własne i licznych autorów. Z własnych przytoczę przypadek wyrzucenia przez okno z III. piętra kochanki na bruk (Nr. prot. 27/20 S), w którym śmierć nastąpiła tak szybko, że mimo bardzo rozległych obrażeń kości i narządów wewnętrznych nie było czasu do powstania obfitszego wylewu krwi, ani też do wytworzenia się wyraźnych podbiegnięć krwawych w otoczeniu obrażeń, a jednak w płucach były bardzo rozległe zatory tłuszczowe. Z obcych spostrzeżeń przytoczę przypadek M e i x n e r a[3]), który znalazł bardzo liczne zatory tłuszczowe w płucach u osoby, przejechanej przez pociąg i tak rozkawałkowanej, że serce leżało obok zwłok. Z drugiej jednak strony, mimo iż przypadki powyższe stwierdzają dowodnie, że wystarczy bardzo krótki czas do powstania zatorów tłuszczowych w płucach po doznanych obrażeniach, przekonałem się, że istnieje w tym kierunku pewna granica i że nie udaje się stwierdzić zatorów tłuszczowych, jeżeli śmierć nastąpi w jednej chwili. Tak np. przy sekcji (Nr. prot. 404/21 i 405/21) zwłok lotników[4]), którzy spadli z aparatem z wysokości 1800 m (którą to wysokość oznaczały dokładnie znalezione wśród szczątków zniszczonego samolotu nieuszkodzone aparaty, zapisujące wysokość wzlotu) i doznali bardzo rozległych obrażeń kośćca i wszystkich prawie narządów wewnętrznych, nie powiodło mi się, pomimo jak najdokładniejszych badań płuc, znaleźć w nich zatorów tłuszczowych.

Aby uzyskać dokładne potwierdzenie, a zwłaszcza graficzne, szybkości występowania zatorów tłuszczowych w płucach po doznanym urazie, wykonałem następujące doświadczenia:

D o ś w i a d c z e n i e I. Pies ♀, 6000 g 23/III. Po silnem zachloroformowaniu wycięto mostek i śledzono bezpośrednio czynność serca wśród dalszego silnego chloroformowania. Gdy już zauważono końcowe skurcze serca, zmiażdżono zwierzęciu ciężarkiem obie kończyny dolne. Ustanie czynności serca i śmierć zwierzęcia w 9 sekund później. Wyjęte i na kawałeczki pocięte płuca po utrwaleniu w 4% formalinie badałem, jak zwykle, stwierdzając we wszystkich płatach obecność dość licznych, przeważnie kiełbaskowatych zatorów tłuszczowych w naczyniach większych, natomiast mniej licznych i przeważnie kulistych w naczyniach przegród międzypęcherzykowych.

D o ś w i a d c z e n i e 2. Pies. ♀, 6500 g, 26/III. Po podskórnem wstrzyknięciu 0·02 morfiny odpreparowano u zwierzęcia tętnicę i żyłę szyjną. Tętnicę połączono z kimografjonem, do żyły zaś wstrzyknięto 2 cm³ 10% wodnego roztworu sinku potasu (krzywa Nr. 1 ⦶). Natychmiastowy spadek krzywej, zmiażdżenie kości obu kończyn dolnych (⏊); śmierć zwierzęcia (++) w 4½ sekundy po zmiażdżeniu. Wyjęte płuca badano, jak w doświadczeniu poprzedniem, z wynikiem ujemnym prócz kilku preparatów z płatu dolnego prawego, w których powiodło się stwierdzić w naczyniach większych kilka kuleczek tłuszczu.

D o ś w i a d c z e n i e 3. Pies, ♂, 6700 g, 29/XII. Postępowanie podobne, jak u psa poprzedniego, tylko zamiast sinku potasu wstrzyknąłem 0·5% roztwór kurary, a nadto dla lepszej kontroli i bezpośredniej obserwacji serca obnażyłem serce przez wycięcie dolnej części mostka. Gdy fala tętna była bardzo słaba, a serce tylko bardzo słabo się kurczyło, zmiażdżyłem zwierzęciu ciężarkiem obie kończyny dolne (krzywa Nr. 2 ⏊). Po kilku bardzo słabych drgnięciach serca śmierć zwierzęcia (++) w 16 sekund po zmiażdżeniu. Wyjęte płuca badałem w sposób wyżej opisany z wynikiem dodatnim, jak w doświadczeniu pierwszem.



[3]) Vjschrft. f. ger. Med. 1911. T. XLI. 2 Suppl. str 98.

[4]) Przy tej sposobności muszę zaprzeczyć, na podstawie sekcyj zwłok (Nr. prot. 559/20, 699/20, 700/20, 303/21, 404/21, 405/21) lotników, którzy spadli ze znacznych wysokości, twierdzeniu E. Z i e l i ń s k i e g o (Lekarz wojskowy 1920, Nr. 3), jakoby przy upadku z dużych wysokości występował „stały, rzucający się w oczy, skurcz pni tętniczych i lewej połowy serca przy nadzwyczajnym przepełnieniu całego układu żylnego". Autor ten miał znajdować w takich przypadkach „aorty grubości tętnicy szyjnej u osobników tęgich" i dowodził „że nic podobnego nie można zobaczyć w innych razach". Tym też skurczem nadzwyczajnym tętnic tłomaczy Z i e l i ń s k i, „że pęknięcia wątroby, śledziony bądź wcale, bądź tylko nieznaczne powodowały krwawienia, choć czasem pęknięcia te sięgały 0·3 cm w głąb". W moich 6 przypadkach nie było ani razu zwężenia czy to tętnicy głównej, czy też obwodowych (np. udowych). Co się zaś tyczy zupełnego braku lub tylko nieznacznego krwawienia w tych razach, to prościej, mojem zdaniem, odnieść ten fakt do tego, że wskutek natychmiastowej śmierci i ustania czynności serca krwawienie z obrażonych narządów nie mogło być wybitne, tak jak to z dawna wiadomo co do obrażeń zadanych na schyłku życia.

Już z czysto teoretycznych powodów wydawało mi się to twierdzenie Bürgera i Strassmanna mało prawdopodobnem. Wszak zmiażdżony tłuszcz zarówno po obrażeniu kończyn górnych, jak dolnych, zanim dostanie się do naczyń krwionośnych płuc, odbywa tę samą wspólną drogę. Ponieważ zarówno krew z żyły głównej górnej, jak i z dolnej, uchodzi do prawego przedsionka, a stąd do komory prawej, która dopiero w ten sposób zmięszaną, z obu żył głównych pochodzącą krew żylną wyrzuca przy najbliższym skurczu przez tętnicę płucną do płuc. Ponieważ jednak w takich razach wszelkie teoretyczne rozważania niewiele lub wogóle niczego nie dowodzą, a wszystko rozstrzyga eksperyment, badałem oddzielnie poszczególne płaty płuc u zwierząt w powyżej podanych doświadczeniach. Badanie wykazało, że w razie obecności zatorów tłuszczowych były one rozmieszczone mniejwięcej jednakowo we wszystkich płatach płuc. Nie da się jednak zaprzeczyć, że czasem przy obrażeniach kończyn dolnych odnosiło się wrażenie, iż pod względem ilościowym są może zatory nieco rozleglejsze w dolnych płatach płuc. Ponieważ atoli, jak wiadomo, z wyników eksperymentów na zwierzętach nie można o ludzkiej patologji nic stanowczo wnosić, starałem się rozstrzygnąć to pytanie, dobierając przypadki z obrażeniami samych tylko kończyn górnych lub samych tylko kończyn dolnych u ludzi i badając jak najdokładniej oddzielnie poszczególne płaty obu płuc. Jak to uwidacznia tablica I, zbadałem 15 przypadków obrażeń samych tylko kończyn dolnych i 7 przypadków obrażeń górnej części ciała (w obrębie żyły głównej górnej). We wszystkich przypadkach z dodatnim wynikiem badania stwierdziłem zarówno przy obrażeniach samych kończyn dolnych, jak i przy obrażeniach górnej części ciała, obecność zatorów tłuszczowych we wszystkich płatach płuc bez jakiejś widocznej różnicy w ich rozległości i ilości. Zatem już z tych niezbyt licznych przypadków należy wysnuć wniosek, że u ludzi nie istnieją różnice w rozmieszczeniu i rozległości zatorów tłuszczowych w poszczególnych płatach płuc przy obrażeniach górnych, względnie dolnych kończyn.

Wreszcie muszę poruszyć zagadnienie bardzo ważne pod względem sądowo-lekarskim, czy zatory tłuszczowe w płucach można uważać za bezpośrednią przyczynę śmierci. Pod tym względem istnieją różnice w zapatrywaniach badaczy. Jedni nie uznają zatorów tłuszczowych w płucach za bezpośrednią przyczynę śmierci, opierając się na tem, że płuco z powodu bogactwa anastomoz znosi dobrze zamknięcie nawet bardzo znacznych obszarów naczyniowych. Wyrazicielem tego zapatrywania jest Scriba [1]), który na podstawie swoich doświadczeń z wstrzykiwaniem oliwy wyklucza możliwość śmierci przez zatory tłuszczowe płuc. Nadto sądzi on, że dla wywołania śmierci człowieka musiałoby się dostać do krążenia trzy razy więcej tłuszczu, niż wynosi zawartość szpiku kostnego kości udowych. Natomiast znakomita większość badaczy przyjmuje, że zatory tłuszczowe płuc mogą stać się przyczyną śmierci, o ile są bardzo rozległe. I to zapatrywanie należy uznać za słuszne. Doświadczeniom Scriby można zarzucić, że użył w nich oliwy, a wstrzyknięta oliwa przechodzi z łatwością przez krążenie płucne do ogólnego krążenia; natomniast tłuszcz, porwany z miejsc uszkodzonych, zatrzymuje się prawie wszystek w naczyniach włosowatych płuc. Takie zaś zatkanie bardzo znacznej ilości naczyń płucnych stanowi znaczny opór i poważną przeszkodę dla serca prawego, które nie może z powodu zatkania znacznych obszarów naczyniowych przepchać krwi w dostatecznej ilości; stąd jej zastój a w dalszem następstwie obrzęk płuc. Przytem serce lewe, nie otrzymując dostatecznej ilości krwi, nie może jej dostarczyć należycie poszczególnym narządom, wskutek czego cierpią one, a zwłaszcza mózg i mięsień sercowy, z jednej strony na nadmiar bezwodnika kwasu węglowego (CO_2) jako następstwa zastoju żylnego, z drugiej zaś strony na głód tlenowy, co musi się odbić niekorzystnie na zdrowiu danej osoby.

Jeżeli przyczynę śmierci przy obecności zatorów tłuszczowych w płucach rozpatrzymy z praktycznego sądowo-lekarskiego punktu widzenia, to dojdziemy do następujących wniosków. Zatorów tłuszczowych, występujących w płucach w całym szeregu spraw chorobowych (porówn. tabl. I.), nie potrzebują lekarze-znawcy uwzględniać przy orzekaniu o przyczynie śmierci, ponieważ zatory te nie występują stale, są zazwyczaj nieliczne, a nadto sama sprawa chorobowa, której zatory tłuszczowe w płucach towarzyszą, wystarcza w zupełności jako przyczyna śmierci, n. p. miażdżyca naczyń, zapalenie nerek, gruźlica, grypowe zapalenie płuc itp. To samo odnosi się także do większości przypadków zatorów tłuszczowych w płucach, nawet licznych, które dołączyły się po doznanym urazie kości lub narządów obfitujących w tłuszcz. W tych razach przyczyną śmierci będzie bądź to samo obrażenie ważnych dla życia narządów, bądź to dołączający się krwotok wewnętrzny lub zewnętrzny, bądźto dołączające się zakażenie. Pozostaną zatem do oceny tylko nieliczne, ale pod względem praktycznym sądowo-lekarskim najważniejsze przypadki, kończące się niespodziewanie śmiercią, w których sekcja wykaże tylko jakieś, zazwyczaj nie kończące się śmiercią, obrażenie, jak n. p. złamanie pojedyncze kości, przy zresztą makroskopowo ujemnym wyniku sekcji lub co najmniej stwierdzi nadto obrzęk płuc. W tych przypadkach jest obowiązkiem obducenta dokonać badania mikroskowego płuc co do zatorów tłuszczowych, których stwierdzenie, zazwyczaj w olbrzymiej ilości, wytłómaczy mu przyczynę zejścia śmiertelnego. Zapominając o tem, puszcza znawca wodze fantazji i musząc w orzeczeniu podać przyczynę śmierci, przyjmuje najczęściej, jak to jeszcze Virchow [2]) stwierdził, wstrząs (shock) lub wstrząśnienie mózgu, które także dają ujemny wynik sekcji.

Klasyczny taki przypadek widziałem w r. 1920. Otrzymałem do sekcji sądowej (Nr. prot. 766/20) zwłoki 23. letniego żołnierza W. M., który uległ wypadkowi przy wybuchu amunicji, z rozpoznaniem klinicznem: *Commotio cerebri*. Sekcja wykazała na obu przedramionach i rękach, tudzież od połowy obu ud aż do połowy grzbietu obu stóp kilkanaście nieregularnie rozrzuconych ran, dochodzących od wielkości ziarna grochu do wielkości srebrnej 5 markówki, o brzegach szarpanych, drążących w tkankę podskórną, w dnie których leżały metalowe odłamki pocisków. Jedna z tych ran tuż nad stawem nadgarstkowym lewym po stronie grzbietowej drążyła w głąb i przenikała w postaci kanału grubości małego palca kość łokciową lewą tuż nad jej dolną nasadą. Druga podobna w podkolanku prawym drążyła ku dołowi aż do kości piszczelowej, gdzie na jej dnie znaleziono gwóźdź; kość goleniowa prawa mniejwięcej w połowie złamana. Brzegi wszystkich ran obficie krwią podbiegnięte. W narządach wewnętrznych sekcja wykazała wiotkie taśmowate zrosty opłucnej lewej, nieznaczne ogniskowe zgrubienia i nierówności błony wewnętrznej tętnicy głównej, mniejszą podatność i pewną sztywność zastawek półksiężycowych aorty, tudzież pewną bladość narządów. Jedyną znaczniejszą zmianą był bardzo silny obrzęk płuc, których powierzchnia przekroju wprost zalewała się bardzo obfitą cieczą pienistą, jasną i miernego stopnia rozszerzenie serca prawego. Natomiast jak najdokładniejsze badanie powłok czaszkowych i wogóle narządów czaszki (ze względu na rozpoznanie kliniczne) nie wykryło żadnych obrażeń. Ten wynik sekcji nasunął przypuszczenie zatorów tłuszczowych, toteż zastrzegłem sobie wydanie orzeczenia po przeprowadzeniu badania mikroskopowego płuc. I rzeczywiście badanie to wykryło w każdym skrawku ze wszystkich płatów obu płuc w każdem polu widzenia wprost zapchanie wszystkich prawie naczyń tłuszczem przeważnie w postaci kiełbasek. Orzeczenie w kierunku zatorów tłuszczowych płuc, jako przyczyny śmierci nabrało jeszcze potwierdzenia na podstawie historji choroby, z której wynikało, że chory od chwili wybuchu miał zachowaną przytomność aż do dnia następnego i nie wymiotował. Tętno było przyspieszone i słabo napięte. Na oddziale szpitalnym otrzymał wstrzyknięcie podskórne surowicy przeciwtężcowej i oleju kamforowego, tudzież opatrunek aseptyczny. Następnego dnia wystąpiły objawy duszności, które mimo podawanych środków leczniczych, między innemi tlenu, nie ustępowały, przeciwnie zwiększały się, stopniowo wystąpiła sinica, ogólny zapad i śmierć. Mimo, że te objawy chorobowe, a zwłaszcza zachowana przytomność, brak wymiotów i przyspieszenie tętna, przemawiały przeciwko wstrząśnieniu mózgu, zostało ono przez lekarzy rozpoznane, ponieważ, jak mi oświadczono, „trzeba było rozpoznanie jakieś postawić, a nie było innych danych“.

Przypadek ten wskazuje, że, jeżeli znawca nie chce popełnić tego samego błędu, jak rozpoznawanie śmierci z uduszenia tylko na podstawie wybroczyn w błonach surowiczych lub śmierci grasiczej na podstawie zachowanej w późniejszym wieku grasicy lub wyraźnego narządu limfatycznego, to po-

[1]) Deutsche Ztschrft. f. Chir. 1880. T. XII. str. 26.

[2]) B. kl. W. 1886 Nr. 30.

winien w takich przypadkach, w których stwierdzi obrażenie kośćca lub części miękkich przy zresztą ujemnym wyniku sekcji, wykonać zawsze badanie mikroskopowe płuc w kierunku zatorów tłuszczowych. Konieczność przeprowadzania badań mikroskopowych, które w takich przypadkach powinny wyraźnie nakazywać przepisy o dokonywaniu sekcyj sądowo-lekarskich, wymaga, aby lekarz miał w instrumentarjum sekcyjnem podwójny nóż Valentina; z jego pomocą każdy może łatwo sporządzić skrawki płuc i zbadać je bez barwienia pod mikroskopem. Można także wycięte kawałki płuc przesłać do zbadania w kilku-procentowej formalinie lub sublimacie, jednak nie w alkoholu, który rozpuści tłuszcz i zniszczy zatory. Następnie ważne są dla znawcy dokładne wiadomości o objawach, jakie śmierć poprzedziły. Wiadomo bowiem, że zarówno wstrząs (shock), jak i wstrząśnienie mózgu, mogą w następstwie doznanych obrażeń sprowadzić śmierć także wśród objawów obrzęku płuc i osłabienia czynności serca. W tych razach rozstrzygającem jest, na co jeszcze Czerny[0]) słusznie zwrócił uwagę, czy ogólny stan obrażonego po doznanym urazie był przez mniej lub więcej długi przeciąg czasu dobry. Gdy bowiem przy wstrząsie i wstrząśnieniu mózgu występuje bezpośrednio po urazie utrata przytomności i inne objawy chorobowe, to przy zatorach tłuszczowych obrażony przez jakiś czas nie okazuje, podobnie jak w dopiero co opisanym przypadku, tych objawów chorobowych, a w szczególności utraty przytomności, i dopiero z czasem zjawiają się objawy duszności, obrzęku płuc, osłabionej czynności serca i zapadu.

Z doświadczeń tych wynikałoby, że w razie śmierci, która następuje szybciej niż w 4 minuty po doznanem obrażeniu, może nie dojść do powstania zatorów tłuszczowych w płucach.

Co się tyczy drugiego warunku, a mianowicie, że zatory tłuszczowe nie mogą wystąpić po śmierci, to zapatrywanie autorów na zatory tłuszczowe, jako na sprawę życiową, było do niedawna ogólnie przyjęte, a także obecnie znakomita ich większość jest tego samego zdania. Pierwszy Westenhoeffer[1]) zajął odmienne stanowisko, stwierdziwszy w 11 godzin po śmierci w płucach kobiety, zmarłej wskutek zakażenia po poronieniu, liczne zatory tłuszczowe. Zwłoki te znajdowały się w stanie bardzo daleko posuniętego rozkładu gnilnego, w narządach były liczne pęcherzyki gazów gnilnych, ze szpiku zaś kostnego wyhodowano *bac. phlegmones emphysematosae* (Fränkel). Westenhoeffer przyjmuje na podstawie swojego spostrzeżenia, że tłuszcz, znajdujący się wskutek gnicia wolno w naczyniach i tkankach, może przez gazy gnilne zostać wepchnięty po śmierci przez serce do naczyń krwionośnych płuc i tutaj dać przy drobnowidowem badaniu typowy obraz zatorów tłuszczowych. To przyjęcie przez Westenhoeffera możliwości pośmiertnego zatoru tłuszczowego spotkało się jednak ze słuszną krytyką Kockela[2]) i Grawitza[3]), na którą należy się w zupełności zgodzić, ponieważ w przypadku Westenhoeffera dokonano na schyłku życia szwu na szyjce macicznej, 4 wstrzyknięć ergotyny, 5 wstrzyknięć kamfory i jednej hypodermoklizy roztworu soli kuchennej, które to zabiegi same już mogły wywołać zatory tłuszczowe.

W roku 1911 na zjeździe niemieckiego Towarzystwa sądowo-lekarskiego w Królewcu podniósł znowu Ziemke[4]) możliwość wywołania eksperymentalnego zatorów tłuszczowych po śmierci, wprawdzie z tem zastrzeżeniem, że są one bardzo skąpe i występują tylko w szczególnych warunkach. Ziemke wykonał szereg doświadczeń na zwłokach zwierząt w ten sposób, że po zabiciu królików przez uderzenie w kark wstrzykiwał im oliwę lub wytopiony tłuszcz ludzki do prawego przedsionka serca, podwiązywał miejsce wkłucia i następnie albo wdmuchiwał powietrze lub wodę do żyły udowej, albo wdmuchiwał powietrze do jamy brzusznej aż do jaknajwiększego napięcia powłok brzusznych, lub też wstrzykiwał w tym celu gnijącą krew do jamy brzusznej, albo po przepiłowaniu kości udowych i zniszczeniu szpiku kostnego wstrzykiwał do jamy szpikowej oliwę i następnie wdmuchiwał powietrze do kości, a wreszcie badał mikroskopowo płuca z gnijących zwłok ludzi, zmarłych z rozmaitych przyczyn. Poza grupą badań płuc z gnijących zwłok ludzkich, w której otrzymał wyniki ujemne, znajdował Ziemke w innych zatory tłuszczowe w płucach wprawdzie nieliczne, drobne, niejednokrotnie dopiero w skrawkach serjowych.

Pomijając małe prawdopodobieństwo uzyskania skrawków serjowych za pomocą mikrotomu do mrożenia ze świeżego materjału, to doświadczeniom tym, względnie wysnutym na ich podstawie wnioskom, można zrobić cały szereg zarzutów, z któremi też częściowo spotkał się też Ziemke w dyskusji nad swym odczytem (Bürger, Meixner[1]). Należy tu przedewszystkiem podnieść, że zwierzęta (króliki) były zabijane przez uderzenie w kark, (który to uraz sam, jak to dowodzą badania licznych autorów od Flournoy'a począwszy, wywołują pojedyncze zatory tłuszczowe), że Ziemke używał do doświadczeń płynnego tłuszczu, że wreszcie warunki, wśród jakich były dokonywane doświadczenia, nie zbliżały się do naturalnych.

Chcąc się możliwie zbliżyć do warunków naturalnych, wykonałem następujące doświadczenia:

Doświadczenie 1.: Królika, ♂, 2820 g, dobrze odżywionego, trzymano przez 2 tygodnie w samotności i w klatce chroniącej przed ewentualnemi urazami. 24/VI. wstrzyknięto do żyły zewnętrznej ucha nieco zgęszczonego rozczynu sinku potasu. Natychmiastowa śmierć Następnie zmiażdżono ciężarkiem kości wszystkich kończyn, poczem wstrzyknięto 2 cm^3 gnijącej krwi do jamy otrzewnej i zwłoki zwierzęcia wystawiono na działanie ciepła słonecznego. Po 7 dniach wyjęto ze zwłok królika, będących w bardzo daleko posuniętym rozkładzie gnilnym, oba płuca, w których przy badaniu w sposób kilkakrotnie już opisany mimo najdokładniejszych poszukiwań nie stwierdzono zatorów tłuszczowych.

Doświadczenie 2. Królik, , 2620 g. Postępowanie, jak z poprzedniem, z tą różnicą, że krew wstrzyknięta do jamy otrzewnej pochodziła z przypadku ropowicy gazowej, i że płuca wyjęto ze zwłok po 4 dniach. Badania płuc co do zatorów tłuszczowych z wynikiem ujemnym.

Doświadczenie 3. i 4. Świnka morska, ♀, 320 g, padła po rzuceniu dwojga młodych. Świnka morska, ♂, 262 g, zabita przez wstrzyknięcie do serca rozczynu sinku potasu.

W obydwóch dalsze postępowanie, jak u królika w doświadczeniu 1., z równie ujemnym wynikiem.

Z doświadczeń tych wynika, że tłuszcz zmiażdżony po śmierci mimo nawet bardzo daleko posuniętego rozpadu gnilnego i w razie obecności *bac. phlegmones emphysematosae* nie przedostaje się do naczyń płucnych.

Ważniejszy jednak dla tej sprawy był wynik badania płuc zwłok ludzkich, będących w bardzo znacznym rozkładzie gnilnym. Otóż, jak to uwidacznia ostatnia grupa badań na tablicy I., wynik badania wypadł zawsze ujemnie. Wprawdzie czasem przy daleko posuniętem gniciu można było spostrzegać w skrawkach czerwono zabarwione kuliste i smugowate miejsca, które naśladowały bardzo zatory tłuszczowe, jednakże przy barwieniu sudanem i hematoksyliną i oglądaniu tych miejsc w dużem powiększeniu można się było przekonać, że nie są to zatory tłuszczowe, lecz albo grudki tłuszczu leżące poza naczyniami albo drobne ziarenka tłuszczu w śródbłonkach naczyń.

Zbierając, przy uwzględnieniu wyników własnych badań, wszystko, co się tyczy zagadnienia, czy zatory tłuszczowe są sprawą życiową, czy też mogą powstać także po śmierci, widzimy, że tylko gnicie uważano za sprawę, mogącą wywołać zatory tłuszczowe po śmierci. Poza przypadkiem Westenhoeffera, który jednak z powodów powyżej przytoczonych nie może wchodzić w rachubę, nikt z autorów nie stwierdził w ludzkich zwłokach zatorów tłuszczowych, powstałych przez gnicie. Także Ziemke'mu, który przyjmuje możliwość wywołania zatorów tłuszczowych po śmierci u zwierząt na drodze eksperymentalnej, nie udało się ich wykazać w gnijących zwłokach ludzkich. Tak więc zatory tłuszczowe są sprawą przyżyciową. Pośmiertne ich powstawanie u człowieka jest wykluczone.

[0]) B. Kl. W. 1875 Nr. 44.

[1]) Virchow's Archiv 1902 T. 170. str. 517. Vjschrift f. ger. Med. 1904 T. XXVII. Suppl. str. 184.

[2]) W Schmidtmann'a Hdb. d. ger. Med. T. I. str. 623 i 699.

[3]) Referat z pracy Westenhoeffera w Virchows Jahresberichte.

[4]) Vjschrft. f. ger. Med. 1911 T. XLI. 2. Suppl. str. 85.

[1]) (l. c.).

O ile jednak z punktu widzenia teoretycznego i praktycznego, jak się zdaje, nie ulega wątpliwości, że zatory tłuszczowe są sprawą życiową, o tyle w przypadkach sądowo-lekarskich należy bardzo ostrożnie oceniać, czy dane obrażenie, naturalnie mogące wywołać zatory tłuszczowe, powstało za życia (w razie dodatniego wyniku badania), czy też po śmierci (przy ujemnym wyniku badania). Może się bowiem zdarzyć, że badany doznał na krótki czas przed śmiercią jakichś małoznacznych obrażeń n. p. sińców, które także, jak to wynika z badań na tablicy I., wywołać mogą choćby drobne i nieliczne zatory tłuszczowe i które moglibyśmy błędnie odnosić do jakiegoś obrażenia n. p. złamania kości, które faktycznie powstało po śmierci. Jeżeli jednak uwzględnimy, że przy takich drobnych urazach, o ile wogóle dojdzie do zatorów, to są one bardzo nieliczne i drobne, i jeżeli mimo bardzo dokładnych i skrupulatnych poszukiwań takich urazów nie stwierdzimy ich w zwłokach, a natomiast stwierdzimy liczne i obfite zatory w płucach, to sądzę, można przyjąć z wielkiem prawdopodobieństwem, iż obrażenie wątpliwe co do powstania, stwierdzone sekcją, powstało za życia. Przy ujemnym wyniku badania nie możemy wysnuwać wniosków, że dane obrażenie nie powstało za życia, bo jak widzieliśmy, nawet przy obrażeniu kości długich może nie dojść do zatorów tłuszczowych. Tak samo w zwłokach, znajdujących się w rozkładzie gnilnym, z powodu niemożności stwierdzenia zwłaszcza drobnych urazów nie wolno nam w razie obecności zatorów tłuszczowych wydawać orzeczenia co do ich powstania za życia.

W roku 1914 Bürger i G. Strassmann [1]), opierając się na analogicznych doświadczeniach Helly'ego i Kretza z drożdżami, badali usadawianie się zatorów tłuszczowych w poszczególnych płatach płuc i stwierdzili, że przy obrażeniach górnej połowy ciała znajdują się naogół rozleglejsze i wybitniejsze zatory tłuszczowe w płatach górnych płuc, a nadwrót przy obrażeniach kończyn dolnych są one rozleglejsze w płatach dolnych płuc. Płat środkowy płuca prawego zachowuje się naogół analogicznie jak płaty górne. Miałoby to duże praktyczne znaczenie sądowo-lekarskie n. p. w przypadkach (podobnych do opisanych przez tych autorów) obrażeń czaszki, zadanych przez mordercę jakiemkolwiek narzędziem, i późniejszego podrzucenia zwłok pod pociąg dla zatarcia śladów zbrodni.

Z praktyki.

Dr. S. Sterling. Łódź.

O nadużywaniu t. zw. djety bezsolnej.

Relację o przebiegu choroby zakończyła rodzina jednej z moich chorych zdaniem: ponieważ w moczu jest białko, chora już od pięciu dni jada wszystko bez soli. Był to przypadek zapalenia miedniczek nerkowych.

* * *

Nie tak dawne to czasy, kiedy przepis Karella, który, jako pożywienie przy zapaleniu nerek, zalecał podawanie cztery razy dziennie po 200 g mleka, stosowano jako t. zw. djetę mleczną w ten sposób, że w każdym przypadku białkomoczu zalecano krótko, kategorycznie i bez końca: mleko, mleko wyłącznie, mleka jaknajwięcej.

Postępy wiedzy nauczyły nas: 1) że obecność białka w moczu nie jest jeszcze dowodem istnienia zapalenia nerek; 2) że „białkomocz" nie jest wogóle rozpoznaniem (jak niem nie jest kaszel czy gorączka). Stwierdzenie zaś obecności białka powinno być jedynie bodźcem do szukania przyczyn tego objawu, więc wykluczenia białkomoczu rzekomego (domieszka krwi, ropy, nasienia, wydzieliny cewki, wydzieliny pochwy), a przy rozpoznanem nerkowem pochodzeniu białka — do określenia charakteru i okresu cierpienia; 3) że nie wszystkie okresy zapalenia nerek wymagają, pomimo obecności białka, leczenia djetetycznego; 4) że wreszcie należy wogóle mówić raczej o chorych nerkowych a nie o chorobach nerek, ponieważ współcześnie ze zmianami w nabłonku kanalików i śródbłonku naczyń nerkowych, istnieją schorzenia anatomiczne i czynnościowe naczyń krwionośnych, naczyń chłonnych i kanalików śródtkankowych poza nerkami.

Do niedawna, w celu oszczędzania nerek, z djety chorych nerkowych wykluczano jedynie pokarmy, zawierające składniki, które mają drażnić nerki.

Djeta małosolna bywa, jak się przekonałem, per analogiam uważana też za djetę oszczędzającą nerki, za wykluczenie z pokarmów czynnika rzekomo dla nerek szkodliwego.

Dlatego niektórym kolegom wystarcza rzut oka na wynik rozbioru moczu, by spostrzeżenie obecności białka podyktowało zalecenie djety bez soli.

Ten błąd spostrzegam często, uważam więc za korzystne zagadnienie to poruszyć. Szkoda wyrządzana przez zbędne ograniczenie spożywania soli kuchennej jest tem większa, że najczęściej ten błąd popełniają (przynajmniej w obrębie horyzontu moich spostrzeżeń) koledzy akuszerzy, pozbawiając bez potrzeby soli kuchennej matki i płody.

Nie wdając się w szczegóły, które byłyby nie na miejscu w tej notatce z praktyki, chcę, prócz stwierdzenia samego faktu, przypomnieć, że:

Wskazaniem do ograniczenia ilości soli w pożywieniu nie jest obecność białka w moczu, tylko zakłócenie gospodarstwa wodnego i solnego w ustroju; że więc dopiero stwierdzenie niedoboru w bilansie wody i soli daje racjonalną podstawę do ograniczeń. Jawne obrzęki są aż nadto widocznym tego dowodem; innym razem — szybkie wzmaganie się wagi ciała lub wyniki znanych prób wydolności czynnościowej nerek, np. wynik choćby najprostszej z nich, próby stężenia.

Jeśli w schorzeniach nerek obecność białka idzie często w parze z zakłóceniem bilansu wody i soli, to jednak białko w moczu wykazujemy i przy prostych zaburzeniach krążenia nerkowego, zaburzeniach ogólnych (zależnych od serca — cyanosis renum) lub zaburzeniach miejscowych (przemijający ucisk części lędźwiowej kręgosłupa na nerki — *albuminnuria intermitters sive orthostatica)* W przypadku pierwszym skuteczniejsze są środki nasercowe, niż djetetyczne, a ograniczenie soli jest tu stosowane w zakresie umiarkowanym; w przypadku drugim — ograniczenia djetetyczne są niepotrzebne, nawet szkodliwe.

Zrozumiałą jest obawa akuszera, kiedy stwierdzi białkomocz u ciężarnej. Ale do rozpoznania t. zw. *nephropathia gravidarum* nie wystarcza obecność białka (którego absolutna ilość dobowa — dodam — nie jest wcale równoległa do natężenia cierpienia). Przy *nephropathia gravidarum* mamy obok cech nefrozy, obok obfitego białkomoczu, zmniejszoną, mniej lub więcej, ilość moczu, ciężar gatunkowy zwykle zwiększony, liczne nabłonki nerkowe i wałeczki, często stłuszczone, wałeczki lipoidalne, czasem — odczyn zasadowy w moczu świeżym, obrzęki lub ukryte zaburzenia w bilansie wodnym i solnym — mamy jeszcze objaw właściwy zapaleniu nerek sensu strictiori — wzmagające się parcie krwi. *)

Objawy zastoinowe w nerce zależne od krążenia dają: wybitne zmniejszenie ilości moczu; c. g. wysoki, białka mało (chociaż to nie jest prawidłem), nieliczne wałeczki, często zmniejszoną ilość soli kuchennej w moczu, obrzęki; bardzo rzadko parcie krwi podwyższone, częściej — obniżone.

Niezawsze można od razu zróżniczkować przyczynę białkomoczu ciężarnych (chyba, że mamy już objawy kliniczne na dnie oka lub objawy rzucawki).

To też, zaleciwszy, na razie, ograniczenie soli kuchennej w pożywieniu, należy przez dalsze spostrzeganie i leczenie (środki naserowe) dojść do ścisłego rozpoznania przyczyn białkomoczu, nie przedłużając bez dostatecznych powodów djety małosolnej, lub też — w razie potrzeby — stosując ją konsekwentnie dopóty, dopóki nie ustąpią objawy zatrzymania chlorków.

---

[1]) Vjschrft. f. ger. Med. 1914. T. XLVII. 2. odbitka.

*) Śledzenie tego objawu jest najważniejszym sposobem kontroli przebiegu nephropathiae gravidarum; a w jego zwalczaniu sposobem ważnym — ograniczenie ilości podawanego płynu.

Pamiętać przytem należy też o możności zapalenia nerek wskutek zapalenia miedniczek; wtedy obok dużych ilości moczu, niewielkich ilości białka, niskiego ciężaru gatunkowego, obecności w osadzie ciałek ropnych i drobnoustrojów, mamy też zmniejszone wydalanie soli i — często — wysokie parcie krwi; obecność gorączki przemawia na korzyść tej postaci.

Poza białkomoczem u ciężarnych, zalecana jest niepotrzebnie djeta bezsolna w innych przewlekłych stanach zapalenia nerek, albo zbyt długo utrzymywana w okresie zdrowienia po zapaleniu ostrem, bo aż do zniknięcia białka.

Djeta małosolna nie powinna być mechanicznym schematem djetetycznym; krótki przepis unikania soli w djecie jest „wygodny“ — dla lekarza, ale może stać się szkodliwym — dla chorego.

Sprawozdania poglądowe.

Prof. Dr. R. Rencki. Lwów.

O leczeniu środkami koloidowemi oraz nieswoistemi ciałami białkowemi.*)

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. (Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki).

W lecznictwie chorób wewnętrznych ostatnie 50-lecie przyniosło doniosłe zmiany tak pod względem ilości, jak i jakości środków i metod leczniczych. Jeśli uprzytomnimy sobie czasy dawniejsze, czasy pierwszej połowy ubiegłego wieku, przypadające na okres potężnego rozwoju nauk anatomo-patologicznych, to widzimy, że główną troską klinicznej medycyny było szczegółowe i drobiazgowe rozpoznanie sprawy chorobowej na podstawie znajomości anatomo-patologicznych i rozwijającego się podówczas badania fizykalnego. W lecznictwie panowała powszechnie niewiara i nieufność w środki lecznicze, z pośród których zaledwo kilka, jak rtęć, chinina, jod, naparstnica — cieszyło się ogólnem uznaniem i stanowiło cały aparat leczniczy. Dopiero od czasu rozwoju bakterjologji, która w pierwszej linji wywarła doniosły wpływ na chirurgję operacyjną, poczyna się równocześnie w medycynie wzmagać ruch leczniczy, mający na celu zwalczanie chorób zakaźnych, a przedewszystkiem opanowania gorączki, w której dopatrywano się nie tylko objawu choroby, ale i głównej przyczyny niebezpieczeństwa dla życia chorego. Dla jej zwalczania oprócz szerokiego stosowania zabiegów wodoleczniczych, poszukiwano za coraz to nowemi środkami chemicznemi. Kwas salicylowy, wytworzony w r. 1874 przez Kolbego, a wprowadzony do lecznictwa przez Bussa i Strickera, jako środek przeciwgorączkowy i przeciwgośćcowy, był punktem wyjścia licznych przetworów salicylowych i pokrewnych środków, któremi głównie Niemcy zaczęli obficie zasypywać rynek aptekarski.

Dalszy rozwój bakterjologji, a z nią i serologji, dzięki pracom Pasteura, Kocha, Roux'a, Buchnera, Ehrlicha, Behringa i i. stworzył nowy dział leczniczy chorób zakaźnych i wprowadził leczenie surowicami i szczepionkami, dział będący obecnie w skrzętnem opracowaniu a którego granic rozwoju dzisiaj ani przewidzieć ani oznaczyć nie można.

Z tym działem leczniczym ściśle się łączy, bo z niego wyszło, obecnie powszechnie stosowane leczenie ciałami białkowemi, wprowadzanemi do ustroju z pominięciem przewodu pokarmowego, a także leczenie preparatami koloidowemi metali czyli t. zw. koloido- i proteinoterapja. Temi ostatniemi metodami leczniczemi zajmiemy się w dzisiejszym referacie ze stanowiska czysto klinicznego. Nie zamierzając wcale rozstrzygać, czy trafniej i słuszniej nazywać leczenie ciałami białkowemi — leczeniem ciałami proteinowemi, czy, jak inni chcą, leczeniem podniet lub bodźców *(Reiztherapie)*, czy, jak proponuje G r ö e r, leczeniem ergotropowem — rozpatrzymy tylko krytycznie jego znaczenie praktyczne, będziemy się starali określić wskazania oraz granice i sposoby stosowania oraz podać dotychczasowe wyniki lecznicze. Mam przekonanie, że dzisiejsza dyskusja, poparta doświadczeniami wszystkich referentów oraz licznego grona zebranych kolegów, przyczyni się w wielkim stopniu do wyjaśnienia omawianego przedmiotu i pozwoli przyjść do wniosku, w myśl ostatniej doskonałej pracy Strümpell'a o charakterystyce dzisiejszej terapji — czy leczenie to jest istotnie konieczne lub tylko pożyteczne a czy nie jest ono niepotrzebne a może szkodliwe.

Leczenie koloidowemi przetworami metali ciężkich zapoczątkował C r e d e, wprowadzając w r. 1895 do lecznictwa koloidowe preparaty srebra w postaci maści, znanej powszechnie maścią Crede'go. Wnet zaczęto stosować kolargol w lawatywach; właściwy jednak rozwój koloidowej terapji datuje się dopiero od chwili stosowania rozczynów koloidowych srebra podskórnie i dożylnie. Rozczyn koloidowy srebra (Collargolum) tworzy albo chemicznie rozdrobioną zawiesinę srebra w wodzie przy pomocy dodanej gumy, jako koloidu ochronnego, który przeszkadza zbijaniu się cząsteczek i chroni je od wypadania. Nowsze preparaty — wprowadzone przez Francuzów — sporządzone na drodze elektrycznej (elektrargol), zawierają jeszcze delikatniej rozpylone cząsteczki metalu i zużytkowują znacznie mniejszy dodatek koloidu ochronnego. Te rozczyny koloidowe metali, wprowadzone dożylnie, nawet w większych ilościach, nie działają trująco na ustrój, bywają szybko z krwi absorbowane i wszystkie działają pobudzająco na całą przemianę materji ustroju. Z przetworów koloidowych oprócz srebra wprowadzono do lecznictwa przeważnie we Francji elektrocuprol, elektroaurol, elektroplatinol, elektropalladiol wreszcie elektroferrol. Preparaty platyny i palladium, posiadające ogólne własności koloidowych przetworów srebra, nie znalazły większego zastosowania w praktyce, a także i preparaty miedzi, wprowadzone przez hr. L i n d e n do leczenia gruźlicy, nie zyskały trwalszego wzięcia. Być może, że preparaty złota, polecane w ostatnich czasach, okażą się skuteczniejszą bronią w walce z gruźlicą. Elektromercurol, w 5 gr dawkach, stosują autorowie francuscy śródmięśniowo, dożylnie i śródlędźwiowo w zmianach kiłowych i pokiłowych. Elektroferrol (Heyden), 0,5% koloidowy rozczyn żelaza zaleca bardzo H e i n z z Erlangi, jako bardzo dzielny środek, pobudzający szpik kostny. Według H e i n z'a wszystkie rozczyny koloidowe metali ciężkich, wprowadzone do krwi, pobudzają energicznie utkanie erytro- i leukoblastyczne a z nich preparaty srebrowe mają działać wybitniej na utkanie leukoblastyczne, żelazowe zaś na utkanie erytroblastyczne. Elektroferrol mógł H e i n z bez żadnej szkody wstrzykiwać dożylnie królikom w ilości do 15 gr, a już 1 ctm 0·5% tego rozczynu dożylnie wprowadzony powoduje wybitną przemianę szpiku kostnego, nawet tłuszczowego, w ciemno czerwony. H e i n z stosował elektroferrol w rozmaitych postaciach niedokrewności, nawet złośliwej, z bardzo dobrym wynikiem wstrzykując raz lub dwa razy dożylnie w 8-dniowym odstępie 1 cm 0·5% rozczynu; objawy, jak dreszcz i gorączka, nie zawsze występują lub są nieznaczne. Podobne wyniki dodatnie otrzymali: Weber, Lührs, Arndt i i. Według K a y s e r'a, P e t e r s e n'a i S t o f f e l'a elektroferrol pobudza szpik kostny do tworzenia ciałek czerwonych dzięki działaniu swoistemu jego koloidu ochronnego a także i obecności żelaza. W Szwajcarji stosują elektroferrol z bardzo dobrym wynikiem, podskórnie, przyczem mają nie występować objawy miejscowe. Podawać można ten preparat i wewnętrznie 3 razy dnia po 20—40 kropli. H e i n z uważa elektroferrol za jeden z najdzielniejszych preparatów żelaza.

Daleko większe powszechne zastosowanie lecznicze w różnych, a głównie zakaźnych stanach chorobowych, znalazły preparaty koloidowe srebra, jak Collargolum 1—2% Heydena, 1% fulmargina, dispargen, elektrargol, 1% argocol Klawe'go, wstrzykiwane dożylnie w dawkach 5—15 ctm w odstępach 4—5 dniowych — rzadziej co 2-gi dzień. Zbyt długie przerwy przy stosowaniu preparatów należy unikać, opisywane bowiem są przypadki występywania objawów nadwrażliwości (B ö t t n e r). Przy wstrzykiwaniach baczyć się winno, by rozczyn nie dostawał się poza igłę — wywołuje bowiem natychmiast objawy dotkliwego bólu. Dla uniknięcia tego powikłania, radzi P l e h n wprowadzać najpierw samą igłę do żyły a dopiero później nasadzić wypełnioną płynem wstrzykawkę i powoli ją opróżniać.

*) Wykład wygłoszony w Towarzystwie lekarskiem 30. marca 22.

Srebro, wprowadzone do krwi, znika szybko i ma gromadzić się w wątrobie, śledzionie oraz szpiku kostnym a przedewszystkiem w nabłonkach nerkowych. Już w kilka minut po wstrzyknięciu nie można srebra w krwi wykazać. Nie przemawia to jednak przeciw skuteczności działania leczniczego w krwi samej, gdyż z zapasów złożonych w narządach wewnętrznych cząsteczki srebra ciągle przedostają się do soków ustroju i rozwijać tu mogą swoje działanie. A polega ono na własnościach adsorbcyjnych drobniutkich cząsteczek srebra o olbrzymiej powierzchni na jady wydzielane przez drobnoustroje. Posiada nadto srebro, jak wszystkie metale koloidowe, własności niszczenia bakteryj, jakto wykazały badania Henri'ego i Cernovadeanu oraz Johannessohna. To adsorpcyjne działanie i niweczące toksyny i endotoksyny, powstałe przy rozpadzie drobnoustrojów, uważają niektórzy za jeden z najwybitniejszych czynników leczniczych srebra koloidowego, którego roztwory działają jako katalizator, podnosząc naturalne własności ustroju przy wiązaniu i niszczeniu jadów bakteryjnych. Przypisują nadto kollargolowi, jako dalsze, dodatnie własności resorbcyjne i moczopędne. (Böttner).

Ten wpływ koloidowych rozczynów srebra przejawia się także w odczynie ogólnym ustroju ludzkiego, który spostrzegamy po dożylnych wstrzykiwaniach, a który wykazano doświadczalnie na zwierzętach. Jak widać z naszych spostrzeżeń ponawianych niejednokrotnie w lwowskiej klinice lekarskiej, występuje wkrótce po injekcji uczucie chłodu lub dreszcz małego nasilenia, poczucie ogólnego znużenia, czasem bóle głowy oraz podniesienie ciepłoty ciała, które zresztą nie jest stałem zjawiskiem. Najczęściej jeszcze wywołuje pierwsza injekcja podniesienie ciepłoty, druga i następne, stosowane w niedługich odstępach czasu, nie wywołują większej zmiany temperatury ciała. W naszych przypadkach dożylnie stosowany argocol nawet w dawkach 10 13 gr nie wywoływał ani dreszczów ani wzniesienia znaczniejszego ciepłoty. Podobne spostrzeżenie zrobił Plehn, który widywał wybitniejszy odczyn ogólny i lepsze wyniki lecznicze przy stosowaniu dawniejszych preparatów kolargolu, niż po elektrargolu. Uważa on gorączkę i towarzyszące jej objawy za następstwo rozpadu bakteryj i powstawania przeciwciał, pobudzonego endotoksynami, i chce w niej widzieć wzmożoną czynność obronną ustroju przeciw szkodliwym wpływom. Jest wielce rzeczą prawdopodobną a potwierdzałyby to i nasze spostrzeżenia, że w powstawaniu gorączki bierze przyczynowy udział znaczna domieszka do kolargolu białka, jako koloidu ochronnego, którego dodatek (25—30%) jest znacznie wyższy, niż przy elektrargolu Heyden'a, Clina, lysarginy itp. Potwierdzają to zresztą i doświadczenia Böttnera, który, stwierdziwszy, że sam koloid ochronny wstrzyknięty dożylnie wywołuje wybitne podniesienia ciepłoty oraz zmiany we krwi, uważa dodatek koloidu ochronnego do kolargolu za jedną z głównych przyczyn, która wzmaga jego działanie lecznicze.

Daleko stalsze są zmiany, jak to widać i z naszych spostrzeżeń — w krwi, które nawet tam występują, gdzie po wstrzykiwaniach dożylnych elektrargolu nie stwierdziliśmy odczynu gorączkowego. Zwykle w $1/2$—2 godziny po injekcji występuje spadek ilości ciałek białych i to tak leukocytów neutrofilnych, jak eozynochłonnych, poczem wśród podnoszenia się ciepłoty pojawia się leukocytoza neutrofilna, która utrzymuje się rozmaicie długo, przeciągając się znacznie poza okres gorączki. Czas trwania leukocytozy w jednych przypadkach wynosił około 24 godzin, w innych przeciągał się na okres 2—3 dni. W okresie szczytu gorączki malała zwykle ilość ciałek eozynochłonnych, które później w okresie spadku i po spadku ciepłoty zjawiały się w zwiększonej ilości. Obraz całego odczynu ustroju, wywołanego wstrzyknięciem dożylnem srebra koloidowego odpowiada, tak pod względem przebiegu ciepłoty, jak i zachowania się ciałek białych, obrazowi spotykanemu przy chorobach zakaźnych. Ten spadek leukocytów w pierwszych godzinach po wstrzyknięciu uważać należy jako następstwo rozpadu ciałek obojętnochłonnych i wtórorzędnego odczynowego podrażnienia szpiku kostnego (Dungern). Objawy ogólne, jak dreszcze, gorączka, bóle głowy i osłabienie nie są stałem zjawiskiem przy stosowaniu kolargolu. Najczęściej jeszcze zjawiają się one przy pierwszej injekcji a nie ma ich przy dalszych, chyba, że dawka została podniesioną lub ubiegł dłuższy przeciąg czasu od ostatniego wstrzyknięcia; wówczas opisują autorzy poważniejsze zaburzenia, jak bezmocz, krwawienie i objawy nadwrażliwości. W przypadkach po elektrargolu a u nas po argokolu Klawe'go odczyn ogólny bywał niestały i nieznaczny, choć obraz krwi wykazywał charakterystyczne ich działanie.

Obok ogólnych objawów podnoszą często występywanie odczynów miejscowych pod postacią zaostrzenia się ognisk zapalnych, wzmożenia się bólów, zwłaszcza w stawach dotkniętych schorzeniem oraz pojawieniem się obrzęków. Odczyny te miejscowe po argokolu w naszych przypadkach nie były nigdy większego nasilenia.

Wyniki dodatnie, jakie opisywano wkrótce po poleceniu kolargolu przez Crede'go, były powodem rozległego stosowania go w praktyce lekarskiej. Nie ma prawie choroby zakaźnej, w którejby nie stosowano kolargolu z mniejszem lub większem powodzeniem, a otrzymane rezultaty miały być tem lepsze, im wcześniej rozpoczęto leczenie.

I tak widziano dobre wyniki lecznicze w tyfusie brzusznym, w paratyfusie, w plamistym, odrze, płonicy, róży nawet w cholerze i dżumie. Często stosowano kolargol w grypie i towarzyszących jej zapaleniach płuc. Ogłaszane, nieraz nieliczne przypadki wyleczenia zapalenia płuc, przy stosowania kolargolu — nie są wcale przekonywujące, a i nasze własne w tym kierunku spostrzeżenia stosowania kolargolu w przewlekających się i ciężkich grypowych zapaleniach płuc, chociaż kończyły się nieraz pomyślnie, nie przekonywały nas o bezpośredniem działaniu tego środka leczniczego. Głównem polem działania tego sposobu leczenia były i są dotąd stany posocznicowe i posoczniczo-ropnicowe o nieznanych często wrotach zakażenia i zakażenia połogowe. Ale i tu liczne wyniki dodatnie przy krytycznej ocenie, nie często do leczenia kolargolem odnieść wypadnie. W naszych 6 przypadkach ciężkiej posocznicy połogowej nie widzieliśmy ani w jednym dodatniego działania kolargolu. Dwa z nich zmarły a w 4 nastąpiło wyleczenie po bardzo długiem trwaniu sprawy chorobowej, nieraz po następowym zabiegu operacyjnym lub przebiciu ropnia. Przypadek ciężkiej posocznico-ropnicy po czerakach w przebiegu duru brzusznego, pomimo energicznego leczenia kolargolem, zakończył się niepomyślnie.

Podobnie odmówić musimy stanowczo wszelkiego działania kolargolowi w przypadkach endocarditis lenta. Z ośmiu przypadków, 4 zmarło, 3 chorych opuściło klinikę w stanie stałego pogarszania się a jeden pozostaje obecnie w stanie beznadziejnym.

Śmiertelnie zakończył się jeden przypadek zapalenia śródsierdzia na tle gonokokowem, w którym za życia wyhodowano z krwi czyste hodowle gonokoków.

Ujemnym nazwać musimy wynik leczenia srebrem w 5 przypadkach ropnicowego zapalenia dróg żółciowych, które nie godziły się na zabieg operacyjny, z których 2 zmarło; z 3 wyleczonych u jednego wystąpiła szybka poprawa po przebiciu ropnia do światła jelita, u pozostałych dwóch poprawa po długiem trwaniu sprawy chorobowej, późno po VI wstrzyknięciu dożylnem kolargolu.

W jednym przypadku posocznico-ropnicy, powstałej, prawdopodobnie drogą zakażenia migdałków, w którym wystąpiło septyczne zapalenia stawów oraz objawy rozsianego zapalenia nerwów obwodowych wśród energicznego leczenia argocolem (10—12 gr) osiągnęliśmy zwolna poprawę układu nerwowego, zmian w stawach oraz spadek ciepłoty do stanu podgorączkowego, który nadal się utrzymuje.

Jeszcze najwięcej zachęcające są wyniki leczenia srebrem koloidowem w ostrych i przewlekłych zapaleniach stawów. Nie mając pod tym względem własnego doświadczenia, opieramy się na wynikach Plehna, który od szeregu lat i w bardzo licznych przypadkach stosował kolargol Heyden'a. Od czasu, odkąd w setkach przypadków ostrego gośćca stawowego stosował kolargol, nie widział przypadku nawet przewlekającego się, któryby nie uległ zupełnemu wyleczeniu. Zwykle stosuje Plehn przy pierwszym

napadzie choroby a także i przy nawrotach, energiczne leczenie salicylem a gdy wynik nie jest zupełny i szybki, wtedy wkracza bezzwłocznie kolargolem, osiągając zawsze wyleczenie. A także w zapaleniach stawów na innej nieznanej przyczynie (septycznych), oraz w zapaleniach przewlekłych widział wspomniany autor skuteczne działanie srebra. Często zawodził go kolargol w przypadkach rzeżączkowego zapalenia stawów, choć i tu podnosi jego dodatnie działanie, przyznaje jednak, że łatwiej i szybciej osiągał wyleczenie po stosowaniu przekrwienia biernego metodą Biera i szczepionki gonokokowej. Dobre wyniki w zapaleniach rzeżączkowych stawów otrzymywał Gennerich, zwłaszcza w ostrych, wstrzykując nieraz codziennie 8—10 ctm 1% rozczynu kolargolu; w stanach przewlekłych posiłkował się przytem przekrwieniem biernem oraz leczeniem mechanicznem. Oczywiście trudno nawet pomyśleć o większych wynikach dodatnich w przypadkach starych i zaniedbanych, w których wystąpiły już znaczne zmiany i zniekształtnienia stawów, połączone z zupełnem unieruchomieniem. Im wcześniej rozpoczynamy leczenie tu kolargolem, tem wyniki są lepsze (Böttner). Przeciwskazaniem do dożylnego stosowania kolargolu, według Böttnera, są ciężkie schorzenia serca, połączone z niedomogą mięśnia a także schorzenia nerek. W tych przypadkach można stosować kolargol w lawatywach.

Na podstawie dotychczasowych wyników leczniczych srebrem koloidowem, a opierając się na obcych i własnych doświadczeniach, przychodzimy do następującego wniosku: Kolargol ew. elektrargol, stosowany dożylnie, w 1—2% rozczynie, w ilości 5 10 ctm, w odstępach 4—5-ciu dniowych, jest środkiem dla ustroju nieszkodliwym, który organizm nawet w ciężkich stanach gorączkowych znosi dobrze. Odczyn w ustroju jest wybitniejszy a wyniki lepsze po kolargolu, niż po preparatach, otrzymanych drogą elektryczną. Nie należy przypisywać preparatom srebra koloidowego bezpośredniego dodatniego działania leczniczego w zwalczaniu ostrych chorób zakaźnych. Przypisać im można co najwyżej pewne działanie środka pomocniczego w naturalnej obronie samego ustroju przeciw zakażeniu, zwłaszcza w dłużej przeciągających się przypadkach. A tu należeć będą stany septyczne oraz zapalenia stawów. Pod tym kątem widzenia patrząc należy zaliczyć leczenie srebrem koloidowem — w myśl uwag Strümpell'a — za sposób nieszkodliwy a może nawet w powyższych przypadkach za korzystny dla chorego.

Przechodzimy teraz do leczenia ciałami białkowemi, wprowadzonemi do ustroju z pominięciem przewodu pokarmowego, do t. zw. proteinoterapji, zwanej inaczej leczeniem podniecającem (*Reiztherapie*) lub leczeniem ergotropowem (Gröer). Sposób ten leczenia nie jest wcale nowością. Stosował go od dawna Bier, który, opierając się na znanych doświadczeniach przelewania krwi, wstrzykiwał niejednokrotnie krew z dobrym wynikiem w rozmaitych stanach chorobowych. Działanie lecznicze upatruje on w wywoływaniu podrażnienia i podniesienia czynności komórek ustroju w myśl nauki o podnietach Virchowa i Arndta-Schulze'go Wpływ leczniczy ciał białkowych stał się przedmiotem coraz skrzętniejszych badań, odkąd poczęto stosować leczenie chorób zakaźnych surowicami swoistemi a zwłaszcza odkąd zauważono także w tych stanach podobne i nieraz korzystne działanie po stosowaniu surowic normalnych. Badania nad leczeniem swoistemi szczepionkami Wrigth'a wkrótce również stwierdziły podobne działanie na ustrój szczepionek obcych bakteryj. Leczenie duru brzusznego dożylnie stosowanemi szczepionkami lasecznikówokrężnicy, polecane przez Fränkla i Krausa, wykazały podobne działanie ogólne na ustrój chorego, jak leczenie szczepionkami durowemi, dając dodatnie wyniki przy krytycznym nieraz spadku ciepłoty. Kraus już w r. 1914 wypowiedział zapatrywanie, że przy leczeniu heterowakcynami mają główne znaczenie substancje białkowe, zawarte w drobnoustrojach. Potwierdziły to zapatrywanie doświadczenia Lüdkego, który, stosując dożylnie deuteroalbumozy w dawce 0·02 0·04, otrzymywał uderzająco korzystne wyniki w durze brzusznym, osiągając szybki, nieraz krytyczny spadek ciepłoty, skrócenie przebiegu i szybki powrót do zdrowia. Gröer miał dobre wyniki po stosowaniu typhiny — będącą tyfusową ergotropiną, którą sporządzał z prątków durowych.

Znanem był już oddawna, na podstawie prac doświadczalnych Krehla i Matthesa, wpływ działania albumoz na organizm, które obok odczynu ogólnego wywoływały zmiany ogniskowe w miejscach dotkniętych procesem gruźliczym, analogiczne do zmian, wywoływanych tuberkuliną, a które nakazywały zachowanie pewnej ostrożności w ocenianiu swoistego i nieswoistego działania, wywołanego wstrzykiwaniem ciał białkowych. Nie mam zamiaru zastanawiać się dzisiaj bliżej nad sposobem i rodzajem działania leczniczego ciał białkowych, przy stosowaniu ich parenteralnem. Nie chcę rozstrzygać obecnie sprawy, czy jest ono wynikiem bezpośredniego wpływu tych ciał na podniesienie sprawności i energji życiowej komórek całego ustroju — w myśl zapatrywań R. Schmidta i wywodów Weichardta, przyczem punkt zaczepienia działania stanowi samo pierwoszcze komórki? Czy ono może jest raczej następstwem zwiększonego wtórorzędnego rozpadu komórek samego ustroju lub jego produktów zapalnych, które to produkta rozpadu, wywołując objawy ogólne i miejscowe, są bodźcem i podnietą dla pracy narządów (Bier, Rolly) i czy droga działania jest bezpośrednio na same komórki czy za pośrednictwem nerwowego układu wegetatywnego? Czy wreszcie — w myśl przypuszczeń autorów francuskich nie jest tu czynnikiem działającym zaburzenie w równowadze koloidowej soków ustroju (choc colloidoclassique), z którym łączą się wszystkie zmiany w krwi?

Problemy te niedojrzały jeszcze do stanowczego rozstrzygnięcia, wymagają ponownych rewizji dotychczasowych niejednokrotnie sprzecznych z sobą obserwacyj i dalszego krytycznego badania doświadczalnego i klinicznego. W każdym razie podnieść należy, że oprócz ciał białkowych zupełnie podobne wywołują działanie na ustrój — jak wiemy z doświadczeń Starkensteina, Zimmera, Stejskała i i. — także inne środki i leki, jak: hyper i hypotoniczne rozczyny soli kuchennej, woda przekroplona, zgęszczone rozczyny cukru gronowego, trzcinowego, lewulozy (Tempka), arsen, preparaty srebra, złota (krysolgan), siarka, olejek terpentynowy i i., które znalazły już zastosowanie do celów leczniczych. Podrażnienie komórek ustroju może być także wywołane czynnikami fizykalnymi, jak naświetlaniem promieniami słońca, lampą kwarcową, o ile one spowodować zdołają uszkodzenie komórki i następowy rozpad ciał białkowych.

Od czasu, kiedy Rudolf Schmidt i Saxl w r. 1916 wprowadzili do celów leczniczych mleko krowie pod postacią wstrzykiwań śródmięśniowych, zaczęto go stosować powszechnie, dzięki taniości i łatwości jego nabycia. Wkrótce wprowadzono gotowe do wstrzykiwań, wyjałowione przetwory mleka, jak: aolan (mleko odtłuszczone), ophtalmosan (mleko wyjałowione),caseosan (5% rozczyn kazeiny); ten ostatni dożylnie $^1/_4$—1 ctm, a śródmięśniowo 1—5 ctm — dwa razy tygodniowo (Lindig); nadto pepton, kwas nukleinowy i i. Wyniki lecznicze tą odnowioną metodą, ogłaszane niemal codziennie, stanowią już dzisiaj niezwykle obszerne piśmiennictwo. Nie ma kliniki i zakładu leczniczego, w którychby nie uprawiano tego leczenia na szeroką skalę i nie ma prawie choroby z poszczególnych działów medycyny, w którejby go nie stosowano z mniejszem lub większem powodzeniem. Aby nabyć własnego doświadczenia stosuję to leczenie od kilku lat z początku na oddziele II. szpitala krajowego a obecnie w lwowskiej klinice lekarskiej. Choć może spóźnione ogłoszenie wyników, tem jednak obfitszy materjał spostrzegany pozwolił lepiej wglądnąć w wartość leczniczą tej metody, której ocena niejednokrotnie wśród spostrzegania uledz musiała zmianie zapatrywania.

Stosowałem przeważnie mleko w domu świeżo wyjałowione w ilościach z początku 10—20 gr później w mniejszych, ostatnio zaczynając od 1—2 ctm a dochodząc w miarę potrzeby do 5 i 10 ctm na dawkę. Wstrzykiwań dokonywano zwykle śródmięśniowo w pośladki, wyjątkowo w mięśnie uda. Dawki większe ponad 10 ctm okazały się zbyteczne, gdyż już małe ilości od $2^1/_2$ ctm a czasem i mniejsze w przypadkach cięższych, połączonych ze znacznem osłabieniem dawały

wyraźne odczyny ogólne. Wstrzykiwania ponawiano co 3—5 dni; ilość ich ogólna wynosiła 2—3 a w miarę potrzeby w przypadkach przewlekających się i uporczywych była większa do 6—8, dochodząc czasem do 10—12. Przy injekcji baczono, by igła nie tkwiła w żyle (brak krwawienia). Odczyn miejscowy i bolesność zauważaliśmy bardzo rzadko. W kilku jednak przypadkach spostrzegaliśmy zaczerwienienie na małej przestrzeni, mało bolesne a dwa razy znaczny obrzęk zaczerwieniony, zajmujący cały pośladek, mało bolesny — przypominający różę a który występował u obydwu chorych, po każdem wstrzyknięciu i utrzymywał się przez 2—3 dni jeszcze po spadku ciepłoty. Wpływ leczenia mlekiem objawia się szeregiem objawów ogólnych, miejscowych czyli ogniskowych i następowych.

Objawy ogólne dają obraz zupełnie podobny do obrazu, jaki spotykamy przy chorobach zakaźnych, a prawie identyczny i różniący się tylko znaczniejszem nasileniem z objawami opisanemi powyżej, które poznaliśmy po stosowaniu kolargolu. Zwykle w 2—3 godzin po wstrzyknięciu 5 ctm mleka, występuje uczucie zimna a często nawet silne dreszcze, które utrzymują się przez 1–2 godzin; wśród tego ciepłota zwolna się podnosi, dochodząc do szczytu (39—40°) w ciągu 5—7 godzin, poczem zwolna opada. Zwykle po 24 godzinach, czasem wcześniej, wraca stan bezgorączkowy; dość często jednak stan podgorączkowy utrzymywać się może przez 2—3 doby; w przypadkach niedokrewności złośliwej, nawet po 2 ctm mleka, stan gorączkowy utrzymywał się przez 3 dni. Na przebieg i wysokość ciepłoty wpływają różnice indywidualne danego osobnika oraz jakość i przyroda schorzenia. Przy nowotworach żołądka i cukrzycy odczyn gorączkowy wcale ma nie występywać lub jest bardzo nieznaczny (S c h m i d t). Równocześnie wśród stanu gorączkowego, występuje pogorszenie się ogólnego stanu chorego, jest to t. zw. faza ujemna, według S c h m i d t a, a więc: bóle, zawroty głowy, brak łaknienia, rzadko wymioty, senność, ogólna niemoc nieraz tak znaczna, że chory poruszać w łóżku się nie może. Z chwilą ustania gorączki po 12 godz. najdłużej po 2 dniach, występuje ogólna poprawa podmiotowa, swoboda ruchów, częstokroć uczucie prawie zupełnego zdrowia; apetyt wraca, sen staje się prawidłowym — jest to druga tzw. faza dodatnia Schmidta. Te objawy ogólne, tylko w bardzo małej liczbie przypadków, są tylko słabo zaznaczone a czasem wcale nie występują (1—2%) i to albo po każdem wstrzykiwaniu, lub zjawiają się dopiero przy następnych injekcjach, okazując różne nasilenie. Innym razem choć rzadziej występuje odczyn ogólny i podniesienie ciepłoty po pierwszem wstrzyknięciu mleka dość wyraźnie, a stale maleje przy następnych, wreszcie znikać może w ostatnich. Tu zachodzą także różnice osobnicze, choć rozmaicie oddziaływać może ustrój na większe dawki; zwykle większe dawki wywołują znaczniejsze podniesienie ciepłoty nieraz do 41° i gwałtowniejsze objawy ogólne.

Stałym jest wpływ wstrzykiwań mleka na zmianę obrazu krwi. Zwykle w 1—2 godz. występuje spadek ilości ciałek białych, nieraz znaczny (o 1000—2500), poczem leukopenja ustępuje miejsca leukocytozie neutrofilnej; ilość leukocytów wzrasta równocześnie z podnoszeniem się ciepłoty ciała, a utrzymuje się ten przyrost jeszcze w okresie spadku temperatury. Liczby ciałek białych wynosiły, według naszych obliczeń, na szczycie gorączki od 8—28000. Ilość ciałek eozynochłonnych na szczycie gorączki zwykle maleje a czasem znikają one zupełnie, w okresie zaś spadku ciepłoty zaczynają się pojawiać a nawet nieraz zauważyć się daje eozynofilja. Wachania ilości limfocytów są mniejsze. Ta leukocytoza neutrofilna z następową eozynofilją jest niewątpliwie następstwem twórczego podrażnienia szpiku kostnego, przeważnie utkania leukoblastycznego, wywołanego początkowym rozpadem leukocytów; przemawiają za tem oznaczenia ciałek białych według A r n e t h a, które wykazują w okresie powstania i trwania gorączki bardzo znaczne przesunięcie obrazu na lewo. Płytki krwi ulegają wzmożeniu, zwiększoną się staje krzepliwość krwi (v. V e l d e n), wywołana zwiększeniem fibrinogenu i trombiny. Temi własnościami tłomaczyć należy skuteczne działanie białka, stosowanego dożylnie w krwotokach i krwawieniach rozmaitego pochodzenia, które znalazło nawet zastosowanie praktyczne w lecznictwie. Badania doświadczalne, które wykazały niewątpliwie wzmaganie się po mleku, u ludzi poprzednio uodpornianych, współczynnika aglutynacyjnego, dozwalają przypuszczać, że w każdej chorobie zakaźnej, w chwili, gdy ustrój zaczyna wytwarzać przeciwciała (niweczniki), wprowadzenie w stosownej chwili parenteralnie białka, może wpłynąć podniecająco na przebieg tego procesu. Nadto zwiększa się w krwi zawartość cukru, podnosi czynność fermentów, wzmaga się proces utleniania, ogólna dobowa kwaśność moczu wzrasta (S o c h a ń s k i), zwiększa się wydzielanie mleka, moczu i czynności gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu. Parcie krwi w naszych spostrzeżeniach okazywało małe wachania. W 1—2 godziny po injekcji występował lekki spadek ciśnienia krwi, poczem zwolna parcie przy obniżaniu się ciepłoty wracało do normy lub nieco się podwyższało. Niejednokrotnie z objawami ogólnemi występują i odczyny miejscowe, ogniskowe, polegające na zaostrzeniu się sprawy zapalnej danego narządu, jak bóle, obrzęki, objawy przekrwienia — szczególnie w stanach zapalnych stawów. Po takiem zaostrzeniu, które jednak nie zawsze a nawet nie często stwierdzić mogliśmy badaniem przedmiotowem, następuje uspokojenie i cofanie się sprawy zapalnej, ogólna poprawa podmiotowa, wzmożenie łaknienia, przybytek na wadze. Stwierdzaliśmy poprawę nawet w tych przypadkach, w których odczyn ogólny był słabo lub wcale nie zaznaczony, ale wykazać się dawały zmiany we krwi. Nie brak było i spostrzeżeń, choć nielicznych, w których wogóle odczyn ogólny i krwi nie występywał i leczenie nie dawało żadnych dodatnich wyników. (Dok. nast.)

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

La Presse Médicale.

J. L h e r m i t t e i L. C a r n i l. **Zespół objawów zajęcia ciałka prążkowanego pochodzenia kiłowego w wieku starczym.** Autor stwierdza na podstawie badań klinicznych i anatomo-patologicznych, że kiła mózgu u ludzi starszych nie zawsze ogranicza się do zajęcia jedynie naczyń, ale zajmuje także bardzo często wielkie jądra mózgowe, a więc: ciało prążkowane, kuli bladej (*globus pallidus*), corpus Luysii i locus niger. Klinicznie przedstawiają te przypadki obraz parkinsonizmu podobny do tego, jaki mamy przy starczej jamistości (*l'etat lacunaire*), w tych miejscach anatomo-patologicznie zaś stwierdza się typowe ogniska kiłowe. Autor tłomaczy usadawianie się kiły właśnie w tych miejscach znaną ich wrażliwością tak na wszelkie zaburzenia w krążeniu, jak i na działanie jadów i zakażeń (guanidyna CO, zapalenie nagminne mózgu). Autor przytacza dwa przypadki, jeden typowego zespołu Parkinsona, drugi porażenia rzekomoopuszkowego ze zwiększonem napięciem mięśniowem, obydwa u starców, u których po śmierci badania histo-patologiczne wykazały typowe ogniska kiłowe w wyżej wymienionych jądrach. Tak więc zespół Parkinsona u starców może być następstwem kiły, a nie, jak dawniej sądzono, chorobą przypadkowo wraz z kiłą występującą. Badania te są ważne nie tylko ze stanowiska fizjologji patolog. układu nerwowego, ale przedewszystkiem ze względu na wyniki leczenia swoistego w przypadkach drżączki porażennej.

F. C a r r i e u. **Wartość sposobu Salvaneschiego zapobiegania zapaleniu jąder w przebiegu nagminnych zapaleń przyusznicy.** Na zasadzie danych z piśmiennictwa oraz badań własnych autor dochodzi do wniosku, że zalecane przez Salvaneschiego w celach zapobiegawczych wstrzykiwania surowicy nie zasługują na ogólne rozpowszechnienie, gdyż działanie ich jest niepewne.

G u y L a r o c h e. **Studja krytyczne nad przewlekłem zapaleniem wyrostka robaczkowego; doniosłość badań radjoskopowych.** Wobec zmienności i niepewności wszelkich objawów podmiotowych i przedmiotowych tego cierpienia, oraz trudności oznaczenia miejsca bólu — doniosłego znaczenia nabierają badania radjoskopowe z równoczesnem obmacywa-

niem w celu jaknajdokładniejszego umiejscowienia schorzenia. Sama widzialność lub niewidzialność wyrostka nie wystarcza, najważniejszym jest wzajemny stosunek stref bolesnych, ruchomości kątnicy i sąsiednich narządów. Autor dokonywa badań w pozycji stojącej i leżącej, a z badań tych wynikać mogą następujące wskazówki: jeżeli kątnica i strefa bolesna odpowiadają sobie, są ruchome i równocześnie się przesuwają, przyjmujemy, że ból pochodzi od wyrostka robaczkowego wolnego; jeżeli nieruchome, przyjmujemy istnienie zrostów. Jeżeli zaś kątnica i strefa bolesna nie odpowiadają sobie — ból pochodzi od innego narządu. W przypadkach wybitnego opadnięcia trzew należy badać w pozycji Trendelenburga lub po przepłukaniu jelit, ponieważ kątnica wtedy źle się przesuwa, mimo braku zrostów.

St. Richard. **Kilka wskazówek, dotyczących techniki leczenia przepuklin (w szczególności przepukliny udowej).** Treść w tytule.

Blattówna (Lwów).

Klinische Wochenschrift.

Nr. 15. 1922.

K. Furukawa. **Doświadczalne badania nad chirurgicznem leczeniem niedokrwistości zapomocą wlewania własnej krwi (autotransfuzji).** Naswitis w instytucie Bickel'a wykazał, że krew odwłókniona i poddana różnym innym przemianom, wstrzyknięta podskórnie oddawcy, powoduje znaczne zwiększenie się liczby krwinek. N. sądzi tedy, że stworzenie urazu, jako takiego, wzmaga erytropoezę i, opierając się na podobnych doświadczeniach Haberlandta na roślinach, tworzy pojęcie hormonu urazowego *(Wundhormon)*. Autor otrzymał zgodne wyniki na psach sztucznie niedokrwistych po fenilhydrazynie, którym wstrzykiwał podskórnie i wśródżylnie własną krew, zmienioną według Naswitisa. Jak świadczą przytoczone tabele, udało się 4 razy najzupełniej powstrzymać anemizujące działanie fenilohydrazyny.

H. Herxheimer. **Wpływ gimnastyki i sportu na budowę ciała dorosłych młodych mężczyzn.** Ćwiczenie się w wielu gałęziach sportu równocześnie powoduje znaczne zwiększenie się ciężaru ciała i obwodu kończyn u ludzi do 30 roku życia z powodu wzrostu umięśnienia, szczególnie u osób, które przedtem żadnego sportu nie uprawiały. Mężczyźni po 30 r. życia raczej tracą na wadze i na obwodzie kończyn, głównie z powodu zmniejszenia się podściółki tłuszczowej.

F. Brüning. **Znaczenie porażenia i podniecenia nerwowego dla powstania odżywczych zmian w tkankach.** Przy powstaniu zmian troficznych naczynio-ruchowych gra główną rolę patologicznie wzmożone unerwienie, powodujące stan podrażnienia w układzie nerwowym, a nie brak podniecenia nerwowego z powodu ubytku nerwu. W myśl tego zaleca autor w odpowiednich przypadkach przecięcie nerwów współczulnych, leżących naokoło tętnicy (*Sympaticoectomia periarterialis modo Leriche*). Przytacza też przypadek w ten sposób wyleczonej twardziny skóry.

W. H. Wirth. **Leczenie przyżegaczem porażeń powstałych po zapaleniach kręgów.** Podana przez Quinckego metoda została niesłusznie zarzucona. Przytoczone 4 przypadki świadczą, że przyżeganiem skóry nad kręgami można wyleczyć ciężkie porażenia rdzeniowe. Autor tłómaczy zjawisko, po myśli Quinckego, wpływem na zapalny obrzęk w kanale kręgowym, można też przypuścić zmianę w kierunku prądu krwi i limfy.

A. Schittenhelm. **Dna i przemiana ciał nukleinowych w świetle nowszych badań.** Autor porusza cały szereg spraw, dotyczących przemiany ciał purynowych w ustroju ludzkim, polemizując z zapatrywaniami Thannhausera, Gudzenta, Umbera i in. Przypomina swe dawniejsze badania i stoi dalej na stanowisku możliwości istnienia dny ogólnej, będącej wyrazem zaburzenia w przemianie materji i dny wynikłej z patologicznej czynności nerki, jako narządu, wydalającego kwas moczowy z ustroju. Sprawa wytwarzania się ostatnio wspomnianego kwasu, tak z rozpadu substancyj nukleinowych, wchodzących w skład organizmu, jak i podanych z pokarmem jest, zdaniem autora, nadal bardzo aktualną.

S. nie zgadza się z zapatrywaniem, iż egzogenne ciała nukleinowe bywają w znacznej części rozłożone przez drobnoustroje jelitowe. Substancje te zostają już w jelicie cienkiem wessane, a jeśli niżej się dostaną, nie rozkładają się dalej poza nukleozydy (doświadczenia z guanozyną). Zarzuty przeciw istnieniu urykolizy są łatwe do odparcia. Jakąkolwiek drogą podamy ciała purynowe (zasady purynowe, czy nukleozydy) pojawi się tylko część ich w moczu w postaci kwasu moczowego, reszta zaś znika, choć nawet wprowadzimy wspomniane ciała parenteralnie z pominięciem wątroby. Dowieść, który narząd bierze główny udział w spalaniu kwasu moczowego, jest rzeczą bardzo trudną. Zależność każdej dny od uratohistechji Gudzenta, czy też częściowej niedomogi nerkowej Thannhausera, nie wytrzymuje — zdaniem S. — ostrzejszej krytyki. Jest faktem, że częściowe zatrzymanie kwasu moczowego w pewnych miejscach ustroju zawsze zdarzyć się może, zwłaszcza wobec utrudnionego wydalania ciał purynowych przez nerki, ale jest bardzo możliwe, iż chodzi tu o zjawisko patologiczne tylko wtedy, kiedy ma miejsce wypadanie kwasu moczowego, czy też jego soli do tkanek. Kończąc omawia S. rolę układu nerwowego i przysadki mózgowej w powstawaniu zaburzeń przemiany ciał purynowych, powołując się na badania Brugscha, Dresela, Rosenberga, Michaelis, Falty i Nowaczyńskiego i nadmienia, iż cała sprawa pozostawia jeszcze dużo zagadnień bez pewnej odpowiedzi.

R. Nissen **Uwagi o patogenezie przewlekłego wrzodu żołądka.** Przewlekły wrzód żołądka jest następstwem złych warunków dla gojenia się świeżych owrzodzeń i stąd rozwija się najczęściej na krzywiźnie małej, zwłaszcza w przesmyku, gdzie ciągły napływ kwaśnej treści drażni schorzałą tkankę. Zmiany naczyniowe wchodzą w grę tylko w niewielkiej liczbie przypadków, częściej natomiast zaburzenia nerwowe. Udział pewnych grzybków w powstawaniu owrzodzeń (Askanazy) jest mało prawdopodobny. Podkład konstytucyjny w pojęciu Bergmanna nie jest tak ważnym, jak obecnie sądzą. Duża ilość tkanki łącznej w przypadkach określanych mianem *ulcus callosum*, jest tylko dowodem obrony ustroju przed szczególnemi trudnościami, nastręczającemi się wtedy dla procesu gojenia. A. radzi łagodzić ruchy robaczkowe żołądka (atropina), zmniejszać ilość HCl (mleko, wywoływanie sokotoku bez nadkwaśności [rozcieńczanie] przez równoczesne injekcje pituglandolu i atropiny), a ewentualnie wykonać gastroenterostomję, zmieniającą kierunek wędrówki treści żołądkowej.

I. Snapper i W. J. van Bommel van Vloten. **O ilościowem oznaczaniu indykanu w surowicy krwi.** Autorzy podają metodę oznaczania indykanu w surowicy krwi. Strącają białko kwasem trój-chloro-octowym, dodają do $2^1/_2$ cm^3 przesączu, rozcieńczonego do 10 cm^3 wodą przekroploną, 1 cm^3 5% wyskokowego rozczynu tymolu i 10 cm^3 odczynnika Obermayera (0.4 $FeCl^3$ na 1000 HCl conc. (poczem wyciągają po 20 minutach 2 cm^3 chloroformu [tworzy się cymol-indo-lignon]. Jeśli powstaje różowe zabarwienie dowodzi to hyperindykanemji. Stwierdzić ją można przy schorzeniach nerek później, niż zwiększenie ilość mocznika, choć są i przypadki uremji, dającej się wykazać tylko drogą hyperindykanemji, która, zdaniem autorów, jest mniej zależną od ilości białka w pokarmach aniżeli wahania ilości mocznika we krwi azotemicznej.

K. Dresel i M. Jakobovitz. **Doświadczenia nad teoretycznem uzasadnieniem i wskazaniami do leczenia solami wapniowemi.** Układ wegetatywpy ośrodkowy jest zespołem systemu współczulnego i parasympatycznego, działających wspólnie dla zachowania prawidłowych warunków czynności biologicznych ustroju. Nadczynność jednego wywołuje automatycznie wyrównawczą hiperfunkcję drugiego. Wapń uczula czasowo układ współczulny, z czasem zaś zaczyna wywierać wstrzymujący wpływ na cały układ wegetatywny. Widać to z wyników działania adrenaliny w 2 godziny i w 2 dni po podaniu $CaCl_2$. W pierwszym razie jest ono silniejsze, aniżeli bez $CaCl_2$, w drugim wyraźnie słabsze. Znaczenia tego zjawiska dla leczenia solami wapniowemi nie można niedoceniać. Tam, gdzie trzeba osłabić *parasympaticus* (przypadki wagotonicznej dychawicy oskrzelowej), wskazane są krótkie odstępy w podawaniu $CaCl_2$ [codzień lub co 2 dni], tam zaś,

gdzie chodzi o uspokojenie całego układu wegetatywnego, należy podawać sole wapniowe przez czas dłuższy w dużych odstępach czasu.

H. Sochański (Lwów).

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.
Tom 47. Z. 2. 1921.

H. Zemmin. **Przypadek wysięku opłucnowego po stronie zdrowej podczas leczenia strony chorej odmą sztuczną.** Przypadek (drugi tego rodzaju w piśmiennictwie), spostrzegany w klinice uniwersyteckiej berlińskiej. Z powodu podostrawych suchot z umiejscowieniem w płacie górnym prawym założono odmę sztuczną. W przebiegu leczenia powstał wysięk po stronie prawej, a w 13 dni po ostatniej insuflacji i po stronie lewej; płuco lewe zdrowe (Roentgen). Autor uważa obadwa wysięki za czysto gruźlicze. Zejście przypadku pomyślne.

L. Preiss. **Rola partygenów Deycke-Mucha w zagadnieniu gruźlicy.** Autor jest zadowolony z wyników leczenia suchot partygenami. Nie uważa ich jednak za wywoływacze swoiste; działają jako jedna z odmian lecznictwa proteinowego. Zaprzecza wartości całej kunsztownej nauki Mucha.

L. Aryt i L. Kumer. **Partigeny w dermatologji i budowa histologiczna grudki szczepiennej partigenowej.** W przypadkach niewątpliwej gruźlicy skóry autorzy stwierdzili równą ilość odporników, odpowiadających wszystkim trzem partigenom. Przypadki liszaja rumieniowatego dają odczyny partigenowe; należy więc uważać je za procesy gruźlicze. W miejscach szczepienia partigenu mogą się z czasem rozwinąć tkanki tuberkuloidowe, przy czem najwięcej podobieństwa do swoistej tkanki gruźliczej wykazują wykwity po partigenie białkowym.

K. Preisich i E. Roman. **Zagadnienie, dotyczące surowicy leczniczej przeciw gruźlicy.** Praca doświadczalna. U zwierząt leczonych surowicą swoistą spostrzegano zamiast gruźlicy prosówkowej — gruźlicę guzkową.

K. Krause i L. Creischer. **Wojna a suchoty.** Wybuch objawów chorobowych suchot nie zależał (u 1063 badanych żołnierzy) ani razu od zakażenia się podczas wojny; była to zawsze autoreinfekcja w związku z ogólnem upośledzeniem sił ustroju.

K. Planner-Wildinghof. **Epidemja gruźlicy na Syberji.** Epidemją gruźlicy nazywa autor zapadnięcie na gruźlicę w ciągu dziewięciu miesięcy, w dwu obozach jeńców, dwu tysięcy żołnierzy austrjackich, przedtem zdrowych. W 20% nastąpił skon. Objawy: wybitne obrzmienie gruczołów szyjnych i oskrzelowych; zapalenie opłucnej krwotoczne, zapalenie osierdzia, otrzewnej, rozwolnienia krwawe. Morskie świnki szczepione wysiękiem padały z powodu gruźlicy. Badanie pośmiertne często stwierdzało zagojoną gruźlicę. Autor zaprzecza możliwości zakażenia z zewnątrz. Winą tej epidemji było samozakażenie ludzi wyczerpanych.

H. Frenkel. **Odczyn Wildbolza i gruźlica czynna.** Autor nie uznaje wartości odczynu, polegającego na zastrzykiwaniu wywoływaczy swoistych, zawartych w moczu gruźlików, w celu rozpoznania stanu czynnego ognisk gruźliczych.

Gwerder. **W sprawie odmy piersiowej rozluźniającej.** Autor przytacza nowe dowody, przemawiające za zakładaniem odmy rozluźniającej *(Entspannungs-pneumothorax)*, a nie — uciskającej płuca. Odmę rozluźniającą założyć można, zdaniem autora, nawet przy gruźlicy obustronnej; jej działanie, jakkolwiek tylko objawowe, daje wyniki lecznicze bardzo poważne.

L. Vollrath. **Śmiertelność z gruźlicy wśród robotników przemysłu porcelanowego Turyngji.**

H. Kahle. **Stosunek trzustki do obiegu kwasu krzemowego w ustroju i próby leczeniu kwasem krzemowym gruźlicy doświadczalnej morskich świnek.** W trzustce gruźliczej jest mniej kwasu krzemowego, aniżeli w prawidłowej, natomiast w trzustce chorych na raka — więcej. Na postęp gruźlicy doświadczalnej wpływa hamująco podawanie środków, zawierających kwas krzemowy.

R. Rössle. **Gruźlica robotników pracujących w pyle, ze szczególnem uwzględnieniem przemysłu porcelanowego.** Wbrew przeważającym poglądom, jakoby wdychanie pyłu zawsze usposabiało do suchot, autor uważa, że pewne rodzaje pyłu mogą chronić płuca przed gruźlicą; wywołują one zapalenie nieswoiste, doprowadzają tkankę łączną do bujania, tamując przez to szerzenie się zarazka. W przemyśle porcelanowym, obok takiego mechanicznego działania pyłu, sprzyja zwalczaniu choroby jeszcze obecność kwasu krzemowego i wapnia. Na 45 autopsji robotników przemysłu porcelanowego tylko w 6 przypadkach (13,3%) była gruźlica płuc przyczyną zgonu. W 20 przypadkach stwierdzono silnie rozwiniętą pylicę płuc, w tem ośm razy przewlekłe niegruźlicze ich schorzenie. Ani razu nie widział autor współistnienia pylicy porcelanowej i gruźlicy ostrej. Zaleca wprowadzenie kwasu krzemowego do lecznictwa suchot płucnych.

T. 47. Z. 3. 1921.

U. Gran. **Przyrząd przenośny, na powietrze i kwas węglowy, do odmy sztucznej.**

S. Simon. **Środek przeciwgruźliczy Friedmanna przy gruźlicy kości i stawów.** Wyniki nie zachęcające.

E. Seuffer. **Grypa i suchoty płucne.** Wpływ grypy na istniejącą gruźlicę i na przebieg nawrotu gruźlicy przez grypę wywołanego — może być bardzo ciężki. Czasem jednak grypa pobudza wytwarzanie niweczników, a wtedy gruźlica — po wygaśnięciu grypy — ulega poprawie.

J. Hollő i R. Amar. **Badania nad swoistością allergji tuberkulinowej miejscowej u ludzi.** Wynik odczynu miejscowego u gruźlika zależy i od warunków nieswoistych (własności skóry).

A. Winkler. **Przyczynek do zaraźliwości suchot płucnych.** Z punktu widzenia czysto praktycznego należy utożsamiać gruźlicę płuc otwartą z gruźlicą »zakaźną«, a gruźlicę płuc zamkniętą — z »niezakaźną«. Ale gruźlicę otwartą uznawać należy za zakaźną dopóty, dopóki objawy kliniczne przemawiają za trwaniem sprawy czynnej, chociażby badanie plwocin nie dało laseczników. Mówimy wtedy o gruźlicy względnie *(facultative)* otwartej. Dopiero wielokrotne badane plwocin z wynikiem ujemnym pozwala na zaliczenie takiego przypadku do gruźlicy zamkniętej.

H. Eggers. **Przyczynki doświadczalne do krytyki leczenia gruźlicy związkami miedzi.** Związki miedzi nie mają powinowactwa ani do lasecznika gruźlicy, ani do tkanki gruźliczej. Stosowanie przetworów miedzi nie jest lecznictwem swoistem gruźlicy.

A. Wallgren. **W sprawie wyboru zwierząt do badań nad gruźlicą doświadczalną.** Autor dowiódł, że nie wystarcza obliczanie dawki szczepiennej w stosunku do wagi zwierzęcia. Na wynik ma wpływ okres życia zwierzęcia; np. okres przed dojrzewaniem płciowem czyni królika wyjątkowo mało odpornym na zakażenie. W szeregu doświadczeń używać należy zwierząt jednego wieku i tej samej rasy.

A. Kirch. **Moczenie skąpe po zastrzyknięciu tuberkuliny.** Przy zapaleniach wysiękowych opłucnej i otrzewnej spostrzegał autor po tuberkulinie moczenie skąpe; zależy ono zwykle od zbyt wielkich dawek leku.

H. Schmidt. **Przyczynek do poznania rozpuszczalnych w wyskoku wywoływaczy z krwi obcej.**

T. 48. Z. 1. 1921.

Schelenz. **Czego nas uczy spostrzeganie gruźlicy, leczonej środkiem Friedmanna?** Autor spostrzegał w sanatorjum ludowem przebieg 16 przypadków suchot płucnych, którym zastrzyknięto — przed ich wstąpieniem do lecznicy — środek Friedmanna. Sąd autora wypada ujemnie.

R. Güterbock. **Przyczynek do leczenia szczepionką Friedmanna.** Autor przemawia za potrzebą dalszych prób. Widział wyniki zachęcające po zastosowaniu tego środka u dzieci.

A. Frisch. **O t. zw. lipazach krwi.** Poprzednie badania autora wykazały, że surowica krwi chorych na gruźlicę zawiera różne ilości istot rozkładających tłuszcze; większe ilości zawiera krew przy gruźlicy włóknistej, niepostępującej, mniejsze — przy gruźlicy wysiękowej, przy charłactwie gruźliczem. W tej pracy stara się autor rozwiązać zagadnienie, czy odporność ciał laseczników Kocha na tłuszcze przebiega równolegle do miana lipaz *(Lipasetiter)* we krwi. Potwierdzając tak ujęte zagadnienie, wysuwa nowe, nierozstrzygnięte: nie wiemy, czy wytwarzanie zaczynów lipolitycznych jest odczynem bez-

pośrednim ustroju na laseczniki gruźlicze; czy też zakażenie gruźlicze wpływa na czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego i na układ nerwów roślinnych i tą — okólną — drogą zmienia ilość zaczynów we krwi.

R. Pape. **Przyczynek do statystyki gruźlicy dziecięcej.** Statystyka oparta na historjach chorób 10840 dzieci kliniki frankfurckiej. Na 100 dzieci zakażonych gruźlicą (Pirquet dodatni) miały objawy kliniczne gruźlicy — choroby:

Wiek, lat	Lata 1910/11—14/ 5	Lata 1916/17—19/20	Wzrost
1	68,7	73,8	+ 5,1
2—4	58,3	73,6	+ 15,3
5—6	52,2	64,6	+ 12,4
7—10	38,4	47,2	+ 8,8
11—14	37,7	43,2	+ 5,5

Na 100 przypadków klinicznie chorych — zmarło:

Wiek, lat	Lata 1910/11—14/15	Lata 1916/17—19/20	Wzrost
1	63,0	94,4	+ 31,4
2—4	45,0	67,1	+ 22,1
5—6	32,1	58,2	+ 26,1
7—10	12,3	23,3	+ 11,0
11—14	11,3	18,1	+ 6,8

M. Leibkind. **Partigeny i zagadnienie odporności przeciw tłuszczom.** Autor nie mógł wykazać odporników po zastrzyknięciu zwierzętom tłuszczu lasecznika gruźliczego.

A. Offrem. **Powstawanie i istota t. zw. Pleuritis exsudativa initialis.** T. zw. zapalenie opłucnej początkowe jest, według badań autora w 33 przypadkach, skutkiem zakażenia drogą krwi z drobnych ognisk miąższu płucnego.

F. Hamburger i K. Peyrer. **O dodatniej i ujemnej fazie nadczułości na tuberkulinę.** Obniżenie nadczułości na tuberkulinę może wystąpić już po dawkach małych. Nawet dawki najmniejsze, dające odczyn jedynie miejscowy, pociągają za sobą przemijające zmiany w całym ustroju.

B. Konyevits. **Przyczynek do wykazania »affectus primarius« (Ranke) w płucu ludzi dorosłych na podstawie 563 badań pośmiertnych grypy w instytucie patologicznym bazylejskim.** Szczególną cechą wyróżniającą epidemję grypy lat 1918—20 jest, że jej ofiarą padali ludzie silni i młodzi. Badanie 563 przypadków pozwoliło autorowi na sprawdzenie, jak często u ludzi dorosłych (najmłodszy miał lat 18) znaleść można objawy przebytej w dzieciństwie i zagojonej gruźlicy (obecność ognisk serowatych i zwapniałych). Zmiany w szczytach nie były zaliczane do dziecinnych, jako nasuwające pod tym względem wątpliwości. Nie były też brane pod uwagę przypadki, w których znajdywano objawy gruźlicy pozapłucnej. Na 563 badań znaleziono zmianę pierwotną w sensie Rankego, ograniczone ogniska płuca i przylegających gruczołów, w 29 przypadkach. Jeżeli doliczyć część przypadków ze zmianami w szczytach, częstość ognisk pierwotnych wieku dziecięcego podać należy na przeszło 5 od sta.

Verdes-Montenegro. **Potęgowanie się swoistych sił obronnych przeciw gruźlicy w uzdrowiskach dla dzieci.** U 23-ga dzieci po ich powrocie z nad morza wykazano wzrost ilości odporników swoistych we krwi — równoległy z poprawą ogólną.

O. Bernhard **Sanatorjum ludowe dla gruźlicy chirurgicznej.** Leczenie gruźlicy chirurgicznej przebywa ewolucję podobną do poglądów na leczenie gruźlicy narządów wewnętrznych. Pomoc operacyjna nie we wszystkich przypadkach jest konieczna; leczenie klimatyczne — zawsze; najodpowiedniej przeprowadzane w górach.

A. Schott. **Niezwykły przypadek płuca sitowatego (Wabenlunge) u dziecka.** Badanie histologiczne licznych jam płuc doprowadziło do wniosku, że powstały one jako rozstrzenie lejeczków (infundibula) oskrzelikowych.

E. Schulz. **Zagadnienie uodporniania, jako podstawa leczenia gruźlicy.**

K. Peyrer. **Wahania roczne wrażliwości na tuberkulinę i niektórych schorzeń gruźliczych.** Od grudnia do lipca ma skóra być więcej wrażliwa na tuberkulinę. Dla tego, być może, w marcu i kwietniu spotyka się częściej schorzenia ektodermy, np. osutki pryszczykowe (*phlyctaena*) i rumień guzowaty (*erythema nodosum*). *S. Sg.* (Łódź).

Chirurgja.
Annals of Surg.
Nr. 6. 1921.

E. Klein. **Trwanie wrzodów żołądka mimo połączenia żołądka z jelitem.** Autor jest zwolennikiem bardziej radykalnych operacyj, aniżeli gastroenterostomja, z następujących możliwych następstw: 1. krwotoku z niezagojonego owrzodzenia mimo założenia gastroenterostomji; 2. przebicia niezagojonego owrzodzenia; 3. zwyrodnienia rakowego, przytem uwzględnić należy: a) następowe zwyrodnienie wrzodu, b) trudność odróżnienia w pewnych przypadkach zarówno klinicznie, jakoteż na stole operacyjnym wrzodu żołądka od raka; 4. trwania lub powrotu objawów wrzodu mimo gastroenterostomji.

E. Hunt i P. Cook. **Uchyłki jelita czczego.** Autorzy przytaczają dwa przypadki uchyłków z górnej części jelita czczego. Z tych jeden był rozpoznany klinicznie i radjologicznie i zabiegiem operacyjnym uchyłek został usunięty. Pacjent wyzdrowiał. Objawy przed operacją: nagły początek, szybka utrata wagi ciała, bóle występujące w 10—60 minut po przyjęciu pokarmów, a więc w okresie kiedy worek mógł zostać rozciągnięty pokarmami. Bolesność w pobliżu worka, bez wyraźnej lokalizacji. W przypadku drugim postawiono rozpoznanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, usunięto. Chory zmarł a sekcja wykazała uchyłek jelita czczego.

Douglas Quick. W interesującej pracy całkowicie poświęconej leczeniu raka języka za pomocą sodu. Quick opisuje stopniowo leczenie guza oraz traktowanie gruczołów szyjnych; w sprawie leczenia guza jest zdania, że chirurgja musi całkowicie ustąpić miejsca radioterapji. Autor używa włosowatych szklanych rurek 3 mm długości i średnicy 0,3 mm. Każda z nich zawiera 1 millicurie emanacji radu i umieszcza je wewnątrz guza za pomocą odpowiednio cienkiego troakaru po uprzedniem znieczuleniu novocainą n. lingualis lub infiltracji novocainą podstawy języka. Dozowanie radu jest zależne od wielkości i postaci guza; średnio wynosi od 6—15 rurek (millicurie). Co się tyczy traktowania gruczołów szyjnych, to zachowanie się tutaj jest różnorodne. Quick uznaje, że gruczoły chłonne są naturalnie obroną, pewnego rodzaju barjerą przeciwko samej chorobie i dopóki zajęcie ich nowotworowe nie jest pewne, niema potrzeby interwencji chirurgicznej. Wyłuszczenie gruczołów szyjnych w sposób, jak to zwykło się czynić, nie wyklucza bynajmniej wszystkich dróg szerzenia się nowotworu. Jeżeli rozszerzanie się nowotworu do gruczołów szyjnych następuje przez zator, to jest bardzo prawdopodobnem, że zabieg chirurg., zawsze dość ciężki, jest zupełnie niepotrzebny i że małe ognisko złośliwe niespostrzeżone, dzięki zabiegowi, może się tylko przeszczepić. W przypadkach więc, gdzie gruczoły szyjne nie są wyczuwalne, autor albo nic nie robi albo ogranicza się do zastosowania radu zewnętrznie, mając ciągle chorego w obserwacji. Z chwilą pojawienia się gruczołów wyczuwalnych, klinicznie złośliwych, a nie zapalnego pochodzenia, Quick wyłuszcza kompletnie gruczoły, a następnie umieszcza w ranie rurki z emanacją radu. Autor coraz mniej interwenjuje chirurgicznie. Jeżeli np. nowotwór przekroczył gruczoły i objął organy sąsiednie, mięśnie, naczynia to wówczas autor ogranicza się tylko do umieszczenia w masie nowotworowej pewnej liczby rurek z emanacją. W przeciągu $3^1/_2$ lat autor miał sposobność leczyć tym sposobem 148 chorych z pośród nich 40 nadawało się do operacji; z tych 34 klinicznie wyleczonych, od 2-ch miesięcy do $3^1/_2$ lat; w 128 przypadkach schorzenie miejscowe było leczone tylko za pomocą radium: 5 razy użyta była emanacja na powierzchnie; 9 razy tą metodą w połączeniu z umieszczeniem rurek wewnątrz nowotworu i 114 razy tą ostatnią metodą. W 57 przypadkach zastosowana była operacja i radium. Ogółem 43-ch (29%) klinicznie wyleczonych od 3 miesięcy do $3^1/_2$ lat. W 18 przypadkach leczenie rad usunęło zupełnie nowotwór na języku zjawiły się recydywy, nie nadające się już do operacji. W 61 przypadkach (41%) schorzenie miejscowe zupełnie ustąpiło; w 19 przypadkach jest znaczne polepszenie; 58 zmarło bez recydywy z powodu innego cierpienia niż rak; u 21 chorych, dotkniętych znacznemi zmianami miejscowemi i przerzutami polepszenia nie stwierdzono. W zakończeniu Quick powiada,

że leczenie raków języka za pomocą radu jest metodą wyboru. Gruczoły szyjne, jeżeli nie są wyczuwalne, winny być z początku leczone za pomocą promieniowania zewnętrznego, z chwilą zaś pojawienia się przerzutów należy gruczoły wyłuszczać, umieszczając w ranie rurki z emanacją radu.

Zeugel (Kraków).

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
T. 168. Styczeń 1922. Z. 1 i 2.

H a a s. **O nadliczbowem jądrze.** Opis przypadku, w którym obok wrodzonej przepukliny pachwinowej prawostronnej z nieukończonym procesem zstąpienia jądra, stwierdził H. po stronie lewej, obok takiej samej zmiany, jeszcze jądro nadliczbowe, leżące poza workiem przepuklinowym z własnym oddzielnym sznurem nasiennym. Badanie drobnowidowe wykazuje jądro hypoplastyczne, którego kanaliki wysłane są nabł. cylindrycznym wysokim, wśród którego spotyka się komórki pęcherzykowato rozdęte. W przyjądrzu stwierdzono nabłonek cylindryczny, wyścielający pojedyńcze jamy. Wreszcie stwierdzono i wywód nasienny, wyścielony niższym nabłonkiem. W przypadku powyższym poza opisanemi żadnych innych zmian w zakresie narządów rodnych nie było.

S t a h n k e. **O zmianach w kościach w przypadkach choroby Recklinghausena.** Szczegółowy opis przypadku choroby Recklinghausena, w którym stwierdzono mnogie zmiany w kościach czaszki, skrzywienie kręgosłupa i wydłużenie prawego ramienia. Dla pierwszych przyjmuje pochodzenie embrjonalne, drugie tłómaczy szczególną napewno nie nabytą miekkością i łamliwością kości, trzecie określa, jako dystrofję. Ponieważ spotyka się rozsiane sprawy chorobowe w nerwach, przy których nie spostrzegano żadnych zmian w kościach, przeto dokładne przebadanie przypadków R., w których zmiany w kościach nie należą do rzadkości, mogłoby rzucić pewne światło na patologję kości.

J. B. W a l l e r. **Miednica typu Otto-Chrobaka ze złamaniem panewki.** Szczegółowy opis przypadku klinicznego tego typu miednicy (chwilowe ściśnienie miednicy wskutek nadmiernego wpuklenia panewek) ze złamaniem panewki po stronie lewej. Zestawienie 15 przypadków podobnych, opisanych w literaturze. W przypadku W. po stronie lewej sprawa powstała na tle urazowym, po prawej tło nieznane. Gruźlica wykluczona. Sprawa była w zupełności rozwinięta w 20 r. ż.; ruchomość w stawie dobra, objawy podmiotowe nieznaczne

A. L e h r n b e c h e r. **Obustronne zwichnięcie samoistne przy gruźlicy stawu biodrowego.** Na podstawie szczegółowego opisu jednego przypadku i przeprowadzonego rozpoznania różniczkowego dochodzi L. do następujących wniosków: gruźlicze pochodzenie samoistnego obustronnego zwichnięcia po zapaleniu stawu biodrowego można wykazać z wszelką pewnością drogą zabiegu operacyjnego i badania anatomo-patologicznego. Obustronne usunięcie martwiaków i radykalne usunięcie chorych tkanek doprowadziło w przypadku L. do uspokojenia sprawy patologicznej. Prawy staw uległ zupełnemu ustaleniu, lewy zachował bardzo nieznaczną ruchomość, co autor uważa za zadowalniający wynik wobec ciężkości sprawy.

R. D e m e l. **Uwagi kliniczne o przepuklinach »par glissement«.** W materjale przepuklin, obejmującym 10 lat i 1715 przypadków kliniki prof. Eiselsberga z Wiednia, było 20 przypadków przepuklin „par glissement" (1.2%), wśród tego tylko raz jeden u kobiety. Najczęściej w przepuklinie spotykano esicę, gdy w piśmiennictwie notują, jako najczęściej spotykane, jelito ślepe. Rozpoznanie w większości przypadków jest możliwe dopiero w czasie operacji. Z powikłań spostrzegano 3 razy uwięźgnięcie z typowym obrazem niedrożności ostrej, raz jeden przewlekłą appendicitis. W 19 przypadkach odprowadzano jelito grube bez trudności i zaopatrzono kanał pachw. sposobami zwykłemi. Wycięcie jelita grubego, jeśli konieczne, zwiększa znacznie śmiertelność.

A. B u z e l l o. **O leczeniu ropnego zakażenia krwi dożylnemi wstrzykiwaniami urotropiny.** Badania bakterjologiczne obce i własne stwierdzają, że urotropina nierozłożona ma własności bakterjobójcze, podobnie jak formaldehyd, który się wydziela przy rozkładzie urotropiny. We krwi najsilniej zaznacza się działalność urotropiny po 8—12 godzinach, po 24 godzinach ustępuje w zupełności. W 18 przypadkach używał autor codziennych wstrzykiwań 6—8 g urotropiny w postaci 40% rozczynu w fizjol. soli kuchennej. Rozczyn musi być świeżo wyjałowiony gotowaniem 10 min. Działanie (spadek t°, ustąpienie dreszczów, zniknięcie bakteryj z krwi) występuje zwykle po 2—4 injekcjach; przy dłuższem używaniu (6—8 inj.) występują powikłania pęcherzowe. W przypadkach ciężkich metoda zawiodła (2 przyp. śmierci przy zakażeniu łańcuszkowcem długim hemolizującym, i zakażeniu mieszanem łańcuszkowcem + gronkowcem złotym). Pozatem jednak miał autor wyniki tak dobre, że uważa dalsze próby za wskazane

K. R e s c h k e. **W sprawie operacji Kummera przy przepuklinach udowych.** Sprawozdanie z 560 przepuklin udowych, operowanych w 20 latach. 420 kobiet, 135 mężczyzn; 390 prawostronnych, 170 lewostronnych, 332 uwięźgnięć. Wśród uwięźgniętych stosunek procentu mężczyzn jest niepomiernie wysoki (wązkość kanału udowego). Wogóle mężczyzna nabywa przepukliny udowe trudniej, jest jednak więcej zagrożony uwięźgnięciem. Na 238 wolnych przep. ud. nie było zejścia śmiertelnego; z pośród 322 uwięźgniętych zmarło 60 t. j. blisko 20%. Odprowadzanie bezkrwawe potępia autor bardzo stanowczo z uwagi na uszkodzenia jelita, z jakiemi ci chorzy w razie niepowodzenia jego zgłaszają się do operacji. »Choremu z uwięźgnięciem grożą tylko dwa niebezpieczeństwa: spóźnione przybycie do zabiegu i odprowadzenie«. Po opisaniu typów operacji przepukliny udowej podaje operację Kummera, polegającą na przeprowadzeniu materacowego szwu jedwabnego zapomocą igły Reverdina poprzez aponcurozę zewnętrzną, mięsień skośny wewnętrzny i poprzeczny ponad kanałem pachwinowym i poprzez wiązadło Coopera. Końce nitki dwukrotnie przez te twory przeprowadzonej związuje ponad więzadłem Pouparta, zbliżając w ten sposób powłoki brzuszne do więzadła Coopera i zamykając temsamem kanał udowy. Nawrotów spostrzegał 3·5%.

E. H o f f m a n n. **Barwiki anilinowe w chirurgji. I. kliniczne spostrzeżenia nad działaniem mieszaniny barwików anilinowych przy schorzeniach chirurgicznych.** Mieszaninę powyższą wyrabia Merck w Darmstacie a składa się ona z zieleni brylant, jodowej, malachitowej i metylowej, dalej z fioletu goryczkowego, Hoffmanna, metylowego, metylowego 3 B, wreszcie safraniny T. Przy najróżniejszych sprawach chorobowych (rany zakażone, czyraczność, wypryski skórne ropne na najróżniejszem tle, wrzody podudzia, odleżyny, anginy, wreszcie choroby grzybkowe, jamy po wysięku opłucnym, zanogcice, ropowice, ostre zap. szpiku itd. obserwował H. dodatnie wyniki działania mieszaniny. Nigdy ona jednak nie zastępowała noża, a tylko wspierała jego działanie. Powikłań nerkowych nie spostrzegano.

M. (Kraków).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Nowiny lekarskie Nr. 5: śp. Dr. Wincenty Styczyński. — S. B r o n o w s k i: O walce ustroju ludzkiego z czynnikami zakaźnemi. — F. R o s t: Hydramnion a zniekształcenie płodu. — K. N o w a k o w s k i: Niezwykły obraz kliniczny zawężenia jelit. — J. N o w a k: Czy istnieją pierwotne czerniaki (melanosacroma) jajnika (dokończenie). — B. Z m i g r ó d: O uprawnieniu do wykonywania leczenia przez nielekarza.

Zagadnienia rasy Nr. 1 Tom II: Drugi Zjazd eugeniczny Polskiego Towarzystwa walki ze zwyrodnieniem rasy w dniu 30 i 31 października 1921 r. w Warszawie.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). 1922. Zeszyt 5. Cena 16 M. niem. Treść: 1) Prof. Marburg Postępy w leczeniu chorób nerwowych. 2) Prof. Stranśky: Co to jest, praktycznie biorąc, zaburzenie umysłowe? 3) Gloel: Rokowanie w otępieniu przedwczesnem.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

VI. Posiedzenie naukowe z dnia 8 lutego 1922.

Przewodniczy kol. Woyciechowski — obecnych członków 93.

Na nowych członków Towarzystwa przyjęto kol. St. Millera i kol. Fr. Marcyaniaka.

1. Kol. Rec przedstawia a) kobietę po operacji **przetoki kałowej**, wytworzonej po szeregu operacyj, wykonanych w okolicy jelita grubego. Chora skazana na kalectwo po zabiegu operacyjnym powróciła w zupełności do zdrowia. b) Młodzieńca z **wykonanem wycięciem żebra**. Przez kilka miesięcy z rzędu leczony był z powodu zapalenia surowiczego opłucnej Stan ogólny chorego mimo rozmaitych sposobów leczenia nie poprawiał się, ciepłota utrzymywała się, wobec czego kol. Rec, uważając cierpienie opłucnej, jako schorzenie następowe, dokonał punkcji płuca, a stwierdziwszy ognisko ropne w głębi, dokonał wycięcia żebra. Chory w krótkim czasie wrócił do swego zajęcia. c) **Wycięcie częściowe żołądka**, dokonane u chorego w następstwie *ulcus ventr. callos*. d) Chorego po **usunięciu gruczołu krokowego** metodą Frayera.

2) Kol. Celarek przedstawił chorego mężczyznę 33 letniego z kliniki chorób dziecięcych, u którego stwierdzono **meningitis purulenta simplex** (*non meningococcica*) z wyleczeniem samoistnem. Przyczyną zakażenia w tym przypadku była mała, krótka, ruchoma laseczka, odbarwiająca się sposobem Grama, podobna do prątka durowego lub rzekomo-durowych nie identyczna jednak z żadnym z nich. Laseczkę tę wyhodowano z płynu mózgowo-rdzeniowego, otrzymanego z nakłucia lędźwiowego, które wykonano w 10 dniu choroby. Z następnego nakłucia, wykonanego w 29 dniu choroby, dostano płyn, w którym już ani w preparacie barwionym ani hodowlą prątka tego nie stwierdzono. Badając płyn mózgowo-rdzeniowy z drugiego nakłucia i nakłuć następnych, jakoteż surowicę chorego odchyleniem dopełniacza i próbą porażenia ruchów własnych prątków, wreszcie próbą aglutynacji stwierdzono wybitne działanie na laseczkę, która stała się powodem zapalenia opon. Ponieważ u chorego utrzymał się stan podgorączkowy, więc zaczęto w 34 dniu choroby stosować leczenie szczepionkami z własnego szczepu, ażeby doprowadzić do zupełnego stłumienia ogólnego zakażenia, co w następnych tygodniach rzeczywiście się powiodło.

W dyskusji kol. Lewkowicz przedstawia swoje zapatrywania, w jaki sposób w tym przypadku nastąpiło samowyleczenie. Pełne odczyny surowicze, tj. zupełne porażenie ruchów i zupełny odczyn odchylenia dopełniacza, dawała surowica chorego w rozcieńczeniu 1:630. Wobec tego, że osocze, przechodząc do płynu komorowego z wysiękiem, ulegało rozcieńczeniu według zawartości białka tylko do 1:167, wynikało z tego, że także płyn komorowy mógł dawać pełne odczyny w rozcieńczeniu 1:4. Badanie zaś wykazało, że w rzeczywistości odczyn dawał odchylenie w rozcieńczeniu 1 : 20. Na tej więc drodze, t. j. rozszerzenia się uodpornienia ogólnego na komory, musiało nastąpić samowyleczenie. Kol. Eisenberg podnosi, że w piśmiennictwie opisano cały szereg zapaleń oponowych, wywołanych przez bakterje z grupy durowo-okrężnicowej. Oprócz bakteryj durowych znajdowano rzekomo durowe (Arzt i Böse, Wagner), okrężnicowe (Schöbl i Placak, Goldreich, Pearson, Howard), zbliżone do durowych (Neumann i Schaeffer, Adenot, Scherer), *B. lactis aerogenes* (Schlesinger), *B. pneumoniae* (Schlesinger) E. spostrzegał przypadek zapalenia przewlekłego zakończonego śmiercią a wywołanego przez *B. lactis aerogenes* (przyp. Dr. Grünhuta).

3) Kol. Lewkowicz przedstawia 10 letnią dziewczynkę z **zapaleniem gośćcowem mięśnia sercowego i wsierdzia**, trwającem od 3 tygodni i objawiającem się znacznem powiększeniem serca, szmerem skurczowym nad koniuszkiem serca, objawami zastoju, dotyczącemi głównie jamy brzusznej, w szczególności znacznem powiększeniem i bolesnością wątroby. Mowca zwraca uwagę na złośliwość tych obrazów chorobowych, które u dzieci zwykle w kilku miesiącach, a niekiedy nawet w paru tygodniach, prowadzą do zejścia niekorzystnego.

4) Kol. Ciechanowski przedstawia preparaty anatomiczne z przypadku **kosmakomięsaka** z wielkiemi przerzutami w płucach i gruczołach chłonnych śródpiersia, mającemi z wyjątkiem warstewki obwodowej, budowę kości zbitej (*eburneatio*) a stanowiącemi rzadki i ciekawy przykład prozoplazji w nowotworze.

5) Kol. Markowa przedstawia **potworniaka** a kol. Kostanecki omawia tę wadę w wyczerpujący sposób ze stanowiska embrjologicznego.

W dyskusji kol. Rosner opisuje szczegółowo podobny przypadek zupełnego otwarcia kloaki, który spostrzegał z kol. Kostaneckim u żywego noworodka.

Wysocki, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XVI. Posiedzenie naukowe z dnia 5 maja 1922 r.

Obecnych 91.

Przewodniczy kol. Franke.

1) Jako **delegatów na konstytuujące zgromadzenie** przyszłego związku inteligencji wybrano prezesa Towarzystwa kol. Frankego i kol. Krzyżanowskiego Kaliksta. Następnie poruszono sprawę pogłosek zamierzonego **nieotwarcia sezonu zdrojowiska w Truskawcu**. **W dyskusji** zabierali głos kol. Zakrzewski, Węgrzynowski, Franke, Zalewski, Fels i Sabatowski. Na wniosek kol. Becka uproszono kol. Sabatowskiego o zebranie informacyj na miejscu w Truskawcu.

2) Kol. Heschele**s** przedstawia 7-miesięczne niemowlę z rozpoznaniem gruźlicy o niezwykłem umiejscowieniu zakażenia pierwotnego. W 6 tygodni **po obrzezaniu** wystąpił **wrzód na prąciu**, początkowo małych rozmiarów, który, powiększając się, doprowadził do ubytku części żołędzi, przyczem trzon prącia uległ nacieczeniu i zgrubieniu Równocześnie z pojawieniem się wrzodu wystąpiło obustronne, twarde, niebolesne obrzmienie gruczołów pachwinowych do wielkości jaja kurzego. Stan obecny wykazuje niemowlę blade, o złym stanie odżywienia i wyglądzie zołzowatym, z licznemi tuberkulidami na skórze. Nakłucie gruczołów pachwinowych wykazuje gęstą, rozmiękającą serowaciałą masę; prześwietlenie klatki piersiowej — obrzmienie gruczołów wnękowych; odczyn tuberkulinowy Mentoux silnie dodatni. Przypadek ten winien skłonić sfery miarodajne do wdrożenia akcji celem ustanowienia kontroli lekarskiej nad obrządkiem obrzezania.

(A r.)

3) Prezes kol. Franke zagaja posiedzenie poświęcone polskiej **klimato- i hydrologji** i zawiadamia członków, że Polskie Towarzystwo politechniczne we Lwowie przystąpiło do utworzenia związku balneologicznego dla spraw czysto naukowych.

W dyskusji kol. Rencki omawia stan zdrojowiska Morszyna, własności Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji. Przeprowadza porównanie między Morszynem a Marienbadem i Kissingen i zaznacza, że sól morszyńska nie ustępuje soli karlsbadzkiej, jest zupełnie czystą a o połowę tańszą. Spółka akcyjna „Nasze zdroje“ buduje obecnie warzelnię na miejscu celem eksploatacji tych przyrodzonych skarbów. — Kol. Franke porusza sprawę kooperatyw inteligencji, kas chorych i wojskowości celem budowy sanatorjów w miejscach nowych klimatycznych. Przedstawia zadania ekonomiczne spółek akcyjnych i możliwość dopuszczenia obcych kapitałów dla rozwoju naszych zdrojowisk. Kol. Fels omawia Pustomyty, Lubień, Zegiestów i Wysowę. Kol. Sabatowski opisuje warunki otworzenia sanatorjum o 100 pokojach w pałacu w Rozdole, posiadającym źródło siarczane odległe o 1 km. od pałacu. Kol. Zakrzewski zaznacza potrzebę utworzenia katedry balneoterapji. Kol. Rencki podkreśla, że lekarz zdrojowy nie może się różnić od lekarza klinicznego.

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji Sekcja rzeszowska.

Posiedzenie naukowe z dnia 20 maja 1922.

Przewodniczący wygłasza wspomnienie pośmiertne, poświęcone śp. Dr. Stanisławowi Jabłońskiemu i bł. p. Dr. Karolowi Radelmesserowi.

1) Kol. Hinze przedstawia przypadki z **dziedziny chirurgji urazowej naczyń krwionośnych:**

a) chory lat 22 z raną szyji, złamaniem wyrostka kolczastego 4 kręgu szyjnego i z olbrzymim krwiakiem w miejscu urazu. Zgłosił się dopiero w kilka tygodni po uszkodzeniu w stanie tak rozpaczliwym, że okazywał zaledwie ślady życia. Podwiązano lewą tętnicę szyjną wspólną, gdyż o odszukaniu pnia uszkodzonego nie było mowy. Po trzech dniach częściowy niedowład ręki i nogi prawej, nadto utrata wzroku na oku lewem. Gałka oczna wysadzona. Zwolna chory powraca do sił i odzyskuje władzę w ręce i nodze. Ponowny krwotok, tym razem z tętnicy szyjnej wspólnej w miejscu podwiązki. Przy opatrunku pokazało się, że pierwsza podwiązka przecięła naczynie, które nie zdołało się jeszcze zamknąć. Opanowanie krwotoku. Mimo tego chory dostaje jeszcze raz silnego krwotoku; tym razem z rany zadanej mu pierwotnie w szyję. Ten ostatni krwotok opanowano tamponowaniem. Chory żyje, ale stan jego jest poważny;

b) chory zraniony nożem w ramię lewe, w następstwie czego krwiak tętnicy łokciowej. Dopiero podwiązanie tętnicy ramieniowej opanowuje uporczywy krwotok; chory jest na drodze wyleczenia.

Mowca wskazuje na ciężkie powikłanie, pochodzące z niedostatecznego sposobu leczenia na wsi i odsyłania uszkodzonych dopiero późno do szpitala;

c) inwalida wojskowy raniony na wojnie (polsko-rosyjskiej) z oderwaniem guzowatości (*tuberositas*) kości goleniowej, którą wiązadło rzepki kolanowej uniosło ku górze. Zbliżenie odłamków było niemożliwe; wykonano szew metalowy na odległość, z dobrym wynikiem czynnościowym.

2) Kol. Hinze przedstawia z **dziedziny chirurgji brzusznej** a) mężczyznę lat 60 z przetoką żołądkową założoną z powodu **raka wpustu**. Przetokę tę zakłada mowca zawsze wprost, pomijając sposób Witzla i Kadera. Przy szczelnem założeniu tej przetoki nie zauważono żadnych niedogodności; b) kobietę lat 40 z licznemi bliznami zołzowemi na szyji, jest ona ozdrowieńcem po laparotomji, wykonanej z powodu **niedrożności jelit**. Niedrożność wywołaną była postronkiem tkankołącznowym, obejmującym, jak ciasny pierścień, jelito biodrowe. Wystarczyło rozcięcie tego pierścienia.

3) Kol. Maurer, przedstawia operowaną przez niego

a) dziewczynę lat 19 z powodu **zapalenia wyrostka robaczkowego**. Nietypowe objawy chorobowe, jak krwawe wymioty i krwawa biegunka, mogły utrudnić rozpoznanie;

b) dziewczynę lat 18 po operacji **szyszkowiny kończystej niebywałych rozmiarów**, z przerostem warg sromowych z utrzymaną natomiast błoną dziewiczą. Osobnik ten nie był zakażony rzeżączką.

4) W części posiedzenia, poświęconej sprawom zawodowym, przedstawił kol. Sawicki (Kańczuga) **stosunek lekarzy w Wielkopolsce do kas chorych** i prawidłowy rozwój tej instytucji tamże Obszerny odczyt przeznaczony jest do druku.

5) Kol. Dziubek omawiał sprawę **taks sądowo-lekarskich**. Sprawę tę przekazano Związkowi lek. w Krakowie.

Dr. R. Hinze.

Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 26. lutego 1922 r. w klinice Położniczo-ginekologicznej, łącznie ze zwiedzaniem kliniki.

Przewodniczący Hornowski, obecnych osób 51.

1) Prof Czyżewicz omawia przypadek chorej lat 29, przysłanej do kliniki z przychodni z owrzodzeniem części pochwowej i pochwy. Rozpoznanie wahało się między gruźlicą, kiłą i rakiem. Guzki we wrzodzie przemawiały za gruźlicą. Badanie męża wykluczało kiłę. Badanie drobnowidzowe wyskrobin dało podstawę do rozpoznania raka. Macica normalna. Po dokonaniu operacji Wertheima nawrotów nowotworu niema, jednak dopiero za lat kilka okaże się skuteczność dokonanego zabiegu.

2) Kol. H. Gromadzki przedstawia chorą l. 64, u której badanie ginekologiczne wykazało: część pochwowa bardzo krótka, nierówna, w okolicy szerokiego ujścia macicznego łatwo krwawiąca przy dotyku; szyja maciczna zgrubiała, macica nieduża, ruchomość jej ograniczona, w obu przymaciczach i więzach krzyżowomacicznych nacieki twarde, dochodzące do samej kości. Stan krwi: Hgl. 40%, wskaźnik 0,8, czerwon. ciałek 2,240.000, białych — 5.800. Badanie drobnowidowe wyskrobin potwierdziło rozpoznanie kliniczne: **Rak szyji maciey, nie nadający się do operacji.** Efekt bezpośrednio po zastosowaniu leczenia radem, użyczonym klinice przez kol. Węckowskiego, był następujący: krwawienia ustąpiły, upławy z dnia na dzień mniejsze, a po 10 dniach ustąpiły zupełnie. W 4 tygodnie po naświetlaniu ginekologicznie stwierdzono: część pochwowa formuje się na nowo, macica duża znacznie więcej ruchoma, wiadome nacieki znacznie mniejsze, niż poprzednio. Stan krwi: Hgl. 55% czerw. ciałek — 3,120.000, białych — 8000. W 8 tygodni po naświetleniu: pochwa kończy się lejkowato i przechodzi w zdrową zupełnie część pachwową, z ujściem zewnętrznem, nieprzepuszczającem palca, macica mała zupełnie ruchoma, brak jakichkolwiekbądź nacieków w przydatkach i więzach. Pomimo tak wybitnej poprawy na wynik leczenia nie należy zapatrywać się zbyt optymistycznie, niewątpliwie jednak dzięki zastosowaniu radu przypadek stał się dostępnym dla operatora. Celem uprzystępnienia leczenia radem nowotworów należałoby utworzyć w Warszawie conajmniej instytut radjoterapeutyczny.

W dyskusji prof. Hornowski zaznacza, że dany nowotwór należy do złośliwych. Raki t. zw. Krompecherowskie łatwiej poddają się leczeniu radem. Darier zauważył, że rad działa na nowotwory jedynie do pewnego czasu, poczem następują wznowy ich o wiele szybciej, niż pierwotnie; zapytuje więc, jak długo należy stosować rad i w jakich dawkach?

Sławiński przypomina 24-letnią chorą pacjentkę, u której na zasadzie anatomo-patologicznego badania wycinka nowotworu (Hornowski, stwierdzono raka. Po 3 naświetlaniach Rentgenem przypadek stał się operacyjnym. Leczenie promieniami X jest tańsze, krótsze i bardziej dostępne. Wznowy raka sutka po stosowaniu Rentgena są rzeczywiście o wiele częstsze, aniżeli w przypadkach, nieleczonych tą metodą. Jak opanować to zjawisko, niewiadomo.

Lorentowicz uważa, że do pooperacyjnego leczenia nowotworów rad zupełnie nie nadaje się; przy zajęciu gruczołów Rentgen również oddaje lepsze usługi.

Drozdowicz stwierdza analogiczność wyników leczniczych w raku macicy przy stosowaniu sztywnych i odpowiednio filtrowanych promieni X z wynikami leczenia zapomocą radu. Najlepsze jednak wyniki daje skombinowanie tych dwóch metod: rad miejscowo promienie X na całą okolicę chorą. W razie konieczności wyboru, pierwszeństwo należy się promieniom Rentgena, których dozowanie opiera się na dozie rumieniowej skóry, dość dokładnie dającej się już obecnie określić metodami koloro i elektrometrycznemi Aby tej dozy nie przekroczyć, a zarazem doprowadzić do wnętrza organizmu skuteczną ilość energji promieniowej stosuje się naświetlanie kilku sąsiednich działek skóry w takich kierunkach, aby snopy promieni krzyżowały się w miejscu zajętem przez chorobę. Seitz i Wintz z Erlangen obliczają swą „*Carcinomdosis*“ jako 110% dawki rumieniowej, obliczonej za pomocą ionokwantymetra, przyrządu, który elektrometrycznie obrachowuje jonizację gazów, pod wpływem promieni X.

3) Kol. Jakowicki przedstawia preparat macicy, usuniętej wraz z **międzywięzadłowym mięśniakiem**, będącym w łączności z prawą boczną jej powierzchnią ponad ujściem wewnętrz. nem, zapomocą szypuły grubości palca. Waga guza 4900 gr. Mimo wywiadów, z których wynikało, że u pacjentki 44-letniej wieloródki — już przed kilku laty rozpoznawano włókniaka macicy, spoistość guza i jego stosunek do macicy skłaniały raczej do rozpoznania torbieli jajnikowej. Wyłuszczenie guza odbyło się łatwo bez podwiązywania większej ilości naczyń. Badanie przekroju wykazuje daleko posunięte zwyrodnienie śluzakowe, co spotyka się często w tego rodzaju włókniakach, natomiast badanie drobnowidowe daje obraz wybitnych zmian szklistych zwłaszcza dookoła naczyń.

W dyskusji prof. Hornowski stwierdza, że w danym przypadku mamy do czynienia nie z amyloidem, jakby to się mogło wydawać na pierwszy rzut oka, lecz z bardzo znacznemi zmianami szklistemi, złośliwości nowotwór ten nie posiada.

Jakowicki dodaje, że próba jodowa wypadła ujemnie.

4) Kol. Gromadzki Henryk przedstawia preparat **pękniętej macicy** oraz zawartości tejże macicy, wydzielonej poprzez pęknięcie do wolnej jamy otrzewnowej. Pochodzą te preparaty od kobiety 36-cio letniej, która poza czerwonką w roku 1920 nigdy nie chorowała. Zaczęła miesiączkować w 15-ym roku życia. Krwawienia miesięczne miała potem zawsze regularnie po 3 dni bez bólów co 28 dni. Rodziła 2 razy, raz na czasie i raz w VIII miesiącu. Poroniła raz jeden. Ostatni poród odbył się przed 10-ciu miesiącami. Ostatni perjod miała 7-go czerwca r. z., ruchy poczuła 10-go września, termin więc porodu przypadał na połowę stycznia. Chora przybyła do kliniki dnia 16-go listopada ze skargami na krwawienie ze skrzepami z narządów rodnych oraz na bóle, które określała, jako porodowe. Samopoczucie ciężarnej było zupełnie dobre. Twierdziła, że żadnemu urazowi nie uległa i że nikt jej przed przybyciem do kliniki nie badał.

Badanie zewnętrzne wykazało, że dno macicy znajdowało się na dwa palce poprzeczne powyżej pępka przy zwykłych objawach zewnętrznych ciąży. Tętna płodu nie udało się słyszeć, nie stwierdzono również obecności bolów porodowych. Ciepłota ciała 37,4° przy tętnie 80 na minutę. Wobec nieznacznego krwawienia z narządów rodnych i podniesionej ciepłoty pacjentkę skierowano na oddział oddzielonych (Dr. Łuniewski).

Przez pierwsze dwa dni pobytu chorej w klinice ciepłota ciała utrzymywała się na wysokości 37,0°—37,2° przy tętnie 80 do 84. Ponieważ krwawienie nie ustawało, zbadano ją dnia 18-go listopada i ustalono, że część pochwowa była zachowana, kanał szyji przepuszcza palec, który dochodzi do napiętego pęcherza płodowego, na którym stwierdzono nierówności oraz skrzepy krwi. Poprzez pęcherz płodowy udało się wyczuć przodującą nie dużą główkę płodu. W przekonaniu, że krwawienie było wywołane niskiem usadowieniem się łożyska, zalecono chorej zupełny spokój i poddano ją ścisłemu spostrzeganiu. W ciągu dwu dni następnych w stanie chorej nie zaszła żadna zasadnicza zmiana, a ciepłota nawet się nieco obniżyła, tak, że w ciągu całej doby dnia 20-go listopada nie przekroczyła 37-iu stopni. Tegoż dnia wystąpiło obfite krwawienie i rozpoczęły się bole porodowe. Rano 21-go jakoby odeszły wody. W samej rzeczy odeszła spora ilość płynu, poczem krwawienie zupełnie ustało. Powtórne badanie wewnętrzne wykazało, że otwarcie się powiększyło i przepuszczało już dwa palce. Przodująca główka znajdowała się tuż ponad ujściem wewnętrznem. W nocy z 21-go na 22 list. bóle były leniwe, ale chwilami bardzo bolesne. Rano 22-go ciepłota podniosła się do 38,0°, a tętno do 100. Przy badaniu zewnętrznem udało się ustalić, że macica jest cokolwiek większa, niż poprzednio, i że się składa jakby z dwóch części, przedniej i tylnej, z których przednia była wybitnie bardziej miękka, niż tylna. W przedniej części wyraźnie można było wyczuć drobne części płodu, których poprzednio nie można było wymacać zupełnie. Przygotowano więc wszystko do przyśpieszenia rozwiązania na drodze operacyjnej i po raz trzeci zbadano pacjentkę wewnętrznie. Badanie to wykazało, że ujście pozostało drożne dla dwóch tylko palców. Jamę macicy znaleziono próżną, a w szyji z lewej strony od przodu otwór, drążący do wolnej jamy brzusznej.

Natychmiast po rozpoznaniu pęknięcia chorą przeniesiono na oddział ginekologiczny, gdzie G. wykonał cięcie brzucha. Po otwarciu jamy brzusznej w linji pośrodkowej stwierdzono w niej obecność nielicznych skrzepów krwi. Macica była próżna, dobrze skurczona, a na jej przedniej powierzchni z lewej strony przebiegała rysa długości 10—12 cm. Ani płodu, ani łożyska nie było widać pomimo rozwarcia jamy brzusznej wziernikami. Po wprowadzeniu ręki do jamy otrzewnej odnaleziono całe jajo płodowe nieuszkodzone w prawem podżebrzu pod samą wątrobą. Po usunięciu jaja, wykonano doszczętne usunięcie macicy w obawie o mogące powstać zakażenie. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, pacjentka opuściła klinikę zdrowa. Pęknięcia macicy w ciąży nie są częste, są jednak znane i posiadają dość bogate piśmiennictwo. Najczęściej powstają one wskutek urazu, który bezpośrednio, lub pośrednio przez contre-coup zadziała na macicę ciężarną, wywoła w niej duże ciśnienie hydrauliczne, którego naporu nie mogą wytrzymać ściany macicy. Na drugiem miejscu należy wspomnieć o samoistnych pęknięciach macicy ciężarnej w bliźnie po poprzednich cięciach cesarskich oraz w sąsiedztwie takich blizn. Füth i Kworostański wykazali, że głębokie wrastanie elementów syncytjalnych w ścianę macicy odbywa się najczęściej w tych miejscach, ponad którémi błona śluzowa macicy jest niedostatecznie odżywiana, a takie miejsca znajdujemy w dawnych bliznach i w ich sąsiedztwie.

Wrastanie zaś elementów łożyskowych do ściany macicy bezwzględnie ją osłabia i daje powód do pęknięć. Znane są wreszcie pęknięcia macicy ciężarnej w bliznach po przyrośniętem łożysku i po naddarciach, powstałych podczas poprzednich porodów. Pęknięcia takie powstają jednak zazwyczaj na miejscu przyczepu łożyska, pod wpływem wrastania elementów łożyskowych do mięśniówki macicy. W danym przypadku żadna z wyżej wymienionych przyczyn nie może być brana pod uwagę. Miejsce przyczepu łożyska znajdowało się na ścianie przeciwległej; chora nie uległa żadnemu urazowi. Badanie histologiczne ściany macicy w miejscu pęknięcia dokonane w kilku punktach wykazało stosunki zupełnie normalne. Należy zatem przypuszczać, że mieliśmy tutaj do czynienia z jakąś nie dającą się bliżej wytłómaczyć predyspozycją, w której, być może, odegrało pewną rolę to, że pacjentka zaszła w ciążę w trzy miesiące po ostatnim porodzie.

5) Kol. Lorentowicz. W sprawie leczenia upławów pochwowych bacillosanem.

Dzięki pracy Manuaf Heurlin'a, a dalej badaniom Schrödera, Lehmana, Lasera, Wolfringa et cet. ustalone zostały 4 względnie 3 stopnie czystości pochwy. W I. stopniu widzimy w wydzielinie pochwowej pod drobnowidzem prawie wyłącznie prątki pochwowe (*bac. vaginalis ordinarius*), białych ciałek brak zupełnie, z komórek złuszczony nabłonek płaski. Drugi stopień bywa wtedy, gdy obok prątków pochwowych znajdują się drobne ziarenkowce, gronkowce, czasem postacie beztlenowe, a między komórkami płaskiemi tu i ówdzie pojedyncze leukocyty. W trzecim stopniu czystości pochwy prątków pochwowych nie ma zupełnie, na miejsce komórek nabłonka płaskiego występują masowo leukocyty, pozatem widać florę bakterjologiczną różnokształtną i bardzo obfitą. Zadaniem leczenia upławów powinno być przywrócenie pierwszego stopnia czystości, który odpowiada stanowi zdrowia. W stanie zdrowia prątki pochwowe z glikogenu, przesączającego się przez ścianę pochwy, wytwarzają kwas mleczny, a ten zabezpiecza pochwę przed wtargnięciem i usadowieniem się w niej drobnoustrojów szkodliwych. Pierwszą próbą leczenia przyczynowego było wprowadzenie do pochwy specjalnych szczepów prątków kwasu mlecznego (klinika ginekologiczna w Krakowie), naturalnie po usunięciu wszystkich czynników chorobotwórczych, ułatwiających zanieczyszczenie pochwy (pęknięcie krocza, rozerwanie szyjki macicznej, samogwałt itp.). W ostatnich czasach dokonywane są podobne próby w klinikach niemieckich, polegają one na wprowadzaniu do tylnego sklepienia 2 razy tygodniowo 3 gr. bacillosanu, proszku, zawierającego żywą hodowlę laseczników kw. mlecznego wraz z zarodnikami. Wyniki leczenia są dobre.

6. Prof. Czyżewicz w charakterze gospodarza oprowadza po nowoprzebudowanej klinice ginekologicznej i udziela wyjaśnień co do regulaminu i techniki przyjmowania chorych. Zainteresowanie wzbudza aseptyczna sala operacyjna z bocznemi oszklonemi lożami dla widzów-studentów.

7. Ciechomski przedstawia 40 lat mężczyznę z plastyką nosa, zniszczonego przez wilka. Operację, dotychczas jeszcze nie zakończoną, wykonano w 4 tempa. Pierwszy zabieg d. 5/II. 1920 polegał na wykrojeniu z chrząstki 7. żebra blaszki długości 6 cm i szerokości równej szerokości żebra i na przeniesieniu jej pod skórę w stanie złamania na granicy $1/3$ długości wskutek naginania w celu jedynie nadłamania pod skórę czoła. Podczas drugiego zabiegu dnia 7/XII. 1920 wykrojono płat ze skóry czoła w kształcie skobla zaokrąglonego i szerokiego ku końcowi, długości 16 cm, w końcu rozszerzonym znajdowała się przeszczepiona chrząstka, koniec jej wypadł w odległości 1 cm. od brzegu skóry, a to z uwagi na późniejszy szew i kurczliwość płata. Na zaokrąglonym końcu płata wykonano 2 prostopadłe nacięcia po obu bokach chrząstki; tym sposobem powstał czworokątny ząbek, który razem z chrząstką miał stanowić przyszłą przegodę nosową. Szypuła odżywiająca znajdowała się u kąta wewnętrznego oka lewego i miała kształt trójkąta o dość szerokiej podstawie. 3-ci zabieg d. 14/I. 1922, gdy cały płat przyrósł u dołu i odżywiał się dostatecznie. Odcięto go od szypuły odżywiającej, za pomocą cięcia w kształcie trójkąta wierzchołkiem zwróconego ku górze, rozszczepiono skórę na grzbiecie nosa podłużnie i w szczelinę tę wszyto trójkątny wierzchołek płatu. Wreszcie d. 4/II. 1922 na 4. posiedzeniu okrwawiono brzegi szczelin po obu stronach płatu na miejscu zetknięcia się skrzydeł nosa z policzkami. Rychłozrost nastąpił. Dzięki rusztowaniu z chrząstki kształt nosa ma zapewnioną trwałość. Strona kosmetyczna pozostawia jeszcze dużo do życzenia, mimo to operowany jest zupełnie zadowolony.

W dyskusji: Kol. Sławiński zwraca uwagę na konieczność podszewkowania sztucznych nosów oraz na to, że przy przeszczepianiu chrząstka powinna się opierać o chrząstkę, a kość o kość, inaczej ulega ona zanikowi, jak to zdarzyło się w przypadku, który operował przed 11 laty tą samą metodą. Wilk odnawia się ze śluzówki, przeto tacy chorzy najmniej nadają się do operacji plastycznej, daleko wdzięczniejsze pole daje kiła i urazy.

Prof. Sawicki nieforemność sztucznych nosów przypisuje tej okoliczności, że chirurdzy polscy nie stosują protez, jak to czynią zagraniczni koledzy, i w tym celu radzi nawiązać kontakt z instytutem dentystycznym, który takie protezy wyrabia.

Kol. Tryjalski wyraża obawę, że chrząstka się rozpłynie, jak to było w przypadku operowanym z Loewensteinem.

Kol. Ciechomski wyjaśnia, że obawy co do rozpłynięcia się chrząstki są płonne, gdyż chrząstka jest oparta o kość. Ponieważ wilk może drążyć ze śluzówki, dlatego etapy były rozłożone na długi czas. Pomiędzy oddzielnemi zabiegami tymczasem leczono wilka Rentgenem.

Kol. Drozdowicz zaznacza, że w danym przypadku, jako przygotowanie chorego do operacji, były stosowane z powodzeniem, stwierdzonem klinicznie, bardzo małe (drażniące) dawki promieni X. Dawki takie mają na celu nie zabijanie komórek, lecz pobudzanie do rozrostu tkanki łącznej, otaczającej guziki gruźlicze.

Prof. Sawicki zgadza się z przedmówcą, że w przypadkach wilka nie należy niszczyć promieniami X warstwy ochronnej z tkanki łącznej, znajdującej się na pograniczu między skórą zdrową i dotkniętą gruźlicą.

8) Prof. Hornowski przedstawia dwa przypadki **gruźlicy macicy** — jeden prosówkowej, drugi zapalenia błony śluzowej macicy ze zserowaceniem, omawia częstość, powstawanie, drogi szerzenia się gruźlicy narządów płciowych kobiecych oraz przedstawia dane statystyczne według materjału Zakładu Anatomji patol. Uniw. Warsz. W ciągu 3 lat spostrzegano 20 przypadków gruźlicy u kobiet w wieku lat 13 do 75. Przeważały postacie: *salpingitis tbc. caseosa* i *endometritis tbc. caseosa*, wśród nich były jednak dwa przypadki stosunkowo rzadkiej gruźlicy pochwy i szyjki macicznej, pierwszy o postaci wrzodziejącej, drugi przerostowej, brodawkowatej. Na podstawie tego materjału prelegent wypowiada zdania, iż *endometritis caseosa* powstaje najprawdopodobniej drogą zserowacenia, wysiękowego zapalenia błony śluzowej macicy bez wytwarzania gruzełków.

W. Goździcki sekretarz.

Polskie Tow. Oto-rino-laryngologiczne we Lwowie.

Posiedzenie z dnia 9 maja 1922.

Przewodniczący: kol. Zalewski. Obecnych 10.

1. Kol. Berlstein przedstawia chorego z **rakiem krtani**, u którego po dwukrotnem naświetlaniu promieniami Roentgena znikły powiększone gruczoły chłonne szyji, a sam guz cofnął się tak, że lusterkiem żadnego nacieku w krtani nie można było stwierdzić. Obecnie po kilku miesiącach naciek pojawił się w krtani na nowo, a prócz tego wystąpił obrzęk chrząstki nalewkowej po stronie przeciwnej.

2. Kol. Zalewski zdaje sprawę **przystąpienia do Polskiego Towarzystwa oto-rino-laryngologicznego**. W dyskusji podniesiono, że najdogodniejszym terminem dla zjazdów jest pierwsza połowa września.

3. Kol. Zalewski przedstawia sprawę **bezpłatnej rządowej pomocy lekarskiej dla urzędników**.

4. Uchwalono odbywać posiedzenia w pierwszy wtorek każdego miesiąca, o ile zaś wypada święto, posiedzenie przesuwa się na następny wtorek.

5. Uchwalono roczną wkładkę dla członków Towarzystwa w wysokości 500 m. p. *A. Dobrzański*, sekretarz.

Stowarzyszenie lekarzy polskich.

Walne Zebranie z dnia 28 kwietnia 1922.

Po zagajeniu przez prezesa Zarządu dr. Bączkiewicza na przewodniczącego zebrania powołano prof. Gluzińskiego, na asesorów dr Puławskiego, Toraszkiewicza, Zweigbauma i Śmiechowskiego, a na sekretarza dr. Łużyckiego. Przewodniczący Zarządu odczytał sprawozdanie z rocznej działalności Stowarzyszenia Lekarzy Polskich wraz z ogólnym rzutem oka na działalność Stowarzyszenia w ciągu lat 15*), przyczem przedstawił wniosek, przyjęty jednogłośnie przez Zebranie ogólne, aby w celu uczczenia zasług położonych dla Stowarzyszenia Lek. Polskich przez wybitnych kolegów ustanowić „listę zasłużonych", do której zostaną wpisane nazwiska tych kolegów, których zasługi, na przedstawienie Zarządu, Ogólne Zebranie uzna za zasługujące na to wyróżnienie.

Prof. Gluziński wyraził słowa uznania i podziękowania dla owocnej działalności Zarządu. Po dokonaniu wyborów, których wyniki podaliśmy w N 20 Gazety, odczytano przyjęte sprawozdanie Komisji Rewizyjnej, oraz sprawozdanie i projekt budżetu skarbnika. Prof. Gluziński wyraził uznanie i podziękowanie za owocną działalność Zarządu, a kol. Kozerski podniósł zasługi Prezesa Zarządu i Skarbnika.

Przyjęto jednogłośnie zapis dr. L. Nehringa, wynoszący 200.000 mk., oraz zatwierdzono regulamin tego zapisu opracowany przez Zarząd Stowarzyszenia. Odsetki od funduszu dr. Nehringa przeznaczone są na zapomogi dla studentów i lekarzy. W sprawie funduszu imienia ś. p. dr. K. Chełchowskiego, Zebranie ogólne przyjmuje jednogłośnie następującą uchwałę, zaproponowaną przez Zarząd: Zebranie ogólne przyjmuje do wiadomości utworzenie fundacji imienia ś. p. dr. K. Chełchowskiego, powstałej ze składek członków i przeznaczonej na zapomogi dla podupadłych lekarzy. Fundacja ta w chwili obecnej wynosi z górą 200.000 marek.

*) Pomieszczone poniżej.

Następnie Zebranie ogólne potwierdziło dawniejszą decyzję w sprawie dążenia do Zjednoczenia Stowarzyszeń Lekarskich Polskich i upoważniło Zarząd Stowarzyszenia, aby się zwrócił do Zrzeszeń lekarskich i poczynił stosowne uwagi w projektowanej ustawie i w celu uzgodnienia jej z projektem ogólnej ustawy Stowarzyszenia.

Dalej na wniosek Zarządu postanowiono przystąpić do Zjednoczenia polskich Stowarzyszeń na warunkach, przedstawionych przez Zarząd.

Wreszcie na wniosek kol. Śmiechowskiego Ogólne Zebranie wyraziło podziękowanie Przewodniczącemu prof. Gluzińskiemu za sprężyste prowadzenie obrad.

Sprawozdanie z działalności Stowarzyszenia Lekarzy polskich w r. 1921 wraz z ogólnym rzutem oka na działalność w ciągu 15-tu lat istnienia.

Przemówienie Prezesa Zarządu Dra Jana Bączkiewicza na Zebraniu ogólnem w dniu 28 kwietnia 1922 r.

Szanowni Koledzy! Dziś staję przed Wami, jako pierwszy sługa Instytucji, aby wspólnie z Zarządem zdać sprawę z naszych czynności za rok 1921, zobrazować niejako drogę, po której Instytucja nasza kroczyła i kroczy, przedstawić plany działalności na przyszłość, a zarazem wysłuchać i wziąć pod uwagę cenne myśli i wskazówki, jakieby stowarzyszeni tu podać uważali za słuszne.

Upłynęło lat 15 od zawiązania Stowarzyszenia; za wieleby to nam zajęło czasu, gdybyśmy zechcieli dać wyczerpujący obraz pracy w ciągu tych lat 15-tu, ale w toku niniejszych uwag sprawozdawczych powoływać się będziemy na poczynania i dążenia naszej przeszłości.

Na program i działalność Stowarzyszenia wybitnie oddziaływały odnośne warunki polityczne, co niewątpliwie świadczy, że Stowarzyszenie odpowiadało potrzebom życia, a więc że było i jest żywotne. O ile podczas niewoli rosyjskiej cały wysiłek pracy i dążeń musiał się skupiać w tym kierunku, aby chronić lekarza Polaka od ujemnych wpływów obcych, aby cały prąd naszego życia zawodowego utrzymać w ramach własnego współdziałania, własnych pojęć etycznych i zaspakajania własnych potrzeb zawodowych zgodnie z naszą ideologją społeczno narodową, o tyle znów, gdy łańcuchy niewoli pękły, gdy przyszedł okupant, który dawał złudne i chytre pozory niby współdziałania w odzyskaniu naszej niepodległości, należało stanąć do pracy, aby zorganizować służbę sanitarno-lekarską, współdziałać w tej pracy, która dążyła do tego, aby społeczeństwo ogarniało możliwie samo różne dziedziny życia. Później, gdy po zgromieniu Niemców rzeczywiście uzyskaliśmy naszą niepodległość, a gdy jej jeszcze z orężem w ręku bronić musieliśmy, wówczas należało organizować świat lekarski dla służby przy obronie Ojczyzny i współdziałać oraz pilnować spraw organizacyjnych, dotyczących pracy i praw stanu lekarskiego. Wtedy to (1918) powstała komisja dla spraw bytu która opracowała memorjał w sprawie mobilizacji lekarzy. Wtedy to zwrócono się do ordynatorów szpitalnych w sprawie nieprzyjmowania na oddziały szpitalne w charakterze wolontarjuszów tych studentów, którzy nie poddali się koleżeńskiej uchwale, o obowiązku służby wojskowej. Wtedy to złożono w Wydziale szpitalnictwa wniosek w sprawie przyznania lekarzom szpitalnym, powoływanym do wojska, pensji trzymiesięcznej. A przypomnę jeszcze, że w r. 1919 Stowarzyszenie zwołało konferencję przedstawicieli stowarzyszeń i towarzystw z całej Polski w celu powzięcia uchwał, dotyczących ustaw lekarskich, kas chorych, związków lekarskich, jako spraw podstawowych, dotyczących stanu naszego.

W roku ubiegłym główną także troskę Stowarzyszenia stanowiły sprawy, dotyczące ustaw lekarskich i kas chorych. Stowarzyszenie, jako organizacja społeczna, wprost ma niejako obowiązek pilnować spraw ogólno lekarskich i stać na straży, aby ustawy lekarskie były przeprowadzone w duchu praw nabytych i konstytucji. Zanotować mi tu wypada, że sumptem kolegów Stowarzyszenia wyszła z druku pierwsza krytyka projektów ustaw lekarskich (w r. 1920 kosztem 65.000 marek).

W obronie naszych ustaw wielkie położyli zasługi koledzy: A. Kozerski, A Żurakowski i L. Babiński, którzy stanowili specjalną komisję; z nią miał Zarząd wspólne narady; do niej też kierowaliśmy wszystkie odezwy, nadchodzące w tych sprawach ze Lwowa, Krakowa, Siedlec. Komisja ta dużo poświęcenia, czasu i pracy włożyła w tę sprawę. Jeżeli jednak ustawy nie przeszły w tym duchu i brzmieniu, w jakiem by pragnął je mieć świat lekarski, jest to wynikiem innych wyników.

Nie pominęliśmy także i ustaw, dotyczących zdrowia publicznego, jak Ustaw o zwalczaniu chorób wenerycznych i alkoholizmu. Sprawie ustaw do zwalczania chorób wenerycznych poświęciliśmy dwa posiedzenia dyskusyjne. Nie obce też nam były i kwestje, dotyczące organizacji w zakresie zdrowia publicznego. Jedno posiedzenie dyskusyjne objęło sprawę Państwowych zakładów epidemjologicznych (Dr. Al. Żurakowski), a na zapytanie Ministerstwa Zdrowia publicznego, Stowarzyszenie wydało opinję w sprawie szkół dla masażystów. Zaznaczyć też należy, że i Okręgowy Urząd Zdrowia wielokrotnie zwracał się o opinję w różnych sprawach: jak np. świadectw lekarskich, w kwestji stosunków pacjentów do lekarzy i odwrotnie. Stowarzyszenie też wezwane było przez Urząd zdrowia m. Warszawy do narad w sprawie organizacji medycyny komunalnej, a przez swych przedstawicieli braliśmy udział w posiedzeniach i pracach następujących organizacyj społecznych, jak: Tow. pomocy ofiar wojny (dla ofiar wojennych na G. Śląsku. Stowarzyszeni złożyli 8500 mk. na ten cel), 2) Podkomitetu Skarbu Narodowego, 3) Komisji sejmowej dla powrotu repatrjantów, 4) Związku Stowarzyszeń polskich, 5) Tow. wiedzy wojskowej.

Jeżeli teraz przejdziemy do spraw pracy lekarskiej i współpracy z innemi instytucjami lekarskiemi i pokrewnemi, to przedewszystkiem podkreślić należy, że, aczkolwiek stosunki panujące w Kasie chorych m. Warszawy, ze względu na interesy materjalne ogółu lekarzy obchodzą przedewszystkiem Związek lekarzy, to także muszą one i powinny interesować Stowarzyszenie, ze względu na ich tendencje społeczne, na ich dążenie do upaństwowienia pracy lekarskiej, a cozatem idzie do stworzenia warunków, które wcale sprzyjać nie mogą utrzymaniu stanu lekarskiego na należytym poziomie naukowym, społecznym i etycznym, gdyż organizacja pracy lekarskiej w kasach wyklucza obecnie z jednej strony czynnik wolnego wyboru lekarza, z drugiej znów strony niweluje tak ważny czynnik, jak współzawodnictwo, przy jednoczesnem ryczałtowem zaspokajaniu bytu materjalnego lekarza. Niejednokrotnie Zarząd rozważał stosunki lekarskie, panujące w Kasach chorych; jedno nawet posiedzenie im wyłącznie poświęcił; nadto, aby dać wyraz swego stanowiska do słusznych wymagań lekarskich, Zarząd udzielił lokalu na zebranie lekarzy kasowych, którzy niestety tworzą oddzielną korporację. Zarząd stoi na stanowisku, że wszelkie słuszne żądania lekarzy kasowych, czy to w zakresie spraw materjalnych, czy etycznych, Stowarzyszenie winno popierać. Niestety brak solidarności, rozproszenie się naszego świata lekarskiego na wiele organizacyj, wśród których są i takie, które nie zawsze idą w parze z tą ideologją, jaką nasze tu życie, nasza tu praca, nasze bóle i troski wyrobiły w sprawach narodowych, społecznych i etycznych. Brak jednolitego, że się tak wyrazimy, frontu, nadto frontu pod jedną komendą, jaką objąć powinien Związek, powoduje, że sprawy lekarskie w Kasach chorych pozostawiają wiele i wiele do życzenia, a powiedzmy wyraźniej, grożą upadkiem naszego stanu.

Przechodzimy teraz do drugiego odłamu pracy lekarskiej tak poważnej, jak szpitalnictwo; znalazło ono także swój wyraz na terenie naszego Stowarzyszenia: dwa posiedzenia dyskusyjne poświęcono tym sprawom, jedno w sprawie „komasacji oddziałów szpitalnych". Punktem wyjścia dla rozpraw w tym kierunku był memorjał lekarzy szpitala Dz. Jezus; drugie posiedzenie poświęcono sprawie rozbudowy szpitali warszawskich (Dr. Jakimiak) i krytyce tej sprawy. Podkreślić także należy, że w końcu roku sprawozdawczego przyłączyła się do nas Sekcja szpitalna pod przewodnictwem prof. B. Sawickiego. Sekcja ta powstała u nas w pierwszych latach istnienia Stowarzyszenia, następnie zorganizowała się przy Towarzystwie lekarskiem, a teraz znów powróciła na łono macierzy i na pierwszem swem posiedzeniu rozpatrywała sprawę majątków szpitalnych i ich obrony wobec stanowiska Magistratu w tej sprawie i ustawy rolnej. Przypomnieć też mi wypada, że w r. 1918 powstało przy naszem Stowarzyszeniu Koło asystentów szpitalnych, które ostatecznie wpłynęło na uregulowanie warunków pracy szpitalnej, tych naszych kolegów, którzy tę mrówczą pracę w szpitalu spełniają. Chociaż szpitale dziś uważane być powinny nie jako instytucje dobroczynne, a jako instytucje społeczne, w każdym razie ożywiać je powinien duch miłosierdzia i współczucia dla chorego i jego potrzeb tak, jak to powinno mieć miejsce i w działalności lekarza. Niestety szpitale nasze, jako instytucje magistrackie, podlegają wpływom tych żywiołów, które w przeprowadzeniu swoich interesów partyjnych, nawet na chorego nie mają najmniejszego względu, stąd szpitale nasze niejednokrotnie były widownią wprost nieludzkich strajków ze strony służby szpitalnej, a ostatni strajk służby przy ul. Śliskiej był szczytem tego rodzaju społecznych operacyj, tak, że poruszył władzę prokuratorską i opinję społeczną. Nasze Stowarzyszenie zajęło także wyraźne stanowisko w tej sprawie. Potworny ten strajk w pomyśle, zbrodniczy w wykonaniu, musiał wywołać żywy odruch w uczuciach ogólno ludzkich nietylko każdego obywatela, a specjalnie w uczuciu tych, którzy nieść pomoc i ulgę choremu człowiekowi postawili za cel swej pracy i dążeń. Uważając w zasadzie całą powagę, celowość i potrzebę środków zmierzających do ochrony pracy przed wyzyskiem, Stowarzyszenie Lekarzy Polskich nie może się godzić na stosowanie takich metod ochrony pracy, które są związane z krzywdą lub narażeniem życia chorego, a ludzie poświęcający się zadaniom lecznictwa, którzyby podobne metody przedsiębrali, zasługują na pogardę, niezależnie od tego, że sami się dyskwalifikują do spełniania zadań, które przedewszystkiem nie zezwierzęcenia, a uczucia ludzkości i poświęcenia wymagają. Czy zaślepienie w dążeniu zdobyczy materjalnych, nb. wcale nienajzbędniejszych, powinno wyzuć człowieka z uczuć ludzkich? Czy ludzie pozbawieni tych uczuć mogą obsługiwać chorych? Oto pytanie, którego rozwiązanie znalazło swój wyraz w odezwie Stowarzyszenia, ogłoszonej z powodu strajku w Gazecie lekarskiej (N. 12. 1921 r.) i w pismach codziennych.

Aczkolwiek nasze Stowarzyszenie nie jest instytucją naukową, jednak sprawy dotyczące nauki polskiej nie mogą być mu obce, w tym poczuciu Zarząd w roku ubiegłym, ze skromnych na

szych funduszów przeznaczył na Kasę im. Mianowskiego 10000 M. a uchwałą ogólnego naszego Zebrania z d. 6/VII. 20 r., wkładającą na każdego z naszych członków obowiązek prenumerowania Gazety lekarskiej, była i jest miarodajna, tembardziej że została na nowo potwierdzoną uchwałą ogólnego Zebrania z dnia 27/I 1922. w stosunku do Polskiej Gazety lekarskiej. Ze wszech miar słuszna i pełna godności uchwała ta jest jasna w swych konsekwencjach: członek, którego nie interesuje postęp wiedzy lekarskiej, którego nie interesuje rozwój piśmiennictwa lekarskiego polskiego, nie jest godzien miana lekarza, a tem samem i godności członka naszego Stowarzyszenia. Nadto uchwała powyższego zebrania ustalająca Gazetę lekarską, jako organ Stowarzyszenia, dawała niejako Zarządowi dyrektywę do działania w sprawie zjednoczenia wydawnictw lekarskich. Na narady w tej sprawie Zarząd delegował dwóch swoich przedstawicieli do Krakowa, oprócz tego wszedł w porozumienie z Redakcją, na podstawie którego Stowarzyszenie ma dwóch swoich członków w Komitecie redakcyjnym, oprócz tego Gazeta przyjmować będzie do druku komunikaty Stowarzyszenia. Dla ścisłości zaznaczyć należy, że w chwili, gdy byt materjalny Gazety lekarskiej był zagrożony, Stowarzyszeni wśród siebie zebrali z górą 2000.0 Mk, jako fundusz gwarancyjny. Jedno dyskusyjne posiedzenie poświęcone było rozważaniu sposobów finansowania czasopism i dzieł lekarskich (ref. Dr. Szmurło). Dziś wobec połączenia się już prawie wszystkich pism w jedno, wobec nowego pomysłu finansowania wydawnictw przez Spółkę komandytową we Lwowie, Stowarzyszenie zajęło odpowiednie stanowisko, rezerwując sobie swobodę dalszego postępowania.

Teraz chciałbym choć słów parę poświęcić współpracy i współżyciu z innemi instytucjami lekarskiemi. Pod tym względem pierwszą naszą troską jest zawiązanie bliższych stosunków z naszą młodzieżą lekarską, z temi kadrami naszych młodych kolegów, którzy po nas obejmą pracę zawodową, pracę społeczną, instytucje i stanowisko. Rozumiemy, że to współżycie i współpraca opierać się powinna na wzajemnem wyrozumieniu tych dążeń i zamierzeń, jakie odpowiednie organizacje młodzieży mają na celu, z drugiej znów strony, w sferze interesów materjalnych mamy to przekonanie, że cały stan lekarski obowiązany jest w dzisiejszych trudnych warunkach okazać studentom zorganizowaną pomoc.

Zarząd Stowarzyszenia zapoczątkował odpowiednią akcję, rozumiejąc, że ten odruch ma charakter czysto społeczny, że ma charakter samopomocy zawodowej między starszą a młodszą bracią lekarską, że wreszcie jest wynikiem tej troski, aby po nas zajęli w Ojczyźnie stanowiska ludzie, którzy i do przygotowania się zawodowego i wyrobienia społecznego mieli warunki pod każdym względem zapewnione. Tak pojmując sprawę w celu nawiązania kontaktu z organizacją studencką utworzyliśmy specjalną Komisję pod nazwą „Do spraw studenckich", złożoną z trzech kolegów (dr. A. Przyborowski, dr. E. Osiński, dr. J. Bełkowski); nadmienić też musimy, że posiadamy już ofiarę pewnej instytucji przemysłowej w kwocie 6000 Mk., przeznaczoną na potrzeby studentów, że z zapisu Dra L. Nehringa student otrzymał zapomogę w kwocie 4000 Mk.

Myśl utworzenia Związku lekarzy w całej Rzeczypospolitej powstała tu na gruncie naszego Stowarzyszenia, jako jeden z postulatów wyłonionych przez Konferencję Stowarzyszeń w r. 1919. W naszem Stowarzyszeniu Komitet wykonawczy Konferencji opracował statut Związku i tu pracuje u nas Zarząd główny Związku i Zarząd obwodu warsz. To współżycie, więcej powiem ta współpraca jest nader pożyteczna dla interesów stanu lekarskiego, aczkolwiek Związek ma głównie na celu obronę dóbr materjalnych naszego stanu, my obronę dóbr moralnych, jednak w niejednej kwestji odbywamy wspólne narady, (jak: ustawy lekarskie, strajki w szpitalach) i mniemamy z pożytkiem dla sprawy.

Ze szczególnem zadowoleniem podkreślić tu winniśmy, że na gruncie Stowarzyszenia w r. 1918 powstał Komitet francusko-polski, który w r. 1920 przekształcił się w Towarzystwo lekarskie francusko-polskie. Zarząd tego Towarzystwa pracuje nadal w lokalu naszego Stowarzyszenia. W roku sprawozdawczym Tow. francusko-polskie lekarskie zwołało Zjazd francusko-polski. Jedno z posiedzeń naukowych tego Zjazdu odbyło się w naszej siedzibie we wrześniu roku ubiegłego; na początku tego posiedzenia z obowiązku przewodniczącego Stowarzyszenia powitałem przedstawicieli świata lekarskiego Francji, przedstawiłem im cele i zadania naszego Stowarzyszenia, a zgodnie z decyzją naszego Zebrania ogólnego mianowaliśmy 15 przedstawicieli instytucyj francuskich naukowych i społecznych naszymi członkami honorowymi. Widocznie posiedzenie wywarło pomyślne wrażenie na naszych gościach i uczucia wdzięczności, skoro w kilka tygodni potem Stowarzyszenie główne lekarzy Francji wyraziło chęć bliższego porozumienia między lekarzami Francji i Polski, mianowało prezesa naszego Stowarzyszenia w mojej osobie członkiem swego Komitetu honorowego, a niedawno, przesyłając nam swoje statuty i sprawozdanie w celu nawiązania bliższych stosunków, prosiło o wzajemne przesłanie naszych statutów i pamiętników. W sprawie nawiązania stosunków francusko-polskich w zakresie lekarskim, sądzimy, że Stowarzyszenie odegrało właściwą i pomyślną rolę. Umysłowość nasza, nasz temperament i kultura więcej są zbliżone do kultury francuskiej, niż niemieckiej, i powinniśmy dążyć, aby stosunki nasze lekarskie francuskie, zarówno na polu nauki, jak i pracy społecznej zadzierzgnąć się mogły ściślejszemi węzłami.

Jeżeli już mowa o stosunkach narodowościowych, wspomnieć muszę, że z powodu okazanej wybitnej pomocy naszym zdrowym i chorym dzieciom, powracającym do Ojczyzny z dalekiego Wschodu przez Japonję w Tokjo, Stowarzyszenie nasze przygotowało podziękowanie dla lekarzy Czerwonego Krzyża japońskiego i złożyło go w poselstwie w roku bieżącym.

Stowarzyszenie nasze coraz częściej staje się tą siedzibą, w której nasz świat lekarski znajduje możność zaspakajania swych potrzeb i dążeń nietylko społecznych, ale i naukowych. Jest to nader sympatyczny objaw, że nasze Stowarzyszenie reprezentuje ten dom lekarski, w którym, jakby w rodzinie, odbywają się różne nasze uroczystości zawodowe. Tak w roku sprawozdawczym odbyło się u nas pierwsze spotkanie i przyjęcie uczestników stuletniego jubileuszu Towarzystwa lekarskiego, u nas urzędował przed Zjazdem Komitet organizacyjny Zjazdu chirurgów, u nas wreszcie odbył się pierwszy Zjazd okulistów polskich. Wszystkie te Zjazdy, imieniem Stowarzyszenia, witał przewodniczący odpowiedniemi przemówieniami.

To zaufanie, jakiem, mniemamy, wśród ogółu kolegów cieszy się nasze Stowarzyszenie, wyraża się w tem, że instytucja nasza zyskała poważny zapis dr. K. Nehringa na rzecz niezamożnych studentów, podupadłych lekarzy i ich rodzin. Regulamin tego zapisu na dzisiejszem posiedzeniu przedstawimy do wiadomości kolegów i zatwierdzenia. Zaznaczyć tu musimy, że zapis dr. Nehringa jest już trzeci z rzędu, jakie posiada Stowarzyszenie. Z okazji tego 3-go zapisu Zarząd poddał rewizji i uregulowaniu dwa inne zapisy: śp. Dra K. Chełchowskiego i śp. Dra Lasockiego Stowarzyszenie otrzymało ofiarę, ale też i nasi koledzy stowarzyszeni byli także ofiarnymi i złożyli na różne cele w roku sprawozdawczym z górą 100000 mk., (25800 na G. Śląsk, 8700 na repatrjantów, 61000 na cegiełki wawelskie i 9000 na pomnik Pasteura). Przypomnieć też wypada, że Stowarzyszeni złożyli na plebiscyt śląski około 200000 marek.

Zanotować też należy udział Stowarzyszenia w manifestacjach narodowych (jak pogrzeb arcyb. Felińskiego, pochód na rzecz G. Śląska, pochód podczas Zjazdu katolickiego) oraz udział w uroczystościach narodowych Państw zaprzyjaźnionych, jak 100-letnia rocznica śmierci Napoleona, rocznica święta amerykańskiego, telegramy z powodu śmierci Francesco Nullo, bohatera, który w r. 1863 walczył za naszą niepodległość, wreszcie podpis złożony na adresie z powodu 700-letniej rocznicy śmierci Dantego.

Podkreślić jeszcze koniecznie wypada tę pracę, która w łączności Zarządu z ogółem Stowarzyszonych prowadzona, przyczyniała się bardzo do szerszego udziału Kolegów w celach i zadaniach naszej Instytucji, budziła inicjatywę i przyczyniała się do wszechstronnego rozpatrywania tematów, bądź poruszanych przez poszczególnych kolegów, bądź zgłaszanych przez Władze państwowe i komunalne. Jest tu mowa o posiedzeniach dyskusyjnych, na których Zarząd wtajemniczał Członków we wszystkie ważniejsze sprawy, jakie w imieniu Stowarzyszenia podejmował i załatwiał, a także zwracał się o współudział Stowarzyszonych w tych dążeniach, jakie właśnie tej współpracy wymagały. W roku ubiegłym odbyło się takich posiedzeń 15, w ciągu lat 15-tu było takich posiedzeń 169.

Oto główniejsze sprawy, prace i poczynania, jakie Stowarzyszenie podejmowało.

Pozostaje nam teraz jeszcze pomówić o tych zadaniach, jakie Zarząd widzi dla Stowarzyszenia na przyszłość. Obok tych spraw, które życie nieustannie wysuwa, a które pilnie śledzić i regulować, w myśl naszych zasad, jest obowiązkiem Zarządu, pierwszem naszem zadaniem będzie dążyć do zorganizowania naszego stanu lekarskiego polskiego w imię obrony naszych dóbr moralnych, naszych ideałów narodowych, społecznych i etycznych. Związek reprezentuje ogół lekarzy i broni interesów materjalnych. Połączone zaś Stowarzyszenia i Towarzystwa reprezentować winny tych lekarzy, którzy stoją i staną pod sztandarem pracy społeczno-zawodowej. Ponieważ w nowych warunkach naszego bytu politycznego, w okresie budowy naszej państwowości, tworzenia ustaw i nasze zadania się zmieniły, przeto Stowarzyszenie powinno dążyć do zjednoczenia połączonych Towarzystw i Stowarzyszeń oraz poddać rewizji i swoją ustawę, wprowadzić w niej odnośne zmiany, dlatego też na dzisiejszem zebraniu przedstawimy odpowiedni projekt, abyśmy mogli wystąpić do Władz o zatwierdzenie ogólnej i odpowiednio zmienionej naszej ustawy.

Drugiem zadaniem naszem będzie pomyśleć o pracy organizacyjnej przy tworzeniu się izb lekarskich.

Trzecie wreszcie zadanie będzie już ogólno obywatelskie, połączone jednak i z zadaniem stanu lekarskiego, gdyż świat lekarski, ten duży odłam inteligencji, który bądź co bądź może mieć ze względu już choćby na swój stosunek zawodowy do wszystkich warstw społecznych, duży wpływ szczególnej na prowincji, na jasność poglądów i zadań naszych wobec wyborów do Sejmu i Senatu. Czyż Ojczyzna nasza ma być nadal terenem zaciekłych walk partyjnych, czyli tylko z punktu widzenia tej lub owej partji mają być regulowane prawa, interesy i dobro współobywateli? Czyż Ojczyzna nie powinna być matką dla wszystkich współobywateli, a nie tylko wybrańców partyjnych? Czyż wszystkie stany, wszyscy mieszkańcy Rzeczypospolitej nie są Jej dziećmi, które ona równą opieką, równą pieczołowitością i równem prawem ochraniać powinna. Czy praca nie jest tą dźwignią jedyną, która słabą, omdlałą z wiekowego letargu Matkę, Ojczyznę naszą, podnieść i pokrzepić może? Czy praca nie jest tym potężnym czynnikiem, który naród, powiedzmy szczerze, długą niewolą i obcym wpływem pod wielu względami zdeprawowany, uszlachetnić może? Czy dowolna praca nie jest cechą godności człowieka?

Czy praca wymaga takich instytucji i praw, ażeby obywatel pragnący więcej niż przepisany okres czasu pracować, mógł być uważany za przestępcę i karany? Czy godność i wartość pracy pozwala na to, aby próżniak i wałkoń narówni był ceniony z pracowitym i pilnym? Wszak dla upośledzonych rozumna zorganizowana opieka społeczna powinna być opiekunem. Oto pytania, które, zda się, każdy wyborca w swem sumieniu roztrząsnąć powinien, nim przystąpi do świętego naczynia urny wyborczej. My lekarze powinniśmy się jeszcze zastanowić nad tem, czy nie byłoby pożądane, aby do Sejmu i Senatu weszli choć 1 lub 2-ch lekarzy, którzyby byli szczerymi orędownikami naszych praw i naszych potrzeb.

Darujcie Koledzy, że nieco dłuższem przemówieniem Was tu zająłem, ale ten ogólny rzut oka na przeszłość, teraźniejszość i najbliższą przyszłość naszej Instytucji wydał mi się słusznym, najpierw dlatego, że w roku ubiegłym minęło 15 lat pracy naszej Instytucji, odwraca się więc już niejako karta naszej historji, którą warto przepatrzyć, z drugiej strony wkraczamy w okres pracy już podczas naszej niepodległości, należy się więc zorjentować, jakie drogi wybierać na przyszłość, jaka praca czeka Zarząd i Stowarzyszonych?

Aczkolwiek Zarząd we wszystkich instytucjach społecznych jest tym mózgiem, który do kierownictwa najważniejszych ich przejawów życiowych jest przeznaczony i powołany, tem niemniej i to ciało Stowarzyszonych z tą różnorodną specyfikacją wielu szlachetnych organów w łącznej działalności z tym mózgiem, powinno spełniać ten cały szereg przeróżnorodnych czynności, które byt i rozwój całego organizmu, a więc danej instytucji społecznej według naczelnego przeznaczenia powinny zapewniać. Szczególniej to serce, ten aparat cyrkulacyjny, ten symbol uczucia jest niewątpliwie ulokowany w tem ciele stowarzyszonych. Nietylko najdrobniejsze kapilary, ale i większe naczynia winny tu w harmonijnej współpracy dążyć do zasilenia całego organizmu, a więc i mózgu, w ożywczy materjał i w zespole z impulsami mózgowemi potężną falą ożywiać cały organizm, nadając mu rozkwit i pełnię życia. Tem sercem, które rytmicznie spełnia swoją czynność, są nasze Zebrania członków, które wymianą myśli płodnej, bystrą inicjatywą, rozumną krytyką dążeń i zamierzeń, harmonją koleżeńskiego życia i współpracy, ustaleniem opinji, zasilają cały organizm Stowarzyszonych. A ten symbol uczucia, jaki wyobraźnia lokuje w sercu, jest całkowicie złożony wśród nas wszystkich Stowarzyszonych, wszak wszyscy powinniśmy miłować tę instytucję, przy której stoimy, dla niej pracować, dbać o jej rozwój i rozkwit, czcić i szanować te ideały, w imię których jesteśmy zrzeszeni.

Pozwólcie Panowie, że na chwilę zajmę jeszcze uwagę Waszą tak poważnemi naszemi organami, jak Komisja Wyborcza i Sąd Koleżeński. Pierwsza sądzi kandydata, czy godzien jest naszego zespołu, druga sądzi naszego brata, gdy uchybił naszym zasadom moralnym. Jedna i druga stoi na straży naszych dóbr moralnych, jedna i druga strzeże tężyzny i sprawności etycznej naszej Instytucji. Obydwa te urzędy stoją i działają samodzielnie poza sferą wpływów Zarządu, a nawet Zebrania Ogólnego, i to właśnie nadaje im całą moc powagi i godności, a czerpiąc siły w zrozumieniu najczystszych naszych ideałów i w poczuciu sprawiedliwości, urzędy te zyskały zaufanie, nietylko wśród Stowarzyszonych, ale i wśród świata lekarskiego. Obydwa te nasze urzędy porównaćby można z tym delikatnym czułym narządem splotów i nerwów sympatycznych z tym układem, który tak potężny ma wpływ na harmonję i sprawność naczelnych narządów ustroju, a zarazem ma tak donośne znaczenie dla rozmaitych czynności samoochronnych ustroju.

Darujcie Szanowni Koledzy, że od bezpośrednich zadań naszego zebrania, może na chwilę, odprowadziłem myśl i skupienie Wasze w inne dziedziny, mianowicie w sferę podkreślenia naszych względem instytucji obowiązków i zadań, jej ustroju i wynikającej stąd harmonijnej współpracy Stowarzyszonych. Viribus unitis powinniśmy prowadzić nasze Stowarzyszenie, powstałe z szlachetnych pobudek oparcia się wrogowi, który dążył do wydarcia nam naszej duszy narodowej, a dziś, gdy Stowarzyszenie przetrwało najcięższe chwile, gdy doczekaliśmy radosnych chwil odrodzenia naszego bytu politycznego, ma nasze Stowarzyszenie wielkie zadanie, współdziałać w pracy twórczej około budowy podwalin bytu naszego stanu, współdziałać około rozwoju podstaw zdrowia powszechnego, nadto utrzymać wysoki poziom szlachetnego lekarza zawodowca i dzielnego syna i obywatela wskrzeszonej Rzeczypospolitej. Wspólną pracą, wspólnym wysiłkiem, wspólnym dorobkiem dążyć będziemy do tego, abyśmy się chlubić mogli naszą instytucją, ale zarazem, aby chlubą było należeć do niej.

Szanowni Koledzy, mówiliśmy dotąd o czynach; czyż w 15-letnią rocznicę naszej Instytucji nie godzi się wspomnieć i o tych, którzy z woli Stowarzyszonych w szeregu tych lat w pierwszym rzędzie przyczyniali się do tych czynów? Niech mi wolno będzie przypomnieć Sz. Kolegom listę byłych i obecnych prezesów naczelnych organów naszego Stowarzyszenia do roku 1922, a więc: Zarządu, Sądu Koleżeńskiego i Komisji Wyborczej, a zatem:

Przewodniczący Zarządu:

1) Dunin Teodor (†) 4) Przyborowski Adam
2) Nussbaum Henryk 5) Starkiewicz Władysław
3) Chełchowski Kazimierz (†) 6) Bączkiewicz Jan

Przewodniczący Sądu Koleżeńskiego.

1) Nussbaum Henryk 2) Jakimiak Bolesław 3) Kozerski Adolf

Przewodniczący Komisji Wyborczej

1) Kozerski Adolf 2) Ciechomski Andrzej
3) Kamieński Stanisław (†) 4) Zieliński Kazimierz.

Jeżeli mowa o życiu Instytucji, jej zadaniach i środkach do rozwoju, czyż tym, którzy od nas odeszli, którzy już przeszli przez to życie, który może niejedną cegiełkę wmurowali do gmachu naszej Instytucji, czyż im nie należy się także wdzięczne wspomnienie? A wspomnienia zasłużonych zmarłych są to cenne zabytki, składane do skarbca naszej Instytucji. Słusznie się stało, że na wniosek Zarządu Zebranie ogólne postanowiło, aby nasz archiwista miał za zadanie nie tylko gromadzić dokumenty do historji naszej Instytucji, ale zarazem miał obowiązek, o ile się nie znajdzie kto inny, opracowywać krótkie życiorysy wybitniejszych naszych zmarłych kolegów, odczytywać je na Ogólnych Zebraniach i przechowywać w Archiwum. „Mortui — instructores vitae" czytałem na jednem ze starych dzieł anatomicznych. Zaiste rozważanie życia tych, co już odeszli, co spełnili zadanie, dają częste cenne wskazówki dla tych, co żyją, pracują, działają. Oto lista kolegów, którzy opuścili już nasze szeregi:

Wł. Krajewski, H. Goldman, H. Lubowski, S. Bucelski, S. Karczewski, S. Stamirowski, T. Dunin, A. Korniłowicz, M. Warszawski, A. Nowakowski, F. Neugebauer, D. Wóycicki, A. Gabszewicz, R. Baranowski, H. Oderfeld, K. Chełchowski, O. Hewelke, M. Kępiński, B. Polikier, J. Goldberg, Karwowski, H. Pacanowski, Słonimski, T. Heiman, Fr. Kijewski, T. Stępnicki, Sunderland, K. Oczesalski, Mikulski, A. Trzeciak, T. Borysowicz, W. Saski, Raum, H. German, M. Halpern, Wł. Świątecki, St. Rembieliński, M. Hertz, L. Kozicki, Bujakowski, Winiarski, St. Kamieński, A. Łogucki, C. Barszczewski, J. Jaworski A. Mincer, A. Rappel, S. Cetnarowicz, A. Thieme, H. Dziedzicki, M. Bobrowski, J. Górajski, T. Sommer, Malewski, S. Choroszewski, M. Jakowski, I. Villaume, A. Białobrzeski, B. Dębiński, H. Jastrzębski, E. Zieliński, W. Biesiekierski, Denert, Korybut Daszkiewicz, W. Męczkowski.

Zmarli członkowie honorowi: Prof. J. Baranowski, H. Dobrzycki, W. Lasocki, J. Majkowski, St. Markiewicz.

Oto szereg zmarłych kolegów. Cześć ich pamięci. Poświęćmy im jedną minutę milczenia i zupełnego spokoju, niech każdy z nas myślą zespoli się z duchem tego Kolegi, którego bliżej znał, rozumiał i szanował, a niech to obcowanie duchów będzie aktem wdzięczności z naszej strony, a zarazem może będzie źródłem owocnej myśli i pożytecznego czynu.

Szanowni Koledzy, w całem, powyższem zestawieniu przebiegliśmy główniejsze momenty w działalności naszego Stowarzyszenia i przypomnieliśmy imiona wielu kolegów. Wśród tych imion są i takie, które są związane z historją naszego Stowarzyszenia, wartoby, aby te imiona szybko nie zaginęły w pomroku lat i pamięci Stowarzyszonych, tembardziej, że są to imiona tych, którzy już od nas odeszli, a dziś po latach 15-tu bytu instytucji, gdy krytycznem okiem mamy możność spojrzeć wstecz na jej rozwój i zadania, powinniśmy spełnić dług wdzięczności szczególnej względem kolegów, którzy kładli podwaliny pod budowę naszego Stowarzyszenia.

Z tych motywów wychodząc, ośmielam się za zgodą Zarządu zrobić tu dziś propozycję, abyśmy utworzyli: „Listę zasłużonych". Tablica w sali posiedzeń mogłaby nam długie lata przekazywać imiona tych, którzy myślą i czynem przysłużyli się do rozwoju naszej instytucji.

Godność członka honorowego możemy ofiarować tylko za życia i każdemu zasłużonemu człowiekowi, na listę zaś zasłużonych mogą wejść tylko imiona Stowarzyszonych, którzy dla Instytucji ponieśli szczególne zasługi. Proponuję, aby pierwsze imiona na tej tablicy były: Teodor Dunin, Kazimierz Chełchowski.

Sprawy zawodowe.

Okręg Małopolski i Śląski Związku lekarzy Państwa polskiego.

Okręg wysłał do Ministerjum sprawiedliwości oraz Ministerjum zdrowia publicznego następujące pismo:

W licznych pismach, nadsyłanych nam od dłuższego czasu przez członków Związku lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego, żalą się lekarze na wynagrodzenie za czynności sądowe. Jest ono obecnie tak małe, iż powołanie znawcy do tych czynności, zabierających nieraz kilka i więcej godzin dziennie, przynosi raczej szkodę materjalną, niż dochód. Odrywają one lekarza na dłuższy czas (rozprawy sądowe, komisje sądowe lekarskie, sekcje zwłok) od jego prywatnej praktyki, która jest głównem źródłem utrzymania.

Na wnoszone do Prezydjów sądowych w tej sprawie pisma nawet odpowiedzi nie mogli się lekarze doczekać! A przecież obecne wynagrodzenie znawców lekarzy urąga wprost dzisiejszej drożyźnie. I tak za zbadanie lekko uszkodzonego i wydania orzeczenia otrzymują znawcy 60 Mk; ciężko uszkodzonego 120 Mk; za godzinę obecności na rozprawie 40 Mk; za sekcję zwłok 240 Mk itd. Z liczb tych widać, że przedwojenne taksy austrjackie, pomnożono przez 20, podczas gdy w rzeczywistości ceny artykułów pierwszej potrzeby wzrosły tysiąckrotnie i ciągle jeszcze, wzrastają. Wynagrodzenie więc obecne, dochodzące do kilkunastu przedwojennych halerzy, musiało wywołać słuszne rozgoryczenie

Nr. 25. 18 czerwca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Browicz. Kraków.

W sprawie rakowacenia tkanek.

Mnożące się wiadomości o eksperymentalnem wywoływaniu raka u pracownianych zwierząt, jak myszy, szczury, króliki, działaniem smoły pogazowej nasuwają mimowoli pytanie, czy i o ile te eksperymenta mogłyby rozjaśniać właściwą, istotną podstawę rakowacenia tkanek.

Począwszy od komórek płciowych, rozrodczych, komórek płodu, organizmu wzrastającego aż do komórek organizmu dorosłego, a nawet aż do komórek organizmu starczego, w nim jednak odnosi się to nie do komórek wszystkich tkanek, tkwi w komórkach, z wyjątkiem komórek zwojowych, nerwowych, nieodnownych, energja twórcza, zdolność mnożenia się, która jednak wywoływana, ujawniana być musi pewnemi podnietami, bodźcami, czynnikami czy to zewnetrznymi czy wewnętrznemi.

Z mnożeniem się komórek, twórczością komórkową, spotykamy się w organizmie niemal na każdym kroku, w toku różnorodnych spraw fizjo-patologicznych, a więc, co się samo przez się rozumie, pod wpływem czynników różnorodnych działających na komórki.

Jako przykłady przytoczyć można powstawanie tkanek, a więc komórek, w toku spraw fizjologicznych, jak rozrost części płciowych w okresie dojrzewania, zmiany tętnicy macicznej pomiesiączkowe, pociążowe, rozrost w czasie ciąży macicy, sutka i rozrost ciążowy jednej z odmian komórek części gruczołowej przysadki mózgowej (Gliński), w toku sprawy fizjologicznej, jak zarastanie naczyń pępkowych, przewodu tętniczego płodowego, moczownika, części wyłączonych z czynności, zbędnych w życiu popłodowem, napotykane u każdego człowieka, w toku sztucznego hodowania tkanek, a co najważniejsze, tworzenie się różnorodnych organizmów, zazwyczaj wprawdzie tylko do pewnego okresu rozwoju bez kojarzenia się komórek rozpłodczych, bez stopu komórek (*amphimixis*) z komórki jajowej pobudzanej do dzielenia, mnożenia się, różnemi wpływami fizyko-chemicznemi, zjawiska doświadczalnego, sztucznego dzieworództwa, niemniej powstawanie tkanek chorobnych.

Jakie zmiany, czy stany, powstają w komórce pobudzonej, w której tkwi energja twórcza, bo w razie jej braku nie nada jej żaden jakikolwiekbądź czynnik, na czem polega przemiana energji napiętej (potencjalnej) na energję czynną (kinetyczną), tj. dzielenie się komórki pod wpływem czynników różnorakich chemicznych, fizycznych, mikrobowych, pasorzytnych, wśród tak różnorakich warunków, w jakich się komórki znajdują, nie wiemy.

Czy na to wpływa i wystarcza wyzwolenie komórek z pęt, jakie im nakłada związek tkankowy albo przegrupowanie cząstek miąższu komórki, na co wskazywałby także obraz nitkowego podziału (mitosis) jądra komórki, albo przybytek lub wyłączenie pewnych cząsteczek, czy substancyj z miąższu komórki, zmiany przyrody chemicznej w miąższu komórki?

Bardzo a bardzo niedostateczna znajomość komórki niejasnym czyni sposób działania tych różnorakich wpływów, pobudzających tkwiącą w komórce, jako stan wrodzony, konstytucjonalny, energję twórczą.

Szczegół, że spotykamy się z pobudzaniem energji twórczej tak często i w tak różnych fizjo-patologicznych warunkach, w toku tak różnorodnych spraw chorobnych, w tak różnorodnych i co do struktury i co do funkcji komórek różnych narządach o komórkach swoistych, świadczy, że podnieta twórcza nie jest jednościowa.

Mnożność komórek, z jaką się w tak różnych warunkach fizjo-patologicznych spotykamy, jest jednakże ograniczona, ustaje, dosięgłszy pewnego stopnia, ale nie gaśnie, o czem świadczy ciągła odnowność komórek w organizmie prawidłowym, gdyż długość życia komórek nie schodzi się z długością życia organizmu, jakoteż rozwój zmian chorobnych, różnych nowotworów a i rakowacenie przeważnie w organizmie starszym.

Komórki w normalnem ugrupowaniu i związku nie mogą nieograniczenie bujać wskutek wpływu tamującego, który sąsiednie elementa tkankowe nawzajem na siebie wywierają.

W tworach, które obejmujemy mianem nowotworów, przekracza energja twórcza miarę zwykłą, niejako codzienną, a w niektórych z tych tworów, jak przedewszystkiem w rakach, mięsakach, bywa ona niemal niewyczerpana i w ognisku pierwotnem i w ogniskach przerzutowych, a w tych niekiedy nawet o wiele znaczniejsza, aniżeli w ogniskach pierwotnych.

Twory, które obejmujemy mianem nowotworów, a przedewszystkiem raki, mięsaki, różnią się nadto budową, składem, wzrostnością, przerzutnością, wpływem na organizm, znaczeniem, od tkanek chorobnie zmienionych, z jakiemi się tak często spotykamy.

Komórki raka ruchliwe, pełzakowate, okazują wpływ niszczący, naturalnie chemiczny, na tkankę, wśród której rak się rozwija. Komórki raka wtargające w naczynia krwionośne i limfatyczne, przeniesione w obręb innej, nawet odległej od pierwotnego ogniska tkanki, nie marnieją, rozwijają, mnożą się, skoro nie są zwyrodniałe, czy zmartwiałe, i skoro warunki bytu komórki korzystne, okazują jakby pewien zmysł organizacyjny, bo w miejscu ugrzęźnienia przeszczepionej komórki rakowej tworzy się tkanka o pewnem stałem grupowaniu się rozmnażających się komórek nabłonkowych, zrakowaciałych, w stosunku do siebie samych, jakoteż do rozmnażających się naczyń i tkanki łącznej danej miejscowości, komórka rakowa kieruje niejako organizacją tkanki rakowej w ognisku przerzutowem.

Komórka rakowa jest także podstawą zmian w przemianie materji w organizmie, jakie w toku raka spotykamy, jedna z podstaw marnienia organizmu rakowaciejącego, charłactwa rakowego.

Komórka mięsakowa, pochodząca od komórki łącznotkankowej, nie okazuje dążności, własności włóknotwórczej, jak komórki włókniejącej tkanki, ziarniny, lecz trwa w stanie młodocianym trwale. Mięsak rozrasta się, niszczy sąsiednią tkankę, przerzuca się, marni organizm, organizm charłaczeje.

Komórki raka, mięsaka, najgroźniejszych reprezentantów t. zw. nowotworów, wyróżniają się więc właściwościami obcemi mnożącym się komórkom organizmu, z czem się tak w fizjologicznych, jakoteż patologicznych pozarakowych i pozamięsakowych sprawach spotykamy, są to komórki przeinaczone, przeistoczone, nietylko przekształcone.

Podobnie jak w sprawach fizjo-patologicznych pozarakowych, pozamięsakowych, a względnie pozanowotworowych, różnorakie czynniki tworzą podnietę, pobudzającą energję twórczą jako jednę z ich wrodzonych, konstytucjonalnych, własności, podobnie i w powstawaniu raka, mięsaka, działają różnorodne podniety rako i mięsakotwórcze, o czem świadczą dawno znane w patologji fakta pojawiania się u człowieka raka parafiniarskiego, kominiarskiego, i poźniej już poznanego raka poanilinowego w pęcherzu moczowym u robotników w fabrykach farbierskich albo raka porentgenowego.

W wykładzie o raku, mianym w Tow. lek. krakowskiem w 1913 (nie wydrukowanym), wypowiedziałem pogląd, iż różnorodne wpływy, czynniki, mechaniczne, chemiczne, promieniste (aktyniczne), mikrobowych, pasorzytnych-

nie wyłączając, są w stanie przeistoczyć komórkę nabłonkową, wywołać zmianę biologiczną w komórce nabłonkowej, objawiającą się przedewszystkiem zmianą chemiczno-fizyczną, na razie tylko przypuszczaną, bo co do jej istoty dotąd niepoznaną, jakoteż stale spostrzeganą mnożnością, zmiany przenoszone na komórki rakowe potomne. Naturalnie pojmowałem wpływ pasorzytów w tem rozumieniu, że komórka pod wpływem chemicznym pasorzyta, przybierająca własności komórki rakowej tak, jak pod wpływem promieni rentgenowych, jest sama rozsadnikiem, materjałem rozrostowym, przerzutnym, przeszczepnym, a nie wchodzi tu w grę pasorzyt, jako taki, jak to się dzieje w chorobach pasorzytnych np. w zimnicy (przykład wprawdzie zmiany nie tkankotwórczej) w chorobach zakaźnych, mikrobowych np. w gruźlicy, w kile. Wszystko wskazuje, iż zmiana w komórce nabłonkowej powstała, nie zależy już więcej od dalszego działania tych różnorakich czynników, lecz jest trwałą, przechodzącą na potomne komórki rakowe.

Piśmiennictwo podaje także dodatnie wyniki działania pasorzytów zwierzęcych (np. obleńców), wprowadzonych do przewodu pokarmowego szczurów, które wywoływały powstawanie raka żołądka z przerzutami płucnemi, raki przeszczepne, raka popasorzytnego.

Znane są twory, powstające w przewodach żółciowych około ogniska pasorzyta (coccidium), jako wynik tworzenia się pod wpływem pasorzyta tkanki bądź co bądź skomplikowanej. Ściany tych tworów przestworowych, rozdętych przewodów żółciowych, wyścielone nabłonkiem wałeczkowym lub brukowym, tworzącym nawet zatoki nabłonkowe w otoczeniu, pokryte bywają wyroślami brodawkowatemi, rozkrzewiającemi się, onabłonkowanemi.

Dodatni wynik działania pasorzyta zwierzęcego, to jeden szczegół więcej, przemawiający za różnorodnością czynników rakotwórczych, a ważne takie stwierdzanie różnorakich czynników rakotwórczych nietylko ze względu naukowego dążenia do poznania istoty rzeczy, sprawy, ale i ze względu na zwalczanie raka, według niektórych danych statystycznych i głosów z różnych stron podobno częstszego teraz, aniżeli dawniej. Pojawianie się raków poanilinowych, porentgenowych, wywoływanie eksperymentalne raka posmałowego, popasorzytnego, jako wynik działania nowych czynników rakotwórczych, przemawia za różnorodnością większą czynników rakotwórczych, a wskutek tego za możliwością częstszego powstawania raka.

Nie tak dawno teorja pasorzytna przeważała w sprawie powstawania raka.

Twory różnokształtne i różniebarwliwe, napotykane w komórkach rakowych, uważano za owe rakotwórcze pasorzyty. Badania wykazały (Browicz, Steinhaus), iż twory napotykane w komórkach rakowych, a okazujące znaczną różnorodność kształtów i uważane za twory pasorzytne, mogą być wytworami komórek, wchłanianemi przez komórkę przeobrażanemi komórkami, biało lub czerwonokrwinkami. Podając wyniki badań innych badaczy przytoczyłem w wykładach mianych na IV i V Zjeździe chirurgów polskich w r. 1892 i 1893, jakoteż na XI Zjeździe w r. 1901 wyniki badań własnych i zwróciłem uwagę na to, że znajdowałem takie twory w różnych tkankach chorobnie zmienionych, etjologicznie wyjaśnionych a nie mających nic wspólnego z rakiem jak np. w twardzieli nosa, zmianach gruźliczych w węzłach limfatycznych, w zapaleniu włóknikowem płuc, w komórkach wątrobnych w żółtaczce. Twory takie w komórce wątrobnej, okazujące naturalne zabarwienie barwikiem żółci, powstają wskutek zatrzymania żółci w komórce wątroby i okazują podobieństwo do komórek jądrzastych, drożdży pączkujących, tworów warstwowych, pęcherzyków zawierających ziarna różnego kształtu i wielkości.

Nadmienić należy, iż pasorzyt zwierzęcy, wtargły w miąższ komórki, niszczy komórkę a nie tworzy podniety do działania energji twórczej (M. Siedlecki).

Nietylko rozchodzi się o wytłómaczenie wzniecanej niemal niewyczerpanej mnożności ale także o przeinaczenie biologiczne, jakie komórka rakowa okazuje, gdyż niekiedy już nierozległe ogniska raka wpływają na przemianę materji w organizmie rakowaciejącym, na podupadanie ogólnego stanu organizmu.

Do wytwarzania charłactwa rakowego przyczyniają się wprawdzie poza wpływem zrakowaciałych komórek w znacznej nawet mierze i inne szczegóły, wynikające tak z usadowienia raka, jakoteż ze zmian wstecznych, jakim tkanka raka ulega, mianowicie w późniejszym okresie rozwoju raka, ale wpływ ujemny na organizm komórek raka we wczesnym okresie rozwoju raka, gdy przytoczonych poniżej powikłań jeszcze niema albo zaledwie, niekiedy widoczny.

Usadawianie się raka np. w przewodzie pokarmowym w różnych jego odcinkach wpływa z powodu zwężeń, zmiany drożności, utrudniająco w różnym stopniu na odżywianie organizmu, wpływa na stan śluzówki i ściany jelita powyżej zwężenia z powodu rozkładu zatrzymywanej treści. Rozległość nacieku rakowego, obejmującego niekiedy np. cały żołądek, martwica tkanki rakowej mniej lub więcej rozległa, rozpad, wrzodnienie, substancje rozpadowe wtedy powstające, zamikrobienie tkanki rakowej, martwiejącej czy zmartwiałej, krwawienia powstające w toku wrzodnienia, wchłanianie tych różnorakich substancyj trutnych, do szczegóły w szeregu czynników wyniszczających, charłaczących organizm.

Jakkolwiek już powstawanie raka parafiniarskiego, kominiarskiego rzucało pewne światło na możebność rakowacenia nabłonka pod wpływem niejednościowym czynników zewnętrznych, stwierdzenie pojawiania się raków poanilinowych, porentgenowych jeszcze dobitniej wskazywało na nieistnienie swoistego rakotwórczego czynnika, a na różnorodność czynników rakotwórczych.

Działanie promieni rentgenowych ważną wskazówką, jak nawet jeden i ten sam czynnik działać może stosownie do energji i trwania działania, a mianowicie pobudzająco, potęgująco, niszcząco.

Promienie rentgenowe wzniecać mogą — ale, zdaniem mojem, tylko u pewnych indywiduów, w pewnych tylko organizmach, przy pewnym konstytucjonalizmie, działanie bowiem jakichkolwiekbądź bodźców zależy przecież także od jakości i pobudliwości dotyczących komórek, one a względnie organizm mają także głos — powstawanie raka skórnego, rozrastającego się, mogą potęgować mnożność istniejących już komórek rakowych, ale mogą także niszczyć, martwić tkankę rakową, zależnie od energji i trwania działania, mogą niszczyć tkankę rakową doszczętnie. Kazuistyka stwierdza takie różnorakie działanie promieni rentgenowych. Jeden i ten sam czynnik działać może chorobotwórczo i leczniczo.

W ostatniej dobie przedsiębrano ponowne próby wywoływania rakowacenia tkanek stosowaniem naskórnem smoły pogazowej u królików na małżowinie ucha, pomazywaniem smołą skóry grzbietu, wstrzykiwaniem smoły w sutek samic i uzyskiwano twory w postaci raka skórnego z przerzutami w węzłach limfatycznych i w płucach i nabłoniaka przewodów mlecznych sutka. Stosowano smołę przez wiele miesięcy i uzyskiwano toż samo zjawisko spotęgowanej energji twórczej i przeinaczenia komórki nabłonkowej, jak to i u człowieka się zdarza w przypadkach raka parafiniarskiego, kominiarskiego, poanilinowego, porentgenowego.

Nasuwa się pytanie, czy każda komórka nabłonkowa czy łącznotkankowa w każdym organizmie może ulec zrakowaceniu, zmięsokowaceniu tj. czy może przybrać cechy własności komórki rakowej czy mięsakowej, przeistoczyć się rakowo, mięsakowo.

Z relacji Yamagiwy (Virchowa archi wum t. 233 r 1921), który eksperymentował niezwykłą ilością królików, u których nowotwory samorodne są rzadkie, wynika, że eksperymenta te nie sprzeciwiają się przypuszczeniu (vide moje szkice anatomiczno-patologiczne str. 110, 1921) możliwości istnienia w pewnych organizmach czy grup komórkowych, czy systemów tkankowych, których komórki wcale nie byłyby niejako już zrakowaciałe, lecz których własności.

czy właściwości usposabiają do powstawania raka, do przeinaczenia rakowego w odpowiednich po temu warunkach. Fatum organizmowe, jak to nazywam.

Yamagiwa przyjmuje, jako pewne, istnienie indywidualnego usposobienia ułatwiającego rakowacenie, przyjmuje zaś na tej podstawie, iż niekiedy u jednego królika uzyskiwał wynik dodatni już po kilkakrotnem stosowaniu smoły, u innego dopiero po kilkunastokrotnem, a u, jak się Yamagiwa wyraża, słabo oddziaływujących nawet po kilkunastokrotnem i dłuższem stosowaniu smoły żadnego skutku nie osiągał. Nie każda komórka nabłonkowa i nie w każdym organizmie ulegaćby więc mogła rakowaceniu.

Wyniki eksperymentalne ostatniej doby z wywoływaniem raków posmołowych nie wyjaśniają istoty podstawy raka, rakowacenia komórek nabłonkowych, potwierdzają znane fakta dawniejsze powstawania raka u człowieka pod wpływem różnorodnych czynników zewnętrznych, a wskazują szczegół, na który się nie zwracało tak bardzo uwagi, że dopiero po dłuższem czy długiem działaniu czynnika rakotwórczego rak się rozwija.

Eksperymenta ostatniej doby nie naruszają w niczem znaczenia i udziału w powstawaniu nowotworów ognisk komórkowych pochodzenia płodowego, niejako zawiązków przyszłych, możliwych nowotworów. Istnienie w niektórych organizmach takich ognisk niewątpliwe, żadnej wątpliwości ulegać nie może, a udział ich w powstawaniu np. chrząstniaków, naczyniaków, mięśniaków, nadnerczaków albo gruczolaków tarczycy, w rakowaceniu mięśniaków macicy, stwierdzony.

Zagadnienie co do stanu komórki rakowej, co do jej organizacji, zagadnienie, na czem polega tak wyraźna, odrębna właściwość komórki rakowej, istota rakowacenia, komórki wyróżniającej się pod każdym względem od komórek organizmu w sprawach fizjologicznych, jak i pozanotworowo patologicznych, nie jest rozjaśnione.

Tłómaczenie, na czem te właściwości polegać mogą, opierać się jeszcze musi na przypuszczeniach mniej lub więcej uzasadnionych, tworzących pomosty, wiodące do poznania istotnego stanu rzeczy.

Poznanie istotnej podstawy raka zależy od dokładniejszego zaznajomienia się z budową fizyczno-chemiczną komórki w ogóle.

Komórki różnych systemów tkankowych, wchodzące w skład różnych pod względem funkcyj narządów organizmu, różnią się pomiędzy sobą, napewne to twierdzić można, nie tylko pod względem morfologicznym, ale przedewszystkiem chemicznym, a świadczy o tem różność czynności narządów.

Wiemy o tem, że różnorodne czynniki działać mogą i działają tylko na pewne komórki albo nawet na pewne cząstki komórek albo, inaczej się wyrażając, że różnorodne komórki oddziaływują wybiórczo na różnorodne czynniki.

Jad tężca wpływa np. na komórki zwojowe tylko pewnej kategorji, niestwierdzony a raczej niepoznany dotąd czynnik wściekliźniany działa tylko na pewne części ośrodka nerwowego, tak samo jad kiełbasiany, pasorzyt zimniczy usadawia się i działa na czerwonokrwinki.

Wobec tego, że komórki nabłonkowe, wchodząc w skład różnych czynnościowo tkanek i narządów, różnić się muszą pomiędzy sobą pod względem chemicznym, nasuwa się samo przez się przypuszczenie, iż stwierdzane dotąd różnorakie czynniki rakotwórcze, jakoteż czynniki, które jeszcze możliwie poznamy, mogą działać na różnorodne komórki nabłonkowe niejednako, nie w równym stopniu i sposobie, że nie każdy czynnik przeinaczać może rakowo każdy gatunek komórek nabłonkowych, że przeinaczenie rakowe np. komórek naskórka a komórek gruczołowych może nie być dziełem jednego i tego samego czynnika rakotwórczego.

To jednak pewne, co potwierdzają i eksperymenta ostatniej doby, że rak nie jest zmianą pochodzenia pasorzytnego w dawniejszem pojęciu, zmianą polegającą na wtarganiu posorzyta w obręb komórki nabłonkowej i działaniu tamże twórczo, że pasorzyt, jak czynniki innej przyrody stanowi tylko podnietę okolicznościową, że czynnik rakotwórczy nie jest jednościowy, że wreszcie rak nie jest zaraźliwy w właściwem tego pojęcia znaczeniu tj., że nie powstaje przez wszczepienie swoistego czynnika. Stwierdzenie, że nie ma jednościowej podstawy raka, że różnorodne czynniki wywołać mogą rakowacenie tkanek, to ważny krok naprzód w sprawie zwalczania raka, a zwalczanie raka w miarę poznawania czynników rakotwórczych, będzie bodajże łatwiejsze, aniżeli zwalczanie gruźlicy czy kiły.

Dr. Bolesław Lecewicz, kierownik Szpitala. Stryj.

Odprowadzanie ręczne przepukliny uwięźniętej w świetle przypadków krwawo operowanych.

(Ze Szpitala powsz. w Stryju).

Odprowadzanie ręczne przepukliny uwięźniętej uważane jest dotychczas za zabieg dozwolony i zgodny z zasadami sztuki lekarskiej.

Obowiązujące lekarzy zastrzeżenia, iż wolno odprowadzać tylko w przypadkach świeżych, gdzie niema objawów otrzewnowych w postaci obfitych wymiotów o zapachu kałowym, spadku tętna itd., że wolno czynić ów zabieg bez użycia zbytniej siły, bacząc na wytrzymałość ścian jelita, — wydają się niedostateczne. Odprowadzanie ręczne, zajmując miejsce obok krwawego traktowania uwięźnięcia, jako dostępniejsze nie tylko dla lekarza, lecz przedewszystkiem dla t. zw. specjalisty przepuklinowego, wysuwane bywa na pierwszy plan podczas niesienia pomocy.

Wyjątkowo tylko bywają operowane przypadki bez uprzedniej interwencji ręcznej, tak iż w przypadkach nawet powikłanych, gdy w worku przepuklinowym toczy się sprawa chorobowa, nie mająca nic wspólnego z uwięźnięciem a będąca przeciwwskazaniem, stosowana jest interwencja ręczna przez laików, wyjątkowo tylko, wskutek trudności rozpoznawczych, przez lekarzy.

Odprowadzenie en bloc zdarza się dość często laikom. Wyjątkowo tylko lekarzom, gdy nie wiedzą o forsownych uprzednich próbach i oderwaniu worka.

W razie nieudania się zabiegu ręcznego przestrzega się, po zastrzyknięciu podskórnem morfiny lub atropiny i stosowaniu kąpieli, zasady wyczekiwania, licząc na powstanie zmian w krążeniu, a tem samem na możliwość bądź odprowadzenia ręcznego, bądź też cofnięcia się samoistnego uwięźniętej pętli. I wówczas tylko, gdy odprowadzenie ręczne lub wyczekiwanie nie sprowadzają poprawy, chorzy godzą się na operację krwawą.

Korzystne niekiedy wyniki ręcznego traktowania ugruntowują wiarę wśród publiczności w skuteczność tego zabiegu, ciężki zaś stan po operacji krwawej, lub zejście śmiertelne, będące następstwem zbyt późnej operacji, odnoszone są do zgubnych skutków samej operacji. Wystarczy przedstawić niektóre przypadki przepukliny uwięźniętej, traktowane operacyjnie w jednym ze szpitali w ciągu roku, by uzyskać jasny obraz następstwa odprowadzania ręcznego, a tem więcej tolerowania wogóle tego zabiegu.

I. A. F. lat 21, od 5 lat cierpiał na przepuklinę pachwinową, prawostronną odprowadzalną. Wśród zupełnego zdrowia w dniu 25 III. 1921 poczuł kurcze w brzuchu, przepuklina zaś, mimo zwykle przez niego czynionych prób, nie dała się odprowadzić. Gdy dalsze próby odprowadzenia, czynione przez laików, nie sprowadziły polepszenia, poproszono następnego dnia lekarza, który z łatwością odprowadził przepuklinę. Chory poczuł znaczną ulgę, bóle ustąpiły, wypróżnienia jednak nie było. Po kilku godzinach zaczęły się zjawiać bóle, wzmagające się z każdym dniem, po czterech dniach zaś wystąpiły odbijania i wymioty. Wówczas wezwany lekarz odesłał chorego do szpitala.

W chwili przyjęcia chorego do szpitala, tj. w dniu 30 marca, stan przedstawiał się następująco: u osobnika średnio zbudowanego i odżywionego bez zmian chorobowych w płucach i sercu stwierdzało się brzuch miernie wzdęty, stawianie się pętli jelit, wypuk bębenkowy, z wyjątkiem okolicy ponad więzem Pouparta, gdzie było stłumienie na szerokość dłoni; w miejscu tem zauważono wypuklenie, znikające przy napinaniu się powłok brzusznych, dotykiem zaś stwierdzało się opór kształtu pięści, nieruchomy w kanale pachwinowym wprowadzony palec natrafiał na opór, tętno było 110, ciepłota normalna. Na twarzy widoczny był obraz cierpienia. Czkawka i wymioty były częste.

Mimo oświadczenia chorego, iż konieczna jest natychmiastowa operacja celem zwolnienia uwięźniętej przepukliny, w przeciwnym bowiem razie nastąpi śmierć, chory miał tak bezwzględną wiarę w dokonane odprowadzenie, iż nie zgadzał się na zabieg, żądając podania leku celem uśmierzenia bolów. Zagrożenie wypisania chorego ze szpitala i dalsza perswazja wymogły wreszcie zgodę chorego na operację.

W miejscowem znieczuleniu za pomocą rozczynu 1% nowokainy dokonano nacięcia powłok kanałem pachwinowym i powyżej, otwarcia jamy brzusznej, odosobnienia za pomocą kompresów uwięźniętej pętli wraz z workiem, poczem ostrożnie nacięto worek, uwalniając zeń jelito. Miejsca z rozpoczynającą się martwicę jelita obszyto katgutem przez sfałdowanie ścian i odprowadzono je do jamy brzusznej. Obok jelita znajdowała się sieć, przyrośnięta do dna worka, którą zresekowano. W jamie brzusznej pozostawiono dren, w ciągu następnych 5 dni tętno było 120, ciepłota do 38⁰. Wypróżnienie nastąpiło 6 dnia po operacji. W dniu 15 kwietnia chory opuścił szpital z raną na wygojeniu, w ciągu następnego zaś tygodnia rana całkowicie się zgoiła.

II. A. O. R. lat 69 liczący, od 20 lat cierpi na przepuklinę pachwinową prawostronną, nosi stale opaskę przepulinową, przepuklina częściowo tylko daje się odprowadzić. Od kilku lat cierpi na nieżyt oskrzeli i osłabienie serca. Od 2 tygodni wystąpiło pogorszenie ogólnego stanu; brak apetytu, odbijania, kaszel większy, zaparcie stolca, który oddaje po lawatywie co 4-ty dzień. Przed 2 tygodniami częściowo odprowadził przepuklinę z nieco większą trudnością, niż zwykle. Zgłasza się do badania ogólnego, nie przywiązując większej wagi do przepukliny.

Badanie wykazuje u osobnika słabo zbudowanego i odżywionego ze zmianami starczemi na powłokach zewnętrznych, z rozedmą płuc, nieżytem oskrzeli, zmianami miażdżycowemi naczyń obwodowych, przewlekłem zapaleniem mięśnia sercowego, obrzękami kończyn dolnych, brzuch miernie wzdęty, tkliwy, o wypuku bębenkowym. Moszna po stronie prawej wypełniona jest guzem wielkości pięści kształtu owalnego, konsystencji chrząstki. Przy obmacaniu stwierdza się, iż guz ów na granicy kanału pachwinowego zmienia spoistość na miękką, pozostając w związku z narządami jamy brzusznej. Przy lekkich próbach wyosobnienia guza przez ucisk powyżej więzu Pouparta powstaje gwałtowny ból. Ciepłota ciała wynosi 37,6, tętno zaś 110.

Rozpoznano przepuklinę uwięźniętą i uzyskano zgodę na operację. W miejscowem znieczuleniu, po uprzedniem podaniu ol. camph. pod skórę, dokonano herniotomji i uwolnienia ściany jelita, częściowo zrośniętego ze ścianą worka, częściowo zaś wykazującego zmiany rozpoczynającej się martwicy. Miejsca owe obszyto katgutem przez sfałdowanie.

Worek przepuklinowy o ścianach grubości palca, wykazujący ogniska zwapnienia, usunięto całkowicie.

Dalszy przebieg gładki, pogorszenie ogólnego stanu było nieznaczne. Chory opuścił szpital po 10 dniach z raną na wygojeniu.

III. J. M. lat 54 liczący, od kilku lat posiada guz w pachwinie lewej, niekiedy znikający. Przed 6 godzinami nagle dostał bolów w brzuchu i odbijań.

Badanie wykazało u osobnika miernie zbudowanego i odżywionego z rozedmą płuc i nieżytem oskrzeli brzuch miernie wzdęty, tkliwy na ucisk, wszędzie o bębenkowym wypuku. Z kanału pachwinowego wychodził guz wielkości jaja kurzego, bolesny, o wypuku stłumionym. Tętno wynosi 90, ciepłota ciała 37·2⁰

W miejscowem znieczuleniu dokonano herniotomji. W worku znajdowała się sieć, po której wycięciu dokonano operacji radykalnej przepukliny.

Wycięta sieć zawierała ropień, pokryty w niektórych miejscach dość cienką ścianą. W dniu 11 lutego, czyli po 8 dniach, chory opuścił szpital, jako wyleczony.

IV. T. S. lat 44 licząca, cierpi na przepuklinę udową prawostronną od kilku lat. Niekiedy miewa bóle w tej okolicy brzucha. Od 2-ch tygodni znaczne pogorszenie, bóle brzucha i guza, stolec co 3-ci dzień po lawatywie, brak apetytu.

Próby odprowadzenia, czynione w pierwszych dniach choroby przez laików, spowodowały obrzęk guza, większą bolesność tegoż. Wezwany lekarz 4-go dnia choroby polecił udać się chorej do szpitala, gdzie zgłosiła się w 10 dni później. W dniu przyjęcia do szpitala badanie wykazało u osoby miernie zbudowanej i otyłej z rozedmą płuc, zdrowem sercem, brzuch miernie wzdęty o wypuku wszędzie bębenkowym, nieco tkliwy na ucisk, ponad kanałem udowym prawym zaś guz wielkości pomarańczy, pokryty zaczerwienioną skórą, tkliwy na lekki ucisk, o wypuku przytłumionym, temp. wynosiła 37,2⁰, tętno zaś było 100.

W znieczuleniu miejscowem dokonano herniotomji. Przecięto grube warstwy zapalnie nacieczonego worka przepuklinowego, na dnie którego tkwił koniec martwicu zmienionego wyrostka robaczkowego.

Długość wyrostka wynosiła 12 cm, światło zaś swobodnie przepuszczało nożyczki chirurgiczne. Obok wyrostka znajdowały się nieuwięźnięte pętla jelita i sieć, częściowo zrośnięta ze ścianą worka.

Dokonano wycięcia wyrostka robaczkowego i sieci, jelito zaś odprowadzono do jamy brzusznej, pozostawiając dren. Przebieg dalszy gładki, po 3-ch tygodniach chora opuściła szpital, jako wyleczona.

V. W. D. lat 62 liczący, cierpiał od kilku lat na przepuklinę pachwinową prawostronną, odprowadzalną. W dniu 30 czerwca został kopnięty przez sąsiada w brzuch. W 4 godziny później wystąpiły gwałtowne bóle brzucha, wymioty, utrzymujące się do następnego dnia, kiedy chory zgłosił się do szpitala z polecenia lekarza z rozp. przepuklina uwięźnięta. Interwencji ze strony laików nie było, gdyż zależało poszkodowanemu i rodzinie na jak najkorzystniejszej opinji znawców sądowo-lekarskich.

Badanie w dniu przyjęcia do szpitala wykazało u osobnika dobrze zbudowanego, miernie odżywionego, z rozedmą płuc, sercem bez wybitniejszych zmian chorobowych, brzuch wzdęty o powłokach napiętych, bolesny na dotyk, o wypuku bębenkowym, po bokach zaś przytłumionym.

Z kanału pachwinowego schodził do moszny prawej guz wielkości 3-ch pięści o wypuku bębenkowym, niezwykle tkliwy. Tętno było 120, temp. 37·6⁰. Chory wymiotował kałem. W miejscowem znieczuleniu za pomocą rozczynu 1% novocainy, dokonano herniotomji. Wypuszczono znaczną ilość mętnego płynu z worka, oczyszczono pętle jelit uwolniono ze skrętu o 360.⁰ Po stwierdzeniu zaś żywego ruchu robaczkowego i braku zmian na nich we wrotach przepuklinowych, bez rozszerzenia kanału, odprowadzono je z łatwością do jamy brzusznej. Po założeniu drenu do jamy brzusznej wylała się przezeń znaczna ilość cieczy mętnej.

Objawy otrzewnowe ustąpiły po 24 godzinach, dren usunięto po 4-ch dniach. W dniu 14 kwietnia chory opuścił szpital, jako wyleczony.

VI. F. W. lat 40 liczący, od kilku lat cierpi na przepuklinę pachwinową prawostronną.

Przed 48 godzinami wystąpił ból brzucha, czynione zaś próby przez chorego i otoczenie odprowadzenia przepukliny okazały się daremnemi.

W znieczuleniu miejscowem dokonano herniotomji. W worku przepuklinowym znajdowała się ślepa kiszka wraz z wyrostkiem robaczkowym. Ściany kiszki były przekrwione i wykazywały słaby ruch robaczkowy. Po wycięciu wyrostka robaczkowego, częściowo zrośniętego ze ścianą worka przepuklinowego, oblepionego tkanką łączną po sprawie zapalnej przebytej, założeniu bocznego zespolenia jelit, odprowadzono ślepą kiszkę do jamy brzusznej. Przebieg dalszy gładki. Po 2 tygodniach chory opuścił szpital jako wyleczony.

VII. A. B. lat 55, od kilku lat cierpi na przepuklinę udową prawostronną. Przed tygodniem wystąpiły bole w brzuchu, wszelkie próby odprowadzenia, czynione przez biegłych, okazały się daremnemi. Stan z każdym dniem się pogarszał, tak iż po 7 dniach wezwano chirurga, by potwierdził zdanie chorej i otoczenia, iż wobec nieudania się zabiegu ręcznego chorą czeka pewna śmierć i winna natychmiast rozporządzić majątkiem. Chorą polecono natychmiast przewieść do szpitala. Badanie chorej wykazało: twarz zapadnięta, język suchy, w płucach objawy nieżytu oskrzeli, nad końcem serca skurczowy szmer, brzuch wzdęty o wypuku bębenkowym.

W pachwinie prawej znajdował się guz wielkości pięści pokryty zaczerwienioną skórą. Ciepłota prawidłowa, tętno 110 wymioty kałowe, częste.

W miejscowem znieczuleniu, po uprzedniem podaniu podskórnem olejku kamforowego, dokonano otwarcia jamy brzusznej powyżej nacieczonego guza, uchwycenia za pomocą kleszczy uwięźniętej pętli jelita, po wyosobnieniu zaś jamy brzusznej za pomocą kompresów od uwięźniętej pętli, nacięto worek przepuklinowy, skąd wylała się ciecz ropna zmieszana z kałem. Nekrotyczną pętlę wycięto i usunięto z pola operacyjnego. Po zaszyciu światła końców wyciętego jelita dokonano bocznego zespolenia jelit i wsunięto je do jamy brzusznej zdala od pola operacyjnego. Nekrotyczne ściany worka usunięto, ranę powłok brzusznych zmniejszono za pomocą szwów. Do jamy brzusznej założono dren, miejsce zaś, gdzie była przepuklina, wysetonowano. Dalszy przebieg wobec wady serca — walka ustroju ze śmiercią w ciągu tygodni. Były chwile, gdy akcja serca słabła do zaniku tętna. Po 2 tygodniach chora przewieziona zosłała do domu, gdzie zwolna przychodziła do zdrowia. Po czterech tygodniach rana była zgojona.

Oto 7 przypadków, nadających się z małemi wyjątkami w pierwszych godzinach schorzenia do interwencji ręcznej bez uczynienia zarzutu lekarzowi, iż postąpił wbrew zasadom nauki.

Przypadek pierwszy poucza, z jaką łatwością udaje się odprowadzić en bloc nawet lekarzowi, gdyż wywiady o uprzedniej interwencji są z zasady mylne.

Przypadek drugi potwierdza przypuszczenie, iż w razie uwięźnięcia ściany jelita, gdzie więc passage jest utrzymany, ani obraz kliniczny, ani wywiady, nie mogą dać podstawy do sądu o tem, w jakim stopniu uległa zmianie uwięźnięta ściana jetita. W przypadku trzecim, rozpoznając przepuklinę sieciową, łatwo było przy odprowadzeniu spowodować pęknięcie cienkiej ściany ropnia i spowodować zapalenie otrzewnej.

W przypadku czwartym odprowadzanie ręczne spowodowało tylko pogorszenie sprawy zapalnej wyrostka robaczkowego w worku, na szczęście wykonane zostało dość

oględnie, by nie spowodować oderwania tegoż od worka i przeniesienia sprawy chorobowej do jamy brzusznej.

Uwięźnięcia ani w tym, ani w następnym przypadku nie stwierdzono.

W przypadku piątym odprowadzenie ręczne w pierwszych godzinach, gdy nie było objawów otrzewnowych, mogło się odbyć, lecz skręcenie jelita mogło pozostać nadal w jamie brzusznej.

W przypadku szóstym następstwa odprowadzania byłyby analogiczne do następstw w przypadku czwartym. Odprowadzenie ręczne zatem, nawet wykonane przez lekarza, może spowodować pogorszenie sprawy chorobowej, zabieg ów wykonuje się bowiem na ślepo bez pewnych danych, co się odprowadza i jak się odprowadza. Wszak spotykane często postronki sieciowe, zwinięte z workiem przepuklinowym, mogą dać powód do przegięcia się jelita i wywołać niedrożność po odprowadzeniu. Poważniejsze jednak niebezpieczeństwo grozi ze strony specjalistów przepuklinowych, którzy będą ów zabieg wykonywali tak długo, jak długo nie zostanie wyrzucony z nauki, a nawet wzbroniony. Uzdrowić stosunki może jedynie jasne postawienie kwestji, iż każdy chory winien być operowany ze stratą czasu, potrzebną po przygotowania na miejscu, lub przeniesienia chorego do szpitala, wystarczającą, by w przypadkach, w których udaje się odprowadzić przepuklinę, nastąpiło samoistne cofnięcie się wypadniętej pętli, łatwiej podczas przewożenia wskutek wstrząśnień.

Odpadną wówczas zejścia śmiertelne wskutek spóźnionej operacji, a zabieg operacyjny krwawy, jako jedynie pewny, zajmie w opinji należne sobie miejsce.

XVIII. Z kazuistyki Zakładu Anatomji Patologicznej U. W.

L. Skubiszewski. Warszawa.

Rzadki przypadek jednoczesnego naczyniaka mięsakowatego wątroby i śledziony.

(*Angioma sarcomatodes hepatis et lienis. Mesenchymoma angioblasticum malignum*).

Przypadek, który przedstawić tutaj zamierzam, zasługuje na szczególną uwagę z tego względu, że wygląd makroskopowy wątroby i śledziony przypominał gruczolaka złośliwego okazało się jednakże, że badanie mikroskopowe nietylko nie potwierdziło przypuszczalnego rozpoznania, lecz przeciwnie stwierdzone zostało, że w danym przypadku mamy do czynienia ze schorzeniem nowotworowem *sui generis*.

Protokół sekcyjny N 99, rok 1921. Mężczyzna 54 lat; odżywienie bardzo dobre, warstwa tłuszczowa na brzuchu grubości 3 ctm., budowa jest prawidłowa.

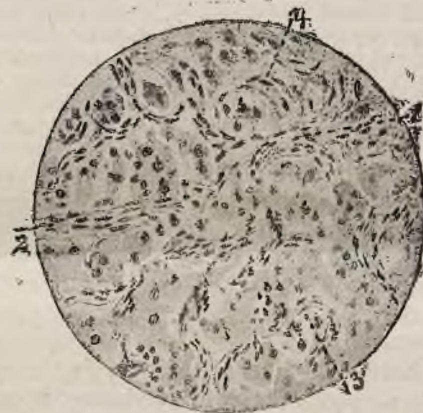
W jamie klatki piersiowej osobliwszych zmian nie stwierdzono.

W jamie brzusznej zawartość jest krwista w ilości 1,5 litra i znaczne wiśniowe skrzepy; pętle jelit wolne i wciśnięte są do małej miednicy; otrzewna jest gładka, lśniąca i prześwieca.

Wątroba wypełnia prawie całą jamę brzuszną i waży 7570 g powierzchnia jej jest guzowata, guzy niejednakowej wielkości.

Na powierzchni jednego guza w pobliżu więzadła sierpowatego widoczny jest skrzep o średnicy 2 ctm., który z łatwością dał się usunąć z torebki; wówczas spostrzeżono na powierzchni guza 3 otwory o średnicy 2—3 mm, które drążą do jamy w miąższu, wielkości orzecha laskowego, wypełnionej płynną krwią. Na powierzchni guzów w innych okolicach daje się zauważyć, że torebka wątroby posiada bardzo drobne popękania ewentualnie nieznaczne szczelinki. Spoistość wątroby wzmożona o odporności twardej. Z przekroju krew zupełnie nie wypływa; naczynia są puste i zieją; na całej powierzchni przekroju występują guzki różnej wielkości — od ziarenka pszenicy do orzecha laskowego, o niejednakowej spoistości, o konturach okrągłych lub nieprawidłowych, nie odznaczających się wyraźnie. Guzki przylegają do siebie bądź bezpośrednio, bądź oddzielone są bardzo cienkim silnie zmienionym mostkiem miąższowym. Powierzchnię przekroju cechuje wielobarwność obrazu. Jedne guzki są żółte, inne szaro-żółte, gdzieniegdzie z odcieniem czerwonawym; w niektórych guzach stwierdza się wszystkie wspomniane barwy. Poszczególne guzy wykazują budowę niejednolitą: w części środkowej przeważnie rysunek zupełnie zatarty, szarawy, przypomina ogniska jakoby uległe martwicy. Na obwodzie guza występuje budowa pasemkowata lub też drobnoziarnista o zabarwieniu szaro-białawem z odcieniem czerwonawym. W bardzo licznych szaro-żółtych i zielonkawo-żółtych guzach występują ogniska o zabarwieniu czekoladowem.

Badanie drobnowidowe. Większe guzki w części środkowej wykazują zmiany martwicowe, o charakterze częściowo martwicy karjorektycznej, częściowo karjolitycznej; w ogniskach martwicowych mniej zaawansowanych zarysowują się kontury naczyń, poprzeplatanych między sobą i wypełnionych masą rozpadającej się krwi. Na obwodzie guzka stwierdza się wyraźną budowę naczyniastą. Przebieg naczyń jest nadzwyczaj nieprawidłowy i tworzą one sieć już to o okach szerokich lub też wąskich. W świetle naczyń znajdują się tylko poszczególne czerwone ciałka krwi. Ściana naczyń jest utworzona z dużych komórek śródbłonkowych z siateczkowatą protoplazmą, z jądrem owalnem, odcinającem się od protoplazmy o znacznym zrębie chromatynowym. Badanie obwodu guza wykazuje, że nie odcina się on wyraźnie od tkanki wątrobowej lecz, że pojedyńcze pasemka naczyń wrastają pomiędzy komórki, a nawet na samym obwodzie okalają oddzielne komórki miąższowe. Pomiędzy częścią środkową, martwicowo zmienioną, i częścią obwodową złożoną z nowotworzących się naczyń występuje pas pośredni, który cechuje się tem, że światło nowoutworzonych naczyń, jak również przestrzenie między komórkami miąższowemi, wypełnione są krwią. Ściana naczyń w niektórych miejscach jest gruba, wykazuje zmiany szkliste, przestrzenie ujęte przez te ściany są różnokształtnie porozszerzane, tj. takie, jakie widzimy w naczyniaku jamistym. W innych zaś mniejszych guzach na pierwszy plan występują obrazy nowotworzenia się naczyń sposobem pączkowania, a mianowicie komórki śródbłonkowe tworzą mniejsze lub większe lite pasemka, wciskające się w przestrzenie międzykomórkowe wątroby. Niektóre guzki są całkowicie martwicowo zmienione, o budowie prawie jednolitej i zabarwieniu uzależnionem od obecności większego lub mniejszego wynaczynienia, ewentualnie od przemian barwnika krwi.



Objaśnienie do rysunku.

1. Tworzenie się naczyń krwionośnych drogą pączkowania. Śródbłonki bezpośrednio przylegają do siebie i okalają komórki wątrobowe.
2. Utworzone naczynie wykazuje światło.
3. Wrastanie śródbłonków pomiędzy komórki wątrobowe.
4. Bezładny układ komórek śródbłonkowych i mięsakowatych.

Makroskopowo trudno było określić, w którem miejscu miąższ wątroby został zachowany, a pod drobnowidem stwierdzamy, że pomiędzy opisanemi nowotworowemi guzami, znajdują się bardzo maleńkie ogniska w postaci wąskich pasemek tkanki wątrobowej, która została silnie uciśnięta. Otoczka Glissona miejscami jest zgrubiała. Żyła wątrobowa i jej rozgałęzienia wykazują nieznaczne zgrubienia ściany. Komórki wątrobowe, które utraciły swój prawidłowy i zwykły układ, są znacznie zmniejszone i równają się wielkości białego ciałka krwi. Ściana naczyń rozgałęzień żyły wrotnej miejscami znacznie zgrubiała kosztem rozrastającego się śródbłonka. Na granicy nowoutworzonych naczyń i tylko co opisanych ognisk tkanki wątrobowej występują małe i nieliczne skupienia komórek zbliżonych wyglądem do komórek wrzecionowatych. Jądro w tych komórkach jest duże, barwi się dobrze. Komórki układają się chaotycznie, wrastają pomiędzy komórki wątrobowe i przerastają światło naczyń.

Jeżeli się bada poszczególne komórki, to przedewszystkiem uderza to, że niektóre z nich mają wyraźnie wygląd komórek wrzecionowatych, inne zaś są bardzo wąskie albo znacznie grubsze nietylko w miejscu jądra, lecz równomiernie w większej środkowej części komórki, a niektóre całkowicie są podobne do śródbłonków, szczególnie w tyc

miejscach, gdzie nowoutworzone naczynia tracą światło i gubią się w ogniskach komórek wrzecionowatych.

Jama wielkości orzecha laskowego przy badaniu drobnowidowem zasługuje na szczególną uwagę. Ściana jej w części zwróconej do powierzchni wątroby składa się z torebki wątrobowej, bardzo cienkiej i wywarstwionej od zewnątrz śródbłonkiem, który wykazuje niejednakową wielkość i jest znacznie porozsuwany, w części zaś zagłębionej w wątrobie składa się z tkanki łącznej włóknistej ze zmianami szklistemi, wywarstwionej tym samym śródbłonkiem. Wokoło jamy leżą drobne guzki nowoutworzonych naczyń. Ciągłość ściany jamy przerywa się przez wyżej wspomniane otwory, brzegi ich są pozazębiane.

Śledziona duża o spoistości twardej, waży 770 g, powierzchnia jej jest bardzo nierówna i guzowata. Przekrój przedstawia wygląd pstry. W miąższu śledziony są guzki, które przypominają wyglądem i barwą guzki wątroby, tylko różnią się tem, że granica ich źle się odcina od tkanki śledzionowej, która tutaj przeważa nad tkanką nowotworową. W niektórych ogniskach nowotworowych występują wynaczynienia świeże i stare pod względem okresu powstawania.

Badanie drobnowidowe wykazało, że w miejscach nowotworowych, gdzie są wynaczynienia, budowa jest przeważnie naczyniasta, chociaż w niektórych miejscach występuje wyraźnie jamista. W guzkach, gdzie brak wylewów krwawych, na pierwszy plan występuje budowa naczyniasta. Światło naczyń jest nierównomiernie poroszerzane, miejscami zwężone do rozmiaru białego ciałka krwi. Krew tutaj płynie w przestrzeniach o nieprawidłowym kierunku, które powstały chaotycznie w miąższu. W niektórych większych ogniskach nowotworowych w środku znajdują się jeszcze resztki tkanki śledzionowej, która tutaj ma jakby charakter zewnętrznej wyściółki beleczek lub też zachowuje budowę prawidłową z wyraźną siatką o wielkich oczkach i ze znaczną ilością czerwonych ciałek krwi. Według wszelkiego prawdopodobieństwa tutaj krew przedostała się do samej tkanki śledzionowej, wychodząc poza łożysko naczyniowe, co w śledzionie często i tak się zdarza

Szczegółowe badanie podobnych ognisk wykazało, że przez zlanie się ściany nowoutworzonych naczyń z tkanką międzytkankową i przez zanik tych przegródek oraz miąższu śledzionowego, według wszelkiego prawdopodobieństwa z powodu ucisku, powstaje miejscami tkanka jamista, podobna do tej, o której wspomniałem przy opisie wątroby, tylko lepiej zaznaczona.

Jamy są bardzo nieliczne, mają wygląd nieprawidłowy, nie są podobne do tych, jakie spotykamy w naczyniakach wywarstwione są śródbłonkiem i zawierają bardzo niewielką ilość niezmienionej krwi. W ogniskach, gdzie tkanka śledzionowa nie uległa przerostowi nowotworowemu, występują zmiany szkliste w beleczkach, miąższ zaś ma charakter zbity. W tych ogniskach nowotworowych, gdzie głównie występuje budowa nieprawidłowo naczyniasta, przy pierwszem oglądaniu zdaje się, że mamy do czynienia z komórkami o najrozmaitszych postaciach i wielkości. Dopiero przy dokładniejszem rozpatrzeniu można odróżnić wiązki ewentualnie pasemka tkanki łącznej, którym komórki służą głównie jako wyściółka. Komórki te mają wygląd nieprawidłowo wrzecionowaty lub są zbliżone do śródbłonków włosowatych naczyń żylnych. W stosunku do normalnego śródbłonka uderza w nich najbardziej poza ich liczbą grubość i budowa istoty komórkowej, która stała się silnie łamiącą światło i dlatego przez swój połysk, jakoteż ciemne kontury, wpada w oczy, wydaje się przytem blada i drobnoziarnista. To wszystko powoduje, że jądro owalne jest przeważnie zakryte, dopokąd komórka nie może być widziana z powierzchni i że same komórki przy ich gęstem ułożeniu zakrywają się nawzajem. Dlatego też nie można należycie określić kształtu komórek, jednakże w głównej swojej ilości na bardzo cienkich skrawkach można określić je jako komórki o kształcie wrzecionowatych i podobnych do śródbłonkowych. Również spotykamy komórki bardziej owalne lub jakby wieloboczne, większe niż komórki limfatyczne, ale tej samej grubości, co komórki wrzecionowate.

Podczas gdy komórki o charakterze wrzecionowatym wyścielają światło, ewentualnie przestrzenie krwionośne jako śródbłonek, to te ostatnie leżą w świetle i przylegają do śródbłonka i są jego pochodnemi. Tego rodzaju ogniska bezpośrednio przechodzą w skupienia komórek wrzecionowatych ułożonych chaotycznie na obwodzie tworu właściwie naczyniastego; światło nowoutworzonych naczyń gubi się najczęściej w takich ogniskach skupienia komórek wrzecionowatych, w których nie daje się wykryć światła naczynia, mają charakter komórek łącznotkankowych atypowych z hyperchromatozą jądra. Tkanki łącznej w takich ogniskach nie udało się wykryć.

Budowa drobnowidowa ognisk nowotworowych śledziony całkowicie odpowiada temu, co miało miejsce w wątrobie, w której sprawa nowotworowa posunęła się tak dalece, że zajęła cały narząd, pozostawiając tylko nieznaczne ogniska tkanki wątrobowej, w samych zaś ogniskach nowotworowych na pierwszy plan występują zmiany martwicowe lub wylewy krwawe ze zmianami rozpadowemi, co wszystko razem znacznie utrudniało badanie w szczegółach.

W innych narządach osobliwych zmian nie stwierdziłem.

Z naczyniakami wątroby anatom patologiczny spotyka się względnie często, lecz istnienie naczyniaka złośliwego jednocześnie w wątrobie i śledzionie notowano dotąd w piśmiennictwie nader rzadko.

Podobny przypadek opisał L a n g h a n s. W jego przypadku zmiany głównie występowały w śledzionie, a wygląd makroskopowy nowotworu był na tyle swoisty, że można było odrazu stwierdzić, iż ma się do czynienia z tworami jamistemi wypełnionemi krwią, czego nie można było dostrzec w moim przypadku nawet wtedy, kiedy badanie drobnowidowe wykryło właściwy charakter nowotworu, i jak zaznaczyłem na wstępie, utkanie przemawiało raczej za gruczolakiem.

L a n g h a n s wypowiedział się, że pierwotne ognisko nowotworowe było w śledzionie, wtórne w wątrobie.

Do tego czasu wszyscy autorzy, którzy mieli możność spostrzegania naczyniaków mięsakowatych w śledzionie, wraz z L a n g h a n s e m twierdzą, że nowotwory te dają przerzuty do wątroby. L a n g h a n s oparł swoje przypuszczenie na tem, że klinicznie zmiany najpierw wystąpiły ze strony śledziony, a potem w wątrobie, z drugiej zaś strony znalazł zgrubienia śródbłonka w postaci rozrostu w dużych gałęziach żyły wątrobowej i wrotnej. Co do przerzutów do innych narządów w jego przypadku, to autor zastrzegł się, ponieważ sekcja była wykonana w niekorzystnych warunkach i ograniczyła się tylko do wyjęcia wątroby i śledziony. Od czasu L a n g h a n s a do dnia dzisiejszego nikt nie spostrzegał przerzutów do innych narządów, jak również nikt nie ustalił, jaką drogą szerzą się przerzuty, a L u b a r s c h, który na 1900 sekcyj spotkał 4 razy naczyniaka jamistego śledziony, zaznacza, że 3 przypadki znalazł przypadkowo i nie widać, by te nowotwory dawały przerzuty do wątroby. Dlatego też nasz pogląd różni się, o czem mowa będzie niżej.

Wielkość tych nowotworów jest różna. A l b r e c h t znajdował je, jak ziarnko prosa, L u b a r s c h wielkości wiśni, tylko w przypadku M o l t r e c h t a śledziona ważyła 3150 g.

We wszystkich podanych przypadkach na pierwszy plan występowała budowa gąbczasta o charakterze jam różnej wielkości, wypełnionych krwią, czasami beleczki ewentualnie przegrody były tak cienkie, że na pierwszy rzut oka wydawało się, iż ma się do czynienia tylko z wylewami krwawemi

Wzrost nowotworów jest różny. Dopokąd mamy tylko naczyniak, to nowotwór rośnie powoli, ale jak tylko zaczęło się bujanie mięsakowate, to nowotwór rośnie bardzo szybko tak np. w przypadku L a n g h a n s a śmierć nastąpiła w przeciągu $2^1/_2$ miesiąca

Ponieważ naczyniaki mięsakowate śledziony występują jednocześnie w wątrobie, nie dając przerzutów do innych narządów, ponieważ nie został do dziś stwierdzony fakt, jaką drogą szerzą się przerzuty, ponieważ w naszym przypadku ani w układzie żylnym ani chłonnym pomiędzy temi narządami zmian nie znaleziono, więc należy szukać objaśnienia powstawania tego rodzaju rzadkich, ale bardzo ciekawych przypadków, jak to podkreśla sam L a n g h a n s, zgoła w inny sposób.

Wątroba i śledziona, jakkolwiek rozwijają się z różnych listków zarodkowych, u osobnika dorosłego przy wielu sprawach chorobowych, np. marskości, chorobie Banti'ego, wspólnie biorą czynny udział. Przerost śledziony przy marskości wątroby jest uważany przez Grawitza i Hartwiga za przerost wyrównawczy. Oestreich przypuszcza, iż przerost śledziony jest wywołany przez tę samą przyczynę, która działa na wątrobę. Wycięcie śledziony przy chorobie Bantiego powstrzymuje wzrost marskości wątroby. Kashimoto jest zdania, iż śledziona zawiera pewne ciała, które pobudzają proteolizę białka w wątropie. Dalej wiemy, że wątroba jest filtrem dla krwi śledzionowej. W chorobie Gaucher, opisanej w roku 1882, przerost śledziony wolno idący zaznacza się silnemi bolami, krwotokami, bez białaczki. Według Cornilla, jest to przerost pierwotny śledziony z przerostem głównie jej siatki (duże komórki, jak nabłonkowe). Przy chorobie tej w rozgałęzieniach żyły wrotnej spotykamy nieraz zatory z komórek śledzionowych. Wiemy również, iż w razie wycięcia śledziony można w wątrobie stwierdzić mikroskopowo ogniska składające się z limfocytów, które, być może, jak w wątrobie zarodkowej, biorą na siebie czynność krwiotwórczą. Wszystko to wskazuje na blizki stosunek wątroby do śledziony. Dziś niepodobna jeszcze rozstrzygnąć kwestji, gdzie się mieści istota choroby. Opisany przypadek przemawia za tem, że mamy tutaj do czynienia ze złośliwem usystematyzowanem bujaniem śródbłonków w dwóch pokrewnych narządach, w których zapewne już zarodkowo, w czasie różniczkowania się komórek mezenchymy, przy ukształtowaniu naczyń wątroby i śledziony powstały nieprawidłowości w znaczeniu niezużytkowania siły wzrostu pewnych ich odcinków i zachowania przez nie siły wzrostowej zarodkowej.

Piśmiennictwo:
1. Albrecht. Ueber das Kavernom der Milz, ein Beitrag zur Kenntniss vom Bau und der Entstehung der Kavernome. Zeitschrift f. Heilkunde 1902 B. 23. 2. Clark. Congenital sarcoma of abdomen. The Brit. med. Jour. 1883. 3. Gijot. Gazette des hôpitaux 1870 Nr. 93. 4. Langhans. Pulserende cavernöse Geschwulst der Milz mit metastatischen Knoten in der Leber. Virchows Arch. 1879. B. 77, S. 273. 5. Moltrecht. Primäre Neubildungen der Milz. Inaug. Diss. Halle 1901. 6. Istomin. O warykoznych uzłach w sieliezionzie. Chirurgja 1904. 7. Krytoff. Splenoktomja posłuczaju sarcomy sieliezionki. Chirurgja 1898. 8. Obredanne et Martin. Angiome de la rate Splenoetomie. Gerison. Bul. et mém. de la soc. anat. de Paris. t. 79, Nr. 1.

Dr. L. Hirschfeld, dyr. państ. zakł. bad. surowic. Warszawa.

W sprawie Neosalwarsanu wyrobu krajowego.

Uwagi do artykułu p. A. Kogutowej w Polskiej Gazecie lekarskiej Nr. 20 1922 r.

W sprawie poruszonej przez autorkę artykułu chciałbym nadmienić, co następuje: Preparaty Arsenobenzolu wyrobu krajowego przechodzą uprzednio przez kontrolę chemiczną, biologiczną i kliniczną. Każda serja przed wypuszczeniem badana jest na zawartość arszeniku w Państwowym Instytucie Farmaceutycznym, następnie zaś biologicznie w Państwowym Zakładzie badania surowic. O ile próby te nie odpowiadają wymaganiom ustalonym w instrukcji Ministerstwa Zdrowia z dnia 20.|VII 1920 r., serja zostaje odrzucona; o ile badanie daje wynik zadowalający, preparaty zostają badane klinicznie przez Komisję, składającą się z czterech wybitnych wenerologów warszawskich. Dyskwalifikujące wyniki jednego z tych badań wystarczają do odrzucenia całej serji.

Lekarz, zastrzykujący preparaty asenobenzolu wyrobu krajowego, może mieć zatem pewność, że zostały one wypuszczone dopiero po uprzedniej kontroli. Nie należy jednak zapominać, że przy zastrzykach u większej liczby ludzi zawsze mogą się nadarzyć przypadki nieprzyjemne. Wskazanem byłoby dlatego, by, niezależnie od dyskusji w pismach, lekarze zawiadamiali Państwowy Instytut Farmaceutyczny, Chocimska 2 B, o nieprzyjemnych objawach, zauważonych przy zastrzykach, z dokładnem podaniem Nr. serji.

Chciałbym nadmienić, że na wniosek Ministra Zdrowia Publicznego dojdzie najpewniej do konwencji, ujednostajniającej sposób wykonywania kontroli salwarsanu we wszystkich państwach.

Z praktyki.

Jan Chmielewski, b. ordyn. i kier. szp. Liman kujalnicki.

O niektórych mało znanych odmianach objawu Lasègue'a i znaczeniu ich dla rozpoznawania udawania rwy kulszowej [1].

Rozpoznanie udawania niektórych, często się spotykających chorób nabiera dla nas obecnie szczególnego znaczenia. Gdy dawniej miało ono znaczenie przeważnie dla ekspertyzy sądowej, obecnie zjawiły się nowe pobudki dla udawania wśród szerokich mas: podczas poboru do wojska lub przy dochodzeniu odszkodowania od pracodawców lub kas chorych. Jednym z częstych objawów, na które się uskarżają poszkodowani, są bóle wszelkiego rodzaju, a między niemi jedno z pierwszych miejsc zajmuje nerwoból kulszowy. Jeżeli prawidłową ocenę rzekomego postrzału *(lumbago)* w wypadkach żądanego odszkodowania autor francuski nazwał »zmorą« ekspertów, to samo można powiedzieć i o rwie kulszowej. Szczególnie trudne jest rozpoznanie udawania, gdy się ma do czynienia z chorym inteligentnym, który już chorował na rwę kulszową, lub spostrzegał jej główne objawy na innych chorych, poddawanych badaniom w szpitalach, z sanitarjuszem lub felczerem, nie mówiąc o lekarzach. Taki pacjent może wypowiadać skargi charakterystyczne dla danego cierpienia, wskazywać na punkty bolesne, udawać nawet objaw Lasègue'a.

Naturalnie, o ile mamy do czynienia z objawami zapalenia nerwu, z zanikiem mięśni, ze zniesieniem lub znacznem wzmożeniem odruchu kolanowego ze zmianami czucia, bezczułością, bezbolesnością etc., rozpoznanie będzie nie trudne. Również nietrudno rozpoznać rzadziej się spotykającą *ischias scoliotica*, którą udawać przez czas dłuższy prawie niepodobna.

Najtrudniej wykryć udawanie nerwobólu kulszowego bez organicznych zmian w nerwie. Na pierwszym planie stoi tutaj badanie czucia skóry i objawu Lasègue'a. Na niektóre odmiany tego ostatniego, częścią już dawniej opisane przez autorów francuskich, lecz niedostatecznie znane, częścią spostrzegane przezemnie i, o ile wiem, dotychczas nieopisane, chciałbym tutaj zwrócić szczególną uwagę.

Jak wiadomo, rozróżniamy obecnie *ischias truncularis*— nerwoból samego pnia nerwu, i *ischias radicularis* — nerwoból pochodzenia korzeniowego. Źródłem tego ostatniego jest zwykle przewlekłe zapalenie opon rdzeniowych, twardej i miękkich, w okolicy ujścia korzeni nerwowych, na tle kiły, gruźlicy, rzerzączki lub nawet gośćca i urazu. O każdej z tych dwóch postaci nerwobólu kulszowego należy mówić osobno.

Co do nerwobólu, umiejscowionego w samym pniu nerwu, najważniejszym objawem są zmiany czucia skóry i objaw Lasègue'a. Stwierdzenie jednego z tych objawów jest dostateczne, aby wykluczyć udawanie.

Zmiany czucia. Przy *ischias truncularis*, zmiany czucia, w postaci znieczulenia lub zmniejszenia czucia wszystkich rodzajów, rzadko rozszczepienie czucia z pozostawieniem czucia ciepłoty, czasami w postaci przeczulicy lub zboczenia czucia, umiejscawiają się zwykle na zewnętrznej stronie goleni; zaczynając od zewnętrznej strony rzepki, rozprzestrzeniają się one na całą stopę, z wyjątkiem jej brzegu wewnętrznego i wewnętrznej strony palucha. Każdym razem, gdy znajdziemy znieczulenie lub inne wyraźne zmiany czucia w tej okolicy kończyny dolnej u chorego, uskarżającego się na nerwoból kulszowy, możemy wykluczyć udawanie, chociażby chory nie miał objawu Lasègue'a lub typowych punktów bolesnych Valleix'a, tem bardziej, że chory najczęściej nawet nie wie o znieczuleniu, które dopiero wykrywa się pod-

[1]) Wygłoszone na posiedzeniu klinicznem warszawskiego ow. lekarskiego d. 11. października 1921 r.

czas badania. Lecz takie zaburzenie czucia przy nerwobólu kulszowym daje się spostrzegać tylko w niewielkiej ilości przypadków. Daleko ważniejszym, gdyż daleko częściej spotykanym, jest t. zw. objaw Lasègue'a. Polega on na tem, że większość ruchów biernych, wykonywanych kończyną dotkniętą, wywołuje lub potęguje ból, ponieważ przy ruchach tych nerw kulszowy ulega wyciągnięciu. Dla wywołania klasycznego objawu Lasègue'a badający ujmuje kończynę leżącego chorego, wyprostowaną w kolanie, w okolicy około kostek, i unosi ją nad poziom posłania; drugą rękę badający kładzie nad stawem kolanowym na rzepce, przeszkadzając mimowolnemu zginaniu kończyny. Unoszenie nogi nad poziom posłania wywołuje ból na linji nerwu kulszowego, ból tem żywszy, im wyżej jest wzniesiona kończyna. W ciężkich przypadkach rwy kulszowej ból zjawia się przy nieznacznem nawet podejmowaniu nogi na całej przestrzeni nerwu kulszowego i jest nadzwyczaj silny; często odczuwa się on najbardziej w okolicy pośladka i krzyża, rozchodząc się na tylną część biodra. Czasami ból zjawia się dopiero przy podejmowaniu kończyny na znaczną wysokość, do kąta 30—45°, t. j. przy silnem lub nawet największem wyciąganiu nerwu. Objaw Lasègue'a spotyka się bardzo często, choć nie w każdym przypadku rwy kulszowej i nie wyklucza udawania u kategorji ludzi, o których już wspominaliśmy. Dla kontroli należy zmodyfikować badanie w ten sposób: chorego, znajdującego się na posłaniu w pozycji poziomej, prosimy aby usiadł na łóżku, przyciskając mu jednocześnie oba stawy kolanowe, aby kończyny dolne były zupełnie wyprostowane. Przy silnym nerwobólu kulszowym chory, po próbach siadania, nie może tego uskutecznić wskutek bólu w okolicy pośladka i całej chorej kończyny. Przy lżejszej postaci nerwobólu chory wprawdzie może z trudem usiąść, lecz uskarża się przytem na ból w okolicy pośladka.

Trzecia odmiana tej samej procedury polega na szybkiem wyprostowaniu nogi, zgiętej w kolanie, u chorego siedzącego na łóżku, za pomocą nacisku na staw kolanowy. Chory odczuwa wówczas taki sam ból, jak wyżej.

Obie te modyfikacje objawu Lasègue'a są bardzo użyteczne przy wykryciu udawania, gdyż w umyśle badanego nie wzbudzają podejrzenia, w jakim celu dane ruchy są wykonywane. O ile są stwierdzone, udawanie można wykluczyć.

Ischias radicularis. Drugą odmianą rwy kulszowej jest nerwoból kulszowy pochodzenia korzeniowego — *ischias radicularis*, opisany kilkanaście lat temu. Spotyka się rzadziej, niż porażenie pnia nerwowego, jednak nie tak rzadko, jak myślano z początku. Przyczyną jego jest najczęściej, jeżeli nie wyłącznie, podrażnienie względnie zapalenie opon rdzeniowych w okolicy lędźwiowej i krzyżowej kręgosłupa, jest to więc właściwie objaw wtórny. Dla rozpoznania tego rodzaju nerwobólu kulszowego służy głównie badanie czucia. Gdy przy *ischias truncularis* zmiany czucia — bezczułość, nadczułość lub zboczenie czucia można stwierdzić tylko na stopie i zewnętrznej stronie goleni, przy porażeniu nerwu kulszowego korzeniowem zmiany czucia zajmują przynajmniej dwa odcinki kończyny dolnej, t. j. rozprzestrzeniają się i na biodra, tworzą jakby pasy ukośne, idące wzdłuż odpowiednich nerwów, na stronie zewnętrznej goleni, biodra i nawet pośladka. Zupełna bezczułość spotyka się rzadko, znacznie częściej zmniejszenie czucia wszystkich rodzajów lub nadczułość, czasami znajdujemy jedną i drugą u tego samego osobnika. Rozszczepienie czucia spotyka się rzadko. Badanie czucia dawałoby wskazówki bardzo cenne dla rozpoznawania, lecz niestety, zaburzenie czucia spotyka się nie zawsze w przypadkach, które miałem sposobność spostrzegać na Limanie Kujalnickim w Odessie, czasami występowały one po kilku tygodniach leczenia limanowego, a w kilku wypadkach dopiero w roku następnym leczenia.

Drugi objaw, właściwy tylko *ischias radicularis* i niektórym postaciom postrzału (*lumbago*), jest tak zwany objaw kaszlu (*signe de toux* Sicard'a). Polega on na uczuciu bólu w okolicy krzyżowej lub lędźwiowej podczas kaszlu lub kichania. Jest to objaw nieomylny, lecz również spotyka się nie zawsze.

Trzeci objaw, uważany przez Lortat Jacob i Subareanu za stały przy nerwobólu korzeniowym — skrzywienie kręgosłupa homologiczne lub skrzyżowane, również jest objawem nieomylnym, wykluczającym udawanie, lecz, według moich spostrzeżeń, dość licznych i długoletnich, spotyka się w mniejszości wypadków, i wcale za stały uważany być nie może.

Pozostaje jeszcze objaw Lasègue'a, który w zwykłej postaci spotyka się bardzo często, choć nie zawsze, i, przy zwykłym sposobie jego wywoływania, udawania, jak już mówiłem, absolutnie nie wyklucza. Tymczasem są odmiany objawu Lasègue'a, które pozwalają nie tylko wykluczyć udawanie, lecz i ułatwić rozpoznanie nerwobólu kulszowego pochodzenia korzeniowego wtedy, gdy charakterystycznych zmian czucia skóry, skrzywienia kręgosłupa, objawu kaszlu niema. Mianowicie Moutard Martin i Parturier zwrócili uwagę na objaw, nazwany przez nich „*Signe controlateral*" — »Objaw przeciwstronny«. Polega on na tem, że u chorego, znajdującego się w pozycji poziomej, unosimy w górę nie chorą, lecz zdrową nogę; chory niespodziewanie dla siebie odczuwa ból w okolicy krzyża i pośladka nogi chorej; często ból ten promieniuje na biodro i goleń, wzdłuż całego nerwu. Objaw ten uważany był dotychczas jako właściwość wszelkich bólów kulszowych, zresztą bardzo rzadko spotykaną. Według moich spostrzeżeń objaw ten można wywołać tylko przy nerwobólu korzeniowym, gdy przy wyciąganiu zdrowego nerwu kulszowego udziela się ono przez worek opony twardej korzeniom nerwu chorego; tłumaczy się ten objaw stanem podrażnienia lub zapalenia opon mózgowych i ich nadczułością. Przy zdrowym stanie opon i korzeni rdzeniowych wywołanie bólu przez wyciąganie nerwu zdrowego nie da się pomyśleć, gdyż sam pień nerwu na stronie chorej wyciągnięciu nie ulega. We wszystkich prawie przypadkach, w których spostrzegałem ten objaw, albo już były inne objawy korzeniowe — zmiany czucia, objaw kaszlu, skrzywienie kręgosłupa, lub, o ile ich nie było podczas pierwszego badania, występowały niektóre z nich po pewnym czasie, często po kilku miesiącach, co zupełnie potwierdzało nasze przypuszczenie pierwotne.

Drugą odmianą objawu Moutard Martin'a jest objaw Bonnet'a; mianowicie przy przywiedzeniu biernem biodra zdrowego chory odczuwa ból w okolicy pośladka strony przeciwległej, chorej. Jest to objaw rzadszy i mniej pewny. Obie te procedury, o ile dają wynik dodatni, wykluczają wszelkie udawanie. Oprócz tych objawów można czasami u chorych na rwę kulszową wywołać następujące zjawiska: przy wywoływaniu objawów Laségue'a z kończyny chorej, w kończynie, uważanej za zdrową, chory odczuwa ból mniej lub więcej charakterystyczny, częściej tylko w okolicy krzyża i pośladka, rzadziej ból ten rozchodzi się po całej nodze; ból jest zwykle słabszy, niż w nodze, której nerw został poddany biernemu wyciąganiu. W takich razach badanie dokładne kończyny pozornie zdrowej daje czasami charakterystyczne punkty Valleix'a lub zaburzenia czucia, zawsze o charakterze korzeniowym. Często jednak tych objawów wcale niema, lub występują one, równie jak i ból stały w drugiej kończynie tylko po poddaniu chorego dłuższemu stałemu spostrzeganiu. Jest to tak zwana *ischias larvata bilateralis* — rwa kulszowa utajona; jest ona — o ile udaje się wywołać objaw wyżej opisany, zawsze pochodzenia korzeniowego, i wszelkie udawanie wyklucza, gdyż dla badanego ból w nodze pozornie zdrowej jest zupełną niespodzianką. Tłómaczy się ten objaw, również jak objaw przeciwstronny (»*contre-lateral*«) Moutard-Martin'a udzielaniem się przy wyciąganiu podrażnienia, przez worek opony twardej, korzeniom nerwów przeciwnej strony, znajdującym się, jak i sama opona w stanie zachorzenia, choć w stopniu na tyle słabym, że samodzielnego bólu nie wywołuje.

Nakoniec, przy badaniu objawu Laségue'a w kończynie rzekomo zdrowej, czasami spotykamy na niej niespodzianie ten objaw, to jest możemy wywołać objaw Lasegue'a na obydwóch kończynach dolnych, a chory uskarżał się na ból tylko w jednej nodze. Przy ścisłem badaniu również często

możemy stwierdzić punkty bolesne, rzadziej zmiany czuciowe skóry na goleni i t. d. W tych razach mamy do czynienia z *ischias larvata bilateralis truncularis* — nerwobólem kulszowym obustronnym utajonym pochodzenia obwodowego. Taka postać rwy kulszowej spotyka się najczęściej przy chorobach kobiecych, przy wysiękach w jamie małej miednicy, nowotworach macicy etc.; w tych razach wysięk drogą ucisku bezpośredniego, lub, wpływając na obieg krwi w narządach małej miednicy, wywołuje sprawę chorobową w nerwach kulszowych — zwykle w jednym silniej, niż w drugim. Stąd też objawy bólu występują przeważnie na jednej tylko stronie. Daleko rzadziej spotyka się *ischias larvata bilateralis truncularis*, jako skutek gośćca, kiły, rzeżączki, alkoholizmu. Objaw Lasègue'a obustronny przy skargach chorego na ból tylko w jednej nodze zmniejsza znacznie możliwość udawania, którą można wykluczyć zupełnie, o ile uda się stwierdzić i inne stałe objawy nerwobólu kulszowego.

Streszczając się, przychodzimy do wniosku, że przy badaniu chorych na rwę kulszową należy zawsze szukać objawu Lasègue'a jak na nodze chorej, tak i na rzekomo zdrowej. Przy tem można stwierdzić:

1) Objawu Lasègue'a brak.

Spotyka się to zwykle przy *ischias hysterica*, najczęściej są przytem inne objawy histerji, ogólne i miejscowe; o ile ich niema, można podejrzewać udawanie, choć bezwzględnej pewności w tym razie niema, gdyż około 50% nerwobólu kulszowego nie daje na początku objawu Lasègue'a.

2) Jest wydatny klasyczny objaw z tej strony — gdzie chory odczuwa ból. Jest to zwykle *ischias truncularis*. Przy udawaniu dwóch innych modyfikacji tego objawu zwykle nie udaje się wywołać.

3) Przy podejmowaniu wyciągniętej kończyny dolnej rzekomo zdrowej badany odczuwa ból i w tej kończynie: jest to najczęściej *ischias larvata bilateralis truncularis*; udawanie zwykle jest wykluczone.

4) Przy podejmowaniu kończyny chorej chory odczuwa ból nie tylko w nodze chorej lecz i w drugiej pozornie zdrowej. Jest to nerwoból pochodzenia korzeniowego; udawanie wykluczone.

5) Podejmowanie wyciągniętej kończyny zdrowej wywołuje ból w krzyżu i nodze chorej objaw „*contro lateral*“ Moutard Martin et Parturier; wskazuje to również na nerwoból pochodzenia korzeniowego i udawanie wyklucza.

6) Przy podejmowaniu wyprostowanej nogi, pozornie zdrowej, badany odczuwa ból tak w nodze zdrowej (zwykle w mniejszym stopniu), jak i w kończynie chorej. Jest to nerwoból obustronny, utajony, również pochodzenia korzeniowego (*ischias larvata bilateralis radicularis*), udawanie jest wykluczone.

We wszystkich przypadkach, wymienionych w punktach 3, 4, 5 i 6-tym, w razie dodatniego wyniku badania, udawanie daje się wykluczyć. Objawy bólu wymienione w punktach 4, 5 i 6-tym spotykają się tylko przy nerwobólu pochodzenia korzeniowego, procedury zatem wymienione w tych punktach dają możność odróżniać nerwoból kulszowy korzeniowy (*ischias radicularis*), zależący zwykle od porażenia opon mózgowych, od porażenia samego pnia nerwu (*ischias truncularis*); ma to nie małe znaczenie dla rokowania i zastosowania odpowiedniego leczenia.

Trzeba pamiętać również, że inne sprawy chorobowe mogą dawać objawy bólu w kończynie dolnej, z umiejscowieniem i nawet z charakterem, przypominającym nerwoból kulszowy. Są to bóle mięśniowe po znużeniu fizycznem, przy utrudzeniu przeważnem jednej nogi (znużenie bolesne). Przechodzi ono zwykle po dwóch lub po trzech dniach wypoczynku. Zapalenie stawu biodrowego (*coxitis*) również może być przyczyną omyłki, szczególniej w razie rozprzestrzenienia się sprawy zapalnej na sąsiedni nerw kulszowy. Zapalenie stawu krzyżowo-biodrowego (*symphysis sacro iliaca*) może również dać powód do pomyłki. Przy badaniu, oprócz bolesności przy ucisku wzmiankowanego stawu, chory, przy zginaniu biernem biodra do miednicy i goleni do biodra odczuwa ból w okolicy górno-wewnętrznej pośladka, czego przy *ischias* zwykle nie bywa. Nie będziemy mówić o *osteomyelitis*, *psoitis*, o *dolores osteocopi*, o bólach przy wzrastaniu, o *phlegmasia alba dolens*, które odróżnić przy dokładniejszem badaniu nie trudno, również jak bóle wywołane przez żylaki głębokie. Przy wiądzie rdzenia pacierzowego w pierwszym okresie choroby, ból w nerwie kulszowym jest często pierwszym objawem, który zwraca uwagę chorego. Trudniej bywa czasem odróżnić ból kulszowy przy ucisku rdzenia pacierzowego od nerwobólu samodzielnego; ucisk ten może być spowodowany przez nowotwór (zwykle rak), daleko częściej przez gruźlicze zapalenie kości kręgowych, względnie opon (choroba Potta). Dokładne badanie kręgosłupa, jego bolesność, unieruchomienie, skrzywienia, oraz dokładne badanie pasów znieczulenia i przeczulicy najczęściej pozwala nam wyjaśnić sprawę w związku z przebiegiem cierpienia i całokształtem objawów. Na tych rzeczach zatrzymywać się nie będę, znaleźć je można w obszerniejszych podręcznikach i monografjach. Chodziło mi głównie o krótkie zobrazowanie metody szybkiego badania chorych na rwę kulszową z uwzględnieniem zabiegów mało znanych lub nieznanych i z możnością postawienia szybkich wniosków co do przyrody cierpienia i możliwego udawania.

Sprawozdania poglądowe.

O leczeniu środkami koloidowemi oraz nieswoistemi ciałami białkowemi.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. (Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki).

(Dokończenie)

Jak z powyższego przedstawienia wynika, działanie wprowadzonego śródmięśniowo mleka na ustrój jest w zasadzie podobne do działania kolargolu z tą różnicą, że jest ono stalsze i intenzywniejsze, zwłaszcza odnośnie do znaczniejszego podniesienia ciepłoty. Wielkość dawki wprowadzonego środka zwykła wpływać na nasilenie odczynu; zbyt duże dawki, ponad 10 ctm mleka, od samego początku stosowane mogą działać na ustrój ujemnie i zamiast wywołać działanie podniecające sprawność życiową komórek, spowodować wprost objawy porażenne. Należy zatem, rozpoczynając leczenie, używać dawki małej; już 2 gr mleka a nawet i mniej mogą wywołać pożądany odczyn leczniczy, którą to dawkę w miarę potrzeby stopniować można do 5 lub najwyżej 10 gr; dawki wyższe ponad 10 gr uważamy wprost za niepotrzebne. Kleeblat już po dawkach 0·1—0·3 mleka widział wystarczające działanie, i dawkę tę stopniowo ostrożnie podnosił. Nadmierna leukocytoza i zbyt duża eozynofilia ma jego zdaniem nakazywać ostrożne stosowanie mleka; dawki następne winny być stosowane dopiero po ustąpieniu zmian w obrazie krwi a więc raz na 4—5 dni. Jaschke, wstrzykując caseosan oznacza indywidualną dawkę dla odnośnego osobnika. Metoda ta polega na oznaczeniu przeciwciał w krwi chorych przed i po wstrzyknięciu. Podniesienie mianownika niwecznikowego w krwi chorego leczonego caseosanem, jest wyrazem wzmożonej energji życiowej komórek i pozwala wnosić o rokowaniu. Mimo tak powszechnego stosowania mleka i preparatów białkowych, objawy nadwrażliwości opisywane są rzadko a według Schmidta nie występują nawet wtedy, gdy odstęp pomiędzy injekcjami wynosił 14 dni. A jednak pojawiać się mogą; Sachs widział je po 2-giej injekcji, Oppenheim po 3-ciej. Na niebezpieczeństwo anafilaksji zwraca uwagę Seifert zwłaszcza po częściej powtarzanych wstrzyknięciach i dokonywanych w dłuższych odstępach czasu. Schittenhelm nie widział nigdy objawów prawdziwej nadwrażliwości, przestrzega jednak przed leczeniem śródżylnem tem bardziej, że leczeniem śródmięśniowem te same wyniki osiągnąć można. Wśród licznych wstrzykiwań, dochodzących do cyfry ca 3000, spostrzegaliśmy 4 przypadki nadwrażliwości. Dwa razy u kobiet, u jednej z nich, u której już przy drugiej injekcji wystąpiły nieznaczne objawy anafilaksji, po 3-ciej dawce 10 ctm mleka pojawiły się w kilka minut bardzo gwałtowne objawy zapadu: duszność, zaczerwienienie naprzemian z bladnięciem twarzy, tętno drobne 140; atak gwałtowny przeszedł po kilkunastu minutach, chora jednak przez kilka godzin czuła się bardzo osłabioną.

U mężczyzny 32-letniego R. po VII. wstrzyknięciu 20 ctm mleka w 5 minut wystąpiło uczucie pieczenia w okolicy serca, bladość znaczna twarzy, wkrótce sinica, rozszerzenie źrenic, duszność, tętno małe 100; po dalszych 5 minutach źrenice prawidłowe, uczucie pieczenia w okolicy serca ustąpiło, zaczerwienienie twarzy, poty, tętno miarowe lepiej napięte 130; po dalszych 5 minutach bladość i zaczerwienienie twarzy zmieniają się kolejno, tętno 150; w 2 godzin od czasu wstrzyknięcia gwałtowne dreszcze, t. 160, a ciepłota w 4 godz. od wstrzyknięcia dochodzi do 41° przy t. 165; obfite poty trwające całą noc — osłabienie bardzo znaczne; następnego dnia rano temp. 38, t. 130.

Wspomnieć jeszcze należy zużytkowanie odczynu ogniskowego po wstrzykiwaniach mleka do celów rozpoznawczych, jak wywoływanie napadów utajonej zimnicy (Dziembowski, Brauer), w której następowo przeprowadzone leczenie uwieńczone zostało zupełnym wynikiem; pojawienie się odczynu Wassermanna, którego przed wstrzyknięciem nie wykazano.

Leczenie ciałami białkowemi znaleść musiało w medycynie wewnętrznej bardzo rozległe zastosowanie, a jednak z wyników dotąd otrzymanych niepodobna jeszcze wysnuć ostatecznych wniosków; należy jeszcze dalej skrzętnie gromadzić spostrzeżenia kliniczne, które krytycznie rozpatrzone pozwolą temu sposobowi leczenia wyznaczyć należne mu miejsce.

W pierwszym rzędzie stosowano mleko i preparaty białkowe w leczeniu chorób zakaźnych.

W ciężkich przypadkach grypy, powikłanych zapaleniem płuc, stosowano od dawna niejednokrotnie z dobrym wynikiem przeróżne surowice, zwłaszcza bardzo dodatnio ma, zdaniem Reissa, działać surowica ozdrowieńców, stosowana w dużych dawkach. W naszych przypadkach przewlekającego się grypowego zapalenia płuc widzieliśmy po injekcji 5—10 gr mleka pewne korzystne działanie — choć nie we wszystkich.

W czerwonce opisują dodatnie wyniki po mleku (Döllken); po odczynie miejscowym ze strony jelit, objawiającym się po 5—6 godz. licznemi stolcami z obfitszą domieszką krwi, następowała szybka poprawa.

W płonicy od dawna stosowano (Mozer) surowicę przeciwpaciorkowcową ze zmiennym wynikiem; myśmy widzieli, że i ona zawodzi zupełnie w ciężkich septycznych przypadkach. Odnośnie do leczenia mlekiem nie mamy własnego doświadczenia. Sohn widział korzystny przebieg i skrócenie trwania sprawy chorobowej; osutka znikała szybciej, łuszczenie było nieznaczne.

Trjumfy święci leczenie surowicą swoistą błonicy, której wbrew zapatrywaniom Bingel'a należy przypisać działanie swoiste, a której działanie wspomaga białko, jako takie; wykazał to działanie Gröer, posługując się w doświadczeniach śródskórnym odczynem Schicka.

W durze osutkowym leczenie surowicą — według spostrzeżeń Greka nie dało dodatnich wyników; nasze kilka przypadki leczone mlekiem, pomimo że przebiegały dobrze, nie dają ze względu na zbyt szczupły materjał, podstawy do wyrobienia sobie należytego zdania o wartości leczniczej mleka.

W durze brzusznym, oprócz bardzo korzystnych wyników, jakie osiągano szczepionkami (Fränkel, Besredka), notowano przypadki śmierci wkrótce po wstrzyknięciu, zwłaszcza dożylnem. Gröer widział doskonałe wyniki ze swej tyfiny, która daje się dobrze dawkować. Nie weszły jednak dotąd ani leczenia surowicami ani szczepionkami do powszechnego zastosowania w durze brzusznym. Dobre wyniki po stosowaniu mleka w durze brzusznym widział Saxl i Schmidt. Na 70 przypadków duru brzusznego, leczonych wstrzykiwaniami mleka na oddziale wewn. II. szpitala powszechnego we Lwowie, mieliśmy 7% śmiertelności. Bezpośrednio korzystnego wpływu na przebieg choroby nie mogliśmy zauważyć. Nasilenie stanu chorobowego nie odbiegało od przeciętnego obrazu, leczenie mlekiem nie zabezpieczało występowania nawrotów. Jedynie w przewlekających się przypadkach — celem pobudzenia ustroju wstrzykiwanie małych dawek mleka mogłoby znaleść usprawiedliwienie.

W chorobie Weil'a widział dobre wyniki przy leczeniu preparatami białkowemi v. Velden, po deuteroalbumozie zaś Heller w przypadkach ospy.

W róży osiągał Schmidt w 61% przypadkach ustępowanie gorączki po mleku już w pierwszym dniu choroby. W naszych, co prawda nielicznych, przypadkach róży nie często stwierdzaliśmy ograniczanie się sprawy zapalnej, a nieraz po drugiem jeszcze wstrzyknięciu szerzyła się dalej; byłyby pożądane dalsze w tym kierunku spostrzegania.

W leczeniu gruźlicy płuc porównuje Schmidt osiągnięte mlekiem wyniki z wynikami po leczeniu tuberkuliną i wypowiada zdanie, że leczenie tuberkuliną nie jest niczem innem, jak niespecyficznem leczeniem ciałami proteinowemi, które wywołują dwufazową reakcję a podniesieniem sprawności i energji życiowej komórek ustroju w myśl wywodów Weichardta. Wobec wzmożonej wrażliwości ustroju gruźliczego Schmidt zaczyna stosowanie mleka w dawkach $^1/_2$ ctm i dochodzi stopniowo do 2 ctm. Wyniki lecznicze, otrzymane w Sanatorjum Dłuskich w Zakopanem, Jeża zachęcają do dalszych prób. Przy wysiękach opłucnowych u gruźliczych podaje pewne dodatnie wyniki Nowaczyński, uważając ten sposób leczenia za czynnik pomocniczy. Leczenie przypadków cięższych postaci gruźlicy płuc na oddziale wewn. II. lw. szpitala powsz., którego wyniki przedstawił Baley, nie dało na ogół dodatniego wyniku.

W napadowej dychawicy (*asthma bronchiale*) nie stwierdziliśmy wybitniejszej poprawy, a nawet w ciężkich przypadkach przemijające pogorszenie.

W posocznicy na tle zakażeń połogowych w kilku ciężkich przypadkach, w których stosowaliśmy bez powodzenia także kolargol, wstrzykiwaliśmy i mleko; pomimo wyzdrowienia części przypadków nie nabraliśmy przekonania o jego skuteczności wbrew zdaniu Lindiga, który stosował kaseosan z dobrym wynikiem. Przyznać tylko możemy co najwyżej pewien dodatni wpływ w przypadkach przewlekłych, kończących się nieraz i bez leczenia pomyślnie, wpływ pomocniczy, zdążający do podniesienia słabnącej energji życiowej komórek ustroju.

Uderzająco dobry wynik osiągnęliśmy w 1 przypadku długotrwałego podostrego zapalenia skóry i mięśni (*dermatomyositis*), w którym po 3 injekcjach mleka szybko ustąpiła, od kilku miesięcy trwająca gorączka, znikły obrzęki i zmiany na skórze.

We wszystkich przypadkach złośliwego zapalenia śródsierdzia (*endocarditis lenta*) stosowanie mleka nie wywarło żadnego dodatniego wpływu.

W 2 przypadkach łuszczycy (*psoriasis*) po stosowaniu mleka nie widzieliśmy żadnej poprawy ani miejscowego odczynu.

W 2 przypadkach półpaśca (*herpes zoster*) po dwóch injekcjach ustąpiły bóle i zmiany na skórze, a wyleczenie w 2 przypadkach rwy kulszowej, z tych jeden ciężki, trwający od 2 miesięcy.

W 2 przypadkach zapalenia krwotocznego siatkówki (*neuroretinitis haemorrhagica*) w przebiegu marskości nerek osiągnęliśmy przemijającą poprawę wzroku. V pr. przed leczeniem $^4/_{60}$, po leczeniu $^6/_{24}$, Vl. $^1/_{60}$, a po leczeniu $^4/_{60}$ (Dr. Musiał). Podobne wyniki opisuje Heine.

W przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych Heller otrzymał dobre wyniki po wstrzykiwaniach deuteroalbumozy. W naszym jednym przypadku mamy do zanotowania pewien dodatni wpływ na ciepłotę ciała i stan ogólny i przyznać możemy pewne pomocnicze działanie.

W przypadku wrzodu żołądka po wstrzykiwaniach mleka stwierdziliśmy poprawę bolów i zmniejszanie się kwasoty; materjał nasz jednak za mały i nie pozwala jeszcze na wyciąganie pewniejszych wniosków.

W niedokrewnościach wpływ dodatni mleka stwierdzaliśmy niejednokrotnie. W niedokrewnościach złośliwych typu Biermera mieliśmy zawsze dość wybitną, choć przemijającą poprawę. W jednym zwłaszcza przypadku, gdy wszystkie stosowane środki zawiodły a ilość ciałek czerwonych spadła do 600.000, zwiększyły się obrzęki a stan

ogólny budził obawy rychłego zejścia śmiertelnego, nastąpiła już po 1-szej injekcji 2 ctm mleka znaczna poprawa, diureza się wzmogła, ustąpiły obrzęki, poprawiło się łaknienie i stan ogólny, a po 2 następnych injekcjach, co 5 dni stosowanych w dawce 3 ctm, ilość ciałek czerwonych podniosła się do 2·2 milj. Działanie to dodatnie było przemijające, po kilku tygodniach stan się zaczął pogarszać a tym razem nie widzieliśmy już żadnej poprawy przy ponownem stosowaniu mleka.

W zatruciu sublimatem stosowaliśmy z powodzeniem wstrzykiwanie mleka. Wyrobiliśmy sobie następujący schemat postępowania przy zatruciu sublimatem, który potrzebuje jeszcze większego statystycznego poparcia. Po jak najwcześniejszem dokładnem przepłukaniu żołądka wlewamy doń zawiesinę 3 łyżek węgla zwierzęcego w szklance wody z dodatkiem 25 gr siarkanu sodowego i bezpośrednio potem, wstrzykujemy śródmięśniowo 2·5 ctm mleka; wstrzyknięcie powtarzamy co 4 ty dzień. Podobne postępowanie zalecamy i przy zatruciu grzybami.

Najwięcej uwagi poświęciliśmy leczeniu spraw zapalnych stawów tak ostrych, jak i przewlekłych.

W ostrym gośćcu stawowym stosował Edelmann mleko (10 ctm) śródmięśniowo, obok równoczesnego podawania salicylanu sodowego w dawkach 5 gr dziennie; nazywa on ten skombinowany sposób leczenia, leczeniem poronnem, przy którego pomocy otrzymywał szybkie wyleczenie, a co najważniejsze, jak słusznie podnosi, skrócenie przebiegu choroby i rzadsze pojawianie się zapalenia śródsierdzia. Sądzi, że przez wstrzykiwanie mleka sprawa zapalna stawów ulega podrażnieniu a zwiększone przekrwienie stwarza korzystniejsze warunki działania dla kwasu salicylowego. Leczenie ostrego zapalenia stawów wstrzykiwaniami mleka, choć okazuje dodatnie działanie, nie powinno być nigdy samo tylko stosowane. Należy od początku schorzenia zastosować energiczne leczenie swoistemi preparatami salicylowemi a z chwilą poprawy i obniżania się ciepłoty przejść już 2—3 dnia choroby do leczenia mlekiem, nie usuwając a tylko zmniejszając odpowiednio do objawów dawkę salicylu.

W naszych 81 przypadkach ostrego i podostrego gośćca stawowego osiągnęliśmy przy tem skombinowanem leczeniu w 73 zupełne wyleczenie, w 8 zaś podostrych rychły spadek ciepłoty ciała, ustąpienie obrzęków, pozostała tylko mierna bolesność przy ruchach. W ostrych świeżych przypadkach stwierdzaliśmy niejednokrotnie szybkie ustępowanie gorączki a nadto, co podnieść szczególnie musimy, odsetek powikłań ze strony serca wynosił tylko 3%.

W zapaleniu rozsianem stawów na tle posocznicy w 2 przypadkach osiągnęliśmy wyleczenie, jednak po dłuższem trwaniu sprawy chorobowej, a w jednym z nich dopiero po zabiegu operacyjnym.

Z 2 przypadków podostrego rozsianego zapalenia stawów po czerwonce nastąpiło w jednym wyleczenie po kilku wstrzykiwaniach mleka, w drugim po poprawie po zastosowaniu mleka, szybkie wyleczenie nastąpiło dopiero po wstrzyknięciu surowicy (Shiga-Kruse).

Ładne otrzymaliśmy wyniki w przewlekłych gośćcowych zapaleniach stawów. Na 70 przypadków w 34 otrzymaliśmy zupełne wyleczenie, w 32 bardzo znaczną poprawę tak co do bólów, obrzęków, jak i upośledzenia ruchomości, 4 pozostały bez zmiany na lepsze. Dodać musimy, że były to przeważnie przypadki zaniedbane, długo trwające, które okazywały nieraz znaczne zniekształtnienia stawów i upośledzenie ruchomości. Z 4 przypadków opuszczających szpital bez poprawy wszystkie trwały ponad kilka lat a zniekształtnienia i przykurczenia były bardzo znacznego stopnia, a i w tych pewną chwilową poprawę bólów zauważyć można było.

W zapaleniach stawów przewlekłych zniekształtniających (*osteoarthritis chr. deformans*) na 25 przypadków w 2 otrzymaliśmy prawie wyleczenie, w 18 bardzo znaczną nieraz poprawę, w 5 wyników żadnych stwierdzić nie mogliśmy.

Przeważna część przypadków przewlekłych zapaleń stawów była badaną i kontrolowaną promieniami Roentgena. Te nader korzystne wyniki lecznicze w przewlekłych, ciężkich zapaleniach stawów, na które zwracają uwagę liczni autorowie, chcemy tu szczególnie podkreślić. Wśród wstrzykiwań mleka 5—7—10 ctm na dawkę, których ilość dochodziła do 6—8—10, a nawet 12-tu, w odstępach 3—5-dniowych, zauważyć się dawał zwykle objaw lokalny pod postacią zaostrzenia bolów, rzadziej powiększenia obrzęków; po ustaniu reakcyjnej gorączki nastawała korzystna zmiana jak: zmniejszenie bolów, obrzęków, poprawa ruchów i ogólnego stanu. Mieliśmy przypadki od szeregu lat zaniedbane, kaleki nie chodzące ani nie mogące poruszać rękami, które wśród leczenia mlekiem po kilkumiesięcznym pobycie w szpitalu opuszczały go o własnych siłach i bez pomocy laski. Dodać musimy, że we wszystkich tych przypadkach stosowaliśmy cierpliwie wszystkie środki pomocnicze, jak i elektryczną termoterapję, masaż, kąpiele, naświetlanie lampą kwarcową, a nieraz przy dużych obrzękach promienie Roentgena, podawaliśmy wewnętrznie przetwory salicylowe, jod, arsen, czasem gruczoł tarczykowy. Nie uważamy bezwarunkowo leczenia zapomocą wstrzykiwań śródmięśniowych mleka w przypadkach przewlekłych zapaleń stawów za swoiste, które zawsze do celu prowadzi, ale na podstawie dłuższego, bo kilkuletniego doświadczenia, musimy w niem uznać dobry środek pomocniczy, który ułatwia i dzielnie wspomaga działanie innych metod leczniczych. Leczenie chorób stawów jest to najwdzięczniejsze i najefektowniejsze pole leczenia mlekiem i preparatami białkowemi!

W 11 przypadkach rozsianego, podostrego lub przewlekłego zapalenia stawów na tle gruźliczem (Poncet), w jednym osiągnęliśmy wyleczenie, w 5 poprawę, 2 zakończyły się śmiercią, w 3 pozostałych nie zauważyliśmy żadnej poprawy. Wśród tych ostatnich jeden spondyloarthritis typu Marie-Strümpell, okazujący zupełne unieruchomienie i zesztywnienie całego kręgosłupa i kończyn, pozostał bez żadnego wyniku, mimo długiego leczenia mlekiem, później siarką (0·02 - 0·10 w oliwie pro dosi), która, nieraz wywołując jeszcze wybitniejsze odczyny ogólne i miejscowe, działa jeszcze tam, gdzie na mleko ustrój już nie reaguje — wreszcie mimo leczenia tuberkuliną.

Pewną poprawę, choć przemijającą, osiągnęliśmy w 2 przypadkach bardzo uporczywych zmian w stawach na tle skazy moczowej.

Wreszcie w 16 przypadkach zapaleń stawów ostrych i podostrych na tle gonokokowem otrzymaliśmy wyleczenie zupełne w 8-miu, a w pozostałych 8 bardzo znaczną poprawę, jak ustąpienie obrzęków, bolów zmniejszenie i poprawę ruchomości. Z tych 16 przypadków, w 2 leczenie ograniczało się tylko do wstrzykiwań mleka, w pozostałych zaś wspomagaliśmy to leczenie szczepionką gonokokową. Przyznać musimy na podstawie naszych spostrzeżeń lepsze i szybsze wyniki lecznicze po stosowaniu szczepionki swoistej, niż po mleku.

Przy zestawieniu powyższych wyników leczniczych, które osiągnęliśmy zapomocą śródmięśniowego wstrzykiwania mleka w ciągu ubiegłych lat pięciu, przebija przedewszystkiem ta wielka rozmaitość schorzeń, jaka była przedmiotem naszego leczenia, a ponadto niejednostajność wyników leczniczych. Osiągnięte wyniki nie pozwalają jeszcze na wydanie ostatecznego sądu o wartości tej nowej i modnej metody leczenia. Stosować ją należy ostrożnie i pod tym względem nauczyliśmy się już obecnie zaczynać leczenie od dawek małych mleka nawet 1 2 gramowych, dochodząc do dawek wyższych bez wywołania jakiejkolwiek szkody dla ustroju. Jedynie tylko ciężkie schorzenia serca w okresie znacznej niedomogi mięśnia sercowego, przewlekłe złośliwe zapalenia śródsierdzia, końcowe z niedomogą serca okresy choroby nerek, rozległe rozpadowe postacie gruźlicy płuc — nie nadają się bezwarunkowo do leczenia mlekiem. Bardzo przykre krwioplucie przy gruźlicy płuc opisuje Zimmer, które spostrzegał już po injekcji 1 gr. kaseosanu. Mimo to jednak wcześniejsze okresy gruźlicy płuc nie są przeciwskazaniem do ostrożnego leczenia białkiem, które wymaga dalszego jeszcze krytycznego opracowania.

A i objawy nadwrażliwości, co prawda bardzo rzadkie przy oględnem stosowaniu, wśród rozpoczynania leczenia ma-

łemi dawkami i w niezadługich odstępach czasu, nie mogą nas powstrzymać od dalszego stosowania tej metody leczniczej.

Stoimy dzisiaj dopiero u progu poznania działania powyższego sposobu leczenia i znajdujemy się dopiero w początkach opracowania samej metody. Jest niewątpliwie wielką korzyścią wprowadzenie do ogólnego użytku tak łatwo dostępnego środka leczniczego, który bez ubocznego ujemnego działania łatwo daje się dawkować. Pomimo korzystnych wyników, jakie niejednokrotnie w pewnych powyż wymienionych stanach chorobowych osiągnęliśmy, nie należy dzisiaj naprzód przeceniać tej modnej terapji podnietowej, choć zdaje się mieć ona niewątpliwie widoki dalszego jeszcze rozwoju. Czy tylko ciałom białkowym przypadnie w przyszłości to zadanie lecznicze i czy nie zastąpią ich inne środki, które, jak wiemy z doświadczeń (Starkenstein), podobny wpływ na ustrój mogą wywierać — niedaleka przyszłość okaże. A może kombinacja tej nowej metody z dotychczasowemi środkami leczniczemi, jaka już dzisiaj zaczyna się pojawiać (Yatrencaseina Zimmera tj. kombinacja Kaseiny z jodem), będzie jej dalszem udoskonaleniem. Potrzeba dalszych badań doświadczalnych i dalszych krytycznych spostrzeżeń klinicznych szerokiego grona współpracowników, których wspólnym celem winno być udoskonalenie nowego środka i metodyki jego stosowania, dokładne oznaczanie dawkowania i ścisłe zapodanie wskazań leczniczych. O ostatecznej wartości rozstrzygnie doświadczenie kliniczne, które, w myśl żądań Strümpell'a, potrafi odpowiedzieć na pytanie, czy środek ten zaliczyć do środków leczniczych bezwzględnie koniecznych lub tylko pożytecznych, czy może zbędnych a nawet szkodliwych!

Oceny i sprawozdania.

Centenaire de l'Academie de Médecine (1820—1920) Paris, Masson et Co 1921.

Wytworna książka, w wspaniałej szacie zewnętrznej, drukowana cała na czerpanym papierze, z obfitemi ilustracjami i podobiznami członków Akademji lekarskiej.

Całość składa się z opisu zagajenia i przebiegu uroczystości setnej rocznicy Akademji lekarskiej w Paryżu, długiego szeregu nadesłanych gratulacji i dłuższych przemówień, z których in extenso podane: Vaillard'a — »Rola Akademji w ewolucji higjeny społecznej«, Chauffard'a — »Wiek istnienia Akademji lekarskiej«, E. Welome,-»Szkic historyczny o rozwoju chirurgji w Akademji« i Comus — »Szczepionki w świetle rozwoju Akademji lekarskiej«.

W. Janusz, (Lwów).

Prof. A. Jesionek. **Biologische Vorfragen der experimentellen Tuberculoseforschung vom dermatologischen Standpunkt aus.** Tuberkulose-Bibliothek. Beihefte zur Zeitschrift für Tuberkulose 1922. stronic 44.

Zwięzłość, przejrzystość, jasność stylu nie są zaletami autora. W rozlewnych odmętach słów z trudnością wyławia się rzadkie płotki i kiełbiki ciekawych zresztą koncepcyj piszącego. Autor stawia sobie szereg pytań z zakresu biologji i patogenezy gruźlicy skóry i usiłuje na nie dać odpowiedź. Bieg myśli jest mniejwięcej następujący: Dlaczego laseczniki gruźlicze wywołują raz taką, drugi raz inną postać chorobową na skórze? Lasecznik żyje kosztem skóry. By ją mógł »zjeść«, musi ją rozpuścić. Dzieje się to pod wpływem ektotoksyn. Odróżnić trzeba zmiany alteratywne, jako bezpośredni wyraz chemicznego działania jadu, od reaktywnych, jako odpowiedź broniącego się żywego ustroju.

Rozmaite części tkankołącznowe skóry właściwej okazują w różnym stopniu powinowactwo chemiczne do jadu. Dojrzałe komórki tkanki łącznej oraz włókna nie posiadają żadnej wrodzonej odporności i pierwsze padają ofiarą trawiących własności ektotoksyn. Zostają rozpuszczone. Komórki tkankołącznowe, które w normalnych warunkach zachowują zdolność rozmnażania się, nazywa autor germinatywnemi komórkami tkanki łącznej. Te zostają »częściowo uszkodzone«, ponieważ posiadają pewien stopień »względnej odporności«. Endotoksyny działają na nie, jako bodziec rozrodczy. Wytwarzają one pod wpływem jadu komórki embrjonalne (nabłonkowate), nie są jednak w stanie wytworzyć dojrzałych komórek tkanki łącznej. Komórki embrjonalne nie posiadają żadnej odporności i ulegają pod wpływem ektotoksyn martwicy (rozpływnej lub serowaceniu). W miarę wzrostu odporności wrodzonej lub nabytej względem jadów lasecznika gruźliczego umniejsza się jego szkodliwość. Efekty uszkodzenia są słabsze. W następstwie rozmaitego stopnia wrażliwości na jad, jak również rozmaitego ustosunkowania typów komórek i ich losu powstają rozmaite postacie gruźlicy skórnej. Bądźto skóra zupełnie opiera się zakażeniu gruźl., bądź też np. komórki embrjonalne nie poddają się martwicy (toczeń płaski), albo też jad działa bez ograniczeń (jak wyżej przedstawiono) np. w obrazie zołzów.

* * *

Człowiek posiada ogólną wrażliwość na ektotoksyny gruźlicze. Jednak wskutek współżycia przez długie szeregi pokoleń człowiek zmienił biochemizm prątka gruźl., jak i odwrotnie. Wytworzyło się dziedziczne osłabienie wrażliwości, tj. pewien stopień względnej odporności, różny zależnie od rodzin, ras, narodów, okolic itd. Narody cywilizowane są dlatego bardziej odporne, niż ludy pierwotne. Obok tego bywa nabyta osobnicza ogólna odporność, również rozmaicie silna. Jako trzecia przychodzi jeszcze swoista narządowa odporność skóry, która może być wzmożona lub obniżona (allergja u gruźliczych). Można bowiem przyjąć za pewne, że tkanka łączna skóry zachowuje się wobec ektotoksyn inaczej, niż tkanka łączna innych narządów.

W końcu podnosi autor, że elementem niszczącym w sprawach chorobowych, wywołanych obecnością lasecznika gruźlicy, jest ektotoksyna. A. Tuberculina (Kocha) jest mieszaniną ekto- i endotoksyn, jednak tylko te ostatnie wywołują odczyn Pirqueta. Dlatego też odczyn Pirqueta, allergja, wrażliwość skóry na endotuberkulinę nic nie mówią o wrażliwości jej na ektotoksyny. *Leszczyński* (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 17.

M. Pfaundler. **Co nazywamy konstytucją, zboczeniem konstytucjonalnem i konstytucjonalnem schorzeniem?** P. omawia różne zapatrywania na konstytucję i związane z nią zboczenia, względnie choroby, i podaje przytem własny swój podział, odróżniający schorzenia konstytucjonalne odziedziczone (postępowa mięśniowa dystrofja), nabyte (charłactwo ołowicze) i mięszane (krzywica, zołzy) od konstytucjonalnych zboczeń wrodzonych (krwawiączka), nabytych (anafilaksja, idjosynkrazje) i mięszanych (astenia). Tak jedne jak i drugie powstają na tle zaburzeń w równowadze sił ustrojowych, warunkujących jakość oddziaływania ustroju na szkodliwe bodźce, bądźto zewnętrzne, bądźto powstające w ustroju.

F. Laquer. **Rola wątroby w przemianie materji.** Po omówieniu metod badania czynności wątroby (wycięcie, przetoka Ecka, anastomoza żyły próżnej dolnej z żyłą bramną, doświadczenia nad przeżywającą wątrobą, badanie czynności miazgi wątrobowej) i zaznaczeniu właściwości pracy komórek wątrobowych (energiczne spalanie substancyj bezazotowych i innych, oxydo-redukcja właściwa enzynom w rodzaju aldehyd-mutazy Parnasa) — przechodzi autor do omówienia poszczególnych czynności wspomnianego narządu, jak przemiana glykogenu w cukier, synteza glikogenu z cukru gronowego, przeprowadzanie innych cukrów w glykozę, tworzenie tej ostatniej z kwasu mlekowego i trioz (dwuoksyaceton, glyceroza). Dużo miejsca poświęca tłuszczom. Wspomina o magazynowaniu ich w wątrobie, o utlenianiu kwasów tłuszczowych w miejscu B, tworzenie stąd ketonokwasów ze szczególnem uwzględnieniem kwasu acetooctowego i dalszych jego przemian (rozpad, powstawanie kwasu octowego, utlenienie tegoż na kw. glikolowy, glioksylowy a wreszcie szczawiowy, dekarbonizacja ostatniego z tworzeniem kwasu mrówkowego,

redukcja kwasu octowego na aldehyd octowy, kondenzacja aldolowa i i.) podkreśla możliwość odczynów wstecznych, jak przemiana kwasu acetooctowego w β-oxy-masłowy, utlenienie aldolu na kw. acetooctowy itd.). Białko może być, zdaniem L. przechowywane w komórkach wątrobowych a mobilizacją jego kieruje, podobnie jak uruchamianiem cukru, układ współczulny (dz. adrenaliny). Aminokwasy ulegają tu dezamidacji wprost lub drogą utlenienia (oksyaminokwasy, przechodzące w NH_3 i kw. ketonowe). Odczyny wsteczne tworzą z ketonokwasów napowrót kw. aminowe przez przegrupowanie amonowych soli poprzednio wspomnianych kw. ketonowych. Z cystyny tworzy wątroba taurynę, z argininy mocznik i ornitynę ulegającą dalszym przemianom. Trujące aminy zostają unieszkodliwione drogą utleniania. Białko jest substancją tłuszczorodną oraz źródłem pewnej części węglowodanów, mogących też tworzyć się z gliceryny, tłuszczu i innych ciał (kw. mlekowy). Węglowodany, spalając się, przeciwdziałają tworzeniu się związków ketonowych. Na zakończenie omawia autor zjawisko powstawania mocznika, rolę wątroby w przemianie substancji purynowych oraz proces łączenia różnych ciał z kwasem siarkowym i glukuronowym. Praca oparta jest na dużem piśmiennictwie.

A. Géronne. **Przyczynek do patogenezy niektórych postaci żółtaczki.** Leucyna i tyrozyna występują w moczu w postaci krystalicznej wtedy, jeśli rozpad tkanki wątrobowej jest bardzo szybki, w przeciwnym razie można je wykazać jedynie drogą chemiczną. Badanie ostatnie umożliwia stwierdzenie tych ciał w wielu sprawach chorobowych wątroby, dowodząc tem poważniejszego uszkodzenia jej miąższu. Prócz żółtego zaniku wątroby należą tu żółtaczki w przebiegu drugorzędnej kiły, pewne przypadki kamicy wątrobowej i szereg schorzeń określanych pospolicie mianem żółtaczki nieżytowej, będących jednak następstwem głębszego toksycznego uszkodzenia komórek wątrobowych.

F. Rosenthal i M. v. Falkenhausen. **Przyczynki do chromodiagnostyki czynności wątroby (chromocholoskopja).** Chromocholoskopja jest metodą, dającą nam pojęcie o przepuszczalności komórek wątrobowych dla błękitu metylenowego. Im większe jest uszkodzenie wątroby, tem wcześniej zjawia się błękit podany drogą wstrzyknięcia w wydzielanej żółci, a stąd i w wydobytej zgłębnikiem dwunastnicowym treści. Pomiary autorów stwierdziły go w chorobach wątroby po 15—40 minutach, przy ciężkich zakażeniach po 10—40 a w przypadkach kontrolnych po 55—95 minutach.

I. Müller. **Ze statystyki chorób wątroby w czasie od stycznia 1914 do marca 1922.** Autorka stwierdza w podanym okresie zmniejszenie się liczby przypadków marskości wątroby, wzrost żółtaczek nieżytowych i bardzo znaczne zwiększenie się żółtego zaniku wątroby oraz przypadków żółtaczki po salwarsanie.

F. Poos. **O pośredniem uszkodzeniu ustroju przy naświetlaniu pewnych narządów.** Z doświadczeń na królikach, którym naświetlał przysadkę mózgową, wnosi autor, iż zadziałanie promieni na pewien tylko narząd bez udziału reszty ustroju jest niemożliwe. Działanie promieni Roentgena jest zawsze ogólne, wpływa na ogólną przemianę materji, a stąd pośrednio i na czynności różnych narządów.

C. H. Lasch. **Badania roentgenologiczne nad wpływem atropiny na ruchy żołądka.** Szczegółowe badania roentgenologiczne L. nad wpływem atropiny na czynność motoryczną żołądka wykazały działanie jej hamujące (po przemijającej początkowej hyperperistaltyce), zmniejszenie napięcia (tonus) ścian żołądkowych, przedłużenie czasu wypróżniania oraz usuwanie stanów spastycznych w antrum pylori. Na skurcz samego odźwiernika nie wywiera atropina widocznego wpływu.

H. Brieger i J. Forschbach. **Z patologji erytremji.** Badania Renckiego, Schneidra, Cantleya i Meyera wykazały w erytremji znaczną leukocytozę z równoczesnem wystąpieniem postaci młodych. Rencki, Hirschfeld, i Naegeli stwierdzili obecność myeloblastów, Decastello promyelocytów a Di Gugliemo i myelocytów. Ilość postaci młodocianych była naogół niewielka, wyjąwszy przypadki Wintera, Blumenthala i Beltza, w których krew miała charakter zbliżony do białaczkowej. Co się tyczy innych szczegółów, dotyczących składu krwi erytremicznej, to zwracała zawsze uwagę duża ilość obojętnochłonnych, ciałek eozynochłonnych i tucznych oraz płytek Bizzozera. W narządach wewnętrznych stwierdzono myeloidową metaplazję. Autorzy opisują przypadek erytremji, który po leczeniu promieniami Roentgena zrazu wykazywał zmianę na lepsze, ale potem znów stał się przedmiotem roentgenoterapji z powodu recydywy. Leczenie dało zrazu wynik dodatni. W 4 miesiące po ostatniem naświetleniu nastało jednak gwałtowne pogorszenie. Rozwinęła się białaczka myeloblastyczna, która w krótkim czasie położyła kres życiu chorego. Chorobie towarzyszyła znaczna niedokrewność. Całe schorzenie było następstwem nadmiernej czynności leukoblastycznej, która stłumiła w zupełności wybujałą poprzednio erytropoiezę. Podobne zjawiska widzieli i inni badacze. Rencki opisał przypadek nadmiernego bujania leukoblastycznego po wycięciu śledziony u chorego na polyglobulię, Hirschfeld zaś po naświetleniu śledziony erytremika promieniami Roentgena. W przypadku Schneidra wystąpił białaczkowy obraz krwi po wycięciu śledziony. Jest więc faktem, że, unieczynniając śledzionę, rozbudza się nadmierną czynność szpiku kostnego względnie wywołuje myeloidową przemianę narządów i wywołuje wzmożony wywóz młodych komórek krwi a stąd leukocytozę cytologicznie do białaczkowej zbliżoną. Że erytremja jest następstwem nadczynności szpiku kostnego, jest rzeczą pewną, ale i roli śledziony pominąć tu nie można, znane są bowiem czasowe polycytemje po wycięciach śledziony, autorzy zaś opisują wywołaną w ten sposób erytremję, której towarzyszyła bardzo znaczna leukocytoza i obecność młodych komórek we krwi. Jest więc prawdopodobnem, że, usuwając śledzionę, wywołujemy nadczynność szpiku kostnego przemijającą lub trwałą zależnie od warunków dla rozwoju zastępujących ten narząd organów. Rola układu gruczołów dokrewnych w stwarzaniu korzystnych dla powstania erytremji warunków nie jest dziś jeszcze należycie wyświetlona.

F. Kisch. **Koncentracja białka i zdolność wchłaniania NaCl w surowicy krwi obrzękłych.** Opierając się na hypotezie o obrzękach, wypowiedzianej przez Eppingera, uzależniającej je od nadmiaru białka w sokach tkankowych, wiązania przezeń NaCl, gromadzenia się soli a następowo i wody w ustroju badał K. ilość białka, NaCl i zdolność absorbcji soli kuchennej w surowicy krwi u osób obrzękłych. Nadmiar białka stwierdził przy obrzęku śluzakowym, małą ilość przy nefrozach (i skrobiawicy nerek). Ilość NaCl była zmienna, absorbcja soli kuchennej przez surowicę przeważnie zmniejszona. *H. Sochański* (Lwów).

Patologja eksperymentalna i ogólna.

Journal d' Urologie.

T. XII Nr. 3.

Bolognesi. **O przeszczepianiu jąder.** Od czasu, gdy Brown-Séquard w r. 1889 zaczął wstrzykiwać sobie wyciąg jąder baranich — podobno z dobrym skutkiem pod względem stanu ogólnego i czynności płciowych — robione były liczne próby tego rodzaju początkowo na drodze opoterapji, później na drodze przeszczepiania jąder. Lespinasse, Morris Lydston, Lichtenstern, Falcone i inni przeszczepiali jądra młodych osobników, zmarłych skutkiem wypadku, a w wyjątkowych razach — jądra zwierząt (baranów) ludziom, którzy z powodu różnych przyczyn, bądź to anatomicznych, bądź to czynnościowych stracili pociąg płciowy, czy też nigdy go nie odczuwali. Następstwem zabiegu zarówno u młodych, jak i u starych, było zjawienie się pociągu płciowego oraz cech płciowych wtórnych, niekiedy wracała nawet zdolność spółkowania. Poprawę taką jedni spostrzegali krótko — do roku, inni do 3—3½ lat. Równie dobre wyniki otrzymał na drodze doświadczalnej Voronoff: młode barany, trzebione, a następnie operowane powyższą metodą, nie przestawały się rozwijać, stare zaś po zabiegu odmładzały się i odzyskiwały zdolność rozrodczą. Wyjaśnienie tych faktów natrafia na pewne trudności. Większość autorów, wychodząc z założenia, że po przeszczepieniu pierwociny nabłonkowe giną, a pozostają przy życiu śródmiąższowe, przypisuje tym ostatnim dobroczynny wpływ przeszczepiania. W sprzeczności z tem tłu-

maczeniem pozostaje pogląd Rettərera, że tylko komórki nabłonkowe kanalików nasiennych posiadają zdolność wydzielania wewnętrznego zarówno w warunkach prawidłowych, jak i po przeszczepieniu. Na zasadzie licznych badań drobnowidowych przyszedł Retterer do wniosku, że cząsteczki jąder, położone w warstwach powierzchownych, pozostają przy życiu po przeszczepieniu. Niektóre komórki nasienne nie przestają się dzielić, tworząc małe jądra i główki plemników, większość zaś zamienia się z czasem w tkankę siatkowatą. W części śródmiąższowej jądra Retterer nigdy nie spostrzegał mitoz i nie uważa jej za zdolną do przerostu. Prace Steinacha i Barnabò potwierdzają do pewnego stopnia ten pogląd. Dla wyświetlenia całokształtu powyższej sprawy Bolognesi przedsięwziął dwie serje doświadczeń. W pierwszej, przeszczepiając zwierzętom bądź to starym, bądź to młodym, trzebionym, jądra zwierząt tego samego gatunku, a wyjątkowo — gatunku innego. Z doświadczeń tych wysnuwa autor następujące wnioski: 1) przeszczepione jądra wgajają się nie zawsze; nawet w przypadkach, przebiegających po zabiegu bez ropienia, spostrzegano niekiedy wydalenie się jądra, przeszczepionego zwierzęciu tego samego gatunku, 2) przeszczepienie zwierzęciu innego gatunku udaje się wyjątkowo, 3) wgojenie się jądra następowało lepiej w jamie brzusznej lub w wyrostku pochwowym jądra, niż w tkance podskórnej lub podpowięziowej, 4) część nasienna jądra ulega szybkiemu przeobrażeniu i wessaniu, a część śródmiąższowa — przerostowi, często z tworzeniem się komórek olbrzymich. W drugiej serji doświadczeń B. stara się rozstrzygnąć sporną sprawę: która część jądra — nabłonkowa czy śródmiąższowa — stanowi pierwiastek czynny, warunkujący wynik dodatni przeszczepiania. W tym celu wycinał zwierzętom przyjądrza i nasieniowody, wywołując tą drogą u niektórych zwierząt zupełny zanik kanalików nasiennych i rozrost tkanki śródmiąższowej. Przeszczepienie takiego jądra nie wywoływało żadnych zmian tak w ogólnym stanie zwierząt, jak i w sferze płciowej. Jądro takie, przeszczepione innemu zwierzęciu, zamienia się wkrótce w kłębek zwykłej tkanki łącznej, znikają w nim komórki śródmiąższowe — jedyny element zróżniczkowany w chwili przeszczepiania. Wynikałoby stąd, że dobroczynny wpływ przeszczepiania jądra zależy od przeniesienia całego gruczołu i głównie — jego części nasiennej. Nasienie nie jest wydzieliną wyłącznie zewnętrzną, wchłania się ono naczyniami chłonnemi i w ten sposób oddziaływa na układ nerwowy. Z drugiej strony, wchłanianie się części jądra przeszczepianego jest bodźcem u osobników starych dla komórek nasiennych o żywotności zmniejszonej. Wycięcie nasieniowodu i przyjądrza, zamieniając jądro w gruczoł zamknięty, powoduje wsysanie się pierwiastków nasiennych i wzmożenia się popędu płciowego. *Br. Szerszyński* (Warszawa).

Anatomja patologiczna.
Virchows Archiv.
T. 232 1921.

K. Bingold. **Zakażenie zgorzelinowe płuc pochodzenia zatorowego.** Laseczniki gazowego obrzęku nie wywołują w płucach charakterystycznych zmian gazowych. Potwierdzają to spostrzeżenia z czasów wojny. Laseczniki te wogóle nie mają znaczenia w powstawaniu zgorzeli płuc. Natomiast na podstawie własnych badań, a także spostrzeżeń innych autorów, przychodzi autor do wniosku, że głównym zarazkiem, prowadzącym do zgorzeli płuc zatorowej, jest beztlenowy łańcuszkowiec. Ma on także poważne znaczenie dla powstawania zwykłej zgorzeli płuc, i to nietylko jako jednej ze zmian w ogólnej posocznicy, ale także zgorzeli, powstałej drogą oskrzeli. W razie istnienia gdziekolwiekbądź posoczniczego zapalenia zakrzepowego żyły, wywołanego przez tego łańcuszkowca, można z całą pewnością przyjąć istnienie zatorowych zgorzelinowych ognisk w płucu nawet wówczas, gdy niema ze strony płuc jakichkolwiek objawów klinicznych. Posocznica z beztlenowych łańcuszkowców prawie zawsze kończy się śmiercią, jeżeli dołączą się do niej te ciężkie zatorowe powikłania ze strony płuc w przeciwieństwie do tych przypadków, w których wywołane przez tego łańcuszkowca zmiany ogniskowe usadowione są gdzieindziej, a nie w płucach. W razie jednoczesnej obecności gronkowca beztlenowego w ognisku płucnem należy zmianę zgorzelinową odnieść do łańcuszkowca. Wogóle w wytwarzaniu zatorowych zgorzelinowych procesów w płucach inne beztlenowce i tlenowce nie mają praktycznego znaczenia.

J. Kenneweg. **W sprawie urazowego pęknięcia zastawek serca.** Na wstępie podnosi autor rzadkość urazowego pęknięcia zastawki serca. W r. 1900 zanotowano w piśmiennictwie tylko 4 przypadki w krótki czas po wypadku wykonanych sekcyj ze stwierdzeniem świeżego pęknięcia zresztą zdrowych zastawek. Prócz tego są znane przypadki sekcyj, w których stwierdzono podgojone pęknięcia w przypadkach sekcjonowanych w pewien czas po wypadku. Oczywiście należy tu wykluczyć przerwanie zastawki na tle wrzodziejącego zapalenia wsierdzia. W przypadku autora pęknięcie dotyczyło zastawki tętnicy głównej z wrodzoną wadą, bo tylko z dwiema zastawkami. Pęknięcie nastąpiło wskutek gwałtownego upadku piersiami na dno wozu, a towarzyszył mu gwałtowny ból w piersi, a następnie powoli rozwijające się objawy niedomykalności zastawek tętnicy głównej i niedomogi serca, prowadzącej do śmierci w niespełna 15 miesięcy po doznanym wypadku. Sekcyjnie stwierdzono rozdarcie jednej zastawki, dochodzące do jej podstawy, jednak o brzegach gładkich i zabliźnionych. Pęknięcia podobne są następstwem gwałtownego podniesienia ciśnienia w tętnicy głównej w chwili zamknięcia ujścia tętniczego.

A. Takahashi. **O zapaleniu kiłowem tętnic mózgowych u dzieci (endarteriitis luetica).** Na podstawie piśmiennictwa i własnego przypadku omawia T. zmiany anatomiczne i w krótkości objawy kliniczne pochodzenia kiłowego, spostrzegane u dzieci. W klinicznym obrazie przy kiłowem schorzeniu mózgu u dzieci dadzą się rozróżnić dwa typy. W jednym objawy występują nagle jako napady udarowe z połowiczem lub obustronnem porażeniem, w drugim objawy rozwijają się powoli, występują często wymioty, porażenie połowicze nerwu twarzowego, przechodzące w porażenie obustronne. Są jednak i przypadki mieszane. Anatomicznie stwierdza się w mózgu ogniska rozmiękczynowe, prowadzące nieraz do wprost ogromnych spustoszeń, jak n. p. w przypadku autora, w którym prawa półkula była prawie w zupełności zniszczona a z lewej utrzymany był głównie płat potyliczny, a zatem podobne stosunki, jak u płodów bezmózgich. W innych przypadkach, obok zmian przewlekłych oponowych, stwierdza się stwardniałe ogniska (*sclerosis*) w mózgu. Zmiany te pozostają w związku ze zmianami naczyniowemi i to głównie naczyń na podstawie mózgu, najczęściej w tętnicy Sylwiusza. Drobnowidowo zmiany te, opisywane przez innych, a także przez autora, przypominają zapalenie kiłowe, spotykane w kile nabytej, i prowadzą również do zarośnięcia światła naczynia. Dodać należy, że krętki stwierdzono w błonie zewnętrznej naczyń i w przestrzeniach chłonnych, kołonaczyniowych. W swym przypadku autor ich nie wykazał.

E. Stübler. **Pierwotne ostre wrzodziejące zapalenie tętnicy głównej.** Opis przypadku, dotyczącego 37-letniej kobiety, u której wystąpiło ostre zapalenie migdałków z ogólnemi objawami i grożącem poronieniem. U chorej stwierdzono następnie zapalenie osierdzia. Wśród naogół dość lekkiego przebiegu choroby nastąpiła nagła śmierć. Sekcja wykazała 4 owrzodzenia w części wstępującej tętnicy głównej, z których najniżej położone, tuż nad zastawkami, przebiło do jamy osierdzia i spowodowało śmiertelny wylew krwawy do niego. Badanie drobnowidowe stwierdziło, że zmiany w ścianie tętnicy głównej są ostrem (ropnem) zapaleniem wrzodziejącem, najprawdopodobniej wywołanem przez dwoinki zapalenia płuc. Zakażenie nastąpiło, zdaniem autora, bezpośrednio drogą krwi, i to najpierw błony wewnętrznej, podobnie jak w zapaleniu wsierdzia. Stwierdzone zmiany przemawiały przeciw zakażeniu drogą naczyń odżywczych. Miejscem pierwotnego zakażenia były najprawdopodobniej migdałki. Autor podnosi niezwykłą rzadkość opisanej przez niego zmiany.

A. Beutler. **Nowotworowe bujanie zawiązków trzustki w ścianie żołądka.** Opis dwóch przypadków. W jednym w części odźwiernikowej guz wielkości małej czereśni, dość oporny, budził podejrzenie na raka. Badanie drobnowidowe wykazało zawiązek trzustki bez wysepek Langerhansa wśród mięśniówki

żołądka. W drugim przypadku obraz był podobny; guz pokryty był przez błonę śluzową a usadowiony również wśród mięśniówki. Drobnowidowo guzki te cechowały się obecnością gniazd komórek i bardzo silnem wybujaniem przewodów, a między niemi obecnością włókien mięsnych oraz brakiem wysepek Langerhansa. Całość miała już cechy bujania nowotworowego, usadowionego wśród mięśniówki żołądka, również przypominającej bujanie nowotworowe. To pojawienie się trzustki dodatkowej uważa autor za zjawisko atawistyczne i tego rodzaju odpryśnięcia o utkaniu narządu nazywa autor, zgodnie z Mathiasem, progonoma. Mogą one być punktem wyjścia bujania rakowego. *W. Nowicki* (Lwów).

Gruźlica.

Beiträge zur Klinik der Tuberkulose.

T. 48 Z. 2. 1921.

A. Frisch. **Białczany we krwi przy gruźlicy.** Badania Moraczewskiego, tyczące się zwiększonej ilości włóknika we krwi gruźliczych, przebrzmiały bez echa — z powodu trudności technicznych. Frisch podjął te badania zarówno w zakresie określania zawartości białka w surowicy krwi, jakoteż i włóknika — metodami nowemi, łatwiejszemi. Wyniki badań wykazują wysokie liczby białka w suchotach rozpadowych i gruźlicy wysiękowej. Ilości włóknika są wielkie przy zapaleniu gruźliczem płuc, przy wysiękach surowiczych i gruźlicy kiszek; mniejsze — przy gruźlicy włóknistej i gruźlicy gruczołów. Stąd wartość tych badań dla rozpoznania i rokowania. Źródłem włóknika mogą być rozpadające się komórki tkanki schorzałej. Ilość włóknika może być probierzem postępu gruźlicy.

E. Szász. **Badania nad partigenami.** Podług S. miana (titry) partygenowe doskórne i ich wahania są równoległe do przebiegu schorzenia; np. miano doskórne w przebiegu gruźlicy włóknistej jest wysokie. Największą wartość rokowniczą przypisuje autor natężeniu miana t. j. odczynu, po partigenie tłuszczowym: niewydolny odczyn na tłuszcz ma oznaczać ustrojową skłonność do gruźlicy. (Cała wielka grupa badaczy odmawia tłuszczowi wogóle możności odgrywania roli wywoływaczy. S. tłuszczom właśnie przypisuje tę zdolność w stopniu szczególnym. Refer.).

H. Kleinschmidt. **Czy istnieją pryszczyki (phlyctaenae) bez zarazka gruźliczego.** Autor przychyla się do poglądów Czerny'ego; obok gruźlicy mogą pryszczyki być wywoływane przez czynniki ustrojowe (endogenes), np. stanowić objaw skazy wysiękowej.

C. Timm. **Odporność i energja promieniująca.** Pod wpływem promieni Roentgena, radu i świetlnych, działających na skórę, zwiększa się odporność (mierzona nasileniem odczynów tuberkulicznych).

W. Loll. **W sprawie rozpoznawania owrzodzeń gruźliczych w kiszkach.** Autor odmawia wszelkiej wartości rozpoznawczej wykazaniu laseczników Kocha w kale. Pochodzą one prawie zawsze z plwocin. Jedynie obecność krwi w kale (próba benzydynowa przy odpowiedniej djecie) daje prawo do rozpoznania owrzodzeń; należy przy tem pamiętać o możliwości wrzodów i raka żołądka lub dwunastnicy. Przy braku krwi objawy kiszkowe mogą zależeć od toksycznego nieżytu kiszek, często zanikowego, lub od starej, przewlekłej gruźlicy kiszek ze zwężeniami, zależnemi od włóknistych zgrubień.

F. Hamburger. **Zakres wydolności odczynu tuberkulinowego.** Odczyn tuberkulinowy ma niezmiernie wielką wartość jako metoda badania naukowego; o wiele mniejszą — jako metoda rozpoznawcza, rokownicza, lecznicza. W rozpoznaniu ma wartość niezaprzeczalną wynik ujemny. W lecznictwie kierować się można dotąd jedynie doświadczeniem klinicznem.

A. Frisch. **Badania nad odpornością przy gruźlicy.** Autor nie znalazł równoległości między obrazami klinicznemi, jak je podają klasyfikacje suchot płucnych podług Barda i Piery'ego, a analizą odporności, mierzonej przy pomocy odczynów skórnych po zastrzykiwaniu partygenów.

Tom 48. Z. 3. 1921.

Sprawozdanie z posiedzenia »Związku lekarzy sanatoryjnych« w Weimarze, w d. 23—25. października r. 19 *S. Sg.*

Choroby kobiece i położnictwo.

Gynaecologie et obstetrique.

T. IV. Z. 3. 1921.

A. Fruhinsholz i J. Parisot. **O anomaljach czynności gruczołu tarczowego w stosunku do ciąży.** Autorzy zaznaczają z góry, że roztrząsanie sprawy anomalij czynności gruczołu tarczowego jest może przedwczesne, jeżeli zważymy że czynności normalne tego gruczołu nie zostały jeszcze dostatecznie wyświetlone. Ponieważ jednak niejednokrotnie fizjologja normalna i fizjologja patologiczna wyjaśniają się wzajemnie, jedna przy pomocy drugiej, autorzy przypuszczają, że przez zgrupowanie spostrzeżeń przez nich zebranych stworzą przyczynek, który rzuci cokolwiek światła na sprawę jeszcze ciemną. Autorzy zaznaczają pozatem, że w pracy swej będą się ściśle trzymać wybranego tematu, t. j. anomalji czynnościowej gruczołu tarczowego i wykluczą ze swej pracy sprawę wola zwykłego, który nie dotyczy czynności gruczołu. Natomiast nie mogą pominąć miejscami patologji gruczołów przytarczycowych, która w patologji ludzkiej jest przecież ściśle związana z patologją gruczołu tarczowego. Część doświadczalnej pracy została opracowana przez J. Parissota zaś część kliniczna — przez A. Fruhinsholza.

W pracy doświadczalnej kierowano się następującym planem:

1) Wpływ ciąży na gruczoł tarczowy w stanie normalnym. 2) Ciąża i hypertyreoidyzm. 3) Ciąża i hypotyreoidyzm. 4) Dziedziczność w sprawach niedostatecznej czynności gruczołu tarczowego.

Gruczoł tarczowy powiększa się u samicy zapłodnionej zupełnie taksamo, jak u kobiety w czasie trwania ciąży. Badania histologiczne wykazują istotę tego powiększenia. Borzytowski, który najwięcej pracował w tej dziedzinie, stwierdził znaczne liczebne zwiększenie się pęcherzyków z silną koloracją elementów komórkowych, obfitość istoty koloidalnej, wypełniającej w znacznie większym stopniu naczynia chłonne, zmniejszenie się tkanki łącznej i przekrwienie gruczołu, t. j. wszelkie cechy charakterystyczne świadczące o wzmożonem wydzielaniu narządu, a conajmniej o jego dużej aktywności. Co się tyczy gruczołów przytarczycowych, tenże Borzytowski stwierdził u kotek kotnych figury karjokinetyczne — dowód hyperplazji, czego nie udało się stwierdzić Civalieri'emu u kobiet ciężarnych. Stwierdzenie jednak samego przerostu tarczycy u ciężarnych nie jest wystarczające. Należałoby stwierdzić przyczynę, mechanizm wewnętrzny tego zjawiska. Z powodu braku odpowiedniego materjału doświadczalnego nie udało się jeszcze odpowiedzieć na to pytanie, poza stwierdzeniem relacji funkcjonalnej pomiędzy tarczycą i jajnikiem. Co się tyczy wpływu ciąży na gruczoł przerośnięty, to kilkakrotnie udało się wywołać poronienie przez kilkakrotne zastrzykiwanie samicy wyciągu z tarczycy. Etienne i Remy doszli pomimo to do przekonania, że organizm matczyny wykazuje najdalej idącą tolerancję na opoterapeutyczne wyciągi z tarczycy. Autor wyprowadza następującą konkluzję: U samicy, znajdującej się w stanie niedomogi gruczołów tarczowych i przytarczowych, wpływ ciąży w zależności od stopnia tej niedomogi może spowodować następujące ewentualności: a) rozwój ciąży, porodu i wytwarzania mleka bez zaburzeń i zmian w stanie zwierzęcia; b) zjawienie się lub zaznaczenie się objawów niedomogi tarczycowej w czasie trwania ciąży lub bezpośrednio po jej zakończeniu (zaburzenia troficzne, wypadanie sierści, apatja, zupełna bezpłodność itp.); c) zjawienie się podczas ciąży, podczas porodu, lub wreszcie w okresie karmienia mniej lub więcej charakterystycznych objawów tężyczkowych mogących wywołać albo śmierć, albo ustających natychmiast po przerwaniu ciąży lub karmienia; d) zjawienie się tychsamych objawów w czasie trwania następnej ciąży pomimo, że nie wystąpiły poprzednio w tych samych warunkach (działanie ciąży następnych); e) powstrzymanie w poszczególnych przypadkach powyższych objawów pod wpływem wstrzykiwań wyciągu z tarczycy.

Co się tyczy dziedziczności tarczycowej, to wyniki poszukiwań doświadczalnych nie są jeszcze dostatecznie wy-

jaśnione. Należy jednak zwrócić uwagę na niektóre dość ciekawe spostrzeżenia:

Traczewski stwierdził istnienie krzywicy u dzieci, pochodzących z matek pozbawionych operacyjnie tarczycy. Lanz zauważył znaczne zmniejszenie się jedynego jaja złożonego przez kurę, której usunięto gruczoł tarczowy, jajko to ważyło zaledwie 50 gr. Tymczasem inna kura której dawano z pożywieniem 10—30 gr. świeżego gruczołu tarczowego niosła się trzy razy więcej, niż inne kury, a jej jaja stale się powiększały, tak, że różnica wynosiła od 10—12 gr. pomiędzy ostatniem i każdem następnem jajkiem. Inni badacze, którzy poszukiwali na tej samej drodze, nie uzyskali żadnych dodatnich wyników. Natomiast Iselin, który eksperymentował na gruczołach przytarczycowych, skonstatował, że potomstwo szczurów pozbawionych przytarczyc są nadmiernie uczulone na działanie prądu galwanicznego i nadwrażliwe na wycięcie gruczołów przytarczycowych. Wynika z tego że dziedziczność wytwarza tutaj pewną predyspozycję do tężyczki.

Wreszcie udało się stwierdzić przechodzenie produktów gruczołów tarczycowych do pokarmu: Jeżeli usunąć tarczycę matce, która karmi (doświadczenie na psach), to matka zachowuje pokarm, ale szczenięta stają się senne jak przy obrzęku śluzowym (Almagia) Z drugiej zaś strony oseski pozbawione gruczołu tarczowego pozostają przy życiu, jeżeli są karmione przez matkę, której tarczyca pracuje bez zarzutu. (Parchon i Golstein, Morel i t. d.).

W części klinicznej Fruhinsholz klasyfikuje patologię gruczołu tarczowego z Levy'm w trzech rubrykach i mówi o hypertyreoidyzmie, o hypotyreoidyzmie i o niestałości czynnościowej tarczycy. Dwa pierwsze rodzaje nie wymagają bliższego określenia, gdyż znajdują wyraz z jednej strony w chorobie Basedowa, z drugiej — w myxoedemacia. Niestałość czynnościowa gruczołu daje symptomatologję bardzo złożoną. Ona też jest kanwą, na której autor rozpatruje anomalje czynności tarczycy w stosunku do ciąży i dochodzi do następujących wniosków, które atoli uważa za prowizoryczne i względne: Prawdopodobne jest, że ciąża wywołuje w warunkach fizjologicznych stan hypertyreoidyzmu kompensacyjnego, który ustala się głównie w drugiej połowie ciąży. Hypertyreoidyzm ten może przekroczyć granice, w których jest ściśle kompensacyjnym, i stać się w ten sposób patologicznym i zamanifestować się w różnych stadjach ciąży. Hypertyreoidyzm patologiczny zjawia się niekiedy dopiero po porodzie, tak jak gdyby był utrzymywany w stanie chwilowej neutralizacji przez istniejącą ciążę.

Stan hypertyreoidyzmu już istniejącego nie sprzyja zazwyczaj zapłodnieniu. Hypertyreoidyzm już istniejący często zmniejsza się z nastaniem ciąży, tak jak gdyby ostatnia przynosiła z sobą elementy zobojętniające. W razach wyjątkowych ciąża może powiększyć hyperthyreoidyzm już istniejący. Większość przypadków tego pogorszenia należy do tych, w których działanie mechaniczne wola pokonało czynność funkcjonalną wyżej wymienionego hypertyreoidyzmu, lub do takich, w których istniało cierpienie serca. Hypotyreoidyzm zdaje się być jeszcze mniej sprzyjającym powstawaniu ciąży niż hypertyreoidyzm. W razach jednak, kiedy przy hypotyreoidyzmie nastąpi ciąża, jej wpływ na cierpienie już istniejące może być różny, a mianowicie: Może wpłynąć polepszająco, o ile hypotyreoidyzm jest lekki i gruczoł tarczowy wykazuje dostateczną zdolność reagowania na bodźce, pochodzące od ciąży. Może wpłynąć pogarszająco, o ile hypotyreoidyzm jest tak daleko posunięty, że gruczoł tarczowy nie jest w stanie dostosować się do zmienionych warunków i wznieść się do wysokości czynnościowej wymaganej. Może wreszcie nie wywrzeć żadnego wpływu. Istnieje pewien wzajemny stosunek pomiędzy tężyczką i ciążą z jednej strony, z drugiej zaś pomiędzy tężyczką i hypoparatyreoidyzmem. Utajona niedomoga czynności gruczołów przytarczycowych może się ujawnić we wszystkich stadjach ciąży i zamanifestować się pod formą teżyczki. O ile ciąża powstanie u osób dotkniętych bądź hyper, bądź hypotyreoidyzmem, rozwija się zazwyczaj normalnie. Jeżeli zachodzą pewne powikłania w ciągu jej trwania, to są one przeważnie z grupy autointoksykacji (białkomocz, obrzęki i t. p.). Znużenie tarczycowe podczas ciąży może przejść w atyreoidyzm po porodzie. Pewne dzieci pochodzące od matek wykazujących głębokie zmiany funkcjonalne gruczołu tarczowego posiadają predyspozycję do zaburzeń gruczołowych, które jednak nie zawsze są homologiczne z zaburzeniami spostrzeganemi u matek. Wyniki poszukiwań klinicznych są na ogół bardziej zadawalające, niż wyniki poszukiwań doświadczalnych głównie w tem, co dotyczy zmniejszenia lub braku zupełnego czynności tarczycy i przytarczyc. Tem niemniej jednak wpływ tych zaburzeń na produkt ciąży ludzkiej jest mniej wyraźny niż w eksperymencie na zwierzętach. Hypertyreoidyzm doświadczalny wniósł jak dotąd bardzo mało światła do dziedziny hypertyreoidyzmu ludzkiego w stosunku do ciąży.

H. Gromadzki (Kraków).

Choroby oczne.

Archives d' Ophtalmologie.
Październik 1921.

Duverger et Barré. **Zaburzenia wzrokowe w chorobie Parkinsona.** Autor przytacza kilka przypadków choroby Parkinsona pierwotnej, lub w następstwie zapalenia mózgu, w których chorzy przedstawiali następujące zaburzenia wzrokowe: 1) opadnięcie niezupełne powieki górnej, zwykle jednostronne, niekiedy obustronne, 2) drżenie mięśnia okrężnego powiek, 3) zaburzenia zbieżności i podwójne widzenie przy patrzeniu z blizka, poza tem ruchomość gałki najczęściej zachowana, niekiedy jednak ograniczenie ruchów gałki ku górze, jak również ruchów bocznych, 4) oddziaływanie źrenic prawidłowe lub też objaw przeciwny objawowi d' Argyll-Robertsona. Dno oka we wszystkich spostrzeganych przypadkach jest prawidłowe. Badanie odczynu błędników wykazuje zmiany zupełnie specjalne i charakterystyczne dla danej choroby. Stałe prawie współistnienie wyżej opisanych zaburzeń wzrokowych i zaburzeń czynności błędników przy chorobie Parkinsona wskazuje na ścisłą łączność między niemi i upoważnia do uważania jakiegoś uszkodzenia pasma tylnego i podłużnego za przyczynę jednych i drugich.

Gabriëlides. **Bóle gałki ocznej i łzawienie podczas ruchów szczęki dolnej.** Chora lat 48 zgłasza się z powodu łzawienia i bólów lewej gałki ocznej i okolicy skroniowo-czołowej, które od dwóch miesięcy występują napadowo przy najlżejszym ruchu szczęki dolnej. Od kilku dni bóle stają się nadzwyczaj silne. Podczas napadu bólów daje się zauważyć lekki obrzęk powieki górnej, jak również zaczerwienienie skóry powieki górnej i okolicy skroniowo-czołowej. Nieznaczne wrzekome opadnięcie powiek wskutek małego stopnia zapadnięcia oka. Wrażliwość skóry twarzy, powiek, oraz spojówek, jak również i błony śluzowej nosa i języka jest prawidłowa. Bardzo dokładne badanie ogólne, a zwłaszcza systemu nerwowego, poza zmianami dnawemi w stawach członków palców kończyny górnej nic nie wykrywa. Badanie krwi ujemne Leczenie — morfina i urotropina.

Po jakimś czasie chora zgłasza się ponownie: bóle, które początkowo ustąpiły, znów powracają, lecz znacznie słabsze. Badanie roentgenologiczne lewego stawu szczęki dolnej wykazuje nieznaczne zniekształcenie brzegu przedniego *processus coronoideus*, przytem należy zaznaczyć, że przy ucisku staw ten pozostaje zupełnie niebolesny, bóle powstają jedynie przy ruchach szczęki dolnej. Autor, biorąc pod uwagę istnienie zmian dnawych w stawach palców, przypuszcza istnienie pewnych zgrubień lub nawet narośli kostnych w stawie szczęki dolnej. Zgrubienia owe drażniąc nerw małżowinowo-skroniowy mogą wywołać napady bólów i łzawienia, odbywa się to zaś drogą następującą: nerw małżowinowo-skroniowy, skroniowotwarzowy, zwój kolankowy, zwój Meckela, łuk oczodołowo-łzowy i jego rozgałęzienia. Podobne objawy możemy otrzymać przez podrażnienie zwoju Meckela. Ustąpienie bólów autor przypisuje zmniejszeniu się zgrubienia kostnego, drażniącego nerw małżowinowo-skroniowy. Decydującem w tym względzie mogłoby być zdjęcie roentgenowskie, wykonane w okresie silniejszych napadów.

Delord-Nimes. **Niedowidzenie przy zezie.** Autor przytacza 35 przypadków niedowidzenia oka zezującego, gdzie udało mu się osiągnąć znaczny stopień poprawy bystrości

wzroku w sposób następujący: chorzy, zwykle dzieci poniżej lat 10-ciu, mają przepisane okulary tego rodzaju, że oko prawidłowe zapomocą szkła matowego lub wprost kawałka sukna jest całkowicie wykluczone z aktu widzenia obuocznego, oko zaś zezujące jest zaopatrzone w szkło wyrównawcze. Okulary te noszą dzieci stale przez 6 miesięcy, rok, a niekiedy nawet 2 lata. Przez pierwszych parę tygodni do oka prawidłowego zapuszcza się atropinę. Uzyskana w ten sposób poprawa bystrości wzroku jest tem większa, im mniejszy był stopień niedowidzenia pierwotnego; w niektórych przypadkach bystrość wzroku z 1/100 podniosła się do 1/10. Autor twierdzi, że nigdy nie otrzymał poprawy bystrości wzroku jedynie przez zawiązywanie oka prawidłowago na 2 — 3 godzin dziennie.

Van Lint. **Skurcz samoistny powiek, usunięty przez wstrzyknięcie alkoholu w okolicę dolnozewnętrznego oczodołu.** Samoistny skurcz powiek może być z łatwością usunięty przez wstrzyknięcie alkoholu do nerwu twarzowego w okolicy wyrostka rylcowatego. Metoda ta jednak nie jest praktyczna, gdyż powoduje porażenie obu gałązek, tak górnej jak i dolnej, nerwu twarzowego, czego następstwem bywa, między innemi, znaczna niedomykalność powiek. Autor próbował usunąć skurcz powiek przez porażenie jedynie tych gałązek nerwu twarzowego, które unerwiają mięsień okrężny powiek, dokonał zaś tego wstrzykując alkohol (po uprzedniem wstrzyknięciu novocainy) wzdłuż dolno-zewnętrznego brzegu oczodołu. Chorą badał powtórnie w 3 miesiące po zabiegu; skurcz powiek nie powrócił. *Dr. Tröszyńska* (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

VII. Posiedzenie naukowe z dnia 15 lutego.

Przewodniczy kol. Walter. Obecnych członków 75.

Na nowych członków towarzystwa wybrano kol. Mieczysława Wiekuchowskiego i kol. Adolfa Kaperę. Następnie przeprowadzono dyskusję nad żądaniem Towarzystwa urzędników, które zwróciło się do Towarzystwa lek. z prośbą o postawienie wniosków w sprawie organizacji porady lekarskiej dla członków tegoż towarzystwa. W rezultacie sprawę tę ujął w swe ręce Krajowy Związek Małop. lek.

1. Następnie przedstawia kol. Eisenberg przypadek **meningitis typhosa.** Dotyczy on chorej 28-letniej w 5-tym miesiącu ciąży. Dur brzuszny stwierdzony odczynem Widala i hodowlą ze krwi minął po czterotygodniowem trwaniu przy dość znacznem nasileniu objawów nerwowych. Po dwóch dniach bezgorączkowych wróciła gorączka, wystąpiły silne bóle głowy, potem sztywność karku, objaw Kerniga, wymioty, zwolnienie tętna, wreszcie wśród drgawek i objawu Cheyne-Stokesa piątego dnia zejście śmiertelne. Płyn mózgo-rdzeniowy, uzyskany przez nakłucie lędźwiowe na kilka godzin przed śmiercią okazywał mierne zmęcenie, ilość krwinek białych przeważnie wielojądrzastych ok. 800 w 1 m³, ilość białka 2.4‰, odczyny Nonne-Apelta, Pandyego i Weichbrodta dodatnie, ilość cukru zmniejszoną 0.2‰, w osadzie znaczną ilość bakteryj gramoujemnych przeważnie pozakomórkowych, które hodowla określiła jako b. typhi. Jako ciekawy szczegół należy podnieść wybitny rozpad krwinek białych po kilkugodzinnem przechowaniu płynu w pracowni. Wskazuje to na wytwarzanie jadów ciałkobójczych (leukotoksyn) przez las. durowe. Jady takie znane są już u gronkowców (Denys-Van de Velde), beztlenowców obrzęku złośliwego i szelestnicy (Eisenberg), ostatnio zaś były opisane u różnych gatunków (las. błonicze, kiełbasiane, gruźlicze, paciorkowce, pneumokokki, las. okrężnicowe, las. sienne, B. prodigiosum, B. alcaligenes) przez Wardswortha i Hoppego, u paciorkowców przez Tongsa Rozumie się samo przez się, że wytwarzanie takich jadów musi odgrywać poważną rolę w mechanizmie wielu zakażeń — skutki tych jadów widzimy często we wysiękach, zapalnych i ropie w postaci zwyrodnienia i rozpadu krwinek białych.

2) Kol Raczyński wygłosił odczyt **„O odmie sztucznej“** oraz przedstawił używany od dłuższego czasu w szpitalu wojskowym w Rajczy aparat, służący do tego zabiegu — a następnie dokonał na chorym — u którego dawniej już założono odmę sztuczną, powtórnego napełnienia (Odczyt powyższy przeznaczony do druku).

Dyskusję ze względu na spóźnioną porę odłożono do następnego posiedzenia. Sekretarz: *Wysocki.*

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XVII. Posiedzenie naukowe z dnia 12. maja 1922.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 85.

1) Kol. Sabatowski omawia sprawę otwarcia sezonu w Truskawcu i wyjaśnia, że roboty kotła do ogrzewania wody, komina i łazienek są na ukończeniu. W dyskusji przemawiali kol. Rencki i Franke.

2) Kol. Schramm przedstawia:

a) dwa **rentgenogramy**, pierwszy jako dowód, że obraz rentgenograficzny **po złamaniach kości** nie zawsze odpowiada obrazowi klinicznemu i mógłby czasem służyć za podstawę do nieusprawiedliwionych skarg chorego U przedstawionego dziecka badanie kliniczne nie wykazuje ani skrócenia ani wyczuwalnego zgrubienia a zgrubienie i pozorne duże przesunięcie odłamków na fotografji pochodzi od małego skręcenia się odłamków podłużnie złamanej kości. Należyte tłumaczenie takiego obrazu wymaga dość wielkiej wprawy w odczytywaniu rentgenogramów. Druga fotografia przedstawia typowy przypadek **złamania kości trzeciej śródstopia,** powstałego u chłopca 17 letniego bez zadziałania większego urazu, tylko po nieco dłuższem chodzeniu. Przypadek ten uważać można jako dalszy dowód, że przypisywanie podobnych objawów zmianom zapalnym w kości na tle nieznanej dyskrazji, jak to utrzymywał Deutschländer, nie jest słuszne;

b) chorego, u którego prawie przed dwoma laty wykonał **sfałdowanie żołądka** (*gastroplicatio*) **z powodu bardzo znacznej rozstrzeni i opadnięcia żołądka.** Przez półtora roku chory miał się całkiem dobrze, potem dawne dolegliwości powróciły w tym samym stopniu.

Powtórna laparotomia wykazała, że żołądek rozciągnął się na nowo, nie było prawie śladu po poprzedniem sfałdowaniu jego ścian. Wykonano ponowne sfałdowanie żołądka a nadto przytwierdzono żołądek w prawidłowem położeniu przez przyszycie więzadła okrągłego i przytwierdzenie ściany żołądka do przedniej ściany brzucha. Wynik zabiegu pod względem czynnościowym nie był dobry, dolegliwości pozostały te same, jak przed operacją, a badanie promieniami Roentgena wykazało prawie całkowite zaleganie pokarmów, także przez odźwiernik prawie nic nie przechodziło. Na usilne żądanie chorego przystąpiono do trzeciej laparotomji, porozdzielano częściowo bardzo silne zrosty żołądka z ścianą brzuszną i wykonano tylną gastroenterostomję. Wynik zabiegu zupełnie zadawalający, dane dolegliwości ustąpiły, a badanie promieniami X wykazuje, że żołądek wypróżnia się dość szybko i dokładnie przez założoną przetokę. Przypadek ten stwierdza zatem niesłuszność zapatrywania, jakoby drożność odźwiernika była przeciwwskazaniem do wykonania gastroenterostomji.

c) **siedm preparatów żołądka, uzyskanych po operacji.** Pierwszy z nich, przypadek bardzo rzadki, operowany z rozpoznaniem klinicznem daleko posuniętego raka żołądka. Po wycięciu nowotworu, mocno pozrastanego, zwłaszcza z krezką poprzecznicy, znaleziono w żołądku dwa nowotwory od siebie niezależne, brodawczak wielkości małej pięści o cechach drobnowidowych nowotworu dobrotliwego i obok niego guz rozpadający się, wielkości małego jabłka, który już przebił tylną ścianę żołądka. Przypadek skończył się niepomyślnie z powodu obumarcia części poprzecznicy.

Sześć pozostałych preparatów przedstawia trzy nowotwory rakowe i trzy rozległe wrzody modzelowate, dwa na krzywiźnie małej, jeden w odźwierniku, tak daleko posunięte, że zachodziła konieczność wycięcia więcej, niż połowy żołądka. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Mowca zwraca uwagę na przypadki, w których rozpoznanie między nowotworem złośliwym a wrzodem modzelowatym przed operacją, a nawet i podczas operacji, jest wątpliwe i dlatego przy modzelowatych wrzodach jest zwolennikiem wycięcia wrzodu. Według doświadczenia z ostatnich przypadków przemawia za wycięciem poprzecznem, polecane wycięcia klinowate lub schodkowate mają wiele stron ujemnych.

Wreszcie zwraca się do kolegów, zajmujących się chorobami wewnętrznemi, z prośbą, aby nakłaniali chorych do poddawania się wcześniej zabiegowi operacyjnemu, nie czekając latami na skutek różnych metod leczenia wewnętrznego. Jeżeli racjonalnie prowadzone leczenie wewnętrzne nie odniesie skutku w ciągu kilku miesięcy lub jeżeli objawy chorobowe powtarzają się w krótkich odstępach czasu, należy zawezwać pomocy chirurga. Zabieg operacyjny, wykonany we wczesnym okresie, przy względnie dobrych siłach chorego, nie przedstawia przy obecnej technice operacyjnej większego niebezpieczeństwa, niż powikłania, na jakie chory z wrzodem w żołądku jest ciągle narażony. Operacja jak najwcześniejsza jest bezwarunkowo wskazana. (A. r).

W dyskusji kol. Rencki podnosi dobre wyniki przy djetetycznem leczeniu Sippiego i omawia wskazanie do zabiegu chirurgicznego przy wrzodzie drążącym. Kol. Pisek poleca leczenie zachowawcze, gdyż tylko około 10% wrzodów wymaga zabiegów chirurgicznych.

3) Kol. Aleksiewicz Józef wygłasza odczyt o **powikłanych złamaniach udu,** objaśniając zakładanie gwoździa sposobem Steinmanna, ustawienie się obu złamanych końców kości do siebie i wyniki zrostów licznemi rentgenogramami i dużą własną statystyką. (Ukaże się drukiem).

W dyskusji kol. Selzer Jakób przemawia w obronie klamry Schmerza. Kol. Schramm podnosi bardzo dobre wyniki przy wyciągu gwoździowym; zaznacza że i klamra oddaje dobre wyniki, mimo, że przy nieścinśniętych mocno ramionach wysuwa się często. Dobre usługi i węższy kanał kostny daje silnie napięty, cienki jak struna „D“ drut stalowy. Kol. Ostrowski opisuje przerzut ropienia z odległości do kanału kostnego z gwoździa Steinmanna. Drut daje mniejsze niebezpieczeństwo w tych przypadkach.

4) **Dyskusja nad kamicą żółciową.** Kol Pisek w spra

wie badania zwraca uwagę na wielką doniosłość oklepywania. Sposób wydoskonalony przez Jaworskiego mało jest w użyciu. Na podstawie prowadzonych latami zestawień stwierdza, że przynajmniej w 75% daje się sposobem tym ustalić rozpoznanie z całą ścisłością. W przypadkach trudnych zaleca badanie w ciepłej kąpieli; przypomina wreszcie badanie uderzeniem końcami palców. Pamiętać należy, że zazwyczaj nie rozpoznajemy kamienia, lecz tylko zapalenie pęcherzyka, względnie dróg żółciowych. Stąd wynika usprawiedliwienie podziału kamicy na prawidłową i nieprawidłową. Nieprawidłową dzieli mowca na 4. grupy (1. całkowite zamknięcie przewodów ew. z marskością wątroby; 2. przypadki z owrzodzeniami i przetokami; 3. przypadki z cechą ciężkich zakażeń, z gorączką ciągłą, rzadziej przepuszczającą; 4. niedrożności jelita z kamicy żółciowej). Podział ten ma znaczenie praktyczne w kierunku wskazań leczniczych. Pomocniczem przy kamicy bywa czasami stwierdzenie przeczulicy skórnej na ból (Mackenzie) wielkości dłoni na łuku żebrowym prawym w linji sutkowej. W rozpoznaniu różniczkowem między kamicą a zapaleniem wyrostka robaczkowego na korzyść kamicy przemawia płeć żeńska przypadku. Prawie niemożliwą rzeczą jest rozróżnienie zlepionej z otoczeniem sieci, gruźliczo naciekłej, na kształt kiełbasowatego guza, w okolicy pęcherzyka żółciowego. Pamiętać też trzeba o objawach występujących przy skręcie sieci, przypominających napad kamicy. W sprawie leczenia kamicy zajmuje mowca stanowisko zdecydowane. Zastrzega się przeciw poglądowi, podobnie jak przy leczeniu wrzodu żołądka, jakoby leczenie chirurgiczne miało być dopiero wtedy stosowane, gdy chory wyniszczony „nie ma nic do stracenia" ; wtedy i zabieg chirurgiczny chorego nie uratuje. Wbrew prelegentowi mówca jest zdania, że kamica nie powikłana jest przedmiotem leczenia wewnętrznego, które sprowadza kamicę do stanu utajenia. Niezapominajmy, że kamica najczęściej jest chorobą watrobową i nie można jej na równi stawiać z zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Własna statystyka za 30 lat praktyki, oparta na 1000 przypadków wykazuje, tylko 3% śmiertelności, które należą do obrazu kamicy, powikłanej nieprawidłowej, przeważnie z grupy II i III. Przypadki nawet długotrwałego zapalenia dróg żółciowych, w przeważającej większości kończą się pomyślnie. Przypadki z częstymi nawrotami, z ropieniem, w ogóle z grupy II. i III. wymagają leczenia chirurgicznego. Nieraz skłania lekarza do operacji wskazanie społeczne. (A. r.).

Kol. Schramm zaznacza, że kamicę, równie jak wrzód żołądka, należy wcześnie posyłać do chirurga. Jurasz w Frankfurcie wykonał około 300 wycięć woreczka żółciowego. Liczby tej nie osiągnie zapewne w Poznaniu, gdyż lekarze i publiczność nie są jeszcze u nas dostatecznie uświadomieni.

Kol. Feis zaznacza, że kępki żółte, *xantelasmata*, w wewnętrznych kątach ócz wcale nie tak często łączą się z kamicą. Częste, ale szczupłe posiłki, są najlepszym lekiem żółciopędnym. Za Aldorem i Rosenheimem poleca obok picia wód i ścisłej płynnej dyety, 4-tygodniowe leżenie w łóżku ze stosowaniem gorących okładów borowinowych. Leczenie zachowacze kamicy popiera spostrzeżenie, że nawet najgwałtowniejsze napady kolki żółciowej z dreszczami i żółtaczką kończą się rychło pomyślnie; zgorzelinowe przebicie woreczka żółciowego, ogólne zapalenie otrzewnej lub ropnie otorbione, będące niemal zwyczajnem następstwem w zapaleniu wyrostka robaczkowego, są tu tylko rzadkością. Operacje na woreczku żółciowym są technicznie o wiele trudniejsze, a w dodatku wyniki ich nie są tak pomyślne, jak wycięcie wyrostka robaczkowego. Nawet wybitni chirurdzy, jak Kocher i inni, zapadłszy na kamicę, leczyli się zachowawczo w Karlsbadzie. Przyznać należy, że cierpiący na kamicę żółciową zapadają później często na cierpienia żołądkowe, jakoto na zwężenie odźwiernika, wrzód trawienny żołądka i t. p. (A. r.).

Kol. Chomicki — zestawia wyniki operacji dróg żółciowych w klinice chirurgicznej. W ostatnich czasach operowano 9 wypadków z powodu kamicy i 3 z powodu raka; i to raz raka woreczka żółciowego i raz brodawki Vatera. Z chorych operowanych z powodu kamicy — wszyscy opuścili klinikę uleczeni. Z operowanych z powodu raka dwoje zmarło po operacji. Odnośnie do rozpoznań przedoperacyjnych, zaznacza, że w klinice wszystkie przypadki kamicy były przed zabiegiem trafnie rozpoznane. Jedynie przypadek na *papilla Vateri* rozpoznano dopiero po śmierci. (A. r.) *Kmietowicz*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 7 marca 1922 r.

Obecnych członków 26.

1. Kol. Rozenfeld-Rożkowski przedstawił 14-letnią dziewczynę z rozpoznaniem **dystrophia musculorum progressiva** typu rzekomo - przerostowego. Pierwsze objawy utrudnienia chodu przed 8 laty. Niezwykła grubość łydek przy szczupłej budowie ogólnej zwracała zawsze uwagę rodziny. W roku zeszłym łydki zaczęły chudnąć. Obecnie zanik mięśni łydek oraz mięśni obu przedramion i dłoni. Brak odruchów, zaburzeń czucia i porażeń. Chód utrudniony. Podnoszenie przedmiotów z ziemi i wyprostowanie tułowia — charakterystyczne dla zaników typu rzekomo-przerostowego. R. wyłącza zapalenie wielonerwowe, chorobę Heyne-Medina oraz zanik postępowy rdzeniowy.

2. Kol. Łokczewski odczytał referat „**Nowsze spostrzeżenia nad nadwrażliwością**"; na wstępie omówił zwięźle teorje nadwrażliwości, dawną i nowszą autorów francuskich, referując następnie szczegółowo sześć spostrzeżeń klinicznych z piśmiennictwa francuskiego (Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris NN 20, 23, 24 i 26 r. 1921).

W dyskusji przemawiali koledzy: Stawnicki, Batawia, Stefan Kon, Szaniawski, Koniecpolski, Kahi, Okuszko, Rozenfeld-Rożkowski i referent. Kol. Batawia zna przypadki dychawicy po spożyciu kartofli oraz zależne od obcowania z kotem; zapalenie ucha średniego u dzieci powstać może również na tle nadwrażliwości. Kol Koniecpolski opisuje przypadek nadwrażliwości po proszku Dowera. Zdaniem kol. St. Kona należy odróżniać pojęcia anafilaksji i idiosynkrazji.

Kol. Rozenfeld-Rożkowski z obecnego stanu nauki o nadwrażliwości wysnuwa wnioski praktyczne, zachęca do określania w odpowiednich przypadkach rodzaju uczulenia za pomocą swoistych odczynów skórnych. Technika jest tu dostępna dla każdego lekarza, trudność polega na konieczności stosowania dużej ilości antygenów.

Referent zaznacza identyczny mechanizm powstawania różnych objawów nadwrażliwości; wyróżnienie stanów anafilaksji i idiosynkrazji przy obecnym stanie wiadomości uważa za rzecz trudną.

3. Kol. Wacław Kon wygłosił referat: „**O leczeniu przymiotu bizmutem**" — streszczenie pracy R. Sazerac'a i C. Levaditi'ego: „Etude de l'action thérapeutique du bismuth sur la syphilis" w zeszycie 1-ym Annales de l'Institut Pasteur 1922.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 kwietnia 1922 r.

Obecnych członków 22.

1. Magister E. Nowak uczcił przemówieniem zmarłego dn. 19 marca Dra chemji Zygmunta Monikowskiego, członka Tow. lekarskiego. Pamięć Jego uczczono przez powstanie.

2. Kol. Batawia wygłosił odczyt: „**Oczopląs w otiatrji**" z pokazem własnoręcznie wykonanych rysunków schematycznych. Wspomniawszy na wstępie o położeniu jąder n. przedsionkowego i ich połączeniu z jądrami nerwów odsiebnego oka i okoruchowego, omówił dalszy przebieg włókien nerwowych, wychodzących z jądra Deytersa przedewszystkiem ku górze, do kory mózgowej, z drugiej zaś strony ku dołowi aż do rdzenia lędźwiowego. W ten sposób powstają 2 łuki odruchowe: górny — od narządu przedsionkowego do gałek ocznych; drugi — od tegoż narządu do kończyn górnych i dolnych. Pierwszy łuk powoduje oczopląs, drugi, tak zw. objaw omijania. Po opisaniu oczopląsu przy utrwaleniu i ustaleniu wzroku, przeszedł mowca do omawiania oczopląsu usznego, zastanawiając się nad mechanizmem tego objawu i nad warunkami, w jakich oczopląs ten powstaje. Omówił oczopląs przy obracaniu chorego około jego własnej osi, oczopląs cieplny, tak zw. próbę przetokową i oczopląs elektryczny. Po omówieniu towarzyszących oczopląsowi objawów ubocznych mowca zastanowił się nad kierunkiem padania przy zajęciu błędnika i objaśnił, w jaki sposób kierunek padania pozwala odróżnić chorobę móżdżku. Na końcu omówił mowca znaczenie badania błędnika w neuropatologji (autoreferat).

Posiedzenie nadzwyczajne z dnia 5 kwietnia w celu uczczenia 25-lecia działalności lekarskiej kol. L. Batawji.

Przemawiali kol. Rozenfeld-Rożkowski, Wrześniowski, E. Kohn i mag Nowak. Po tych przemówieniach został odczytany i wręczony Jubilatowi pamiątkowy adres. Złożoną do Jego dyspozycji sumę mk 41.000 powiększył Jubilat o 10.000, i przeznaczył na rzecz stypendjum imienia Dra Biegańskiego.

Posiedzenie z dnia 11 kwietnia 1922.

Obecnych członków 23.

Posiedzenie poświęcone opracowaniu nowego statutu towarzystwa. Sekretarz *Łokczewski*.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 stycznia 1922 r.

Obecnych 21 członków oraz 14 gości. Przewodniczący kol. Modrzewski dzieli się smutną wiadomością o śmierci honorowego członka Towarzystwa ś. p. Dr. Lasockiego i proponuje, aby zebrane przez kol. Jaworowskiego 25.100 mk. ku uczczeniu pamięci i zasług zmarłego zamiast kwiatów na trumnę przesłać siostrze nieboszczyka wdowie p. Steckiej do Jej uznania. Propozycję kol. prezesa przyjęto.

1. Kol. Kożuchowski wygłosił odczyt na temat: „**Przyczynek do leczenia zapaleń wyrostka robaczkowego**". Autoreferat nie dołączony. W dyskusji zabierali głos: kol. Modrzewski, Cynberg, Dziemski, Czerwiński, Cywiński, Voit, Arnsztajn, Sitkowski, Chromiński, Tenenbaum, Garbaczewski.

2 Na wniosek Dr. Krysińskiego uchwalono zorganizować szereg odczytów z dziedziny higjeny, powierzając komisji odczytowej wykonanie powyższej sprawy.

Nadto załatwiono dwie sprawy charakteru administracyjnego.

Warszawskie Towarzystwo ginekologiczne.

Posiedzenie naukowe z dnia 9 marca 1922.

Przewodniczący Z. Monsiorski, potem A. Czyżewicz.

Obecnych członków 61, gości 9.

1. Kol. Czyżewicz wraz z asystentami oprowadził obecnych po klinice, która po gruntownem przerobieniu byłego insty-

tutu położniczego po raz pierwszy została wyznaczona na miejsce posiedzenia T-wa.

2. Kol. Czyżewicz zdał sprawę z kilku przypadków **raka macicy, leczonych różnemi metodami.** W jednym z nich z powodu raka części pochwowej i przedniej ściany pochwy, który wystąpił pod postacią owrzodzeń, przypominających owrzodzenia gruźlicze lub kilaki, wykonana została operacja Wertheima doszczętnego usunięcia macicy wraz z połową pochwy. Chora wypisała się w trzy tygodnie po zabiegu w stanie zupełnie dobrym i bez widocznych śladów nawrotu choroby, co rzecz oczywista nie przesądza jeszcze sprawy doszczętnego jej wyleczenia. Dalsze spostrzeganie chorej w ciągu conajmniej lat pięciu wykaże, czy wynik operacji będzie trwały.

Drugi przypadek, jak i pozostałe, dotyczył raka części szyjowej macicy, który narazie zakwalifikowany, jako nienadający się do operacji, po wyskrobaniu przedstawiał się klinicznie jako operacyjny. Nadmienić należy, że oględziny pęcherza nie wykazały żadnych zmian na jego błonie śluzowej. Podczas operacji, na którą się zdecydowano, natrafiono jednak na rozległe zmiany nowotworowe w okolicy jednego z moczowodów, które w razie kontynuowania operacji zmusiłyby do wycięcia części moczowodu i części trójkąta Lieutauda pęcherza. Ze względu na stan chorej zaniechano tego ciężkiego zabiegu a korzystając z otwartej jamy brzusznej, podwiązano tylko obie tętnice podbrzuszne (sposób podany przez Amerykanina Prayera). Wskutek przerwania dopływu krwi do macicy przez tętnice maciczne górna część pochwy i część pochwowa były bezpośrednio po operacji zupełnie białe, t. j. w stanie zupełnej bezkrwistości. Natomiast już czwartego dnia po operacji części te nabrały zupełnie normalnego zabarwienia wskutek wytworzenia się w macicy krążenia pobocznego. Chora wypisała się z kliniki w trzy tygodnie po zabiegu Stan jej ogólny poprawił się, krwawienia i upławy narazie ustały.

W pozostałych przypadkach stosowano radioterapję dzięki kol. Więckowskiemu, który Klinice udzielił swych preparatów radu. W jednym przypadku po zastosowaniu radu (140 mg. do krateru w szyji macicznej) w ciągu 24-ch godzin osiągnięto jedynie ustanie krwawień, które od listopada jeszcze się nie pokazały. Natomiast stan nowotworu pozostał bez zmiany, a bóle nawet cokolwiek się powiększyły. Powodem takiego stanu rzeczy jest prawdopodobnie niedostateczna ilość energji promiennej, udzielonej nowotworowi przez dostateczną wprawdzie ilość samego radu w za krótkim jednak czasie.

Po tej nieudanej próbie nie bez pewnego ryzyka postanowiono zakładać rad na 48 godzin bez przerwy, to też następne przypadki były leczone w ten sposób, że zakładano do krateru po wyskrobanych i przypalonych wyroślach nowotworowych 140 mg. radu w podwójnych filtrach (1 mm. mosiądzu i 0.5 mm. złota) na 48 godzin bez przerwy. W jednym przypadku wynik był zupełnie nieoczekiwany i poprostu zdumiewający. Chora, u której przed leczeniem stwierdzono daleko idące nacieczenia nowotworowe w obu przymaciczach i w obu więzach krzyżowo-macicznych z nieruchomą macicą wyszła z kliniki w 4 tygodnie po naświetlaniu ze znacznemi jeszcze zmianami zarówno w przymaciczach i w więzach krzyżowo-macicznych, a w 8 tygodni po naświetlaniu przyszła się pokazać w stanie znacznej poprawy zarówno ogólnej, jak i miejscowej Badanie wykazało zupełnie ruchomą macicę oraz absolutny brak nacieczeń zarówno w przymaciczach, jak i w więzach krzyżowo-macicznych. Wynik okazał się wprost niezwykłym, nie uprawnia jednak do zbytniego optymizmu, gdyż dopiero po upływie 5 lat można będzie z przypadku tego wyciągać należyte wnioski co do wyleczenia zupełnego. W innym przypadku, traktowanym zupełnie tak samo, jak powyższy, efekt jest gorszy — nacieczenia nie ustępują, ustały jedynie krwawienia i upławy. Ostatnia chora zgłosiła się w dniu posiedzenia do kliniki i została zademonstrowana

W przypadkach, leczonych radem, była szczegółowo badana krew chorych przed założeniem radu, bezpośrednio po naświetlaniu i w 4—5 tygodni po naświetlaniu. Zmiany w krwi były we wszystkich przypadkach jednakowe, a przeobrażenia, jakie w niej występowały pod wpływem promieni radu, zasługują na uwagę. Pozwalają one postawić hypotezę, że wpływ leczenia odbija się przedewszystkiem na obrazie krwi a jad rakowy działa podobnie, jak toksyny drobnoustrojowe. wywołując leukocytozę z przesunięciem obrazu Arnetha na lewo. Mówca wyraził ubolewanie nad tem, że na razie nie można będzie kontynuować rozpoczętych ciekawych badań nad tą sprawą ponieważ kol. Więckowski nie może w dalszym ciągu udzielać swych preparatów klinice, a oszczędności przedsięwzięte przez skarb Państwa wykluczają na razie przynajmniej możność posiadania na własność kliniki ilości radu potrzebnej do skutecznego jego stosowania w ginekologji.

Dyskusję nad referatem odłożono do następnego posiedzenia ze względu na aktualność i rzeczowość tematu.

3. Kol. H. Altkaufer przedstawił chorą, młodą 18-to letnią pannę z **olbrzymim przerostem obu sutek**, które pod postacią dużych guzów zwisają prawie do kolan chorej Badanie kliniczne pozwala przypuszczać, że mamy tu do czynienia ze zwyczajnym przerostem, ponieważ chora nie wykazuje nigdzie zwyrodnienia słoniowatego. Leczenie będzie polegało na odcięciu obu sutek, które będą następnie poddane badaniu histologicznemu. Wyniki badania A. przedstawi na posiedzeniu następnem.

Kol. Czyżewicz przedstawił przypadek **bardzo wczesnej ciąży jajowodowej operowanej.** Przypadek zasługuje na uwagę z tego powodu, że pozwolił usunąć drogą operacyjną trąbkę ciężarną, w której znajdowało się jaje maximum siedemnastodniowe. Klinicznie rozpoznano krwistek pozamaciczny oraz ciążę pozamaciczną. Przy operacji usunięto krwistek, oraz pęknięty guz jednego jajnika, który robił wrażenie, że on to był siedliskiem ciąży. Wobec tego, że trąbka drugostronna była cokolwiek zgrubiała w swej części przymacicznej oraz posiadała zlekka sine zabarwienie, usunięto ją również. Badanie histologiczne nie wykryło w guzie jajnika żadnych elementów ciąży, natomiast wykryło je w skrzepie krwi w usuniętym jajowodzie pod postacią kosmków, nie zawierających jeszcze naczyń oraz wypustek kośmówki z tkanką embrjonalną wewnątrz.

Kol. W. Jakowicki przedstawił **macicę wraz z olbrzymim włókniakiem** międzyblaszkowym, usuniętą na drodze operacyjnej. Przypadek ten zasługuje na uwagę z dwóch względów. Przedewszystkiem dlatego, że klinicznie robił wrażenie torbieli dwukomorowej jajnika i symulował torbiel nawet podczas operacji i dopiero po przecięciu guz okazał się guzem solidnym; po drugie dlatego, że badanie histologiczne wykazało w nim zwyrodnienie szkliste, zdarzające się nader rzadko we włókniakach.

6. Kol. H. Gromadzki przedstawił preparat **macicy pękniętej podczas ciąży w VIII miesiącu** oraz jaja płodowego w całości, które po pęknięciu macicy wystąpiło z niej do wolnej jamy brzusznej i podczas operacji zostało wydobyte z prawego podżebrza, z pod samej wątroby. Chora wyzdrowiała Badanie histologiczne ściany macicy z różnych miejsc okolicy pęknięcia wykazało wszędzie stosunki normalne. Przyczep łożyska znajdował się na ścianie przeciwległej tej, która pękła, chora stanowczo twierdziła, że nie uległa żadnemu urazowi i że nikt jej nie badał przed przybyciem do kliniki. Wobec powyższego mówca przypuszcza, że pęknięcie powstało wskutek usposobienia wywołanego tem, że dana ciąża nastąpiła szybko po odbytym porodzie, bowiem chora zaszła w trzy miesiące po urodzeniu ostatniego dziecka

7. Kol M. Tomaszewska przedstawiła chorą, u której wykonano po raz **trzeci cięcie cesarskie** z powodu zniekształcenia miednicy wywołanego potwornością wrodzoną na tle zboczenia wzrostu chrząstek wszystkich kończyn (*Micromelus*). Dziecko wydobyte jest zupełnie normalne.

8. Kol. Z. Monsiorski wygłosił rzecz p. t. **O zarośnięciach macicy.** W referacie swym, w którym mówca podał spostrzegane przez siebie 4 przypadki zarośnięcia kanału szyji macicznej, M. omówił szczegółowo przyczyny wywołujące powyższą nieprawidłowość oraz sposoby jej leczenia. Rzecz ta będzie ogłoszona drukiem w „Ginekologji Polskiej“, która wkrótce wychodzić zacznie w Warszawie jako organ własny warszawskiego Towarzystwa Ginekologicznego pod redakcją Kol. L. Lorentowicza.

W dyskusji nad referatem zabierali głos Kol. Lorentowicz, Antecki, Chodakowski, Wertenstein, Fiedorowicz i Endelman.

Związek lekarzy dentystów lwowskich.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych z roku 1921.

Ruch naukowy w roku ubiegłym był dość ożywiony. Posiedzenia odbywały się dwa razy w miesiącu z wyjątkiem wakacji uniwersyteckich oraz pierwszego ćwierćrocza, w którym większa część kolegów pozostawała w służbie wojskowej.

Na posiedzeniach naukowych wygłoszono 7 referatów i odbyło się 9 pokazów.

Podajemy w zestawieniu chronologicznem posiedzenia naukowe:

Posiedzenie z dnia 21 kwietnia. Prof. Cieszyński: a) Uproszczony sposób wykonania zatykadeł podniebiennych (ukaże się w druku w Przeglądzie dent.).

b) Omijanie częstego wyjaławiania strzykawek injekcyjnych — sposobem Kantorowicza. (pokaz).

Dr. Meschel: Pokaz zmodyfikowanej kanuli injekcyjnej do strzykawki Freiensteina.

Dr Szafran: Przemieszczenie kła dolnego.

Posiedzenie z dnia 21 maja. Dr. Meschel: Referat pracy Hauera o leczeniu zębów i korzeni.

Dr. Szafran: *Necrosis mandibulae posttraumatica et myelitis mandibulae* (pokaz).

Posiedzenie z dnia 18 czerwca. Prof Cieszyński: Krytyczna ocena przeszczepienia zatrzymanych kłów, poleconego przez Ehrickego, ogłoszona w Przeglądzie dentystycznym w roku 1921. Nr. 4

Posiedzenie z dnia 11 października. Prof. Cieszyński: Zapalenie gruczołu ślinnego podszczękowego z powodu kamieni ślinnych.

Posiedzenie z dnia 15 października. Dr. Allerhand: a) Zagadnienia ekonomiczne w praktyce dentystycznej.

b) Taryfa a drożyzna obecna.

Prof. Cieszyński: Pokaz najnowszej strzykawki Fischera (Sterila).

Posiedzenie z dnia 19 listopada. Dr. Szafran: a) Rzadki przypadek zgięcia zęba (ukaże się w druku). b) Zapalenie szpiku kostnego ze złamaniem żuchwy lewej łącznie z usuwaniem zębów (pokaz).

Prof. Cieszyński: a) Przypadek złamania poprzecznego zębów wskutek urazu. b) Ciekawy przypadek w rozpoznaniu (płaska torbiel).

Posiedzenie z dnia 3 grudnia. Ks. Dr. Rosiński: Technika badań antropologicznych na czaszkach i człowieku żywym w zakresie potrzebnym lekarzowi - dentyście.

Jako uzupełnienie artykułu dra E. Wąsowicza w N. 21 i 22 naszego pisma p. t. Wskazania lecznicze dla ważniejszych polskich uzdrowisk

przesyła nam dr. Wł. Staniszewski z Warszawy kilka uwag dotyczących Inowrocławia, które poniżej podajemy:

Inowrocław (Solanka jodowo-bromowa), stolicy żyznych Kujaw, przy linji kolejowej odległy, o godz. 1 od Torunia i Bydgoszczy i 3 godziny od Poznania, n. p. m. 90 m. pomiędzy Wisłą i Odrą na płaszczyźnie, której wnętrze obfituje w gips. solanki i sól kamienną, których wydobywanie nie dosięga 650 metrów w głąb. Klimat odpowiada klimatowi niedaleko położonego Ciechocinka. Środki lecznicze: Solanka i ług. Ponieważ solanka jest absolutnej koncentracji o 30% zawartości soli i ciężarze właściwym 1.25 można mieć kąpiel o dowolnej zawartości soli a nawet czystą solankę.

Wskazania lecznicze te same co i w Ciechocinku. Zakład solankowy miejski otwarty od 16 maja do 30 września Zakład leczniczy „pod Piastem" otwarty cały rok. Liczne pensjonaty dobrze urządzone. Lekarzy ordynujących około 15.

Dla informacji przytaczam analizę solanki i ługu, wykonaną w Królewskiej akademji górniczej w Berlinie 1875 r.,

zawartość w jednym litrze	solanki	i ługu
Chlorek sodu	306.61	191 29
Bromek sodu	0.168	1 339
Jodek sodu	—	0.0042
Chlorek potasu	—	12.32
Siarczan sodu	0.885	—
Siarczan potasu	1.705	44.16
Siarczan wapnia	4.491	—
Węglan wapnia	0.285	—
Clorek magnu	3.451	100.10
Węglan żelaza	0 042	—
Razem części stałych	317.837	849.2442
Ciężar właściwy przy 14° R.	1.2069	1.2379

Obecnie solanki miejskie rozrastają się, kopią się fundamenty pod nowe łazienki; kąpieli błotnych nie ma, w Zakładzie „pod Piastem" są okłady borowinowe.

Medycyna społeczna.

Dr. Pawelec. Katowice.

W sprawie zwalczania gruźlicy.

Gdy się śledzi gorączkową niemal dyskusję, jaka co pewien czas porusza umysły świata lekarskiego w państwach zachodnich w sprawie zwalczania gruźlicy, gdy przegląda się prasę francuską, angielską, niemiecką, tak fachową, jak i niefachową, roztrząsającą te lub inne zamierzenia, zdążające do zwalczania gruźlicy i porówna się je z obojętnością i milczeniem u nas, to możnaby nabrać przekonania, że gruźlica, której boją się społeczeństwa państw zachodnich, u nas nie jest taką chorobą ogólną, podkopującą byt narodu. Niestety rzecz ma się wręcz przeciwnie, o czem nietrudno się przekonać; cały problem gruźlicy i walki z nią na obszarze Polski przedstawia się nader smutno i wymaga energicznej akcji ze strony władz rządowych, komunalnych a przedewszystkiem całego społeczeństwa, bo powiedzmy sobie otwarcie, że dotąd naprawdę dla zwalczania gruźlicy nic jeszcze nie zrobiono, albo przynajmniej bardzo niewiele. Twierdzenie to moje odnosi się z jednej strony do całej Polski, ale i do jej najmłodszej dzielnicy — Śląska Górnego, gdzie my Polacy stajemy się szafarzami tej bogatej ziemi, to też jest naszym obowiązkiem zapoznać się z problematem walki przeciwgruźliczej, abyśmy i na tem polu mogli spełnić nasze obowiązki, tem trudniejsze, że cały świat będzie patrzał na nas, czy zdolni jesteśmy kraj kwitnący, odziedziczony po Niemcach, utrzymać na dawnej wyżynie, bo pamiętajmy, że walka z gruźlicą to tosamo, co pracować nad ulepszeniem bytu społeczeństwa, nad wprowadzaniem urządzeń hygjenicznych, nad zdrowemi mieszkaniami warstw uboższych, nad dostatecznem odżywianiem itd.; im lepsze warunki życiowe — tem gorszy grunt dla prątka Kocha.

Aby dać obraz pozytywny i prawdziwy, w jaki sposób może się odbywać walka z gruźlicą, najprzód krótko przedstawię, jak zwalczano gruźlicę w Niemczech i z tego wywnioskujemy, co już na Śląsku Górnym mamy do tej walki przygotowane, a co nam jeszcze koniecznie stworzyć wypada. Dla objektywności zaznaczyć należy, że w Niemczech właśnie rozpoczęła się nowoczesna walka z gruźlicą i tu ją posunięto do najwyższego stopnia doskonałości. Walka z gruźlicą z początku nie odbyła się, jak i wszystkie poczynania ludzkie, bez błędów. Te błędy poznać jest dla nas Polaków, którzy się dopiero do tej walki mamy wprawić, rzeczą bardzo ważną, żebyśmy mogli je ominąć. Dlatego to powinniśmy obficie korzystać z doświadczenia ich, przyjąć wyniki już gotowe, zamiast zdobywać je własnem doświadczeniem, ze szkodą dla sprawy. Jakiś uczony austryjacki twierdzi, że każdy człowiek o wyższym poziomie umysłowości raz przynajmniej w życiu musi się zapoznać z problemem gruźlicy, chcąc tem samem zaznaczyć, jakie ta choroba ma ludożercze wpływy dla istnienia i dobrobytu każdego narodu, jego rozrostu liczebnego i jego tęgości fizycznej, a tem samem dla jego stanowiska międzynarodowego. To też widzimy, że walka z gruźlicą toczy się na całym świecie. Oprócz zarządzeń i organizacji państwowej istniała przed wojną w tym względzie organizacja międzypaństwowa, i to tak ścisła, jak może na żadnem innem polu naukowem i społecznem. Jest to też zrozumiałe bo gruźlica jest chorobą zakaźną, infekcyjną i nie można jej wobec dzisiejszych stosunków komunikacyjnych i wszechświatowych skutecznie zwalczać u siebie, jeżeli ona się krzewi bez walki u sąsiada. Gruźlica jest dziś po całym świecie tak rozpowszechniona, tyle żąda ofiar, że jest wprost niebezpieczeństwem dla bytu poszczególnych narodów. Wymierają z powodu niej całe rodziny, dokąd ona zawita, tam jest powodem długiego kalectwa, nędzy i upadku. Nie oszczędza żadnego wieku i stanu. Tysiące jednostek robi w sile wieku niezdolnemi do pracy, zabiera rodzinom ojca żywiciela, dzieciom matkę, rodzicom dzieci. Przechodzi z pokolenia na pokolenie i rozpościerając się w taki sposób w narodzie, robi go fizycznie słabym, chorowitym i jest przyczyną wielkich strat w mieniu i ludziach. Wykazują to dosadnie statystyki: w Niemczech zmarło na gruźlicę w roku 1892 a także w latach następnych 140.000 osób.

Z powodu intenzywnej i systematycznej walki z tą chorobą spadła śmiertelność do roku 1914 o blisko 50% tak, że już w roku 1914 zmarło w Niemczech na gruźlicę 90.000 osób. Całą grozę tej liczby zrozumiemy, jeżeli porównamy z nią liczbę ofiar i strat w ludziach w wojnie z roku 1870/71. Niemcy utracili w tej wojnie w całości w zabitych 20.000 ludzi. Według urzędowego obliczenia chorowało na tuberkulozę w Niemczech w roku 1914 przeszło miljon ludzi. Liczby powyżej wymienione stają się jeszcze groźniejsze w innem oświetleniu. Każdy naród powstaje, rozwija się i rozrasta, aby potem powoli chylić się ku upadkowi. Kiedy naród jest młody, silny, liczba urodzin u niego przewyższa liczbę śmiertelności. Czem więcej kultura się podnosi, czem uciążliwsze dla rodziców staje się wychowanie dzieci, obniża się liczba urodzin i aby wtenczas zrównoważyć budżet ludnościowy, trzeba odsetek śmiertelności obniżyć. Można to osiągnąć tylko w ten sposób, że obniża się śmiertelność niemowląt i śmiertelność ogólną z powodu gruźlicy. Śmiertelność z powodu innych chorób zakaźnych daje się stosukowo łatwo obniżyć i widzimy też u narodów kulturalnych, że śmiertelność z powodu duru, cholery, krwawej biegunki itd. osiągnęła pewne minimum, na którem mniej więcej zawsze się utrzymuje. Tylko walka z gruźlicą nie przyniosła pomimo wszelkich usiłowań pożądanego rezultatu, ale też tylko skuteczna walka z gruźlicą może uchronić narody przed upadkiem z powodu wymierania. Obecnie widzimy objaw ten we Francji i w Niemczech. Niechybnie nastąpi też ta chwila i w Polsce, kiedy śmiertelność weźmie górę nad liczbą urodzin, gdzie obecnie podczas wojny z powodu głodu, nędzy, braku pomieszkań i opału gruźlica razem z innemi chorobami, żeby wspomnieć tylko tyfus plamisty, zrobiły między ludnością straszne spustoszenia. My lekarze, którzy stoimy na straży zdrowia publicznego, mamy obowiązek poczynić wszelkie starania, żeby ta chwila dla Polski nie nastąpiła lub jak najpóźniej.

Ponieważ walka z gruźlicą ma dla bytu poszczególnych narodów tak wielkie znaczenie, widzimy przeto, że walki tej

nie prowadzą jedynie lekarze, ale zajmują się nią i czynniki państwowe, jak rząd, gminy, dalej towarzystwa prywatne, socjolodzy, prawnicy, jednem słowem wszyscy, którym dobro narodu leży na sercu.

Faktem jest że 60% wszystkich leczonych w uleczalniach dla suchotników, a mających od początku prątki w plwocinie, wraca z zarazkami w wydzielinach przewodów oddechowych do domu i zostaje nadal dla otoczenia, a przedewszystkiem dla dzieci, źródłem zakażenia.

Pod wpływem kas ubezpieczeniowych od niezdolności do pracy, a przedewszystkiem towarzystw ubezpieczenia krajowego, które prowadziły walkę z gruźlicą w pierwszym rzędzie, a były jedynie zainteresowane w uzdolnieniu chorych do pracy, wytworzyła się praktyka krótkich, często niewystarczających kuracyj w lecznicach, a co za tem idzie zwyczajnie, przyjmowanie do leczenia ciężko chorych, u których widoki na wyzdrowienie były niepewne. A właśnie te przypadki nieuleczalne powinny znaleźć opiekę szpitalną, bo tworzą one największe niebezpieczeństwa dla otoczenia. Stosunki układały się więc tak, że ojciec ciężko chory, niezdolny do pracy, stał się opiekunem dzieci, podczas kiedy matka zmuszona była do zarabiania poza domem. Cała rodzina zubożała, skupiała się z tego powodu w jednej izdebce i odżywiała się źle i w tych warunkach niekorzystnych padała ofiarą gruźlicy. Widzimy więc, że lecznice dla suchotników są niezaprzeczalnie potrzebne, będą istnieć dopóty, dopóki człowiek złamany chorobą szukać będzie zdrowia i uzdolnienia do pracy, czego w złych warunkach swojego domostwa nigdy osiągnąć nie może. We Francji było przed wojną dla chorych tuberkulicznych 1.162 łóżek, a dziś posiadają już 8.881 w 38-miu sanatorjach. O dodatnim wpływie gospodarczym w ekonomji państwowej tych zakładów świadczą następujące obliczenia: Od roku 1897 aż do 1906 w niemieckich zakładach dla suchotników zostało wyleczonych i uzdolnionych do pracy 159.803 osób. Zdolność do pracy trwała u 34% leczonych 5 lat, u 6% leczonych 4 lata, u 6% leczonych 3 lata, u 4% leczonych 2 lata, u 15% leczonych 1 rok.

Jeżeli weźmiemy jako przeciętny zarobek przedwojenny 2 marki, to zarobek wszystkich osób wyleczonych wyniesie 255,000.000 marek. O tyle podniósł się majątek narodowy przez zaopiekowanie się suchotnikami, w przeciwnym razie byłyby zapomogi dla zubożałych rodzin pociągnęły za sobą miljonowe wydatki. Wyniki te niepoślednie nie zaspokoiły Niemiec, bo zrodziło się przekonanie, że z pomocą wyżej wspomnianych zakładów walka z gruźlicą nie przyniosła oczekiwanych rezultatów, zaczęto przeto szukać nowych dróg. W roku 1905 udała się do Fracji Komisja Badawcza, gdzie zorganizowano walkę z gruźlicą nieco na innym systemie. Niekładło się tam tyle wagi na zakładanie sanatorjów, czy zakładów leczniczych, ile na podjęcie walki z gruźlicą tam, gdzie ona się najbardziej rozpościera, a mianowicie w rodzinach proletarjatu, w ich mieszkaniach i warsztatach pracy. Stworzono liczne poradnie dla suchotników, zwane w Francji *dispensaires anti-tuberculeux*, które wydały tam znakomite rezultaty. System ten przyjęto niebawem i w Niemczech i z właściwą Niemcom wytrwałością i energją rozwinięto go w szerokich rozmiarach. Krocząc dalej na tej drodze, przekonano się, że dotychczasowa walka z gruźlicą była ujęta za ciasno, gdyż walka ta wymaga szerokiego ujęcia i można ją skutecznie prowadzić tylko przez podniesienie dobrobytu całego narodu, polepszenie jego sposobu odżywiania się, uzdrowotnienie jego pomieszkań, ochronę jego pracy i szeroką oświatę. Do tak pojętej walki nie wystarczała sama tylko medycyna, wymagała ona współpracy rządu, ciał ustawodawczych, administracyjnych i policyjnych. Zakładanie lecznic, którego również niezaniedbano, uważano już teraz tylko za jedno ogniwo całej tej kampanji. Zabrano się w Niemczech energicznie do urządzania poradni dla suchotników (*Fürsorgestelle für Tuberkulosekranke*) przy poliklinikach, przy lazaretach, po miastach i po wsiach. Służą one różnym celom, mianowicie pomagają przy wyszukiwaniu suchotników w pewnej miejscowości przez współpracę z zakładami dla suchotników, urzędami cywilnemi, kasami chorych, policją, lekarzami domowymi, służą każdemu suchotnikowi bezpłatną radą lekarską, badają stan zdrowia wszystkich członków rodziny, starają się o wysłanie chorych do odpowiedniego zakładu, badają pomieszkanie, usuwają błędy higjeniczne, starają się o częste odkażenie całego mieszkania przez wyszkolonego dezynfektora, udzielają zapomóg w celu uzyskania zdrowego pomieszkania, izolują, o ile możliwe, ciężko chorych, pośredniczą w wyszukaniu odpowiedniej pracy dla zdolnych jeszcze do pracy suchotników, udzielają zapomóg w pieniądzach lub naturaljach, rozdają bezpłatnie spluwaczki, termometry i środki odkażające. Poszczególnym lekarzom, pełniącym służbę bezpłatnie, pomagają specjalnie wykształcone ochroniarki (Fürsorgeschwestern), opłacane przez gminy. Raz podjęta opieka nad chorym gruźliczym trwa bez przerwy aż do jego śmierci.

W roku 1913 było w Niemczech już 1.100 poradni, podczas kiedy w roku 1905 było ich dopiero 42. W roku 1907 zbadano w 82 poradniach 47.098 osób. Na nowej tej drodze przeszła walka z gruźlicą z defenzywy do wyraźnej ofenzywy. Jako cel wytknięto sobie już nietylko opiekę nad jednostkami już choremi, ale co więcej zrobiono krok dalej. Zajęto się ochroną zdrowych przed możliwem zakażeniem. Przyczyniły się do tego w znacznej mierze nowe poglądy naukowe.

Era tak zwana bakterjologiczna miała się ku końcowi; rozszerzono i ożywiono ją obserwacjami klinicznemi i epidemjologicznemi. Nauka dawniejszego wiedeńskiego uczonego Rokitańskiego o sile odporności poszczególnego osobnika odżyła na nowo i udowodniono licznemi eksperymentami, że główne twierdzenie bakterjologów, jakoby wszędzie i zawsze, gdzie zejdzie się zarazek z żywym i ludzkim organizmem, musiała nastąpić koniecznie infekcja i zachorowanie organizmu, nie jest zgodne z doświadczeniami klinicznemi. Nabrały praw obywatelstwa pojęcia o konstytucji, dyspozycji, imunizacji i t. d. Stwierdzono, że zakażenie następuje tylko wtenczas, gdy siła odporna organizmu z jakiejkolwiek bądź przyczyny się zmniejsza lub gdy dawka infekcyjna była za silna. Opierając się na tych nowych zdobyczach nauki, teren walki rozszerzył się znakomicie.

Po kilkuletniej pracy okazała się w dalszym ciągu potrzeba ścisłej organizacji, któraby walkę tę poprowadziła w jednolitym duchu. Dotychczas utworzyły się różne komitety i towarzystwa, których praca często się krzyżowała i powstawały stąd drobnostkowe spory o kompetencję. Aby tego niknąć, utworzył się w roku 1905 na całą Rzeszę Niemiecką centralny komitet dla walki z gruźlicą. W każdej zaś prowincji prowincjonalny komitet, służący temu samemu celowi, a w poszczególnych miejscowościach podkomitety (*Unterausschüsse*). I teraz dopiero praca nabrała kierunku prawidłowego i wydała oczekiwane rezultaty.

Teren pracy, jak już poprzednio powiedziałem, doszedł do niebywałych rozmiarów. Można bez przesady powiedzieć, że prawie wszystkie zarządzenia ogólno-higjeniczne od schyłku ostatniego stulecia aż do dzisiaj są spowodowane celową walką z gruźlicą. Przedewszystkiem, kiedy zagroziło Niemcom straszne widmo powolnego zmniejszenia się liczebności narodu, wzięto się do pracy wprost gorączkowo. Odkryto przedewszystkiem ścisły związek pomiędzy stosunkami mieszkaniowemi a rozszerzaniem się gruźlicy, bo wszędzie, gdzie skupia się dużo osób w ciasnych, ciemnych i wilgotnych mieszkaniach, tam jakby z konieczności gruźlica zawita. Ten związek pomiędzy stosunkami mieszkaniowemi a gruźlicą jest obecnie ogólnie uznany. Utworzono więc tak zwane urzędy mieszkaniowe (*Wohnungsämter*), wydano zakaz mieszkania w nieodpowiednich suterenach, poddaszach, nie pozwalano na budowanie oficyn (*Hinterhäuser*), o ile podwórze nie było odpowiednio wielkie, uregulowano przy budowania nowych pomieszkań, wysokość domów do szerokości ulic, tak aby i najniższe piętra miały dostęp światła i świeżego powietrza, żądano, ażeby w wszystkich gmachach i biurach publicznych pracownie odpowiadały co do objętości kubicznej liczbie pracowników, nie zapomniano o koszarach wojskowych, domach karnych i o szkołach. Po większych miastach utworzyły się towarzystwa dla budowania domów jednofamilijnych na przedmieściach, taką samą zasadę wprowadzono w życie przy budowie domów robotniczych. Krótko

mówiąc, robiono wszystko, aby stworzyć jak największą liczbę dobrych i zdrowych małych mieszkań, dwa do trzy-pokojowych. Jak dzisiaj po wojnie reforma mieszkaniowa stała się kwestją palącą, wspomnę tylko o ustawodawstwie zawodowem i procederowem, a mianowicie o ochronie pracy w zawodach, wytwarzających skłonność do gruźlicy. Wprowadzono przepisy policyjne do handlu mlekiem, chlebem i mięsem, przepisy o niszczeniu mięsa krów gruźliczych i zakaz sprzedawania mleka od takich krów pochodzącego, zabroniono zatrudniać dzieci w przemyśle, ograniczono pracę kobiet, założono tanie kuchnie ludowe, rozpoczęto energicznie walkę z alkoholizmem, budowano łazienki ludowe, nie zapomniano o reformie ubrań, wprowadzono higjeniczne zarządzenia na kolejach, pocztach, okrętach (zakaz spluwania na podłogę, ustawiania spluwaczek). Po miastach utworzono szkoły dla dezynfektorów, dla chorych na gruźlicę budowano prócz zakładów leżalnie leśne w pobliżu większych centrów pracy, których robotnik po pracy mógł odetchnąć świeżem powietrzem. D. n.

Program kursów dla lekarzy, mających się odbyć staraniem Wydziału lekarskiego U. J. w Krakowie w czasie od 26 czerwca do 1 lipca b. r. włącznie.

Prym. Dr. Artwiński: Postępy w leczeniu kiły układu nerwowego (1 godz.).

Prof. Dr. Baurowicz: Klinika chorób górnych dróg oddechowych dla lekarzy obeznanych z laryngoskopją (6 godz.).

Doc. Dr. Bujak: 1) O tężyczce u dzieci (1 g.). 2) O leczeniu zaburzeń odżywiania u niemowląt (1 g.). 3) O nieżycie miedniczek nerkowych (1 g.).

Prof. Dr. Ciechanowski: Praktyczne ćwiczenia w sekcjach patologicznych (5 g.), ewentualnie: Histologiczne rozpoznanie nowotworów.

Asyst. Dr. Dyboski: 1) O stosowaniu mieszanek salwarsanu z rtęcią i jodem w leczeniu kiły (1 g.). 2) O związku schorzeń skóry ze schorzeniami narządów wewnętrznych (1 g.).

Doc. Dr. Gieszczykiewicz: O pobieraniu materjału do badań bakterjologicznych i serologicznych (2 g.).

Doc. Dr. Janiszewski: Nowsze sposoby izolowania chorych zakaźnych (1 g.).

Prym. Dr. Kostrzewski: O czerwonce (1—2 g.).

Prof. Dr. Latkowski: Proteinoterapja (2 g.).

Prof. Dr. Lenartowicz: Współczesne poglądy na patologję i terapję kiły (5 g.).

Prof. Dr. Lewkowicz: O leczeniu swoistem zapalenia nagminnego opon mózgowych (3 g.).

Prof. Dr. Majewski: Rozpoznawanie i leczenie jaskry z ćwiczeniami praktycznemi (5 g.).

Prof. Dr. Marchlewski: Najnowsze poglądy na przemianę materji w ustrojach żywych 2—3 g.).

Prof. Dr. Nowotny: Temat zastrzeżony.

Prof. Dr. Orłowski: Nowe zdobycze w dziedzinie chorób nerek (5 g.).

Doc. Dr. Olbrycht: O najczęściej popełnianych błędach przy sekcjach i orzeczeniach sądowo lekarskich (1 g.)

Doc. Dr. Oszacki: O klinicznem znaczeniu chudnięcia i tycia (4 g.).

Prof. Dr. Piltz: Kilka słów o najnowszych zdobyczach w dziedzinie neurologji i psychjatrji (2 g.).

Asyst. Dr. Pawlas: O leczniczem działaniu terpentyny w chorobach skórnych i wenerycznych (1 g.).

Prof. Dr. Rosner: 1) O zapobieganiu drgawkom porodowym (1 g.). 2) O krwotokach porodowych (1 g.). 3) Roentgen a operacyjne leczenie mięśniaków i metropatji klimakterycznych (1 g.). 4) Rozpoznawanie i leczenie kataru szyji macicy (1 g.).

Asyst. Dr. Siedlecki: Endocarditis lenta (1 g.)

Asyst Dr. Tempka: O skazie krwotocznej (2 g.).

Doc. Dr. Walter: Serologja i bakterjologja chorób wenerycznych (5 g.).

Asyst. Dr. Wierzuchowski: Patogeneza i leczenie dychawicy oskrzelowej (2 g.).

Asyst. Zawistowski: Stosowanie sztucznej odmy piersiowej (2 g.).

Doc. Dr. Zubrzycki: 1) Kilka uwag o rodzajach i leczeniu gorączki połogowej (1 g.). 2) Postępowanie przy drgawkach porodowych (1 g.).

Opłata na udział w kursach wynosi 10.000 mp. i może być uiszczoną po przyjeździe. Uczestnicy będą mieli zapewnione mieszkania. Wykłady rozpoczną się w poniedziałek dn. 26/6 o godz. 7 rano a zakończą się w sobotę dn. 1/7 wieczór. O ile zgłosi się mniej niż 15 uczestników, wykłady nie odbędą się.

Wiadomości bieżące.

W sprawie regulacji Zakopanego. Ze względu na listy, otrzymane od Czytelników naszego pisma, poruszające sprawę niepowołania do współpracy w regulacji Zakopanego fachowych doradców z grona lekarzy, pozwalamy sobie wypowiedzieć następujące uwagi na ten temat.

Wykonane i na widok publiczny wystawione projekty regulacji Zakopanego nasuwają pewne ogólne refleksje co do sposobu traktowania tych spraw u nas. Oto w pracach, prowadzonych w Zakopanem, nie uczestniczył żaden przedstawiciel Min. Zdrowia publiczn., choć prace te miały na celu uzdrowienie i poprawę komunikacji, bezpieczeństwa ogniowego i t. d. Wady i braki Zakopanego były tak często i szczegółowo omawiane w prasie i na różnych konferencjach, że inżynierowie zapewne byli dostatecznie o nich poinformowani. Pozatem jest Zakopane całoroczną stacją klimatyczną i ma za sobą dużo doświadczeń. Jeśli więc tam brak fachowego lekarskiego referenta mniej może dawał się odczuwać (byli na szczęście lekarze doświadczeni prywatni na miejscu), to podobny sposób traktowania zdrojowisk innych przejąć musi całkiem uzasadnioną obawą. Zdrojowiska nasze stoją przed koniecznością gruntownej przebudowy z chwilą, gdy tylko budowanie stanie się pod względem finansowym możliwe. Przyczyn naglących jest po temu dosyć, bo drewniane wille 30—40-to letnie długo już nie postoją, są w urządzeniach przestarzałe i zniszczone latami i wojną. Pozatem musimy przyjąć, jako konieczność, zarówno finansową, jak lekarską, urządzenie zdrojowisk karpackich dla sezonu zimowego, a nawet całorocznego. Chorych trzeba oddzielić od szukających wypoczynku lub rozrywki, zakaźnych (gruźlica!) od niezakaźnych i t. d. Tu więc nie wystarczy stanowczo wiedza budownicza, gdyż w grę wchodzi całe mnóstwo zagadnień lekarskich. „Postawieniem pieców nie stworzymy sezonu zimowego" powiedział jeden wytrawny lekarz, zaznaczając tym sposobem zawiłość zagadnienia. Większość naszych zdrojowisk nie posiada, poza sezonem letnim, żadnego lekarza na miejscu, zaś w sezonie pełnym są oni całkiem przeciążeni Nieodzownem więc jest przeprowadzenie prac przygotowawczych albo jesienią, pod koniec sezonu, przy pomocy lekarzy miejscowych, powołanych przez Ministerstwo Zdrowia publ., albo przez lekarzy-fachowców, umyślnie w tym celu delegowanych.

Lwów.

Prymarjuszem oddziału chirurgicznego Państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie został mianowany dr. Franciszek Siek, dyrektor Państw. Szpitala powsz. w Przemyślu.

XXIII. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek dnia 23 czerwca b. roku w Poliklinice. Pokazy: 1) Kol Szafran. Cztery przypadki martwicy szczęki po durze osutkowym. Wykład: 2) Kol. Leńko. Ocena badań sprawności nerek. — 3) Kol. Steusing: Rozwój poglądów na patogenetyczne działanie t. zw. drobnoustrojów endotoksycznych, oraz o Danysza teorji chorób zakaźnych i niezakaźnych.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Warszawa.

Pierwszy Zjazd Pedjatrów Polskich odbędzie się w Warszawie dnia 8 i 9 września 1922 r. Bliższych szczegółów udziela sekretarz Dr Fr. Ks. Cieszyński, Warszawa, Szopena 19 m. 21.

Ministerstwo Zdrowia Publ. wydało 4 marca 1922 D. p p. Nr. 18 poz. 154, rozporządzenie w przedmiocie uprzystępnienia ubogiej ludności nabywania niektórych leków po zniżonych cenach: Według § 1 tego rozporządzenia ustanowiono następujące ceny za te leki, w szczególności zaś wyższe od tych, od których Magistraty zawiadomiły odpowiednie Zarządy rozporządzeniem z 11 stycznia 1922 L. 10/22.

Ceny obecne są następujące:

Za lekarstwa podług formuły Nr. 1 70 mp., Nr. 2 60 mp., Nr. 3 140 mp., Nr. 3 55 mp., Nr. 5 60 mp., Nr. 6 60 mp., Nr. 7 100 mp., Nr. 8 85 mp., Nr. 9 120 mp., Nr. 10 120 mp. Nr. 11 220 mp., Nr. 12 100 mp.

§ 2. Rozporządzenie niniejsze obowiązuje w b. zaborze rosyjskim i austrjackim z dniem ogłoszenia.

Redakcja otrzymała: W. Grzywo-Dąbrowski. Wpływ promieni radu na ośrodkowy układ nerwowy myszy. — Odb. z prac Zakładu neurobiologji Instytutu im. M. Nenckiego (Tow. nauk. warsz.) T. III (1921) Nr. 2. — S. Włoszczewski: Kasy chorych a doktryna socjalistyczna. Warszawa. Księga „Kroniki rodzinnej". 1922.

Zmarli: Dr. Jerzy Chrząszczewski, asystent kliniki gin. poł. Uniw. J. K. umarł w 34 roku życia w Zakopanem.

i oburzenie wśród lekarzy sądowych i aż nadto zrozumiałą niechęć do sądowych czynności lekarskich, co również musi się ujemnie odbijać na sprawności urzędowania.

Okrąg Małopolski i Śląski Związku lekarzy P. p. prosi Wysokie Ministerjum sprawiedliwości (zdrowia publicznego), aby położyło raz koniec tym nieprawidłowym stosunkom przez podniesienie wynagrodzenia za sądowe czynności lekarskie **przynajmniej trzystokrotne** w stosunku do przedwojennej taksy austrjackiej i wyznaczenie na przyszłość mnożnika w miarę wzrastania drożyzny. Dzisiejsza taryfa przynosi ujmę tak godności stanu lekarskiego, jak sądownictwa.

Jeślibyśmy się do 1 lipca br. nie doczekali nowej taryfy, odpowiadającej zasadom słuszności i sprawiedliwości, Wydział Związku, któremu lekarze powierzyli obronę swych ekonomicznych interesów, będzie zmuszony jąć się ostatecznego środka i wezwać lekarzy do zaprzestania sądowych czynności lekarskich.

Spodziewamy się i jesteśmy tego pewni, że Wysokie Ministerjum nie dopuści do tej ostateczności. Gdyby się inaczej stało (w co trudno uwierzyć), już z góry musimy z całą stanowczością odeprzeć nieszczery zarzut, z jakim moglibyśmy się spotkać w przyszłości, że w odradzającej się Ojczyźnie usiłujemy wprowadzić zamęt w czynnościach sądowych, aby wymusić nasze żądania. Dalecy jesteśmy od tego, owszem przeciwnie. Dążeniem naszem jest utrzymanie ładu i porządku społecznego. Uważamy natomiast, a dwóch zdań tu niema, że należyte za intelektualną pracę wynagrodzenie jest właśnie opoką, na której się opiera ten ład i porządek społeczny, a co za tem idzie i siła państwa. Spychanie pracującej inteligencji z należnego jej naczelnego stanowiska na szary koniec w naszem państwie już dzisiaj się mści a w przyszłości jeszcze się bardziej zemścić może, jeśli nie zawrócimy z tej odbędnej drogi. I dlatego to wysłaliśmy powyższe pismo do Wysokiego Ministerjum. Za Wydział Związku:

Dr. Kostecki, sekretarz *Dr. Żydłowicz*, zast. przew.

W Krakowie, dnia 31 maja 1922.

W sprawie unormowania taryfy sądowo-lekarskiej.

Sprawą uregulowania taryfy za czynności sądowo-lekarskie Izba lekarska we Lwowie zajmowała się od kilku lat, wnosząc odpowiednie przedstawienia do Ministerstwa sprawiedliwości. Nie zaniedbała też tej sprawy piekącej od pierwszej chwili powstania naszego Państwa. Pomijając cały szereg poprzednich przedstawień, w lutym 1921, przedłożyliśmy rządowi projekt taryfy, normujący jej ustalenie w ten sposób, że zasadnicze stawki za poszczególne czynności lekarskie proponowaliśmy dostosować do ciągłej zmiany stosunków walutowych przez posiłkowanie się mnożnikiem, a mianowicie pomnożenie każdej stawki przez 5% mnożnika przyjętego dla miasta Warszawy. Propozycja nasza została tylko częściowo przez Ministerstwo sprawiedliwości uwzględnioną; rozporządzeniem z 19-go kwietnia 1921 ustanowiono dla b. Galicji dwudziestokrotne pomnożenie zasadniczych pozycyj za czynności sądowo-lekarskie. Okazało się już po roku, że ten system wynagradzania nie odpowiedział zmieniającym się ciągle stosunkom, w następstwie tego nie ustają zażalenia znawców na niski stopień wynagrodzenia.

A jednak słuszność naszego przedstawienia Rząd uznał — ale nie na obszarze b. Galicji; rozporządzeniem z dnia 29-go kwietnia br. dz. U. p. L. 32 ustęp 262 ogłoszono rozporządzenie Ministra sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrami zdrowia i skarbu, które ustala wynagrodzenie za czynności sądowo-lekarskie zupełnie w myśl naszych propozycyj, ale tylko na terenie b. zaboru rosyjskiego.

Tego nierównomiernego traktowania lekarzy w obu b. dzielnicach obecnie jednolitego Państwa nie można sobie wytłómaczyć ani względami na odmienne tu i tam ustawy karne, ani stosunkami ekonomicznemi. Zdaniem naszem, należało ustalić taryfę jednolicie na obszarze całego Państwa, boć przecie nie stoją temu na przeszkodzie żadne zasadnicze powody. Wydział Izby uważał za rzecz słuszną upomnieć się o to i wystosował do Ministerstwa sprawiedliwości przedstawienie, którego odpis podajemy do wiadomości lekarzy, w przekonaniu, że sprawą tą niewątpliwie ogół nasz się interesuje. Żywimy też nadzieję, że odniesie ona skutek i przychyinie będzie rozpatrzoną przez oba Ministerstwa zdrowia i sprawiedliwości.

„Do Izby lekarskiej od dłuższego czasu wpływają liczne zażalenia lekarzy załatwiających czynności sądowo-lekarskie, na zbyt niskie wynagrodzenie, przyznawane przez sądy za spełnianie tych czynności. Zażalenia te są zupełnie słuszne, gdyż wynagrodzenie to nie pozostaje w żadnym stosunku do wartości pracy przy dzisiejszej drożyźnie, wobec czego lekarze sądowi są w wysokim stopniu pokrzywdzeni w stosunku do innych pracowników; z tego powodu bardzo niechętnie i tylko pod przymusem spełniają czynności sądowo-lekarskie. Ponieważ stan taki jest wielce szkodliwym dla wymiaru sprawiedliwości, gdyż zdolniejsi i doświadczeńsi lekarze uchylają się wszelkiemi możliwemi sposobami od brania udziału w czynnościach sądowo-lekarskich, przeto podpisana Izba lekarska, dbając tak o dobro publiczne, jak o godność stanu lekarskiego, zwraca się do Ministerstwa sprawiedliwości z uprzejmą prośbą o usunięcie zbyt częstych zatargów między Sądami a lekarzami, powodowanych zbyt niskiem i stanowi lekarskiemu uwłaczającem wynagrodzeniem za czynności sądowo-lekarskie, przez wprowadzenie nowej, obecnym stosunkom odpowiadającej taryfy.

W dzienniku Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej l. 32 ustęp 262, ogłoszono rozporządzenie p. Ministra sprawiedliwości z dnia 29 kwietnia br, wydane w porozumieniu z Ministrami skarbu i zdrowia publicznego o opłatach za czynności sądowo-lekarskie w b. zaborze rosyjskim. Izba lekarska odnosi się z prośbą do Ministerstwa sprawiedliwości, by rozporządzenie to obowiązywało także w b. zaborze austrjackim, tem więcej, że przyjęte w tem rozporządzeniu normy za poszczególne czynności oparte są na propozycjach naszej Izby, przedłożonych w przedstawieniu z dnia 28-go lutego 1921 r. Zdaniem Izby wynagrodzenie za czynności sądowe winno być jednolitem na obszarze całego Państwa, zwłaszcza że nie istnieją w tym kierunku przeszkody zasadniczej natury, a stosunki ekonomiczne nie są tu i tam odmienne.

Pozatem uprasza Izba o przyznanie należytości za stratę czasu, połączoną ze stawieniem się w Sądzie i jazdą na komisje sądowe, licząc przynajmniej zasadniczo po 3 marki za każdą rozpoczętą godzinę w dzień, a po 6 marek za każde rozpoczęte ½ godziny w nocy, tj. od godziny 8 mej wieczór do godziny 8-mej rano. Wreszcie, zdaniem Izby, wskazanem jest znaczniejsze podwyższenie należytości za orzeczenie przy badaniu nerwowo i umysłowo chorych, gdyż orzeczenia te wymagają obszernego szczegółowo uzasadnionego, żmudnego opracowania. Wynagrodzenia te winny być dostosowane do zużytego czasu i nakładu pracy. Zasadniczo należałoby liczyć po 20 mp. za każdą godzinę względnie 10 mp. za każde ½ godziny“.

Izba lekarska Wschodniej Małopolski

We Lwowie, dnia 28-go maja 1922.

Prezydent: *Dr. Papée*, mp.

Od Redakcji.

Z powodu ustąpienia prof. Hornowskiego ze stanowiska przewodniczącego miejscowego Komitetu redakcyjnego Polskiej Gazety lekarskiej powołał Komitet warszawski na to stanowisko prof. Franciszka Czubalskiego; na zastępcę przewodniczącego i sekretarza redakcji wybrany został dr. W. Szumlański.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Prof. dr. Kazimierz Kostanecki został mianowany doktorem honorowym Uniwersytetu w Padwie.

Herbert Hoover, mianowany w r. z. honorowym doktorem medycyny U. J., nadesłał obecnie bardzo gorące podziękowanie za to odznaczenie.

Kursa dla lekarzy. Staraniem Wydziału lekarskiego U. J. w Krakowie odbędą się w dniach od 26 czerwca do 1 lipca włącznie kursa dla lekarzy, obejmujące cykl wykładów ze wszystkich działów wiedzy lekarskiej ze szczególnem uwzględnieniem najnowszych zdobyczy naukowych. Zgłoszenia uczestnictwa nadsyłać należy najpóźniej do dnia 15 czerwca br. pod adresem Prof. Dr. J. Lenartowicz Kraków ul. Kopernika 36. Po zamknięciu listy uczestników (najmniej 15) ogłoszony będzie w „Polskiej Gazecie lekarskiej“ szczegółowy program wykładów.

Lwów.

Towarzystwo naukowe we Lwowie wybrało na ostatniem Walnem Zgromadzeniu z pośród lekarzy członkami zamiejscowymi prof. dr. T. Browicza i prof. dr. K. Kostaneckiego.

Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1922/23 został ponownie wybrany prof. dr. Adam Bednarski.

Kursa dla lekarzy odbędą się staraniem Wydziału lekarskiego od 21 do 30 IX b. r. Bliższe szczegóły podamy w następnym numerze.

XXII. Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek dnia 16 czerwca b. r. w Poliklinice. Pokazy: 1. Kol. Reis i Mikulińska: Przedstawienie dwu chorych ocznych zc zmianami wrodzonemi. 2. Kol. Wiczyński: Etiologja zaśniadu groniastego i nabłoniaka kosmówkowego. 3. Kol. Mehrer: Wczesne rozpoznawanie gruźlicy nerek i leczenie *Kmietowicz*, sekretarz. *Franke*, prezes.

Warszawa.

Z akademji nauk lekarskich. Na zebraniu zwykłem naukowem Akademji dnia 28 V. 1922 przedstawiono prace: Kleczkowskiego „Studja nad zaburzeniem równowagi przy zezie“, Reicherówej i Szczepańskiego: „Spostrzeżenia nad zachowaniem się krwi w zimnicy“ i Kmity: „Ukrwienie tętnicze i żylne migdałów ludzkich“, oraz projekt ankiety w sprawie odżywiania się ludności w Polsce.

Związek polski lekarzy i przyrodników (poprzednio w Piotrogrodzie, obecnie w Warszawie) odbył dnia 1 VI. 1922 posiedzenie w lokalu Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie (Marszałkowska 151), na którem niedawno przybyły z Ameryki po podróży przez Azję Centralną Prof. Antoni Ossendowski wygłosił odczyt pod tytułem: „Podróż przez Urianchaj, Mongolję, Tybet, Chiński Turkiestan i Chiny“.

Zmarli.

Dr. Karol Szamota zmarł d. 13 maja 1922 w Węgrowie, ziemi Siedleckiej, gdzie praktykował przez lat 18, ciesząc się zasłużonem uznaniem i jako lekarz i jako człowiek. Żył lat 48.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

P. Carnot. — W. Koskowski. — E. Libert. Paryż.

Wpływ histaminy na wydzielanie soków trawiennych u ludzi.

Wpływ histamimy (β-imidazolylethylaminy) na wydzielanie soków trawiennych nie był dotychczas przedmiotem badań u ludzi. Podstawą dla naszych badań nad własnościami wydzielniczemi tego ciała u ludzi było odkrycie Popielskiego, który wykazał, że histamina jest silnym bodźcem dla gruczołów żołądkowych psa — zjawisko, potwierdzone następnie przez doświadczenie Rothlina i Gundlacha na psie, Steusinga i Koskowskiego na różnych kręgowcach, w szczególności na ptakach. Z doświadczeń wszystkich tych autorów wynika, że histamina działa pobudzająco na wydzielanie soku żołądkowego, jednakże tylko przy wprowadzeniu podskórnem, wśródmięśniowem, lub wreszcie naskórnem, po zdrapaniu cienkiej warstwy naskórka (u gołębia); wprowadzenie histaminy do różnych odcinków przewodu pokarmowego psa, lub do krwi (psy, gołębie) nie wywiera żadnego działania wydzielniczego.[1] Opierając się na luźnej analogji opozycyjnego działania histaminy i adrenaliny Rothlin i Gundlach uważają tę pierwszą za ciało »parasympatikomimetyczne«, gdy tymczasem Popielski sądzi, że działa ono bezpośrednio na komórki gruczołowe błony śluzowej żołądka.

W niezbyt odległej historji istnienia histaminy, jako ciała wyodrębnionego, posiadała już ona zastosowanie w patologji ludzkiej. Jaeger, Koch i Kehrer próbowali ją zastosować w położnictwie i ginekologji, Gibson i Marton w leczeniu moczówki prostej. Doświadczenia nasze miały za cel określenie działania fizjologicznego histaminy na wydzielanie soków trawiennych u człowieka, oraz oznaczenie ich zmian pod względem ilościowym i jakościowym.

Wstrzykiwaliśmy podskórnie histaminę „Hoffmann- La Roche" w tyndalizowanym roztworze fizjologicznym 1:1000, nie przekraczając nigdy dawki 1 i 3/4 mgr. Celem uniknięcia powtarzającego się zgłębnikowania żołądka, używaliśmy małego zgłębnika Einhorna, wprowadzając go do żołądka, ewentualnie i do dwunastnicy osobnika badanego i pozostawiając go „*à demeure*" podczas całego okresu doświadczenia. Odpowiednio dostosowaną strzykawką wydobywaliśmy wydzielający się sok żołądkowy lub płyn dwunastnicowy (żółć, sok trzustkowy) w dowolnych okresach czasu.

I. Sok żołądkowy. Określaliśmy wpływ działania histaminy: 1) na ilość soku żołądkowego, wydzielanego w oznaczonym okresie czasu, 2) na zachowanie się kwasoty całkowitej i wolnej, 3) na wartość trawienną soku, stosując metodę Mett'a.

Niektóre spostrzeżenia są zebrane w następujących tablicach.

Obs. 1). G . 31 lat. Mężczyzna. Na czczo. Dawka 1 i 1/4 mgr. histaminy.

godz.	Ilość soku żoł.	Kwasota całk.	Kwasota wolna.	Rurki Mett'a
11.23 m.	Wstrzyknięcie podskórne 1 1/4 mmgr. histaminy.			
12.05 m.	8 cc.	2.73	2 37	—
—.20 m.	180 cc.	3.28	3.10	4+4=8 mm.
—.35 m.	40 cc.	3.65	3.28	4+4=8 mm.
—.50 m.	13 cc.	2.75	2.55	5+5.5=10.5 mm.
13.05 m.	5 cc.	1.09	0.73	—

Razem 246 cc w ciągu 1 g. 42 m.

Obs. 2). M... 55 lat. Mężczyzna. Na czczo. Dawka 1 3/4 mgr. histaminy. Zgłębnik żołądkowy od 7 g. rano. W czasie 3 g. 15 m. nie ma żadnego wydzielania.

Godz.	Ilość soku żoł.	Kwasota całk.	Kwasota wolna	Mett.
10.15 m.	Wstrzyknięcie podskórne 1 3/5 histaminy.			
10.45 m.	64 cc.	2.90	1.82	6+6=12 mm.
11.00 m.	320 cc.	3.28	2.92	6+6=12 mm.
11.15 m.	40 cc.	3.55	3.28	8+8=16 mm.
11.30 m.	41 cc.	4.01	3.05	6+7=13 mm
11 45 m.	142 cc.	3.65	3.28	9+7=16 mm.

Razem 607 ccm. w ciągu 1 g. 45 m.

Obs. 3). C... 18 lat. Kobieta. Na czczo. Dawka 1 mmgr. Zgłębnik żołądkowy od 7 g. rano. O 10 g. 30 m. wydobycie płynu. (10 cc.)

Godz.	Ilość soku żoł.	Kwasota całk.	Kwasota wolna.	Mett.
10.30 m.	10 cc.	2.37	2.00	—
11.20 m.	Wstrzyknięcie podskórne 1 mmgr. histaminy.			
11.50 m.	32 cc.	3.28	2 92	6+6=12 mm.
12.00 m.	49 cc.	4 19	3.83	7+6=13 mm.
12.30 m.	1 cc.	—	—	—

Razem 82 cc. soku w ciągu 1 g 10 m.

Obs. 4). M... 49 lat. Kobieta. Na czczo. Dawka 0,75 mmgr. Zgłębnik żołądkowy od 7 g. rano. O godz. 11 wydobycie 80 ccm. płynu (głównie ślina).

Godz.	Ilość soku żoł.	Kwasota całk.	Kwasota wolna.	Mett.
11 00 m.	80 cc.	0.73	0.365	1 mm.
11.30 m.	Wstrzyknięcie podskórne 0.75 mmgr. histaminy..			
12.00 m.	78 cc.	3.83	3.28	7.5+7.5=15 mm.
12.30 m.	60 cc.	4.01	3.65	8+7=15 mm.
12.45 m.	1 cc.	—	—	

Razem 139 ccm. soku w ciągu 1 g. 15 m.

Obs. 5. M... 20 lat. Kobieta. Na czczo. Dawka 1 1/2 mmgr Zgłębnik żołądkowy od 8 g. rano. W ciągu 2 g. 30 m., aspirując trzykrotnie w różnych odstępach czasu, wydobyto 7 ccm. płynu.

Godz.	Ilość soku żoł.	Kwasota całk.	Kwasota wolna.	Mett.
10.15 m.	Wstrzyknięcie podskórne 1 1/2 mmgr. histaminy.			
10.30 m.	12 cc.	2.19	1.82	7+5=12 mm.
10 45 m.	40 cc.	3.46	2.92	6+4=10 mm.
11.00 m.	31 cc.	3 10	2.55	6+4=10 mm.
11.15 m.	37 cc.	2.92	2.55	13+5=18 mm.
11.30 m.	10 cc.	1.64	1.27	10+2=12 mm.
11.45 m.	6 cc.	—	—	—
12.00 m.	2 cc.	—	—	—

Razem 138 ccm. soku w ciągu 1 g. 45 m.

Obs. 6). J... 21 lat. Kobieta. Na czczo. Dawka 1 1/2 mmgr.

Godzina.	Ilość soku żołąd.
10 g. 40 m.	1 cc.
10 g. 50 m.	3 cc.
10 g. 53 m.	Wstrzyknięcie 1 1/2 mmgr. histaminy
11 g. 10 m.	3 cc.
11 g. 25 m.	12 cc.
11 g. 40 m.	91 cc.
11 g. 55 m.	30 cc.
12 g. 10 m.	40 cc.
12 g. 25 m.	29 cc.
12 g. 40 m.	10 cc.

Razem 215 ccm. soku w ciągu 1 g. 45 m.

Spostrzeżenia powyższe wykazują, że po wstrzyknięciu histaminy ilość soku żołądkowego wzrasta w sposób stały, nie ulegający żadnej wątpliwości; działanie jej zaczyna się objawiać mniej więcej po 30—55 minutach, szczyt wydzielania następuje dość szybko, czas trwania zaś, w dawkach stosowanych przez nas, przemija średnio po 1 g. 10 m. — 1 g. 45 m.

W spostrzeganiu 2-em chory przedstawia pewne różnice w sposobie oddziaływania; po okresie największego wydzielania, który zjawił się po 45 minutach od chwili wstrzyknięcia histaminy, ilość soku żołądkowego zmniejszyła się znacznie, a wzrosła znowu po 1 g. 15 m., osiągając po 1 g. 30 m ponownie cyfrę bardzo znaczną — 142 cc.

Warunki od nas niezależne nie pozwoliły nam śledzić tego wyjątkowego przypadku do końca. W przypadku 4-tym działanie histaminy w wyniku było znacznie silniejsze, o ile chodzi o liczby porównawcze; płyn wydobyty na czczo i przed wstrzyknięciem w ilości 80 cc., w znacznej swej części, nie pochodził z żołądka; jego słaba kwasota i zdolność proteolityczna minimalna wskazują najwyraźniej na domieszkę połykanej śliny.

Równocześnie ze zwiększoną ilością soku żołądkowego stwierdziliśmy, w sposób stały, zwiększenie kwasoty całkowitej i wolnej; fakt ten podaje również Popielski, spostrzegając zwiększenie kwasoty całkowitej soku żołądkowego psa z 3.6 na 5.96 ‰ po 0,032 gr. histaminy, oraz Rothlin i Gundlach, określając ją na 6.3 ‰ po nakarmieniu psa i wstrzyknięciu 0,5 mgr. histaminy, gdy tymczasem kwasota po nakarmieniu samem bez histaminy nie przenosi 4 do

[1]) W doświadczeniach, przeprowadzonych przez jednego z nas, wynika, że histamina w dawkach 30—40 razy silniejszych od dóz normalnych, przy wprowadzeniu do jelit, wywołuje u gołębi wydzielanie soku żołądkowego.

4.2‰. Krzywa kwasoty w doświadczeniach naszych może osiągnąć swoje maximum równocześnie z maximum ilości soku (spostrzeżenie 3 i 4), lecz najczęściej najwyższa kwasota zjawia się nieco później, to jest w chwili, gdy krzywa ilości znajduje się już w okresie zstępującym (spostrzeżenie 1, 2, 4).

Metodą Mett'a oznaczaliśmy własność trawienną soku żołądkowego, stwierdzając stałe zwiększanie się zdolności proteolitycznej po histaminie. Zwiększenie się tej własności zjawia się jednak w chwili, gdy krzywe ilości i kwasoty są już znacznie obniżone.

Całość wyników otrzymanych przedstawiamy na następującej krzywej, wybranej jako przykład:

Działanie histaminy, jako ciała pobudzającego wydzielanie soku żołądkowego, stwierdziliśmy i u innych chorych, których jednakże nie mogliśmy śledzić tak dokładnie, jak poprzednich; pośród szeregu przypadków pragniemy jednak przytoczyć obserwację chorego (*Ali-med ben Mohamed*), który otrzymał podskórnie dnia 17 stycznia 1922 r. o 10 g. 10 m. 1.5 mgr histaminy. U chorego tego o skórze suchej, źle odżywionej, bez podściółki tłuszczowej, dawka powyższa pozostała bez działania; o godzinie 11·25 min. wstrzyknięto histaminę ponownie w ilości 1 mgr. 75; po 10 minutach chory zaczyna wymiotować, wyrzucając kilkakrotnie znaczne ilości soku żołądkowego o kwasocie całkowitej 1 gr. 27, i kwasocie wolnej 1 gr. 09. Przytaczamy ten przypadek celem zaznaczenia, że, prócz akcji wydzielniczej, w pewnych dawkach może histamina wywierać wpływ na umięśnienie żołądka i, zwiększając skurcze, wywołać wymioty.

Większość badań naszych została wykonana o tej samej porze dnia, najczęściej przed południem, w czasie, w którym chorzy, poddani doświadczeniu, byli przyzwyczajeni do spożywania śniadania lub obiadu, w czasie więc, kiedy chorym sąsiadującym przynoszono pokarmy. Licząc się tedy z możliwością wydzielania soku żołądkowego »psychicznego«, wykonaliśmy dwa doświadczenia na kobietach, tych samych, które służyły do badania wpływu histaminy i których wyniki są zebrane w obserwacji 5-tej i 6-tej. Chorym tym założono zgłębnik Einhorna i, począwszy od godziny 8 rano do 12-tej w południe, określano ilość płynu, zbierającego się w żołądku w stałych odstępach czasu.

Wyniki podają tablice następujące poniżej.

Tablice poniższe wskazują, że wpływ czynnika psychicznego w doświadczeniach z histaminą nie gra roli ważniejszej i że zwiększanie wydzielania soku żołądkowego, jego kwasoty i wartości proteolitycznej nie pozostaje w związku z momentem psychicznym. Wyniki powyższych dwóch spostrzeżeń dowodzą również, że słaba kwasota wydobywanego płynu świadczy o obecności śliny i że wobec tego należy oceniać z dużą rezerwą dość znaczne niekiedy ilości płynu wydobywanego na czczo z żołądka.

II. Inne soki trawienne.

Stwierdziwszy wpływ histaminy na wydzielanie soku żołądkowego i zmianę własności pod jej wpływem, staraliśmy się stwierdzić, czy ciało to posiada wpływ na wydzielanie innych soków trawiennych. a mianowicie soku trzustkowego, żółci i soku jelitowego. Przedsięwzięliśmy dwie serje doświadczeń: w jednych wprowadzano zgłębnik Einhorna wyłącznie do dwunastnicy i zbierano mieszaninę soków wydzielanych do dwunastnicy (żółć, sok trzustkowy, sok dwunastnicowy), w drugich temu samemu choremu wprowadzano jeden zgłębnik do żołądka, a drugi do dwunastnicy celem równoczesnego spostrzegania wydzielania soku żołądkowego, żółci

Obs. 7.

M... Kobieta 20 lat. 2. II. 1922.		
10 g 10 m.	55 cc	przewaga śliny
— 25 m.	30 cc	
— 40 m.	13 cc	
— 55 m.	12 cc	
11 g. 25. m.	8 cc	
◄—►	pora wnoszenia potraw	
11 g. 25 m.	8 cc	
— 40 m.	16 cc	
— 55 m.	2 cc	

Obs. 8.

J... kobieta. 21 lat. 2. II. 1922.			
Czas	Ilość płynu	Kwasota wolna	Kwasota całkow.
Od 8—10 g.	rano wydobyto z żołądka = 15 cc płynu. Kwasota całkowita = 0.73. Wolna = 0		
10 g. 15 m.	0		
— 30 m.	0		
— 45 m.	0		
11 g. 00 m.	0.5 cc		
◄——►		pora wnoszenia potraw	
— 15 m.	5 cc	0	0.73.
— 30 m.	0.5 cc		
— 45 m.	0.5 cc		
12 g. 00 m.	0		

i soku trzustkowego. Musimy jednak z góry zaznaczyć, że sposób ten nie pozwala na ścisłe rozgraniczenie dwóch grup wydzielania: z jednej strony żołądkowego, z drugiej strony trzustkowego, żółci i soku dwunastnicowego, i nie daje wobec tego wyników tak ścisłych, jakieby można było naprzykład otrzymać u zwierząt z kilkoma przetokami. W dalszym ciągu zaś rozdzielenie wydzielania trzustkowego, żółci i soku dwunastnicowego jest niemożliwe przy zastosowaniu tego sposobu doświadczenia. Mimo to jednak mogliśmy stwierdzić, określając fermenty trzustkowe za pomocą metody zaproponowanej przez Carnot i Mauban dla lipazy i trypsyny, że zdolność trawienna tłuszczów i własność proteolityczna wzrasta w wybitnym stopniu.

Wyniki zbieramy w następujących tablicach:

Z wyników przytoczonych na kilku powyższych tablicach wyłaniają się wnioski następujące:

Bardzo trudno jest stwierdzić, czy histamina posiada własność pobudzającą do wydzielania soku dwunastnicowo-

Obs. 9.

C... mężczyzna 17 lat. Sonda dwunastnicowa wprowadzona o 6 g. rano. 12 — I — 1922.

Godzina	Ilość	Lipaza	Trypsyna
od 6 g. rano — 10 g. 45 m.	275 cc	1/128	1/128
10 g. 45 m. wstrzyknięcie podskórne 1.5 mgr.			
11 g. 00 m.	15 cc	1/128	1/128
— 15 m.	80 cc	odczyn	kwaśny
— 30 m.	20 cc	1/512	1/128
— 45 m.	15 cc	1/512	1/256
12 g. 00 m.	20 cc	odczyn	kwaśny
— 15 m.	8 cc	„	„
— 30 m.	12 cc	1/1024	1/256

Obs. 10.

N... mężczyzna. 15 lat. Sonda dwunastnicowa od 7 g. rano 10 — I — 1922.

Godzina	Ilość	Lipaza	Trypsyna
od 7 g. rano do 11 g. 25 m.	4 cc	1/16	1/128
11 g. 25 m. wstrzyknięcie podsk. 1 mgr.			
11 g. 55 m.	2 cc		
15 g. 00 m.	12 cc	1/256	1/128
— 15 m.	23 cc	1/256	1/128
— 30 m.	52 cc	1/512	1/256
— 45 m.	57 cc	odczyn	kwaśny
13 g. 00 m.	20 cc	1/128	1/128
— 15 m.	38 cc	1/128	1/256
— 30 m	5 cc	1/256	1/256

żółciowo-trzustkowego, o ile stosuje się metodę zgłębnikowania, podaną przez Einhorna. Przedewszystkiem ilość soku wydzielanego i wydobywanego przez zgłębnik Einhorna jest różna u różnych osobników, a nawet u tego samego osobnika w różnych godzinach; dalej różne czynniki fizyczne, niezależne od działania stosowanego środka, wpływają na ilość wydobywanego soku (n. p. zmiana położenia zgłębnika). Dalej u niektórych chorych w pewnych okresach doświadczenia wydobywa się przez zgłębnik tkwiący w dwunastnicy płyn kwaśny, który pochodzi z żołądka a wydzielany pod wpływem działania histaminy i który przedostaje się łatwo przez odźwiernik. Przedostawanie się więc niejednokrotne soku żołądkowego do dwunastnicy w czasie doświadczenia tem bardziej utrudnia ocenę odczynu, o ile chodzi o ilość żółci i soku trzustkowego. Natomiast ocena wartości lipolitycznej i proteolitycznej wskazuje, że wartość ta ulega znacznemu wzrostowi pod wpływem działania histaminy. Jednakże powyższa metoda badania znowu nie pozwala na wniosek bezsporny, czy wzmożenie się siły trawiennej zaczynów trzustkowych zależy od bezpośredniego działania histaminy, czy też jest wynikiem działania wtórnego, zależnego od przedostawania się przez odźwiernik zwiększonej ilości soku żołądkowego, o zwiększonej kwasocie, i działania jego na błonę śluzową dwunastnicy.

Obs. 11.

Ahmed ben Mohamed — mężczyzna. 22 lata. Sonda dwunastnicowa. 7 g. rano. 12 — I — 22.

Godzina	Ilość	Lipaza	Trypsyna
od 7 g. — 11 g.	44 cc	1/16	1/128
11 g. 05 m. wstrzyknięcie podsk. 1 mgr. 25.			
11 g. 20 m.	8 cc	1/64	1/256
— 35 m.	0		
— 50 m.	15 cc	1/256	1/256
12 g. 05 m.	0		
— 30 m.	8 cc	1/256	1/256

Obs. 12.

D... mężczyzna 35 lat. icter. catarh. Sonda dwunast. o 7 g. Sonda żołądkowa o 10 g. 75 m. 6 — I — 22.

Godzina	Ilość		Lipaza	Trypsyna
	Sok żoł.	Sok dwun.		
od 7 g. — 10 g. 25 m.	0	40 cc	1/128	1/16
10 g. 25 m. wrzyknięcie podsk. 1 mgr.				
10 g. 40 m.	0	0		
— 50 m.	0	5 cc	1/1024	1/64
11 g. 25 m.	0	0		

Analizując przytoczone wyniki w spostrzeganiu 9-tem, widzimy, że dwukrotne zwiększanie się własności lipolitycznych pozostawało w związku z przedostawaniem się płynu kwaśnego do dwunastnicy. Spostrzeganie 10 i 11-te nie wskazują jednak podobnej zależności. W spostrzeganiu 12-em i 13-em zaś, mimo braku wydzielania soku żołądkowego (wskutek dawki histaminy niewystarczającej dla pobudzenia gruczołów żołądkowych), stwierdzamy bardzo wybitny wzrost własności lipolitycznych i proteolitycznych. Wreszcie spostrzeganie 14-te, w którem działanie histaminy jest bardzo wybitne tak na wydzielanie soku żołądkowego jak i na zaczyny trzustkowe, wykazuje równoczesny wzrost ilości soku żołądkowego i jego kwasoty oraz lipazy i trypsyny soku trzustkowego. Mimo tych faktów, nie wyciągamy ostatecznych wniosków co do mechanizmu działania na zwiększenie siły zaczynów trawiennych trzustki, a podkreślamy sam fakt jako bardzo wybitny oraz sądzimy, że dla ostatecznego wyjaśnienia tego mechanizmu konieczne są jeszcze dalsze badania.

W przebiegu doświadczeń spostrzegaliśmy inne efekty działania histaminy, te same zresztą, które notowali Jaeger i Koch, jednakże w mniejszem znacznie nasileniu, wobec znacznej różnicy dawek Jaegera i Kocha (do 8 mgr.),

i naszych (1—1 3/4 mgr.). Szybko bardzo po wstrzyknięciu podskórnem histaminy, przeciętnie po 5 minutach, (niekiedy po 1-ej, czasem po 10 minutach) występuje zaczerwienienie twarzy bardziej lub mniej silne; w przypadkach, gdy zaczerwienie dochodzi do znaczniejszego stopnia, towarzyszy temu obwodowemu rozszerzeniu naczyń uczucie gorąca, ból głowy i niekiedy bardzo lekkie bicie serca. Objawy te jednak znikają po krótkim okresie czasu. Z objawów przedmiotowych notowaliśmy zaczerwienienie na brzuchu, piersiach, kończynach górnych i dolnych, umiarkowane przyspieszenie tętna; w przypadku 13-tym, n. p. po wstrzyknięciu podskórnem 1.5 mgr. histaminy, tętno wzrosło z 52 uderzeń na minutę przed wstrzyknięciem na 64 po 3 minutach, na 72 po 25 minutach po wstrzyknięciu. Inny chory (obserw. 14), mający 64 uderzeń tętna przed wstrzyknięciem, w 5 minut po wstrzyknięciu wykazuje 104 uderzeń po dawce 1.25 mgr. histaminy. Przyspieszenie tętna jednak jest zawsze krótkotrwałe i nie przekracza nigdy jednej godziny.

Obs. 13.

D... mężczyzna. 18 lat. Sonda dwunastnicowa od 7 g.; sonda żołądkowa o 11 g. 13 — I — 22.				
Godzina	Ilość		Lipaza	Trypsyna
	Sonda żoł.	S. dwunast.		
od 7 g. — 11 g.	0	3 cc	1/64	1/64
11 g. 09. wstrzyknięcie podsk. 1 mgr. ½.				
11 g. 30 m.	0	0		
12 g. 20 m.	0	6 cc	1/128	1/128
12 g. 35 m.	0	3 cc	1/128	1/128
12 g. 50 m.	0	3 cc	1/128	1/128
13 g. 05 m.	0	11 cc	1/128	1/128
13 g. 20 m.	0	6 cc	1/256	1/256

Obs. 14.

K... mężczyzna. 24 lat. Sonda dwunastn. o 7 g. rano. Sonda żołądkowa o 11 g. 6 — I — 22.						
Godzina	S. żołądk.	Kwasota ogólna	Kwasota wolna	Sonda dwunastn.	Lipaza	Trypsyna
11 g.	3 cc	0,50	0,36	80 cc	1/64	1/64
11 g. 15 m. wstrzyknięcie podskórne 1 mgr. 25.						
11 g. 30 m.	13 cc	1 09 gr.	0.91 gr.	6 cc	1/256	1/128
— 45 m.	16 cc	1.47 gr.	1.27 gr.	3 cc	odczyn kwaśny	
12 g. 15 m.	20 cc	2 gr.	1.82 gr.	30 cc	1/128	1/128
— 30 m.	17 cc	1.82 gr.	1.46 gr.	25 cc	1/128	1/128
— 45 m.	17 cc	0.36 gr.	0.18 gr.	14 cc	odczyn	kwaśny
13 g. 00 m.	6 cc	0.36 gr.		7 cc		
— 15 m.	9 cc	0.36 gr.		3 cc		

Wpływ na ciśnienie tętnicze krwi w naszych przypadkach był bardzo nieznaczny. Ciśnienie krwi, mierzone przyrządem Vaquez'a lub oscillometrem Pachon'a, nie okazywało zmian żadnych lub bardzo nieznaczne (n. p. przed doświadczeniem Mx — 12 mm — 10; po 10 minutach Mx — 11 1/2 mn — 8).

Stosując dawki do 1 3/4 mgr., nie spostrzegaliśmy nigdy objawów poważniejszych lub groźnych. Dawki używane przez nas były nawet stosowane u chorych przychodnich. Nie stwierdziliśmy nigdy nietylko sinicy, przejściowego wstrzymania oddechu, drgawek i utraty przytomności, które opisuje Kehrer w 2-ch przypadkach po 8 mgr. histaminy, ale nawet lżejszych objawów, opisywanych przez Jaegera, jak np. silnego bicia serca, wymiotów (z wyjątkiem jednego przypadku) i podrażnienia spojówek.

Doświadczenia nasze były przeprowadzone na chorych, nieprzedstawiających widocznych zmian przewodu pokarmowego; różnice indywidualne w oddziaływaniu, o ile chodzi o ilość soku, były dość znaczne. Fakt ten jest przeszkodą, która nie pozwoliła nam na razie na wykorzystanie histaminy, jako dokładnego środka rozpoznawczego. Podobnie też i w zastosowaniu leczniczem brak możności określenia dzisiaj dowolnego stopnia hypersekrecji pod wpływem histaminy wymaga dalszych badań, zanim środek ten znajdzie odpowiednie i skuteczne zastosowanie.

Piśmiennictwo:

Carnot-Mauban. Réaction colorée de la stéapsine sur plaques de gélose — graisse — émulsionnée par production de savon de cuivre. (C. R. Soc. de biol. Nr. 2, 1918, p. 98). — Gibson-Marton. Stosowanie wyciągu z przysadki mózgowej i histaminy w przypadku moczówki prostej (Archives of internal medicine — Marzec 1921). — 3) Jaeger. Versuche zur Verwendung des β-imidazolyläthylamins in der Geburtshilfe. (Zntrbltt. für Gynäkologie 1913. No. 8. S. 265). — 4) Koch. Kritische Betrachtung zur Frage unserer modernen Wehemittel mit besonderer Berücksichtigung des β-imidazolyläthylamins. (Ibidem 1913. No. 16 S. 564). — 5) Koskowski. L'action de l'histamine sur la sécrétion du suc gastrique chez les pigeons. (C. R. Académie des Sciences. 1922. No. 4. p. 247). — 6) Popielski. O własnościach fizjologicznych -imidazolylethylaminy. (Rozpr. Akad. Umiej. w Krakowie. 1917. T. LVI. Serja B.). — 7) Popielski. β-imidazolyläthylamin und die Organextrakte. (Pflügers Archiv. 1920. Bd. 178. S. 214). — 8) Rothlin i Gundlach. Etude expérimentale de l'influence de l'histamine sur la sécrétion gastrique. (Archives internationales de Physiologie. 1921). — 9) Steusing. O stosunku -imidazolyletylaminy do fizjologicznego działania krwi, wyciągów z narządów, preparatów peptonowych i niektórych środków spożywczych i używek. (Archivum C. II. 4).

A. Chełmoński, Ordynator Oddz. Terapji Fiz. Szpitala Dz. Jezus. Warszawa.

Podstawy leczenia fizykalnego wobec nauki o wydzielaniu wewnętrznem.

Są dwa typy gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem: jedne nie mają przewodów wydzielniczych i służą jedynie do wydzielania pewnych ciał do krwi, inne, jak: trzustka, gruczoły płciowe, wątroba, a prawdopodobnie także i nerki, wydzielają drogą zwykłych przewodów gruczołowych pewne substancje, a oprócz tego wytwarzają inne, które wydalają wprost do krwi. Liczba tych ostatnich wciąż się zwiększa. Istnieje pogląd, wprawdzie bardzo nieśmiało jeszcze wypowiadany, że skóra jest narządem o wydzielaniu wewnętrznem. Tego zdania jest fizjolog Kreidl, Merk[1]) i in. Prof. Krzyształowicz[2]) nie rozstrzyga tej sprawy ostatecznie, sądzi on jednak, że »istnieje możliwość jakiejś czynności samoistnej w samej skórze, którą nazwać można wewnętrznem wydzielaniem«. Za hypotezą tą przemawia nie tylko budowa anatomiczna skóry (obfitość nabłonka i naczyń), lecz i dane kliniczne. Wiadomo, że między gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem istnieje pewna zależność, korelacja. Zmiany jednego gruczołu odbijają się na czynnościach innych gruczołów. Widać to na wzajemnym stosunku, jaki istnieje między chorobami gruczołów o sekrecji wewnętrznej a skórą. Po wykastrowaniu jeleni następuje zahamowanie tworzenia rogów. Po kastracji wczesnej u ludzi rozwija się słabo uwłosienie i występuje nadmierna otyłość. Koguty, pozbawione jąder,

[1]) Streszcz. w „Postęp Lekarski" 1921 r., Nr. 19—22.
[2]) „Gaz. Lek." 1921 r., Nr. 13.

zmieniają barwę upierzenia i kształt grzebienia. Zmiany te nie występują, o ile kapłonowi została przeszczepiona część jąder. Podczas ciąży w pewnych częściach skóry zmienia się wybitnie jej barwa. W zaburzeniach tarczycy widzimy charakterystyczne charłactwo (*cachexia strumipriva*) i obrzęk śluzowy. W zaburzeniach nadnerczy występują zmiany w zabarwieniu skóry i jej odżywianiu. W chorobach przysadki mózgowej spostrzegamy otłuszczenie i zmiany troficzne w skórze. Wobec przytoczonych przykładów, świadczących o związku, jaki istnieje między gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem a skórą, jakoteż wobec faktu, że pozbawienie czynności $^1/_3$ części skóry powoduje śmierć zwierzęcia, hypoteza, według której skóra jest narządem o wydzielaniu wewnętrznem, staje się bardzo prawdopodobną.

Hypotezą ta wyjaśniałaby wiele faktów. Nas interesuje w tej chwili rola, jaką w takim razie odgrywałaby skóra w terapji fizykalnej.

Dotąd skóra uważana była jedynie za pośrednika naszych usiłowań leczniczych. Rozumieliśmy, że za pośrednictwem nerwów czuciowych osiągnąć możemy wpływ na ogólny stan nerwowy, a przy udziale nerwów naczynioruchowych przekrwienie lub niedokrewność skóry. Do tych dwóch podstawowych czynników sprowadzało się wyjaśnienie działania bodźców termicznych, mechanicznych, świetlnych i wogóle bodźców zewnętrznych. Pozostaje jednak jeszcze wiele faktów niewytłómaczonych, jak np. rola w leczeniu środków napotnych, poprawa ogólnego odżywiania pod wpływem hydroterapji, kąpieli słonecznych itp.

Nowa hypoteza otwiera nam zupełnie nowe horyzonty, a przedewszystkiem pogląd, że w leczeniu fizykalnem skóra nietylko pośredniczy w działaniu bodźców zewnętrznych, lecz jest ostatecznym celem naszych zabiegów.

Wiadomo, że przez używanie, przez ćwiczenie, przez pobudzanie do czynności dany narząd udoskonala się. Namacalnie widzimy to na mięśniach, odnosi się to jednak do każdego narządu. Ćwiczenie podnosi rozrost i sprawność narządów, a bezczynność prowadzi do zaniku. Co się tyczy skóry, to i tu widzimy ten sam dodatni wpływ ćwiczenia: skóra ludzi mieszkających na wsi, podlegających działaniu zimnego powietrza, wiatru, deszczu itp. jest gruba, sprężysta, czerwonawa, odporna na mróz, słowem, dająca obraz pełni życia, skóra zaś mieszkańców miast jest cienka, blada, wiotka, łatwo podlegająca odmrożeniu, robiąca wrażenie martwoty. Niezawodnie i wydzielina wewnętrzna skóry zdrowej różni się od wydzieliny skóry zwyrodniałej. Podobnie jak bodźce samoistne, bezwiedne, działają na skórę — bodźce, jakie stosujemy w hydroterapji, helioterapji, masażu itp. I tu mamy do czynienia z niedokrewnością i odczynowem przekrwieniem; i tu w leczeniu światłem staramy się dojść do opalenia skóry. Szybka reakcja skóry na nizką ciepłotę i jej opalenie mogą być uważane za oznakę dostatecznego wyćwiczenia skóry przez bodźce termiczne i świetlne. Wyćwiczenie takie łączyłoby się ze wzmożonem wydzielaniem t. zw. inkretów skóry, czynności tem użyteczniejszej, im skóra jest zdrowsza. Wobec tej hypotezy rola metod fizykalnego leczenia sprowadzałaby się przedewszystkiem do ćwiczenia skóry i tą drogą spotęgowania jej czynności, jako narządu o wydzielaniu wewnętrznem. Nie da się jednak zaprzeczyć, że prócz tego skóra i nadal pozostałaby pośrednikiem naszych usiłowań terapeutycznych w kierunku oddziaływania na układ nerwowy, naczyniowy, przemianę materji itp.; i nadal musielibyśmy się liczyć z reakcją termiczną skóry, słowem, z temi samemi czynnikami, tylko nieco inaczej, szerzej rozumianemi.

Aleksander Żebrowski.

Przyczynek do statystyki twardzieli (Scleroma).

Z 10 fotografiami.

Materjał statystyczny, będący podstawą pracy niniejszej, został zebrany przezemnie w ciągu 4 lat (od października 1909 r. do 1 marca 1914 r.) z mej praktyki prywatnej oraz z ambulatorium dla chorych na uszy, nos i gardło przy szpitalu św. Józefa w Lublinie. Zaraz w pierwszym roku mej praktyki w Lublinie zwróciłem uwagę na zbyt wielką ilość przypadków twardzieli niekiedy bardzo ciężkich i zaniedbanych. W przeciągu 4 lat spostrzegałem ogółem 96 przypadków twardzieli, z których większa część, mianowicie 19 przypadków, dotyczyła kobiet przeważnie w młodym wieku, 7 zaś przypadków dotyczyło mężczyzn. Niemal wszystkie przypadki twardzieli, spostrzegane przezemnie, pochodziły z dalszych okolic lubelskiego, a mianowicie ze wschodnich i wschodnio-południowych powiatów ziemi lubelskiej i siedleckiej, spostrzegałem jednak kilka przypadków twardzieli, pochodzących z najbliższych okolic Lublina (Krempiec, Mełgiew, Łęczna) — odległość od Lublina 10—20 kilometrów — coby dowodzić mogło, że ogniska twardzieli, rozsiane, jak to powszechnie już jest wiadomem, głównie we Wschodniej Małopolsce i przedostające się bez przeszkody przez kordon graniczny do wschodnich i wschodnio-południowych powiatów ziemi lubelskiej, dotarło niemal do samego Lublina i, jak to zobaczymy z danych statystycznych, posuwa się dalej ku zachodowi i ku północy, zabierając ofiary w siedleckiem a nawet w radomskiem.

Przekonany o konieczności zebrania przybliżonych danych statystycznych, któreby choć w części wyjaśniły sprawę, jak daleko posunęły się postępy twardzieli w naszym kraju, ile mniej więcej jest chorych na twardziel przynajmniej w ciągu lat ostatnich (do 1914 r.), rozesłałem w styczniu 1914 r. ankietę w ilości 250 egzemplarzy do wszystkich kolegów zamieszkałych w ziemiach: lubelskiej, siedleckiej, radomskiej i kieleckiej, do wszystkich szpitali w Królestwie Polskiem i wreszcie do 45 specjalistów chorób gardła, krtani i nosa w Warszawie[1]). Materjał statystyczny nadesłany przez kolegów oraz zebrany przezemnie pragnąłem po opracowaniu omówić na Zjeździe lekarzy prowincjonalnych w Lublinie w maju 1914 r. i istotnie sprawa twardzieli, poruszona na Zjeździe tym przezemnie, wywołała dość ożywioną dyskusję.

Szanowny Kolego!

Twardziel (**Rhinoscleroma, Laryngo-scleroma**) należy niewątpliwie do jednej z najcięższych chorób. Ze względu, że ofiarą twardzieli stają się przeważnie osobniki młode, jest ona chorobą sroższą aniżeli rak, który spostrzegamy w późniejszych latach życia. Twardziel przynajmniej w chwili obecnej jest chorobą absolutnie nieuleczalną.

Do niedawna notowano zaledwie od czasu do czasu przypadki twardzieli, które widywano rzadko. Obecnie szczególniej w południowych powiatach ziemi Lubelskiej, w ziemi Siedleckiej i Radomskiej, a również w sąsiednich powiatach Wołynia coraz częściej zdarzają się przypadki twardzieli — niewątpliwe w tej części Polski istnieje ognisko twardzieli („**Scleromherd**"), analogiczne z ogniskiem twardzieli wykrytem i opisanem przez prof. **Gerbera** z Królewca w Prusach Wschodnich.

Pragnąc zebrać choć przybliżone dane statystyczne, tyczące tej ciężkiej choroby, uprzejmie proszę Szanownego Kolegę o łaskawe wypełnienie załączonej kartki i o przesłanie jej w załączonej **niezapieczętowanej** kopercie według wskazanego adresu. O ile Szanowny Kolega nie spostrzegał przypadków twardzieli w ciągu bieżącego roku, lecz widział je wcześniej, uprzejmie proszę o łaskawe zaznaczenie w „uwagach": „**spostrzegałem tyle a tyle przypadków twardzieli, bliższych szczegółów brak**". Uprzejmie proszę o podanie możliwie dokładnych danych i o łaskawe odesłanie kartki **przed 1 marca 1914 roku.** O ile S anowny Kolega nie spostrzegał w swej praktyce przypadków twardzieli, uprzejmie proszę o zaznaczenie w „uwagach": „**przypadków twardzieli nie spostrzegałem**" — będzie to dowodem, że w danej miejscowości niema przynajmniej ciężkich przypadków twardzieli, w ciężkich bowiem przypadkach chorzy niechybn e zwracają się do lekarza.

Dr. *A. Ż.*

(Treść karty).

Twardziel - Scleroma

Podane przez D-ra .... praktykującego w ....

Imię, nazwisko, wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wyznanie.	Jak dawno trwa choroba? Jak dawno spostrzegany?	W jakim stopniu utrudnione oddychanie nosem i oddychanie wogóle.	Czy są zmiany zewnętrzne? (stwardnienie nosa, widzialne guzy i t. d.)	Czy są zmiany w nosie w gardzieli i jamie nosowej, oraz w krtani? (nacieki, guzy, zgrubienia i t. d.)

[1]) Adresy szpitali oraz kolegów wypisałem z „Kalendarza Lekarskiego", wydawnictwo Dra J. Polaka Warszawa 1913 r.



Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



Fig. 5.



Fig. 6.



Fig. 7.



Fig. 8.



Fig. 9.



Fig. 10.

W załączonych do wypełnienia kartach uwzględniłem jedynie zmiany wyraźne, dające się z łatwością rozpoznać ze względu, że chorzy na twardziel, pochodzący niemal wyłącznie ze stanu włościańskiego, zwracają się do lekarza zazwyczaj wtedy, gdy choroba poczyniła już duże postępy i gdy objawy choroby (duszność, zatkanie nosa, twardość nosa, zniekształcające guzy i td.) są już dość wybitne. Na 250 listów otrzymałem zaledwie 53 odpowiedzi z tych 11 dodatnich i 42 ujemnych z adnotacją w »uwagach« po drugiej stronie karty: »przypadków twardzieli nie spostrzegałem«. Wszystkim kolegom, którzy łaskawie nadesłali odpowiedzi załączam na tem miejscu serdeczne podziękowanie. Brak odpowiedzi od (195) kolegów pragnąłbym wytłumaczyć jedynie w ten sposób, że koledzy ci podczas swej, często długoletniej praktyki prywatnej lub szpitalnej przypadków twardzieli wcale nie spostrzegali [2]).

Z otrzymanych przezemnie 11 odpowiedzi dodatnich 7 przypadków nadesłał kol. Kossak z Radomia, po 3 przypadki koledzy: Garbaczewski z Purolina, Kaczyński z Parczewa i Sitkowski z Radzynia; po jednym przypadku koledzy Wiszniewski (z fotografią chorej fig. 6) z Siedlec i kol. Jarosiński ze Sterdyni. Uwzględniłem jedynie te przypadki, w których nadesłane mi były dokładne odpowiedzi na pytania umieszczone na karcie. W niektórych odpowiedziach: n. p. kol. Wiszniewskiego z Siedlec, kolegów Herynga i Srebrnego z Warszawy i innych było zaznaczone, że koledzy ci spostrzegali znaczniejszą ilość przypadków twardzieli, lecz danych szczegółowych przytoczyć nie mogą. Szczególnie cenne dane otrzymałem od kolegów Prof. Erbricha i Jakubowskiego z ambulatorjum laryngologicznego w Szpitalu św. Ducha w Warszawie w ilości 24 przypadków twardzieli, ze względu że rozpoznanie wszystkich tych przypadków potwierdzone zostało badaniem bakterjologicznem, wykonanem przez kol. Brunnera.

Zestawiając wszystkie przypadki twardzieli, zebrane zapomocą ankiety i spostrzegane przezemnie, otrzymałem ogółem 68 przypadków (18 przypadków, przysłanych przez wyżej wymienionych kolegów, 24 przypadki prof. Erbricha i Jakubowskiego i 26 z mojej praktyki ambulatoryjnej i prywatnej.

Dodać muszę, że prawdopodobnie jest to zaledwie nieznaczna część wszystkich przypadków twardzieli, znajdujących się w naszym kraju. Częstokroć choroba trwa dość długo, niekiedy kilka lat, zanim chory zwróci się do lekarza. Otóż tych chorych, nie zwracających się dotychczas do żadnego lekarza, sądzę, jest większość, co rzecz jasna nie wyłącza tego, że chorzy ci, wcześniej czy później, będą jednak zmuszeni zasięgnąć porady lekarskiej, gdy objawy zwężenia poszczególnych odcinków dróg oddechowych ulegną obostrzeniu. Objawy utrudnionego oddychania w przebiegu twardzieli rozwijają się zazwyczaj w bardzo powolnem tempie (wyjątek stanowią dzieci, u których twardziel przebiega daleko szybciej) i niekiedy podziwiać można, jak chorzy ze zwężoną ad maximum krtanią przystosowują się i niejako przyzwyczajają do oddychania przez tak niewielki otwór w krtani, że gdyby podobnego rodzaju zwężenie wystąpiło odrazu, niewątpliwie spostrzegalibyśmy u tegoż samego chorego ostre objawy duszności. Na zniekształcenie nosa, niekiedy wprost potworne (porówn. fotografie), chorzy i otoczenie ich zwracają jeszcze mniej uwagi — zazwyczaj rozpoznają i określają je jako »róża nosa« i zadowalniają się przykładaniem sadła, liści, gałganków i td. Gdy jednak wystąpią ostre objawy duszności, wtedy chorego wiozą do najbliższego szpitala dla »włożenia rurki« i w tych razach wykonanie tracheotomji należy do zadań bardzo ciężkich, pomijając, że o dokładnem zbadaniu chorych takich przed operacją nie może być mowy.

Dla wielu lekarzy prowincjonalnych twardziel jest chorobą nieznaną, i wziąwszy brak u przeważającej liczby naszych lekarzy wyszkolenia oto-rhino-laryngologicznego, prawidłowe rozpoznanie twardzieli, szczególnie we wczesnych okresach, jest rzeczą naogół rzadką. Z tego powodu przyznać muszę, że statystyczne dane, zebrane zapomocą mojej ankiety dają jedynie przybliżony obraz rozpowszechnienia twardzieli w b. Kongresówce. Lecz nawet tak niedostateczny i niezbyt obfity materjał statystyczny pozwala nam wyciągnąć niektóre wnioski, wyjaśniające sprawę wędrowania twardzieli i jej umiejscowianie się w naszym kraju.

Przedewszystkiem widzimy, że twardziel jest chorobą endemiczną w ziemi lubelskiej i siedleckiej, skąd na 68 wszystkich przypadków pochodzi 53 chorych. Następnie widzimy, że twardziel przekroczyła rzekę Wisłę i że już mamy sporadyczne przypadki twardzieli w ziemi Radomskiej (7 przypadków kol. Kossaka). Z materjału nadesłanego mi przez kol. prof. Erbricha i Cz. Jakubowskiego widzimy, że z sąsiadujących z b. Królestwem Polskiem powiatów ziemi Grodzieńskiej notowano 7 przypadków twardzieli, a więc należy przewidywać, że twardziel posuwać się może również od północy i połączyć z ogniskiem twardzieli, znajdującem się w ziemiach Siedleckiej i Lubelskiej.

Na 68 przypadków twardzieli przeważająca ilość dotyczy kobiet — 50 przypadków, z tych 20 przypadków dotyczy kobiet w młodym wieku (od 20—30 lat [3]).

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
od 1 — 10 r.	—	1
„ 10 — 20 „	5	13
„ 20 — 30 „	5	20
„ 30 — 40 „	6	10
„ 40 — 50 „	2	5
„ 50 — 60 „	—	1
Razem	18	50

Twardzielą widocznie dla tych lub innych powodów daleko częściej zarażają się dziewczęta, aniżeli chłopcy, ponieważ przewaga ilości dziewczyn nad ilością chłopców daje się zauważyć już w drugiej rubryce (od 10 — 20 roku życia) — na 5 chłopców przypada 13 dziewczyn. Pozatem notowany jest 1 przypadek u 5-letniej dziewczynki z wyraźnemi zmianami twardzielowemi w nosie.

Bardzo pouczającem jest zestawienie 5 przypadków twardzieli, spostrzeganych przez kolegów prof. Erbricha i Cz. Jakubowskiego, dotyczących rodziny D. z Hrubieszowskiego. To »twardzielowe« rodzeństwo składa się z 3 braci i 2 sióstr. Najstarszy brat 27 l. liczący, prawdopodobnie pierwszy uległ zakażeniu twardzielą — wkrótce po nim lub jednocześnie zachorował młodszy brat 22 l. U obydwu choroba trwa od 10 lat. Po upływie 4 lat występują objawy twardzieli u najmłodszego 18-letniego brata, u obydwu zaś sióstr dopiero po upływie 7 lat. Z tego spostrzeżenia wyprowadzić możemy niezbity wniosek, że zakażenie twardzielą nawet u członków jednej i tej samej rodziny, mieszkających w jednym i tym samym domu wśród bardzo niehigjenicznych warunków, przy braku przestrzegania elementarnych środków ostrożności, występuje dopiero po szeregu lat współżycia, a więc, że niebezpieczeństwo zakażenia się twardzielą nie może być zbyt wielkie. Za to, o ile dany osobnik zakaził się twardzielą, choroba ta nie opuści go aż do śmierci, bowiem, jak dotychczas, twardziel jest chorobą absolutnie nieu-

[2]) Dwa listy zostały zwrócone przez pocztę z powodu śmierci adresatów.

[3]) Trzy przypadki kol. Kaczyńskiego z Parczewa, których wiek nie został podany, umieszczono w rubryce „20—30 lat“, ponieważ kol. Kaczyński zaznacza, że wszystkie te chore kobiety były w młodym wieku.

leczalną [4]), będąc pod tym względem bardzo podobną do trądu (L e p r a), z którym pod wieloma względami twardziel posiada wiele cech wspólnych.

Na 68 przypadków twardzieli zaledwie 3 razy spostrzegano twardziel u osób wyznania mojżeszowego (1 mężczyzna i 2 kobiety). Jedyny mężczyzna wyznania mojżeszowego, chory na twardziel, spostrzegany przezemnie, był kupcem zbożowym i miał zawsze dużo do czynienia z ludnością wiejską, często nocował w wiejskich chatach i t. d. [5]) Pozostałe 65 przypadków dotyczą chorych wyznania katolickiego lub prawosławnego, pochodzących ze wsi lub z małych miasteczek. Na zasadzie tych danych potwierdzić mogę znany już zresztą fakt, że twardziel jest chorobą niemal wyłącznie ludności wiejskiej, że wśród ludności wyznania mojżeszowego zdarza się względnie rzadko, że, słowem, **twardziel jest tym naszym polskim chłopskim trądem, który należy jak najprędzej doszczętnie wytępić** [6]).

Wszystkim tym chorym na twardziel, przezemnie spostrzeganym i operowanym, zawsze dawałem możliwie proste i dokładne wyjaśnienia istoty gnębiącej ich choroby, a również byli oni uświadamiani o zaraźliwości twardzieli dla najbliższego otoczenia. Chorym twardzielowym zalecałem przestrzeganie czystości, używanie oddzielnych ręczników do mycia twarzy, oddzielnych chustek do nosa wreszcie oddzielnych naczyń do jedzenia i utrzymywanie wszystkich tych przedmiotów w możliwej czystości. Rad moich chorzy zazwyczaj słuchali z wielką uwagą i przyrzekali do nich się stosować, czy jednak przyrzeczenia swe spełniali, odpowiedzieć na to pytanie nie mogę. W każdym razie uświadamianie chorych na twardziel może być, sądzę, bodaj jedynym racjonalnym środkiem zapobiegawczym, ponieważ izolowanie chorych na twardziel w specjalnych »Scleromatorjach« (»Scleromheime« niemieckich autorów) jest niewykonalne i bezcelowe, ponieważ trudno przypuścić, że okaże się możliwem izolowanie w s z y s t k i c h chorych. Daleko właściwszem, zdaniem mojem, byłoby spisanie wszystkich już znanych przypadków twardzieli i podanie ich a również ich najbliższego otoczenia czujnej i umiejętnej opiece lekarskiej.

Na zakończenie podaję kilka fotografji spostrzeganych przezemnie przypadków twardzieli nosa (tak zw. »p o s t a ć H e b r y«).

Na fig. 1 i 2 widzimy względnie nieznaczne zniekształcenie zewnętrznego kształtu nosa, który jednak jest już dość twardy i z lekka rozdęty. Na fig. 3 i 4 widzimy już daleko więcej rozwinięte zmiany w zewnętrznym kształcie nosa, prócz rozdęcia nosa widzimy nacieczenie skóry pokrywającej skrzydła nosa, szczególniej na fig. 4 wybitnie zaznaczone po stronie lewej w kształcie guzów. Nacieczenie przechodziło z nosa po części na górną wargę, lecz na fotografji widzimy obecnie w tem miejscu nie guzy, lecz dość dużą bliznę, łączącą dolny ogonek nosa z górną wargą. Na fig. 5 zmiany zewnętrznego kształtu nosa dotyczą głównie prawej połowy, lecz zniekształcenie jest już dość znaczne, wywołane głównie przez niemiarowość w konfiguracji nosa. Natomiast na fig. 6 zniekształcenie nosa jest wprost potworne. Na fig. 7 widzimy, jak naciek twardzielowy zniszczył skórę, pokrywającą nos w okolicy prawej kości nosowej i przedostał się na powierzchnię skóry pod postacią owrzodzenia okrągłego, kształtu. Fig. 8 wyobraża zniekształcenie nosa wywołane nie przez twardziel lecz przez olbrzymią ilość kolosalnych polipów nosowych. Na pierwszy rzut oka zdawać się może, że mamy tu również do czynienia z twardzielą nosa, lecz jedno dotknięcie nosa palcem wyjaśnia wątpliwość, ponieważ w przypadkach zniekształcenia nosa przez t. zw. polipy, nos zawsze jest m i ę k k i, natomiast przy twardzieli tkanki są nadzwyczaj twarde, jak z drewna [7])

Bardzo ciekawe są dwie ostatnie fig. 9 i 10, wyobrażające odlewy gipsowe dwóch przypadków twardzieli nosa, spostrzeganych przez prof. Ludwika B i e r k o w s k i e g o w Krakowie. Odlewy te znajdują się obecnie w zbiorach katedry historji medycyny przy uniwersytecie Jagiellońskim, uprzednio zaś znajdowały się w Muzeum prof. L. B i e r k o w s k i e g o [8]). Fotografje te otrzymałem od prof. Adama W r z o s k a, który odszukał i uratował dość znaczną ilość odlewów gipsowych z tego Muzeum. Fig. 9 i 10 wyobrażają dwa przypadki twardzieli nosa z przodu i z boku fotografowane. Po drugiej stronie odlewów czytamy napisy: „R o k 1840/41 R a k n o s a (*cancer nasi*) o d 2½ r o k u p o w s t a ł y. J ó z e f S t r a c h p a r o b e k z G a l i c j i l a t 30-ści l i c z ą c y, p r z y b y ł d o k l i n i k i c h i r. 11 l i s t o p a d a 1840. w y s z e d ł n i e u l e c z o n y 31 g r u d n i a 1840."

„R o k 1850. R a k n o s a (*cancer*). I w a n O c h r y m R u s i n w i e ś n i a k l a t 42 z G w o ź d ź c a w C y r k u l e K o ł o m e j s k i m, o d 4 l a t p o c z ą t e k c h o r o b y. O d w z o r o w a n e w p o d r ó ż y p o G a l i c j i w e w r z e ś n i u" [9]).

---

[4]) Opisany przez L. L u b l i n e r a przypadek z a n i k u twardzieli nosa po przebyciu przez 35-letniego chorego duru osutkowego (*Typhus exanthematicus*) stanowi u n i c u m w literaturze tego przedmiotu (Gazeta Lekarska 1891). Przypadek opisany przez L u b l i n e r a był dokładnie zbadany i w preparatach mikroskopowych oraz bakterjologicznie wykryto prątki twardzieli. Niestety przypadek ten nie był spostrzegany przez czas dłuższy, a więc nie jest wykluczoną możliwość nawrotu twardzieli, która czasowo znikła pod wpływem zarazka tyfusu wysypkowego.

[5]) Według statystyki zebranej z oddziału i kliniki laryngologicznej śp. prof. P i e n i ą ż k a w Krakowie przez Dra Antoniego P a c h o ń s k i e g o w pracy pod tyt. „273 p r z y p a d k i t w a r d z i e l i l e c z o n e w l a t a c h 1894 — 1910" — „P r z e g l ą d L e k a r s k i 1910" okazuje się, że w Galicji twardziel względnie często spostrzegana bywa u osób wyznania mojżeszowego. Według P a c h o ń s k i e g o na 273 przypadków twardzieli spostrzegane w krakowskiej klinice od 1894 do 1910 było 169 chorych wyznania rzym.-kat., 75 wyznania grecko-katol. oraz 36 mojżeszowego.

[6]) Tę straszną chorobę emigranci nasi przenieśli ze sobą do Stanów Zjednoczonych Ameryki północnej, gdzie zanotowano 20 przypadków twardzieli nosa u osobników przeważnie pochodzących z Polski i Austrji (W i l i a m B a l l e n g e r, D i s e a s e s o f t h e n o s e, t h r o a t a n d e a r 1911 str. 284). U rodowitych amerykanów (n a t i v e - b o r n A m e r i c a n) choroby tej dotychczas nie spostrzegano wcale i B a l l e n g e r twierdzi, że w przypadkach wątpliwych, o ile chodzi o rodowitego amerykanina, należy twardziel nosa wyłączać (L. c. str. 286) przy rozpoznaniu różnicowem.

[7]) Przy krajaniu mikrotomem okazuje się, że nacieki twardzielowe bynajmniej nie są twarde — twardość ich powoduje napięcie tkanki. Porówn. J. S t e i n h a u s: Du S c l é r o m e, Etude anatomo-patologique. Bruxelles 1910 str. 5 „A la palpation, les tuméfactions scléromateuses donnent l'impression de dureté, elles ne cèdent pas à la pression du doigt. Mais à la coupe on constate que le tissu scléromateux à la periode d'état n'est par dur, c'est sa tension, qui donne l'impression de dureté".

[8]) H e b r a jak wiadomo, pierwszy opisał szczegółowo twardziel nosa i dał jej dotychczas będącą w użyciu nazwę „Rhinoscleroma" w roku 1870.

[9]) Porówn. Ludwik B i e r k o w s k i. Monografia prof. Adama W r z o s k a str. 135.

Dr. Bronisław Berens. Wilno

Z powodu artykułu Dra Bronowskiego: „Kilka uwag o udawaniu i sztucznem wywoływaniu objawów".

Poruszona przez S. B r o n o w s k i e g o sprawa o udawaniu i o sztucznem wywoływaniu objawów chorobowych w praktyce wojskowo-lekarskiej zasługuje na szersze omówienie i szczegółowe opracowanie, gdyż wobec licznie w naszej Ojczyźnie zamieszkałych żydów, bardzo często starających się uchylić od ciężkiego obowiązku służby wojskowej, nie mówiąc o innych wszelkiego gatunku i zabarwienia antymilitarystach, sprawa ta ma pierwszorzędne znaczenie dla każdego lekarza wojskowego, nietylko w jego stosunku do chorych lub udających chorobę żołnierzy ale i przy wydawaniu orzeczeń w komisjach poborowych oglądających rekrutów. Dokładna znajomość sposobów i środków, używanych przez symulantów w celu zwolnienia się od służby wojskowej, nieraz może oszczędzić lekarzowi przykrych i uwłaczających czci jego zarzutów stronniczego wydawania opinji o zdolności do służby w wojsku osobników, którzy zwolnieni *bona fide* przez lekarza, wprowadzonego przez nich w błąd, okazaliby się następnie najzupełniej zdrowymi.

Z tego też względu pozwalam sobie skreślić tę słów parę w celu zwrócenia uwagi na błędne, mojem zdaniem, w jednym punkcie twierdzenia kol. B r o n o w s k i e g o. Mianowicie mówiąc o duszności (punkt. f.), łatwo mogącej być symulowaną, Dr. Bronowski uważa, iż obecność sinicy powłok zewnętrznych i błon śluzowych usuwa wszelkie podejrzenia symulacji. Na zasadzie własnego doświadczenia, opartego na licznych tego rodzaju przypadkach, jakie w charakterze lekarza wojskowego armji rosyjskiej miałem sposobność spostrzegać w okresie czasu od 1914—1917 roku, śmiem twierdzić iż właśnie n a d m i e r n a sinica błon śluzowych i powłok zewnętrznych jest nieraz objawem podejrzanym. Właśnie objaw ten zbyt często w wspomnianym czasie przezemnie u żołnierzy spotykany, nasunął mi podejrzenie sztucznego pochodzenia, co następne szczegółowe badania w zupełności potwierdziły.

Symulanci, przybywający do szpitala z ciężkiemi nieraz objawami niedomogi mięśnia sercowego, z dusznością, z małem tętnem i z bardzo silną sinicą nietylko błon śluzowych, ale i powłok zewnętrznych na twarzy i na kończynach tak górnych jak i dolnych, wywoływali te objawy sztucznie, przyjmując, jak się okazało, *per os* duże dawki antyfebryny. Znajdowana u tych żołnierzy niejednokrotnie antyfebryna, jak zresztą i szczere przyznanie się niektórych z nich do winy, wyjaśniło sprawę najzupełniej. Chorzy po pozbawieniu ich możności dalszego zatruwania się antyfebryną i po zastosowaniu środków wzmacniających działalność serca po niedługim czasie wracali do zdrowia, a spostrzegane uprzednio ciężkie objawy ze strony serca ustępowały bez śladu.

Na zasadzie powyższego sądzę zatem wbrew twierdzeniu kolegi Bronowskiego, iż spostrzegana u badanego osobnika sinica nietylko nie powinna usypiać czujności badającego lekarza, lecz naodwrót pobudzić go do tem baczniejszego i uważniejszego zbadania, tembardziej szczegółowego, im silniej wyrażona jest sinica.

Na zakończenie wspomnę, iż niejednokrotnie spostrzegałem u symulujących choroby sercowe, silne zaburzenia działalności serca (bez sinicy), jako skutek palenia papierosów zrobionych z liści herbacianych.

T. Browicz Kraków.

W sprawie rakowacenia tkanek.

Do artykułu (Nr. 25. P. Gaz. lek.) w sprawie rakowacenia tkanek przesyła autor następujący dodatek:

Do ustępu: »Komórka rakowa jest podstawą zmian w przemianie materji w organizmie, jak to w toku raka spotykamy, jedną z podstaw marnienia organizmu rakowaciejącego, charłactwa rakowego«, dodać należy:

Komórka to organizm wchłaniający odpowiednie substancje niezbędne dla życia i funkcji komórki, przetwarzający je, wydzielający i wydalający substancje dla organizmu, w skład którego komórka wchodzi, bądź to korzystne, przydatne, bądź dlań szkodliwe, skoro nie bywają zobojętniane czy wydalane z organizmu.

Każda komórka to niejako gruczoł spełniający taką czy owaką funkcję.

Komórka rakowa jest bądź co bądź tworem obcym organizmowi normalnemu, tworem wyróżniającym się od komórek chorobowo zmienionych, z jakiemi się tak często spotykamy. Twór to ruchliwy, pełzakowaty, wciskający się w sąsiednią tkankę i niszczący ją, niezwykle mnożny, przerzutny, niszczący organizm nierzadko licznemi przerzutami, przeszczepny.

Komórka rakowa, tak energicznie działalna, wytwarzać musi, jak każda zresztą komórka, substancję czy substancje różniące się jednak niewątpliwie od substancyj wytwarzanych przez różnorodne komórki nabłonkowe, tak normalne jakoteż chorobowo ale nie rakowo zmienione. Substancje te przez przeinaczoną, zrakowaciałą, komórkę wytwarzane działają widocznie szkodliwie na organizm a wiemy, że nawet minimalna ilość pewnych substancyj, szczególnie działających trwalej, wywoływać mogą i wywołują stany chorobowe.

Z praktyki.

Dr. Edward Bruner. Warszawa.

Współistnienie liszaja rumieniowatego i wilka.

Z oddziału chorób skórnych Szpitala Św. Łazarza w Warszawie. (Ordynator: dr. Robert Bernhardt).

Etjologja liszaja rumieniowatego oraz stosunek jego do gruźlicy należą wciąż do tych zagadnień z zakresu dermatologji, dookoła których toczą się gorące spory.

Podczas, gdy jedni z autorów odrzucają bezwzględnie pochodzenie gruźlicze tego cierpienia, inni z całą stanowczością stwierdzają ścisły związek, zachodzący pomiędzy niem a gruźlicą. Wreszcie niektórzy z badaczów, a wśród nich tak wybitni, jak Brocq i Jadassohn, zajmują stanowisko pośrednie, uważając, iż różnorodne czynniki etjologiczne, a między innemi i gruźlica, mogą być przyczyną obrazów klinicznych liszaja rumieniowatego. Dzisiaj nie jesteśmy w stanie kwestji tej rozstrzygnąć ostatecznie. Musimy jednakże uwzględnić badania lat ostatnich, które dostarczyły nam wielu cennych spostrzeżeń klinicznych, jakoteż doświadczalnych, przemawiających niewątpliwie za pochodzeniem gruźliczem omawianego cierpienia. Należy, jak to słusznie zaznacza Bernhardt w swoim podręczniku chorób skóry, »wytrwać na obranem stanowisku i konsekwentnie zdążać do celu, wierząc, iż sprawa ostatecznie rozstrzygnie się na korzyść gruźlicy«. W tym celu powinniśmy gromadzić materjał dowodowy, notując każde spostrzeżenie kliniczne o wyniku dodatnim. Najważniejszym bezpośrednim dowodem przynależności liszaja rumieniowatego do gromady schorzeń gruźliczych skóry byłoby wykazanie prątka Kocha w ogniskach chorobowych. Niestety tylko badania metodą antiforminową (Arndt, Hidaka, Friedländer i inni) zdołały wykazać obecność laseczników, barwionych według Ziehl-Neelsen'a i Much'a. Metoda ta jednakże, jak wiadomo, spotkała się z poważnemi zarzutami i w zastosowaniu do badań skóry nie może odgrywać roli decydującej. Szczepienia na zwierzętach dały wyniki dodatnie w dwóch przypadkach Gougerot'a (z nich tylko jeden jest typowy), w jednym Ehrmanna i Reinesa oraz w czterech Blocha i Fuchsa. Tak by się przedstawiały w kilku słowach dowody bezpośrednie swoistości gruźliczej liszaja rumieniowatego. Do dowodów pośrednich, tj. tych, które Lewandowsky obejmuje mianem dowodów 2, 3 i 4 stopnia, należą: 1) wywoływanie odczynów swoistych, 2) typowa budowa drobnowidowa, 3) występowanie u osobników, dotkniętych gruźlicą, 4) współistnienie z nieulegającemi wątpliwości cierpieniami gruźliczemi skóry. Z odczynów biologicznych, spotykanych w przebiegu liszaja rumieniowatego, należy podkreślić odczyn tuberkulinowy miejscowy, występujący po podskórnem wstrzyknięciu tuberkuliny oraz po wcieraniu maści Moro. Według Aage Fons s'a (z instytutu Finsena w Kopenhadze) zjawia się on mniej więcej w 6% wszystkich przypadków, przebiega często nietypowo w przeciwieństwie do wilka, który w 81% daje wyniki dodatnie. Blochowi i Fuchsowi udało się wykryć tuberkulinę w tkance chorobowej. Wyciągi sporządzone przez autorów z ognisk liszaja rumieniowatego wstrzykiwano śródskórnie osobnikom gruźliczym. Otrzymywano odczyny, jak przy tuberkulinie. Badanie drobnowidowe grudek w miejscu wkłucia wykazało budowę gruzełkowatą. Inaczej się przedstawia obraz mikroskopowy wykwitów samego liszaja rumieniowatego. Mamy tu do czynienia z zapaleniem przewlekłem niecharakterystycznem ze skłonnością do zmian zanikowych przy zupełnym braku tkanki gruzełkowatej. Ten więc dowód zupełnie upada. Za to bardzo przekonywające jest występowanie cierpienia u osobników, dotkniętych jednocześnie gruźlicą innych narządów. Bernhardt na zasadzie własnego materjału oblicza częstość tych przypadków na 88·5%. Co się zaś tyczy współistnienia liszaja rumieniowatego i innych postaci klinicznych skóry, to tenże autor (Bernhardt. O współistnieniu tuberkulidów i liszaja rumieniowatego. Gazeta Lekarska Nr. 48 r. 1911) zwraca uwagę, iż względnie często spotykają się tuberkulidy grudkowato-krostkowe, rumień stwardniały i liszaj zołzowy. Od tego czasu liczba spostrzeżeń podobnych wzrosła tak, iż Lewandowsky w podręczniku gruźlicy skóry, wydanym w 1916 roku, wyraźnie zaznacza, iż faktu tego nie można objaśniać przypadkowością. Zwłaszcza występowanie współczesne liszaja rumieniowatego i różnych odmian tuberkulidów u tego samego osobnika nasuwa myśl o łączności etjologicznej obydwóch cierpień.

Daleko rzadsze są w piśmiennictwie spostrzeżenia o współistnieniu liszaja rumieniowatego i wilka. Ta rzadkość nawet przemawiałaby, według Jadassohna, przeciw pochodzeniu gruźliczemu liszaja. Rozpoznanie kliniczne przypadków tego rodzaju bywa niekiedy bardzo trudne. Z jednej strony możemy mieć do czynienia z opisanym już w 1890 roku przez Leloir'a *lupus vulgaris erythematoides*, z drugiej zaś *lupus erythematodes* może dawać obrazy łudząco podobne do wilka pospolitego (tak zwany *lupus erythematoides tuberculoides*). *Lupus erythematoides* Leloir'a, niesłusznie przez swego twórcę i Leredde'a uważamy za postać mieszaną, jest drobnowidowo i doświadczalnie typową gruźlicą skóry. Nadmierne rogowacenie w ujściach mieszków włosowych jest powodem wytworzenia się grubych łusek, mocno trzymających się

skóry. Wybitne zaczerwienienie obwodu ogniska chorobowego oraz silnie wyrażony naciek nadają tej odmianie morfologicznej wilka cechy zupełnie odrębne. To też klinicznie, zwłaszcza w razie umiejscowienia na policzkach i nosie pod postacią motyla, obraz taki może wprowadzić w błąd najbardziej doświadczonego dermatologa. Tak stało się w spostrzeżeniu Kyrlego, w którem u 27-letniego mężczyzny rozpoznawano liszaj rumieniowaty i tylko zupełnie przypadkowo dokonane badanie wyciętej tkanki wykazało obecność jednego współistniejącego ogniska wilkowego. W przypadkach *lupus erythematoides tuberculoides* występują grudki brunatne, które klinicznie zupełnie się nie różnią od gruzełków wilka. Badanie jednakże drobnowidowe przekonywa nas o tem, iż owe grudki rzekome są masami bryłowato ułożonej i gęsto skupionej elastyny (tak zwane zresztą nieodpowiednio koloidalne zwyrodnienie włókien sprężystych). W bardzo rzadkich spostrzeżeniach, jak np. Hoffmanna, zmiany tkanki sprężystej były zupełnie nikłe; za to obfite nacieki drobnokomórkowe, ułożone pod ścieńczałym naskórkiem, zupełnie przypominały swym wyglądem grudki wilkowe. A zatem tylko badanie drobnowidowe oraz próba tuberkulinowa mogą stwierdzić dość ściśle współistnienie wilka i liszaja rumieniowatego. Bardzo być może, iż trudności rozpoznawcze wpłynęły na nieznaczną liczbę ogłoszonych odnośnych spostrzeżeń.

Z tych samych względów musimy bardzo krytycznie odnosić się do przypadków dawniejszych, ocenianych tylko klinicznie bez badania histologicznego (Lang, Schwimmer, Frèche, Müller, Lacavalerie, Besnier, Fabry, Thibierge, Nielsen, Jadassohn i inni). Bardziej przekonywającemi dla nas są nowsze spostrzeżenia Kyrlego, Spitzera, Bornemanna, Martensteina. U Kyrlego, Spitzera i Martensteina znajdujemy potwierdzenie drobnowidowe rozpoznania, u Bornemanna tuberkulinowe (28-letnia kobieta z t. b. c. apicis — na głowie i uszach lupus erythematodes, na prawym policzku wilk pospolity: po 0,1 mg A. T. B. wyraźny odczyn tylko w ognisku wilka). Do tych kilku przypadków z piśmiennictwa pozwolę sobie dorzucić przypadek, spostrzegany na naszym oddziale.

Chora M. P. lat 50 przybyła na oddział 23. V. 1918 r. z typowym wilkiem na skórze obydwóch skrzydeł nosa oraz na policzku prawym Sprawa chorobowa, wielokrotnie leczona na naszym oddziale, trwa od kilkunastu lat, zmiany bliznowate doprowadziły do zniekształcenia nosa oraz do zwężenia otworów nosowych. Naciek wargi górnej; pośrodku nacieku owrzodzenie, pokryte strupkiem. Błona śluzowa przegrody nosowej nacieczona bez przedziurawienia. Nacieki i owrzodzenia dziąseł górnych. Owrzodzenia na podniebieniu twardem oraz na tylnej ścianie gardzieli. Płuca bez zmian klinicznych. U chorej tej podczas pobytu na oddziale utworzyły się umiarowo w okolicy obydwóch brwi dość ostro odgraniczone, łukowato przebiegające nacieki, nieco wyniosłe ponad otoczenie o długości mniej więcej 4—5 cm. Pokryte były one białoszarawemi suchemi łuskami, swędzenia nie powodowały. Z początku przyjęliśmy to cierpienie za zwykłą pryszczycę łojotokową. Dopiero bliższe zbadanie wykazało, iż mamy do czynienia z łuską dość suchą, bardzo mocno przylegającą. Dolna część łuski posiadała cały szereg czopowatych wyrostów, którym odpowiadały zagłębienia w skórze. Po usunięciu łuski paznokciem powierzchnia łatwo krwawiła. Naciek przy badaniu zgłębnikiem okazał się dość zbitym: koniec zgłębnika pozostawiał w nim jamki, nie przenikając w samą tkankę, jak w ogniskach wilka.

Mając w pamięci już uprzednio wzmiankowany przypadek, ogłoszony przez Bernhardta, w którym liszaj rumieniowaty wystąpił u chorego z tuberkulidami trędzikowatemi, byliśmy pewni, iż klinicznie mamy do czynienia z bardzo rzadkiem współistnieniem wilka i liszaja rumieniowatego.

Nacieki liszaja po kilku tygodniach istnienia ustąpiły same bez leczenia, pozostawiając dość głębokie blizny. Zmiany wilkowe na skórze i błonach śluzowych uległy pewnej poprawie pod wpływem stosowania pasty Cosme'a, kwasu mlecznego i rentgenoterapji. Odczynów na tuberkulinę nie mogliśmy sprawdzić, z powodu niemożności otrzymania jej w Warszawie w tym okresie czasu.

Badanie drobnowidowe kawałka wyciętej skóry z okolicy brwi prawej zupełnie potwierdziło nasze przypuszczenie. Obraz mikroskopowy przedstawiał się w sposób następujący. Warstwa rogowa znacznie zgrubiała, tworzy czopy rogowe, wnikające głęboko w naskórek Czopy te miejscami zatykają wyloty gruczołów łojowych, miejscami wgłębiają się zupełnie niezależnie od przewodów gruczołowych. Warstwa ziarnista składa się z 1—2 szeregów komórek. Sieć Malpighi'ego wybitnie wąska, warstwa kolczasta gdzieniegdzie wykazuje nieznaczne rozrosty (*acanthosis*). Objawy obrzęku śród- i międzykomórkowego. W skórze właściwej znajdujemy nieobfite, ogniskowe nacieczenia drobnokomórkowe dookoła naczyń, mieszczące się głównie w warstwie brodawkowej i podbrodawkowej oraz składające się z limfocytów i nieznacznej ilości komórek łącznotkankowych. Naczynia o śródbłonku prawidłowym nieznacznie rozszerzone. Tkanka łączna na całej przestrzeni silnie obrzękła, rozrzedzona; w warstwie brodawkowej oraz częściowo podbrodawkowej przy barwieniu hematoksyliną eozyną przyjmuje odcień niebieski, a przy barwieniu van Giesonem — różowobrunatny. Przyczyna tego objawu tkwi w głębokich zmianach włókien sprężystych. Włókna są obrzmiałe, o nieprawidłowych zarysach, zlewają się ze sobą w jednorodne masy, barwiące się orceiną na kolor brunatnoniebieski. Budowę ich opisowo można by porównać z budową wojłoku. Brodawki są szczelnie wypełnione temi zlepkami, które dochodzą do samego naskórka, gdzieniegdzie oddzielone od niego rąbkiem obrzękłej tkanki klejorodnej. W warstwach głębszych skóry zmiany tkanki sprężystej są mniej wybitne. Pojedyncze włókna są również obrzmiałe, grube, ale już nie wytwarzają mas wyżej opisanych.

Wiadome jest, iż niema ani jednego objawu, bezwzględnie charakterystycznego dla obrazu drobnowidowego liszaja rumieniowatego. Stosownie do umiejscowienia, typu klinicznego i czasu trwania obrazy się zmieniają. Niektórzy z autorów starali się wykryć pewne cechy odrębne — jako to charakter nacieku, rozszerzenia naczyń chłonnych (Lymphseen), nowotworzenie naczyń itp. Jednakże zmiany te nie pozwalają na różniczkowe ich wyodrębnienie. Tylko na zasadzie całokształtu poszczególnych objawów możemy wnioskować, iż mamy drobnowidowo do czynienia z liszajem rumieniowatym. Jedyny może wyjątek stanowiły by zmiany tkanki sprężystej. Te bezpostaciowe skupienia elastyny, tworzące kłębki, zlepki i bryłki, dochodzące do samego naskórka, odrazu rzucają się w oczy. Zmiany powyższe po raz pierwszy opisał Schonheid, uważając je za zwyrodnienie koloidalne włókien, powstałe wskutek obrzęku. Jadassohn w monografji swej o liszaju rumieniowatym potwierdza spostrzeżenia Schonheida, zaznacza jednakże, iż zmiany te widywał na twarzy u ludzi starszych, u młodszych zaś nie było ich wcale.

Z podobnem zwyrodnieniem włókien sprężystych spotykamy się w innych cierpieniach skóry twarzy.

Liszaj rumieniowaty, według Jadassohna, może jedynie przyśpieszać to zwyrodnienie, potęgować je. Lewandowsky nie przypisuje temu objawowi poważniejszego znaczenia, mniemając, iż zmiany podobne zachodzą w skórze zdrowej ludzi starszych. Przeciwnie Kyrle na zasadzie zbadanych przez się 20 przypadków (z których w 5-ciu wiek chorych wahał się między 20 a 30 rokiem życia) przychodzi do wniosku, iż przeobrażenie to tkanki sprężystej należy uznać za bezwzględnie charakterystyczne i posiłkować się niem w celach rozpoznania różniczkowego.

Arzt zbadał 7 przypadków liszaja rumieniowatego w tym samym kierunku i znalazł zmiany wyraźne w tkance sprężystej dopiero u ludzi starszych ponad lat 37.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, iż wiek chorych odgrywać musi pewną rolę w powstawaniu zwyrodnienia.

Badanie skrawków skóry zdrowej z otoczenia blaszek chorobowych uchroni nas od tego błędu. Zmiany opisane możemy spostrzegać i w innych cierpieniach skóry twarzy (np. blizny poospowe, *pseudoxanthoma elasticum verum et diffusum*, sprawy zapalne, nowotworowe, *colloidoma miliare* itp.).

Na zasadzie badań histologicznych liszaja rumieniowatego u chorych z naszego oddziału musimy z całą stanowczością stwierdzić, iż tak zwane koloidalne zwyrodnienie włókien sprężystych jest bardzo częstym objawem w przebiegu tego cierpienia, zwłaszcza jego odmiany głębokiej. Zmiany te drobnowidowe stanowić mogą ważną wskazówkę rozpoznawczą i dlatego w żadnym odnośnym przypadku nie należy zaniedbywać barwienia na włókna sprężyste.

Piśmiennictwo.

Arzt L. Zur Pathologie des elast. Gewebes der Haut. Arch. f. Dermat. 1913, T. 118, s. 465. Bernhardt. Choroby skóry 1921. Bornemann. Ueber Besonderheiten beim Lupus erythem. Derm. Zeitschrift T. 12, s. 349. Fonss Aage. Einige Bemerkungen über das Verhältnis des Lup. erythem. zur Tuberkulose. Archiv für Derm. T. 129 1921 r. Hoffmann. Lupoide Einlagerungen bei Lup. erythem. Archiv 1912. T. 113, str. 431. Jadassohn. Lupus erythemat. Mraceks Handbuch. Kyrle. Ueber ein. Fall von Lup. erythem. in Gemeinschaft mit Lup. vulgaris. Archiv für Derm 1909 T. 94, s. 309. Lewandowsky. Die Tuberkulose der Haut. 1916 r. Martenstein. Nebeneinanderbestehen einer Hauttbc. und eines lup. erythem. Centralblatt für Hautkrank. 1922. T. IV, z. 6 s. 322. Spitzer L. Association de lupus érythem et de lupus tuberculeux Annales 190 Z. str. 188. Zieler. Hauttuberkulose u. Tuberkulide. Praktische Ergebnisse v. Jesionek 1914.

Sprawozdania poglądowe.

Doc. Dr. K. Bocheński. Lwów.

O leczeniu środkami koloidowemi oraz nieswoistemi ciałami białkowemi w położnictwie i ginekologji.

Podobnie jak w innych działach medycyny, również w położnictwie i ginekologji, leczenie białkiem znalazło zastosowanie w najrozmaitszych cierpieniach, już to z dobrym skutkiem, już to bez wyniku. To też ta nowa metoda leczenia liczy między ginekologami wielu zwolenników, jest jednak także wielu jej przeciwników. Stosowano metodę tę niemal przy wszystkich schorzeniach narządu rodnego, począwszy od gorączki połogowej w ścisłem tego słowa znaczeniu, przy sprawach zapalnych przy i okołomacicza, jakoteż przydatków macicy, a skończywszy na krwawieniach macicznych najrozmaitszego pochodzenia. Stąd pochodzą różnice w wynikach leczniczych, a w następstwie ich różne zapatrywania autorów na nową metodę leczenia.

Bezkrytyczne stosowanie tej metody we wszystkich cierpieniach stworzyć musi bezkrytycznych optymistów i zwolenników nowego sposobu leczenia. Z drugiej strony bezkrytyczność ta stawia wobec nowego środka żądania, których on często spełnić nie jest w stanie. Okoliczności te właśnie w ginekologji więcej, aniżeli w innych działach medycyny, mają poważne znaczenie. Mimo udoskonalenia badania dwuręcznego nierzadko rozpoznanie ginekologa, zwłaszcza w chorobach przydatków macicy jest wątpliwe. Rozpoznawany często guz przydatkó w macicy, uważany jako następstwo sprawy zapalnej, okazuje się niejednokrotnie przy operacji nowotworem jajnika. Nie potrzeba dowodzić, że w podobnych przypadkach nowa metoda lecznicza zawieść musi, a o ile sprawa zabiegiem operacyjnym nie została wyjaśniona, dzieje się często, że stosujący ten środek traci doń zaufanie i staje się przeciwnikiem tej metody leczenia. Z biegiem czasu nauczono się rozpoznawać i inne błędy nowej metody leczenia i unikania ich. Błędy te polegały głównie na tem, że mleko często nie było jałowe, że skład jego nie zawsze był jednolity i wreszcie, że nadmierne jego dawki mogły wywołać charłactwo proteinowe, cierpienie opisane przez Weichardta i Schittenheima, którzy je u królików spotykali.

Ażeby uniknąć ujemnych stron mleka, zaczęto stosować preparaty proteinowe, których skład więcej jest stały. Z preparatów tych na pierwsze miejsce wybił się aolan i kaseosan, polecony przez Lindiga.

Według twierdzenia Lindiga, po wstrzyknięciu kaseosanu, jako ciała obcego do krwi, powstają we krwi zaczyny proteolityczne. Przy stosowaniu tego środka spostrzegał bardzo dobre wyniki przy naciekach gruźliczych, jakoteż spadek ciepłoty przy poronieniach zakażonych. Opitz, Friedrich jakoteż Jaschke i Siegel stosowali przy rakach macicy naświetlanie promieniami Röntgena z kombinacją wstrzykiwań kaseosanu. Uważają ten sposób leczenia nowotworów złośliwych za bardzo korzystny a efekt działania polegać ma na wzmożonej czynności komórek organizmu (Protoplasmaaktivierung). Esch, Loeser i inni mieli dobre wyniki przy krwawieniach macicznych po wstrzykiwaniu aolanu i mleka kobiecego. Zdaniem Schmidta, jako czynnik powstrzymujący krwawienie, ma mieć znaczenie wapno, zawarte w mleku. Esch nie spostrzegał nigdy wstrząsu anafilaktycznego, tak samo Weichardt, przy doświadczeniach na zwierzętach. Z doświadczeń Behnego z kliniki w Fryburgu wynika, że kaseosan nie jest środkiem obojętnym a autor spostrzegał przy jego stosowaniu bardzo groźne i gwałtowne objawy kliniczne, które ocenia jako wstrząs anafilaktyczny, zaczem przemawia mu okoliczność, że w surowicy chorych już po jednorazowem zastrzyknięciu kaseosanu, a co ważniejsza nawet u osobników nie leczonych, np. u mężczyzn, często mógł wykazać niweczniki przeciwkaseosanowe.

Z dotychczasowych badań nad istotą ciał białkowych, przeprowadzonych na różnych klinikach, wynikało, że proces ustępowania zmian chorobowych nie przebiegał równomiernie do zmiany ciepłoty, do zmian obrazu krwi i dlatego Salomon i Voehl w doświadczeniach swoich nad kaseosanem zastosowali metodę serologiczną, któraby z jednej strony uwidoczniła działanie ciał białkowych, a z drugiej strony mogła dać wskazówkę dla dawkowania tego środka. Z doświadczeń tych przekonano się najpierw, że po wprowadzeniu do organizmu drogą pozajelitową kaseosanu, powstają we krwi swoiste niweczniki, które przy pomocy reakcji wiązania komplementu można wykazać.

Dalsze doświadczenia miały za zadanie stwierdzić, czy przy wprowadzeniu do organizmu kaseosanu drogą pozajelitową istnieje związek pomiędzy ilością niweczników we krwi a objawami klinicznemi i w jaki sposób możnaby związek ten zużytkować przy dawkowaniu środka i rokowaniu. Okazało się, że po wstrzyknięciu kaseosanu u różnych osób występuje zupełnie różny odczyn, raz silniejszy, raz słabszy. Przypadki chorobowe, które spostrzegano, dotyczyły chorych z ropnem zapaleniem sutka, gorączkującem poronieniem, błonicą pochwy, zapalnemi guzami przydatków i obustronnem zapaleniem tkanki łącznej przymacicznej. Przed każdem wstrzyknięciem brali krew, której surowica służyła do odczynu wiązania dopełniacza, przyczem używali kaseosanu, jako antigenu. W ten sposób, według rozcieńczenia i odczynu, oznaczali zawartość niweczników we krwi i uwzględniali przytem równocześnie objawy kliniczne. W przebiegu leczenia, w miarę zwiększania się liczby niweczników, występowały i objawy ogólne coraz częściej, które odnieść należy do anafilaksji. Aby tego wstrząsu uniknąć — wstrzykiwali kaseosan u tych osób nie śródżylnie, lecz śródmięśniowo, przez co środek wolniej do organizmu się dostawał. Lecz i w tych warunkach u niektórych chorych liczba niweczników tak się zwiększała, że to zmuszało do zaniechania dalszych wstrzykiwań.

Przypadki te przekonały ich, że przed stosowaniem kaseosanu musi się oznaczyć zawartość niweczników kaseosanu we krwi i musi się być ostrożnym, jeżeli już normalna surowica wykazuje znaczną zawartość niweczników, lub też gdy ilość tychże w przebiegu leczenia wzrośnie niepomiernie.

Jak Lindig starał się wykazać, obecne we krwi zaczyny proteolityczne powodują działanie lecznicze. Działanie to możnaby w ten sposób wytłómaczyć, że już w zwykłych warunkach we krwi krążące kazeiny stanowią trwałą ochronę przeciw chorobom, względnie w razie wystąpienia choroby przyczyniają się do wyleczenia tejże.

Ponieważ atoli z drugiej strony, nawet przy znacznej obfitości niweczników kazeinowych we krwi, proces chorobowy może nie okazywać dążności do ustępowania, więc przypadki te dowodzą, że nie są one podatne już do zwiększenia liczby niweczników, a tem samem i do skutecznego leczenia. Dlatego też, jeżeli w surowicy danej chorej stwierdzili znaczną ilość niweczników, stosowali przy pierwszem wstrzyknięciu dla ostrożności małe dawki (0,1—0,5 cm^3) i to najczęściej nie śródżylnie, lecz śródmięśniowo. Jeżeli i ta mała dawka wywoływała silny odczyn ogólny — nie zwiększali jej przy następnem wstrzyknięciu i to dopiero po 3—5 dniach. W razie małej zawartości niweczników we krwi stosowali bezpiecznie zaraz przy pierwszem wstrzyknięciu dawkę większą, (0,5 cm^3) i to śródżylnie, drugie wstrzyknięcie po 2 dniach. Wielkie znaczenie ma przytem ogólny stan chorej, który określamy mianem konstytucji. Dowodzą tego spostrzeżenia, z których wynika, że jedne osoby, mimo małej ilości niweczników we krwi, okazywały po wstrzyknięciu daleko silniejszy odczyn, aniżeli inne, u których zawartość niweczników we krwi była daleko większa. Okoliczność tę przy dawkowaniu należy uwzględnić w ten sposób, że u chorej, u której, mimo małej zawartości niweczników we krwi, wystąpi silny odczyn, następne wstrzyknięcia należy stosować z większą ostrożnością aniżeli u tej, u której, mimo dużej ilości niweczników we krwi, odczyn ogólny po wstrzyknięciu jest bardzo słaby, lub wcale nie wystąpi.

Co do rokowania, ma być pomyślne w przypadkach, u których nieznaczna stosunkowo zawartość niweczników w surowicy normalnej przez wstrzyknięcie kaseosanu może być zwiększona. Natomiast przypadki, w których wysoka zawartość niweczników w normalnej surowicy może być wy-

kazaną, a które nie okazują żadnego odczynu — co do rokowania są niekorzystne w leczeniu kaseosanem.

Co do ilości ogólnej wstrzykniętego środka w wspomianych powyżej cierpieniach, ilość ta wynosiła od 4—6 cm^3 dla uzyskania wyleczenia.

Nie ulega wątpliwości, że spostrzeżenia Salomona i Voehla posunęły sprawę leczenia ciałami białkowemi naprzód, w kierunku ich dawkowania. Inaczej rzecz się ma z naszemi dotychczasowemi wiadomościami co do istoty działania tych ciał. Ze stanowiska położniczego najwięcej zajmuje nas pod tym względem sprawa gorączki połogowej w ścisłem tego słowa znaczeniu, t. j. posocznicy, czyli bakterjemji (sepsis). Wbrew publikacjom niektórych autorów o korzystnem działaniu ciał białkowych, Schittenheim nie przypisuje temu leczeniu ważnej roli w przypadkach ostrej sepsis. Właśnie w przypadkach ciężkich nie spostrzegał nigdy dobrego wyniku i dlatego sądzi, że leczenie w nich jest bezskuteczne. Przekonał się, że właśnie w przypadkach ciężkich ilość niweczników we krwi nie odpowiada zupełnie mniej lub więcej pomyślnemu przebiegowi choroby, tak, że wzrost niweczników we krwi, nie może być uważany za dowód korzystnego działania środka pobudzającego. Objaw ten uważa Schittenheim jedynie za częściowy odczyn organizmu, który nie daje wcale obrazu ogólnej reakcji wszystkich komórek ustroju. Natomiast lżejsze przypadki zakażenia, a zwłaszcza o przebiegu przewlekłym, nadają się zdaniem jego do tego leczenia. Zdaniem Schittenheima odpowiedniemi bodźcami można korzystnie wpływać na zdolność oddziaływania organizmu i przez to wzmacniać leczenie swoiste. Celem leczenia według niego jest podniesienie odporności organizmu; winno ono zatem dążyć do wzmożenia zdolności odczynu poszczególnych komórek ustroju, aby czynności ich sprowadzić do normy.

Że różnice w działaniu różnych środków pod tym względem muszą istnieć, jest rzeczą zrozumiałą, gdyż wpływ ich w różnych kierunkach na komórki jest niejednakowy. Dlatego ten sam środek w jednej chorobie może działać skutecznie, a w innej zawodzić, jak również różnemi środkami możemy w tej samej chorobie uzyskać jednakowe działanie. To też Schittenheim przyszedł do przekonania, że w każdym poszczególnym przypadku należy stosować w różnych dawkach kolejno różne preparaty. Pod tym względem, zdaniem jego, nie można stawiać żadnych leczniczych reguł, gdyż rzecz cała wygląda tak, jak gdyby istniały wielkie różnice indywidualne, przyczem odgrywają prawdopodobnie pewną rolę i momenty etjologiczne, wpływające na różnorodność reakcji. Co do ilości stosowanego środka podnosi konieczność dawkowania go w każdym poszczególnym przypadku, a wysokość dawki zależy zdaniem jego od wrażliwości organizmu względnie jego komórek. W celu uniknięcia działania anafilaktycznego, uważa stosowanie wstrzykiwań śródmięśniowych za najodpowiedniejsze i zupełnie wystarczające.

Z doświadczeń własnych, opartych na materjale kliniki położniczo-ginekologicznej lwowskiej, przytaczam poniżej wyniki, jakie spostrzegłem przy stosowaniu różnych środków w tym dziale medycyny.

Stosowaliśmy w przypadkach zakażeń połogowych od lat kilkunastu preparaty srebrowe, od roku zaś stosujemy białko i wreszcie terpentynę zwłaszcza w przypadkach przewlekłych cierpień narządu rodnego. Z preparatów srebrowych stosowaliśmy Collargol w lewatywach, jako 1%-wy rozczyn lub też śródmięśniowo 2 5%-owy rozczyn, Elektralgol zaś w ampułkach 5 cm^3 śródżylnie lub śródmięśniowo. Preparaty białkowe, jakoto: mleko, wyjałowione gotowaniem w ciągu 10 minut, wstrzykiwaliśmy śródmięśniowo w ilościach od 1—10 cm^3 z 4-dniowemi przerwami. Od 2 miesięcy mamy sposobność stosować kaseosan Lindiga tj. 5% rozczyn kazeiny, który podajemy śródmięśniowo lub też śródżylnie w ilościach od 0,25 do 1,5 cm^3. Stosujemy go, jak to Lindig radzi, serjami, licząc 3 wstrzyknięcia na serję, indywidualizując przytem wysokość dawki, zależnie od odczynu, jaki występuje po pierwszem wstrzyknięciu. Po 3 wstrzyknięciach, powtarzanych co 2-gi dzień, następuje 5-cio dniowa przerwa pomiędzy poszczególnemi serjami.

Terpentynę stosujemy co drugi dzień w ilości 1 cm^3 śródmięśniowo względnie podokostnowo jako 15%-towy rozczyn olejku terpentynowego.

Ze schorzeń narządu rodnego wybraliśmy do leczenia wspomnianemi preparatami następujące:

1) Zakażenie połogowe, względnie gorączkujące poronienia.

2) Przewlekłe sprawy zapalne tkanki przy, względnie okołomacicznej.

3) Guzy przydatków na tle zakaźnem o przebiegu ostrym, podostrym względnie przewlekłym.

I. Przypadków zakażeń połogowych mieliśmy 18, z czego 4 przypadki ciężkiej posocznicy, gdzie badanie krwi wykazało obecność paciorkowca hemolitycznego, 4 zaś o przebiegu przedłużającej się ropnicy, wreszcie 10 przypadków zakażeń lżejszego stopnia [1].

Collargol i Elektralgol stosowaliśmy w dwóch przypadkach ciężkiego zakażenia połogowego, w jednym przypadku ropnicy połogowej i w jednym przypadku lżejszego zakażenia. W tym ostatnim przypadku wstrzykiwaliśmy kolejno po elektrargolu mleko.

Na podstawie tych 4 przypadków nie możemy się jeszcze wypowiedzieć przeciwko stosowaniu tych preparatów, wyniki jednak zadowalające nie były, albowiem brak było zupełnie jakiegokolwiek odczynu ogólnego; przypadki te zakończyły się zejściem śmiertelnem. W dwóch dalszych przypadkach można było po wstrzyknięciu stwierdzić spadek ciepłoty, utrzymującej się dotychczas na wysokim poziomie, jednak nie można zaprzeczyć, czy i inne leczenie nie byłoby spowodowało spadku ciepłoty, jak to często widzimy w przypadkach ropnicy. Na podstawie zaś licznych przypadków z lat ubiegłych, w których stosowaliśmy przeważnie kollargol, możemy stwierdzić, że podobnie jak w opisanych przypadkach wynik leczenia tym środkiem był zupełnie ujemny.

Mleko stosowaliśmy w 7 przypadkach, w 2 przypadkach ciężkiego zakażenia, w 2 średnio-ciężkich i w 3-ech lekkiego stopnia. Tam, gdzie mieliśmy do czynienia z ciężką bakterjemją, preparaty białkowe okazały się bezskuteczne, pomimo energicznego ich stosowania. Wpływu na przebieg ciepłoty nie stwierdziliśmy, we krwi zaś brak było odczynu wskutek ogólnej leukopenji i zmniejszenia się ciałek białych obojętnochłonnych. Tłomaczymy to sobie wyczerpaniem się sił obronnych organizmu. I te 2 przypadki zakończyły się również śmiercią. Lepsze wyniki dało stosowanie mleka w przypadkach zakażenia lżejszego stopnia. W tych przypadkach odczyn ogólny był bardzo żywy, ciepłota poprzedzona gwałtownemi dreszczami w 4 godziny po wstrzyknięciu podnosiła się nieraz do 40·2°, leukocytoza zwiększała się w dwójnasób i utrzymywała się przez 9 godzin, jakościowo można było stwierdzić powiększenie się ciałek białych wielojądrzastych z ziarnistością obojętnochłonną z znacznem przesunięciem obrazu krwi na lewo według Arnetha. Wynik kliniczny zaznaczał się ograniczeniem się sprawy chorobowej pod postacią lekkich oporów w przymaciczach. Po każdorazowem wstrzyknięciu, które pociągało za sobą znaczne osłabienie ogólne, pojawiała się euforja, wzmożenie apetytu a przedewszystkiem ustawały napadowe bóle w podbrzuszu, które w tych przypadkach chorym bardzo dokuczają. Objaw ten, stwierdzony zresztą i przez wielu innych autorów, był tak uderzający, iż niejednokrotnie miało się wrażenie, jak gdyby injekcja mleka działała znieczulająco podobnie, do narkotyku, i chore często same prosiły o powtórzenie injekcji w mniemaniu, że wstrzykuje im się środek znieczulający. W przypadkach, w których po pierwszem wstrzyknięciu występował żywy odczyn pod postacią wysokiej ciepłoty i dresz-

[1] Za przypadki ciężkie uważam posocznicę w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdzie stwierdzić można pojawienie się we krwi drobnoustrojów, bardzo często paciorkowca hemolitycznego, o typie ciepłoty stałej i bardzo ciężkim stanie ogólnym. Do średnio ciężkich zaliczam ropnicę połogową o ciepłocie przerywanej, gdzie w przerwach międzygorączkowych występuje euforja. W stanach przejściowych nierzadko pojawia się żółtaczka. Wreszcie do lekkich przypadków zakażeń połogowych zaliczyć należy cały szereg schorzeń, gdzie już a priori jest dążność do umiejscowienia się sprawy zapalnej.

czy, zaczynaliśmy leczenie nasze od 1 cm^3. Tam zaś, gdzie pomimo kilkakrotnego wstrzyknięcia mniejszych dawek brak było odczynu a badanie kliniczne nie wykazywało wybitnej poprawy, stosowaliśmy dawki duże w ilości od 7 do 10 cm^3.

Ogólnie powiedzieć można, że w przypadkach ropnicy działanie mleka zmieniało typ gorączki w tem znaczeniu, że występowały po każdorazowem wstrzyknięciu kilkudniowe przerwy bezgorączkowe, podczas których chore odzyskiwały przytomność. Po kilku dniach ciepłota znów wracała do dawnego typu i występowały dotychczasowe objawy ogólne. W jednym przypadku ropnicy połogowej z ciężką psychozą, mimo stosowania dużych dawek mleka, bo 10 cm^3 i to przez czas dłuższy, ani razu nie dało się stwierdzić nietylko odczynu we krwi lecz i wpływu na przebieg ciepłoty, dochodzącej do 40·1°, wobec czego zaniechano dalszych injekcyj mleka, a przy dalszem ogólnem leczeniu stan chorej uległ wreszcie zmianie na lepsze i chora ta po kilkunastu tygodniach wyzdrowiała.

Kaseosan wstrzykiwaliśmy w 6 przypadkach lekkiego zakażenia. W jednym przypadku, wykazującym liczne szare naloty w pochwie, a przebiegającym z wysoką ciepłotą *(intoxicatio putrida)*, można było stwierdzić po wstrzyknięciu 0,5 cm^3 kaseosanu dożylnie bardzo wyraźny odczyn krwi, natomiast zupełny brak wpływu na przebieg ciepłoty i poprawę stanu ogólnego. W trzech dalszych przypadkach ciepłota trwale opadła, odczyn we krwi był również wyraźny, stan ogólny lepszy. W dwóch następnych przypadkach spadła ciepłota na drugi dzień po wstrzyknięciu i stan bezgorączkowy trwał aż do wyzdrowienia, a badanie krwi nie wykazywało typowego odczynu, jak w przypadkach poprzednich. W porównaniu wyników leczniczych, osiągniętych wyżej wspomnianemi preparatami, kaseosan nie okazuje się lepszym w działaniu. Co do odczynu miejscowego zauważyć jedynie można było, że podczas gdy po injekcjach mleka względnie preparatów srebrowych występowała wybitna bolesność w miejscu wstrzyknięcia, rozpromieniająca się ku odpowiedniej kończynie i utrzymująca się w ciągu kilku dni, to po wstrzyknięciu kaseosanu bolesność ta nigdy nie występowała. D. n.

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Klinische Wochenschrift.

Nr. 18.

W. S t e p p. **Obecny stan wiedzy o witaminach. (I).**[1]) »A« witamina, w tłuszczu rozpuszczalna, najprawdopodobniej należy do grupy ciał lipoidowych; napewne wiemy, że zawiera cholesterynę, jest, jak wiadomo, niezbędna dla rozwoju kośćca i utrzymania rogówki w prawidłowym stanie. Można przyjąć, że krzywica jest awitaminozą z powodu braku A., jak jednak wykazał M e l l a n b y ma też poważne znaczenie czynnik domestykacji. Ciekawe jest, że podanie dużej ilości sernika pogarsza stan chorobowy, może drogą wiązania wapnia powstałego podczas spalania sernika kwasem fosforowym. Ciała z witaminą »A« zawierają wszystkie dużo wapnia, pozatem same wzmagają appozycję wapnia przez organizm. Hopkins zwraca wreszcie uwagę na to, że awitaminozy »A« odbijają się przedewszystkiem na tkankach, zaopatrywanych przez naczynia chłonne, tj. rogówce i chrząstce. Witamina »B«, w wodzie rozpuszczalna, w istocie swojej nie została dotąd wyjaśniona.

H. S t r a u s s. **O etjologji cukrzycy.** Autor zapomocą ankiety w kołach lekarskich uzyskał pewne dane co do wpływu zranień, chorób zakaźnych i wstrząsów na powstawanie cukrzycy w czasie wojny; dochodzi do wniosku, że zewnętrzne czynniki nie mogą wprawdzie spowodować cukrzycy, mogą jednak działać jako czynnik prowadzący do wybuchu cierpienia. Można do takich czynników zaliczyć uszkodzenia urazowe całego ciała, głównie układu nerwowego w pewnych miejscach, choroby zakaźne, w tem 70% zakaźne schorzenia jelit, wpływające może na czynności trzustki i wątroby. Ogólne wstrząsy powodowały stosunkowo rzadko wybuch choroby. Leczenie naogół dało wyniki pomyślne może z powodu rychłego rozpoznania i leczenia; komplikacji chirurgicznych widziało się mniej, niż w czasach pokojowych, należy to tłumaczyć młodym wiekiem chorych, w którym zgorzele itp. przypadłości występują rzadziej.

V a n d e r R e i s. **Metodyka rurek jelitowych. Badania okrężnicy.** Autor zgłębnikiem wprowadza do okrężnicy metalową rurkę, którą w dowolnem miejscu można napełnić treścią, zamknąć i wyprowadzić. Opis szczegółowy metody.

A. M a h n e r t i R. L u n d w a l l. **Dalsze badania nad sprawnością naczyń u kobiet ciężarnych sposobem Morawitza i Denekego.**

F. S c h i l l i n g i M. G ö b e l. **Rozpoznanie ciąży zapomocą florydzyny.** Potwierdzenie spostrzeżeń Kamnitzera, że po wstrzyknięciu 0.002 florydzyny następuje zawsze u ciężarnych cukromocz.

H. M e y e r - E s t o r f. **Wartość leukopenji trawiennej (Crise hemoclasique Widal) dla badania sprawności wątroby i stosunek tego objawu do »zielonego odczynu aldehydowego« w moczu.** Próba Widala jest niezawodną i bardzo delikatną próbą sprawności wątroby. Ujemne wyniki w ostrym żółtym zaniku wątroby można tłumaczyć tem, że produkty odbudowy białka z powodu autolizy wątroby stale wchodzące w krew powodują s t a ł y wstrząs hemoklasyczny i s t a ł y brak krwinek białych. Ciekawe jest w przypadkach niedomogi wątroby zielone zabarwienie moczu po zadaniu go aldehydem dwumetylaminobędźwinowym. Odczyn ten dotychczas był nieznany, Eppinger tylko stwierdził, że bilirubina w moczu barwi się czasem na zielono po zadaniu odczynnikiem Ehrlicha. Co do istoty odczynu nie można jeszcze wydać pewnego sądu, chociaż autor zbadał już liczne okoliczności, wśród których odczyn powstaje i znika. Być może, że odczyn daje ciało zbliżone do indykanu.

R. T r a u g o t t. **Zachowanie się poziomu cukru we krwi przy doustnem podaniu cukru gronowego: znaczenie tego odczynu dla oznaczenia sprawności wątroby.** Bang stwierdził, że wygłodzone króliki okazują wyższy stopień przecukrzenia krwi po doustnem podaniu cukru, niż zwierzęta normalnie żywione. Autorowi udało się na sobie i innych zdrowych ludziach ustalić typową krzywą stopnia przecukrzenia krwi po podaniu kilku po sobie następujących dawek cukru na czczo, po kilku dniach głodowych. Okazało się, że ucukrzenie krwi wzrasta czterokrotnie po pierwszej dawce i wkrótce spada do stanu prawidłowego, po następnych dawkach poziom cukru nie zmienia się. Można w ten sposób wykazać prawidłową czynność wątroby w przemianie węglowodanowej; u chorego bowiem z cukrzycą i po następnej dawce przecukrzenia we krwi podnosił się znacznie. 2 chorzy z t. zw. *diabetes innocuus* zachowywali się, jak ludzie zdrowi. Spostrzeżenia te uzupełniają zgodne wyniki prób oddechowych Johannsena i Benedicta. J. znalazł zmniejszenie się ilorazu oddechowego u ludzi, którym po znacznej głodówce podano cukier, i wzrost ilorazu po lewulozie większy, niż po glukozie, odpowiednio do tego znalazł autor u zdrowych wygłodzonych po lewulozie niższy poziom przecukrzenia, niż po glukozie; ludzie zaś z chorą wątrobą wykazywali tak samo niższy poziom przecukrzenia po lewulozie. Tam więc, gdzie iloraz się zwiększa, poziom przecukrzenia spada i odwrotnie. Wolno z tego wnioskować, że u zdrowych pierwsze podanie glukozy, działa na komórkę wątrobową w kierunku lepszej przeróbki późniejszej podanego cukru, a przy lewulozie stan się daje osiągnąć jeszcze łatwiej. Zjawisko to podobne jak przy pozajelitowem wprowadzeniu obcych ciał, kiedy to wstrzyknięcie obcego białka wywołuje odbudowę większej ilości własnego białka niż przedtem. Możnaby za Ehrlichem przypuszczać równoległość między zjawiskami przeróbki pokarmów w komórkach a odporności. *Ziemilski* (Lwów).

Münchener medizinische Wochenschrift.

Nr. 18.

A s c h o f f. **O pojęciu i teorjach zapalenia.** Autor zwraca uwagę, że obecna walka o pojęcie zapalenia dałaby się unik-

[1]) Szczegółowo omówił przedmiot Parnas w Nr. 1—9 Polskiego Czasopisma Lekarskiego. (Podamy tu tylko najważniejsze nowe stwierdzenia. Przyp. ref.)

nąć, a przynajmniej sprowadzić do właściwych granic, gdyby ustalono, co właściwie dany autor rozumie pod zapaleniem; dotychczas bowiem najważniejszą przyczyną zaciętej walki jest ujmowanie zapalenia przez każdego z teoretyków z innego punktu widzenia. Przechodząc następnie do rozpatrywania zapatrywań poszczególnych uczonych, dochodzi do wniosku, że w zasadzie wszyscy zgadzają się ze sobą, a cała walka ogranicza się do czystej dyskusji o słowa, *„une querelle d'All mand"*. Na zapalenie zapatrywać się można z punktu widzenia morfologicznego, etiologicznego i funkcjonalnego. Punkt widzenia czysto morfologiczny jest dla medycyny bez znaczenia, gdyż nie określa nam zapalenia w stosunku do całego organizmu, a ujmuje je tylko, jako definicję zmian morfologicznych bez uwzględnienia fizjologicznych właściwości, jak zmiany w krążeniu, przemiany w tkankach itd. Etjologicznie rozróżniać możemy sprawy zapalne infekcyjno-toksyczne, urazowe (destruktywne) i sprawy zapalne, wywołane przez zwykłe czynniki etjologiczne, powodujące ubytek (defektywne). Rozpatrując odczyn zapalny w stosunku do organizmu, a więc tak różnice w przebiegu, jak i ostateczny wynik tychże, t. zn. pod względem funkcjonalnym, podzielić możemy zapalenia na obronne (oczyszczające) przy infekcyjno-toksycznych czynnikach etjologicznych, na reparatywne i regeneratywne, jeśli wywołane zostały przez urazy czy spowodowane ubytkiem. Dopiero po ustaleniu definicji zapalenia powinny teorje zapalenia wyjaśnić, w jaki sposób sprawy zapalne do skutku przychodzą.

Dorner. **Cholesterynurja i indigourja.**

Saathoff. **Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego a choroby wątroby.** Przypadek przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego z przejściem sprawy zapalnej na wątrobę, który jednakże nie okazywał charakterystycznych objawów ze strony wyrostka robaczkowego. Klinicznie stwierdzić można było jedynie przejściowe okresy zapadu z wysoką, szybko ustępującą gorączką, bolesnością w okolicy woreczka żółciowego, powiększoną wątrobą i śledzioną, nigdy nie stwierdzono żółtaczki. Autor poddał chorego operacji, gdyż uderzyło go podobieństwo z przypadkami opisanemi przez Lunckenbeina. Operacja wykazała: wyrostek robaczkowy bardzo wielki, obrzmiały i w odległości jednej trzeciej od końca zwężony, u nasady lekkie zrosty. Od kreseczki do krezki okrężnicy 5 miękkich, powiększonych gruczołów wielkości orzecha laskowego. Wątroba powiększona, lecz bez żadnych dalszych zmian. Po operacji chory przyszedł wkrótce zupełnie do sił.

Zieler i Birnbaum. **Doświadczenia z »Yatrenem« przy specjalnem uwzględnieniu dwóch przypadków ostrego żółtego zaniku wątroby po śródżylnem zastrzyknięciu.**

Breuer. **Przypadek podostrego żółtego zaniku wątroby z niedrożnością jelit.**

Winkler. **Piętnaście lat trwająca nierozpoznana kiła płuc.**

Krömeke. **Dwukrotna neurorecydywa po mieszanem leczeniu kiły pierwotnej z ujemnym odczynem surowiczym.** Przypadek kiły pierwotnej, leczonej w pięć tygodni po zakażeniu przy już powiększonych gruczołach, sposobem poronnym, a w którym w następstwie przyszło do dwukrotnej neurorecydywy.

Esser. **»Płaty tętnicowe« i »wkładki nabłonkowe«.** Przyczynek do chirurgji transplantacyjnej.

Bohnhoff. **Wyniki i doświadczenia przy zastosowaniu bezpośredniego przetoczenia krwi sposobem Oehlekera.** W 50 przypadkach stosował autor metodę Oehlekera przetoczenia krwi, przy czem nie miał ani jednego zejścia śmiertelnego. W przypadkach posocznicy nie uzyskał żadnego polepszenia, przy niedokrwistości złośliwej wybitne polepszenie, jednakże bez trwałego uleczenia, także przy wtórnej niedokrwistości (Ca), najlepsze wyniki dały przypadki ostrej niedokrewności wskutek utraty krwi.

Ritter. **Leczenie ran jamy ustnej neosalwarsanem.** (Przyczynek do uszkodzeń przy sporcie narciarskim; nabicie się przez jamę ustną). Przypadek nadziania się na kij narciarski przez jamę ustną z następowem rozprzestrzeniającem się zakażeniem, które powstrzymano przez zastrzyknięcia neosalwarsanu, tak że rana zagoiła się dość szybko i bez żadnych zmian następowych.

Hegewald. **Pewne rozpoznanie oddzielenia łożyska po pępowinie.** Przy ucisku na dno macicy wzmaga się napięcie w odkleszczonej pępowinie, o ile łożysko nie oddzieliło się jeszcze; brak tego zjawiska jest dowodem oddzielenia się łożyska.

Weskott. **Leczenie przewlekłych cierpień stawów za pomocą emulsji siarki w oliwie.** Siarka wywołuje przy pozaotrzewnowem podaniu w emulsji 1% w dawkach 2—10 ccm tak silne objawy miejscowe i ogólne, że nie nadaje się do użycia w praktyce, również i mniejsze dawki 0,3—1 ccm nie uwalniają od wysoce niemiłych objawów ubocznych, przyczem wyniki lecznicze nie są pewne. *B. Piechowski* (Lwów).

Higjena, bakterjologja i odporność.

Annales de l'Institut Pasteur.

Nr. 2. 1921.

E. Wollman. **Muchy, jako roznosicielki zarazków.** Temat powyższy zajmował już bardzo wielu badaczów i w tym kierunku robiono liczne doświadczenia, przyczem znaczna większość autorów doszła do wniosków następujących: 1) dojrzałe muchy mogą przenosić w swym kanale pokarmowym zarazki chorobotwórcze, takie jak duru, cholery, czerwonki w stanie niezmienionym; 2) z jaj, które muchy składają w jesieni w miejscach zakażonych, np. na kale chorych, mogą na wiosnę wykluwać się czerwie, a z tych powstawać muchy, zawierające w kanale pokarmowym te same zarazki chorobotwórcze w stanie żywym i zjadliwym. Temu ostatniemu twierdzeniu autor zaprzecza i jest zdania, że w czasie odbywającej się przemiany zakażonego czerwia w muchę zarazki nie mogą przejść do kanału pokarmowego muchy i że błąd odnośnych doświadczeń polegał na tem, że nie były zastosowane odpowiednie środki w celu uchronienia świeżo powstałej muchy od natychmiastowego zakażenia się z otoczenia. Ażeby tego uniknąć autor wykonał szereg doświadczeń, stosując technikę następującą. Zbiorowiska jaj zwykłej muchy domowej rozdzielał na kawałku waty, którą następnie zwijał i zanurzał w roztworze sublimatu $^1/_{2000}$ na 5 minut. Po przemyciu wodą wyjałowioną watę rozkładał w jałowej płytce Petriego i stąd przenosił jaja po kilka, lub po jednym do probówek, zawierających odpowiednie jałowe pożywienie. Po wykłuciu się czerwi i po sprawdzeniu ich jałowości autor dolewał do tych samych probówek zawiesiny różnych bakteryj w stanie żywotnym (laseczniki durowe, czerwonkowe i gruźlicze). Po przemianie czerwi w poczwarki autor odkażał je w sublimacie i następnie badał bakterjologicznie zawartość kanału pokarmowego owadów, powstałych z tych poczwarek, jak również i zawartość tych poczwarek, które nie uległy przeobrażeniu. Doświadczenia te wykazały, że wyszczególnione zarazki chorobotwórcze nie przedostają się w czasie przeobrażenia z wnętrza poczwarek do kanału pokarmowego dojrzałej muchy, który zawsze okazywał się zupełnie jałowym. Wszystkie zaś poczwarki, z których nie powstały muchy, zawierały wewnątrz olbrzymią ilość żywotnych zarazków, co dowodzi, że rzeczywiście sam proces przeobrażenia zabezpiecza muchę od zarażenia się drobnoustrojami, zawartemi wewnątrz poczwarki. Prócz tych doświadczeń autor przerobił jeszcze następujące: muchy jałowo wyhodowane sadzał na materjale zakażonym określonym gatunkiem bakteryj (dur lub czerwonka) i następnie badał bakterjologicznie ich wydaliny przez częste przenoszenie much z jednej pożywki agarowej na drugą. Przytem okazało się, że wydaliny tych much zawierają w wielkiej ilości owe bakterje w stanie żywotnym i zjadliwym, ale nie dłużej, jak 10 dni. W przeciągu 8—10 dni kanał pokarmowy tych much oczyszczał się, jak sądzi autor, wprost drogą mechaniczną. Ostatnia serja doświadczeń, przeprowadzona w formie bardzo dokładnej (pierwotna jałowość much) potwierdza dawniejsze badania tego typu i określa czas, w ciągu którego muchy mogą być przenosicielami zarazków. Czas ten (10 dni) należy uważać za maksymalny, gdyż w warunkach doświadczeń zarazki chorobotwórcze wolne były od konkurencji b. licznej flory obojętnej, którą zwykle zawiera kanał pokarmowy much.

Fizjologja.

Z. 8. 1921.

Gratia. **Badania nad działaniem środków przeciwdziała-**

jących krzepnięciu krwi. Autor przeprowadził szczegółową analizę przeciwkrzepliwego działania peptonu i hirudyny (wyciągu z pijawek) we krwi. Za punkt wyjścia przyjął teorję Bordet i Delange, do pewnego stopnia opartą na klasycznej teorji Schmidt'a. Według Bordet i Delange w osoczu krwi znajduje się zaczyn serozyma w stanie nieczynnym (proserozyma), zaś w składnikach upostaciowanych krwi tkwi lipoid cytozyma. Przy zetknięciu z ciałem obcem cytozyma uwalnia się i przerabia proserozymę w czynną serozymę, która w obecności soli Ca przechodzi w trombinę, a ta z kolei strąca fibrynogen, tworząc fibrynę. Wprowadzenie do krwiobiegu peptonu powoduje pojawienie się antytrombiny, wydzielanej przez wątrobę, wskutek czego krew traci swe własności ścinania się. Natura chemiczna tej antytrombiny jest nieznana; wytrzymuje ona ogrzewanie do 60° C. i nie dializuje przez błony zwierzęce. In vitro pepton zupełnie nie zapobiega ścinaniu się, przeciwnie przyśpiesza je, co przypisać należy obecności lipoidów (cytozymy), które pochodzą z tkanek użytych do wyrobu peptonu. Pojawianie się *in vivo* antytrombiny uważać można niejako za odczyn organizmu przeciwko tym własnościom ścinającym cytozymy peptonowej. Czem więcej peptonu wprowadzimy do osocza krwi w ustroju, tem więcej wytworzymy w nim antytrombiny. Jeżeli do takiego niekrzepnącego osocza peptonowego dodamy *in vitro* gotowej trombiny, osocze takie skrzepnie. To rozumie się samo przez się. Również, jeżeli dodamy istoty trombinorodnej, np. tego samego peptonu, wynik będziemy mieli ten sam. Pozatem jednak mamy cały szereg związków chemicznych, które nie są ani trombiną, ani trombinogenem, a jednak osocze peptonowe ścina się w ich obecności. Do takich związków należą w pierwszym rzędzie woda destylowana, niektóre sole, CO_2 i lipoidy. Nadano im nazwę ogólną istot tromboplastycznych, jednak dokładniejsze badania wykazują, że działanie ich jest różne, a mianowicie: CO_2 działa ścinająco tylko na osocze peptonowe niezmienione, a więc prawdopodobnie znosząc działanie antytrombiny, podczas gdy woda przekroplona i sole powodują ścinanie się także innych osoczy utrzymanych w stanie płynnym, ale nie zawierających antytrombiny, a więc sprzyjają one samemu procesowi krzepnięcia. Wreszcie lipoidy powodują ścinanie się osocza peptonowego i innych nawet pozbawionych cytozymu drogą sączkowania przez świecę Berkefelda. Doświadczenia te potwierdzają w zupełności teorję Bordet-Gengou o tem, że obecność cytozymu (lipoid) jest niezbędną w procesie krzepnięcia osocza. Dodać tu jeszcze należy, że do wywołania ścinania się potrzebna jest pewna określona ilość lipoidów, w obecności zaś wody przekroplonej, lub soli obojętnych wystarcza mniej lipoidów, ażeby nastąpiło ścinanie się.

Hirudyna jest również ciałem niedializującem i wytrzymałem na ogrzewanie do 60° C. 1 mg na 7 g. osocza wystarcza do zapobieżenia ścinaniu się. Nadmiar trombiny, lub cytozymu (lipoidów) wywołuje znów ścinanie się, natomiast woda przekroplona, roztwory soli i CO_2 nie działają tu zupełnie. Różnowartościowość więc działania tych dwóch grup istot tromboplastycznych, lipoidów z jednej strony, a wody przekroplonej i roztworów soli z drugiej — występuje tu jaskrawo. Wykonawszy szereg precyzyjnych ilościowych określeń autorowi udało się wykazać, że jeżeli dla zobojętnienia pewnej ilości trombiny wystarcza ilość hirudyny, którą oznaczymy przez X, to dla przeszkodzenia reakcji serozymowo-cytozymowej, którаby dała tąsamą ilość trombiny, wystarczy X/4 hirudyny, a dla przeszkodzenia odczynowi proserozymowo-serozymowemu (odpowiedniemu ilościowo) wystarczy X/80 hirudyny. Dalej okazało się, że trombina wraz z antytrombiną tworzą trwałe kompleksy, nieznoszące tylko ogrzewania do 60° C.; w tej ciepłocie antytrombina staje się znów wolną.

Jakie działanie wykaże trombina, jeżeli ją zmieszamy jednocześnie z odpowiednią ilością fibrynogenu i antytrombiny? Badania Gratia wykazały, że jeżeli zmieszamy te 3 ciała jednocześnie nastąpi, częściowe połączenie trombiny zarówno z antytrombiną, jak i fibrynogenem i co za tem idzie częściowe ścinanie się. Jeżeli jednak poprzednio nastąpi połączenie trombiny z fibrynogenem, to następne dodanie antytrombiny nie rozluźni już tego związku i tak samo odwrotnie, jeżeli do gotowego kompleksu trombina + antytrombina dodamy fibrynogenu, ścinanie się nie nastąpi. To zjawisko jest jak najbardziej identyczne ze stosunkiem, jaki zachodzi między komórką bakteryjną, antygenem i przeciwciałem. I co jest najciekawsze, że analogja ta występuje tu bardzo wybitnie przy działaniu wody przekroplonej, lub roztworów soli na te związki. Mianowicie przy jednoczesnem połączeniu wszystkich trzech składników następuje walka między antytrombiną lub niwecznikiem z jednej strony i fibrynogenem lub antygenem z drugiej strony o posiadanie trombiny lub komórki.

Wynik tej walki jest zwykle częściowy, komórka lub trombina dzieli swe powinowactwo między obie walczące strony w pewnym niestałym stosunku, który uzależniony jest od środowiska, w którem się walka odbywa. Obecność i stężenie soli w tem środowisku odgrywa tu pierwszorzędną rolę i może przechylać szalę na jedną, lub drugą stronę.

Świątopełk-Zawadzki. (Warszawa).

Laryngologja.

Acta Oto-Laryngologica.

T. I.

A. de Klejn i W. Storm van Leeuwen. **O zaburzeniach w przemianie materji purynowej w dychawicy oskrzelowej i naczynioruchowym nieżycie nosa.** Posthumus Meyer spostrzegł, że mocz niektórych chorych, dotkniętych naczynioruchowym katarem nosa, zawiera zwiększoną ilość kwasów. Po zastosowaniu odpowiedniej djety katar ustępował i jednocześnie zmniejszała się ilość kwasów w moczu.

De Klejn, który stwierdził to samo na swoich chorych, przeprowadził szereg badań nad przemianą materji purynowej u chorych, cierpiących na dychawicę oskrzelową. W ciągu kilku dni badani otrzymywali djetę, zawierającą możliwie mało ciał purynowych, następnie w ciągu jednego dnia dostawali pożywienie bogate w ciała purynowe i znowu w ciągu kilku dni następnych bezpurynowe. W pierwszym dniu badania chorzy otrzymywali pożywienia *ad libitum*, ale też i w dni następne musieli zjadać i wypijać tyleż, co i dnia pierwszego. Chorzy w celu ujednostajnienia trybu życia codziennego w ciągu całego czasu badania byli w sanatorjum. W moczu określano codziennie ilość dobową i ciężar właściwy, ilość azotu, kreatyniny, kwasu moczowego oraz chlorku sodowego.

Na podstawie swych spostrzeżeń autorowie dzielą chorych na dwie kategorje: I. gdy nadmiar kwasu moczowego wydzielał się w ciągu 3—4 dni, a więc dłużej niż u ludzi zdrowych, i gdy w ciągu pierwszych dni nie dało się zauważyć wydzielania tego nadmiaru; w ostatnim przypadku jest pewna analogja z chorymi na dnę. II. U drugiej kategorji chorych po jednodniowem podaniu pokarmu bogatego w purynę a po uprzednim głodzie purynowym, nadmiar kwasu moczowego wydzielał się znacznie powolniej, niż u ludzi zdrowych. Jeżeli dotąd nie jest ustalone, czy w dnie mamy do czynienia ze zjawiskiem zmniejszania się ilości kwasów, czy też częściowego zatrzymania w ustroju, to w przypadkach autorów stwierdzone zostało takie zatrzymanie z całą pewnością. Ściślejszego związku pomiędzy wydzielaniem się kwasów a nasileniami i częstością napadów dychawicznych stwierdzić się nie dało. Autorowie zachęcają do badań w tym kierunku na materjale liczniejszym, proponując takież badania i u chorych z gorączką sienną.

Badania nad wydzielaniem kreatyniny, azotu oraz soli kuchennej nie wykazały nic szczególnego. Ciekawe atoli jest spostrzeżenie, że gdy na chorych z dychawicą pozbawiona ciał purynowych djeta nie wywierała prawie żadnego wpływu na napady dychawicy, to djetę tę z wielkiem powodzeniem stosowano u chorych z katarem nosa naczynioruchowym *(rhinitis vasomotoria).* W końcu swego tymczasowego doniesienia autorowie podają fakt stwierdzenia w rodzinie wszystkich 12 badanych chorych zaburzeń w przemianie materji, najczęściej dny.

St. Tuz (Warszawa).

S. V. Bornes. **Przyczynek do »pomyślnego obrazu« („*tableau benin*") płynu mózgowo-rdzeniowego w powikłaniach wewnątrzmózgowych pochodzenia usznego.** Płyn mózgowo-rdze-

niowy jest wiernym wskaźnikiem w przebiegu powikłań wewnątrzmózgowych pochodzenia usznego. Jeśli u chorych z zapaleniem ucha środkowego występują objawy zaburzeń mózgowych, a otrzymany płyn jest jasny, jałowy, o normalnej ilości składników morfotycznych, dowodzi to, że nie mamy tu do czynienia z rozlanem zapaleniem opon miękkich, jeżeli zaś płyn jest mętny, zawiera leukocyty, a nawet drobnoustroje, dowodzi to nam niezbicie obecności ciężkiego powikłania.

Jeśli w przebiegu sprawy chorobowej płyn wykazuje coraz mniejsze zmętnienie, zawiera mniej elementów morfotycznych i drobnoustrojów (t. zw. pomyślny obraz płynu), pozwala nam to stawiać jak najlepsze rokowanie. W ostatnich czasach jednak uwagę zwróciły takie przypadki, w których pomimo pomyślnego, a nawet coraz pomyślniejszego obrazu płynu, przebieg kliniczny sprawy ciągle się pogarsza i kończy się zejściem śmiertelnem. Bliższe badanie tych spraw wykazało, że nie chodzi tu o zwykłe zapalenie opon mózgowych, że jest ono tu sprawą wtórną, powikłaniem tylko innej, pierwotnej sprawy, a tą jest zwykle ropień mózgowy lub podoponowy, zapalenie mózgu itp. Zgodnie z obrazem płynu przebieg zapalenia opon nie jest ciężki, burzliwe objawy kliniczne są wywołane przez sprawę pierwotną, jak np. ropień i to właśnie prowadzi do śmiertelnego zejścia.

Owa rozbieżność między obrazem płynu a kliniką ma ważne znaczenie rozpoznawcze, gdyż świadczy o tem, że mamy do czynienia z jakąś inną, pierwotną sprawą, której powikłaniem tylko jest zapalenie opon. Fakt ten ma również duże znaczenie lecznicze, gdyż świadczy o lekkiem natężeniu sprawy oponowej, o jej zależności od pierwotnego ogniska, o istnieniu tego ogniska i o możności usunięcia go na drodze chirurgicznej, co znów prowadzi do wygaśnięcia sprawy wtórnej.

Lewenfisz (Warszawa).

Otorinolaryngologja.

The Lancet.

8. X. 1921.

W. G. Howarth. **Śluzowiaki i ropniaki** *(mucocele et pyocele)* **dodatkowych zatok nosowych.** Śluzowiak powstaje pod wpływem gromadzenia się i zalegania wydzieliny śluzowej w odnośnych jamach przy utrudnionym odpływie; towarzyszy temu ścieńczenie ściany zatoki. Sprawa ta może się rozwinąć w każdej zatoce, najczęściej jednak ma miejsce w czołowej i sitowej. W tych razach uwydatnia się guz w oczodole po stronie górnodośrodkowej. W ślad zatem idzie przemieszczenie gałki ocznej ku dołowi i nazewnątrz z towarzyszącem dwojeniem, przyczem obrazy układają się jeden nad drugim. Obraz podobny bywa nieraz mylnie rozpoznawany jako schorzenie narządu łzowego. Punktem wyjścia sprawy bywa czasami przewlekły nieżyt (Turner), czasami uraz, jak to uwidocznia autor na kilku własnych spostrzeżeniach. Bądź co bądź samo zapalenie lub uraz nie są wystarczające; podstawową rolę muszą odgrywać pewne indywidualne właściwości anatomiczne. Nieraz nowotwór kostny zasłania wylot zatoki. Objawy przeważnie są bardzo nikłe, a nawet zwodnicze; nieraz dwojenie lub łzawienie z oka górują nad całością obrazu. Zdarzają się bóle głowy, zależne od zniesienia tylnej ściany zatoki czołowej i ucisku śluzowiaka na mózg. Przy różniczkowaniu choroby należy mieć na względzie możliwość torbieli skórzastych, nowotworów złośliwych lub łagodnych, wreszcie przepuklin oponowych *(meningocele)*. Co się tyczy umiejscowienia sprawy, to z 15 przypadków autora 10 dotyczyło zatok czołowych, 3 sitowych i 2 czołowych łącznie z sitowemi. Zawartość guzów bywa przeważnie galaretowata, żółta, czasem opalizująca; w razie zakażenia przeistacza się w gęstą żółtą ropę. Operacja polega na szerokiem otworzeniu jamy śluzowiaka i zniesieniu takiej ilości ściany, by się dało otrzymać szerokie połączenie z kanałami nosowemi; sączek gumowy wprowadzony przez nos zabezpiecza odpływ należyty. Błony śluzowej, wyścielającej śluzowiak, usuwać nie należy. Obnażenie opon mózgowych nie grozi niebezpieczeństwem, gdyż już uprzednio są one należycie zgrubiałe.

E. Lewenstern (Warszawa).

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy Nr. 5: E. Piasecki: Trzy pierwsze kursy instruktorskie. — S. Składkowski: Prawo rozwoju wojskowej służby zdrowia — H. Mierzecki: Choroby weneryczne a armja. — B Frenkel i J. Leyberg: Przypadek ostrego zapalenia opon u syfilityka z lewostronnym pourazowym niedowładem, leczonego metodą Gennericha. — I. Abramowicz: Z kazuistyki sztucznych nieżytów spojówki. — E. Lewenstern: Przypadek ciężkiego zwężenia odźwiernika po otruciu kwasem solnym. Nr. 6.: Urbanowicz: Badanie inteligencji w wojsku.— L. Karwacki i Z. Krakowska: O odczynie Wassermanna w przebiegu zimnicy. — I. Zieliński: Zaprowiantowanie chorych w szpitalach wojskowych. — M. Biehler: Leczenie surowicą czerwonki u dzieci. — B. Luda: Siostra pielęgniarka.

Kwartalnik kliniczny Szpitala starozakonnych w Warszawie. Tom: I. zesz. 2: S. Popławski: Juljusz Mutermilch (wspomnienie pozgonne). — K Szwarcenberg: O przygotowaniu oka do operacji wewnątrzgałkowej. — M. Lubelski: W sprawie techniki operacyjnej brzusznych przetok kałowych. — S. Goldflam: O skurczu paradoksalnym. — E. Gliksman: Sprawa znieczulenia do operacji w praktyce szpitali amerykańskich. — J. Rotstadt: O ciemni przenośnej.

Ginekologja polska T. I. zesz. 1.: Słowo wstępne. — Z. Monsiorski: O zarośnięciach macicy. — A. Czyżewicz: W sprawie powstawania otorbionych krwisteków wśródotrzewnowych i krwiaków pozaotrzewnowych w przebiegu ciąży jajowodowej. — H. Gromadzki: O pęknięciach macicy w ciąży. — H. Wojciechowski: O stosowaniu terpentyny w sprawach zapalnych przydatków. — Adres administracji Warszawa ul. Senatorska 24.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

VIII. Posiedzenie naukowe w dniu 22. lutego 1922.

Przewodniczy kol. Wojciechowski. Obecnych członków.

1. Kol. Strzemieński omawia powtórnie, podnoszoną już na poprzedniem posiedzeniu sprawę wynagrodzenia lekarzy przez rząd za pomoc udzielaną urzędnikom państwowym. W swem przemówieniu zaznacza prelegent, iż rząd, uwzględniając położenie urzędników, pragnie im dać pomoc lekarską, i nie porozumiawszy się z żadną organizacją lekarską szuka lekarzy, którzyby bezinteresownie nieomal oddawali towarzystwu krajowemu urzędników swoje usługi. kol. Wojciechowski wnosi wobec tego, aby kol. Strzemieńskiemu z pełnem zaufaniem powierzyć obronę stanu lekarskiego. Wniosek powyższy przyjęto jednogłośnie, a kol. Strzemieński przyjmuje powyższy mandat z zastrzeżeniem, iż nie należy przyjmować proponowanych przez rząd posad, póki kwestja sporna nie zostanie rozstrzygnięta.

2. Następnie kol. Wojciechowski odczytuje pismo Akademji Umiejętności w Krakowie w sprawie **nagrody za najlepszą pracę medyczną** — zaznaczając, iż komitet przyznający tę nagrodę składać się będzie z członków Akademji, delegatów Wydziału lekarskiego i delegatów Towarzystwa lekarskiego.

3. Potem przystąpiono do **dyskusji** nad omawianą na poprzedniem zebraniu **odmą piersiową** i pokazem kol. Eisenberga.

W dyskusji nad pokazem kol. Eisenberga kol. Latkowski podaje, że w r. 1915 spostrzegł w szpitalu załogowym przypadek ropnego zapalenia opon mózgowych u chorego F. H. 40-letniego, u którego w ciągu 1 tygodnia choroby wystąpiły objawy oponowe. Nakłucie lędźwiowe wykazało płyn mętny, zawierający 70% neutrofilów, z którego wyhodowano laseczniki durowe; badanie zaś sekcyjne wykazało ropne zapalenie opon mózgowych. Z ropy i ze śledziony wyhodował prątki durowe. Przypadek ten, jak i inne znane z piśmiennictwa, dowodzą, że brak widocznego odczynu ze strony układu chłonnego może być jedną z przyczyn zmniejszonej odporności przy *meningitis typhosa*, która tak, jak w przypadku kol. *Eisenberga*, kończy się śmiercią. Przypadek zaś zapalenia przedstawiony przez kol. Lewkowicza, jeżeli jest rzeczywiście oparty na laseczniku durowym, należy do unikatów samoleczenia.

W dyskusji nad odczytem kol. Raczyńskiego a odmie piersiowej, kol. Latkowski zwraca uwagę, że kol. Raczyński pominął piśmiennictwo polskie, podczas gdy już w r. 1912 w Przeglądzie lekarskim wyszła praca Sterlinga, zaś prof. Gluziński we Lwowie i Dr. Dębiński w Warszawie ogłosili odczyty o sztucznej odmie piersiowej. Na zjeździe internistów we Lwowie w 1914 r. referat główny o sztucznej odmie piersiowej wygłosili dr. Sterling i dr. Dłuski. Odmę stosuje się na oddziale chorób wewnętrznych I. A w szpitalu św. Łazarza. Lecz nie każda postać i nie każdy okres gruźlicy płuc nadaje się do stosowania sztucznej odmy piersiowej. W początkowych okresach nie ma wskazania, a większość autorów stosuje ją po wyczerpaniu innych sposobów leczenia. Głównem polem stosowania będzie zawsze gruźlica jednostronna. Zabieg ten wymaga odpowiednich urządzeń, a więc odpowiedniego zakładu i dobrego aparatu ront-

genowskiego — nie wszędzie więc da się przeprowadzić. 24 pomyślnych wyników kol. Raczyńskiego należy zaliczyć do szczęśliwego zbiegu okoliczności, a o wyniku stałym w materjale kol. Raczyńskiego nie może być mowy, gdyż najdłuższy czas spostrzegania wynosił 14 miesięcy.

Kol. Orłowski dodaje: Zagadnienie leczenia gruźlicy płuc sztuczną odmą piersiową jest tak rozległe, że ująć je w debatach nad odczytem niema możności, trudno też poruszać w nieobecności prelegenta te tezy, co do których nie można się z nim zgodzić. Przyłączając się więc do zastrzeżeń i poprawek, poczynionych już przez kol. Wierzuchowskiego, ogranicza się tylko do zaznaczenia, że samo zakładanie odmy, zwłaszcza po raz pierwszy, wymaga większej ostrożności, niż to zaleca prelegent. Przedewszystkiem należy je przeprowadzać w warunkach, wykluczających podniecenie chorego, i pozostawić chorego po założeniu odmy przez pewien czas w zupełnym spokoju, a to w celu uniknięcia niebezpiecznych powikłań, powstających np., wskutek rozerwania się obfitujących nieraz w szerokie naczynia żylne opłucnych wstęg taśmowych z następowym zatorem gazowym itd. Podobne powikłania zdarzają się i przy zachowaniu wszelkich ostrożności, jak to było w jednym z moich przypadków z zatorem gazowym; przy niezachowaniu ostrożności występować mogą one częściej.

Co do danych historycznych, to myśl o leczniczem działaniu odmy opłucnej powstała pierwotnie u Carsona w trzecim dziesiątku 19 stulecia; następnie Ramadge, opierając się na 2 spostrzeżeniach, wygłosił zdanie, że wszelki zabieg, prowadzący do zapadnięcia się ścian jamy płucnej, przedstawia zabieg leczniczy par excellence; a w r. 1881 Hérard na zjeździe w Algerji podał, że odma opłucna w 1 i 2 okresie gruźlicy zatrzymuje jej rozwój, a w 3-im, zbliżając ściany jam płucnych, doprowadza do ich zabliźnienia. Wszystkie te głosy pozostały bez należytego oddźwięku. I, jeśli dziś stosujemy ten sposób, to zawdzięczamy to istotnie niezmordowanej energji Forlaniniego i, być może, jeszcze w większej mierze klasycznym pracom Brauera. (Streszczenie własne).

4. Kol. Latkowski pokazuje: a) chorego Bronisława P. l. 15 **z wrodzoną wadą serca**, u którego daje się stwierdzić opóźnienie rozwoju fizycznego, polycythaemia, powiększenie serca w wymiarze poprzecznym (uderzenie koniuszkowe w V międzyżebrzu, 8 cm od linji środkowej), roentgenologicznie stwierdzone. Wymiar poprzeczny 11,5 cm, tętnica główna szeroka (4,8 cm) szmer skurczowy nad tętnicą główną najlepiej słyszalny, z wyczuwalnym kocim mrukiem, szmer ten udziela się w kierunku wszystkich ujść i w kierunku tętnic wielkich; ciśnienie krwi 70 Hg, odczyn Wassermanna ujemny. Na podstawie wywiadów, że chłopiec ten od dziecka nie mógł biegać, a po wysiłku fizycznym doznawał znacznej duszności z ogólnem osłabieniem i wymiotami, na podstawie wyżej podanych objawów klinicznych, jak i sinicy i rozszerzenia naczyń na klatce piersiowej musimy przyjąć wrodzone zwężenie tętnicy głównej i otwarty otwór owalny, gdyż rozszerzenia serca prawego w inny sposób wytłómaczyć nie można.

Otwarty owalny otwór serca może przebiegać bez objawów i może być dopiero spostrzeżony przy sekcji, jakto miało miejsce u chorego M. F. 40-letniego, u którego rozpoznano *insufficientia et stenosis valvulae bicusp. in stadio decompens. cum dilatatione cordis totius praec. dextr., hyperaemia passiva hepatis, lienis et renum*, a badanie sekcyjne wykazało *foramen ovale apert.* obok *endocarditis chron. valvul. mitral. et semil. aortae.*

b) Chorego L. J. 63-letniego z *nephrosclerosis*, u którego wygląd i obrzęki wskazywały na chorobę nerkową, a badanie moczu nie wykazywało żadnych zmian; wydzielanie chloru było prawidłowe 19,3—28,7 gr. dziennie, azot zaś pozabiałkowy we krwi wynosił 22,12 mlg. Próby: koncentracyjne i wodna wykazywały hypostenurję z małem bardzo wahaniem ciężaru gatunkowego, zaś po obciążeniu nerek występował przemijający białkomocz. Osłabienia serca nie było.

5) Kol. Rosner omawia przypadek **brodawczaka pochwy** z pokazem makroskopowym i mikroskopowym danego schorzenia.

6) Kol. Majewski przedstawia **ciało obce pod powieką** chorego, które dostało się tam skutkiem wybuchu granata i pozostawało tamże przez dłuższy okres czasu.

Wysocki, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 19. maja 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 106.

1) kol. Ziembicki omawia własne spostrzeżenia z zakresu **proteino i kolloidoterapji** a) **w chorobach wewnętrznych** i b) w przypadku **zapalenia tęczówki**, leczonego wspólnie z kol. Jaworskim wstrzykiwaniem mleka; c) w przypadku **gorączki połogowej**, wyleczonej jednem wstrzyknięciem 5 cm^3 własnej krwi chorej.

W dyskusji kol. Rencki podaje, że w przypadku **niedokrwistości złośliwej** typu Biermera, przedstawionym na posiedzeniu Towarzystwa w styczniu b. r., po kilku wstrzyknięciach 0·5—1·0 gr. mleka stan chorej wybitnie się poprawił, a ilość czerwonych ciałek krwi wzrosła do 5,000.000. Przypomina, że autohemoterapja przy durze osutkowym w doświadczeniach Greka nie wpływa na zmniejszenie się śmiertelności. W przypadkach powikłanych gruźlicą, należy stosować $^1/_{10}$—$^1/_{100}$ część dawki mleka z obawy zaognienia się sprawy gruźliczej. Kol. Leszczyński poleca, aby przy autohemoterapji wstrzykiwać krew nie w miejscu nakłucia żyły obok w ramię, ale w pośladki. Zaznacza też, że ustrój przygotowany autohemoterapją oddziaływuje znacznie słabiej na zastrzyknięcia mleka i shock kolloidoklastyczny mniej jest wybitny w tych przypadkach.

Kol. Bednarski zestawia wyniki i wskazania dla **proteino i kolloidoterapji w chorobach ocznych**; kol. Fels podnosi, że krzywe dodatnich i ujemnych wyników w gośćcu stawowym przy stosowaniu mleka i salicylu pokrywają się, a nawet są korzystniejsze dla salicylu.

Kol. Rencki wyjaśnia, że w przypadkach gośćca ostrego przy stosowaniu mleka salicylu nie wolno w leczeniu zaniedbać. Mlekiem bowiem podnosi się tylko reakcję ustroju. Kol. Marischler opisuje wyleczony mlekiem przypadek ostrego zajęcia stawu ręki, który przy stosowaniu samego salicylu nie dawał dodatniego wyniku. Kol. Ziembicki jeszcze raz podkreśla działanie ergotropowe mleka i zaznacza, że ono skraca czas trwania choroby.

2) Kol. Izydor Krzemicki wygłasza odczyt p. t. **Z pogranicza neurologji i okulistyki.** I. Przedstawione zostały 3 modele przyrządów, służących do oznaczania pola patrzenia, albo, jak mowca proponuje, „pola pozierania" (*Champ de fixation, Blickfeld*). Dotychczasowe metody, jako dosyć uciążliwe, nie przyjęły się na ogół w praktyce neurologicznej. Największą trudność w badaniach tego rodzaju stanowi odpowiednie ustalenie głowy badanego osobnika. W 2 pierwszych z przedstawionych modeli trudność ta została ominięta w następujący sposób: obmyślono małe i lekkie przyrządziki, przytrzymywane ręką badającego na twarzy osoby badanej, tak, że przy ewentualnych ruchach głowy poruszają się one wraz z głową w sposób, niepowodujący żadnego zdecentrowania gałki ocznej w stosunku do skali aparatu.

Model a) składa się z przytwierdzonej do rączki, obracalnej tarczy o średnicy 52 m/m, opierającej się górnym brzegiem o łuk brwiowy, zaopatrzonej w odpowiedni wykrój w kierunku pozierania, z łuku skalowego (R=25 cm), połączonego z tarczą i wreszcie ze zwierciadła, ułożonego na cięciwie łuku, w którym odbija się podziałka stopniowa. Przylegająca do twarzy część łuku ścięta jest w ten sposób, że idealne przedłużenie łuku sięgałoby w głąb gałki i że szczyt jego przypadałby na punkt obrotowy oka. Odpowiednia oprawka ujmuje szkła korekcyjne. Dzięki użyciu zwierciadła i ścięciu górnej części łuku uzyskano znaczną redukcję wymiarów.

Model b). W linji środkowej ruchomej tarczy (p. w.) umieszczona jest obracalna we wszystkich kierunkach listewka o 25 cm dług., zakończona małą tabliczką z kilku znakami pisarskiemi. Tabliczka ta jest przesuwalna, obracalna i zaopatrzona na tylnej powierzchni w zwierciadełko, w którem odbijają się znaki pisarskie, umieszczone na kątomierzu, obracającym się wraz z listewką i odpowiednio wykrojonym, tak, że nos badanego nie stawia przeszkód obrotowi tarczy. Dzięki przesuwalności tabliczki i użyciu zwierciadła badany może odczytywać znaczki, zależnie od swej refrakcji, w odległości 1—40 cm od oka. Podziałka kątomierza jest tak wykalibrowana (na podstawie odpowiedniego wzoru trygonometrycznego), że uzyskuje się rachunkowo wyrównanie błędu, któryby powstać musiał stąd, że punkt obrotu listewki leży mimośrodowo w stosunku do punktu obrotowego oka.

Obydwa przyrządy dają wyniki łatwe i dostatecznie ścisłe, pewna wprawa w używaniu ich jest jednak konieczna.

Model c) służy do precyzyjnych badań i może być użyty tylko u osób inteligentnych. Zasada konstrukcji polega na tem, że badany obserwuje swoje własne oko w zwierciadle obracalnem, przyczem oko ustawia się zawsze (p. n.) pod kątem zupełnie równym kątowi nachylenia zwierciadła. Przez zwierciadło można przezierać, a to dzięki okoliczności, że jest ono albo ad hoc sporządzone (cienka, przeźroczysta warstwa zredukowanego srebra), albo też dzięki szeregowi równoległych linijnych wydrapań warstwy odbijającej, zezwalających na wizowanie poprzez zwierciadło. Poza zwierciadłem (w podwójnej odległości, licząc od środka obrotowego oka) umieszczony jest łuk z podziałką (R=30 cm). Badany podaje, jaką liczbę podziałki widzi w swojej źrenicy; liczba ta musi się zgadzać dokładnie z liczbą wykazaną na kątomierzu, zaadaptowanym do zwierciadła. Niezgodność liczb powyższych oznacza albo, że badany wykonał ruch głową, albo też, iż przekroczona została granica ruchomości gałki w danym kierunku. Ważne jest, że przy badaniach tego rodzaju następuje samoczynne optyczne ustalenie głowy (p. w.), tak, że zbędnemi okazują się wszelkie sposoby pomocnicze. (Pokaz szeregu zdjęć pola pozierania w przypadkach porażeń mięśni ocznych).

Przyrządy powyższe możnaby dla odróżnienia od perymetrów nazwać pegometrami (od πήγνυμι utkwić, wbić).

II. Wychodząc z bardzo prostych spostrzeżeń katoptrycznych, stwierdzić można, że w pewnych warunkach oczy nasze zmuszone są do wykonywania bezwiednych ruchów w ściśle określonych kierunkach; na podstawie tego, co wiemy o mechanizmie widzenia i pozierania, przyjąć można, że dzieje się to mianowicie w tych przypadkach, w których wszystkie bez wyjątku przedmioty, objęte naszem polem widzenia, poruszają się jednocześnie dosyć szybko w pewnym stałym kierunku, tak, że oko nie może spocząć na żadnym punkcie, któryby nie był porwany wirem ogólnego jednokierunkowego ruchu. Do sumarycznego ujęcia wchodzących tu w grę zjawisk nadawałby się ter-

min zygopsia, od greckiego ζυγὸν (jarzmo), oznaczający w przenośni patrzenie niejako ujarzmione, przymusowe. Wirująca dookoła nas panorama, o ileby tylko zasłaniała sobą zewsząd całe nasze pole widzenia, musiałaby niechybnie spowodować zygoptyczny zwrot gałek (a być może, w pewnych w przypadkach także zygoptyczny oczopląs). Najpraktyczniejszy sposób wywoływania zygopsji polega na zmuszaniu badanej osoby do spostrzegania zewnętrznego świata w odbiciu obracającego się płaskiego zwierciadła, wskutek czego wszystko widzialne znajduje się w ruchu pozornym, albo do takiego samego spostrzegania w nieruchomem zwierciedle, o ileby głowa tejże osoby wykonywała ruchy zwrotne. Teoretycznie trzeba-by tu wielkich zwierciadeł, odgradzających zupełnie świat rzeczywisty od świata odbitego, w praktyce jednak wystarczają średniej wielkości źwierciadła ścienne, a przy łóżku chorego nawet mniejsze lusterka (n. p. 8×20 cm). Przy stosowaniu metody obracalnych zwierciadeł w dwu tylko przypadkach (w rzeczywistości niewchodzących nigdy w rachubę) moglibyśmy natknąć się na brak zygoptycznego zboczenia gałek (pomija się tu bardzo powolne ruchy zwierciadła, któreby może nie wystarczały do wywołania zygopsji), a mianowicie: 1) gdy odbite w zwierciadle tło było zupełnie monotonne pod względem postaci, barwy i rozmieszczenia objętych niem przedmiotów; 2) gdyby przedmioty odbite w zwierciedle i dokonywające w niem ruchów pozornych, posiadały własny ruch rzeczywisty w kierunku wprost przeciwnym i gdyby szybkość tego ruchu równała się zupełnie szybkości obrotu zwierciadła. Z drugiej strony możliwą byłaby (teoretycznie) także hyperkompensacja ruchów rzeczywistego i pozornego z następczem zboczeniem gałek w stronę przeciwną ruchowi pozornemu. Jednym z przedmiotów zygoptycznie spostrzeganych może być oczywiście także nasze własne oko. W tym przypadku, gdzie gałka jest zarazem przedmiotem i podmiotem spostrzegania, udowodnić można geometrycznie (demonstracja rysunków): że oko nasze wpatrzone bezpośrednio we własny obraz (a więc niepozierające jednocześnie na żaden inny przedmiot odbity w zwierciedle) ustawić się musi tak, iżby oś wzrokowa była prostopadła do powierzchni zwierciadła; że *eo ipso* przy obrocie zwierciadła oko musi się nastawić pod kątem równającym się kątowi tego obrotu; w końcu, że przy zwrotach głowy oko przeglądać się może w zwierciedle tylko w tym razie, jeżeli dokona ono obrotu w stronę przeciwną o kąt, równający się kątowi zwrotu głowy. Na prawidłach tych oparty został pomysł pegometru mod. c). Konieczność kontralateralnego zwrotu gałki przy ewentualnym obrocie, powodując prawdopodobnie konflikt dwu przeciwnych innerwacyj, tłumaczy dostatecznie samoczynne ustalenie głowy, o którem wyżej. (Wyjątki, dotyczące bardzo małych dzieci, a może też osób mocno rozdrażnionych, wymagają dalszego opracowania).

Zygopsja (katoptryczna) znaleźć powinna obszerne zastosowanie w rozpoznawaniu chorób nerwowych, a po części także w dociekaniach fizjologicznych. Wyniki badań, pod tym względem jeszcze bardzo niezupełne, przedkłada mówca tytułem doniesienia tymczasowego.

Do wywołania zygopsji wystarcza bardzo nieznaczna bystrość wzroku, (rozróżnianie ruchów palców); z powodu braku odpowiedniego materjału nierozstrzygniętem pozostaje pytanie, jak wypadłaby próba przy zachowanem jedynie tylko poczuciu światła. Podobnież nie udało się jeszcze ustalić, w jakiej epoce rozwojowej poczyna się zygopsja u niemowląt; od 2 miesięcy niemowlęta oddziaływają zygoptycznie dodatnio. Przy ślepocie histerycznej (1 przyp.) zygopsja jest dodatnia. Przy połowiczem widzeniu oko oddziaływa zygoptycznie dodatnio przy nachylaniu zwierciadła w stronę widzącą, ujemnie w stronę przeciwną (4 przyp.) W 1 przypadku znacznego zwężenia pola widzenia (najprawdopodobniej na tle organicznem) zygopsja była dodatnia, o ile wykonywało się powolniejsze ruchy zwierciadłem; przy szybkich ruchach wynik był ujemny (badana osoba widocznie nie mogła nadążyć okiem za znikającym obrazkiem siatkówkowym). Podobnie miała się rzecz w 1 przyp. większego ograniczonego ubytku w polu widzenia (*Atr. n. opt. tabica*). W licznych przypadkach przekonano się że zygopsja jest jedynym i to zupełnie objektywnym sposobem oceny sprawności mięśni zewnątrzgałkowych, jakoteż zdolności oka do umiejscawiania wrażeń świetlnych u osobników, z którymi nie można było porozumieć się bezpośrednio (niemowlęctwo, zamroczenie, afazja) Trudno też wątpić, że symulacja całkowitej ślepoty nie mogłaby się ostać wobec próby zygoptycznej.

Wobec stanowiska niektórych fizjologów, głoszących, że ośrodki podkorowe (*C. genic. ext.*) odgrywają w regulowaniu ruchów gałek ocznych ważniejszą rolę, niż się to powszechnie przyjmuje, z ostrożnością należy rozpatrywać kwestję, czy „przytomność“ jest warunkiem nieodzownym dodatniej zygopsji. Trudne jest też pytanie, czy zygopsję zaliczyć należy do rzędu zjawisk odruchowych. W dwu przypadkach końcowego okresu *meningitis tbc.* zygopsja była ujemna; podobnież u osoby budzącej się z narkozy. U zwierząt nie udało się dotychczas uzyskać pewnych wyników: trudności techniczne są tu jednak znaczne. Dalsze badania nad klinicznem zastosowaniem zygopsji są konieczne; prelegent zaprasza kolegów, rozporządzających odpowiednim materjałem, do współpracy. (Streszczenie własne).

W dyskusji kol. Domaszewicz podnosi pożyteczność próby lustrzanej zygoptycznej przy porażeniach mięśniowych gałki ocznej. Kol. Beck zastanawia się, czyby nie było wskazanem nazwać pole patrzenia, czy też pozierania, obszarem lub zakresem patrzenia. Zakres patrzenia byłby to obszar, który może objąć oko przy ruchu. Ruch oka za lustrem, należy uważać jako odruch, choćby ośrodkiem jego była nawet i kora mózgowa. Nadto przemawiał jeszcze kol Pisek.

Kmietowicz, sekretarz.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 stycznia 1922.

Obecnych 19 członków oraz 7 gości.

1. Kol. Dziemski przedstawił chorego po przebytym tężcu, przypadek ciekawy ze względu na długi okres wylęgania (dwa miesiące).

2. Kol. Hłasek, nawiązując do odczytu kol. Kożuchowskiego (przyczynek do zapaleń wyrostka robaczkowego), oświetla sprawę ze stanowiska ginekologa.

3. Kol. Cywiński, Sitkowski i Jaworski wygłosili wspólny referat: **O wrzodzie żołądka.** Kol. Cywiński, przytoczywszy historję rozwoju nauki o wrzodzie okrągłym żołądka, roztrząsa po kolei etjologję tego cierpienia, jego patogenezę, symptomatologję, rozpoznanie oraz metody leczenia. Kol. Sitkowski omawiał sprawę djagnostyki wrzodu z punktu widzenia rentgenologicznego, wreszcie kol. Jaworski oświetlił powyższą sprawę chorobową ze stanowiska chirurgicznego. Dyskusję odroczono do następnego posiedzenia.

4. Kol. Drożdż zdaje sprawę z posiedzeń komisji odczytowej i przedstawia obecnym do aprobaty spis pism lekarskich zagranicznych, uchwalonych do zaprenumerowania.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 lutego.

Obecnych 19 członków oraz 7 gości.

1. Kol. Czerwiński przedstawił: a) **macicę z włókniakiem** wielkości główki noworodka, wychodzącym z tylnej ściany szyji, b) macicę wraz z przydatkami, usuniętą sposobem Wertheima z powodu **raka części pochwowej**, c) **macicę** wraz z przydatkami, wyciętą tymże sposobem z powodu **raka trzonu** i d) **szpilkę** podwójną długości 10 cm, wprowadzoną do pęcherza moczowego w celu **masturbacji.**

Dyskusja nad odczytem kol. Cywińskiego, Sitkowskiego i Jaworskiego.

Kol. Majewski, przytoczywszy klasyfikację anatomo-patologiczną wrzodu, podnosi, że wrzód żołądka jest chorobą dziedziczną i wrodzoną. streściwszy dawniejsze oraz najnowsze badania nad etjologją wrzodu, kol. Majewski przechodzi do wyczerpującego omówienia licznych metod operacyjnego leczenia wrzodu i przytacza obszerne statystyczne dane, przemawiające na korzyść gastroenteranastomozy, z którą konkuruje radykalna gastropylorektomja.

Nadto przemawiali koledzy: Arnsztein, Biernacki, Chromiński i Garbaczewski.

Dalszy ciąg dyskusji odłożono do następnego posiedzenia t. j. na dzień 18 lutego.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 lutego 1922.

Obecnych 17 członków oraz 7 gości.

1. Kol. Czerwiński przedstawił **preparat włókniaka macicy.**

2 Kol. Umiastowski pokazał dziecko z ropnicą, leczone autowakcyną.

3. Kol. Jaczewski pokazał 22-go letniego mężczyznę ze **słoniowatością prącia.**

4. Kol. Modrzewski przedstawił cztery **kamienie żółciowe**, usunięte drogą operacyjną u 32-letniej kobiety. Przypadek ciekawy ze względu na umiejscowienie kamieni, mianowicie jeden znajdował się w ductus choledochus, jeden w ductus hepaticus i dwa w pęcherzyku.

5. Przewodniczący otwiera dalszy ciąg **dyskusji** nad wrzodem żołądka. Zabiera głos kol. Dziemski, przytoczywszy dwa obserwowane przez siebie przypadki, przeczące twierdzeniu mowcy kol. Cywińskiego, że przebicie żołądka zdarza się w tych przypadkach, gdzie są liczne owrzodzenia oraz gdzie cierpienie trwa czas dłuższy. Kol. Dziemski wspomina o statystyce porównawczej owrzodzeń żołądka i dwunastnicy podług Kämmela i obszerniej omawia diagnostykę różniczkową pomiędzy wspomnianemi cierpieniami. Kol Modrzewski, dopełniając metody badania żołądka, przypomina o diaphanoskopji pośredniej, o gastroskopji oraz diaphanoskopji bezpośredniej. W sprawie perforacji owrzodzeń żołądka, kol. Modrzewski zwraca uwagę na konieczność dokonywania zespolenia żołądka z jelitem (gastroenteranastomosis), które stanowi jakoby unieruchomiający opatrunek dla okolicy operowanej.

Po krótkiej replice mowców dyskusję zakończono.

Prezes Dr. *Jan Modrzewski.* Sekretarz Dr. *Korczak*

Towarzystwo Internistów polskich.

Odezwa.

W celu nawiązania przerwanej pracy Tow. Internistów Polskich, którego głównym celem, jak wiadomo, było urządzanie specjalnych zjazdów naukowych, (ostatni przed wojną we Lwowie 1914 roku), zebrało się grono internistów warszawskich a po otrzymaniu zgody ostatniego zarządu Towarzystwa, do składu którego należeli: Prof. Dr. A. Gluziński, jako przewodniczący,

prof. Dr. J. Wiczkowski, jako zastępca przewodn., prof. Dr. Franke skarbnik i Dr. Wilhelm Pisek, uchwalili wznowić pracę Towarzystwa i wybrali zarząd, w skład którego weszli: Prof. Dr Gluziński przewodniczący, Dr. Pawiński zast. przewodniczącego, Dr. Bronowski skarbnik, prof. Dr. Żebrowski i Dr. Szczepański sekretarz. Skład ten ma pełnić swe obowiązki, aż do wyborów, które odbędą się na najbliższym zjeździe. Zarząd rozpoczął swoją działalność i w myśl uchwały zebrania, by następny zjazd Internistów polskich odbyć we Wilnie, porozumiał się z Kolegami z Wilna, którzy z całą gotowością przyjęli tę propozycję, podejmując się urządzić ten zjazd w terminie oznaczonym przez Zarząd.

Po rozważeniu rzeczy, zarząd postanowił, by zjazd ten odbył się w roku 1923 w miesiącu maju lub czerwcu (tak życzą sobie kol. wileńscy), a ścisły jego termin będzie oznaczony po porozumieniu się bliższem z zawiązanym we Wilnie komitetem gospodarczym.

Wszystkie szczegóły i informacje będą w swoim czasie podane. Obecnie Zarząd Towarzystwa zwraca się do Internistów polskich o wpisywanie się na członków Towarzystwa. Wpisy przyjmuje skarbnik Towarzystwa Dr. Bronowski (Warszawa, ul. Okólnik Nr. 11). Wkładka roczna członka wynosi 1000 mp., którą za rok 1922 należy przy wpisie przesłać na ręce skarbnika.

Zebrany fundusz służyć będzie na pokrycie kosztów związanych z urządzeniem zjazdu (druki, korespondencje, ogłoszenia i t. d.), jak niemniej w przyszłości, do drukowania sprawozdań z prac zjazdów, a w odpowiednim czasie założenia archiwum medycyny wewnętrznej.

Zarząd sądzi, że byłoby wskazanem, by w pewnych miastach, jeden z kolegów dał inicjatywę do zebrania się wspólnego, dla utworzenia filji Tow. Internistów i wspólnie zgłosili swe przystąpienie na członków Towarzystwa.

Sekretarz *Z. Szczepański.* Przew. Prof. Dr. *Gluziński.*

Dr. Jan Offenberg. Morszyn.

Morszyn.

Ze względu na liczne zapytania pp. Kolegów co do szczegółów, dotyczących środków leczniczych zdrojowiska „Morszyna", podajemy dla informacji notatkę niniejszą.

„Morszyn" pod Stryjem (Małopolska Wschodnia) położony jest na Podkarpaciu, 320 metrów nad poziomem morza, wśród bardzo rozległych lasów iglastych i łączy w sobie warunki klimatu podgórskiego i leśnego.

Głównemi środkami leczniczemi Morszyna są: 1) Woda mineralna „Morszyńska" do picia ze zdroju „Bonifacego", 2) Sól zdrojowa Morszyńska do użycia wewnętrznego, 3) Kąpiele mineralne z miejscowej solanki, 4) Kąpiele borowinowe z doskonałej borowiny miejscowej, obfitującej w kwas mrówkowy, 5) Kąpiele gazowe (sztuczne) i kąpiele solankowo-gazowe, 6) Kąpiele igliwiowe, 7) Leczenie zabiegami hydropatycznemi, 8) Mięsienie, 9) Leczenie gorącem powietrzem, 10) Kąpiele słoneczne i powietrzne, 11) Inhalacje z miejscowej solanki.

Do środków leczniczych Morszyna zaliczyć też należy wyjątkową czystość powietrza, wolnego całkowicie od kurzu, dzięki położeniu zdrojowiska wśród obszernych lasów, bezpośrednio się łączących z dużym, 25-ciomorgowym parkiem zakładowym; warunki te, nadające Morszynowi cechę wiejskiego zacisza, podnoszą znakomicie wartość jego zdrowotną.

Skład chemiczny wody mineralnej Morszyńskiej ze zdroju „Bonifacego" według rozbioru prof. Dzierzgowskiego, dokonanego w r. 1922 po pogłębieniu zdroju, wykazuje:

Ciężar właściwy wody 1,165.			
Litr wody daje suchej pozostałości		230,0	gr.
W litrze wody:	Chlorku sodu	72,05	„
	Siarkanu sodu	41,51	„
	Siarkanu potasu	18,45	„
	Siarkanu magnezu	11,96	„
	Chlorku magnezu	47,35	„
	Chlorku potasu	36.89	„

Z powyższego widzimy, że woda ze zdroju „Bonifacego" należy do nielicznych najbardziej stężonych wód, jakie zna Europa. Używaną być może tylko w rozcieńczeniach.

Stosowanie wody: Dzięki składowi wody Morszyńskiej o wysokiej zawartości soli kuchennej (72‰) oraz znacznej ilości siarkanu (71‰) z przewagą soli sodu (41‰) woda ta, pod względem wzmiankowanych dwóch składników, zbliża się zasadniczo do wody Karlsbadzkiej lub Marjenbadzkiej oraz do Kissingeńskiej gorzkiej i jednocześnie posiada wyższość nad wodami gorzkiemi [Hunyadi Janos, Franciszka Józefa, Offner Bitter-Wasser, Püllnau] dzięki małej zawartości siarkanu magnezu (11,9‰). Przez rozcieńczenie stężonej wody Morszyńskiej odpowiednią ilością wody zwykłej (najlepiej gorącej) możemy dowolnie otrzymywać wodę mineralną, zbliżoną pod względem zawartości % chlorków sodu i siarczanów do wody Karlsbadzkiej lub Marienbadzkiej, Kissingeńskiej gorzkiej, lub wreszcie do Hunyadi Janos. W praktycznem zastosowaniu tych roztworów osiągamy już od 30 cm^3 wody Morszyńskiej (rozcieńczonej w szklance wody ciepłej) działanie lekko przeczyszczające.

Również i w zewnętrznem stosowaniu solanki Morszyńskiej możemy, dzięki odpowiednim rozcieńczeniom, otrzymywać kąpiele, odpowiadające kąpielom kissingeńskim (2,5%) lub ciechocińskim (4%) lub też otrzymywać kąpiele bardziej od Ciechońskich stężone albo znacznie od nich słabsze, odpowiadające, naprzykład kąpielom Druskienickim (0,2%).

Sól Morszyńską (można ją mieć obecnie w każdej aptece) stosuje się zamiast soli Karlsbardzkiej lub Marienbadzkiej po 1—2 łyżeczki na szklankę wody, zależnie od wskazań i od wrażliwości osobnika.

Wskazania do kuracji w Morszynie: Dna, gościec, otyłość, choroby wątroby, kamica żółciowa, przewlekłe choroby przewodu pokarmowego, zaparcia (na tle niedowładu kiszek), hemoroidy, choroby układu nerwowego, zwłaszcza rwa kulszowa, choroby kobiece, zołzy, krzywica, niektóre choroby serca, ozdrowieńcy. Przeciwwskazania: Gruźlica, cierpienia nerek, przewlekłe biegunki, choroby serca w okresie zaburzenia równowagi w krążeniu i naturalnie, nowotwory złośliwe.

Urządzenia: Do użytku gości leczących się przeznaczony jest dom zdrojowy oraz prywatne wille (nieliczne). Kąpiele i inne zabiegi lecznicze stosują się w Zakładzie kąpielowym (łazienkach) w pobliżu domu zdrojowego. Kuchnia w Zakładzie prowadzoną jest pod doświadczonem kierownictwem.

Zakład zdrojowo-kąpielowy w Morszynie stanowi własność Tow. Lekarzy Galicyjskich, obecnie dzierżawiony jest przez spółkę akcyjną „Zdroje Polskie". Spółka wkrótce rozpocznie budowę w Morszynie warzelni dla wytwarzania soli leczniczych ze zdroju „Bonifacego".

Komunikacja z Morszynem jest dogodna i prowadzi przez Lwów i Stryj; od Lwowa Morszyn oddalony jest o $2^1/_2$ godziny jazdy koleją, od Stryja — zaś tylko o 25 minut. Stacja kolejowa znajduje się w samem zdrojowisku (linja kolejowa - Stryj-Stanisławów).

Medycyna społeczna.

Dr. Pawelec. Katowice.

W sprawie zwalczania gruźlicy.

(Dokończenie).

W celu szerzenia oświaty wydawano corocznie ulotne pisemka, broszurki, urządzano wykłady przy pomocy muzeum wędrownego, odzywano się do ogółu za pomocą gazet codziennych przez umieszczanie popularnych artykułów, dbano o wykształcenie lekarzy do tej walki, bądź to za pomocą gazet fachowych, bądź to za pomocą kursów specjalnych i kongresów, zaprowadzono obowiązek meldowania każdego wypadku śmierci z powodu gruźlicy.

Pomimo tak szerokiego programu okazał on się w praktyce za niewystarczający i za ciasny, bo pomijał w zupełności tuberkulozę wieku dziecięcego. Wykazało się bowiem, że podczas kiedy śmiertelność z powodu gruźlicy u dorosłych zmniejszała się z roku na rok, to śmiertelność dzieci nietylko nie zmniejszała się, przeciwnie szła w górę. Aby wykładu swego zbytnio nie przedłużać, pominę nowe teorje patogenezy gruźlicy, które dowodzą, że zakażenie gruźlicą następuje tylko raz w życiu i to w latach dziecięcych i że wszelkie późniejsze objawy gruźlicy są tylko następstwem tego pierwszego i jedynego zakażenia. W Niemczech zastosowano się w praktyce natychmiast do tych nowych poglądów teoretycznych. Pozwolę sobie wyliczyć krótko zarządzenia niemieckie na tem polu: zakłady lecznicze dla dzieci, zagrożonych gruźlicą, szczegółowe przepisy co do higjeny szkół, szkoły leśne, kolonje wakacyjne, zakaz udzielania nauki przez nauczycieli suchotników, umieszczanie dzieci z niezdrowych stosunków rodzinnych wśród rodzin zdrowych (dzieci nieślubne, sieroty), dozór lekarski w szkołach, udzielanie dzieciom biednym odżywienia i odzieży, wspólne kąpanie się całej klasy w pewnych przeznaczonych godzinach. Ale jeszcze ten zakres walki z gruźlicą był za wązki. Największym i najniebezpieczniejszym rozsadnikiem gruźlicy są ciężko chorzy, których do zakładów przeciwgruźliczych z reguły się nie przyjmuje. Odosobnienie takich chorych jest najbardziej palącem zadaniem walki z gruźlicą. Próbowano różnych sposobów, zakładano specjalne zakłady już nie dla leczenia, lecz tylko dla pielęgnowania tych skazańców, nie były one jednak nigdy popularne, nikt do nich, jako do miejsca śmierci iść nie chciał. Budowano potem schroniska dla inwalidów w ogóle i umieszczano tam także ciężko chorych gruźliczych. Najodpowiedniejsze okazały się ostatecznie osobne oddziały przy barakach szpitali miejskich i powiatowych. Rezultat tak pomyślanej walki z gruźlicą dał znakomite owoce, w przeciągu

niespełna 35-ciu lat, obniżył się odsetek śmiertelności o 50·8%. Podczas wojny światowej śmiertelność pomimo zastosowania wytrwałych usiłowań szybko się podniosła. Powodów, jakie ten objaw wywołały, nie będę tu wyliczał, bo aż nazbyt dobrze wszystkim są wiadome, przejdę dlatego do omówienia stosunków analogicznych w Polsce.

Do podania ścisłego obrazu o stanie gruźlicy w Polsce brak mi przedewszystkiem danych statystycznych, ale, mając na uwadze, że ziemie polskie są mniejwięcej tak gęsto zaludnione, jak niemieckie, częściami nawet gęściej, ponieważ dalej walka z gruźlicą w Polsce jest jeszcze w zaczątkach, a wojna zniszczyła cały dobrobyt, zburzyła miasta i wsie, można przypuszczać, że i tutaj, chociaż kraj nie jest tak uprzemysłowiony, jak niemiecki, przypuszczać należy, że odsetek śmiertelności jest równie wysoki, jak w Niemczech. Według mojego obliczenia na wszystkich ziemiach polskich umiera obecnie z powodu gruźlicy conajmniej 60 do 80 tysięcy osób, t. z. Polska mogłaby wojnę bolszewicką prowadzić 6 do 8 lat, a wojna ta jeszcze nie kosztowałaby w tym czasie tylu ofiar w ludziach, ile ich gruźlica porywa w przeciągu jednego tylko roku. Jeżeli doliczymy do tego straty z powodu innych chorób infekcyjnych, jak tyfusu plamistego, dalej wielką śmiertelność niemowląt i jeżeli uwzględnimy szkody, spowodowane szerzeniem się chorób wenerycznych, to musi to u każdego lekarza czy laika obudzić troskę o przyszłość naszego narodu. Nie zapominajmy my lekarze, że na nas ciąży obowiązek zorganizować według najlepszych sił wszystkie środki zaradcze, jakie stoją nam do dyspozycji, których cały szereg chcę Panom tutaj wyliczyć. Jak już wyżej zaznaczyłem, co do Polski całej brak mi ścisłych dat, dlatego w wyliczeniu tych środków ograniczać się będę tylko do Śląska Górnego, który znam dokładnie z kilkuletniej tutaj praktyki lekarskiej.

Ubezpieczalnia Rzeszy Niemieckiej, „*Reichsversicherungsanstalt*", wydała w roku 1920 na kuracje 45 miljonów marek z tego 20 miljonów na leczenie chorych gruźliczych. Niemcy posiadają obecnie 170 sanatorjów o 20.000 łóżek dla dorosłych, dla dzieci z wybitną gruźlicą jest 20 sanatorjów z 2.000 łóżek, a w 100 zakładach z około 9.000 łóżek mieszczą się dzieci skrofuliczne i zagrożone gruźlicą. Schronisk leśnych dla pobytu przez dzień posiadają 114, szkół leśnych 17, pomiędzy temi jedna szkoła wyższa w Charlotenburgu, 222 schronisk, jakoteż liczne oddziały specjalne przy szpitalach. Liczba poradni wynosi 1460, pozatem 45 poliklinik służy równocześnie za poradnie. Głównym fundatorem tych licznych i nieraz wspaniałych zakładów są kasy chorych, ubezpieczalnie krajowe i ubezpieczalnia Rzeszy Niemieckiej.

Co z tego całego aparatu pozostanie nam na obszarze Śląska Górnego przyznanym Polsce?

Poza trzema poradniami w Mysłowicach, Katowicach i Królewskiej Hucie oraz jednym zakładem przeciwgruźliczym w Wodzisławiu, który na krótko przed plebiscytem został sprzedany kasie gwareckiej, nie pozostanie nam literalnie nic. Zakład wodzisławski obejmuje 150 łóżek wyłącznie dla mężczyzn i kasa gwarecka ma możność przekształcić ten zakład w każdej chwili na zwyczajny lazaret knapszaftowy. Musimy obstawać jednakże przy tem, żeby zakład został oddany wyłącznie dla chorych gruźliczych. Co nam wobec tego pozostaje w Województwie Śląskiem stworzyć w pierwszej linji, aby stanąć na wysokości zadania? Mojem zdaniem, trzeba ufundować przedewszystkiem centralny urząd do zwalczania gruźlicy, może on być pomyślany jako prywatne towarzystwo przez rząd wspierane, albo jako osobny oddział przy Wydziale Zdrowia Publicznego. Towarzystwo to wchodziłoby w ścisłą styczność z władzami, z Czerwonym Krzyżem, z Towarzystwami dobroczynnemi, z kasami gwareckiemi, z ubezpieczalnią wojewódzką, werbowałoby członków, przyjmowało darowizny, urządzało co rok lub dwa lata główne zjazdy, kierowałoby oświatą, stwarzało podkomitety w większych miejscowościach, organizowało poradnie, prowadziło statystykę i roztaczałoby opiekę nad chorymi nienależącymi do żadnej kasy.

1) Poradnie dadzą się łatwo urządzić z pomocą kasy gwareckiej, ponieważ już obecnie z polecenia powyższej instytucji czynnych jest 530 sióstr i 120 lekarzy.

2) Szeroką oświatę da się uskutecznić przez broszurki, wykłady, odczyty, popularne artykuły i gazety, a za przykładem Francji obowiązkową naukę higjeny w szkołach.

3) Należy jak najszybciej wydać odpowiednie przepisy policyjne i administracyjne co do gruźlicy, a mianowicie okólniki do burmistrzów, nauczycieli, fizyków, policji, weterynarzy w sprawie budowy domów, czyszczenia szkół, handlu mlekiem i środkami spożywczemi, rewizji bydła, dezynfekcji mieszkań w razie śmierci suchotnika, zakazu nauczania dzieci przez nauczycieli gruźliczych, meldowanie o każdym wypadku śmierci na gruźlicę itd.

4) Utworzenie w każdem mieście i w każdej większej miejscowości przemysłowej poradni dla gruźliczych; koszta ponoszą gminy, powiaty, kasy, dobrowolne składki i państwo. Poradnie są pierwszym a w naszych stosunkach jedynie możliwym krokiem w organizacji walki z gruźlicą.

5) Powinniśmy stworzyć przynajmniej trzy schroniska leśne, o ile możności, ze służbą nocną. Schroniska, służące tylko podczas dnia do leżenia, powinny być zbudowane blizko centrów przemysłowych, w lesie z dostępem do kolejki. Jedyna tego rodzaju leżalnia leśna znajdowała się na obszarze Śląska Górnego w Derszowie pod Opolem. Teren wynosi pół ha, schronisko samo zbudowane jest z drzewa, obejmuje 3 pokoje, kuchnię i leżalnią. Koszta budowy wraz z inwentarzem wynosiły w 1910 roku 5.476 marek. Deski przeznaczone do leżenia odkażano w zakładzie miejskim w Opolu. Obecne koszta budowy takiej leżalni na 20 osób wyniosłyby 100 do 150 tysięcy marek.

Dla dzieci zagrożonych gruźlicą i skrofulicznych posiadamy zakłady w Jastrzębiu i Goczałkowicach. Dla dzieci wybitnie tuberkulicznych możnaby, w porozumieniu, z Komitetem Sierocińca św. pamięci Dra Mielęckiego stworzyć zakład dla dzieci gruźliczych. Po rozliczeniu się z ubezpieczalnią krajową we Wrocławiu zajdzie konieczność stworzenia zakładu dla kobiet lub popierać będzie trzeba prywatną w tym względzie inicjatywę. Najlepiej na ten cel nadawałby się zakład SS. Elżbietanek w Cieszynie, przeznaczony podobno na szkołę dla akuszerek, oddać na zakład przeciwgruźliczy dla kobiet. Dla akuszerek będzie łatwiej znaleźć coś odpowiedniego.

6) Koniecznie musimy zaprowadzić obowiązek zgłaszania każdego przypadku otwartej gruźlicy, dotychczas istnieje obowiązek donoszenia jedynie o każdym przypadku śmierci na gruźlicę płuc lub krtani i o tem się często zapomina, ważne to jest dla statystyki, bez której nie można prowadzić walki z gruźlicą.

7) Koniecznie musi być stworzona szkoła dla dezynfektorów, do której większe gminy będą musiały wysyłać na swój koszt zdolnych kandydatów. Dezynfekcja powinna odbywać się ustawowo.

8) Corocznie powinny odbywać się w zakładzie przeciwgruźliczym kursa dla ochroniarek.

9) We wszelkich biurach publicznych, dworcach powinny być ustawione spluwaczki z odpowiednim napisem.

10) Powinna być przeprowadzona w najbliższym czasie ankieta mieszkaniowa, ażeby stwierdzić stan mieszkaniowy. Ankieta mieszkaniowa, przeprowadzona w r. 1910 w Berlinie, dała nadzwyczajne i smutne obrazki. 9.953 mieszkań, które składały się z małej izdebki bez pieca i z kuchni, było bez wszelkiej możliwości ogrzewania. Mieszkań, które miały najwyżej jedną izbę z możliwością ogrzewania było 41.963, zamieszkiwało je po 5 osób w zwyż, czasami jednak i 15 osób różnego wieku i płci. W Berlinie było w roku 1916 24.925 mieszkań nieposiadających żadnego pokoju z możliwością ogrzewania i 393.506 mieszkań, które miały jeden tylko taki pokój. Przeszło 1,500.000 ludzi musiało się zaspokoić tego rodzaju mieszkaniami. W jednym pokoju gniotło się całe rodzeństwo i rodzice, odbywały się porody, zgony i t. d. W innych miastach nie było lepiej. W Fürt w Bawarji skonstatowano u 60 dzieci całej klasy, że 14 miało własne łóżka, a z tych 9 było umieszczonych w sierocińcu. Do jakich skutków i na polu moralnem to prowadzi, wykazuje statystyka.

W Prusiech musiano oddać od roku 1901 do roku 1911 71.548 małoletnich do schronisk poprawy. Koszta wynosiły 71,000.000 marek. Z tych dzieci oddanych do schronisk poprawy niemających 14 lat, było sądownie karanych 16.486. Z pomiędzy dziewcząt w latach 14 do 18 było karanych za nierząd 8.458).

Przy zwalczaniu gruźlicy rozchodzi się o niezawinioną i niezasłużoną nędzę. Naszym obowiązkiem będzie w pierwszej linji wszystkie sprężyny poruszyć, ażeby chorobę tę skutecznie zwalczyć. Pozwolę sobie zwrócić Panom uwagę, co odziedziczyło Poznańskie w spadku po Niemcach. Ubezpieczalnię krajową w Poznaniu i jej zakład przeciwgruźliczy w Obornikach, obejmujący 250 łóżek. Prowincjonalne towarzystwo walki z gruźlicą przetworzyło się na Towarzystwo przeciwgruźlicze w Województwie Poznańskiem, utrzymujące najpiękniejszy zakład przeciwgruźliczy dla kobiet w Smukale pod Bydgoszczą, obejmujący 300 łóżek. Poznańskie posiada 6 bardzo dobrze urządzonych poradni w większych miastach. Nam na Śląsku odpadnie 12 zakładów przeciwgruźlicych z przeszło 1.300 łóżkami. Będziemy więc mieli pełne ręce do czynienia. Do walki z gruźlicą potrzeba pewnej tradycji, pewnego zrozumienia i oświaty. Możemy przypuszczać, że na czele administracji będą stali ludzie, którzy po raz pierwszy zetkną się z problemem gruźlicy, o którym prawdopodobnie dotychczas jeszcze nigdy nawet nie słyszeli. Naszym przeto obowiązkiem będzie dać im z całym naciskiem odpowiednie dyrektywy i popchnąć ich do czynu. Śląsk Górny uchodzi po całym świecie, za arcybogaty kraj powinniśmy przeto w zwalczaniu gruźlicy zrobić więcej niż każde inne państwo, oczywiście nie wszystko odrazu.

Od Administracji.

Panów Autorów uprzejmie zawiadamiamy, że na podstawie uchwały Zarządu Spółki wydawniczej lekarskiej administracja będzie **bezpłatnie** dawała Autorom 20 odbitek niełamanych, jednostronnie drukowanych. Odbitki łamane, jak dotąd, będą sporządzane na **wyraźne żądanie i na koszt** zamawiającego, który też będzie otrzymywał rachunek, według cennika drukarni.

Zaznaczamy przytem, że cennik drukarski, i tak niesłychanie wysoki, znowu poszedł w górę o 20%.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1922/3 został wybrany prof. dr. Stanisław Maziarski.

Kursa dla lekarzy. Z powodu zbyt małej liczby zgłoszonych uczestników **nie odbędą się kursa uzupełniające dla lekarzy, zamierzone przez Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego,** natomiast najprawdopobniej odbędą się w grudniu b. r.

Lwów.

XXIV Posiedzenie naukowe Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek d. 30 czerwca w Poliklinice (ul. Lindego) o g. 6-tej wieczorem.

I. Pokazy: Kol. E. Meisels: Przyczynek do akromeglji, leczonej promieniami Rentgena.

II. Wykłady. 1. kol. Mikołajski: Obecny stan walki z alkoholizmem w Małopolsce. 2. Kol Gröer: Wpływ alkoholizmu rodziców na płodność matek i rozwój dziecka.

Schusterówna, zast. sekretarza *Franke*, prezes.

Warszawa.

„Ginekologji polskiej“ pierwszy zeszyt pierwszego tomu ukazał się pod redakcją Dra Leonarda Lorentowicza. Nowe pismo kwartalne jest organem Tow. ginekologicznego krakowskiego, lwowskiego i warszawskiego. Komitet redakcyjny tworzą doc. dr. K. Bocheński, prof. dr. Bylicki (Lwów), dr. C. Czermiński (Lublin), prof. dr. A. Czyżewicz, dr. Z. Gudelman (Warszawa), dr. A. Karnicki (Wilno), dr. B. Kowalski, dr. St. Łazarewicz (Poznań), dr. Monsiorski, (Warszawa), prof. dr A. Rosner (Kraków), prof dr. H. Święcicki (Poznań), doc. dr. J. Zubrzycki (Kraków), dr. M. Zweigbaum (Warszawa). Pismo, jak czytamy w Słowie wstępnem, ma być nie tylko odźwierciedleniem pracy i rozwoju poszczególnych towarzystw, lecz ma stworzyć żywe ogniwo, łączące wszystkich ginekologów Zjednoczonej Ojczyzny.

Nowemu pismu, wypełniającemu jedną z luk w naszem archiwalnem piśmiennictwie lekarskiem, składamy życzenia owocnej pracy. „Szczęść Boże“!

Sprostowanie:

W dokończeniu pracy doc. J Olbrychta p. t. „Badania nad zatorami tłuszczowemi i t. d.“, pomieszczonem w Nr. 24. P. Gaz. Lek., należy tekst od **wiersza 29. z góry na stronie 492,** zaczynający się od słów **„Z doświadczeń tych wynikałoby“,** aż do **końca na stronie 493.** należy czytać zaraz po **krzywych na stronie 490,** tekst zaś **całej strony 491.** i **na stronie 492 do słów „serca i rozpadu“** stanowi zakończenie artykułu.

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych w Państwie za czas od 26 marca do 25 kwietnia 1922 r.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Ospa	Dur brzuszny	Dur osutk.	Dur powrotny	Czerwonka	Płonica	Błonica	Zimnica	Gruźlica	Grypa	Pokąsania (i wodowstręt)
Warszawa miasto	ch.	(1) 0	22 (3)	77 (14)	12 (0)	14 (1)	22 (6)	18 (2)	13 (0)	106 (179)	3 (9)	—
	ż.	—	7 (2)	31 (3)	4 (1)	1 (0)	8 (1)	3 (1)	2 (0)	19 (28)	—	—
Białostockie	ch.	19 (2)	50 (2)	721 (28)	634 (7)	19 (6)	84 (4)	12 (0)	17 (0)	8 (15)	28 (0)	—
	ż.	—	11 (0)	78 (4)	25 (1)	—	4 (0)	1 (0)	—	0 (2)	1 (0)	—
Kieleckie	ch.	67 (6)	74 (6)	145 (19)	34 (0)	—	25 (1)	5 (0)	4 (0)	10 (11)	55 (1)	5 (0)
	ż.	—	10 (1)	25 (2)	2 (0)	—	3 (0)	1 (0)	—	0 (2)	15 (0)	—
Krakowskie	ch.	5 (5)	161 (17)	44 (7)	26 (0)	6 (2)	63 (11)	7 (2)	—	1 (119)	1 (1)	6 (2)
	ż.	—	2 (2)	8 (1)	—	—	3 (0)	—	—	0 (5)	—	—
Lubelskie	ch.	9 (0)	83 (6)	802 (65)	417 (38)	14 (3)	43 (2)	11 (0)	59 (0)	35 (5)	2 (0)	7 (0)
	ż.	6 (0)	10 (0)	24 (0)	11 (0)	—	—	3 (0)	4 (0)	10 (0)	—	—
Lwowskie	ch.	—	119 (22)	210 (22)	8 (1)	1 (2)	157 (41)	13 (1)	—	72 (186)	14 (0)	69 (1)
	ż.	—	5 (1)	27 (1)	—	—	4 (2)	—	—	4 (29)	—	—
Łódzkie	ch.	37 (2)	77 (4)	83 (5)	2 (0)	16 (3)	29 (2)	20 (3)	—	13 163	—	—
	ż.	1 (0)	18 (4)	37 (3)	1 (0)	2 (0)	5 (0)	3 (1)	—	1 (23)	—	—
Nowogrodzkie	ch.	82 (6)	169 (9)	1705 (84)	1250 (64)	8 (1)	70 (1)	36 (3)	152 (0)	29 (0)	—	—
	ż.	—	18 (0)	62 (2)	60 (1)	—	2 (0)	4 (0)	14 (0)	10 (0)	—	—
Poleskie	ch.	6 (0)	261 (32)	595 (20)	1616 (41)	11 (0)	21 (1)	19 (3)	401 (0)	25 (1)	—	—
	ż.	—	13 (0)	53 (3)	31 (0)	1 (0)	7 (1)	6 (0)	34 (0)	4 (0)	—	—
Pomorskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Poznańskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż											
Śląsk Cieszyński	ch.	16 (2)	15 (2)	—	—	1 (2)	8 (0)	—	—	—	—	1 (0)
	ż.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stanisławowskie	ch.	165 (68)	28 (2)	201 (22)	4 (0)	—	110 (30)	5 (1)	—	1 (32)	8 (0)	8 (2)
	ż.	1 (0)	—	7 (2)	—	—	13 (4)	—	—	0 (11)	—	—
Tarnopolskie	ch.	9 (1)	21 (2)	126 (14)	6 (0)	1 (0)	7 (3)	5 (0)	1 (0)	14 (19)	10 (0)	26 (0)
	ż.	—	2 (0)	1 (1)	—	—	4 (1)	—	—	1 (0)	—	—
Warszawskie	ch.	11 (1)	101 (10)	186 (8)	4 (0)	1 (0)	57 (1)	30 (2)	11 (0)	22 (29)	5 (0)	2 (0)
	ż.	6 (1)	9 (0)	5 (0)	1 (0)	—	—	2 (0)	—	0 (3)	—	—
Wołyńskie	ch.	11 (3)	106 (3)	411 (11)	400 (6)	11 (0)	112 (7)	52 (1)	337 (0)	16 (0)	41 (0)	3 (0)
	ż.	—	21 (0)	50 (1)	19 (3)	—	—	—	—	1 (0)	2 (0)	—

Ch = chrześcijanie, ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych. Og. = ogółem chrześcijan i żydów.

Konkurs.

Wydział Powiatowy Sejmiku Pinczowskiego poszukuje kandydatów na posadę lekarza szpitalnego w Pińczowie.

Do posady przywiązane są pobory VI st. płac urzędników państwowych z wszelkiemi dodatkami, oraz specjalnym dodatkiem sejmikowym w wysokości 50% ogólnych poborów.

Od kandydatów wymagana jest conajmniej roczna praktyka szpitalna, a ponadto znajomość chirurgji i ginekologji.

Do obowiązków lekarza szpitalnego należy również udzielanie ludności bezpłatnej pomocy lekarskiej w ambulatorjum szpitalnem w ciągu 2—3 godzin dziennie.

Posada do objęcia od dnia 1 lipca 1922 r.

Przewodniczący Starosta:
w. z. — *Cichy*.

Konkurs.

W Wojewódzkim Urzędzie Zdrowia w Warszawie jest do obsadzenia posada posada lekarza z poborami VII (siódmego) stopnia służbowego urzędników państwowych wraz z odnośnemi dodatkami drożyźnianemi ze stałą siedzibą urzędową w Warszawie.

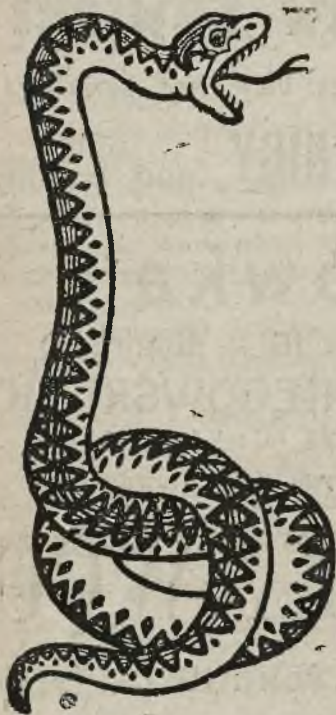
Podania należy wnosić do Wydziału Prezydjalnego Urzędu Wojewódzkiego do dnia 10 lipca 1922 r. dołączając do podania:

1. dokładny życiorys;
2. metrykę urodzenia;
3. świadectwa z ukończonych studjów lekarskich;
4. świadectwa z odbytej praktyki lub ze służby poprzedniej;
5. dowód obywatelstwa polskiego;
6. świadectwo zdrowia wydane przez lekarza państwowego.

Posada powyższa zostanie nadaną narazie prowizorycznie.

Wojewoda: *Sołtan*, w. r.

Warszawa, dnia 7 czerwca 1922 roku.






MARKA OCHRONNA
E. MATULA

Nr. 27. 2. lipca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

B. Frenkel i J. Leyberg. Łódź.

W sprawie drgawek epileptoidalnych przy kile wczesnej.

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala Okręgowego Nr. IV. w Łodzi.

Dwa przypadki kiły układu nerwowego współcześnie przez nas spostrzegane o jednakowej etjologji i — do pewnego stopnia — podobnych objawach klinicznych dały nam powód do niniejszej publikacji.

F. K., l. 23, z zawodu robotnik, obecnie sierżant W. P. do szpitala przybył 23. XI. 1921. W sierpniu r. 1921 miał owrzodzenie prącia; wtedy otrzymał w szpitalu 12 injekcji rtęciowych i 4 dożylne wlewania neosalwarsanu. To leczenie ukończono 1. X., a w 5 tygodni po tem doznał drętwienia lewej nogi i zauważył, że trudno mu chodzić. W kilka dni potem wystąpiła żółtaczka. Bólów głowy i wymiotów nie było.

Stan obecny: Skóra, białkówki żółte. Źrenice i dno oka prawidłowe. Ruchy gałek ocznych i mięśni twarzowych bez zmian. Czucie wszędzie zachowane. Odruch brzuszny lewy słabszy, kolanowy lewy żywszy. Objawu Babińskiego niema. Osłabienie siły ruchów lewej nogi. Ruchy rąk jednakowe.

26. XI. Podczas mycia atak drgawek lewych kończyn bez utraty przytomności; atak trwał 10 minut. Lewy brzuszny —; lewe ścięgnowe bardzo żywe. Babińskiego brak. 29. XI. Atak drgawek lewej ręki i lewej połowy twarzy. 30. XI. Trzy ataki drgawek. Jednocześnie z drgawkami od kilku dni wystąpiło wybitne osłabienie lewej ręki, której obecnie chory prawie wcale nie podnosi. Niedowład lewej nogi wzmógł się; chód wybitnie paretyczny. 2. XII. Badanie krwi wykazało: Wa i Meinicke w surowicy ++++; płynu mózgowo-rdzeniowego: Wa przy 0,25 —, Nonne Ap ujemny, Pandy nieznaczne ślady; poszczególne małe limfocyty. 3. XII. Ponownie napad drgawek, które ostatnio powtarzały się codziennie lub kilka razy w ciągu dnia. Typowy Jackson bez utraty przytomności. 4. XII. Pierwsze wcierki po 3,0 szaruchy. 5. XII. Pierwsze dożylne wlewanie n.-salw. 0,6, 12. XII. Drugie dożylne wlewanie n.-salw. 0,6, w przerwie codzienne wcierki. Od 4. XII. do 12. XII. tylko 2 napady drgawek. Siła ruchów ręki znacznie się poprawia. Samopoczucie dobre. 20. XII. 27. XII., 31. XII. i 7. I. n.-salw. dożylnie w ogólnej ilości 2,25 gr. i wcierki. 27. XII. Badanie krwi wykazuje: Wa i Meinicke ++. W płynie mózg.-rdz. Wa i Nonne Apelt —, Pandy ślady; 2 — 3 małe limfocyty w polu widzenia. Stan chorego dobry; ataków drgawkowych nie ma, niema śladu osłabienia lewej nogi. Stan nogi poprawia się. Żółtaczka znikła. Odruch lewy brzuszny słabszy, lewe ścięgnowe żywsze, bez Babińskiego. Chory w dalszym ciągu jest leczony, jak wyżej.

Streszczając powyższe: w 14 tygodni po zakażeniu wystąpił niedowład połowiczy lewostronny z atakami drgawkowemi typu Jacksonowskiego; przyczem płyn mózgowo-rdzeniowy nie wykazywał zmian patologicznych. Objawy ustępują pod wpływem leczenia mieszanego rtęciowo-salwarsanowego.

Rozpoznanie: *Lues cerebri recens, endarteriitis (respective periarteriitis)* drobnych naczyń pod- ewent. środkowych w prawej półkuli.

Przypadek 2-gi. J. Ow., l. 22., z zawodu rolnik, obecnie szer. W. P., wrzód pierwotny. Krew: Wa Meinicke +++; płyn normalny w czerwcu 1921. Otrzymał wówczas 10 mieszanek Linsera. 3 tygodnie po ukończeniu leczenia badanie krwi i płynu wykazuje: Krew: Wa i Meinicke —; płyn prawidłowy. Obecnie od kilku dni silne bóle głowy. Do szpitala przybył z powodu ataku drgawek z utratą przytomności, który miał 12. XII. 21. Przedtem nigdy ataków nie miewał; w rodzinie nikt na padaczkę nie cierpiał. Jednocześnie z drgawkami wystąpiły wymioty, obecnie miewa nudności.

Stan obecny: Chory lekko zamroczony; sprawia wrażenie ciężko chorego, niewielka sztywność karku. Nieznaczne osłabienie siły ruchów prawych kończyn. Odruchy: prawy brzuszny i mosznowy słabe. Odruch kolanowy prawy żywszy (?). Źrenice bez zmian. Ciepłota 37·1—37·2. Badanie krwi: Wa i Meinicke ++++. Badanie płynu mózg.-rdzen. Wa przy 0,1 ++; przy 0,25 ++++. N. A. ujemny; Pandy minimalne ślady; 1—2 małe limfocyty w polu widzenia. 16—17. XII. w dalszym ciągu silne bóle głowy; chory stale jęczy; pyramidon i jod nie wywierają wpływu na stan chorego. Sztywność karku. 20. XII. pierwsza wcierka. 21. XII. pierwsze dożylne wlewanie n.-s. (0,6) i pierwsze wlewanie do kanału mózgowo-rdzeniowego metodą Gennericha. Wypuszczono 55 cm płynu, dodano 15 cm soli fizjologicznej i 0,9 mlg n.-s. Podczas wlewania bardzo silne bóle głowy. 22. XII. Po wlewaniu ciepłota 38·6°. Silne bóle głowy i wymioty. 23. XII. Bóle głowy wyraźnie mniejsze. Ogólny stan dobry. 27. XII. drugie dożylne n.-s. i wstrzyknięcie kalomelu 0,03. 31. XII. trzecie dożylne n-s i zastrzyknięcie kalomelu 0,03. Bóle głowy od kilku dni przeszły. Wszelkie objawy oponowe minęły. Samopoczucie dobre. Chory chodzi, uważa się za zdrowego. Ruchy normalne. Odruchy kolanowe żywe. Nadwrażliwość bólowa. 12. I. 22. Chory otrzymuje drugie wlewanie do kanału m.-r. Badanie płynu m.-r.: Wa przy 0,25 —, N. A. i Pandy ślady; 1—2 leukocyty w polu widzenia. Drugie wlewanie chory zniósł dobrze. Obecnie stan chorego zupełnie dobry. Bolów głowy niema. Leczony dalej metodą Gennericha.

Streszczając: w 6 miesięcy po wrzodzie pierwotnym objawy oponowe: bóle głowy, wymioty i ataki drgawek przy zaznaczonym jednostronnym niedowładzie, jednocześnie płyn patologiczny z wybitnym dodatnim odczynem Wassermanna[1]).

Rozpoznanie: *Meningitis convexitatis* jako »meningo recydywa« kiłowa. Objawy ustąpiły po jednem śródżylnem i dordzeniowem wlewaniu neosalwarsanu.

Uzasadnienie rozpoznania w obu przypadkach opisanych jest nietrudne. W pierwszym — występują objawy wypadnięcia czynności części kory w postaci porażenia połowiczego i objawy podrażnienia ośrodków korowych, ujawniające się jako drgawki typu Jacksonowskiego. Te same objawy, niedowład i napady padaczkowate, mogłyby być wywołane przez sprawę swoistą, umiejscowioną w korze (w mózgu), podkorowo, wreszcie w samych oponach (ponad odpowiedniemi ośrodkami). Brak wymiotów, brak sztywności karku a nadewszystko brak bolów głowy, objawu prawie patognomonicznego dla spraw oponowych, przemawiały przeciwko umiejscowieniu sprawy chorobowej w oponach. Rozstrzygającem było badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, które wykazało brak w nim wszelkich odczynów patologicznych. Ponieważ odczyny patologiczne płynu stanowią odbicie ognisk chorobowych, umiejscowionych w oponie miękkiej i są wyrazem jej schorzenia (jest rzeczą prawie dowiedzioną, że źródłem odczynu Wassermanna w płynie patologicznym są nacieczenia swoiste w oponie miękkiej, a nie reaginy, przesączające ze krwi do płynu), możemy przeto powiedzieć: brak odczynów patologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym dowodzi, że w naszym przypadku niema w oponach jakichkolwiek poważniejszych ognisk symptomotwórczych i że cała sprawa chorobowa odbywa się podoponowo. Stąd wniosek: jeśli opony są zupełnie zdrowe, zbędne jest stosowanie leków drogą nakłucia lędźwiowego, ponieważ w takich razach przepuszczalność opon jest prawie żadna. W tym przypadku stosowanie metody Gennericha byłoby błędem. Dlatego też ograniczyliśmy się do stosowania zwykłej mieszanej metody swoistego leczenia i, jak widzimy, z wynikiem pomyślnym.

W przypadku drugim sprawa przedstawiała się inaczej: I tu wystąpił nieznaczny połowiczy niedowład i tu był atak drgawek. Na pierwszy jednak plan wysuwają się objawy *par excellence* oponowe: wymioty, sztywność karku i silne uporczywe bóle głowy, a badanie płynu wypadło zupełnie odmiennie (Wa 0,25 ++++), wskazując na umiejscowienie sprawy w oponie miękkiej. Tu więc istniało wskazanie do zadziałania bezpośrednio (nie drogą krwi) na chore ognisko za pomocą wlewania n.-s. do worka oponowego. Pomimo ciężkiego stanu chorego dokonaliśmy wlewania metodą Gennericha z wynikiem bardzo zachęcającym.

Dwa te przypadki wykazują, że wczesne sprawy kiłowe mogą dawać objawy kliniczne podobne — porażenie i napady

[1]) Dwukrotnie otrzymany uprzednio płyn normalny w tym przypadku należy sobie tłumaczyć tem, że był on badany w okresach niemiarodajnych: podczas wrzodu pierwotnego przy Wa ujemnym w surowicy i 3 tygodnie po skończonem intenzywnem leczeniu.

padaczkowate przy różnorakiem w układzie nerwowym umiejscowieniu i w zależności od różnych zmian anatomo-patologicznych. Rozpoznanie sumaryczne, jak kiła mózgu lub porażenie połowicze na tle swoistem dziś nie wystarcza; w każdym poszczególnym przypadku należy ustalić, o ile opony wciągnięte są w sprawę chorobową, bo tylko w ten sposób otrzymamy wskazanie do zastosowania racjonalnego leczenia. Przy zajęciu opon — a wyrazem tego jest płyn patologiczny — należy działać na nie drogą bezpośrednią, stosując metodę Gennericha; o ile zaś opony nie są dotknięte sprawą chorobową, wystarcza leczenie swoiste zwykłe.

Przypadki powyższe zmuszają nas do wypowiedzenia się w sprawie obecnie aktualnej, a mianowicie napadów drgawek u chorych na kiłę we wczesnym okresie choroby. W dwu naszych przypadkach wystąpiły napady padaczkowe. Nie ulega wątpliwości, że tego rodzaju napad może wystąpić we wczesnym okresie kiły, jako objaw zupełnie odosobniony. W jednym np. spostrzeganym przez nas w tymże szpitalu przypadku napady drgawek wystąpiły w postaci meningo-recydywy (po trzeciem leczeniu salwarsanowem) obok równoczesnych objawów ostrego kiłowego zapalenia opon. Wywiady jednak wykazały, że u tego chorego pomiędzy pierwszem i drugiem leczeniem również miał miejsce jeden napad drgawek. Chory zupełnie o nim zapomniał i dopiero po roku, kiedy napady drgawek zaczęły się powtarzać, podał to nam do wiadomości. Inny znów chory dostał pierwszego napadu drgawek w 25 roku życia, stojąc na rusztowaniu; chory spadł wtedy z rusztowania, poczem wystąpiły objawy mózgowe, pozostające w związku z upadkiem. Badanie krwi i płynu, jak również wywiady, ustaliły u tego chorego kiłę. I tutaj zatem napad drgawek wystąpił jako zupełnie odosobniony objaw kliniczny.

Tego rodzaju przypadki bywają rozpoznawane jako padaczka swoista. Dlatego też w każdym przypadku, kiedy napady drgawkowe rzekomo padaczki swoistej ujawniają się po raz pierwszy pomiędzy 20—25 rokiem życia, należy poszukiwać przedewszystkiem objawów kiły.

W dostępnem nam piśmiennictwie ostatniej doby podobne przypadki drgawek padaczkowatych we wczesnej kile znajdujemy u Dreyfusa, Gennericha i Klieneberger a. Dreyfus, wspominając o tego rodzaju przypadkach, twierdzi, że u chorych takich znajdujemy zmiany kiłowe w płynie mózgowo-rdzeniowym. Nasze przypadki uczą, że nie jestto bynajmniej objaw stały. O ile sprawa chorobowa umiejscowiona jest wyłącznie w korze (nasz pierwszy przypadek), może ona wywołać napady drgawek bez żadnych zmian swoistych w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Gennerich opisuje drgawki padaczkowate we wczesnych okresach kiły, jako jeden z klinicznych objawów zapalenia opon sklepienia mózgu i uważa je za meningo recydywy, występujące zazwyczaj po leczeniu sarwarsanowem, jako odczyn Jarisch-Herxheimera w obrębie opon. Ponieważ napady drgawkowe mogą również wystąpić jako objaw zatrucia mózgu przez salwarsan (salvarsan-encephalitis) albo jako jego objaw szczątkowy, musimy zdać sobie dokładnie sprawę, czem jest atak drgawkowy w każdym poszczególnym przypadku. Kierować się tu będziemy przedewszystkiem czasem, który upłynął od ostatniego wlewania salwarsanu. Zatrucie salwarsanowe mózgu występuje bardzo wcześnie, najpóźniej we dwa-trzy dni po wlewaniu, meningo recydywy natomiast dopiero po kilku tygodniach. Jeżeli dochodzimy do wniosku, że drgawki są objawem meningo recydywy, należy natychmiast zastosować wlewanie salwarsanu w dużej dawce, bądźto śródżylnie (0,9 n.-s.), bądźto w postaci wlewania dordzeniowego, według metody Gennericha (1,8 mg). Mieliśmy możność przekonania się, że działa on w takich przypadkach znakomicie.

Klieneberger dla wytłumaczenia swoich przypadków ucieka się do teorji, że kiła jako taka wzmaga usposobienie organizmu do drgawek. Teorja ta nie jest, według nas, dostatecznie umotywowana, a spostrzeżenia kliniczne nie przemawiają za nią. Przypadki przez nas spostrzegane uczą raczej, że drgawki padaczkowate we wczesnej kile (niema tu, oczywiście, mowy o padaczkowych zakażonych kiłą) występują jako objawy ogniskowe sprawy swoistej kiłowej. Za tem między innemi przemawia fakt współczesnego ich występowania z niedowładem połowiczym. Ognisko chorobowe drażni ośrodki korowe i wywołuje drgawki bądźto w postaci padaczki Jacksonowskiej, bądźto uogólniające się w atak drgawek, naśladujący padaczkę swoistą. Zależnie od umiejscowienia możemy mieć postać oponową drgawek z płynem patologicznym, lub też korową (naczyniową) z płynem normalnym.

Piśmiennictwo.

1. Dreyfuss G. Isolierte Pupillenstörung und Liquor cerebrospinalis. Jena 1921. 2. Gennerich. Syphilis des Centralnervensystems. 1920. 3. Klieneberger. Lues u. Epilepsie. D m. W. 1921. Nr. 35. 4. Nonne. Syphilis des Nervensystems. IV. wydanie.

Dr. Józef Szymanowicz, asyst. kliniki. Kraków.

Ciałko żółte a owarjotomja podczas ciąży.

Z kliniki położniczo-ginekologicznej Uniwersytetu Jagiel. Dyrektor Prof. Al. Rosner.

Kiedy w roku 1898 Prenant histologicznie stwierdził, że ciałko żółte jest gruczołem o wydzielaniu wewnętrznem, ze wszystkiemi cechami, jakie gruczoły te posiadają, rzucono się do badań fizjologicznych ciałka żółtego, starając się rozwiązać zagadkę, dotyczącą tego, to zjawiającego się, to ginącego tworu. Bo jakkolwiek po badaniach Prenanta nie ulegało wątpliwości, że ciałko żółte jest gruczołem podobnym do innych gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu, to jednak ten gruczoł odbiegał pod wielu względami od typu innych. Przedewszystkiem jego krótkotrwałość i perjodyczne występowanie wyróżniało go od dotychczas poznanych.

Wyjaśnieniem czynności ciałka żółtego zajął się w Niemczech embrjolog Gustaw Born i wypowiedział przypuszczenie, że jednem z głównych zadań ciałka żółtego jest przygotowanie błony śluzowej macicy na przyjęcie zapłodnionego jaja i stworzenie w niej warunków umożliwiających temu jaju dalszy rozwój. Badaczem, któremu Born zwierzył się ze swojej hypotezy i który myśl jego doświadczeniami na zwierzętach udowodnił, był ginekolog wrocławski L. Fränkel. W toku jego prac nad udowodnieniem słuszności przypuszczeń Borna pokazało się, że ciało żółte ma daleko większe znaczenie, niż sam Born przypuszczał.

Znaczenie ciała żółtego, jako narządu mającego na celu przygotowanie odpowiednich warunków do usadowienia się zapłodnionego jaja i utrzymanie go przez pierwszy okres ciąży, jest tylko częścią niezmiernie rozległej czynności i wpływu, jaki twór ten wywiera na ustrój kobiecy. W ciągu doświadczeń Fränkla, pokazało się, że zadaniem ciałka żółtego jest utrzymanie macicy na odpowiednim stopniu odżywienia w latach płciowej dojrzałości kobiety, że ma ono sprowadzać okresowe przemiany błony śluzowej macicy w toku cyklu miesiączkowego i wpływać na towarzyszące tym przemianom objawy ogólne. Brak ciała żółtego wywołuje zanik macicy i niewystępowanie miesiączki.

Tak pierwsza, jak i druga część teorji Borna-Fränkla wywołała nie małą reakcję w postaci prac doświadczalnych i rozważań teoretycznych. Pojawiło się wiele zarzutów (Schauta, Halban, Schäffer, Essen, Möller i wielu innych) przeciw pierwszej części hypotezy, którą Fränkel i jego zwolennicy (Loeb, Cohn, F. Tschirdewahn i wielu innych) próbowali utrzymać, na podstawie wprost olbrzymiego materjału dowodowego, zebranego przez doświadczenia na zwierzętach. Jeżeli pierwsza część hypotezy wywołała zarzuty, które powiodło się Fränklowi w zakresie doświadczeń na zwierzętach niemal zupełnie obalić, to druga część hypotezy obudziła poważne wątpliwości i rozdzieliła badaczy na dwa zasadnicze obozy: bezwzględnych zwolenników Fränkla, którzy w ciałku żółtem upatrują spiritus movens całego życia kobiety w okresie jej rozwoju płciowego i tylko bardzo nieznaczne poprawki do zapatrywań Fränkla wprowadzają, oraz zwolenników teorji „jajkowej“, z R. Mayerem na

czele, przypisującej jajku, a raczej owocytowi w jajniku, główny wpływ na życie płciowe kobiety.

Okazało się, że w tej naukowej dyskusji nad znaczeniem ciała żółtego, zaważyć mogą obok doświadczeń na zwierzętach, także i spostrzeżenia kliniczne u operowanych podczas ciąży kobiet, a mam tu na myśli owarjotomję u ciężarnych. Był to bowiem czas, kiedy technikę operacyjną guzów jajnikowych opanowano już dostatecznie i nie obawiano się ich usuwać nawet podczas ciąży, której rokowanie przez to nie pogarszało się. Usuwano więc guzy jajnikowe w każdym okresie ciąży natychmiast po rozpoznaniu. Po pracy jednak Fehlinga, który radził przesuwać zabieg o ile tylko możliwe, poza ciążę, ponieważ w bardzo znacznej liczbie przypadków dochodziło do jej przerwania, mimo, że śmiertelność matek nie była większa, niż u operowanych poza ciążą, zaczęto coraz bardziej ograniczać wskazania do owarjotomji wśród ciąży, zwłaszcza, że przychyliły się do tego zapatrywania Bumma, Pfannenstiela i i.

Zdarzało się jednak często, że zabieg musiał być bezzwłocznie wykonany, wobec czego Zweifel, Gräfe, Egler i inni radzili operować natychmiast, gdyż nawet wywołane poronienie niejednokrotnie przedstawiało mniejsze niebezpieczeństwo dla matek, niż pozostawienie guza. Kiedy Dsirne, opierając się na wyczerpującej statystyce, udowodnił, że operacja wykonana po czwartym miesiącu ciąży nie wywołuje poronień, tak często obserwowanych po operacjach w pierwszych miesiącach, trzeba było zastanowić się nad przyczyną tego zjawiska.

I tutaj z pomocą przyszła teorja Borna, poparta doświadczeniami Fränkla. Fränkel po licznych doświadczeniach na królikach udowodnił, że zniszczenie (wypalenie kauterem) ciałka żółtego w pierwszej połowie ciąży, wiedzie bezwzględnie do jej przerwania. Porównując swoje spostrzeżenia ze statystyką kliniczną Dsirnego, doszedł Fränkel do przekonania, że różnica między olbrzymią liczbą poronień przy operacjach guzów jajnikowych w pierwszych czterech miesiącach ciąży, a stosunkowo bardzo nielicznemi, niewczesnemi czy przedwczesnemi porodami, polega niezawodnie na częstem usuwaniu ciałka żółtego podczas operacji, które w pierwszych miesiącach ma umożliwiać utrzymanie się ciąży. Warunkiem koniecznym jest, aby zabiegi odbywały się przy troskliwem oszczędzaniu ciałka żółtego. Wysnuwając z tego wnioskowania praktyczne uwagi, podał Fränkel zasady, wśród jakich warunków, kiedy, jak i jakie guzy jajnikowe wśród ciąży należy operować. Radzi on unikać wycinania guzów jajnikowych, towarzyszących ciąży (jeśli niema do tego bezpośredniego wskazania) w pierwszych miesiącach, ponieważ nie zawsze daje się uratować podczas zabiegu ciałko żółte. Jeżeli zaś już wskazanie wymaga operacji w pierwszych czterech miesiącach, to bezwarunkowo należy oszczędzać ciałko żółte. Jeżeli tylko można odłożyć operację na drugą połowę ciąży, to należy raczej w tym okresie operować, kiedy to ciałko żółte przestało już wywierać swój wpływ na usadowienie się i rozwój jaja i kiedy nawet ewentualne usunięcie ciałka żółtego nie wywoła przerwania ciąży.

Na dziesięcioletnim, dość pokaźnym materjale kliniki położniczo-ginekologicznej Uniw. Jag, obejmującym 35 przypadków, które operowano podczas ciąży z powodu nowotworów jajnikowych, pragnąłbym pokrótce wykazać słuszność także drugiej części hypotezy Borna-Fränkla.

To co usiłowano osiągnąć przez doświadczenie na zwierzętach, często dość niepewne i nie wiodące do celu, powiodło się nam stwierdzić bezpośrednio na materjale ludzkim. Doświadczenia na zwierzętach, mianowicie na królikach, podjęte przez Fränkla i jego szkołę, miały pewne niedokładności z powodu większej ilości ciałek żółtych spotykane u królików, co nie dawało pewności, że wszystkie były bezwzględnie usunięte. Pewność, że u kobiety usuwa się ciało żółte w zupełności, jest prawie absolutna, a więc i eksperymentowanie w tym kierunku nie może spotkać się z zarzutem, jaki robiono Fränklowi z powodu jego doświadczeń na królikach.

Przywiązując wagę do twierdzenia Fränkla o znaczeniu ciałka żółtego w pierwszej połowie ciąży, postępowaliśmy prawie dosłownie według jego zasady. Nie trzymaliśmy się jej tylko o tyle, że chore, które zgłaszały się z guzami jajnikowemi podczas ciąży, natychmiast operowaliśmy, pomimo, że doraźnego wskazania nie było. Wychodziliśmy bowiem z zasady, że lepiej w najgorszym razie stracić płód, niż narażać ciężarną na późniejsze powikłania z powodu obecności guza jajnikowego w czasie ciąży (skręt szypuły, zropienie, pęknięcie itd.), a często nie mniej groźne — w czasie porodu (uwięźnięcie guza w miednicy małej — przeszkoda porodowa) i w połogu (zropienie).

Nie chcąc jednak narażać się na zarzut lekceważenia życia płodu, a uznając równocześnie zapatrywania Fränkla co do znaczenia ciałka żółtego, wchodziliśmy niekiedy w kolizję z naszą zasadą podczas zabiegu operacyjnego. Wiadomo bowiem dobrze ginekologom, jak często spotyka się ciałko żółte w tym właśnie jajniku, z którego wychodzi guz. Pragnąc więc pozostawić ciałko żółte nienaruszone, musieliśmy się uciekać do resekcji nowotworu z wnęki jajnika, w której pozostawało ciałko żółte, co udawało się zwykle dość łatwo. Spotkać się jednak można z takiemi przypadkami, jak jeden z naszych (historja choroby L. l. 56 rok 1919), gdzie ciałko żółte było rozpięte na szczycie guza torbielowatego, a więc w największej od wnęki odległości, w kształcie płaskiego żółtawo-szarego pasma, które dopiero po dokładnem obejrzeniu rozpoznano jako ciałko żółte. W podobnych szczególnie niekorzystnych przypadkach możnaby uniknąć usunięcia ciałka żółtego jedynie wtenczas, gdyby się wyłuszczyło guz z jajnika po nacięciu torebki jajnika i warstwy korowej na szczycie guza, gdyż wówczas pozostałby cały miąższ jajnika (poza guzem), nawet i ta część, która leży na biegunie przeciwległym wnęce, a którą usuwa się przy resekcji jajnika w pobliżu wnęki. Sposobu tego, zaleconego przez A. Rosnera, z okazji pokazu w Towarzystwie Ginekologicznem Krakowskiem, użyliśmy kilka razy, przyczem stwierdziliśmy łatwą jego wykonalność. Krwawienie przy tym zabiegu bywa nieznaczne, daje się łatwo opanować podwiązkami, jakoteż szwem zapuszczonym i powierzchownym. Rzecz jasna, że nadmiernie duże płaty torebki jajnika można usunąć po dokładnem stwierdzeniu, że w nich niema spłaszczonego ciałka żółtego.

Jak wyżej wspomniałem, dowód nasz o znaczeniu czynności ciałka żółtego w pierwszej połowie ciąży, oparty jest na 35 przypadkach powikłania ciąży guzami jajnikowemi, które natychmiast po rozpoznaniu w różnych okresach ciąży operowaliśmy.

Z tych 35 —	9	przypadków	było	w	2	mies. księż.
	10	„	„	„	3	„ „
	9	„	„	„	4	„ „
	3	„	„	„	5	„ „
	1	„	„	„	6	„ „
	1	„	„	„	8	„ „
	2	„	„	„	10	„ „

U wszystkich operowanych staraliśmy się, o ile możności, zachować ciałko żółte; nie powiodło się go oszczędzić w 4 przypadkach, a to raz w 5 miesiącu księż., poczem ciąża trwała dalej; raz w 3 miesiącu księż., 2 razy w 8 tygodniu ciąży, poczem w trzech ostatnich przypadkach nastąpiło poronienie. (Dodać muszę, że usunięcie ciałka żółtego w tych 4 operowanych przypadkach, nastąpiło z powodu przeoczenia operatora). U 31 operowanych, u których ciało żółte zaoszczędzono, a właściwie ściśle biorąc u 24, tj. tych, u których wydzielina jego mogła odgrywać pewną rolę, nie straciliśmy wskutek zabiegu żadnego płodu. Dwie chore poroniły wprawdzie bezpośrednio po zabiegu, lecz były to chore, u których los jaja płodowego już przed operacją był przesądzony, obie bowiem krwawiły z macicy tak, że nawet przy rozpoznawaniu sprawy wchodziła w rachubę ciąża zewnątrzmaciczna, z odklejeniem się doczesnej, jako przyczyną krwotoku. Nie dziwi nas wcale, że ciąża w przypadku dotyczącym 5 miesiąca księż. została utrzymana, mimo usunięcia ciała żółtego, gdyż był

to okres, na który działanie tego gruczółu niema się roztaczać; tak więc i ten szczegół odpowiadałby ściśle hypotezie Fränkla (mianowicie, że ciałko żółte potrzebne jest do utrzymania ciąży tylko do czwartego miesiąca księż.)

Zaznaczyć muszę, że wszystkie te przypadki operowano w tych samych warunkach, przyczem zachowano środki ostrożności, aby macicy nie narażać na silniejszy uraz, dłuższe oziębienie itd., tak, że ewentualnie nasuwające się przypuszczenie, jakoby sama technika operacyjna przyczynić się miała do poronienia w tych właśnie przypadkach, gdzie wyjęto ciało żółte, nie da się przyjąć.

Dodam wreszcie, że macica ciężarna nawet w pierwszych miesiącach jest narządem, który urazy dość ciężkie znosi zupełnie dobrze i nie łatwo odpowiada na nie poronieniem. W krótkim przeciągu czasu zdołaliśmy się o tem przekonać naocznie przy sposobności wyłuszczania mięśniaków podsurowiczych z macic ciężarnych w 2, 3, 4, 5 miesiącu księż. W tych wspomnianych wyżej przypadkach, po dość brutalnym i krwawym zabiegu na samym trzonie macicy (w drugim obszywanie samego mięśnia macicznego z powodu krwotoku), poronienie nie nastąpiło, a ciąża rozwijała się prawidłowo dalej. Tak więc zdanie, że macica ciężarna już przy operacjach na przydatkach często odpowiada skurczami, wiodącemi do poronień lub porodów, nie wytrzymuje krytyki.

Sądzę, że spostrzeżenia nasze, na dość dużym materjale klinicznym, krytycznie przeprowadzone, mogą się w znacznej mierze przyczynić do poparcia drugiej części teorji Fränkla. Na podstawie tych operacyjnych doświadczeń nabraliśmy bowiem przekonania, że istotnie ciałko żółte w pierwszych czterech miesiącach ma dla utrzymania ciąży wielkie znaczenie, że operator, usuwając w tych miesiącach guz jajnikowy, musi o nie dbać i za wszelką cenę starać się je pozostawić, choćby do urzeczywistnienia tego celu miał użyć szczególnych sposobów operacyjnych jak np. wyżej wymienionego wyłuszczenia.

Dr. A. Domaszewicz i Dr. J. Zaczek. Lwów.

O chirurgicznem leczeniu padaczki na podstawie własnych przypadków *).

Z oddziału chorób nerwowych i oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego we Lwowie.

Środki i sposoby lecznicze, jakiemi rozporządzamy w leczeniu padaczki, są nader skąpe i posiadają przeważnie charakter leczenia objawowego (*therapia symptomatica*). Stan taki jest następstwem zawiłej patogenezy tej choroby, zależnej od całego szeregu czynników endo-exogennych, nie dających się zazwyczaj wykazać. Jedynie padaczka urazowa, a w szczególności postrzałowa, nie przedstawia żadnych wątpliwości co do charakteru swego pochodzenia i wobec tego leczenie przyczynowe ma tu szerokie zastosowanie, zwłaszcza po doświadczeniach jakie poczyniła chirurgja czasu ostatniej wojny.

W innych postaciach padaczki nie jesteśmy w stanie w przeważnej ilości przypadków usunąć przyczyny padaczki, jako czynnika nam nieznanego — czyli zastosować leczenia właściwego. W leczeniu więc padaczki t. zw. wrodzonej (*e. genuina*) stoimy narazie na punkcie martwym, t. zn. ograniczamy się do leczenia symptomatycznego. Postęp zaś w leczeniu padaczki organicznej i Jacksona idzie równolegle z poznaniem procesów chorobowych i zmian anatomicznych, które zawdzięczamy w przeważnej ilości spostrzeżeniom, dokonywanym podczas samego zabiegu operacyjnego po odsłonięciu płata kostnego, w oponach, czy też mózgu; obrazy te bowiem różnią się wybitnie od obrazów sekcyjnych (Marburg-Ranzi, Tillman, Français i td).

Nie jesteśmy także zupełnie bezsilni wobec padaczki, jako następstwa guzów rozmaitego rodzaju, powodujących podniesienie się ciśnienia śródczaszkowego, bo, jeśli nawet umiejscowienie, czy ich rodzaj nie pozwala na doszczętny zabieg operacyjny, stosujemy zabiegi częściowe, jak wiercenie odciążające (*decompressio* Cushing), lub nakłucie spoidła wielkiego (*Balkenstich* Anton-Brohman), czy nakłucie podpotylicowe (*Suboccipitalstich*), które chociaż warunkowo są leczeniem przyczynowem. W leczeniu jednak chirurgicznem najtrudniejszą sprawą są wskazania, na podstawie których operujemy pewne postacie padaczki.

Wyjątek stanowią przypadki padaczki urazowej, w których wskazania do zabiegów operacyjnych są do pewnego stopnia sformułowane i jasne; wyraźna powściągliwość, jaka w ostatnich czasach w chirurgicznem leczeniu tej postaci wybitnie się zaznaczyła, jest następstwem długoletnich ścisłych obserwacji na wielkim materjale; zapatrywanie Gukkego, już nawet przez niego samego później negatywnie ocenione, by wszystkie postrzały czaszki operować zapobiegawczo, świadczy dobitnie o radykalnem stanowisku chirurgów w niedalekiej przeszłości; dzisiaj i w tej postaci padaczki wymaga się ścisłych, a dość wyraźnych wskazań, polegających na jakości, rozległości, umiejscowieniu rany, jakości, wielkości i umiejscowieniu pocisku, istnieniu ataków padaczkowych, czy też ich zastępczych objawów (Bebaque, Gukke, Tillman), przyczem więcej radykalni chirurdzy, jak Tillman, rozszerzają ramy tych wskazań z tego powodu, że chorzy nie operowani stają się przeważnie nieuleczalnymi.

Z chwilą jednak, gdy przejdziemy do innych postaci padaczki, a zwłaszcza stosunku padaczki wrodzonej do padaczki objawowej Jacksona, trudności te znacznie wzrastają. Mimo ścisłej analizy wszystkich czynników, wchodzących w grę w powstawaniu padaczki, w całym szeregu przypadków nie możemy rozstrzygnąć, z jaką postacią padaczki mamy do czynienia, a wobec tego najczęściej musimy zrezygnować z leczenia przyczynowego, jakiem może być zabieg chirurgiczny, usuwający zmianę anatomiczną. Nawet typowe ataki padaczki Jacksona, o ile nie mamy równocześnie innych klinicznych objawów, zmian anatomicznych w ośrodkowym układzie nerwowym, nie są koniecznie następstwem grubszych zmian anatomicznych w korze mózgowej, czy oponach.

Anatomja patologiczna i histologja dostarcza nam aż nadto dużo takich przypadków o zupełnie ujemnym wyniku badania, nawet takich postaci padaczki, w których kliniczne spostrzeganie i charakter napadów, zdawały się niewątpliwie przemawiać za organiczną chorobą mózgu.

Wskazania więc do zabiegu chirurgicznego w przypadkach padaczki o niejasnej etjologji, w których brak nam również cech organicznego schorzenia mózgu, jak widać z naszego krótkiego wywodu — nie są łatwe i co za tem idzie znacznie ograniczone. W grupie tej jednak spotykamy się z przypadkami, w których leczenie chirurgiczne może mieć wyraźne wskazanie i rokować dobre wyniki. Tutaj należą stany padaczkowe (*status epilept.)*, w których zawiodły już środki farmakologiczne, a ogólny stan chorego z powodu wyczerpania ciągłemi napadami budzić zaczyna poważne obawy.

Przypadki własne będą objaśnieniem dla zagadnień, które poruszyliśmy w krótkim wstępie powyższym.

1) W. K. l. 26 nie zamężna, dziedzicznego obciążenia nie można wykazać, do 8 r. życia miała być zdrową, uczęszczała do szkoły, a w 9 r. życia wskutek pobicia przez chłopców dostała napadu drgawek z utratą przytomności, po którym pozostał lekki niedowład prawej połowy ciała, trwający podobno kilka miesięcy. W 12 r. życia napad drgawek tylko w prawej połowie ciała i bez utraty przytomności; od tego czasu napady drgawek połowicznych, prawostronnych powtarzają się w rozmaitych odstępach czasu: tygodniowych, miesięcznych, a kilka razy do roku napady ogólne z utratą przytomności. 15. VIII. 1921 przyjęta na oddział nerwowy z powodu stanu padaczkowego; co kilka minut występują napady drgawek klonicznych w prawej połowie ciała bez utraty przytomności, a w ciągu dnia kilka napadów ogólnych drgawek kloniczno-tonicznych z utratą przytomności, w czasie których również źrenice nie oddziaływują na światło.

Badanie wskazuje: kloniczny odruch kolanowy i stopowy, wyraźny objaw Babińskiego po str. pr., siła ruchowa po stronie prawej zdaje się być gorszą, niż po lewej. Badanie dna oczu i nakłucie lędźwiowe niemożliwe z powodu ciągłych napadów. Wassermann ujemny.

Mimo podawania luminal-natrium, atropiny podskórnie, chloral-hydratu w klyzmach w przeciągu 10 dni, ilość napadów tylko nieznacznie się zmniejszyła. Stan chorej ogólny natomiast znacznie się pogorszył, tętno przyśpieszone, miękkie, język podsycha-

*) Przedstawionych w Lwowskiem Towarzystwie lekarskiem i Towarzystwie lekarskiem szpitala powszechnego we Lwowie dnia 21 września 1921 r.

jący, obłożony, chora silnie zamroczona, pokarmu prawie nie przyjmuje.

Wobec tego, że wszelkie środki farmakologiczne zawiodły a stan chorej był groźny, zaś wynik badania, typ napadów, jak i wywiady, przemawiały za anatomiczną zmianą kory mózgowej, czy opon w okolicy lewej sfery psychomotorycznej, przeniesiono 27. IX. 1921 chorą na oddział chirurgiczny dla wykonania zabiegu operacyjnego. Zabieg w uśpieniu eterowem, po okłuciu pola operacyjnego szwami Heidenbeina w modyf. Kochera wycięto płat skórno-okostnowo-kostny (Wagner) rozmiarów 5 x 7 cm. w lewej okolicy psychomotor. i odchylono go w dół; kość bez zmian, opona twarda zgrubiała, niepodatna wykazuje ledwie zaznaczone tętnienie; przy przecinaniu płatowem stwierdzono jej prawie chrząstkowatą zbitość i znaczną grubość, przecięcie jej i odchylenie odbyło się bez uszkodzenia opony pajęczej; odsłonięta przestrzeń mózgu pokryta oponami miękkiemi wskazywała prawidłowe tętnienie, a jedyną zmianą rzucającą się w oczy były zmętnienia opony pajęczej na przestrzeni 2 cm. ułożone wzdłuż naczyń krwionośnych w bruździe przedśrodkowej (*sulcus praecentralis*) różańcowato w postaci torbieli białych, nieco wystających nad powierzchnią, wielkości ziarna maku do dużej główki szpilki (3 mm. x 3 mm.).

Po nakłuciu powyższych torbieli wypłynął z nich płyn jasny przeźroczysty, ściany ich zapadły się, zmętnienie znikło; na tem skończono zabieg operacyjny. Płat po wyrównaniu brzegów kostnych założono na miejsce, zeszyto 2 warstwowo, nie sączkując.

Po operacji jeden napad padaczkowy; szwy Heidenbeina usunięto 3-go dnia, szwy skórne 8-go; rana pooperacyjna zgojona przez rychłozrost. Do lutego 1922 r. nie stwierdzono u chorej ani jednego napadu padaczkowego; chora czuje się dobrze, chodzi swobodnie, skarży się tylko czasem na ból głowy w miejscu operacji. W całym tym okresie nie podano chorej prócz solutio ars. Fowleri żadnych leków. Badanie stwierdza: prawy kąt ust niżej ustawiony, hypertonia mięśniowa kończyn po str. prawej, siła mięśniowa tej strony nieco gorsza, mowa nosowa, skandowana; prócz tego zauważa się na ręce prawej ruchy przypominające atetozę, polegające na tem, że przy ruchach zamierzonych wykazuje chora naprzemian silne zamykanie ręki w kułak i wolne prostowanie palców; stopę prawą natomiast ustawia często w bardzo silnem ułożeniu szpotawo-końskiem.

Dnia 3. I. 1922 tj. przeszło w trzy miesiące od operacji chora opuściła oddział i usunęła się z pod spostrzegania.

2) M. S. l. 28 nie zamężna, zarobnica. W 12 roku życia po przebytej ospie miał powstać niedowład lewej połowy ciała, wskutek którego pół roku spędziła w łóżku; potem nastąpić miało zupełne wyleczenie, tak że pracowała w domu rodziców. W czasie wojny wyjechała do Prus na roboty, gdzie ciężko pracowała; na wiosnę 1921 r. przeszła dur osutkowy, po którym miała mieć objawy silnego podniecenia i niepokoju, a w kilka dni później napad drgawek w lewej połowie ciała; od tego czasu występują kilka razy na miesiąc drgawki ogólne z utratą przytomności i drgawki połowiczne lewostronne bez utraty przytomności. Dnia 1. X. 1921 r. w czasie napadu drgawek odstawiono chorą na oddział nerwowy.

Badaniem stwierdza się u chorej lekki niedowład lewej połowy ciała z objawami hypotonii mięśniowej, jakoteż podwyższenie nieznaczne odruchów ścięgnistych i okostnowych, oraz czasem objaw Babińskiego po tejże stronie, prócz tego w zakresie lewej kończyny górnej zauważa się od czasu do czasu ruchy choreoathetotyczne, polegające na ciągłem nawracaniu i odwracaniu przedramienia i równoczesnem bardzo nasilonem zginaniu i prostowaniu ręki w stawie nadgarstkowym. Dno oczu bez zmian. Wassermann ujemny. W pierwszych dniach pobytu na oddziele zanotowano kilka napadów Jacksona po str. lewej bez utraty przytomności i 2—3 napadów ogólnych z utratą przytomności; po kilku dniach ilość napadów Jacksona wzrosła do kilkunastu na dzień, prócz tego zauważono u chorej oddzielne napady drgawek klonicznych w lewej połowie twarzy. Luminal-natrium, atropina stosowana podskórnie, chloral hydrat, w klyzmach zmniejszały ilość napadów tylko nieznacznie; stan ogólny chorej z powodu wyczerpania i niedostatecznego odżywiania budził poważne obawy, wobec tego przeznaczono chorą do leczenia chirurgicznego.

Dnia 8. X. 1921 wykonano zabieg operacyjny w analogiczny sposób jak u chorej poprzedniej po str. prawej. Opona twarda bez zmian, tętnienie dość wyraźne i po płatowem odsłonięciu opony twardej napotkano ten sam powyżej opisany obraz zmętniałej opony pajęczej, zmętnienie to jednak obejmowało większą przestrzeń i nie ograniczało się tylko do przebiegu naczyń; pozostała część odsłoniętych opon miękkich tych zmian nie wykazała. Dalszy sposób postępowania operacyjnego, jak w przypadku pierwszym.

Chora bezpośrednio po zabiegu nie miała ataku, zabieg operacyjny zniosła dobrze. Szwy Heidenbeina usunięto 3-go dnia, skórne 8-go; rana zgojona przez rychłozrost.

Napady Jacksona, jak i ogólne ustąpiły w zupełności, stan poprzedni neurologiczny pozostał bez zmian.

Chora nie przyjmuje żadnych leków, subjektywnie czuje się dobrze. W kilka dni po operacji zauważono znaczną zmianę w usposobieniu; stała się przygnębioną, często płacze, zwłaszcza w czasie wizyt lekarskich, lub w czasie rozmowy, W 3 tygodnie po operacji zauważono krótki lewostronny napad Jacksona, a 4 dni później ogólny napad drgawek kloniczno-tonicznych z utratą przytomności, wobec czego podano chorej brom i luminal, mimo tego chora dostaje 2—3 razy dziennie napady Jacksona, a 2 razy w tygodniu ogólny napad drgawek. Naogół chora ma się jednak dobrze, je i śpi dobrze. Zauważono w tym czasie oprócz napadów niewątpliwie padaczkowych, napady skurczów tonicznych całego tułowia, w czasie których chora rzuca się po łóżku, płacze i krzyczy, a które pod wpływem tłómaczenia i uspokajania ustępują. Napady te skwalifikowaliśmy jako napady histeryczne.

W dalszym przebiegu pod wpływem leczenia wewnętrznego ilość napadów zmniejszyła się do 1—2 na tydzień; stan psychiczny jednak chorej został bez poprawy. Dnia 12. I. 1922 roku tj. prawie w 3 miesiące od operacji chora opuściła oddział i usunęła się z pod spostrzegania.

3) D. T. l. 30 ż. rolnika; miała być zawsze zdrową, ma 2 zdrowych dzieci; w rodzinie nie było chorób nerwowych. W lutym 1921 r. dostała bez żadnej widocznej przyczyny napadu drgawek w prawej połowie twarzy i prawej ręce bez utraty przytomności; napady te powtarzały się prawie codziennie do kwietnia tego samego roku. W kwietniu zachorowała na dur osutkowy, w czasie którego napady zupełnie ustały; z początkiem czerwca po przebyciu duru napady powyższe zjawiły się znowu i dokuczają chorej prawie codziennie. Od 6 miesięcy brak perjodu.

Dnia 13. VII. 1921 przyjęta na oddział nerwowy, gdzie stwierdziliśmy znacznie gorszą siłę ruchową kończyn po stronie prawej, znacznie podwyższony odruch kolanowy i ścięgna Achillesa po str. prawej. Dno oczu bez zmian. Wassermann ujemny. Roentgen stwierdza na kościach czaszki objawy zwiększonego ucisku śródczaszkowego. Chora narzeka na ogólne osłabienie, częste bóle głowy i uczucie drętwienia w prawej połowie ciała.

Chorej podano brom i luminal, który stale zażywała przez $2^1/_2$ miesiące; w czasie tym zanotowano 3 napady Jacksonowskie prawostronne i jeden napad ogólny z utratą przytomności, w czasie którego oddała bezwiednie mocz. Typowe napady Jacksona, wiek w którym napady wystąpiły, jakoteż wynik badania roentgenologicznego upoważniały do szukania organicznej przyczyny padaczki w korze mózgowej, lub oponach w okolicy lewej sfery psychomotorycznej.

W tej też okolicy wykonano zabieg operacyjny dnia 10. X. 1921 sposobem poprzednio opisanym. Opony twardej jednak nie otwierano wobec zupełnie prawidłowego jej stanu, normalnego tętnienia mózgu i braku wszelkich danych, po obmacaniu jej, do przypuszczenia miejscowej zmiany w głębi.

Chora zniosła zabieg dobrze; w 3 dni po operacji krótki atak Jacksona; dalszy przebieg pooperacyjny zupełnie gładki, rana zgojona przez rychłozrost. Chora nie dostaje żadnych leków, czuje się dobrze; osłabienie kończyn strony prawej bez zmian. W czasie trzymiesięcznego prawie spostrzegania po operacji zanotowano trzy napady Jacksona i jeden ogólny z utratą przytomności.

Dnia 12. XII. 1921 opuściła oddział i usunęła się z pod spostrzegania.

4) P. Z. l. 24, wolny, rolnik. W czerwcu 1920 r. w czasie bójki został uderzony motyką żelazną w okolicy czoła po stronie lewej; po urazie stracił przytomność i przez 4 tygodnie miał silne bóle głowy i wymioty. W czasie tym 3 napady drgawek ogólnych z utratą przytomności. Przez 3 miesiące później czuł się zupełnie dobrze; w 4. dostał nagle drgawek w twarzy i górnej kończynie po stronie prawej. Od tego czasu napady powtarzają się 2—3 razy w miesiącu, w ostatnich czasach ilość ich wzrasta stale.

Dnia 26. X. 1921 r. przyjęty na oddział nerwowy. Badaniem stwierdza się na głowie po stronie lewej na przednim odcinku kości skroniowej bliznę skośną z góry w dół i ku tyłowi biegnącą, długą 7 cm., w obrębie której w kości wyczuwa się wgniecenie do $^1/_2$ cm. pod powierzchnią. Nieco podwyższone odruchy ścięgniste i okostnowe po str. prawej. Dno oczu bez zmian. Odczyn Wassermanna ujemny.

Dnia 4. XI. 1921 r. wykonano zabieg operacyjny. Płat Wagnera obejmował odcinek wgniecionej kości, przekraczając jego granice 2—3 cm. we wszystkich kierunkach; przy odchylaniu płata oddzielono istniejący zrost z oponą twardą, na przestrzeni 3 mm. w środku płata. Po odchyleniu stwierdzono na blaszce wewnętrznej podłużne wypuklenie kostne odpowiadające zewnętrznemu wgnieceniu na całej rozciągłości, szerokie 2—7 mm., wysokości do $^1/_2$ cm. zakończone w dalszej części stożkowatem zgrubieniem wielkości średniej fasoli, szczyt tego zgrubienia był zrośnięty z oponą twardą i tutaj wytworzyło się połączenie naczyniowe kostno oponowe; przerwanie tego naczynia spowodowało dość znaczne krwawienie, które ustało po zaszyciu opony. Wypuklości blaszki wewnętrznej usunięto kleszczami kostnemi, wyżłabiając w tem miejscu rynienkę; po założeniu płatu skórno-okostnowego na miejsce zaszyto ranę jak poprzednie bez sączkowania.

Przez pierwsze 3 dni po operacji chory miał 1—2 ataki drgawkowe, w 4-tym dniu w godzinach rannych 5 ataków jeden po drugim w krótkim odstępie czasu; przez podważenie płatu sondą rowkowaną w przestrzeni między 2 szwami skórnemi wypuszczono nieznaczny krwiak utworzony na oponie; dalszy przebieg zupełnie prawidłowy — rana zgojona bez reakcji do 8 dni. Po 4 tygodniowem pobycie na oddziele nerwowym, w czasie którego nie zauważono już więcej napadów, chory na własne żądanie opuścił szpital.

Na podstawie zatem własnych przypadków nie możemy mówić o trwałem wyleczeniu, lub nawet o trwałej poprawie,

gdyż czas obserwacji wymagany do takiego określenia, wynosi od 3—5 lat (Braun, Cuss), jednak poprawa, jaką uzyskaliśmy wskutek operacji, w przypadkach, które nie oddziaływały prawie zupełnie na leczenie objawowe, a zwłaszcza w przypadkach, których stan ogólny z powodu stanu padaczkowego (*status epilepticus*) był bardzo groźny, jest w każdym razie dodatnia i pomyślna dla naszych chorych.

Przypadki nasze zależnie od ich przyczyn (etjologii) podzielić należy na trzy grupy. Pierwszy i drugi należą do typu padaczki, która nie da się bez zastrzeżeń zaliczyć do padaczki wrodzonej, ponieważ wchodzi tu w grę uraz i przebyta choroba zakaźna (ospa), z któremi w związku rozwinęła się padaczka. Wynik leczenia w tych przypadkach, należy odnieść do leczenia przyczynowego, jakiem było niewątpliwie usunięcie naocznie stwierdzonych zmian histo-patologicznych w oponach pajęczych. Do grupy drugiej zaliczyć należy przypadek trzeci, który uważamy za padaczkę wrodzoną, chociaż w późnym wieku powstałą. Wynik dodatni zabiegu odnieść wypada do samego otworzenia jamy czaszkowej, które prawdopodobnie poprawiło warunki krążenia płynu mózgowo-rdzeniowego, i obniżyło ciśnienie śródczaszkowe. W trzeciej grupie wreszcie mieści się przypadek czwarty, który jest typem padaczki urazowej, wywołanej zmianą kostną. Wynik leczniczy zabiegu trudno w tym przypadku ocenić z powodu krótkiego czasu spostrzegania, ze względu jednak na uszkodzenie opony twardej i jej zrosty z kością, co według niektórych autorów jest czynnikiem zmniejszającym dobry wynik operacji, jak i wykonanie zabiegu operacyjnego w dłuższy czas po uszkodzeniu, rokowanie co do zupełnego wyleczenia nie może być zupełnie pewne.

Dobry stan naszych chorych po zabiegu operacyjnym, szybkie i gładkie gojenie się ran po trepanacji, jako też wyraźną poprawę objawów padaczkowych, uważamy za ważny przyczynek do chirurgicznego leczenia padaczki, kładąc przytem nacisk na poruszoną przez nas kwestję wskazań, tj. odpowiedniego doboru przypadków padaczki nadających się do chirurgicznego leczenia.

Zapatrywanie, z którem się jeszcze dziś nawet często spotykamy, że wiercenie czaszki, jako pozostawiające po sobie blizny, musi już samo wywoływać napady padaczkowe, zostało stanowczo przez Kochera odrzucone i przez innych autorów doświadczalnie oświetlone (Tillman), otwieranie więc jamy czaszkowej przy odpowiedniej technice operacyjnej nie może być czynnikiem, ograniczającym leczenie chirurgiczne padaczki.

Wreszcie i wielkie statystyki rozmaitych chirurgów, wykazały, że procent śmiertelności zależny od samego zabiegu jest minimalny, (Kocher, Graf, Mathiolin, Tillman), więc i ten wzgląd, wobec ciężkiego i opornego nieraz wszelkiemu objawowemu leczeniu cierpienia, nie powinien wpływać na ograniczenie wskazań operacyjnych.

Z praktyki.

F. Obarski. Warszawa.

Stosowanie pyramidonu w przebiegu duru brzusznego.

Z oddziału dra Chełmońskiego w szpitalu Dz. Jezus.

(Spostrzeżenia z praktyki).

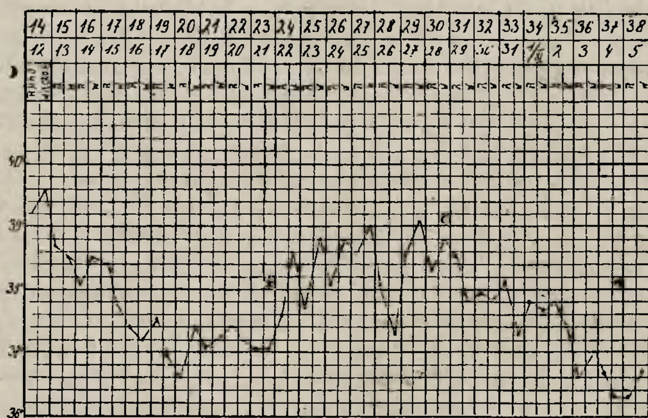
Działanie pyramidonu w przebiegu duru brzusznego wogóle jest bardzo korzystne, w niektórych przypadkach w takim nawet stopniu, że wielu autorów przypisuje mu pewną swoistość. Moritz szczególnie poleca ten sposób leczenia duru brzusznego. W licznych sprawozdaniach o leczeniu duru brzusznego stale zaznaczany bywa, prócz wpływu na ciepłotę, wpływ bardzo dodatni na stan psychiczny chorych. Chorzy majaczący odzyskują zupełną przytomność i zatracają niemal poczucie choroby. Niepokój ruchowy słabnie lub ustępuje zupełnie, chorzy leżą spokojnie w łóżku, ustępuje senność. Niektórzy utrzymują, że wpływ kojący pyramidonu zależy nietylko od działania przeciwgorączkowego, bo w takich przypadkach, w których pyramidon nie zdołał wydatnie obniżyć ciepłoty, widać było skuteczny wpływ działania jego na stan chorego: ustępował niepokój ruchowy, wracała przytomność. Schürer zaznacza bardzo korzystny wpływ pyramidonu na korę mózgową. W przebiegu duru brzusznego ciśnienie wewnątrzczaszkowe często jest podniesione. Podług Webera pyramidon wpływa dodatnio na obniżenie ciśnienia, panującego wewnątrz czaszki i, działając łagodząco na stany podniecenia, jednocześnie nie potęguje senności i apatji, przeciwnie chorzy apatyczni zaczynają interesować się tem, co się wokoło dzieje. Podług Valentini'go pyramidon stosuje się w dawkach po 0,1—0,2 co 1—2 godziny przy stałej kontroli ciepłoty, dzięki czemu można uniknąć znaczniejszych wahań ciepłoty, bo wysokość dawki określa się nie według wysokości ciepłoty, lecz według wpływu na nią. Siebeck przy ostrożnem stosowaniu pyramidonu nie spostrzegał ujemnego działania jego, przeciwnie wyniki otrzymywał dodatnie: chorzy stawali się raźniejsi, lepiej oddychali, chętniej przyjmowali pokarmy, piecza nad chorymi stawała się łatwiejsza. Oddzielne obserwacje upoważniają Siebecka do mniemania, że dzięki pyramidonowi obniża się chorobowo wzmożona przemiana materji. Do zachowania wagi ciała podczas stosowania pyramidonu potrzeba 3000 ciepłostek, bez pyramidonu 4000. W celu zapobiegania zapaściom, które zdarzają się podczas kuracji pyramidonem, autor stosuje zapobiegawczo naparstnicę. Moritz, szczególnie polecający to leczenie, zaleca zamiast większych dawek (w celu uniknięcia zapaści) mniejsze po 0,1 co 2 godziny; w ten sposób pyramidon można w ciągu szeregu dni do 10 razy na dobę stosować. Niektórzy autorowie (Benecke) przy stosowaniu pyramidonu spostrzegali obfite i nieprzyjemne poty. U niektórych chorych już po 0,1 występowało obniżenie ciepłoty o 2^0—$2^1/_2{}^0$, a po 0,2 o 5^0—4^0 ze znaczną zapaścią. John podaje 58 przypadków duru brzusznego, leczonych pyramidonem, wśród których 38 było ciężkich. W jednym przypadku, po 2 dniach stosowania pyramidonu w ilości 0,15 co 3 godziny, sensorium znacznie się wyjaśniło i nastąpiła widoczna poprawa. Również spostrzegał dobry wynik u 9 nieprzytomnych chorych. Autor dawał 0,15 pyramidonu co 3 godziny. Z liczby 54 chorych 4 zmarło (7,4% śmiertelności). Ciepłota obniżała się o 2·5—4^0 i wogóle utrzymywała się między 37·5^0 - 38·5^0. Allenbach ze Strasburga stosował pyramidon regularnie po 0,1 co $1^1/_2$ godziny i był zadowolony z dodatniego wpływu jego na ciepłotę i stan ogólny.

Stosowaliśmy pyramidon w 60 przypadkach duru brzusznego. Większość stanowili chorzy z oddziału dra Chełmońskiego, mniejszość ze szpitala epidemicznego, urządzonego przez władze wojskowe niemieckie w Serocku w roku 1915. W liczbie 60 chorych na dur brzuszny mężczyzn było 10, kobiet 25 i dzieci 25. Pyramidon stosowałem w rozczynie 1.0—150 z dodaniem 1.0—2.0 kofeiny (w celu uniknięcia zapadu) lub w zawiesinie kamforowej po łyżce stołowej, co 2 godziny w dzień i w nocy, u dzieci łyżeczkę w ten sam sposób. Ciepłota obniżała się od 0·5^0 do 3. W 10 przypadkach były powikłania (16.6%): raz zapalenie płuca u mężczyzny, raz zapalenie płuca u kobiety, zapalenie płuc u trojga dzieci, zapalenie ropne gruczołu przyusznego u kobiety, zapalenie ucha wewnętrznego u kobiety, 3 krwotoki kiszkowe u kobiet (5%). Z pośród 60 chorych 2 zmarło, kobieta z powodu krwotoku kiszkowego i dziecko z powodu zapalenia płuc. Śmiertelność więc wyniosła 3·3%.

Podczas stosowania innego rodzaju kuracji śmiertelność podług Ludke'go wynosiła 4·3%, Strümpell'a 11% (krwotoki kiszkowe 9·5%, a w niektórych epidemjach do 18%), Allenbacha 11%—12%. Liebermeister podaje w 7·3% przypadków krwotoki kiszkowe.

Na załączonej krzywej widać bardzo wyraźny wpływ pyramidonu na ciepłotę. Po zastosowaniu pyramidonu w godzinach popołudniowych C^0 obniżyła się następnego rana do 38·7^0, w ciągu następnych dni obniżyła się bardziej i utrzymywała się na niskim poziomie. Po 10 dniach przerwałem stosowanie pyramidonu; ciepłota podnosi się i dochodzi do 39^0. Po 7 dniach przerwy w stosowaniu pyramidonu, znowu go podałem, poczem ciepłota obniżyła się do 37·9^0 i coraz niżej aż do normy. Po 6 dniach stosowania pyramidonu znowu go odstawiłem, tym razem już ciepłota nie podniosła

się i, aż do opuszczenia szpitala przez chorą była prawidłowa. Przypadek należał do cięższych.



	Przeciętnie spadała ciepłota do normy	Najdłużej utrzymywała się podniesiona ciepłota przy pyramidonie	Najkrócej stosowano pyramidon do spadku do normy	Nawrót
Mężczyźni	22 dnia choroby, a 9-go dnia stosowania pyramidonu	do 28 dnia choroby	6 dni	1
Kobiety	20 dnia choroby, a 8-go dnia stosowania pyramidonu	do 36 dnia choroby	7 dni	
Dzieci	21 dnia choroby, a 10-go dnia stosowania pyramidonu	do 34 dnia choroby	5 dni	

Niekiedy ciepłota obniżała się etapami: po zastosowaniu pyramidonu z 40·1° spada do 39·6°, przez ciąg 3 dni waha się między 39°—39·6°, przez 6 następnych dni między 38°—39°, przez 5 następnych dni między 37·1°—38° i wreszcie 22 dnia choroby spada do normy. W okresie wahań niejednokrotnie widywałem mniejsze różnice między ciepłotą ranną i wieczorną. W jednym przypadku nawrotu już nie spostrzegałem tak dodatniego wpływu pyramidonu na ciepłotę, jak podczas przebiegu samego duru. Dotyczyło to mężczyzny, który w 9-tym dniu choroby przybył do szpitala. Po zastosowaniu pyramidonu ciepłota z 40·4° obniżyła się do 37·9° i przez ciąg 13 następnych dni utrzymywała się na wysokości 37·8°—38·6°. 20 dnia choroby pyramidon odstawiono. Po upływie 8 dni bez gorączki, ciepłota zaczęła się podnosić i wkrótce dosięgła do 39·6°. Pyramidon już nie okazywał dodatniego wpływu na ciepłotę, bo, po chwilowym spadku do 37·4°, w ciągu 10 następnych dni wahała się od 38·3° do 39·9°, poczem zaczęła powoli obniżać się i 18. dnia była już normalna. W niektórych przypadkach, po podaniu pyramidonu, ciepłota obniżała się znacznie już następnego dnia, w innych 2—3 dnia następowało obniżenie jej. Działanie pyramidonu korzystnie odbijało się i na tętnie, które z miękkiego, nierównego, częstego stawało się twardszem, równiejszem, wolniejszem. Dwubitność tętna, która często zaznacza się w przebiegu duru, ustępowała.

Przytoczę pokrótce 4 historje chorób:

1. Chora Z, lat 23, przyjęta d. 2. VI. 14 r. ze skargami na bóle głowy, brzucha, ogólne osłabienie. Stan obecny: brzuch bolesny, śledziona powiększona. 30/VI. wypisana zdrowa.

2. Chora K. S, lat 16, przyjęta do szpitala d. 10. XII. 13 r. Skargi: bóle głowy, brzucha. Stan obecny: bolesność brzucha, powiększenie śledziony, różyczka. 15. XII. krwotok kiszkowy, niezbyt obfity. Wypisana jako zdrowa.

T A B L I C A Nr. 1.

Data	Dzień choroby	Ciepłota rano	Tętno	Oddech	Ciśnienie skurczowe	Białe ciałka	Neutrofile	Eozynofile
3/VI	22	40°	110	28	109	4000	46%	2%
5/VI	24	37°5'	100	24	109	3200	31%	2%
8/VI	27	37°	90	22	109	5000	58%	2%

T A B L I C A Nr. 2.

Data	Dzień choroby	Ciepłota rano	Tętno	Oddech	Ciśnienie skurczowe	Białe ciałka	Neutrofile	Eozynofile
11/XII	11	40°	120	28	120	4300	46%	—
15/XII	15	37°	100	24	115	5000	70%	1%
20/XII	20	37°8'	100	24	115	6200	46%	1%
23/XII	23	37°	90	20	115	7000	65%	1%

3. Chora O. S., lat 30, przyjęta 4. XII. 13 r. w stanie nieprzytomnym. 10. XII. przytomna. 20. XII wypisana jako zdrowa.

4. Chora W. Z., lat 15. przyjęta d. 26. IV. 14 r. Skargi: bóle brzucha, bóle w lewym boku. Stan obecny: Na całej klatce piersiowej liczne furczenia i świsty, różyczka, śledzona powiększona. 28. IV. zapalenie lewego płuca zrazikowe. 2. VI. wypisana, jako zdrowa.

T A B L I C A Nr. 3.

Data	Dzień choroby	Ciepłota rano	Tętno	Oddech	Ciśnienie skurczowe	Białe ciałka	Neutrofile	Eozynofile
5/XII	18	39°3'	100	30	85	5500	70%	1%
8/XII	21	38°	90	26	85	4200	70%	1%
11/XII	24	36°5'	90	24	120	6[illegible]00	72%	1%

T A B L I C A Nr. 4.

Data	Dzień choroby	Ciepłota rano	Tętno	Oddech	Ciśnienie skurczowe	Białe ciałka	Neutrofile	Eozynofile
26/IV	11	40°	112	30	95	2900	45%	—
28/IV	13	39°6'	120	32	95	17400	49%	1%
30/IV	15	39°	118	30	95	6000	53%	2%
8/V	23	37°	100	24	120	40[illegible]0	60%	2%

Wyniki badań, umieszczone w pierwszych wierszach każdej tablicy, dotyczą okresu przed zastosowaniem pyramidonu, w następnych już — po podaniu.

Jak widać z załączonych tablic, pyramidon, obniżając ciepłotę, dodatnio wpływa na częstość oddechów (tab. Nr. 2), ciśnienie skurczowe ulegało nieznacznym zmianom (tab. Nr. 2) lub też trzymało się na poziomie bliskim normy (tab. Nr. 1), a nawet podnosiło się (tab. Nr. 3—4). Ilość białych ciałek stale się zwiększa (tab. Nr. 1—2—3), neutrofilów również (tab. Nr. 2—3—4); eozynofile, których obecności pierwsze badania nie stwierdzają (tab. Nr. 2—4), w następowych badaniach już się zjawiają. Jeżeli zaś od początku stwierdzano obecność eozynofilów, i wszystkie następne badania wykazywały je (tab. 1—3). W tablicy 4-tej drugie badanie daje 17.400 białych ciałek. Tłómaczy się to powikłaniem ze strony płuc (zapalenie płuca zrazikowe). Mimo, że wielu autorów wypowiada zdanie, że pyramidon nie skraca czasu trwania choroby, wyniki, otrzymane przezemnie, upoważniają mię do twierdzenia, że leczenie pyramidonem skraca czas trwania choroby; przeciętnie stan gorączkowy trwał 20—22 dni, tylko w przypadkach bardzo ciężkich i powikłanych pyramidon nie wpływał na skrócenie przebiegu choroby. Badając systematycznie krew, mogłem dojść do wniosku, że zwiększanie się ilości białych ciałek, neutrofilów, obecność względnie pojawienie się eozynochłonnych, poczytywać należy za oznaki dobrego zejścia choroby.

Według spostrzeżeń moich i innych autorów, leczenie pyramidonem dodatnio wpływa na łagodzenie lub osłabienie objawów chorobowych duru brzusznego, zwłaszcza, jeżeli chodzi o przypadki niepowikłane. Leczenie pyramidonem uważanym przez niektórych za lek swoisty w durze brzusznym, jako łatwe do przeprowadzenia, może znaleść zastosowanie w małych szpitalach na prowincji i w mieszkaniach prywatnych, o ile chorzy mogą znajdować się przez cały czas choroby pod obserwacją lekarza. Leczenie pyramidonem zaczynać można każdego dnia choroby i wynik jej nie zależy od dnia rozpoczęcia. Wiadomo, że chorzy na dur brzuszny nie zgłaszają się wogóle wcześnie ani do szpitala, ani do lekarza, co ma znaczenie np. podczas leczenia duru innemi metodami (szczepionki, surowice) a niema natomiast znaczenia w leczeniu pyramidonem.

Piśmiennictwo:

Allenbach. M. m. W. N. 18. 1914. Moritz. Strassburg. m. Ztg. 1908 H. 1. — Schürer. B. kl. W. 1919 — 387. Siebeck. M. m. W. Nr. 50, 17 r. — Benecke. M. m. W, Nr. 22, 12. — John. M. m. W. Nr. 18, 12 r. — Strümpell. Handbuch der inner. Med. 1911.

Sprawozdania poglądowe

Doc. Dr. K. Bocheński. Lwów.

O leczeniu środkami koloidowemi oraz nieswoistemi ciałami białkowemi w położnictwie i ginekologji.

(Dokończenie)

II. Wysięki zapalne przy i około maciczne.

W przypadkach przewlekłego zapalenia tkanki przy i okołomacicznej stosowaliśmy przeważnie mleko, w ostatnich kilku przypadkach kaseosan. Wszystkich przypadków mieliśmy dotychczas 14. Z tych na mleko przypada 10, na kaseosan 4. Co do wyników należy tutaj być ostrożnym, ponieważ chore, dotknięte tem cierpieniem leżały spokojnie przez kilka a nawet kilkanaście tygodni. Tak długi okres czasu przy spokojnem leżeniu mógł już sam przez się wpłynąć korzystnie na wchłanianie i stopniowe zmniejszanie się wysięku. W przypadkach o przebiegu przewlekłym brak było częstokroć po wstrzyknięciu mleka podniesienia się ciepłoty, albo też ciepłota podnosiła się dopiero w kilka dni po wstrzyknięciu. W innych przypadkach podniesienie ciepłoty występowało dopiero po szeregu wstrzyknięć. W ogólności zaś podniesienie ciepłoty występowało przeważnie przy zastosowaniu mleka już po 1 ccm. Natomiast wstrzykiwanie kaseosanu wpłynęło korzystnie na przebieg ciepłoty tylko w dwóch przypadkach.

Pozatem występował odczyn ogólny w postaci wybitnej senności, zwłaszcza po kaseosanie, ogniskowo zaś można było zauważyć prawie we wszystkich przypadkach zwiększone nasilenie bólów w podbrzuszu. Po upływie 24 godzin bóle te zwykle ustawały zupełnie.

W dwóch przypadkach zapaleń przymacicza, powikłanych obfitemi krwawieniami, wstrzyknięcie mleka wpłynęło korzystnie na zmniejszenie się a nawet ustanie krwawienia. W jednym przypadku rozległego wysięku przy i okołomacicznego o stanie ogólnym bardzo ciężkim, gdzie brak było wszelkiego odczynu ogólnego i ogniskowego, po 8 wstrzyknięciach mleka zmalał wysięk do małych tylko resztek a badaniem nadto można było stwierdzić zdumiewającą wprost poprawę co do ruchomości macicy. Chora ta leżała 2 miesiące. W jednym przypadku po drugiem wstrzyknięciu 10 ccm mleka po przerwie 4-ro dniowej wystąpiły objawy nadwrażliwości a to pod postacią bicia serca, bladości, rozszerzenia źrenic, wymiotów i przyśpieszenia tętna. Chora ta więcej wstrzyknięć nie otrzymała. Mimo to można było stwierdzić bardzo wybitną poprawę. Powłoki brzuszne zwiotczały a wysięk zmalał znacznie, stał się nieco ruchomy i w niektórych miejscach okazywał chełbotanie.

Terpentynę stosowaliśmy tylko w jednym przypadku wysięku okołomacicznego, sięgającego 2 palce powyżej pępka, twardego, nieruchomego, bardzo bolesnego. Po 18 wstrzyknięciach dokonanych w ciągu 3 miesięcy wysięk zmalał bardzo znacznie. Dla porównania stosowaliśmy w analogicznych przypadkach ciepło pod postacią kataplazmów, termoforów lub też aparatu *Polana*. Wyniki tym sposobem leczenia nie były gorsze od wyników podanych wyżej. Również zauważyć musimy, że wspomniane preparaty uie wpływały na przyśpieszenie procesu wchłaniania wysięku.

W jednym przypadku rozległego wysięku, powikłanego zakrzepem w żyle udowej prawej i zmianami zapalnemi w stawach, z ciepłotą o przebiegu przerywanym, dochodzącą powyżej 39°, wstrzykiwaliśmy kolejno elektrargol i mleko. Po szeregu wstrzyknięć nastąpiło zropienie powierzchownych warstw wysięku. Podobne zropienie wysięku spotykaliśmy atoli również po zastosowaniu ciepła.

III. Sprawy zapalne przydatków macicy.

Takich przypadków mieliśmy 20. Z tych leczyliśmy 5 zapomocą mleka, 4 kaseosanem, 11 zaś terpentyną. Podobnie jak w przypadkach przewlekłych schorzeń przymacicza wywoływało mleko i w tych cierpieniach o przebiegu podostrym względnie przewlekłym tylko nieznaczny odczyn ogólny w postaci stanów podgorączkowych i ogólnego osłabienia. Ogniskowo zaś dawało się stwierdzić większe nasilenie bolów. W przypadkach nieznacznych zmian zapalnych, gdzie nie przyszło jeszcze do wytworzenia się guzów, można było zauważyć korzystny wpływ stosowania białka w tem znaczeniu, że zgrubiałe poprzednio przydatki szybko się zmniejszały, tak że zaledwie dały się wybadać lub też były zupełnie niebadalne. Chore czuły się znacznie lepiej. W tych zaś przypadkach, w których od pierwszej chwili mieliśmy do czynienia z dużemi guzami przydatków, brak było jakiegokolwiek wpływu na kliniczny przebieg tego cierpienia. W jednym przypadku lewostronnego ropniaka trąbki wielkości 2 dużych pięści otrzymała chora 9 wstrzyknięć mleka po 7—10 ccm na dawkę. Pierwsze wstrzyknięcia przebiegały bez jakichkolwiek objawów. Dopiero po piątem wstrzyknięciu pojawiły się podniesienia ciepłoty powyżej 38°, brak było natomiast bolów ogniskowych. Badanie przedmiotowe wykazało guz tej samej wielkości co poprzednio, lecz więcej ruchomy. Wobec bezskuteczności leczenia przystąpiono do zabiegu operacyjnego, przy którym guz trąbkowy dał się z łatwością wyłuszczyć z luźnych zrostów.

Z czterech przypadków leczonych kaseosanem dwa były później operowane, dwa są jeszcze w leczeniu. U jednej chorej z obustronnemi dużemi guzami przydatków, u której zastosowano 5 wstrzyknięć dożylnych kaseosanu od 0.25—1 ccm, nie można było zauważyć najmniejszej nawet poprawy. Operacyjnie usunięto oba guzy przydatków. I w tym przypadku również zrosty z narządami sąsiedniemi były bardzo luźne i łatwo dały się oddzielić.

Drugi przypadek operacyjny dotyczy chorej ze zmianami nieżytowemi obu szczytów i dużemi obustronnemi guzami przydatków. Chora ta cierpiała na uporczywe bóle

w podbrzuszu i krwawienia maciczne od dłuższego czasu. Po pierwszych dwóch wstrzyknięciach 7 ccm mleka w przerwie 4-ro dniowej, guzy zmniejszyły się nieco, krwawienie ustało, chora czuła się lepiej, stan był bezgorączkowy. Badanie krwi wykazało zwiększenie się leukocytozy z 10 na 16.000. Zwiększenie to wystąpiło w 2 godziny po wstrzyknięciu i utrzymywało się przez 8 godzin. Zmiany jakościowe krwi zaznaczyły się powiększeniem się ciałek obojętnochłonnych z przesunięciem na lewo obrazu Arnetha. W 24 godzin po wstrzyknięciu i w 4-ry dni następne można było stwierdzić powiększenie się ilości komórek tucznych do 2%. W drugim tygodniu pobytu na klinice otrzymała chora trzy wstrzyknięcia kaseosanu, pierwsze w ilości 0.5 ccm śródmięśniowo bez reakcji, następne zaś dwie dożylnie w ilości 0.25 i 0.5 ccm. Już po drugiem wstrzyknięciu zaczęła się ciepłota podnosić do 38°, nasilenie bolów wzrosło, chora zaczęła krwawić obficie, przytem wystąpiły nocne poty i uporczywy kaszel. Badanie wewnętrzne wykazało pogorszenie, guzy obok macicy wzrosły w dwójnasób prawie. Wobec tego zaniechano dalszych wstrzyknięć. Przez szereg następnych dni stan chorej ciągle się pogarszał, ciepłota wieczorem dochodziła do 38·5°. Zabieg operacyjny u tej chorej zakończył się laparatomją próbną, cała bowiem otrzewna jakoteż guzy w miednicy małej pokryte były drobnemi szaro-żółtemi guzkami. W tym przypadku, jak widzimy, wstrzyknięcie białka wpłynęło ujemnie na sprawę swoistą i przyczyniło się tylko do rozdmuchania ogniska gruźliczego. W dwóch dalszych przypadkach, będących jeszcze w leczeniu, nie można było również stwierdzić poprawy klinicznej, mimo że odczyn krwi i odczyn ogniskowy po każdorazowem wstrzyknięciu wybitnie występują.

Inaczej przedstawia się sprawa z działaniem terpentyny. Jak już wspomniałem, stosowaliśmy ją w 11-tu przypadkach. Sprawa zapalna w tych przypadkach polegała przeważnie na zakażeniu rzeżączkowem, co w 9 przypadkach dało się stwierdzić wykazaniem dwoinek Neisserowskich w wydzielinie szyjki. Dwa przypadki nie okazywały pewnej etjologji. Stosowano w tych przypadkach injekcje terpentyny co 4 dni śródmięśniowo lub podokostnowo w okolicy 2 palce poniżej grzebienia kości biodrowej w linji pachowej tylnej (Klingmüller) po 1 ccm wspomnianej mieszanki. W ciągu całego leczenia otrzymywały chore przeciętnie 15—20 wstrzyknięć. Co do odczynu ogólnego to w przeważnej liczbie przypadków występował bardzo słabo. Ciepłota zwykle się nie podnosiła. Tylko w dwóch przypadkach już po kilku wstrzyknięciach chore zaczęły gorączkować do 39°, bóle znacznie się zwiększyły a i klinicznie żadnej poprawy stwierdzić nie było można. Natomiast odczyn krwi we wszystkich 11 przypadkach pojawiał się stale. Odczyn ogniskowy w postaci słabych bolów występował nie zawsze i nie o jednakowem nasileniu. Miejscowo zaś w niektórych przypadkach można było stwierdzić bolesność w miejscu wstrzyknięcia, zwłaszcza w przypadkach, gdzie wstrzykiwano podokostnowo.

Natomiast bardzo wybitna i uderzająca wprost była zmiana stanu podmiotowego chorych, które po każdem niemal wstrzyknięciu podawały, że się czują zdrowsze i silniejsze. W żadnym przypadku nie wystąpiła senność, jak to spostrzegaliśmy po wstrzyknięciach kaseosanu, chore przybywały szybko na wadze i ogólny ich stan rychło się poprawiał. Klinicznie nadto we wszystkich 9-ciu przypadkach można było stwierdzić bardzo znaczną i wybitną poprawę. Guzy przydatków już po kilku wstrzyknięciach bardzo wyraźnie malały, zwykle odzyskiwały ruchomość, o ile przedtem były obmurowane wysiękiem zapalnym. Jeden przypadek jednostronnych zmian zapalnych przydatków, mimo poprawy po 6 wstrzyknięciach, był operowany z powodu silnych bolów i nieustających krwawień. W czasie operacji stwierdzono duży guz trąbkowy, otoczony luźnemi zrostami, które łatwo dały się oddzielić, tak że wydobycie guza w całości nie napotkało na większe trudności. Na objaw ten zwracam uwagę dlatego, że rozluźnienie zrostów spostrzegali już inni autorowie (Klingmüller, Fuchs), ale tylko po terpentynie. W naszych zaś 3 przypadkach operowanych, gdzie stosowano w jednym mleko, w drugim kaseosan, a w trzecim wreszcie terpentynę, stwierdzono zawsze w czasie operacji naokoło guzów przydatków bardzo luźne zrosty. Notuję ten fakt, stwierdzony w czasie operacji, nie przesądzając, czy wstrzyknięcia wspomnianych preparatów wpłynęły rzeczywiście na rozluźnienie zrostów.

Przypadki nasze stwierdzają, że doraźny wynik leczniczy po terpentynie jest korzystny. Okoliczność tę podnoszą i inni autorowie, jak n. p. Caro, który poleca terpentynę, jako środek wspomagający leczenie zakażenia rzeżączkowego narządu moczopłciowego. Atoli dalsze spostrzeganie naszych chorych, które badaliśmy dla kontroli w czasie kilka a nawet kilkanaście tygodni po opuszczeniu kliniki, wykazało, że działanie terpentyny nie wystarcza na dłuższą metę. Guzy przydatków, które w czasie leczenia znacznie się zmniejszyły a niejednokrotnie nawet zupełnie znikały, po pewnym czasie znów można było wykazać. Niejednokrotnie zauważyliśmy już podczas leczenia, że, kiedy sprawa zapalna po jednej stronie ustępowała doraźnie — równocześnie występowało zaostrzenie sprawy po drugiej stronie, co można było wykazać badaniem wewnętrznem. Jest to dowodem, że odporność uzyskana, zwłaszcza przy rzeżączce, stosowaniem bodźców nieswoistych, jako nieswoista nie trwa długo. Stosowanie w tych przypadkach arthigonu, jak wykazują nasze doświadczenia kliniczne, daje przecież trwalsze wyniki.

Wobec tego nasuwa się myśl, czy kombinowane leczenie obu sposobami nie skierowałoby wreszcie naszego leczenia rzeżączki na właściwą drogę. Przypuścić bowiem należy, że bodźce nieswoiste zmieniłyby tak dalece odczyn poszczególnych tkanek, że w ten sposób przygotowałyby niejako odpowiednie podłoże do korzystniejszego i energiczniejszego działania leku swoistego, a przez zesumowanie się podniet efekt leczniczy powinien przecież być wybitniejszy. W myśl tego rozumowania rozpoczęliśmy w klinice podobne leczenie.

Tyle co do wyników leczniczych w ginekologji wspomnianemi środkami.

Dla uzupełnienia wspomnieć jeszcze muszę o odczynie krwi, jaki występował w naszych przypadkach. Odczyn ten polegał na zmianach ilościowych i jakościowych krwi. W przeważnej ilości przypadków dała się zauważyć faza negatywna, która w naszych przypadkach występowała już w 15 minut po injekcji i trwała przez godzinę. Spadek leukocytozy wynosił przeciętnie 3—4000. Po godzinie podnosiła się leukocytoza przeciętnie o 5—6000 i utrzymywała się na tej wysokości zwykle przez 6—7 godzin, atoli nie we wszystkich przypadkach równie długo. W niektórych przypadkach jeszcze w 24 godzin po wstrzyknięciu można było stwierdzić leukocytozę bardzo wyraźną. Jakościowo w pierwszych godzinach po wstrzyknięciu stwierdzić się dawało zwiększenie ciałek białych obojętnochłonnych z wyraźnem przesunięciem obrazu krwi na lewo (obliczenie według Schillinga) — natomiast pod koniec reakcji prawie stale występowało procentowe zwiększenie się limfocytów do 42% i ciałek eozynochłonnych niekiedy nawet do 13·5%. Pomimo zwiększenia się ciałek eozynochłonnych nie zauważyliśmy ujemnego wpływu stosowanego środka na przebieg kliniczny choroby. Spostrzeżenie to nie potwierdza więc zdania Kleeblatta, który doszedł do przeciwnych wyników. Tenże autor także twierdzi, że zmiany w jakościowym składzie krwi po wstrzyknięciu mleka trwają przeciętnie do dni 5-ciu i radzi stosować następne wstrzyknięcia dopiero wtedy, gdy obraz krwi po wstrzyknięciu jest zbliżony do obrazu przed wstrzyknięciem, czyli gdy reakcja już minęła. W celu przekonania się o prawdziwości tego twierdzenia badaliśmy w niektórych przypadkach krew przez czas dłuższy, a w jednym nawet przez 22 dni, systematycznie co dzień, oznaczając jakościowy skład krwi. Badanie krwi wykazało wybitne zwiększenie się limfocytów, które stopniowo wzrosło aż do 42% 10-go dnia i trwało aż do 22-go dnia po pierwszem wstrzyknięciu. Ciałka eozynochłonne z początku zmniejszyły się procentowo i dopiero po 13 dniach podniosły się z 0·5 na 6%. Zauważyć się dało w tym przypadku zwiększenie się najpierw i to w pierwszej linji limfocytów a dopiero później ciałek eozynochłonnych. Klinicznie zaś przypadek tu przebiegał bardzo korzystnie i z rozległego wysięku zapalnego po 4 tygodniach pozostały zaledwie wybadalne ślady. Nie możemy się więc zgodzić z twierdzeniem Klee-

blatta, jakoby obraz krwi stale już po 5 dniach wracał do stanu przed wstrzyknięciem, gdyż w naszym przypadku jeszcze w 4-tym tygodniu można było wykazać wyraźne wahania jakościowe krwi.

Streszczając nasze spostrzeżenia, możemy powiedzieć, że wybitnej różnicy w działaniu poszczególnych środków w naszych przypadkach nie można było stwierdzić. Ogólny odczyn organizmu, jaki niejednokrotnie o różnem nasileniu u różnych chorych występował, zdaje się więcej zależeć od ogólnego stanu konstytucjonalnego chorych, aniżeli od jakości środka. Zauważyć dalej należy, że w przypadkach naszych bardzo rzadko tylko mogliśmy wykazać zupełną równoległość między odczynem ustroju a wpływem danego preparatu na kliniczny przebieg choroby. Wreszcie możemy powiedzieć, że bez względu na jakość środka w przypadkach lżejszych mogliśmy zawsze stwierdzić korzystne jego działanie. Działanie to uważać należy za działanie pośrednie, polegające na pobudzeniu organizmu do silniejszego oddziaływania i uruchomieniu sił ochronnych, tkwiących w organizmie. W myśl tego wskazane jest jak najwcześniejsze stosowanie środka pobudzającego, dopóki organizm posiada zdolność reakcji i samoobrony.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Archives of Internal Medicine.
T. 29. Luty 1922. Nr. 2.

C. F. Hoover. **Zwężenie krtani i oskrzeli przyczyną rozedmy płuc.** Autor przeprowadził szereg badań na psach, u których w różnych miejscach tchawicy i oskrzeli umieszczał przeszkody dla wdechu i wydechu, sprawiał kurcz oskrzelików zapomocą histaminy a przyśpieszenie oddechu przez zatruwanie dwutlenkiem węgla; zapisywano graficznie ciśnienie wśródopłucnowe i ruchy oddechowe.

Okazało się, że przeszkoda działająca równomiernie w czasie wdechu i wydechu, nie wywołuje nigdy przedłużonego wydechu, gdyż mięśnie wydechowe mogą przez swoją siłę znaczniej jeszcze ściągnąć płuca niż wdechowe je rozciągnąć. Stąd to powietrze wdechiwane może być wydalone w przeciągu czasu równie długim. Jeżeli przeszkoda w tchawicy lub w oskrzelach równomiernie rozdzielona jest większa podczas wydechu, wtedy powiększa się ilość powietrza w płucach zalegającego czyli powstaje rozedma, ale tylko podczas znacznego przyśpieszenia oddechów, ponieważ wtedy znaczny przymus oddechowy nie pozwala na swobodne wydalenie wszystkiego wdychiwanego powietrza. To samo odnosi się do sztucznego kurczu oskrzelików po histaminie, który tylko w łączności z przyśpieszeniem oddechów powoduje rozedmę. Spostrzeżenie kliniczne (chory z tętniakiem tętnicy głównej, tylko podczas leżenia na grzbiecie uciskającym lewe oskrzela i przeszkadzającym najwięcej podczas wydechu) i doświadczenie pozwalają przypuszczać, że w powstawaniu rozedmy gra często dużą rolę nierównomiernie w płucach rozłożony opór dla wydechu.

S. Fineman. **Rozważania nad białaczką »mikrolimfocytoidową«.** W walce, toczącej się między obozem unitarystów (Pappenheim, Grawitz, Ferrata, Downey i i.) a dualistów (Naegeli, Türck, Schridde i i.), autor niniejszej bardzo szczegółowej pracy przychyla się do obozu pierwszego. Przytacza opinję Naegelego, jakoby po zróżniczkowaniu się komórek macierzystych obu układów — szpikowego i limfatycznego — myeloblastów i limfoblastów, nie istniało żadne przejście między nimi, metaplazja zaś szpikowa, w gruczołach chłonnych czasem spotykana, nie powstaje ani w mieszkach, ani ośrodkach rozrodczych, tkance czysto limfoidalnej, tylko w tkance międzymieszkowej, posiadającej już z góry pewien element szpikowy. Naegeli podaje też liczne cechy odróżniające obie główne komórki macierzyste. I tak limfoblasty mają mieć: 1) mało chromatyny, 2) do dwóch jąderek, (myeloblastów), 3) ziarnistości Altmann-Schriddego, 4) nie dają odczynu indofenolowego oksydaz. Autor dowodzi na podstawie obszernej literatury, że wszystkie te sprawozdania są fałszywe, że nie tylko powyższe cechy można spotkać u myeloblastów, ale, że często też widzi się zupełnie wyraźnie przejścia. Sam przypadek opisany przez autora nastręczył mu materjału do poparcia swej tezy:

Obserwował przez 4 miesiące młodą dziewczynę z białaczką, opisywaną już przez Citrona, jako «mikromyeloblastyczna«. We krwi stwierdzono ilość leukocytów, zmieniającą się od 2.300 do 660.000 (bezpośrednio przed skonem). Wahania zależały od naświetlań Rentgenem, ale i niezależnie od R. zmieniała się liczba leukocytów o 28.000 na 24 godzin. Ze wzrostem ogólnym szedł w parze spadek obojętnochłonnych a wzrost ciałek zupełnie odpowiadających mikromyeloblastom Naegelego, a komórkom macierzystym (Stamm-Zelle) Pappenheima.

Obecne były też czerwone jądrzaste i myelocyty, jako wyraz anemji (liczba ciałek czerwonych i hemoglobiny spadała stale).

Śledziona była stale powiększona, znacznie zaś powiększone gruczoły szyjne i migdałki zmniejszyły się znacznie po naświetleniach. Zalecany przy białaczce przez Haghwot'a i Azuzano będźwinian benzolu nie wywarł żadnego wpływu. Przetaczanie krwi zdawało się pomagać. Ciekawe jest, że pod koniec życia czerwone ciałka, dotąd blade i nieregularne, stały się czerwone i okrągłe. Autor przypuszcza, że chora żyła z przetaczanych ciałek i przytacza na poparcie spostrzeżenie Ashbyego, że przetaczane komórki mogą żyć do 30 dni. Szczepienia krwi na zwierzęta pozostały bezowocne, wahania jednak ciepłoty i ilości ciałek białych nasunęły przecież przypuszczenie o etjologji zakaźnej. Znalezione we krwi nieprawidłowe ciałka nie dawały odczynu oksydaz, zresztą były najzupełniej podobne do myeloblastów, można zaś było znaleść postacie przejściowe do prawidłowych limfocytów także obecnych. Autor uważa je tedy za komórki macierzyste dla obu układów.

C. H. Bigelow. **Wśródskórne odczyny przy płatowem zapaleniu płuc.** W pewnych przypadkach płatowego zapalenia płuc można otrzymać skórne odczyny po wśródskórnem szczepieniu autolizowanych solnych roztworów lub przekroplonych wodnych zawiesin różnych typów pneumokoków. Odsetek dodatnich wyników jest jednak dotąd zbyt mały, by metoda mogła służyć jako wskaźnik dla leczenia surowicami.

C. C. Sturgis, F. W. Peabody, F. C. Hall i F. F. Fremont-Smith. **Kliniczne badanie nad oddychaniem.** Zdrowy człowiek może powiększyć objętość powietrza wdychanego w minucie z 5 do 60 litrów czyli 12 razy. Cyfry te wkazują, w jakim stopniu człowiek zdrowy może przystosować przewietrzanie płucne do wymagań ustroju podczas różnego natężenia pracy. Można obliczyć u każdego człowieka najwyższą ilość powietrza wdychanego w minucie, mnożąc trzecią część życiowej pojemności płuc przez 35. Liczba osiągnięta daje ważne kliniczne wskazówki co do największej pracy jeszcze możliwej dla osobnika, bez wywołania duszności. Ilość powietrza zależy od ilości oddechów (która u zdrowych i chorych zwykle może dojść do 35) i od życiowej pojemności, u ludzi chorych daleko mniejszej. Badania przeprowadzono na 12 zdrowych ludziach, w różny sposób pracujących, i na dwóch ze stanem podobnym mechanicznie do stanu przy wylewie opłucnowym, uciskającym płuca i sprawiającym duszność, przez ściskanie klatki piersiowej pasami.

R. D. Adams i H. C. Pillsburg, **Ułożenie i czynność przepony po zmianach ułożenia ciała.** Przepona jest najwyżej ustawiona w pozycji leżącej, niżej w stojącej, najniżej w siedzącej. Przy ułożeniu ciała na prawym boku, prawa połowa stoi wyżej i porusza się daleko więcej od lewej i odwrotnie. Serce zmienia zależnie od ułożenia ciała swoje położenie do 6 cm. Przy osłuchiwaniu zdrowych płuc, można słyszeć fizjologiczne graniczne szmery we formie różnego rodzaju rzężeń. Powstają nad brzegiem niżej leżącego płuca najprawdopodobniej z powodu częściowej atelektazy płuc. Po ułożeniu na stronę przeciwną szmery znikają i pojawiają się znów po stronie niższej. Także prawidłowe szmery oddechowe są silniejsze po stronie niższej.

H. B. Richardson. **Rytm przedsionkowo - komorowy a naparstnica.** R. p. k. powstaje z powodu podwyższonej pobudliwości węzła A-V (z szybkiem tętnem) lub obniżonej pobudliwości węzła zatokowego (z wolnem tętnem). Klinicznie spostrzegano oba rodzaje. Widziano niemiarowość tę też po naparstnicy. W przypadku autora nastąpił r. p. k. po mn. w. 10 ccm nalewki naparstnicowej w przeciągu 7 dni. Rozważanie wszelkich objawów nakazało przypuścić związek przyczynowy, prawdopodobnie drogą pobudzenia trzeciorzędnych ośrodków, będących pod wpływem nerwu błędnego. Próba ucisku nerwu i atropinowa nie odniosła żadnego skutku.

(Załączone elektrokardjogramy wyjaśniają szczegóły niemiarowości).

R. C. Whitman i L. W. Greene. **Przypadek prosówkowej gruźlicy u płodu.** Zebrano dotąd 113 pewnych przypadków gruźlicy u płodu, które wymagają uznania możności zakażenia płodu w łonie matki. Przypadek spostrzegany przez autora (9-miesięczny płód z gruźlicą płuc, łożyska i innych narządów) świadczy o przechodzeniu prątków przez łożysko. Możliwem jest tedy, że u większej ilości dzieci gruźliczych zakażenie nastąpiło w czasie życia płodowego i długi czas było utajone. Friedmann wykazał, że po zaszczepieniu prątków do jąder królików i skojarzeniu tych ze zdrowemi samicami, można wykazać zakażenie 7-dniowych embryonów.

Klinicznie zakażenie ze strony ojca wykazywał Sarwey i Landouzy. Gruźlica płodu przestaje tedy być rzeczą tylko teoretycznie ciekawą i jest prawdopodobnie częstszą niż sądzono, przyjęcie jej wymaga rewizji naszych dotychczasowych sposobów kontroli i zabiegów przeciwgruźliczych.

C. S. Williamson. **Wygodna elektroda dla doświadczalnych prac przy elektrokardjografie.** Opis aparatu.

Ziemilski (Lwów).

Choroby dzieci.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.

Tom XXXI. Z. 1. i 2.

J. K. Friedjung. **Przyczynek do znajomości dziecięcego czucia płciowego.** Na poparcie teorji Freuda o tkwiących w psychice dziecięcej zawiązkach popędu płciowego przytacza autor szereg podchwyconych w tym kierunku spostrzeżeń, począwszy od wczesnego niemowlęctwa, a skończywszy na wieku szkolnym. Stosownie do tego, czy dążność zadowolenia objawów czucia płciowego dzieje się na własnej, czy na drugiej osobie, dzieli je na »autoerotyczne« i na »heteroerotyczne«. Do dziedziny autoerotyki zalicza autor u niemowląt akt ssania, zadowolenie przy rytmicznych ruchach, jak kołysanie i t. p., u dzieci starszych masturbację, która np. objawia się w zadowoleniu wtykania palców lub przedmiotów do kiszki stolcowej. Z dziedziny »heteroerotycznych« objawów przytacza autor szereg spostrzeżeń u dzieci powyżej pierwszego roku życia, które np. z lubością tuliły się do piersi matki lub mamki bez chęci ssania, inne zaś spostrzegania upatrują się nawet objawów skierowanego ku rodzicom popędu płciowego. W końcu objaśniają wykłady z życia jedną z najbardziej zwalczanych tez Freuda, która twierdzi, jakoby pierwszym przedmiotem uczuć erotycznych dziecka było jedno z rodziców płci różnej (np. syn do matki).

Max Frank: **Przyczynek do biologji białych ciałek krwi u noworodków i niemowląt.** Obraz białych ciałek krwi w okresie noworodka zawiera pewne znamienne cechy, które go odróżniają od okresu niemowlęctwa, a które są wypływem niezupełnej dojrzałości układu limfotwórczego. Zarówno przeważająca ilość obojętnochłonnych ciałek, jak i przewaga małych limfocytów nad wielkiemi, która cechuje obraz krwi noworodka, ustępuje po pierwszych 14 dniach do przeciętnej prawidłowości, która utrzymuje się w obrazie krwi niemowlęcia. Wyrazem żywotności układu limfotwórczego jest zdolność protoplazmy wchłaniania barwików.

A. Wallgren **»Oedema scorbuticum invisibile«, jego patogeneza i symptomatologja.** Zaburzenia w wymianie wody w gnilcu niemowląt należy uważać jako część składową symptomatologji skorbutu. »Oedema scorbuticum« jest prawdopodobnie wypływem nadmiernej przepuszczalności naczyń włosowatych, która należy do równorzędnych objawów, z temi ze strony układu kostnego i skazy wybroczynowej. Z drugiej zaś strony nie posiadają komórki organizmu zdolności wchłaniania wydzielonej wody.

Ph. Schwartz. **Urazowe rozmiękczenie mózgu u noworodka.** Na 110 zwłok noworodków, przedwcześnie lub na czasie urodzonych, u których przeprowadził autor systematyczne badanie anatomo-patologiczne tkanki mózgowej, wykazał on w 105 przypadkach mniej lub więcej wyraźne zmiany lub uszkodzenia. Polegały one na jużto gołem okiem widzialnych, jużto drobnowidzowych krwawych wybroczynkach na powierzchni lub wewnątrz mózgu, z których pierwsze były charakterystyczne dla przedwcześnie urodzonych, ostatnie zaś dla na czasie urodzonych noworodków. Pochodzenie tych wybroczynek jest czysto mechaniczne: różnica między silniejszem ciśnieniem wewnątrzmacicznem a słabszem ciśnieniem atmosferycznem. W chwili pęknięcia błony płodowej zamyka czaszka na kształt wentyla otwartą drogę porodową, krew zaś spływa w kierunku mniejszego ciśnienia (analogicznie powstaje »*cephalhaematoma*«) i nagromadza się w naczyniach mózgowych, które pękając uszkadzają tkankę mózgową. Zmiany odnowy tych uszkodzeń objawiają się w pojawianiu się komórek tłuszczonośnych (*„Fettkörnchenzellen,“*), które przeważają w ogniskach stosunkowo świeżych a więc w kilka dni a nawet w kilka godzin po urazie porodowym. Obok wybroczynek wykazał autor również zmiany ogniskowe tkanki mózgowej, spowodowane bezpośrednim, mechanicznym uciskiem, lub urazem, a odznaczały się one zawsze obecnością komórek tłuszczonośnych, co — jak wykazał autor — jest dowodem procesu odnowy. Temu uszkodzeniu tkanki mózgowej odpowiada kliniczny obraz chorobowy, nazwany przez Virchowa: *„Encephalitis interstitialis neonatorum“*. Śmierć noworodków, rozpoznana czy to jako zamartwica, czy to jako zanik, czy to »niezdolność do życia« jest zawsze spowodowana urazowem uszkodzeniem tkanki mózgowej. W razie pozostania przy życiu prowadzi ono prawdopodobnie do padaczki.

Max Zarfl. **O morfologicznem znaczeniu sinych plam porodowych („Mongolenflecke«).**

Nobel i Steinchach. **Przyczynek do rokowania zapalenia opłucnej gruźliczego u dzieci.** Przeważną część zapaleń opłucnej u dzieci należy przyjąć jako pochodzenia gruźliczego. Z 78 spostrzeganych przypadków 13 zmarło. Na 39 przypadków, śledzonych do 19 roku życia, 41% uzyskało zupełne wyleczenie, 38% wykazywało lekkie ślady przebytej choroby, w 10% przypadków utrzymywały się średnio-ciężkie, lub ciężkie zmiany następowe. Rokowanie gruźliczego zapalenia opłucnej u dzieci jest nagół pomyślne.

Charlotte Steinkopf. **Objaw wygasania osutki przy płonicy.** Objaw ten polega na tem, że surowica człowieka zdrowego, lub ozdrowieńca po płonicy (nie zaś chorego na płonicę w pierwszych trzech tygodniach), wstrzyknięta śwródskórnie w obrębie świeżej osutki płoniczej, wywołuje w okolicy wstrzyknięcia wygaśnięcie osutki. Objaw ten może być użyty tylko jako pomocniczy środek rozpoznawczy w przypadkach wątpliwych, nie posiada bowiem bezwzględnej ścisłości. W 16% przypadków płonicy okazał się on ujemnym, występował zaś także w przypadkach osutki niepłoniczej. Teoretyczne wyjaśnienie nie jest uzgodnione. Wedle jednych chodzi tu o działanie uczulające na krążącą we krwi chorego adrenalinę, inni przypisują temu objawowi charakter odczynu uodporniającego, jako wypływ działania miejscowego antyciał jadu płonicy, krążących we krwi człowieka zdrowego. Za tem przemawiałoby zjawisko, że w obrębie wygaśnięcia osutki nie wystąpiło łuszczenie się naskórka, a więc że nastąpiło miejscowe zobojętnienie jadu w skórze.

Monatsschrift für Kinderheilkunde.

Tom XXI. Z. 5. i 6. 1922.

R. Hess i S. Isaac. **Pseudoleukemja limfatyczna.**

K. Blühårm. **Niedomoga trawienia powyżej wieku niemowlęcego.**

Grävinghoff. **Pogruźliczy naciek płuc.** Autor zbija twierdzenie Eliasberga i Neulanda, jakoby opisany przez nich obraz kliniczny t. zw. »pogruźliczego nacieku płuc«, odróżniał się tem od swoistego galaretowatego nacieku, iż okazuje

skłonność do całkowitego uzdrowienia, zaś od przewlekłego zapalenia płuc odróżniał się tem, że to ostatnie przemienia się w kurczącą się tkankę łączną. Nie jest on procesem odrębnym lecz swoistym gruźliczym, gdyż opiera się na fakcie, iż t. zw. galaretowaty naciek, polegający na wysięku surowiczym wewnątrz pęcherzyków płucnych, ulega również wchłonięciu, o ile jest wolnym od laseczników gruźlicy, a jest to tylko działanie ich jadu. Z drugiej strony mógł autor na podstawie własnych badań i spostrzeżeń stwierdzić, iż pierwotny proces gruźliczy w gruczołach oskrzelowych wytworzył drogą naczyń chłonnych naciek podobny do przewlekłego zapalenia płuc.

R. Lange i H. Feldmann. **Wielkość serca u zdrowych i chorych niemowląt na podstawie prześwietlenia promieniami Roentgena.**

Max Frank. **Menotoksyny w mleku kobiecem.** Na podstawie własnych doświadczeń udało się autorowi stwierdzić w mleku kobiet podczas miesiączkowania obecność pewnych ciał, które np. przyśpieszają więdnięcie kwiatów, podobnie jak menotoksyny Schicka. Ciała te utożsamia z menotoksynami i przypisuje im wpływ na powstawanie dyspepsji u niemowląt karmionych podczas regularności.

Samelton. **Ropne schorzenie dróg moczowych w wieku niemowląt.**

S. Meyer. **O antigenowych właściwościach lasecznika gruźliczy Friedmana.**

Hamburger i Stransky. **O podawaniu jarzyn oseskom, w szczególności w postaci sproszkowanego soku surowego.** Oddziaływanie jarzyn, jako środka żywnościowego i wpływ ich na przemianę materji u oseskόw jest poddany szczegółowej analizie. I tak rozpatrują autorowie cały szereg ich właściwości w następ. klasyfikacji: a) Jako środek spożywczy dopełniający w wypadkach, gdzie chodzi o ograniczenie mleka, jak przy skazie wysiękowej, tężyczce, niedokrewności z powodu odżywiania. b) Jako środek leczniczy przy chorobach wskutek wadliwej przemiany materji, jak choroba Barlowa, »osteopsathyrosis«. c) Jako nośnik ciał białkowatych, odbiegających od białka mlekowego. d) Jako nośnik ciał purynowych (zawartość do 0·03%). e) Jako nośnik żelaza (zawartość od 4—70 mg na 100 g). Działanie jarzyn krwiotwórcze jest niewątpliwe, jednakże jest ono wypływem nietylko podawania żelaza jako takiego, lecz też i witaminów (grupy C), które — wedle autorów — oddziaływują na przemianę materji w kierunku wzmożonego wchłaniania żelaza. f) Jako nośnik soli zasadowych. Sole te przechodzą w wielkiej części do wody, w której jarzyny zostały ugotowane, należy więc jarzyny zawsze podawać wraz z wodą. g) Jako nośnik witaminów, których rozróżniają autorowie 3 kategorje: grupa C, działająca przeciw gnilcowi, grupa B przeciw beriberi, grupa A przeciw krzywicy.

Czynne oddziaływanie lecznicze soków surowej jarzyny, podawanych w postaci sproszkowanej, mogli autorowie stwierdzić w 2 kierunkach: I. jako środek, zapobiegający krzywicy u przedwcześnie urodzonych osobników, jakoteż u tych z przewlekłemi zaburzeniami odżywiania; II. jako środek leczniczy przy krzywicy na skutek działania witaminów prupy C na przemianę materji w kierunku zwiększonego wchłaniania wapnia, jak to wskazują przytoczone badania, które to działanie nie ustępuje w niczem działaniu tranu rybiego. Dobre wyniki daje również zastosowanie jarzyn przy skorbucie i osteopsathyrosis, podczas gdy przy tężyczce były wyniki ujemne.

Pewny. **Przyczynek do procesu trawienia żołądka u oseska.** W żołądku oseska brak jest prawidłowo wolnego kwasu solnego, kwasota ogólna jest tylko nieznacznego stopnia, jakoteż nieznaczne wydzielanie zaczynu podpuszczkowego po zażyciu mleka. Po podaniu młodym oseskom pokarmu mieszanego na wzór dorosłych występuje wzmożone wydzielanie kwasu solnego i zaczynu podpuszczkowego, czego jednakowoż żołądek oseska nie znosi i oddziałuje silnemi wymiotami. To zwiększone wydzielanie kwasu solnego i zaczynu podpuszczkowego utrzymuje się jeszcze przez pewien czas mimo djety ściśle mlecznej. Gruczoły żołądka oseska dostosowują się stopniowo do przyjmowanego pokarmu. Badania soków wydzielniczych żołądka u oseska ma pewne kliniczne znaczenie, gdyż w niektórych chorobach, jak zaniku, zaburzeniach odżywiania, chorobach gorączkowych z pozajelitowemi zaburzeniami odżywiania, daje się stwierdzić zmniejszony stopień kwasoty i zaczynu podpuszczkowego. Wraz z wyzdrowieniem chorego oseska podnosi się też i wydzielanie zaczynu podpuszczkowego. Wymioty oseskόw są często wypływem wzmożonej kwasoty żołądka.

K. Barcheti. **Oseski gruźliczych matek.** Na 51 spostrzeganych oseskόw, pochodzących od gruźliczych matek, 27% (t. j. 14) nie wykazywało żadnych objawów zakażenia gruźlicą, jak również oddziaływało ujemnie na odczyn Pirqueta, mimo iż przez dłuższy czas pozostawały w pielęgnacji i karmieniu przez matki, reszta, t. j. 73%, wykazywało zmiany gruźlicze, najczęściej (radiologicznie) powiększenie gruczołów wnękowych. Z tych gruźlicą zarażonych oseskόw 29% (t. j. 11) zostało klinicznie wyleczonych, co stwierdził autor też w badaniach następnych aż do 4-go roku życia, reszta zaś, t. j. 71% uległo śmierci na skutek prosówki. Rokowanie gruźlicą zarażonych oseskόw nie jest więc bezwzględnie niepomyślne (Schlossmann). Stosowano wielowartościowy pokarm i leczenie na wolnem powietrzu.

Wilhelm Schober. **Zapalenie jądra w następstwie ropniaka pozagardłowego.**

Hescheles (Lwów).

Choroby kobiece i położnictwo.

Gynaecologie et obstetrique.

T. IV. Z 4.

H. Hartmann. **Curieterapja raka szyji i trzonu macicy.** Krytyczna ocena metod naświetlania preparatami radu, między innemi i metody Prousta, polegającej na stosowaniu radu wewnątrzotrzewnowo, t. j. wprowadzeniu rurek z solami radu do obu przymacicz przez nacięcie tylnego listka więzu szerokiego oraz otrzewnej przestrzeni pęcherzowo-macicznej, po uprzedniem podwiązaniu tętnic podbrzusznych. Autor jest przeciwnikiem powyższej metody, ponieważ jej wyniki nie są zachęcające nawet u samego jej wynalazcy. Curieterapja raka trzonu jest zdaniem autora bezcelowa, ponieważ wyniki leczenia operacyjnego są zupełnie zadawalające, sama zaś operacja nie jest ani trudna, ani ryzykowna. Co się tyczy raka szyji nadającego się do operacji, to autor stoi na stanowisku chirurga i powołuje się na zdanie angielskich autorów, którzy odsyłają z londyńskiego instytutu radjologicznego wszystkie przypadki raka szyji nadające się do operacji, do operatorów. Ponieważ w bardzo zaawansowanych przypadkach raka szyji o wyleczeniu doszczętnem jeszcze nie może być mowy, gdyż w przypadkach, w których cała miednica mała jest zajęta przez nowotwór, bardzo nawet intensywne naświetlanie powoduje jedynie nieznaczne zmniejszenie się guza, zaś w przypadkach, w których istnieją nacieczenia nowotworowe w ścianie pęcherza i jelita prostego, zbyt wielka jest obawa uszkodzenia przez naświetlanie powyższych narządów, curieterapja pozostaje wyłącznie dla przypadków znajdujących się na granicy możliwości operowania, w których istnieje nadzieja, że po naświetlaniu staną się nadającemi się do operacji.

A. Couvelaire. **Wskazania do zachowawczego cięcia cesarskiego brzusznego poza zwężeniami miednicy.** Ocena krytyczna wskazań względnych do cięcia cesarskiego, które autor uważa za bezwzględnie za śmiałe w stosunku do powagi samego zabiegu. Autor stwierdza, że we Francji dotychczas bardzo rzadko stawiano wskazania do cięcia cesarskiego poza zwężeniami miednicy. Z liczb, podanych przez wybitnych akuszerów francuskich, na 1040 cięć cesarskich zaledwie 80 wykonano ze wskazań poza zwężeniami miednicy. Zdaniem autora liczba ta ulegnie jeszcze zmniejszeniu w przyszłości, kiedy warunki pozwolą na wcześniejsze dostarczanie do klinik takich rodzących, którym musiano robić cięcie cesarskie ze wskazań względnych.

Omawiając metodę operacji i jej wyboru autor wypowiada się przeciwko cięciu cesarskiemu pozaotrzewnowemu, aczkolwiek przyznaje się, że sam tej metody nigdy nie stosował. Obawia się przy jej stosowaniu zakażenia tkanek za-

wartością jaja płodowego, czego przy cięciu cesarskiem klasycznem łatwo uniknąć przez wytoczenie macicy z jamy brzusznej i staranne osłonięcie rany serwetami.

J. Henrotay. **O wskazaniach do cięcia macicy podczas porodu poza zwężeniami miednicy.** Autor podnosi, że od czasów Saengera, który w roku 1882 wznowił metodę cięcia cesarskiego, wskazania do tego zabiegu zostały znacznie rozszerzone i dzisiaj istnieje już cały szereg wskazań poza absolutnem zwężeniem miednicy, które uprawniają do wykonywania cięcia cesarskiego. Wskazania te zostały ustalone stopniowo na zjazdach ginekologicznych w Petersburgu (1911), Berlinie (1912) i w Lille (1913). Jeżeli przeprowadzić klasyfikację nowych wskazań do cięcia macicy podczas porodu, to możnaby je podzielić na 4 grupy: na wynikające z ogólnego stanu rodzącej, na wynikające ze zmian w pochwie i macicy, z takichże zmian w przydatkach macicznych oraz wreszcie z samego płodu i jego przydatków. W pierwszej grupie autor wymienia przedewszystkiem rzucawkę porodową, a potem choroby serca, nerek, wreszcie agonję i śmierć rodzącej. W drugiej grupie wylicza zwężenia i stany niedorozwoju pochwy, nadmiernie rozwinięte żylaki pochwy, zwężenia, zbliznowacenia i stany degeneracyjne szyji macicznej, niepodatność ostatniej, grożące pęknięcie macicy, wreszcie wady rozwojowe macicy. W grupie trzeciej omawia autor wszelkie guzy przydatków macicy, uniemożliwiające poród drogą przyrodzoną, w grupie czwartej — wszelkie wady rozwojowe płodu wywołujące rażący niestosunek płodu do dróg porodowych, wszelkie położenia niekorzystne trudne, lub niemożliwe do zamiany na korzystne, wypadnięcie tętniącej pępowiny przy niedostatecznem otwarciu, kilkakrotne okręcenie się pępowiny wokoło szyji płodu, łożysko przodujące, przedwczesne odklejenie się łożyska, nawykowe przyrośnięcie łożyska, stwierdzone przy poprzednich porodach. Powyższe wskazania autor poddaje surowej krytyce i twierdzi, że nie należy zbytnio im hołdować i uważać je za bezwzględne, dopóki dalsze doświadczenie nie potwierdzi, że faktycznie wyniki będą dobre, przy uwzględnianiu powyższych wskazań. Zanim jednak to nastąpi należy bezwzględnie indywidualizować a pozatem zwracać baczną uwagę na moment, w którym dana operacja jest wykonywana. Co się tyczy metody cięcia cesarskiego, to autor jest bezwzględnym przeciwnikiem cięcia nadłonowego zaotrzewnowego, które jego zdaniem zostało nawet w Niemczech zarzucone. Wiernymi jego zwolennikami pozostali jedynie Sellheim, Latzko, Döderlein i Küstner (?). Najlepsze, zdaniem autora, jest wysokie cięcie cesarskie klasyczne, zaś w poszczególnych przypadkach, których bliżej nie określa, dobre usługi daje cięcie ponadłonowe transperitonealne.

M. Koenig. **Curieterapja krwotocznych zapaleń macicy z wykluczeniem raka oraz włókniaków macicy.** Można już dzisiaj twierdzić, że w ciasnych granicach wskazań rad jest pewnym i szybko działającym środkiem hemostatycznym przy wszelkich krwawieniach macicznych pochodzenia nierakowego. Jest on nieszkodliwy u kobiet powyżej lat 40, tj. tam, gdzie ustanie perjodów nie pociąga za sobą zaburzeń niepożądanych. W przypadkach tych radjoterapja jest metodą leczniczą wskazaną i może być stosowana z pominięciem wszelkiej innej metody leczenia ginekologicznego. U kobiet młodszych, u których należy dążyć do zachowania czynności jajnikowej, curieterapja winna być stosowana dopiero wtedy, kiedy inne metody leczenia ginekologicznego zawiodą i to do chwili, dopóki technika naświetlania nie doprowadzi do najzupełniej ścisłego dawkowania użytych promieni. Współistnienie zapalenia przydatków jest bezwzględnem przeciwwskazaniem do stosowania curieterapji wewnątrzmacicznie, jeżeli zapalenie jest przewlekłe, i ogólnie, jeżeli jest ostre.

J. L. Faure. **Curieterapja włókniaków macicy.** Autor zaznacza, że nie nadszedł jeszcze czas, ażeby można było wydać ostateczny sąd o wartości leczenia promieniami radu włókniaków macicy, których leczenie operacyjne stało się w ostatnich dziesięciu latach chlubą i dumą chirurgji. Tem niemniej jednak można na zasadzie spostrzeżeń dotychczasowych ustalić, że krwawienia wywołane włókniakami ustają pod wpływem promieni radu i że pewne włókniaki naświetlane zmniejszają się, a nawet znikają zupełnie. Niektóre przypadki są po prostu zdumiewające, jeżeli weźmiemy pod uwagę szybkość osiągnięcia wyniku ostatecznego, tj. ustania krwotoków i krwawień miesięcznych oraz powrotu macicy do rozmiarów normalnych.

W obliczu dodatnich wyników osiągniętych przy leczeniu włókniaków promieniami radu nie można jednak przemilczeć rzeczy ważnych, które mogłyby przemawiać i przeciwko stosowaniu tej metody leczenia.

Autor zastanawia się nad tem, czemu należy przypisać działanie radu na włókniaki, które nie podlega zresztą dyskusji. Pewne jest, że promienie radu działają jednocześnie na wszystkie elementy narządu rodnego, a więc na śluzówkę macicy, jej naczynia, na mięśniówkę, na jajniki. Rad działa zatem jak żegadło, ale jak żegadło promieniujące, tj. jako ognisko żaru, które posyła światło wraz z ciepłem poprzez szkło i takie, które niszczy poprzez tkanki napotkane na drodze najbardziej delikatne elementy składowe, tj. komórki luteinowe, komórki embrjonalne i nowotworowe oraz komórki rozrodcze gruczołów rodnych.

Działanie promieni na błonę śluzową i tkankę mięsną macicy jest pewne niezależnie od działania na jajniki. Szybkie zatrzymanie się krwawień pod wpływem promieni nie da się inaczej wytłómaczyć, jak działaniem promieni na śluzówkę i jej naczynia, a zmniejszenie się, a nieraz znikanie samego guza z zachowaniem krwawień miesięcznych wskazuje na to, że rad działa bezpośrednio na tkankę samego guza. Korzyści curieterapji włókniaków rzucają się zatem w oczy, tembardziej, jeżeli zważymy szybkość działania i prostotę stosowania. Dalszą wyższością curieterapji jest jej zupełne bezpieczeństwo, gdyż nie znamy jeszcze dotąd przypadków zejścia śmiertelnego wywołanego samem naświetlaniem. Są jednak względy, które przemawiają na niekorzyść curieterapji. Autor wspomina tylko pobieżnie o niebezpieczeństwie wynikającem z samej manipulacji wewnątrzmacicznej, która z konieczności musi wzniecać tu i ówdzie sprawy zapalne w trąbkach, przymaciczach i na otrzewnej małej miednicy. Najbardziej jednak ujemną stroną curieterapji jest nieuniknione prawie niszczenie jajników, które sprowadza przedwczesne przekwitanie u kobiet młodych, leczonych radem. I oto pod tym względem rażącą jest wyższość metody operacyjnej leczenia włókniaków nad curieterapją. Wyższość ta jest tem wyraźniejsza, jeżeli wziąć pod uwagę, że w macicy, która została usunięta, nie może powstać żaden nowotwór złośliwy, gdy tymczasem znane są przypadki, w których po naświetlaniu radem włókniaki zginęły, a po pewnym czasie powstawał rak, co do którego trudno zawyrokować, czy istniał już podczas kuracji radowej, czy też może został przez nią sprowokowany. Na pytanie, czy curieterapja przewyższa roentgenoterapję włókniaków, autor nie daje odpowiedzi, ze względu na nadzwyczajne postępy, jakie w ostatnich czasach poczyniono w udoskonaleniu naświetlań promieniami Roentgena.

Co się tyczy wyboru metody leczenia włókniaków macicy, to pomimo, że curieterapja w oczach laików posiada bezwzględnie więcej atutów, niż leczenie chirurgiczne, autor wypowiada się za metodą leczenia operacyjnego, które w ręku wprawnego operatora daje stanowczo wyniki lepsze i pewniejsze. Dlatego też przy wyborze metody leczenia lekarz winien bezwzględnie indywidualizować i kierować do curieterapji takie chore, które przychodzą z krwawiącemi włókniakami średniej wielkości. Radem winny być również leczone takie chore, których stan ogólny nie pozwala na stosowanie zabiegu operacyjnego brzusznego. Autor wylicza wreszcie wszystkie te przypadki, w których bezwzględnie należy stosować leczenie operacyjne. Należą tutaj przedewszystkiem te przypadki, w których rozpoznanie jest niepewne. Operować należy kobiety młode z włókniakami małemi, które można wyłuszczyć i nie pozbawiać chorej zdolności rozrodczej. Operować należy w tych przypadkach, w których radio, lub roentgenoterapja nie dały wyników pożądanych, chore, u których się stwierdza przewlekłe sprawy zapalne w jajowodach i przymaciczach lub w wyrostku robaczkowym. Pozatem należy operować tam, gdzie istnieje podejrzenie na zakażenie, zgorzel lub zwapnienie guza, gdzie obok guza istnieje ciąża, która nie może się normalnie rozwijać z po-

wodu guza, gdzie guz jest duży i wykazuje tendencję do szybkiego wzrostu oraz do uwięźnięcia, gdzie guz jest na szypule, bądź podsurowiczy, bądź podśluzowy, a nadewszystko do operacji nadają się wszystkie te przypadki włókniaków, w których istnieje najmniejsze podejrzenie na zwyrodnienie złośliwe.

Medycyna społeczna.

Gynaecologie et obstetrique.

T. IV. Nr. 3 i 4 1921.

Ch. Waegeli. **Opieka lekarska i społeczna nad kobietą ciężarną.** Ażeby opieka lekarska nad kobietą ciężarną była skuteczna, winna się ona rozpoczynać od chwili urodzenia się dziewczynki, która winna być karmiona piersią. Następnie winna iść w kierunku zapewnienia młodej dziewczynie inteligentnej i racjonalnej hygjeny; nadewszystko w okresie dojrzewania płciowego. Ona to winna otoczyć kobietę po zamążpójściu i baczyć na przestrzeganie hygjeny stanu małżeńskiego. Do powyższego momentu opieka lekarska nad kobietą ciężarną ogranicza się do roli edukacyjnej: powinna wchodzić do programów wykształcenia dziewcząt od 16 lat począwszy, do niej należy organizowanie kursów specjalnych hygjeny kobiety z nauczaniem pobieżnem o budowie i czynnościach narządów rodnych kobiety w stanie normalnym i podczas ciąży, o ciąży, porodzie, połogu i ich hygjenie. Do dyspozycji kobiet ciężarnych winny być oddane bezpłatne poradnie zarówno w miastach jak i po wsiach. Te poradnie winny wytworzyć pewną łączność pomiędzy zakładami położniczemi i pacjentkami, które z nich wychodzą. Korzystać z nich powinny przedewszystkiem kobiety, które przechodziły już patologiczne ciąże lub porody oraz te, które po opuszczeniu zakładu położniczego wymagają dalszej obserwacji lekarskiej.

Należy powołać do życia przytułki zależne od zakładów położniczych, lub samoistne, w których byłyby przyjmowane kobiety ciężarne, wymagające specjalnej opieki oraz takie, które nie posiadają własnych ognisk domowych, jak służące, panny-matki samotne itp. W związku z tem należy stworzyć specjalne sanatorja dla ciężarnych gruźliczych.

Należy powiększyć liczbę zakładów położniczych samodzielnych i pozostających w łączności ze szpitalami, ażeby wszystkie kobiety życzące sobie odbywać poród i połóg poza domem znalazły w nich miejsce. Zakłady te winny być prowadzone przez ginekologów-akuszerów. Każdy najmniejszy szpital winien posiadać oddział położniczy.

Należy również opiekować się kobietami, które chcą rodzić w domu: do tego konieczne jest wytworzenie korpusu doświadczonych akuszerek pewnych i oddanych sprawie. Rzecz oczywista, że do dyspozycji takich kobiet winien być odpowiedni personal lekarski.

Należy wytworzyć wszędzie oddziały infirmierek odwiedzających ciężarne w ich mieszkaniu. Ich czynności będą polegały na regularnem udzielaniu ciężarnym porad z dziedziny hygjeny ciąży. One winny również odwiedzać miejsca pobytu położnic, bądź w zakładach położniczych bądź w mieszkaniach w celu doglądania ich i opiekowania się oseskami.

Należy wreszcie powołać do życia składnice sanitarne, w których kobiety mające rodzić otrzymywałyby bezpłatnie lub za niedużą opłatą wszelkie utensylja i środki lekarskie potrzebne do odbycia porodu w domu. Opiekę społeczną nad kobietą ciężarną należy przedewszystkiem oprzeć na następującym aksjomacie zasadniczym: kobieta zamężna, żona robotnika i urzędnika fabrycznego, nie powinna porzucać domowego ogniska dla pracy zarobkowej. Powyższe winno być wprowadzone do prawodawstwa robotniczego. Dopóki jednak prawo to nie zostanie uchwalone, winniśmy się stosować do warunków doby obecnej. Z dwóch tendencji przeciwstawiających się sobie, a mianowicie zupełnego wykluczenia kobiety ciężarnej od pracy fabrycznej i kontentowania się daniem jej odpowiedniej opieki przy pozostawieniu jej przy jej pracy autor wyciąga kwintesencję i proponuje, żeby kobieta ciężarna na ogół nie przerywała swej pracy pod warunkiem, że praca ta nie będzie niebezpieczną ani dla niej, ani dla dziecka, które ma przyjść na świat; natomiast autor żąda obowiązkowego czterotygodniowego odpoczynku dla każdej ciężarnej przed samym porodem. Pozatem lekarzowi winno przysługiwać prawo zalecić ciężarnej natychmiastowe zaprzestanie pracy, zmianę zajęcia, zmniejszenie liczby godzin pracy, o ile kobiecie grozi niebezpieczeństwo wynikające ze zbytniego przeciążenia pracą. Dobre byłoby stworzenie we wszystkich większych przedsiębiorstwach specjalnych inspektorek fabrycznych, które opiekowałyby się ciężarnemi zatrudnionemi w fabryce i stosowały względem nich ulgi, o ile tego będzie wymagała konieczność oraz proponowałyby zarządowi fabryki takie czy inne środki, których zastosowanie uznawałyby za konieczne w stosunku do każdego poszczególnego przypadku. Pozatem należy bezwzględnie zakazać pracy kobietom w czasie trwania ciąży w tych fabrykach, które wytwarzają, przerabiają, lub posługują się materjałami szkodliwemi dla samej ciężarnej lub jej płodu.

Autor jest zdania, że konieczne jest zabronienie podejmowania pracy przez kobiety przed upływem dwóch miesięcy od chwili porodu. Należy przestrzegać, ażeby w powyższym okresie czasu kobieta bezwzględnie karmiła piersią swe dziecko. Dla późniejszych okresów należy wymagać od zarządów fabryk zatrudniających kobiety obarczone dziećmi, ażeby urządzały dla karmiących matek specjalne pomieszczenia do karmienia własnych niemowląt.

Należy urządzić przy większych zakładach położniczych przytułki dla matek z niemowlętami, które nie posiadają własnych ognisk domowych i nie mają się gdzie podziać. W przytułkach tych winien im być zagwarantowany pobyt w ciągu conajmniej 2 miesięcy. Przytułki te winny się zajmować pośrednictwem pracy i umieszczaniem niemowląt na wychowanie.

Należy zabezpieczyć kobietę ciężarną, żeby jej zarobki nie zmniejszyły się ani wskutek przymusowych okresów bezczynności zaleconych przez lekarza, ani wskutek nieobecności przed, po i podczas porodu.

Opieka lekarza, akuszerki i ewentualny pobyt w zakładzie położniczym winny być darmowe dla wszystkich tych kobiet, których zarobki wraz z zarobkami męża nie przekraczają pewnego minimum, zmiennego w zależności od warunków, okolicy itp.

Środki finansowe na pokrycie wynikających stąd kosztów winny pochodzić z jednej strony od państwa, z drugiej od właściciela fabryki, z trzeciej wreszcie ze składek płaconych przez same zainteresowane, bądź do istniejących już kas chorych, bądź do specjalnych kas macierzyńskich. Autor zwraca uwagę na to, że nie należy ujednostajniać powyższych postulatów, a przeciwnie należy je indywidualizować w stosunku do zwyczajów w poszczególnych krajach, do rodzaju pracy wykonywanej przez kobiety oraz do rozporządzalnych środków. Państwo winno oczywiście wspierać wszelkie nowopowstające instytucje oraz kasy mające na celu opiekę nad kobietą ciężarną i zastrzedz sobie z tego tytułu prawo kontroli i nadzoru.

O. Doleris. **Opieka lekarska i społeczna nad kobietą ciężarną.** Autor rozpatruje sprawę opieki nad kobietą ciężarną we Francji, która została zapoczątkowana w roku 1885 przez akademję lekarską w Paryżu. Sprawa gwałtownego spadku przyrostu naturalnego ludności we Francji czyni tę kwestję ponownie aktualną, tembardziej, że opieka ta z wielu bardzo względów wymaga reformy. Autor zadaje sobie pytania następujące: Czy należy się opiekować kobietą ciężarną? Czy istnieje opieka nad ciężarną? Jaką winna być opieka nad ciężarną? Na pierwsze pytanie autor odpowiada, że bezwarunkowo należy się opiekować ciężarną, chociażby dlatego, że istnieje naturalny sposób opiekowania się kobietą ciężarną, który już w starożytności został uznany za niedostateczny. W odpowiedzi na drugie pytanie autor poddaje szczegółowej krytyce sposób obecnego opiekowania się kobietą ciężarną, a mianowicie akcję prywatną, akcję państwowo-prawną oraz organizację szpitalną. Wskazuje na trudności i błędy w stosowaniu prawa o pomocy a głównie na niedostateczne wynagradzanie pracujących ciężarnych. Stwierdzając, że pod względem opieki lekarskiej ciężarne w miastach są w lepszych wa-

runkach, niż po wsiach, autor krytykuje działalność zakładów położniczych i poradni dla ciężarnych.

W odpowiedzi na trzecie pytanie autor domaga się wprowadzenia następujących reform: Wprowadzenia częstych oględzin kobiet ciężarnych w czasie trwania ciąży, zreformowania działalności zakładów i przytułków dla ciężarnych w Paryżu i innych; skasowanie żłobków dla dzieci rodzących w zakładach położniczych i stworzenie czasowych gniazd dla tych dzieci na wzór gniazda na 20 dzieci założonego przy klinice Baudelocquea przez Couvelairea; stworzenia kantonalnych poradni dla ciężarnych z jednym lekarzem i akuszerką każda.

Pod względem społecznym autor jest przedewszystkiem zwolennikiem rozszerzonego prawa Straussa, a mianowicie prawnego upoważnienia każdej francuski do pobierania wynagrodzenia w sumie 10 franków dziennie w ciągu ostatnich czterech miesięcy ciąży. Pozatem jest zwolennikiem dezyderatów wypowiedzianych w rozprawach roku 1917 niestety jeszcze nie urzeczywistnionych: Ciężarne pracujące w fabrykach winny być obdarzane pracą wymagającą umiarkowanego wysiłku, wszelkie zajęcie wymagające niedospania lub związane z urazami powolnemi lub raptownemi i męczące winno im być bezwzględnie wzbronione. Ciężarne nie powinny pracować w nocy. Należy wyłączyć ciężarne od takich zajęć, które mają charakter szkodliwy, toksyczny lub niehygjeniczny i mogą źle oddziaływać na ich zdrowie, a pośrednio na ciążę. Odpoczynek czterotygodniowy przed porodem winien być obowiązkowym. Należy wprowadzić porady udzielane przez lekarza robotnikom z hygjeny kobiety i dziecka. Lekarz fabryczny winien posiadać prawo łagodzenia pracy i zwalniania od niej kobiet ciężarnych, o ile tego będzie wymagał jej stan. Ażeby zapewnić kobietom pracującym w fabrykach dobrodziejstwa hygjeny specjalnej, której wymaga ich płeć, konieczne jest wprowadzenie godności wyższej urzędniczki, któraby pośredniczyła pomiędzy robotnikami i robotnicami. Ciężarna zmuszona do zaprzestania pracy winna otrzymywać odszkodowanie równe jej zarobkowi. Wynikające stąd koszta winny być pokrywane przez ciała asekuracyjne pod prawną odpowiedzialnością. Administracja fabryki winna się starać o personal pielęgniarski do sal karmienia. Co się tyczy uświadomienia i wychowania hygjenicznego, to winno się, ono zaczynać w szkole, której zadaniem winno być przygotować dziewczynę do jej szczytnego stanowiska matki. W szkole, lub w wieczornych kursach pozaszkolnych dziewczyna winna się dowiedzieć o niebezpieczeństwach i wypadkach możliwych, na które jest narażona każda ciężarna oraz o sposobach ich uniknięcia itp.

W sprawie matek niezamężnych autor wypowiada się za zrównaniem ich w prawach z zamężnemi.

W zakończeniu autor przemawia za rejestracją ciężarnych, która w znacznym stopniu ułatwi opiekę zarówno lekarską jak i społeczną. *H. Gromadzki* (Warszawa).

Stomatologja.

Vrtjrschft. f. Zahnh. XXXVII.
Nr. 2. 1921.

Neumann. **Doszczętne leczenie chirurgiczne ropotoku zębodołowego.** Nie wdając się w krytykę dotychczasowych poglądów na patogenezę ropotoku, podaje autor podstawowe cechy tego schorzenia i zasady leczenia operacyjnego. Ropotok cechują: 1) zanik kości, 2) pogłębienie prawidłowej kieszonki dziąsłowej, 3) owrzodzenie na wewnętrznej stronie kieszonki, 4) mniej lub więcej wydatne złogi kamienia zębowego. Zanik kości może być albo »pionowy« albo »poziomy«. (Są to nowe określenia, podane przez Weskiego w pracy »Badania radjograficzno-histologiczne szczęk. II. Przewlekłe brzeżne zapalenie wyrostka zębodołowego ze szczególnem uwzględnieniem ropotoku«. V. f. Z. 1. 1911. Będzie ona przedmiotem osobnego sprawozdania po ukończeniu). Głębokość kieszonki może być różna; albo dno kieszonki znajduje się powyżej kości (ropotok nadzębodołowy, pyorrhoea supraalveolaris Weskiego), albo też poniżej brzegu kostnego (ropotok śródzębodołowy, pyor. intraalveolaris). Owrzodzenie wewnętrznej strony kieszonki odznacza się tem, iż ziarnina przetkana jest pasmami nabłonkowemi.

Dotychczasowe metody leczenia ropotoku dadzą się ująć w trzy grupy: 1) usuwanie kamienia zębowego i wypalanie ziarniny środkami żrącemi i żegadłem, celem spowodowania zaniku kieszonki, 2) leczenie środkami bakterjobójczemi: salwarsanem, chininą, emetyną, 3) leczenie chirurgiczne z odsłonięciem ogniska chorobowego lub bez odsłonięcia. Ponieważ dotychczasowe sposoby są w wynikach swych niezadowalające, gdyż nie dają możności zupełnego usunięcia kamienia i ziarniny, przeto poleca autor gorąco leczenie operacyjne z szerokiem odkryciem od brzegu zębodołowego do wierzchołków korzeni, mającem na celu: 1) dokładny przegląd całego pola operacyjnego, 2) doszczętne usunięcie złogów kamienia, przetkanej pasmami nabłonkowemi ziarniny ze wszystkich zaułków, tudzież zmienionej, do odnowy niezdolnej, tkanki kostnej, 3) zniszczenie głębokich kieszonek przez usunięcie schorzałej błony śluzowej i pokrycie gładkiej kości zdrową błoną śluzową i odebranie przez to drobnoustrojom podłoża. W przeciwieństwie do Roemera, który lecząc żegadłem i kwasem mrówkowym, wyjmował odrazu trzonowce, u których widoki utrzymania były małe, leczy N. swą metodą wszystkie zęby, dzieląc pracę na sześć posiedzeń: 1) zęby górne przednie, 2) i 3) górne boczne, 4) dolne przednie, 5) i 6) dolne boczne. Cięciem arkadowem przecina błonę śluzową, unosi ją wraz z okostną ku górze względnie dołowi i przytrzymuje płat swym szerokim hakiem, poczem usuwa doszczętnie złogi kamienia i ziarninę, gładzi korzenie, odcina wystające trzpienie kostne poczem przysuwa błonę śluzową napowrót. Nie we wszystkich jednak przypadkach operuje w jednakowy sposób po stronie wargowej i językowej. Niektóre przypadki ropotoku okazują po stronie językowej zupełnie zdrową kość i kieszonek tam zupełnie brak. Byłoby błędem naruszać chirurgicznie te zdrowe więzadła operując szablonowo po obu stronach. Nader cennych wskazówek udziela tutaj radjografja, orjentując co do stopnia i jakości zaniku kości (zanik poziomy, pionowy), zwłaszcza przy użyciu poleconego przez Weskiego sposobu »zgłębników gutaperkowych«. Polega on na tem, iż dookoła zęba wsuwamy pod dziąsło cztery ćwioczki gutaperkowe: po stronie dośrodkowej, odśrodkowej, wargowej i językowej i obcinamy je rozgrzanem narzędziem równo z brzegiem dziąsła poczem wykonujemy radjogram, na którym cienie ćwioczków uwydatniają zupełnie dokładnie głębokość kieszonek.

Pracę uzupełniają cztery historje chorób, ilustrujące doskonałe trwałe wyniki lecznicze uzyskane leczeniem operacyjnem.

Allerhand (Lwów).

Bibljografja.

Piśmiennictwo niemieckie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften (Monachium, J. F. Lehmann) 1922. Czerwiec. Cena 16 M. n. Treść 1) Prof. Finkelstein: Z dziedziny patologji i terapji zaburzeń odżywiania osesków sztucznie żywionych. 2) Prof. Kleinschmidt: I. Stare i nowe zagadnienia w zakresie gruźlicy. II. Przewlekłe biegunki u dzieci. III. Krzywica. IV. Przegląd piśmiennictwa.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

IX. Posiedzenie naukowe z dnia 1. marca.

Przewodniczy kol. Wojciechowski. Obecnych członków 77.

Na nowego członka Towarzystwa przyjęto kol. Zygmunta Szwarca.

1) Kol. Olbrycht wygłosił odczyt p. t.: „Z badań nad zatorami tłuszczowemi w płucach". (Okazał się w Nr. 23 i 24. P. Gazety lekarskiej).

W dyskusji kol. Ciechanowski omawia sprawę siedziby zatorów, a następnie zwraca uwagę, że znaczenie zatorów tłuszczowych w płucach oceniać należy nietylko ze względu na ich rozległość; w pewnej mierze wchodzić musi w rachubę poprzedni stan płuc, warunki, jakie w chwili zatorowania były w krążeniu

małem. W przypadkach urazowych należy mieć na względzie, że znalezienie zatorów tłuszczowych w płucach dowodzi, iż one i wywołujący je uraz powstały za życia, ale nie dowodzi jeszcze związku ich i urazu z zejściem śmiertelnem. Do stwierdzenia zatorów w braku noża Valentina posłużyć się można nawet skrawkiem, ściętym jak najcieniej z przekroju płuca nożyczkami na płask zagiętemi. Wreszcie zapytuje Ciechanowski mowcę o wytłómaczenie zatorów tłuszczowych, powstałych w toku rozmaitych spraw chorobowych, bez poprzedzającego urazu lub innego czynnika, znanego jako przyczyna zatorów, co prelegent w kilku przypadkach znalazł.

Wysocki, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XIX. Posiedzenie naukowe z dnia 26. maja 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 82.

1) Prezes kol. Franke poświęca słowa wspomnienia zmarłemu koledze Dr. Feliksowi Sielskiemu, znanemu ginekologowi lwowskiemu, jako najstarszemu członkowi Towarzystwa lekarskiego. Obecni uczcili pamięć Jego przez powstanie.

2) Kol. Marischler przedstawia chorego, liczącego lat 21, elektromontera, u którego od trzech lat rozwija się **skrzywienie twarzy**. Możnaby myśleć na pierwszy rzut oka, że w tym przypadku mamy do czynienia z porażeniem nerwu twarzowego po stronie prawej, lub też z zanikiem twarzowym (*Hemiatrophia facialis*) po stronie lewej. Przy bliższem badaniu stwierdza się, że skrzywienie twarzy polega na wzroście nadmiernym kości żuchwy i to przedewszystkiem jej części wstępującej po stronie prawej, tak, że wytworzył się prognatyzm szczęki dolnej. Zęby szczęki dolnej występują w porównaniu do zębów szczęki górnej na $1^1/_2$ cm ku przodowi, tak, że o normalnym zgryzie nie ma mowy. Chory uskarża się, że żuje z trudnością, a wymawianie spółgłosek zębowych jest mu niemożliwe. Stan ten powoli stale się pogarsza. Zmiany te zostały potwierdzone badaniem rentgenologicznem (kol. Penzias). Na kliszach widać powiększenie kości żuchwy i przemieszczenie zębów. Siodełko tureckie jest prawidłowe. Objawów akromegalicznych, w innych kościach nie można zauważyć. Pomimo tego mowca skłania się do rozpoznania częściowej akromegalji, dotyczącej szczęki dolnej, choć nie wyklucza choroby Pageta czyli *osteitis deformans*. Dalsze spostrzeganie chorego rozstrzygnie może tę sprawę. (A. r.).

W dyskusji kol. Penzias objaśnia zdjęcie rentgenowskie przypadku.

3) Kol. Skrowaczewski przedstawia a) żołnierza, u którego w przebiegu ropnego **zapalenia ucha środkowego** wystąpiły objawy ogólnego zakażenia z powodu zapalenia ściany zatoki esowatej z następowym skrzepem. Operacja doszczętna, wycięcie zewnętrznej ściany zatoki, wyjęcie rozległego skrzepu z zatoki esowatej i poprzecznej, podwiązanie żyły jarzmowej wewnętrznej na szyji dało wyleczenie. Nawiązując do tego przypadku omawia 5 innych operowanych przez siebie przypadków, z których 3 zakończyły się śmiertelnie. Postępowanie powinno być radykalne, zatem operacja na wyrostku sutkowym, jak najrozleglejsze odsłonięcie zatok w górę i na dół, dokładne usunięcie skrzepów, wycięcie przedniej ściany zatoki i podwiązanie żyły jarzmowej wewnętrznej. Statystykę śmiertelności podają w literaturze na 20 do 30%; mowca miał 24%. Najczęstsze powikłania są ze strony mózgu, potem płuc, stawów i wątroby. Podwiązanie żyły jarzmowej wew. nie ma złych następstw; b) inwalidę, u którego przed 3 laty wykonano tracheotomję z powodu ostrego zapalenia ochrzęstnej krtani. Nastąpiło **bliznowate zwężenie krtani**, leczone w kilku szpitalach bez skutku sposobami krwawym i rozszerzadłami Thosta, Pieniążka i Schroettera. Zastosowany przez mowcę sposób rozszerzania Sargnon-Barlaticz, z ulepszeniem Litwinowicza po półrocznem rozszerzaniu pozwolił na wprowadzenie łatwo drenu grubości 14 mm. (z początku wchodził tylko 5—6 mm). Chory oddycha swobodnie przy zatkanej kaniuli; obecnie pomimo, iż od 6 tygodni nie wprowadza mu się drenu, światło tchawicy nie zwęża się. Kaniuli na razie nie usunięto, rozszerzanie prowadzi się dalej.

W dyskusji przemawiał kol. Zalewski.

4) kol. Lehm wygłasza odczyt: „O twardzieli".

5) kol. Ziembicki: **„O najstarszem zdrojowisku i naukach naszych lekarzy z XVI. wieku"**. (Oba wykłady ukażą się drukiem w P. G. L.).

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21 marca 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. H. Higier. **Dystrofja mięśniowa w połączeniu z porażeniem rdzeniowem kurczowem**, dziedziczona według rzadkiego typu wyłącznie przez płeć żeńską w czterech pokoleniach. (Pokaz chorej).

19-letnia panna z postępującą dystrofją mięśniową typu Leyden-Moebiusa. Dwie jej starsze siostry, matka ojca i siostra jego babki są dotknięte tem samem cierpieniem. Choroba przenosi się w tej rodzinie wyłącznie przez osobników męskich, którzy sami nie są dotknięci, a zapadają na tę chorobę wyłącznie kobiety. Typ ten, opisany przed laty przez mowcę jest rzadki. Według analogicznego typu dziedziczy się daltonizm, krwawiączka, hemeralopia. Zasługuje na uwagę, że chora obok dystrofji mięśniowej, przemawiającej za wrodzonem upośledzeniem środkowego listka rozwojowego, ma wybitne objawy, świadczące o zajęciu bocznych pęczków rdzenia, czyli ektodermalnego listka zarodkowego; połączenie takie również należy naogół do rzadkości.

II. Dyskusja z powodu odczytu Wojnarowskiej **„Odma sztuczna w lecznictwie gruźlicy płuc"**. St. Rudzki podkreśla szkicowość referatu Wojnarowskiej i operowanie materjałem cudzym bez przytoczenia własnych spostrzeżeń, które mogłyby rzucić nowe światło na sprawę. Co do strony historycznej odczytu W. zaznacza, że Forlanini przed 30-tu laty przypomniał i w celach leczniczych zastosował metodę odmy sztucznej, której pomysł jednak podany był przez Szkota Carsona jeszcze przed 100 laty. Metoda Forlaniniego znalazła największe rozpowszechnienie przed 10 laty. Rudzki wspomina, jak na Zjeździe międzynarodowym przeciwgruźliczym w Rzymie w 1912 roku tryumfy święciła sztuczna odma piersiowa. Założono wtedy Towarzystwo międzynarodowe „Pneumothorax". Zapał ten ostygł nieco pod wpływem faktów, stwierdzających, że odma sztuczna jest metodą nieraz bardzo efektowną, lecz wskazania do niej znajdujemy, ściśle biorąc, zaledwie w kilku odsetkach przypadków gruźlicy; leczenie jest bardzo długie, w wyniku zaś niezmiernie rzadko następuje wyleczenie Obok pomyślnych względnie wyników anatomopatologicznych czasem stwierdzamy szybki rozwój sprawy gruźliczej w drugiem płucu. R. osobiście spostrzegał około 20 przypadków odmy sztucznej, wyniki na dalszą metę były na ogół nie lepsze, niż po leczeniu zwykłem higjeniczno-djetetycznem. R. odwołuje się do zgromadzenia, by podzielono się wrażeniami, opartemi na własnem doświadczeniu. W końcu R. uważa za niedopuszczalne pominięcie zupełne przez mowczynię polskiego piśmiennictwa. Pomija mowczyni nie tylko doświadczenia Dunina z przed 38 laty, lecz i najnowsze prace Dłuskiego, Świerzyńskiego, Szczepańskiego, Tomaszewskiego, Sobata, Czaplickiego Wł. Orłowskiego Witolda, Hellina, Lewina, pobieżnie wspomniawszy, a u nas o odmie sztucznej pisali Borzęcki, Dębiński, Sterling i prof. Gluziński, przemilczała również o sprawozdaniach sanatoryjnych Gałeckiego i Sokołowskiego.

Kaz. Dąbrowski omawia wskazania do odmy sztucznej. D. uważa, że można stosować odmę sztuczną, o ile zmiany gruźlicze są tylko w jednem płucu i o ile niema zrostów; w postaciach przewlekłych o ile są rozległe zmiany w jednem płucu, niewielkie zaś w drugiem płucu; a także przy powtarzających się krwotokach. Powikłania w gruźlicy płuc są przeciwwskazaniem; mianowicie: trudności przy połykaniu, zależne od zmian w krtani, cukrzyca, skrobiowate zmiany w nerkach. Na ankietę Saudmana, rozesłaną do 450 chorych odpowiedziało 270 chorych; ze 100 chorych 40 pracowało do 3 lat; 30 chorych pracowało do 7-iu lat.

Prof. Gluziński stosował odmę sztuczną od początku wprowadzenia jej do lecznictwa przez Forlaniniego i wykonał szereg doświadczeń w ciągu kilkunastu lat. Prof. G. jest przeciwnikiem stosowania odmy sztucznej w początkowych okresach gruźlicy i stosuje ją w tych przypadkach gruźlicy płuc, gdzie jedno płuco jest zajęte, drugie zdrowe. Z przeprowadzonych przez prof. G. doświadczeń wynika, że rozrost tkanki łącznej następuje nie tylko w chorem płucu, lecz i w zdrowem. Doświadczenia prof. Frankego wykazały, że odma sztuczna wywiera wpływ na krążenie. Z powikłań odmy sztucznej najczęściej występuje ropne zapalenie opłucnej. Prof. G. stwierdza, że na ostatnim zjeździe internistów sprawa odmy sztucznej była szeroko omawiana. Referaty wygłosili Dłuski i Sterling.

Goldbaum przemawia za szerszem stosowaniem leczenia uodporniającego przeciw gruźlicy.

Prof. Rzętkowski uważa sztuczną odmę za bardzo wskazaną w leczeniu cięższych przypadków gruźlicy płuc (Turban II). W praktyce szpitalnej spotykamy stosunkowo mało przypadków, nadających się do leczenia odmą (liczne zrosty, gruźlica obustronna). Rz. przypomina, że pierwszym, który badał wpływ ucisku płuca na powstające w niem zmiany anatomo-patologiczne, był Teodor Dunin.

Wobec tych zmian, niewątpliwie powstających pod wpływem długotrwałego ucisku i pozostających następnie na stałe, Rz. ma wątpliwości, azali należałoby stosować odmę w okresach początkowych gruźlicy. Gruźlicy krtani nie uważa prof. Rz. za przeciwskazanie do stosowania odmy. U chorych z bardzo małemi zmianami w drugiem płucu prof. Rz. stosuje odmę, o ile stwierdza, że po założeniu odmy następuje poprawa. O ile ta poprawa nie występuje, Rz. nie ponawia zabiegu. Prof. Rz. wprowadza powietrze i stara się szybko (po 2—3 seansach) doprowadzić do silnego ucisku, który już następnie utrzymuje. W ten sposób w przypadkach odpowiednich uzyskujemy za pomocą odmy taką poprawę, jakiej u takich chorych nie możemy osiągnąć za pomocą żadnych innych sposobów leczenia. Prócz gruźlicy płuc prof. Rz. stosuje odmę w przypadkach krwawienia płucnego z doskonałym wynikiem. Nadto prof. Rz. wprowadza powietrze do opłucnej w surowiczem zapaleniu wysiękowem opłucnej, przyczem chodzi mu tutaj o oddzielenie od siebie płatków opłucnej i zapobieżenie zrostom. W tych razach ucisk na płuco powinien być minimalny. Wreszcie prof. Rz. stosuje odmę w przypadkach ropnego zapalenia opłucnej, jak dotychczas z wynikami bardzo zachęcającemi.

W gangrenie płuc prof. Rz. otrzymywał również wyniki bardzo dobre od odmy skombinowanej z wlewaniem dożylnem neosalwarsanu.

W odpowiedzi Wojnarowska daje wyjaśnienia w kwestjach poruszonych przez przedmówców. Braki z piśmiennictwa polskiego W. stara się usprawiedliwić tem, że odczyt swój przygotowała podczas pobytu za granicą, gdzie nie miała dostępu do piśmiennictwa polskiego.

III. Prof. Loth przedstawił **modele naczyń krwionośnych**, wykonane z drutu odpowiedniej grubości i owinięte sznurkiem barwnym.

IV. Prof. Loth. **„Teorja konstytucjonalizmu, a współczesne teorje o normalnej budowie człowieka“.** (Będzie w całości pomieszczone w Pol. Gaz Lek.).

Dyskusja.

Prof. Rzętkowski zaznacza, że z wywodów mówcy widać, że terminu „konstytucja“ nie należy ujmować zbyt morfologicznie. Jest to pojęcie bardzo złożone, na które składają się nietylko właściwości ustrojowe ale i charakter warunków zewnętrznych, do których dany ustrój nie dorasta. To stanowi o jego mniejszej wartości życiowej. Właściwości ustroju morfologiczne mogą być uważane tylko jako oznaki rozpoznawcze, nie zawsze pewne. Pojęcie "normy" jest pojęciem bardzo względnem. W badaniach nad własnościami ustrojów ludzkich, „konstytucjonalizmem“, klinicysta może zadowolić się stwierdzeniem oznak morfologicznych, ale winien stosować sposób badania czynności ustroju i jego poszczególnych części.

Higier zgadza się w głównych zarysach z mowcą, że morfologja anatomo-embrjologiczna nie potwierdza ważności *costae X fluctuantis* dla typu astenicznego Stillera. H nie uważa jednak, aby ten fakt miał świadczyć o słabych podstawach całej nauki o konstytucjonalizmie, bez której racjonalnie i przyrodniczo myślący lekarz obejść się nie może. Zwłaszcza jest to trudne dla neurologa, który bez pojęcia o konstytucjonalnych i endogennych upośledzeniach i niedorozwojach tkanki, o abiotrofjach auto- i filogenetycznych rozumować patogenetycznie nie jest w stanie. H. dowodzi na szeregu przykładów z medycyny wewnętrznej i różnych jej pograniczy ważności pojęcia konstytucjonalizmu: na enteroptozie, chorobie Hirschprunga, megacolon, nerce wędrującej, skrzywieniu kręgosłupa dziedzicznem, wadach refrakcyjnych oczu, ślepocie rodzinnej, zwichnięciu soczewki, migrenie, dystrofji mięśni i t. d. Choroby konstytucjonalne zależne od zaburzeń wewnątrz wydzielniczych, mogą wprawdzie tu i ówdzie prowadzić do zmian typu ludzkiego (akromegalja, infantylizm, kretynizm, lilipuctwo), typu płciowego (eunuchoidyzm, feminizm). Nawet zmiany o charakterze rasowym i antropologicznym występują czasem w tych przypadkach: typ mongolski, etjopski (śluzowoobrzęk wrodzony, mongolizm, lipodystrophia). Jeżeli są według mówcy, rasy, przypominające gigantyzm, akromegalję i t. p. zboczenia ustrojowe, to należy pamiętać, że są one fizjologiczne, nigdy nie prowadzą do uchyleń natury patologicznej, w rodzaju hemianopsji dwuskroniowej, bólów głowy, niedowidzenia, impotencji, niezrastania się chrząstki z kością, *dystrophia adiposogenitalis*. H. wyraża w końcu przekonanie, że nauka o konstytucjonalizmie utrzyma się w całej rozciągłości i że morfologja anatomiczna będzie, jakto było dotychczas, poważną jej pomocnicą.

Prof. Hornowki nie może się zgodzić z mówcą aby zmiany morfologiczne nie mówiły o konstytucji ustroju, ponieważ zwracanie uwagi na morfologiczne zmiany wyjaśnia nam pewne zaburzenia czynnościowe. Nerka zrazowata wykazuje krótsze kanaliki kręte, nerka taka jest mniej wartościowa. Prof. H. uważa, że mowca za mało uwzględnił warunki patologiczne. Przy ocenianiu zjawisk biologicznych nie można mówić o celowości, a należy zwracać uwagę na przyczynowość w przyrodzie. Klatka piersiowa asteniczna nie stanowi zmiany pierwotnej, lecz rozwija się pod wpływem płuc, mięśni. Cechy morfologiczne są związane z konstytucjonalizmem.

Szulc G. podnosi znaczenie konstytucjonalizmu dla wojska, gdyż pozwala łatwo usunąć słabe osobniki. Przy poborze do wojska we Francji posługiwano się pewnemi wskaźnikami, które dla wojsk kolorowych okazały się niewystarczającemi. Jednak cechy te miały znaczenie i dla tych wojsk, gdyż uchylenia od normy w kierunku jej obniżenia wykazywały znacznie mniejszą odporność na gruźlicę tak, że całe pułki zapadały na gruźlicę i musiano je odsyłać z frontu.

Prof. Gluziński uważa, że pojęcie konstytucjonalizmu oparte jedynie na cechach morfologicznych jest zbyt ciasne. Porównanie typów obcych z naszemi jest nieodpowiednie. Klinicyści spostrzegają u chorych około 18 ego roku życia najczęściej typ Stillera, w wieku przekwitania płciowego typ apoplektyczny. Nietylko wymiary i budowa mają znaczenie dla konstytucjonalizmu. Barwa włosów, oczu, zabarwienie skóry dla klinicysty ma również znaczenie. Bruneci skłonniejsi są do cukrzycy, kamicy żółciowej.

Tak więc konstytucja Stillera nie opiera się jedynie na jakiejś pojedyńczej cesze.

Zabierali głos również Komocki, Bogacki.

W odpowiedzi prof. Loth przyznaje wiele słuszności podniesionym przez przedmówców kwestjom. Uważa jednak, że z punktu widzenia morfologa klinika robi pewne błędy. Jeżeli podniósł jedną cechę, to jedynie, aby wykazać na przykładzie, że cecha ta nie jest degeneracyjną, lecz progresywną. Wygłoszone w odczycie poglądy nie są jedynie poglądami mowcy, gdyż już w Anglji sprawa konstytucjonalizmu jest szeroko omawiana.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Związek lekarzy dentystów lwowskich.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowyoh w roku 1921.

Ruch naukowy w roku ubiegłym był dość ożywiony. Posiedzenia odbywały się dwa razy w miesiącu z wyjątkiem wakacji uniwersyteckich oraz pierwszego ćwierćrocza, w którem większa część kolegów pozostawała w służbie wojskowej.

Na posiedzeniach naukowych wygłoszono siedm referatów i przedstawiono dziewięć pokazów.

Poniżej podane są w zestawieniu czasowem posiedzenia naukowe.

30. IV. Prof. Cieszyński: a) **Uproszczony sposób wykonania zatykadeł podniebiennych** (ukaże się w druku w Przeglądzie dent.).

b) **Omijanie częstego wyjaławiania strzykawek — sposobem** Kantorowicza (pokaz).

Dr. Meschel: **Pokaz zmodyfikowanej kanuli injekcyjnej do strzykawki Freiensteina.**

Dr. Szafran: **Przemieszczenie kła dolnego; heteroterapja zębów i możliwe przypadki tejże.**

21. V. Dr. Meschel: Referat pracy Hauera. **O leczeniu zębów i korzeni.**

Dr. Szafran: **Necrosis mandibulae posttraumatica et myelitis mandibulae.**

18. VI. Prof. Cieszyński: **Krytyczna ocena przeszczepiania zatrzymanych kłów, poleconego przez Ehrickego.** (Ogłoszone w Przeglądzie dent. w r. 1921. Nr. 4).

11. X. Prof. Cieszyński: **Zapalenie gruczołu ślinnego podszczękowego z powodu kamieni ślinnych.**

Dr. Allerhand: a) **Zagadnienia ekonomiczne w praktyce dentystycznej.**

b) **Taryfa a drożyzna obecna.**

Prof. Cieszyński: **Pokaz najnowszej strzykawki Fischera** (Sterila).

19. XI. Dr. Szafran: a) **Rzadki przypadek zgięcia zęba** 2 (ukaże się w druku) b) **Zapalenie szpiku kostnego ze złamaniem żuchwy lewej, łącznie z usuwaniem zębów.**

Prof. Cieszyński: a) **Przypadek poprzecznego złamania zębów wskutek urazu.** b) **Ciekawy przypadek w rozpoznaniu (płaska torbiel).**

3. XII. Ks. Dr. Rosiński: **Technika badań antropologicznych na czaszkach i człowieku żywym w zakresie potrzebnym lekarzowi-dentyście.**

Medycyna społeczna.

W sprawie walki z gruźlicą. Konferencja w Ministerstwie Zdrowia publicznego.

Dzień 28. maja stanowi przełomową chwilę w akcji zwalczania gruźlicy w Polsce. W tym dniu bowiem Min. Zdrowia Publ. wzięło oficjalnie w swoje ręce tę akcję pierwszorzędnej wagi i powołało do współpracy „Komitet zwalczanie gruźlicy“, jako czynnik doradczy i opiniodawczy, z prawem inicjatywy. Na podstawie przedłożonego statutu w skład komitetu wchodzą: Minister Zdrowia publ., przedstawiciele: Ministerstw Wyznań Rel. i Oświecenia publicznego, Pracy i opieki społecznej, Spraw wojskowych, Rolnictwa i dóbr państwowych — wyznaczeni przez odnośne Ministerstwa, po jednym z każdego —, przedstawiciele: wydziału lekarskiego warszawskiego, Polskiego Towarzystwa Czerwonego Krzyża, kas chorych, Związku miast, instytucji społecznych, czynnych na polu zwalczania gruźlicy, i powołani przez Ministerstwo zdrowia publicznego: naczelnik wydziału chorób społecznych w Ministerstwie zdrowia, referent do sprawy walki z gruźlicą w Ministerstwie zdrowia, jako sekretarz Komitetu.

Pierwsze to posiedzenie Komitetu zagaił Minister Dr. Chodźko dłuższą przemową, w której oddał hołd zmarłym Pionierom walki z gruźlicą, podniósł zasługi obecnych przedstawicieli instytucji społecznych, czynnych na polu walki z gruźlicą i zakończył życzeniem najlepszego rozwoju, do którego rząd przyczynić się obowiązuje.

Po wyczerpującym referacie referenta dr. Dąbrowskiego o „Obecnej organizacji przeciwgruźliczej w Polsce“, wywiązała się żywa dyskusja, z której wyłoniły się między innemi następujące wnioski: W walce z gruźlicą winny wziąć udział: społeczeństwo, samorządy, kasy chorych, Towarzystwo Czerwonego Krzyża, pod kierunkiem i przy pomocy finansowej Rządu. Sposób pomocy Rządu będzie ujęty w osobnem przedłożeniu.

Ministerstwo zawezwie Województwa do utworzenia Komitetów wojewódzkich zwalczania gruźlicy. Komitet ten będzie organem doradczym Wojewódzkiego urzędu zdrowia, ma nadto jednoczyć usiłowania różnych stowarzyszeń i instytucji, zajmujących się bezpośrednio lub pośrednio walką z gruźlicą, być pomocnym radą i czynem i współdziałać w organizowaniu w całem Województwie miejscowych Kół walki z gruźlicą, a względnie Towarzystw przeciwgruźliczych, przychodni, sanatorjów ludowych i t. p., propagować walkę z gruźlicą, jako z klęską narodową w najszerszych kołach ludności.

Niezbędnem jest jak najrychlejsze przeprowadzenie przez Sejm ustawy przeciwgruźliczej, ustawy o przychodniach i o sanatorjach i wyjednanie funduszów rządowych na cele walki z gruźlicą w całem Państwie.

Wobec tego, że powodzenie instytucyj przeciwgruźliczych, przedewszystkiem przychodni, stanowiących obecnie podstawowe ośrodki walki z gruźlicą, zależy od wyszkolonego personalu, przeto należy: 1) organizować kursa uzupełniające dla lekarzy, na które złożyłyby się wykłady teoretyczne i zajęcia praktyczne z ftyzjologji, 2) organizować kursa dla higienistek wywiadowczyń ze specjalnem uwzględnieniem nauki o opiece społecznej i walce z gruźlicą.

Komitet wzywa Ministerstwo Zdrowia publicznego do starań o ustanowienie osobnej katedry ftyzjologji w polskich uniwersytetach, oraz do założenia szkoły pielęgniarek wspólnie z Towarzystwem Czerwonego Krzyża i do wzięcia pielęgniarek na etat stały.

Akcja zwalczania gruźlicy u bydła rogatego stoi w związku z akcją zapobiegania gruźlicy u ludzi; wobec tego powinna być podjęta energicznie przez organizacje społeczne, samorządy, i popierana wydatnie przez skarb państwa. O ile aparat istniejących pracowni bakterjologicznych weterynaryjnych nie mógłby się podjąć, lub nie mógł podołać wykonaniu badań bakterjologicznych próbek wydzielin i wydalin zwierząt dotkniętych gruźlicą, oraz próbek mleka zbiorowego pochodzącego z mleczarni, to Ministerstwo zdrowia publicznego odda na ten cel do dyspozycji państwowe szkoły bakterjologiczne, stojące pod jego zarządem.

Komitet wzywa Ministerstwo zdrowia publicznego do zainicjowania fabryki spluwaczek, prosi o pomoc w założeniu ruchomych muzeów przeciwgruźliczych i wzywa do zakładania leżalni przy szpitalach.

Na przedstawienie Ministra dra Chodźki zostali wybrani zastępcami przewodniczącego Komitetu: p. Gerlach, prof. Sokołowski, obaj z Warszawy, dr. S. Sterling z Łodzi i prof. Wiczkowski ze Lwowa.

Po posiedzeniu członkowie Komitetu pod przewodnictwem p. Gerlacha zwiedzili sanatorjum Rudki pod Warszawą.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego.

Protokół 214 posiedzenia Wydziału w dniu 20 maja 1922.

Przewodniczy w zastępstwie Dr. Żydłowicz, pisze Dr. Kostecki.

Obecni: Prezydent Izby lekarskiej Dr. Strzemieński, oraz 6 członków.

Dr. Żydłowicz odczytuje memorjał do Ministerstwa Sprawiedliwości i Min. Zdrowia Publ. o podniesienie taksy za czynności sądowe lekarskie. (Ukaże się w Pol. Gazecie lek.) Powiat. Kasie Chorych w N. Sączu uchwalono odpisać: Ponieważ umowę z Drem Stan. Nowakiem w Starym Sączu zawarto od przypadku do przypadku, Związek, dążąc do wolnego wyboru lekarza w kasach chorych, nie pochwala zupełnie zamienienia posady Dra Nowaka na ryczałtową. Co do wysokości wynagrodzenia za leczenie członków przy wolnym wyborze lekarza oblicza się taksę o połowę niższą od taksy, przyjętej zwyczajowo w prywatnej praktyce. Ponieważ ceny artykułów pierwszej potrzeby znacznie wzrastają, temsamem i wynagrodzenie za leczenie musi się znacznie podnieść.

Zwrócono się do Pow. Kasy Chorych w Tarnobrzegu z zapytaniem, dlaczego wypowiedziano posadę lekarzowi w Radomyślu nad Sanem Drowi Agatsteinowi.

Uchwalono zwrócić się do Dra Siegla w Krośnie z zapytaniem, gdzie przebywa partacz Andahazy.

Uchwalono zwrócić się do Dra Wosia i Dra Zawilskiego, mających się niebawem osiedlić w Sokołowie, by nie przyjmowali posady lekarza miejskiego, a temsamem nie utrudniali bytu Drowi Mayzlowi.

Sprawę Dra Spiesznego z N. Targu, poruszoną przez Dra Türschmida, przekazano Izbie lekarskiej. Dr. Spieszny nie należy dotychczas do Związku.

Co do partactwa lekarskiego, uprawianego przez administratora parafji ks. Kulczyckiego w Rudnie Wielkiej, uchwalono zwrócić się do konsystorza obrz. łac. w Przemyślu, aby zechciał zabronić partactwa wymienionemu księdzu.

Protokół 215 posiedzenia Wydziału w dniu 27 maja 1922 r.

Przewodniczy w zastępstwie Dr. Żydłowicz, pisze Dr. Bannet; obecni: Prezydent Izby lekarskiej Dr. Strzemieński, oraz 6 członków.

Odczytano pismo Starostwa w Trembowli, że partacza Sebryna w Strusowie wydalono i odszupasowano do Wołoczysk. Z powodu niejasności pisma uchwalono zwrócić się do Dra Lewickiego w Strusowie z zapytaniem, czy owego partacza rzeczywiście wydalono.

Prezydent Izby lekarskiej podnosi sprawę Dra Grabowskiego z Tarnowa, który daje firmę technikowi dentystycznemu Haidingerowi w Tarnowie. Sprawą tą zajmie się Izba lekarska. Co do przyjęcia posady lekarza więziennego przez Dra Grabowskiego wbrew zakazowi Koła tarnowskiego Związku Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego, uchwalono zapytać się Dra Grabowskiego, czy podziękował za tę posadę.

Rozpoczęto pierwsze czytanie ogólnej i szczegółowej taryfy lekarskiej w Kasach chorych. Przyjęto główny zarys. Dokładne opracowanie ma być przedłożone na następnem posiedzeniu.

Wezwanie

Wydział Związku Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego wzywa Członków i prosi innych Kolegów, by bezwarunkowo nie zawierali pod jakimkolwiekbądź pozorem ugody w sprawie udzielania porady lekarskiej funkcjonarjuszom państwowym na koszt Skarbu, tudzież dążyli do jak najszybszego rozwiązania istniejących umów.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Żydłowicz*, zast. przew.

Izba lekarska we Lwowie prosi o umieszczenie następującej odezwy: Powołując się naodezwę Związku lekarzy i Reprezentacji Towarzystw naukowych, umieszczoną w Nr. 23 P. G. L. z 4-go czerwca b. r., Wydział Związku, wobec rozpisania konkursu na posady specjalistów dla organizacji pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych, przestrzega wszystkich Kolegów, aby do rzeczonego konkursu nie stawali.

Lwów, dnia 1-go lipca 1922.

Galicyjska Kasa dla chorych lekarzy.

Dnia 27. maja 1922 odbyło się w lokalu Izby Lekarskiej Wschodniej Małopolski Walne Zgromadzenie Galic. Kasy dla chorych lekarzy, na którem podwyższono 50-ciokrotnie wkładki i świadczenia i wybrano nowy wydział. W pierwszej grupie, t. j. dla członków do 30 go roku życia jest wkładka 900 m. miesięcznie czyli 10.800 rocznie, w drugiej grupie do 50-go roku życia 1350 m. miesięcznie czyli 16.200 m. rocznie, a w trzeciej grupie powyżej 50 go roku życia 1800 m. miesięcznie czyli 21.600 m. rocznie. Świadczenia kasy ustalono na 2000 m. dziennie, pogrzebowe na 50.000 mp. Postanowiono ponadto już obecnie, że w razie dalszej dewaluacji po pół roku Walne Zgromadzenie uchwala dalszą podwyżkę do dwukrotnej obecnej a wykonanie uchwały przekazuje Wydziałowi.

Wybrano nowy wydział w składzie następującym:

Prezes Dr. J. Papée, zastępca Dr Kwiatkiewicz, sekretarz Dr. N. Lilien, zast. Dr. E. Doliński, skarbnik Dr. Michał Świątkiewicz, zastępca Dr. Madejewski Wł. Członkami wydziału wybrani: Dr. Maks Jonas, Dr. Izrael Fels, Doc. Dr. Wincenty Czernecki, Dr. Jan Moszkowicz, Dr. Leopold Schellenberg, Dr. Zaczek. Do komisji rewizyjnej wybrano Doc. Dra Bocheńskiego i Dra Drzymalika. Do sądu rozjemczego Dra Czaczkowskiego, Dr. Dauma Ludwika, Dra Trzcienieckiego i Dra Ziona O.

Instytucja Kasy dla chorych lekarzy, trwająca od dwudziestu lat, rozwija się mimo ciężkich ogólnych warunków pomyślnie, członkowie przybywają, podwyższono wydatnie świadczenia, które w sumie zaważyć mogą w budżecie lekarza podczas kilkumiesięcznej choroby. Rozumiemy, że i ta suma nie jest dostateczną dla utrzymania dziennego lekarza i jego rodziny, ale uchwałą Walnego Zgromadzenia możemy ją po pół roku podwoić. Trzeba tylko, żeby lekarze okazali żywsze zainteresowanie Kasą i licznie wstępowali do niej, bo, choć może teraz nie widzą specjalnej potrzeby zabezpieczenia sobie na wypadek choroby tych paru tysięcy marek, to jednak stosunki się zmieniają i należy myśleć o przyszłości. Głównie więc młodzi lekarze powinni zastanowić się nad korzyściami, jakie daje należenie do Kasy.

Wyjaśnień udziela chętnie i zgłoszenia przyjmuje Zarząd Kasy dla chorych lekarzy przy ul. Asnyka 3.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Wydział lekarski Uniw. Jana Kazimierza udzielił veniam legendi dr. Stanisławowi Progulskiemu z pediatrji i dr. Henrykowi Sochańskiemu z patologji i terapji szczegółowej chorób wewnętrznych.

Walne Zgromadzenie delegatów Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji odbędzie się w niedzielę dnia 9. lipca br. o godzinie 10 rano w Poliklinice powszechnej przy ulicy Lindego l. 5.

Porządek dzienny: 1. Odczytanie protokołu z ostatniego Walnego Zgromadzenia. 2. Sprawozdanie Rady zawiadowczej za rok ubiegły. 3. Sprawozdanie Komisji rewizyjnej. 4. Przyznanie stałych zasiłków rocznych wdowom i sierotom. 5 Wybór Rady zawiadowczej i komisji rewizyjnej na rok bieżący. 6. Wnioski i interpelacje.

W razie braku kompletu następne posiedzenie odbędzie się ½ godziny później. *Bocheński*, sekretarz. *Rencki*, prezes.

Poznań.

V-ty Polski Kongres Przeciwalkoholowy odbędzie się w Poznaniu w dniu 8 i 10. lipca b. r. pod protektoratem ks. kardynała Dalbora. Dotychczas zgłosili referaty: dr. Otto z Warszawy, prof. dr. Panek z Bydgoszczy, prof. dr. Gantkowski z Poznania, dr. Pankowa, poseł Zmitrowicz, poseł dr. Kunicki, O. Kuznowicz z Krakowa, major Kornilowicz z Warszawy, ks. dr. Ciemniewski ze Lwowa, Jan Szymański, sędzia J. Glass, ks. Niesiołowski i dr. T. Jaroszyński. Program bardzo obszerny. Głównym celem zjazdu jest skoordynowanie działalności wszystkich zwolenników walki z pijaństwem i ścisłe wykonywanie naszej ustawy przeciwalkoholowej. Pożądany jest najliczniejszy udział organizacyj oświatowych, kulturalnych, spółdzielczych i młodzieży akademickiej. Komitet organizacyjny: Poznań, Aleje Marcinkowskiego 1.

SPRAWOZDANIE

Rady zawiadowczej Towarzystwa lekarzy polskich byłej Galicji za rok 1921.

Z powodu bardzo znacznych kosztów druku sprawozdanie ograniczyć się musi i w tym roku do koniecznych wyjaśnień zamknięcia rachunków a mianowicie:

Z powodu wahania wartości waluty nie zakupiono wogóle papierów wartościowych.

Walory i pieniądze są złożone:

a) Pozostałość w gotówce z roku 1921 znajduje się w P. K. O. L. 14 i 328 i na rachunku bieżącym Banku Kraj. Reszta 5967. mp. 11 fen. u skarbnika.

b) Wykaz IV Walory A i B w depozycie Banku krajowego kwit depozytowy L. 2978 z tego pozycja II. b. w depozycie sądowym a walory pozycja II c złożył kurator, Dr. Zbyszewski, w Banku krajowym. Walory funduszu Dra Warchoła pozycja 22 w przechowaniu Prezesa. Walory C. fundacji Dr. Jasińskiego Władysława w depozycie sądowym — Dra Barzyckiego w depozycie Banku kraj. kwit depozytowy L. 1217.

c) Wykaz IV. Gotówka A. Dr. Gawałkiewicza poz. 5 na rachunku bieżącym Banku kraj. — Dr. Lukasa poz. II a i c na rachunku bieżącym Banku kraj. — Prof. Dr. Marsa Antoniego poz. 14 na książeczce Banku kraj L. 57.492 — fundusz własny poz. 24 na książeczce Banku kraj. 57490. — Gotówka B poz. 1. 3. 4 6. 7. 8. na książeczce Banku kraj. 57492 poz. 2. Dra Kalisza w przechowaniu Województwa lwowskiego na książeczce Galicyjskiej Kasy oszczędności L. 101495 — poz. 5 na książeczce Banku kraj. L. 57798 — fundusz inwestycyjny Morszyna znajduje się na książeczkach Banku kraj. L. 40.480 L. 57.103, L. 57491 i w P. K. O., Legat Dra Nycza w depozycie sądowym.

d) Dokumenty bankowe przechowuje Prezes.

Za Radę zawiadowczą Tow. lek. pol. b. G.

Bocheński sekretarz. *Rencki* prezes. *Trzcieniecki* skarbnik.

Członkowie Rady zawiadowczej: *Machek, Nowicki, Papée, Sieradzki, Strzemieński.*

Wykaz I. Zestawienie rachunków za rok 1921.

	Dochód	Mkp.	f.		Rozchód	Mkp.	f.
1	Pozostałość z końcem roku 1920	7499	22	1	Morszyn	76396	94
2	Morszyn	105310	16	2	Administracja:		
3	Opłata Towarzystwa lekarskiego lwow. .	12780			a) manipulantka . . . . . 3900.— Mp.		
4	„ „ krakowskiego . . .	17640			b) korespondencja . . . . . 1680.75 „		
5	„ członków prowincjonalnych . . .	89507	40		c) kursor . . . . 610.— „		
6	Wpisowe	700			d) wydatki na druki P. K. O. 535.— „		
7	Dary	26175	90		e) opłata manip. P. K. O. i za		
8	Opłata za 17 tomów ustawy sanitarnej . .	740		3	przekazy pieniężne . . . . 855.47 „	7581	22
9	Wpływy z Banku krajowego za I półr. 1921	16935	66	4	Przegląd lekarski	15725	
10	„ „ „ „ II „ „	15354	83	5	Tygodnik lekarski	15712	50
11	Odsetki z P. K. O. za rok 1920	284	33	6	Pensje wdów	8003	
12	Zwroty:			7	Zapomogi	4600	
	Pensja Rotterowej Klary 42 mp. i Lastowej				Koszta Banku krajowego za I i II półr. 1921	1687	49
	Rudolfiny 70 mp.	112		8	Opłacono należytość spadkową za legat Dra		
13	Prof. Dr. Machek z obliczenia	770			Lukasa	12178	26
14	„ „ „ jako resztę z obliczenia				Opłacono należytość szkolną od spadku po		
	odsetek od papierów	96	60	9	Drze Lukasie	1095	09
					Zwrócono funduszom (lokacja):		
					a) Dra Fraenkla Joachima . 52.40 Mp.		
					b) Prof. Dr. Macheka . . . 81.76 „		
					c) Funduszowi bezimiennemu. 32.20 „		
					d) Złożono na kapl. Morszyńską 1126.— „		
					e) Fundusz. nauk T. l. p. b. G. 1051.70 „		
					f. Fund. nauk. Prof. Rydygiera 85.— „	2429	06
						145408	56
					Saldo 31 grudnia 1921 . .	148497	24
		293905	80			293905	80

Wykaz II. Stan majątku Towarzystwa lekarzy polskich byłej Galicji.

	Stan czynny	Mkp.	f.		Stan bierny	Mkp.	f.
1	Pozostałość kasowa z końcem roku 1921 .			1	Kaucja Towarzystwa Zdroje polskie . . .	12000	
	a) P. K. O. . . . . . . 98324.13 Mp.				Stan czynny z końcem roku 1921	10799975	23
	b) Bank krajowy . . . 25170.— „						
	c) Gotówka . . . . 5967.11 „						
	d) Złożono jako fundusz Prof. Dr. Renckiego w Banku krajowym na książeczkach . . 10000.— „						
	e) Zakupiono jako fundusz Dr. Warchoła pożyczki państw. krótkoterminowej za . . . 9036.— „						
	Razem	148497	24				
2	Fundusze wieczyste niewzrastające . . . . A walory	438230					
	A gotówka	33037	96				
3	Fundusze tworzące się B walory	7210					
	B gotówka	22334	86				
4	Fundusze, z których pobierają odsetki dożywotn. C	106317	63				
5	Fundusz Stillerów . . . D wartość ziemi	10000000					
	D gotówka	4 577	54				
6	Legat Dra Nycza	3500					
7	Kaucja w P. K. O. w Warszawie	70					
8	Los turecki L. 294.398 fundusz Dra Niedźwieckiego	1200					
		10811975	23			10811975	23

Wykaz III. Fundacja Bonifacego i Magdaleny Stillerów.

A) Rachunek Morszyn.

	Dochód	Mkp.	f.		Rozchód	Mkp.	f.
1	Dzierżawa folwarku	14000		1	Opłata leśniczego	630	
2	„ zdrojowiska i zakł. kąpielowego .	12500		2	Podatek gruntowy	708	40
3	Kaucja T-wa „Zdroje polskie"	12000		3	Raty hipoteczne	3737	45
4	Czynsz za Władysławówkę	4000				1219	86
5	Zwrot T-wa asekuracyjnego krakowskiego			4	Raty hipoteczne	3776	12
	za spaloną komórkę	974	16			1202	88
6	Eckstein zwrócił za asekurację folwarku .	2028		5	Reszta długu hipotecznego wyrównana .	43865	46
7	T-wo „Zdroje polskie" zwróciło zapłacony					15610	59
	podatek	1288		6	Asekuracja Morszyna	4298	60
8	Dochód ze sprzedaży drzewa	56000		7	„ leśniczego	59	58
9	Czynsz dzierżaw. za polowanie w l. 1914—1921	2520		8	Podatek za T-wo „Zdroje polskie"	1288	
	Razem	105310	16		Razem	76396	94
	Pozostałość z roku 1920	20664	32		Pozostałość 31 grudnia 1921	49577	54
	Razem	125974	48		Razem	125974	48

Wykaz IV. Wieczyste fundusze Towarzystwa lekarzy polskich byłej Galicji.

		Walory nom. w Koronach obliczone na marki pol.		Gotówka na książeczkach Banku kraj. w mkp.		Wartość ziemi Morszyn mp.
	A. Fundusze niewzrastające. Odsetki przeznaczone na pensje i zapomogi					
1	Dra Barzyckiego	1680				
2	„ Biesiadeckiego Alfreda	1 010				
3	Prof. Dra Czyżewicza Adama	23800				
4	Dra Garbińskiego	1960				
5	„ Gawałkiewicza Leopolda	7420		202	30	
6	Im. Prof. Dra Gilewskiego Fundacja jego żony	26600				
8	Dra Jasińskiego Władysława	88200				
8	Fundusz jubileuszowy Towarzystwa (25 lecie)	2240				
9	Dra Krówczyńskiego Żegoty	560				
10	Dra Krzeczunowicza	6020				
11	„ Lukasa Adolfa a) dochód na pensje i zapomogi	5390		7391		
	b) dochód po śmierci dożywotniczki na pensje i zapom.	21000				
	c) legat, z którego Towarzystwo pobiera odsetki . .	128000		6959		
12	Dra Łuszczkiewicza	560				
13	„ Mahla Jakóba	2580				
14	Prof. Dra Marsa Antoniego	3640		2100		
15	Dra Merunowicza	2800				
16	„ Niedźwieckiego	12110				
17	„ Rosnera Jana	1260				
18	„ Różańskiego Józefa	210				
19	„ Ściborowskiego Władysława	420				
20	„ Świątkiewicza Józefa	980				
21	Prof. Dra Szulisławskiego Adama	350				
22	Dra Warchoła	9000				
23	Prof. Dra Ziembickiego Grzegorza	840				
24	Fundusz własny Towarzystwa	79800		16385	66	
		438230		33037	96	
	B. Fundusze tworzące się, odsetki przyłącza się do kapitału					
1	Dra Fraenkla Joachima	700		1127		
2	„ Kalisza Alfreda			7954	86	
3	Prof. Dra Macheka Emanuela	2030		168		
4	Bezimienny (złożył Dr. Stenzel Rudolf)	840		74		
5	Prof. Dra Renckiego Romana			10000		
6	Fundusz Kaplicy Morszyńskiej	630		1126		
7	Fundusz naukowy Towarzystwa lekarzy pol. b. Galicji	1050		1600		
8	Naukowy Prof. Dra Rydygiera Ludwika	1960		285		
		7210		22334	86	
	Razem A i B .	445440		55372	82	
	C. Fundusze, z których odsetki pobierają dożywotnicy.					
1	Dra Barzyckiego	42578	56			
2	„ Jasińskiego Władysława	63739	07			
		106317	63			
	D. Fundusz Stillerów.					
1	Wartość ziemi					10,000.000
2	Fundusz inwestycyjny Morszyna			49577	54	
	E. Legaty już przyznane, lecz dotąd niewypłacone.					
1	Dra Nycza			3500		
	Razem C do E .	106317	63	53077	54	
	Razem A do E .	551757	63	108450	36	10,000.000

Nr. 28. 9. lipca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Łucjan Sobieszczański. Warszawa.

Przypadek przewlekłego unieruchomiającego zapalenia kręgosłupa.

Z oddziału prof. Sokołowskiego w Szpitalu św. Ducha.

Przypadek, który pozwolę sobie opisać, należy do pouczających z powodu kilku szczególnych właściwości.

Na oddział I M. Szpitala św. Ducha przybył dnia 4 I. b. r. chory Antoni B. l. 62, pracownik szpitalny. Od lat 15 cierpi na zesztywnienie i zupełną nieruchomość szyi, od 2 lat już kaszle i pluje obficie plwociną żółtą. Cierpienie pierwsze zaczęło się bólami w plecach i szyi, która znieruchomiała. Mógł jednak pracować do ostatniej chwili, jako posługacz na sali.

Chory jest wdowcem, miał 4 dzieci (2 umarło, 1 syn na suchoty). Jest drugim z pięciorga rodzeństwa zdrowego. Rodzice pomarli w starości. Matka podczas dzieciństwa chorego przeszła jakąś chorobę nerwową, lecz po roku wyzdrowiała pod wpływem sugestji. Chory ma dobry apetyt, dobry sen, stolec normalny.

Stan obecny: Chory jest wzrostu 137 cm., waga 48,5 kg., odżywiony jest miernie. Powłoki skórne są blade z odcieniem ziemistym. Chory nie może poruszać głową ani w kierunku ku przodowi i tyłowi, ani w bocznych, choć mięśnie szyjne są rozwinięte i naprężają się. Unieruchomiona głowa, opuszczona ku przodowi (rys. 1), tworzy z linją tułowia kąt 135°. Klatka piersiowa wybitnie płaska i słabo ruchoma (rys. 1). W części szyjnej kręgosłupa skrzywienie lewostronne (*scoliosis sin.*), w piersiowej części kręgosłupa stwierdza się wygięcie ku tyłowi i nieruchomość. Przy opłukiwaniu kręgosłup jest niebolesny. Zginanie tułowia w pasie jest zachowane. Ruchy w kończynach są wolne, w dolnych słychać przy ruchach trzeszczenie.

Odruchy ścięgniste i skórne są zachowane, podobnie wrażliwość skóry. Zaniku mięśni niema, przeciwnie mięśnie szyji i grzbietu górne dobrze rozwinięte. Źrenice oddziaływują na światło. Typ oddechu wybitnie brzuszny.

W płucach: w obu szczytach przytłumienie opukowe z wydechem wydłużonym i nieznacznemi rzężeniami suchemi. W dołku podobojczykowym lewym wypuk z odcieniem bębenkowym i oddech oskrzelowy. W dolnych częściach klatki piersiowej wypuk jest bębenkowy. Z prawej strony z przodu w IV i V przestrzeni międzyżebrowej słychać rzężenia drobnopęcherzykowe i świsty przy oddechu zaostrzonym. W dole obu płuc oddech jest szorstki i dużo furczeń.

Serce jest nieco przykryte. Tętnice twarde. Tętno 72 na minutę miarowe Akcent na II tonie tętnicy płucnej. Brzuch miękki, zwiotczały. Chory chodzi zupełnie dobrze.

Dwukrotne badania (14 I. i 19. I.) plwociny wykazały w obu razach obecność laseczników kwasoodpornych (Koch +) w niewielkiej ilości.

W moczu (c. wł. 1015) nic patologicznego nie wykryto.

Zawartość hemoglobiny we krwi 75%.

Badanie krwi na odczyn Wassermanna dało wynik ujemny.

Prześwietlanie promieniami Roentgena klatki piersiowej dało wyniki następujące:

Pola płucne są wydłużone i ruchome. Zaciemnienie wierzchołków, szczególniej prawego nad i pod obojczykiem. Smugi w środkowej części prawego płuca.

Dalej dokonano 4 zdjęcia klatki piersiowej promieniami Roentgena:

Zdjęcie I. Szyjna część kręgosłupa przedstawia powiększenie fizjologicznego wygięcia ku przodowi. Przestrzenie międzytrzonowe są widoczne. (rys. 2).

Zdjęcie II. Kontury wyrostków stawowych kręgów szyjnych są zatarte, tworzą one zacienienia pręgowe umiarowe z obu stron kręgosłupa. Przestrzenie międzykręgowe są widoczne. (rys. 3).

Zdjęcie III. W części grzbietowej kręgosłupa zmian nie widać.

Zdjęcie IV. W części lędźwiowej kręgosłupa widać zmiany w samych trzonach kręgów. Zgrubienie w górnej i dolnej części trzonu, przez co trzon wydaje się zwężonym w części środkowej. (rys. 4).

Chory leczony był kąpielami ciepłemi i dostawał wewnątrz salicylan sody z chlorkiem potasu po 3,0 dziennie w roztworze. Na cierpienie płucne stosowano olej eukalyptusowy.

Chory odczuwał w pierwszych tygodniach znaczne bóle w kończynach dolnych (szczególnie w udach), które się następnie zmniejszyły.

29. III. chorego wypisano ze szpitala z poprawą stanu ogólnego (z wagą 52 klgr. przybyło 3,5 klgr.) i skierowany na komisję w celu wysłania do Buska.



Rys. 1.



Rys. 2.



Rys. 3.



Rys. 4.

Określiwszy cierpienie płuc, jako *induratio apicis utriusque tuberculosa cum emphysemate*, musimy, chcąc określić cierpienie kręgosłupa, rozpatrzeć różniczkowo kilka cierpień, mogących dać objawy podobne:

1) *Arthritis deformans.* Przy tem cierpieniu ulegają zniekształceniu drobne stawy (np. palców), czego w danym przypadku niema.

2) Przy zapaleniu gruźliczem kręgosłupa (*malum Potii*) mamy umiejscowioną bolesność w kręgosłupie i ostry garb. Tych oznak w opisanym przypadku niema.

3) Przy wstępującem zapalnem unieruchomieniu kręgosłupa (typ Strümpell-Marie) mamy umiarowe unieruchomienie wielkich stawów, czego niema w naszym przypadku. Kręgosłup w cierpieniu typu Strümpell-Marie jest prosty i sztywny, jak drąg; niema garbu.

4) Przy zstępującem unieruchomieniu kręgosłupa bez zajęcia stawów z wygięciem ku tyłowi (*kyphose hérédo-traumatique*) — typ Bechtierew'a — mamy zniekształcenie lub nawet zrost trzonów kręgów, stawy wielkie są jednak wolne, jak w naszym przypadku. Zniekształcenie kręgów widać najlepiej na rys. 3., gdzie trzony są objęte procesem zapalnym.

To głównie sprawia, że przypadek ten zaliczymy do typu Bechtierewa, choć widzimy tutaj i zmiany w więzach kręgów szyjnych.

Co się zaś tyczy etjologji, musimy podkreślić, że wykryto u naszego chorego laseczniki gruźlicze, choć z drugiej strony złe przewietrzanie wierzchołków płuc przez lat kilkanaście wskutek unieruchomienia klatki piersiowej mogło się przyczynić do powstania procesu gruźliczego w płucach.

Zwykle podają za przyczynę: gościec stawowy, rzerzączkę, przymiot, urazy i obciążenie dziedziczne.

Piśmiennictwo:

1) J. Markiewicz. O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa. 1901 r. 2) K. Rzętkowski. O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa (streszczenie zbiorowe). 1901 r. 3) W. Męczkowski. Przypadek unieruchomiającego zapalenia kręgosłupa. 1901 r. 4) W. Kędzior. O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa 1901 r. 5) W. Męczkowski. Spondylose rhizomelique 1902 r. 6) Pański. Przypadek spondylose rhizomelique. 1902 r. 7) A. Puławski. Zesztywnienie kręgosłupa 1902 r. 8) L. Bregman. Demonstracja typowego przypadku spondylose rhizomélique 1904 r. 9) P. Jaworski. Pokaz przypadku spondylose rhizomélique. 1907 r. 10) Sołamowicz. Pokaz spondylose rhizomélique. 1908 r. 11) Jakubowicz. Przypadek zesztywnienia kręgosłupa 1908 r. 12) Jakubowicz. Przypadek choroby Strümpell-Marie. 1909 r. 13) W. Gajkiewicz. Demonstracja chorego ze spondylosis rhizomelica. 1911 r. 15) H. Begleiter. Przypadek spondylose rhizomélique 1913 r.

Prof. Dr. Franciszek Venulet. Łódź.

Istota odczynu Wassermanna i jego znaczenie praktyczne. *)

Z Państwowego Zakładu Epidemjologicznego w Łodzi.
(Kierownik Prof. F. Venulet).

Istota odczynu Wassermanna, wciąż jeszcze niewyjaśniona, nadal przykuwa uwagę licznych badaczy. Chociaż dziś nie ulega już wątpliwości, że powstałe kilka lat temu uproszczone odczyny serologiczne Meinickego i Sachsa-Georgiego uzyskały powszechne prawo obywatelstwa, nie zdołały one jednak w zupełności zastąpić klasycznego odczynu Wassermanna; stanowią one pożądany sprawdzian i cenne uzupełnienie tego ostatniego; zbudowane zaś na tych samych podstawach, co i odczyn Wassermanna, przyczyniły się do wyświetlenia pewnych stron tego zagadnienia biologicznego.

Jak wiadomo, pierwotna koncepcja bezwzględnej swoistości odczynu Wassermanna nie zdołała się długo utrzymać; główną, jeżeli nie wyłączną, rolę odgrywają w odczynie Wassermanna nie przeciwciała, lecz globuliny surowicy kiłowej. Już nazwa sama: globuliny czyli grudki, wskazuje na łatwe wypadanie tych ciał; należą one zatem do składników surowicy chwiejnych, (labilnych), nie odznaczających się stałością (*Stabilität*). Wiele danych przemawia za tem, że właściwe surowicy kiłowej wzmożenie chwiejności globulin ponad przeciętną normę, czyli tak zwana chwiejność ich, wystarcza dla otrzymania odczynu odchylenia dopełniacza. Okazuje się, że same globuliny surowicy kiłowej, w przeciwieństwie do globulin normalnych, oddziaływują dodatnio; surowica zaś kiłowa, całkowicie pozbawiona swych globulin, oddziaływa ujemnie tak w odczynie Wassermanna, jak i Sachsa-Georgiego (Kapsenberg, Weisbach). Ci autorzy (Gloor i Klinger, Felke), którzy ostatnio starali się dowieść, że surowica kiłowa nawet po strąceniu globulin zachowuje zdolność oddziaływania i zdolność tę przypisywali frakcji albuminowej surowicy, posługując się w swych doświadczeniach kwasem solnym lub siarkanem magnezu zamiast siarkanu ammonu, nie strącali całkowicie globulin, których domieszka już wystarcza dla otrzymania dodatniego Wassermanna. Doświadczenia ze sztuczną chwiejnością globulin również potwierdzają ich znaczenie dla odczynu Wassermanna. Wstrząsając surowicę normalną w ciągu pewnego czasu z fizjologicznym roztworem soli, agarem, krochmalem, kaoliną, inuliną itp., możemy otrzymać z nią dodatniego Wassermanna (Hirszfeld i Klinger, Nathan). Nie ulega wątpliwości, że zjawisko to jest czysto fizykalne. Podobnej surowicy nie można jednak utożsamiać z ogółem surowic kiłowych, gdyż unieczynnienie pozbawia ją nabytej cechy. Jeżeli jednak chwiejność globulin, nabyta sztucznie, nie wytrzymuje ustalającego działania wysokiej ciepłoty, to tosamo powiedzieć można i o niektórych surowicach kiłowych.

Dla lepszego zrozumienia roli, jaką globuliny odgrywają w mechanizmie odczynu Wassermanna, zanalizujemy istotę chwiejności ciał globulinowych. Herzfeld i Klinger wychodzą przytem z założenia, że cząsteczki globulinowe surowicy tworzą roztwór koloidalny tem doskonalszy, im są one bardziej rozproszone (*dispers*) i lepiej odosobnione za pomocą otoczek wodnych. Wodę, oddzielającą cząsteczki białkowe, wiążą znajdujące się na ich powierzchni wytwory przemiany materji: alkaliczne sole kwasów aminowych i polypeptidy. Im więcej, w zależności od przemiany materji, owych pośredników rozpuszczalności znajduje się na powierzchni cząsteczek białkowych, tem większą odznaczają się one stabilizacją i odwrotnie, gdyż tylko cząsteczki białkowe, ze wszech stron okrążone wodą, nie ulegają wzajemnemu zbliżaniu i zlepianiu się. Chwiejność globulin polega więc na tem, że cząsteczki globulinowe, pośrednio lub bezpośrednio pozbawione wody, ciążąc ku sobie wzajemnie, tworzą większe skupienia. *In vitro* uwydatnia się to po dodaniu do surowicy kiłowej odczynników, przyciągających wodę, jak alkohol, kwasy, sól, przez kłaczkowanie (porówn. z odczynami Brucka) lub wody przekroplonej, która, rozpuszczając sole, znajdujące się na powierzchni cząsteczek globulinowych, pogarsza warunki rozpuszczalności globulin (odczyn Klausnera). Dzięki wzmożonym zdolnościom adsorbcyjnym kłaczki globulinowe przyciągają ku sobie substancje lipoidalne dodanego do surowicy wywoływacza: powstające kompleksy globulinowo-lipoidalne, widoczne w odczynach Meinickego i Sachsa-Georgiego gołem okiem, a w odczynie Wassermanna za pomocą ultramikroskopu, posiadają już *in statu nascendi* zdolność adsorbowania czyli wiązania dopełniacza, zwłaszcza globulinowej części jego (tak zw. pierwiastek środkowy). Dopełniacz jest więc potrzebny wyłącznie dla uwidocznienia odczynu Wassermanna za pomocą systemu hemolitycznego. W niektórych surowicach kiłowych globuliny odznaczają się taką chwiejnością, iż adsorbują dopełniacz bezpośrednio bez pomocy wywoływacza, czego wyrazem jest samozahamowanie surowicy. Wahania, niekiedy dość znaczne, w reakcji jednej i tej samej surowicy z różnemi antygenami i nawet dopełniaczami, pomimo wymiareczkowania ich, wskazują, jak złożone jest ich współdziałanie; już sam sposób rozcieńczania wywoływacza, pomimo zachowania koncentracji, może wykazać różne wyniki.

Nagrzewanie surowic ma na celu usunięcie zbytniej chwiejności globulin, towarzyszącej niekiedy i sprawom niekiłowym. Wysoka ciepłota przyśpiesza autolizę surowicy, co powoduje wzmożenie produktów przemiany, dzięki którym, jako pośrednikom rozpuszczalności, globuliny otrzymują lepsze otoczki wodne. Zupełnie nie wytrzymuje nagrzewania nadzwyczaj chwiejny pierwiastek globulinowy dopełniacza; na ustalaniu jego pod wpływem wysokiej ciepłoty polega unieczynnienie surowicy.

Naszkicowany przebieg odczynu Wassermanna nie pozostawia najmniejszej wątpliwości co do fizykalno-koloidalnego charakteru całego zjawiska. Potwierdza to również nie mniej charakterystyczny dla kiły odczyn Langego z koloidalnem złotem dla badania płynu mózgowo-rdzeniowego. *) Tak zwane reaginy nie są zatem niczem innem, jak ciałami globulinowemi o wzmożonej chwiejności. Sprowadzenie odczynu Wassermanna do zjawiska wyłącznie fizykalno-koloidalnego przychodzi tem łatwiej, iż nawet taki odczyn odpornościowy,

*) Wygłoszono w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkiem dnia 22. II. 1922.

*) Odczyn ten nie daje się również pogodzić z zapatrywaniem, jakoby reakcja Wassermannna polegała na istnieniu niweczników lipoidalnych.

jak aglutynacja, jest raczej odczynem fizykalno-chemicznym, niż biologicznym. Występowanie odczynu Wassermanna w innych sprawach chorobowych tłómaczy się analogicznemi zmianami koloidalno-chemicznemi surowicy tak samo, jak występowanie nieswoistego odczynu Weil-Felixa przy durze osutkowym.

Czy istnieje zasadnicza różnica między surowicą normalną a kiłową? Dziś wiemy, że, stosując duże dawki wywoływacza, możemy otrzymać odczyn odchylenia dopełniacza z każdą surowicą normalną; wynika z tego, że surowica każdego zdrowego człowieka zawiera pewną ilość normalnych reagin kiłowych tak samo, jak zawiera ona również zlepniki tyfusowe. Lecz, jak nie nazwiemy dodatnim Widalem aglutynacji tyfusowej w rozcieńczeniach surowicy $^1/_{10}$—$^1/_{30}$, tak samo nie uważamy odchylenia dopełniacza w przytoczonych warunkach za dodatniego Wassermanna.

Zachodzi obecnie drugie pytanie: gdzie powstają owe dla kiły charakterystyczne reaginy, czego są przejawem. Już samo wzmożenie globulin surowicy kiłowej, dowiedzione przez analizę, wskazuje na to, że źródłem ich muszą być jakieś sprawy rozpadowe, najprawdopodobniej w swoistych ogniskach drobnokomórkowych. Przemawiają za tem fakty dodatniego reagowania, przy ujemnym Wassermannie we krwi, surowicy wrzodu pierwotnego (Reizserum), luetycznych wysięków stawowych, płynu komory ocznej przy iritis luetica, już nie mówiąc o płynie mózgowo-rdzeniowym. We wszystkich tego rodzaju sprawach mamy zwiększoną ilość elementów komórkowych, ulegających rozpadowi. Wystąpienie, odnowienie lub narastanie odczynu Wassermanna po rozpoczęciu lub w ciągu leczenia również musi być w związku ze wzmożonym, pod wpływem leczenia, rozpadem nacieczeń swoistych. Na tem samem zjawisku polegałaby tak zwana prowokacja. Przytoczymy kilka spostrzeżeń własnych:

1) M. lat 24 Zachorował na kiłę 2 lata temu. Po I leczeniu Wa ++++, po II. ujemny, przed III Wa +++, po IV. ujemny. 10. XI. 1921. Od czasu ostatniego leczenia upłynęły 4 miesiące: Wa —, MR —, Wa cz. ++++. 16. XI. 1921. po 2 zastrzyknięciach rtęciowych: Wa ++, MR ++, Wa cz. ++. 24. XI. 1921. po 4 zastrzyknięciach rtęciowych: Wa ++, MR ++++, Wa cz. +++. 1. XII. 1921. po 5 zastrzyknięciach i 1 salwarsanie: Wa +++, MR ++, Wa cz. +++.

Ujemne odczyny Wassermanna i Meinickego stają się dodatnie po rozpoczęciu leczenia i pozostają dodatnie w ciągu dalszego leczenia. Wassermann ze surowicą czynną wykazał już wcześniej obecność reagin we krwi.

2) K. lat 14. Papulae ad anum, przyjęte za krwawnice. 27. X. 1921 Wa —, MR —, Wa cz. —. Po 2 zastrzyknięciach rtęciowych: 8/XI 1921 Wa —, MR —, Wa cz. ++++. Po 2 wlewaniach salwarsanu: 18 XII. 1921. Wa++++, MR ++++, Wa cz. ++++.

Widzimy zupełny brak odczynów pomimo istnienia objawów kiły. Po wywołaniu rtęcią odczyn Wassermanna z surowicą czynną wyprzedza inne odczyny.

Wzajemny stosunek pomiędzy oddzielnemi odczynami podczas świeżego zakażenia uwidocznia przypadek następujący:

3) P. lat 28. Kiły nie przechodziła, czuje się zdrową. Mąż P. zaraził się kiłą 2 miesiące temu, obecnie wystąpiła u niego obfita grudkowato plamista wysypka po całem ciele: Wa ++++. 3. XII. 1921. Wa —, MR +++, Wa cz. —. 12. XII. 1921. Wa +, MR ++++, Wa cz. ++++. 16. XII 1921. Wa ++, MR ++++, Wa cz. ++++. Chora nie chce się leczyć, gdyż nic jej nie dolega; badanie podmiotowe, dokonane przez 2 lekarzy, podobno nic nie wykazuje 7. II. 19 2. Wa ++++, MR ++++, Wa cz. ++++. Chora teraz dopiero przystąpiła do kuracji.

Siła odczynu, zależna od ilości znajdujących się we krwi reagin, świadczy przedewszystkiem o rozpowszechnieniu ognisk chorobowych, czego nie trzeba utożsamiać z ciężkością zachorowania. Czy ogólnie przyjęte określenie siły reakcji jest też istotnym jej wyrazicielem? Jaki stopień odczynu wystarcza dla rozpoznania sprawy kiłowej? Podobieństwo pomiędzy reaginami a zlepnikami, pomimo całej różnorodności ich, ułatwi orjentowanie się w tych sprawach. Jak aglutynacja w rozcieńczeniach surowicy od $^1/_{30}$—$^1/_{80}$ wskazuje jedynie na wzrost zlepników, w zależności od wysokości miana dla tyfusu mniej lub więcej podejrzany, tak samo 1 lub 2 plusy odczynu Wassermanna, odpowiadające mianom tyfusowym $^1/_{40}$—$^1/_{60}$, nie upoważniają nas jeszcze do rozpoznania kiły, zwłaszcza przy braku wyraźnych objawów klinicznych. Chociaż cały szereg spraw chorobowych może powodować lekkie zahamowanie hemolizy, nie powinniśmy go jednak lekceważyć, zwłaszcza, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że nawet zupełny brak odczynu kiły bynajmniej nie wyklucza. Schematyzując z konieczności, uważamy Widala za dodatniego dopiero po osiągnięciu miana $^1/_{80}$—$^1/_{100}$, co odpowiadałoby 3—4 plusom w odczynie Wassermanna. O ile się jednak przy Widalu nie ograniczamy mianem $^1/_{100}$, przy kile oznaczamy przez 4 plusy tak ilość reagin, odpowiadającą Widalowi $^1/_{100}$, jak i wyższym rozcieńczeniom surowicy: $^1/_{200}$, $^1/_{400}$, nawet $^1/_{3200}$. Kilka przykładów najlepiej wyświetli tę sprawę.

Jak widzimy, siła odczynu w poszczególnych przypadkach równa się 4, 20, 40, 100, 200 i nawet 400 plusom.*)

Przytoczonych badań wystarcza, aby wykazać, jak wielkim wahaniom ilościowym ulegają znajdujące się w poszczególnych surowicach kiłowych reaginy. Dlatego też 4 plusy, otrzymane tak przed, jak i po pomyślnie przeprowadzonem leczeniu, pomimo pozornie jednakowego, wysoce deprymującego wyniku, w rzeczywistości mogą wykazać dwie zupełnie niewspółmierne wielkości. Dopiero miareczkowanie reagin, wykazujące istotne wahanie siły reakcji, może się w pewnym stopniu przyczynić do lepszej orjentacji w przebiegu choroby. Najlepiej dokonać miareczkowania zmniejszającemi się dawkami danej surowicy; mniej ścisłe jest już miareczkowanie antygenem, najbardziej zaś niepraktyczne wzrastającemi dawkami dopełniacza, gdyż surowice, zawierające dużo reagin, zadsorbują ogromne ilości dopełniacza, nim pewien nadmiar jego spowoduje hemolizę.

Z przytoczonych danych wynika, iż skala reakcji, przyjęta w odczynie Wassermanna, odzwierciadla tylko nieznaczną część skali istotnej. Tem się objaśnia, że analizy surowic kiłowych, zawierających bardzo dużo reagin, dokonane w różnych pracowniach, zazwyczaj nie wykazują sprzeczności: subtelność techniki i używanych odczynników uwydatniają się dopiero, gdy w grę wchodzą już nie kilkadziesiąt i więcej plusów, lecz pojedyńcze plusy. Wassermann, wychodząc z założenia, że mniejszem nieszczęściem jest niewykazanie odczynu u kiłowego, niż zrobienie kogoś kiłowym, tak skonstruował swój odczyn, iż początkowo wykazywał on stosunkowo mało dodatnich wyników i to wyłącznie w przypadkach klinicznie pewnych. Miało to, według L a n g e g o, swoją dobrą stronę, gdyby bowiem odczyn Wassermanna z samego początku wykazywał taką olbrzymią ilość wyników dodatnich, zwłaszcza przy zupełnym braku danych klinicznych i anamnestycznych, do czego się z biegiem czasu przyzwyczajono, odczyn ten zostałby odrzucony, jako niepewny.

Dążeniem wszelkich uczuleń odczynu Wassermanna, podyktowanem przez życie, było i jest wykrycie przypadków klinicznie wątpliwych i niedoleczonych, przedewszystkiem zaś przyśpieszenie rozpoznania w pierwszym okresie. Większość uczuleń można sprowadzić do przesunięcia skali w stronę surowic normalnych tak, iż dodatni Wassermann odpowiadałby mniejwięcej Widalowi $^1/_{60}$, zamiast $^1/_{80}$ itd. w tym samym stosunku, co jest oczywiście połączone z pewnem ryzykiem.

Ponieważ nawet wielokrotne badania krwi w ciągu szeregu lat pomimo stale ujemnego wyniku nie wykluczają późniejszego wiądu rdzenia lub porażenia postępującego, nie mają one właściwie żadnej wartości, o ile nie był również badany płyn mózgowo-rdzeniowy, nie mówiąc już o tem, że badanie płynu jest bardziej wielostronnem. Nie ulega wątpliwości, że w niektórych przypadkach obecność reagin kiłowych daje się stwierdzić wyłącznie w surowicy nienagrzanej; lecz zachowaniu się w odczynie Wassermanna surowicy czynnej poświęcimy specjalną pracę.

Nasuwa się jeszcze jedno pytanie, nie pozbawione znaczenia praktycznego: czy może odczyn Wassermanna, bynajmniej nie będąc swoistym, do pewnego stopnia służyć za odzwierciadlenie czynności odpornościowych ustrojn, jak to ma miejsce w również nieswoistym odczynie Weil-Felixa przy durze plamistym.

Miareczkowanie było dokonane przez st. asystentkę p. M. T r e n t o v i u s.

Ilość surowicy w częściach dawki normalnej (0,05)	1	1/2	1/5	1/10	1/25	1/50	1/100
1) W. W. 27 lat. Kiły nie przechodził. Zanik nerwu wzrokowego	++++	+	—	—	—	—	—
2) B. Miękki wrzód 1½ roku temu. Leczenie miejscowe	++++	++++	++++	++	—	—	—
3) D. N. 26 lat. Lues 2 lata temu. I Kur. 12 zastrzyknięć rtęć. 8 salwars., 27 wcierek	++++	++++	++++	++++	(+)	—	—
4) M. W. 24 lata. Żona chorego N. 1. Kiły nie przechodziła. Na nic się nie skarży.	++++	++++	++++	++++	++	—	—
5) J. D. 28 lat. Kiły nie przechodziła. Zapalenie kiłowe gardła.	++++	++++	++++	++++	++++	+++	—
6) A. S. 27 lat. Kiła 13 lat temu, niewiadomego pochodzenia (wysypka, angina) 1 kur. wcierk. Niedomag. ogólne, porażenie nerwu twarzowego	++++	++++	++++	++++	++++	++++	(+)
7) Ta sama chora po 3 salwars. i 12 zastrzyknięciach rtęć. Znaczne polepszenie.	++++	+++	++++	++++	++++	++++	++++

Kile, jak każdej chorobie zakaźnej, niezawodnie towarzyszy walka ustroju z zarazkiem; Gennerich przypisuje konstytucji chorego wprost decydujący wpływ na przebieg choroby; znane są fakty bardzo łagodnego przebiegu kiły, zupełnie nieleczonej; nawet i samowyleczenia; z drugiej strony zastanawia częsty brak odczynu Wassermanna przy kile złośliwej. Uodpornienie występuje przy kile dość wcześnie, gdyż wrzód pierwotny jest już przejawem ogólnej reakcji ustroju. Dzięki temu t. zw. superinfectio, możliwa w ciągu pierwszych 3 tygodni, nie spotyka się po wystąpieniu wrzodu. Pomimo krążenia we krwi niweczników, odczyn Wassermanna pozostaje ujemnym, niekiedy nawet jeszcze podczas wysypki. Naogół jednak reakcja staje się dodatnią z chwilą zajęcia gruczołów, kiedy na scenę występują elementy komórkowe. Ciekawe jest, że przy kile złośliwej gruczoły często nie bywają powiększone. Ponieważ rozpad nacieczeń swoistych w kile nieleczonej musi być wynikiem działalności czynników odpornościowych ustroju, a zatem siła odczynu Wassermanna, zależna od ilości krążących we krwi reagin, świadczy poniekąd o napięciu walki.

Często spotykany brak odczynu Wassermanna w kile dziedzicznej u osesków możnaby zatem objaśnić słabym rozwojem czynności odpornościowych w tym wieku. Tem się zapewne tłomaczy, że niektórzy autorzy w dodatnim odczynie Wassermanna gotowi są nawet widzieć objaw pomyślny. Po skutecznie przeprowadzonem leczeniu czyli wyleczeniu, odczyn Wassermanna, z braku niezbędnych czynników, znika. Ponieważ przebyta kiła ustroju nie uodparnia i nie zabezpiecza przed nowem zakażeniem, dodatni Wassermann pomimo licznych leczeń i braku objawów klinicznych musi być uważany za przejaw ukrytej sprawy kiłowej, a nie za wyraz dalszego wytwarzania niweczników, jak to ma miejsce w ostrych chorobach zakaźnych.

Streszczenie.

1) Odczyn Wassermanna jest zjawiskiem fizykalno-koloidalnem, zależnem od wzmożonej chwiejności globulin surowicy kiłowej.

2) Chwiejność globulin uwydatnia się przez silniejszą adsorbcję cząsteczek globulinowych wskutek ich gorszego uwodnienia.

3) Zmienione globuliny, czyli tak zwane reaginy, powstają najprawdopodobniej w swoistych ogniskach drobnokomórkowych.

4) Różnica pomiędzy surowicą kiłową a normalną jest tylko ilościowa.

5) Siła odczynu Wassermanna, zależna od ilości krążących we krwi reagin, przedewszystkiem świadczy o rozpowszechnieniu ognisk chorobowych; poniekąd może ona również służyć za wskaźniki czynności odpornościowych ustroju.

6) Ilość zawartych w surowicy kiłowej reagin uwydatnia dopiero miareczkowanie, które się może zatem przyczynić do lepszej orjentacji w przebiegu choroby.

7) Ujemny odczyn Wassermanna w żadnym razie nie wyklucza kiły; jest on zupełnie bezwartościowy, o ile jednocześnie nie był badany płyn mózgowo rdzeniowy.

8) Dodatni odczyn Wassermanna, pomimo licznych leczeń i braku objawów klinicznych, musi być uważany za przejaw ukrytej sprawy kiłowej.

Piśmiennictwo.

1) Kapsenberg. Zeitschr. f. Immunitätsf. 1921 t. 31. 2) Weisbach. Wassermann'sche Reaction u. Ausflockungsreactionen. Jena 1921. 3) Gloor i Klinger. Zeitschr. f. Immunitätsf. 1920. t. 29. 4) Felke-Zeitschr. f. Immunitätsf. 1921. t. 32. 5) Herzfeld i Klinger. Münch. med. Woch. 1917 N. 46. 6) Lange. Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1921. N. 23—24. 7) Hirszfeld i Klinger. Zeitschr. f. Immunitätsf. 1914. t. 21. 8) Nathan. Zeitschr. f. Immunitätsf. 1918. t. 27 i 1920 t. 29.

Z praktyki.

J. Tomanowski, lekarz Szpit. Okręg. w Zabłudowie.

O leczeniu chorych na dur osutkowy sposobem Dra A. Brennera.

W Polskiej Gazecie lekarskiej N. 8. 1922 i w Medizinische Klinik N. 33 1921 r. Dr. Brenner ogłosił swoje doświadczenia nad leczeniem chorych na dur osutkowy terpentyną i wodnikiem terpenu (*terpinhydrat*). Wszystkich chorych było 150, przyczem Dr. Brenner doszedł do tego przekonania, że najlepiej działają na chorych wziewania terpentyny przez nos. Dwa tampony z waty obficie zmoczene w terpentynie wkłada się w nozdrza. Objawów podrażnienia błony śluzowej nie zauważono. Ilość zużytej terpentyny wynosi 20.0 dziennie. Wziewania te najlepiej działają, jeżeli zastosuje się je w pierwszych dniach choroby przed wystąpieniem wysypki, w niektórych razach działają, jak się wyraża Brenner, wprost poronnie. Po zjawieniu się wysypki wziewania tylko łagodzą przebieg choroby; sprowadzają sen lepszy, zmniejszają drżenie i inne objawy nerwowe; szczególnie dobrze działają te wziewania na różne powikłania płucne w przebiegu duru.

W końcu swej pracy Brenner zaznaczył, że w cięższkich przypadkach duru zaczął robić doświadczenia nad leczeniem chorych terpentyną ozonowaną i otrzymał świetne wyniki; wobec tego stosowałem tylko wyłącznie terpentynę ozonowaną. Aby ją otrzymać, nalewano terpentynę na duże płaskie talerze i poddawano ją na dziedzińcu działaniu promieni słonecznych w ciągu dwóch godzin, poczem zlewano ją do butelek, które mocno zatykano. Z początku robiłem wziewania za pomocą wałków wkładanych w nozdrza chorych, tak jak zaleca Brenner. Ale po paru dniach zarzuciłem to, gdyż stwierdziłem, że terpentyna drażni błonę śluzową, a wałki tamują oddech u chorych nieprzytomnych. Zacząłem robić wziewania chorym za pomocą specjalnego przyrządu własnego pomysłu. Na górnej poręczy łóżka umocowywa się trójkąt z mocnego drzewa, jedno ramię tego trójkątu jest krótsze, drugie ma długości $1\frac{1}{2}$ arszyna. Na tem długiem ramieniu przymocowany jest sznurkiem kawał grubego lnianego płótna, który można dowolnie przesuwać.

Pielęgniarka od czasu do czasu zwilża koniec tego płótna ozonowaną terpentyną i tak je przesuwa, żeby zwilżony koniec był stale w pobliżu ust chorego. Oprócz tego co 3 godziny za pomocą rozpylacza zwilża się poduszkę koło głowy chorego. Takim sposobem chory ciągle pozostaje w parze ozonowanej terpentyny. W ten sposób leczono 34 chorych, z których u 18 stosowano same wziewania, a 16-tu oprócz wziewań dawano jednocześnie i terpinhydrat po 0,24 3 razy dziennie. Wodnik terpenu dawałem takim chorym, u których występowały powikłania w płucach, lub u których była dość słaba działalność serca. Podczas doświadczeń badałem mocz u chorych na białko, ale nie zauważyłem nigdy złego działania na nerki. Ślady białka, jakie były w chwili przybycia do szpitala u niektórych chorych, nie zwiększały się po wziewaniach. Brak mikroskopu i pracowni analitycznej przy szpitalu nie pozwolił mi na dokonywanie szczegółowego rozbioru moczu chorych. Na nieszczęście wśród chorych nie było ani jednego, któryby wstąpił do szpitala w pierwszych dniach choroby; wskutek tego nie udało mi się stwierdzić tego poronnego działania wziewań na chorych, o jakiem wspomina Brenner. Pomimo to u wszystkich chorych widziałem bardzo dodatnie działanie wziewań terpentyny na przebieg duru osutkowego, a mianowicie: 1) Chorzy lepiej spali. 2) Byli daleko spokojniejsi niż leczeni zwykłą metodą; drżenie jakoteż i inne objawy nerwowe były wyrażone w słabym stopniu. 3) Wziewania terpentyny bardzo dodatnio działały na powikłania ze strony płuc. Przed stosowaniem leczenia za pomocą wziewań terpentyny straciłem kilku chorych durowych, potem wypadków śmiertelnych nie miałem. 4) Chorzy lepiej jedzą. 5) Wreszcie terpentyna ozonowana oczyszcza powietrze w salach chorych.

O wynikach leczenia najlepiej świadczy statystyka szpitalna od 1 stycznia do 8 marca b. r. 51 chorych na dur plamisty leczono zwykłym sposobem, z nich umarło 7, t. j. 14%; od 8 marca do 8 maja leczono 34 chorych, wszyscy wyzdrowieli. O osłabieniu siły zarazka duru nie może być według mego zdania mowy, bo chorzy pochodzili z tych samych domów, co leczeni zwykłym sposobem.

Zbierając powiedziane jestem tego samego zdania, co i Brenner, że leczenie chorych na dur osutkowy wziewaniami terpentyny powinno zająć jedno z pierwszych miejsc w leczeniu tej choroby. Potrzebne są tylko dalsze badania kliniczne, potwierdzające powyższe wyniki.

Sprawozdania poglądowe.

Prof. Dr. Włodzimierz Łukasiewicz. Lwów.

O leczeniu chorób skórnych i wenerycznych nieswoistemi ciałami białkowemi i kolloidowemi [1]).

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. Wł. Łukasiewicz.

Środki stosowane zewnętrznie przy schorzeniach skóry działają jedynie objawowo i usuwają tylko zmiany miejscowe. Chcąc wpłynąć na proces, wywołujący chorobę, musimy częstokroć zadziałać na cały ustrój, aby nietylko usunąć wewnętrzne przyczyny chorobowe, lecz ponadto zmienić stan tkanek i uprzystępnić je dla leczenia. Osiągamy to przez odpowiednie odżywianie i wprowadzanie leków do organizmu.

Leczenie powinno a) uwzględnić przedewszystkiem usposobienie anatomiczne, określające nam rodzaj, postać i przebieg zmian chorobowych, następnie zaś b) wpłynąć także na usposobienie biologiczne.

W ostatnich lat dziesiątkach zwrócono uwagę na zabiegi lecznicze, mające na celu sprowadzenie zmiany krwi chorych osobników.

Również wiele metod, wywierających wpływ na krew, wprowadzono w dermatoterapji. W pierwszym rzędzie rozwinięcie techniki wlewań dożylnych salwarsanu spowodowało stosowanie innych środków w podobny sposób. Bruck (1911) zalecił w celu leczenia chorób skórnych upust krwi z następowem wlewaniem soli kuchennej.

Upuszczał on 250—750 cctm krwi, poczem wstrzykiwał w powolnem tempie pod skórę lub do żyły 500—1500 cctm, świeżo przyrządzonego, odpowiednio temperowanego, fizjologicznego roztworu soli kuchennej. To przemywanie krwi (Sahli) rozcieńcza ją znacznie po uprzedniem odprowadzeniu części pierwotnie nieodpowiedniej. Zaletą tej metody jest łatwość stosowania i nieszkodliwość wobec niezaprzeczonej skuteczności w pewnych przypadkach. Chwilowy zapad, wyjątkowo występujący, nie zdarza się przy upuszczeniu mniejszych ilości krwi, to też 50 cctm, może zupełnie wystarczyć.

Bruck podnosi korzystne wyniki, jakie tym sposobem osiągnął przy swędzących dermatozach (pokrzywka, świąd, pruritus). Potwierdzają to również inni autorowie (Simon Zieler, Rosental, Linser).

W klinice lwowskiej stosujemy tę metodę stale przy świerzbiączce, pęcherzycy, a zwłaszcza przy bardzo uporczywym i silnie swędzącym wyprysku, z wybitnym skutkiem. Chorzy z wypryskiem przewlekłym, którzy raz byli w ten sposób leczeni, zgłaszają się w razie zaostrzenia prosząc o ponowne stosowanie tego leczenia. Nie upuszczamy jednak więcej jak 100 cctm krwi, wstrzykując do żyły nie więcej, jak 250 cctm roztworu soli.

Przemywanie krwi odgrywa niezawodnie ważną rolę przy zapoczątkowaniu w naszej klinice przez Leszczyńskiego leczenia pęcherzycy wlewaniami $\frac{1}{2}$% gr roztworu chininy w większej ilości (200 do 250 cctm) roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Takich dożylnych wlewań można uskutecznić znaczną ilość (30—50). Wpływają one korzystnie nie tylko na odnowę przyskórka nawet w najcięższej postaci pęcherzycy łuszczącej się, lecz ponadto zmniejszają ekssudacją.

Nawroty stają się coraz słabsze i rzadsze a stan sił chorego poprawia się; przebieg w ogóle łagodnieje. Z tego powodu metoda ta zyskała sobie nie tylko u nas lecz i za

---

[1]) Wykład wygłoszony w Lwowskiem Towarzystwie lek.

granicą prawo obywatelstwa w leczeniu pęcherzycy. Natomiast stwierdziłem mniejszą skuteczność dożylnych wstrzykiwań takich samych dawek chininy, lecz rozpuszczonych tylko w małej ilości fizjologicznego rozczynu soli (10—20 cctm). Wynika stąd, iż większa ilość tego rozczynu podnosi skuteczność metody. Więc nie samo tylko przeciwzapalne, tonizujące i wzmacniające, działanie chininy ma tu znaczenie, lecz i znaczniejsza ilość roztworu soli.

Należy dalej wspomnieć o samym upuście krwi (bez następnego wlewania) w ostatnich czasach na nowo podejmowanym w dermatoterapji; stara to wielkiem powodzeniem dawniej ciesząca się a następnie zupełnie zaniechana metoda. W r. 1910 Bonne zaleca ją celem leczenia wyprysku łojowego. Zwłaszcza Luithlen i Stern podnoszą skuteczność tego zabiegu przy schorzeniach skóry. Przy ostrej anemji, która wystąpiła u chorego na *lupus vulgaris* po stosowaniu kwasu pyrogalusowego, uzyskał Stern wyzdrowienie skutkiem upustu 500 cctm krwi. Podobnież przy surowiczem zapaleniu kiłowem opon mózgowych. Przypisuje on z tego powodu wyższość upustowi krwi nad nakłuciem lędźwiowem. Przy pęcherzycy, pokrzywce upuszczał S. po 100 cctm. Także Kingsbury, Bechet, Achard, Flandin oświadczają się za upustem krwi przy dermatozach.

W ostatnich czasach upuszczał Kyrle po 100 cctm krwi10 razy i częściej u chorych kiłowych w czasie leczenia swoistego.

Moje kliniczne spostrzeżenia utwierdziły mnie w przekonaniu iż mierne upusty krwi (500—100 cctm) dają częstokroć dobre wyniki lecznicze i tak w ostrym wyprysku, opornym na leczenie miejscowe zwłaszcza u nadmiernie odżywionych lub uratycznych osobników.

Odnieść to należy chociażby do odciążenia tkanek przez odprowadzenie z tychże surowicy dla wyrównania w jak najkrótszym czasie utraty, wywołanej przez upust. Powiększeniem zaś ilości leukocytów tłumaczy się korzystny wpływ, jaki ten zabieg wywiera niekiedy na wyprysk osobników niedokrwistych i zołzowych. Upust krwi wywiera nie tylko wpływ na narządy krwiotwórcze, lecz ponadto na przemianę materji, jakoteż na wewnętrzne wydzielanie.

W miarę postępu badań bakteriologicznych i serologicznych starano się o czynne i bierne uodpornienie zapomocą szczepionek i surowic i stosowano parenteralnie białko. W ostatnich czasach stwierdzili liczni autorowie, jak R. Schmidt, Bier, Weichardt, R. Müller, Schittenhelm, Dölken, Rolly, Lindig i i. działanie lecznicze istot białkowatych przy rozmaitych chorobach. Poczęto więc stosować proteinoterapję także w dziedzinie chorób skórnych i wenerycznych obok szczepień w formie ciał drobnoustrojów nieżywych, surowic leczniczych i leków o składzie skomplikowanym (arsenobenzol).

O ile chemoterapja ma na celu zadziałać na zarazki bezpośrednio za pomocą odpowiednio sporządzonych środków leczniczych, o tyle zadaniem metod wspomnianych było wzmocnienie samoobrony organizmu czyli działanie pośrednie na chorobotwórcze przyczyny. Właściwie Bier pierwszy rozpatrywał nieswoistą proteinoterapję ze stanowiska, na którem dziś stoimy. Podnosił on pożyteczność zapalenia jakoteż gorączki dla zwalczania spraw zakaźnych. W tym też celu wzmagał przekrwieniem miejscowy proces zapalny, aby wpłynąć leczniczo na sprawę chorobową.

Celem leczenia zapalnych dermatoz użył Linser prawidłowej surowicy krwi innych zdrowych osobników, wstrzykując po 20 cctm podskórnie lub do żyły. Skłoniło go do tego doświadczenie, jakie zrobił na ciężarnych. W przypadku liszaja u ciężarnych (*Herpes gestationis*) zastosowali Linser i Mayer 20 cctm surowicy ludzkiej z osoby nieciężarnej bez jakiegokolwiek skutku. Natomiast po dwukrotnem wstrzyknięciu 20 cctm surowicy ze zdrowej ciężarnej ustąpiła tak gorączka, jakoteż pęcherze i krosty w przypadku liszaja u ciężarnych.

Podobnie zachowywały się też różne inne dermatozy ciężarnych przy tem leczeniu, zwłaszcza pokrzywka (występująca bez wiadomej przyczyny), a nawet liszajec pryszczykowy (*Impetigo herpetiformis*). Toż samo potwierdzili Mayer, Veiel, Rübsamen, Freund i i.

Skłoniło to Linsera do stosowania cudzej surowicy prawidłowej u osobników nieciężarnych. Stwierdzał on dobry skutek już po 1—2 wstrzyknięciach przy pokrzywce, ogniku, świerzbiączce. Po 6—8 wstrzyknięciach ustępował przy świądzie starczym. Także uporczywe postacie świądu przy żółtaczce szybko polepszyły się. Przy ciężkiej żółtaczce w chorobie czarnej noworodków (*Malaena neonatorum*) przypisują Franz i Merckens tej metodzie wprost działanie ratujące od śmierci. Linser zaleca ją dalej przy osutkach toxycznych (po tuberkulinie, rtęci, salwarsanie, jodzie, chininie), jakoteż przy rumieniu wysiękowym i plamicy. Jednakowoż te dwa schorzenia ustępują, jak wiemy, także zupełnie bez leczenia. Z dwu przypadków gnilca jeden miał Linser uleczyć, drugi skończył się śmiertelnie. W toczniu rumieniowatym widział Linser dobry skutek, podczas gdy przewlekły, podobnie jak łuszczyca, pozostały bez wpływu przy tem leczeniu. Przy wyprysku opisuje Linser w niektórych przypadkach polepszenie, podczas gdy Heuck widział pogorszenie przy *Eczema universale pruriginosum.* Wyjątkowo zauważyli oni obaj występowanie pokrzywki po tych wstrzyknięciach. Przy lżejszych przypadkach pęcherzycy widział Linser dobre wyniki tej metody, w cięższych zawiodła go podobnie jak przy *Dermatitis herpetifornis* (Duhring). Prätorius wstrzyknął do żyły u kobiety cierpiącej od 2 lat na pęcherzycę (p. złośliwa) bezpośrednio przedtem upuszczoną krew męża tejże i miał osiągnąć po tem wstrzyknięciu uleczenie.

Stosowanie własnej surowicy zamiast cudzej zaleca Spiethoff, postępując w ten sposób, iż wstrzykuje co 3-ci dzień u dorosłego tę ilość surowicy, jaką otrzymuje z 50—100 ccm upuszczonej krwi. Skoro skutek da się stwierdzić, powtarza jeszcze te wstrzykiwania dwa razy w tygodniu. Tą metodą leczył świąd w każdym wieku, dalej pokrzywkę, polepszenie zaś po niej stwierdzał przy świerzbiączce.

Przy wyprysku w ogóle nie zaleca tej metody. Natomiast korzystne wyniki uzyskiwał przy wyprysku opornym na wszelkie leczenie zewnętrzne. Na łuszczycę leczenie to pozostawało bez wpływu. Dobry skutek przy pęcherzycy mógłby się jednak odnosić do równoczesnego stosowania przez Spiethoffa (śródżylnie) chininy lub optochiny. Od r. 1913 Ravaut wstrzykiwał własną krew podskórnie z dobrym wynikiem przy rozmaitych dermatozach. Spiethoff zaleca to samo śródżylnie.

W klinice lwowskiej stwierdziliśmy w dwu przypadkach pęcherzycy polepszenie, wstrzykując surowicę z przypadku trzeciego, będącego w inwolucji. Jeden z tych przypadków ciężki z dążnością do złuszczenia, drugi bardzo uporczywy, w którym przerwano wlewania chininy z powodu wywoływania drgawek. Obawiając się zbyt silnego odczynu u osłabionych i gorączkujących chorych wstrzykiwano 2 razy w tygodniu w mięśnie pośladków.

Na ogół wstrzykiwania cudzej surowicy są połączone z trudnością uzyskania tejże. Najczęściej wzbraniają się względnie zdrowe osobniki przed zabiegiem wenepunkcji, uważają ją bowiem za szkodliwą dla siebie. Ponadto wstrzykiwania te nasuwają niebezpieczeństwo zakażenia z przeoczonych przypadków gruźlicy i kiły (seronegatywnej). Z tego powodu wiele momentów przemawiałoby raczej za stosowaniem własnej surowicy, nie mogącej pociągnąć za sobą zakażenia chorego inną chorobą (gruźlicą, kiłą).

Surowica zwierzęca działa wprawdzie silniej niż ludzka, lecz wobec potrzeby częstszych wstrzykiwań i niebezpieczeństwa anafilaxji nie nadaje się w ciężkich przypadkach.

(C. d. n).

Oceny i sprawozdania.

L. Timbal. **Biegunka przewlekła.** (*Les diarrhées chroniques*, **Etude clinique, coprologique et therapeutique.** Préface du Docteur J. Charles Roux. 1 volume de 270 pages avec figures. Masson et Co Editeurs). Cena 12 fr. net.

Z biegunką spotykamy się często w praktyce lekarskiej. Biegunka ostra zwykle trwa krótko i naogół nie przedsta-

wia szczególnych trudności rozpoznawczych. W przeciwieństwie do tego biegunki przewlekłe w chwili obecnej stanowią jeden z najbardziej zagmatwanych rozdziałów patologji. Liczne są tego przyczyny. W samej rzeczy trudno jest nieraz odróżnić biegunkę prawdziwą od rzekomej, która jest odmianą zaparcia stolca. Biegunka bywa również wyrazem złożonych objawów patologicznych, które zachodzą w jelitach, jest wynikiem przyczyn ogólniejszej natury również skomplikowanych. Ta różnorodność przyczyn, których następstwem bywa biegunka, jest właśnie treścią powyższej książki. Dla większości praktyków biegunka jest zaburzeniem czysto jelitowem, a co za tem idzie, i leczenie powinno się ograniczać do tego narządu. Autorowi chodzi o to, ażeby to za ciasne, według niego, pojęcie rozszerzyć, a to z tego powodu, że znaczna część biegunek przewlekłych jest pochodzenia pozajelitowego a leczenie takich biegunek może być tylko wtedy skutecznem, gdy lekarz uświadomi sobie ich pochodzenie.

Więcej niż połowę swej pracy autor poświęca opisowi postaci klinicznych biegunki i przesuwa po kolei obrazy kliniczne biegunki pochodzenia mechanicznego (związane przedewszystkiem z zaburzeniami sercowemi) — biegunki toksyczne, pochodzenia nerkowego — pasorzytnicze — swoiste (gruźlica i kiła). Obok tych biegunek pochodzenia pozajelitowego opisuje biegunki dyspeptyczne, kładąc nacisk na biegunki, zależne od nieprawidłowej czynności żołądka (nadkwaśność, niedokwaśność) i biegunki zakaźne czyli zapalenia jelita grubego w ściślejszem znaczeniu (*colitis*). Tę najważniejszą część pracy poprzedza bardzo wyczerpujący wykład metod rozpoznawczych, a w szczególności badania kału (coprologja) na podstawie najnowszych badań własnych i cudzych.

Niezależnie od wskazówek leczniczych w każdym poszczególnym rodzaju biegunki, znajdujemy ogólną metodykę leczenia biegunek przewlekłych, jak: higjena, odżywianie, leki, zabiegi terapji fizykalnej, leczenie wodami mineralnemi. Każdy z rozdziałów tej interesującej książki uwzględnia dokładnie piśmiennictwo europejskie (przeważnie francuskie).

Autor był szefem kliniki i preparatorem Wydziału lekarskiego w Tuluzie. J. Ch. Roux w przedmowie nazywa tę pracę sumienną, jasną i wyczerpującą (*probe, clair et complet*), na co się chętnie można zgodzić.

Neurologji polskiej, 6 tom został wydany pod redakcją L. Bregmana, E. Flataua, M. Gantza, H. Higiera, Wł. Janowskiego, J. Koelichena, S. Kopczyńskiego, Z. Srebrnego, Wł. Sterlinga.

Tom ten poświęcono »Drowi Samuelowi Goldflamowi w 70 rocznicę urodzin, w uznaniu Jego wielkich zasług dla nauki polskiej, od przyjaciół i uczniów«.

Oprócz życiorysu Goldflama, zawierającego Jego charakterystykę, jako pierwszorzędnego badacza i klinicysty, pióra kol. M. Biro, znajdujemy tu 42 prace z dziedziny neurologji lub pogranicza, oraz sprawozdania z posiedzeń sekcji neurologiczno-psychjatrycznej Warsz. Towarzystwa Lekarskiego z 4 lat (1916—1920). Całość, obejmująca przeszło 30 arkuszy druku (str. 395 + CI.), została starannie i estetycznie wykonana w drukarni R. Kaniewskiego. Piękne to wydawnictwo, zawierające wiele prac o głębszej wartości, świadczy wymownie o szacunku i sympatji, jaką się cieszy ten pionier naszej neurologji, skromny a niestrudzony pracownik w szerokich kołach naszego świata lekarskiego. Ozdobnie oprawny egzemplarz książki wręczyła jubilatowi delegacja złożona z Jego uczniów i przyjaciół.

A. Puławski (Warszawa).

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Journal of the Amer. Medic. Association.
Nr. 14. 8/IV. 1922.

E. Francis. **Toularemia Francis 1921.** Pod taką nazwą opisuje Francis chorobę zakaźną, spotykaną w stanie Utah (St. Zjedn. Amer. Półn.). Cierpienie to jest spowodowane przez *bacterium toularense*; drobnoustroje te spotyka się przeważnie u gryzoniów (zajęcy), a przenosi się na człowieka przez ukąszenie pewnego rodzaju pcheł. Na miejscu ukąszenia powstaje zaczerwienienie i obrzęk zapalny. Miejscowe gruczoły chłonne puchną i ciepłota dochodzi do 39 C. Stan taki trwa od tygodnia do czterech. Śmierć następuje tylko wskutek powikłań. Z krwi zwierząt oraz ludzi, dotkniętych tą chorobą, wychodował Fr. *bact. toularense.* Surowica chorych aglutynuje owe bakterje.

W. F. Petersen. **O odczynie Kottmanna.** Według Kottmanna surowica ludzi, dotkniętych chorobą Basedowa bardziej, aniżeli surowica osobników zdrowych, wstrzymuje proces zciemnienia związków światłoczulnych poddanych działaniu światła. Jeżeli do surowicy człowieka zdrowego dodamy jodku srebra, to po mocnem naświetleniu oraz po »wywołaniu« za pomocą hydrochinonu, wystąpi po pewnym czasie brunatne zabarwienie. Surowica ludzi o nadmiernej działalności tarczycy, wskutek wzmożonego stopnia dysperzji jej koloidów, (t. j. zwiększonej sile ochronnej) zmniejsza czułość jodku srebra na światło; wskutek tego zaciemnienie występuje daleko później. Na 70 przypadków hypertyreoidyzmu opóźnienie to wystąpiło w 65 razach, podczas gdy w 400 surowicach ludzi zdrowych, oraz chorych o prawidłowej tarczycy, odczyn Kottmanna występował po kilku minutach. Z leków jedynie sole bromowe opóźniają odczyn Kottmanna. Wobec tego opóźnienie odczynu Kottmanna (poza używaniem bromków) wskazuje, zdaniem autorów, na wzmożoną działalność tarczycy.

F. West. **Nowy sposób określenia wapnia oraz trombiny w surowicy.** Krew po dodaniu cytrynianu sodu nie krzepnie wskutek tego, iż bez jonu wapniowego, (związanego przez kwas cytrynowy), protrombina (trombogen) nie zamienia się w trombinę. Wobec tego krzepnięcie cytrynianowego osocza może być spowodowane: a) przez dodanie wapnia (zamiana protrombiny na trombinę) i b) przez dodanie gotowej trombiny. Surowica krwi zawiera obydwa ciała; przez ogrzewanie surowicy do 58 C. usuwamy działanie trombiny, pozostaje tylko wapień, którego wpływ na krzepnięcie cytrynianowego osocza da się porównać z tromboplastyczną działalnością określonych ilości wapnia. W ten sposób, przez dodanie do osocza ogrzanej i nie ogrzanej badanej surowicy określamy w niej ilość jonów wapniowych oraz ilość trombiny.

Foster i Whipple. **O pochodzeniu ciał białkowych krwi.** Z badań nad psami wynika, iż nieznaczne uszkodzenie wątroby powoduje wzrost ilości fibrynogenu we krwi; poważne zaś uszkodzenie wywołuje nagły spadek tego ciała białkowego. Podrażnienie którejkolwiek tkanki w ustroju, prawdopodobnie przez pobudzenie działalności wątroby, również wzmaga poziom fibrynogenu we krwi, tak n. p. w sprawach zapalnych zwiększona ilość fibrynogenu krwi wywołana jest nie dzięki obecności bakteryj (obce białko), lecz wskutek miejscowego podrażnienia tkanek. Szybka regeneracja fibrynogenu po większym upuście krwi jest możliwą dzięki zapasom oraz stałej jego produkcji w wątrobie.

M. Landesberg (Warszawa).

Bortier. **Wypadek anemji z zejściem śmiertelnem przez działanie promieni Roentgena.** Bordier podaje spostrzeżenie F. E. Larkins'a dotyczące wypadku anemji złośliwej z zejściem śmiertelnem u laboranta swojego zakładu. P. X. lat 43. Zdrów do stycznia 1921 r.; pracuje od lat 15, jako laborant w pracowni rentgenologicznej. Analiza krwi, zrobiona przypadkowo w październiku 1920 r. wykazała: ciałek czerwonych 4,200.000, c. białych 7.200. W styczniu 1921 r. p. X. uskarżał się na krótki oddech i brak apetytu. Cera stała się cytrynowo-żółtą, 4. lutego badanie ponowne krwi wykazało: Hb — 54%, c. cz. — 2,700.000, c. b. 1600 (lymphocytów 76%, wielojądrzastych 20%, eozynofilów 3%). Zmian organicznych w sercu nie wykryto. Tętno — 90. Ciepłota wieczorna od miesiąca: 37,7. Chory pozostał w łóżku, ale pomimo krótkotrwałej poprawy po zastosowaniu żelaza i arszeniku zjawiły się mózgowe objawy, zamroczenie umysłu, osłabienie pamięci. 6. marca ilość krwinek czerwonych obniżyła się do 1,350.000. 9. marca krwotok do siatkówki. 16. marca po przetoczeniu krwi ciepłota podniosła się do 41°, tętno do 150. Po silnych krwotokach nosowych chory zmarł 21. marca.

Jako przyczynę tej anemji dr. Larkins podaje zamianę lamp (rur) o promieniach miękkich mało przenikliwych, na lampy o promieniach b. przenikliwych. Dodaje przytem, że środki ochronne dla pracujących stale w pracowniach rentgenologicznych są często niewystarczające.

Autor proponuje, żeby krew osób będących w styczności z promieniami X lub też promieniami radu była badana okresowo, by móc zapobiedz wyżej opisanym wypadkom.

Lignac. **Przypadek olbrzymiej odbytnicy.** Chory od dzieciństwa miał stolec co 35—40 dni; w międzyczasie czuł się doskonale. Po stolcu waga jego zmniejszała się o kilka kilogramów. Badanie rentgenologiczne wykazało olbrzymią odbytnicę i esicę, do których swobodnie weszła masa kontrastowa w ilości 2.400 gr.

Barret. **Oznaki rentgenologiczne zwężenia odźwiernika; zwężenie i skurcz.** Metoda badania zwężenia odźwiernika, opierająca się na opóźnianiu się opróżnienia żołądka, nie jest miarodajną z następujących względów: 1) Znaczne opóźnienie (do 10 g.) może być zależne od skurczu odźwiernika; od rozszerzenia żołądka; od osłabionego ruchu robaczkowego. 2) Przy zaczynającem się zwężeniu brak jest częstokroć opóźniania się opróżnienia.

Jako zespół objawów wczesnych radjologicznych zwężenia uważa autor: a) zaburzenia funkcji motorycznej, b) rozszerzenie części przedodźwiernikowej żołądka, c) zaburzenia w opróżnianiu.

a) Zaburzenia funkcji motorycznej ujawniają się we wzmożonej perystaltyce oraz w następującej po niej fazie znużenia. Kolejność wysiłku i wyczerpania są wyrazem walki organu z przeszkodą. Fale perystaltyczne są czasami tak głębokie, że żołądek ma kształt wielokomorowy.

b) Rozszerzenie części przedodźwiernikowej daje się zauważyć już na samym początku cierpienia, kiedy jednak sprężystość mięśnia w innych częściach jest dostateczną. Część ta ma kształt głowy ptasiej. Najbardziej uwydatnia się ona w chwili znużenia.

Przy skurczu żołądka perystalstyka jest osłabioną, pojedyńcze fale skurczowe słabe, wolno postępują w kierunku odźwiernika. Ścianki żołądka jednak nie wykazują zwolnienia mięśnia, część zaś przedodźwiernikowa jest silnie skurczona.

c) Zaburzenia w czasie opróżniania mogą być bardzo nieznaczne. Najmniejsze opóźnienie ma wielkie znaczenie, jeżeli da się stwierdzić jednocześnie zaburzenia powyżej opisane; zaś przy ich braku nawet znaczne opóźnianie się w opróżnianiu nie przemawia za zwężeniem odźwiernika. Sposób opróżniania się żołądka zależy od istoty przeszkody: czy jest ona organiczną, czy tylko pochodzenia skurczowego (spasme). Jeżeli mamy do czynienia z przeszkodą organiczną, opróżnianie zależy od siły perystaltyki. W czasie skurczu (spasme) opróżnianie ustaje, po ustaniu skurczu staje się normalnem.

Hadengue. **Leczenie promieniami Roentgena neuralgji, jako postaci jednoobjawowej nagminnego zapalenia mózgu.** Autor podaje spostrzeżenia dotyczące 37 przypadków newralgji typu korzonkowego splotu ramieniowego, jako postaci jednoobjawowej nagminnego zapalenia mózgu (encephalitis lethargica) nie zaś jako pozostałości zapalenia.

Objawy kliniczne były mniej więcej jednakowe u wszystkich chorych: znużenie, lekki ból głowy, stan podgorączkowy, bezsenność, czasami czkawka. Po 24—48 g. występowała silna jednostronna newralgja umiejscowiona w splocie ramieniowym, rzadziej szyjno-ramieniowym. Działanie środków przeciwbólowych było bardzo nieznaczne lub nie koiły bólu zupełnie. Chorzy w czasie leczenia promieniami X. nie przyjmowali żadnych lekarstw oprócz urotropiny, która według zdania autora wpływała dodatnio na leczenie promieniami. Z 37 chorych — jeden wyzdrowiał po 1 seansie, 4 zaprzestało leczenia się z poprawą, ale w ciągu 2 miesięcy uczuwali tępy ból i mrowienie u rąk. Reszta zaś chorych już w 10 dni po naświetlaniu wyzdrowiała zupełnie, chociaż niektórzy z chorych zaczęli się leczyć dopiero po 3 miesiącach choroby.

Garcin. **Gruźlica kręgosłupa.** Autor podaje historję choroby oraz rentgenogramy dwuch chorych. Przyp. I. klinicznie: gruźlica płuc otwarta, lasecczniki stwierdzone; ropień opadowy w dole biodrowym lewym z otwartą przetoką pachwinową. Rentgenogram wykazuje zmiany, umiejscowione w IV i V kręgach lędźwiowych, które mają klasyczny wygląd z bocznemi wyroślami kostnemi w postaci dziuba papugi.

Przyp. II. klinicznie: sztywność całego kręgosłupa bez żadnego wygórowania *(saillie)*. Pochylenie tułowia ku przodowi; zapalenie opłucnej z wysiękiem krwawym pochodzenia gruźliczego oraz wodniak jądra. Zdjęcie wykazuje zmiany wszystkich kręgów polegające na bocznych wyroślach kostnych w kształcie dzioba papugi, nadających kręgom wygląd diabolo (zabawka w kształcie szpulki). Ze zdjęć wyżej opisanych wynika, że istnieją cierpienia obejmujące cały kręgosłup pochodzenia gruźliczego. Identyczne zmiany w kręgach spostrzega się też przy cierpieniach gośćcowych. Z dyskusji wyłoniło się, że podobne zmiany powstają też u chorych na trypra, czasami jednak są stwierdzane u chorych, którzy na żadne bóle w okolicy kręgosłupa nie uskarżali się, zmiany więc były wykryte zupełnie przypadkowo.

Jadwiga Magnuszewska (Warszawa).

Choroby oczne.

Archives d' Ophtalmologie.
Nr. 12. 1921.

Frenkel. **O wyjmowaniu ciał obcych z oka zapomocą elektromagnesu.** Istnieją różnego rodzaju elektromagnesy, które według wielkości dzielimy na małe, n. p. elektromagnes Hirszberga, olbrzymie, n. p. elektromagnes Haaba, wreszcie forma pośrednia skonstruowana przez Dorna. Autor podaje dokładny opis olbrzymiego elektromagnesu, wykonanego przez Dra Aufaurea, który stale jest używany w klinice okulistycznej w Tuluzie. Gdy mamy podejrzenie istnienia ciała obcego, elektromagnes zwłaszcza formy olbrzymiej, pozwala w sposób najprostszy i najpewniejszy na postawienie diagnozy co do jego charakteru (magnetycznego lub nie) i umiejscowienia. Wywiady w tym względzie są bardzo niemiarodajne, badanie roentgenologiczne również często zawodzi zwłaszcza, gdy chodzi o liczne drobne odłamki po wybuchu. Przystawiając koniec magnesu do rogówki i zamykając prąd, zauważamy po pewnej chwili, że tęczówka wypukla się w jednem miejscu, niekiedy pojawia się tam maleńki krwotok. Jednocześnie chory uczuwa ból. Rozpoznanie jest pewne, mamy do czynienia z ciałem obcem, które elektromagnes przyciąga. Co się tyczy wyjęcia ciała obcego śródocznego, to możemy dokonać tego drogą przednią, o ile ciało obce znajduje się w odcinku przednim gałki, lub, o ile je tam zapomocą elektromagnesu olbrzymiego przyciągnięto, albo też drogą tylną wprost z rany twardówkowej lub też po nacięciu twardówki, o ile rana pierwotna jest już zabliźniona. Przy wyjmowaniu ciała obcego drogą przednią robimy naprzód keratotomię, irydektomia najczęściej nie jest potrzebna, mały elektromagnes w większości przypadków jest wystarczający, przy drodze tylnej nieodzownym prawie zawsze jest elektromagnes olbrzymi lub wreszcie formy średniej. Wyniki operacyjne na ogół zadowalniające zależą od czynników następujących: 1) od wielkości ciała obcego, 2) od czasu, przez jaki ciało obce w oku pozostawało, 3) od jego umiejscowienia (ciała obce w przednim odcinku gałki dają lepszą prognozę, niż w tylnym), 4) od objawów zakażenia i podrażnienia, jakie mogą spowodować.

J. Lampert. **O tolerancji soczewki wobec małych ciał obcych metalowych. O trudnościach rozpoznawczych.** 1) Robotnik, mechanik zgłasza się z powodu, iż od roku widzi coraz słabiej okiem lewem. Rok temu wyjmowano mu drobne ciało obce z rogówki. Badanie kliniczne z pomocą mikroskopu rogówkowego ze szczeliną Gullstranda wykazuje, co następuje: Rogówka przeźroczysta z wyjątkiem maleńkiej, przybrzeżnej blizny 1 mm długiej, zajmującej całą grubość rogówki. Na przedniej torebce soczewki przy rozszerzonej źrenicy widać maleńki złóg barwika, w średnich warstwach soczewki ciało obce 0,5 mm średnicy, połączone cieniutkiem, szarem pasemkiem ze złogiem barwika, soczewka w całości lekko zaćmiona, można jednak widzieć tylną torebkę. Poczucie światła, projekcja dobra. Jakichkolwiek objawów podrażnienia nigdy nie było.

2) Ślusarz zgłasza się z powodu, iż od dwóch tygodni, od chwili wyjęcia mu ciała obcego z rogówki lewej, coraz mniej widzi okiem lewem. Badanie kliniczne: na rogówce lewego oka niewielka blizna, zajmująca całą jej grubość, na przedniej torebce soczewki kępka zorganizowanego wysięku łącząca się z blizną rogówkową i z maleńkiem ciałem obcem, znajdującem się w przednich, przyjądrowych warstwach soczewki. Soczewka, zwłaszcza w części środkowej, rozlanie zaćmiona. Bystrość wzroku 5/36. Podobne przypadki, znane już zresztą w literaturze, wykazują, że nieznaczny uraz soczewki, z natychmiastowem zamknięciem rany torebkowej przez złóg barwika lub wysięk, powoduje tylko bardzo powolne i stopniowe zaćmienie soczewki, w przeciwieństwie do tego, co otrzymujemy przy znaczniejszych, nie zatkanych niczem uszkodzeniach torebki, stąd te duże trudności djagnostyczne, gdyż ciała obcego często dostrzec nie można, a chory nie zawsze przypomina sobie, czy doznał urazu.

Aubineau-Nantes. **Opryszczka rogówki w następstwie szczepienia przeciwdurowego.** *(Herpes corneae).* W piśmiennictwie okulistycznem francuskiem znajdujemy opis 11 przypadków opryszczki rogówki w następstwie szczepienia przeciwdurowego szczepionką Vincenta. Przebieg choroby we wszystkich przypadkach jest mniejwięcej następujący: pojawia się opryszczka rogówki często wraz z opryszczką nosowowargową jednostronnie, zwykle w 2 — 3 dni po silnej reakcji ogólnej, wrażliwość rogówki na dotyk w miejscach dotkniętych schorzeniem zupełnie zniesiona, w pozostałych zaś częściach zmniejszona, również zmniejszoną jest wrażliwość spojówki gałki. Silny światłowstręt. Napadowe bóle odpowiedniej połowy twarzy o charakterze nerwobolu nerwu trójdzielnego. Nerw trójdzielny zawsze jest mniej lub więcej zajęty i musimy przypuścić porażenie włókien odżywczych i czuciowych rogówki. Jakkolwiek pojawienie się opryszczki rogówki powstaje w ścisłym związku z silną reakcją ogólną, nie sądzimy jednak, że chodzi tu o sprawę zakaźną lub toksyczną, mamy do czynienia raczej z pewnego rodzaju wstrząsem, zwłaszcza, że wiemy, iż opryszczka towarzyszy często wstrząsom anafilaktycznym; może też chodzić o pewne zaburzenie równowagi fizyko-chemicznej i to się odbija na układzie współczulnym.

Duverger i Dutheillet de Lamotte. **Zaburzenia wzrokowe przy schorzeniach nieropnych zatok twarzy.** Autor opisuje przypadki kilku chorych, zgłaszających się z powodu bólów głowy o charakterze następującym: Są one dość silne, jednostronne, w okolicy czołowej powiększają się przy ucisku górno-wewnętrznego kąta oczodołu, występują napadowo przy pracy z blizka, zawsze zatem w dzień, nigdy w nocy, gdy chory pozostaje w spokoju. Bóle te różne zatem są od bólów przy sinusitis front., które są silniejsze, raczej stałe, powiększające się przy ucisku przedniej ściany zatoki czołowej i sklepienia oczodołu. Brak wszelkich zmian zewnętrznych, zaczerwienienia, obrzęku, trzeszczu gałki. Bystrość wzroku we wszystkich opisanych przypadkach prawidłowa, brak zaburzeń akomodacji i zbieżności. Diafanoskopja i badanie roentgenologiczne wykazują zupełną przeźroczystość zatok czołowej i szczękowej, niema też ropy w *meatus medius*, natomiast badanie rynologiczne stwierdza we wszystkich opisanych przypadkach niedrożność kanału nosowoczołowego, czyto wskutek przesunięcia przegrody nosowej w ten sposób, że wypukłość jej odpycha ku ścianie zewnętrznej przednią część muszli średniej, zamykając przez to dolny otwór przewodu, czyto wskutek przerostu części przedniej muszli średniej, czy wreszcie przez polipy, znajdujące się w *meatus medius*. Przywrócenie drożności kanału nosowoczołowego zapomocą leczenia zachowawczego lub częściej sposobem chirurgicznym, sprowadza zawsze zupełne wyleczenie.

J. Trószyńska.

Choroby skórne i weneryczne.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
N. 1. r. 1922.

J. Nicolas, G. Massia i Dupasquier. **Rozważania nad etjologją rumienia lombardzkiego z 5 przypadkami jeszcze nie ogłoszonemi.** Autorowie zwracają uwagę, że już w r. 1908 wyrazili swój pogląd na etjologję rumienia lombardzkiego. Według tego poglądu nie ma ścisłej granicy pomiędzy rumieniem lombardzkim właściwym a rumieniami o cechach podobnych, lecz mniej wybitnie zaznaczonych, nie ma też innego czynnika choroby te wywołującego, jak tylko niedostateczne odżywianie się i to odżywianie pokarmami o składzie nie dosyć rozmaitym.

Jednostajność i niedostateczna ilość przyjmowanych pokarmów, ubogich w składniki odżywcze, jest zdaniem autorów główną przyczyną rumienia lombardzkiego i schorzeń jemu podobnych. Na poparcie swej teorji przytaczają 5 nie ogłoszonych dotąd przypadków. We wszystkich można było wykazać braki co do jakości i ilości pożywienia. Poddając krytyce wszystkie dotychczasowe teorje o etjologji rumienia lombardzkiego dochodzą do wniosku, że żadna z nich nie jest oparta na dowodach niezbitych i przekonujących. Najstarsza z nich, dopatrująca się przyczyny rumienia lombardzkiego w odżywianiu się kukurudzą zepsutą, upadła z chwilą, gdy wydane we Włoszech ostre zarządzenia przeciwko używaniu zepsutej kukurudzy nie wykazały wpływu na zmniejszenie ilości zachorowań. Teorja o czynniku uczulającym na światło nie ma podstaw realnych, bo czynnika takiego dotąd nie wyosobniono. Podobnie nie da się utrzymać teorja pasorzytnicza, skoro nie znamy zarazka. Teorji zaliczającej rumień lombardzki do t. zw. »awitaminoz« przeczą doświadczenia A. Lumiera. Autor ten wykazał, że przy karmieniu gołębi ryżem najzupełniej oczyszczonym objawy chorobowe ustępują, jeśli się karmi gołębie przemocą i dba o dostateczną ilość pokarmu choćby tak oczyszczonego i w początkach karmienia szkodliwego. Natomiast dodatek witamin nie wprowadzi równowagi w odżywianiu, jeśli ilość pokarmu jest niewystarczająca. Teorja urazów przewodu pokarmowego i wessania toksyn, wywołujących objawy rumienia lombardzkiego nie wyjaśnia niczego, bo nie znamy tych toksyn i nie wiemy nic o ich pochodzeniu. Wszystkie wyliczone teorje stwierdzają, zdaniem autorów, jedno tylko: niedostatek w odżywianiu pokarmami małowartościowemi i małą rozmaitość pokarmów. Autorowie zwracają w końcu uwagę na to, że przypadki przez nich spostrzegane, dotyczyły wyłącznie kobiet. Tę przewagę rumienia lombardzkiego u kobiet tłumaczą tem, że kobiety odżywiają się nietylko niedostatecznie, ale i więcej jednostronnie pokarmami małowartościowemi, gdy mężczyźni pokarm małowartościowy i zbyt jednostajny uzupełniają niejednokrotnie pokarmem spożywanym poza domem.

Escher. **Włókniakowatość nerwów — akromegalja.** Opis przypadku, w którym prócz wybitnych objawów włókniakowatości nerwów takich, jak guzy skórne i podskórne, rozrzucone w wielkiej ilości na tułowiu, odnóżach i wzdłuż przebiegu nerwów, zmiany barwikowe skóry i upośledzenie umysłowe, zaznaczały się również wybitnie cechy akromegalji. Zrost palca 2 i 3 na obu stopach, nierówność w obu połowach twarzy, zez, nieprawidłowe ułożenie zębów i skrzywienie kręgosłupa każą zdaniem autora wnosić, że w danym przypadku miało się do czynienia z chorym obarczonym ponadto kiłą wrodzoną. Jakkolwiek badania serologiczne krwi i płynu mózgordzeniowego dały wynik ujemny, mimo to autor wyliczone wyżej cechy uważa za wystarczające do rozpoznania kiły wrodzonej i przyjmuje, że kiła wrodzona mogła dać powód do powstania zarówno włókniakowatości nerwów, jak i akromegalji. Właściwej patogenezy włókniakowatości nerwów dopatruje się autor w wadliwym rozwoju poszczególnych składników zewnętrznego listka zarodkowego.

L. Chatellier. **Liszaj rumieniowaty podostry z zupełnem wyłysieniem.** Kobieta 29-letnia, dziedzicznie nieobciążona, była zupełnie zdrowa aż do 21 roku życia. W tym czasie zaczęła się uskarżać na ogólne osłabienie i łatwe męczenie się, zauważyła też powiększenie gruczołów na szyji i pod pachami. W 27 roku życia na skórze owłosionej głowy zauważyła dwa ogniska chorobowe, czerwone, łuszczące się i lekko swędzące. Włosy w tych miejscach rychło wypadły, ale zresztą stan nie zmieniał się przez 18 miesięcy. Po upływie tego czasu wystąpiło nagłe wypadanie włosów na głowie, co w przeciągu 15 dni doprowadziło do zupełnego wyłysienia mimo, że skóra głowy nie okazywała żadnych wyraźniejszych zmian choro-

bowych a samopoczucie ogólne było zupełnie dobre. Dopiero w jakiś czas potem wystąpił upadek sił, brak apetytu, zmęczenie i niechęć do pracy, co trwało około miesiąca. W tym czasie na policzku prawym pojawiło się ognisko chorobowe, podobne do ognisk poprzednio na głowie dostrzeżonych, a więc w postaci plamy czerwonej, lekko wyniosłej, nieco swędzącej i nieznacznie się łuszczącej. Podobne plamy wystąpiły i na szyi. Do zmian opisanych dołączył się wkrótce obrzęk całej skóry twarzy zaznaczony najwybitniej na powiekach. Stan ogólny pogarszał się gwałtownie. Upadek sił coraz znaczniejszy, brak apetytu, wymioty, spadek na wadze i podwyższenie ciepłoty do 38.5° C. W chwili badania okazywała chora prócz opisanych wyżej zmian, a więc prócz dwu ognisk chorobowych na głowie, już w okresie zaniku skóry będących, prócz zupełnej łysiny na skórze owłosionej głowy zresztą nie zmienionej, prócz ostrego obrzęku całej twarzy i ognisk liszaja rumieniowatego na szyji i klatce piersiowej, rozsiane tu i ówdzie na tułowiu ogniska chorobowe o cechach liszaja zołzowego, a na odnóżach liczne białe, na obwodzie silniej zabarwione, drobne okrągłe blizny takie, jakie zwykle pozostają po »*tuberculosis papulonecrotica*«. Pod wpływem leczenia arsenem i chininą stan ogólny chorej stopniowo się poprawiał. Ustępował też stopniowo obrzęk na twarzy. Po dwu i pół miesiącach leczenia ustąpiły też i zmiany na skórze, a jako ich ślad pozostało jedynie przebarwienie skóry, lekkie łuszczenie się, miejscami ogniska zaniku skóry. Opisany przypadek należy do rzadkich tak ze względu na wyłysienie zupełne, jak ze względu na przebieg. Wyłysienie, i to zupełne, bez towarzyszącego mu zaniku skóry jest w liszaju rumieniowatym niezwykłą rzadkością i zbliża się swą postacią poniekąd do wyłysienia po chorobach gorączkowych ostrych. Na takie przypadki zwrócili uwagę Jadassohn i Verotti. Uogólnienie się liszaja rumieniowatego o przebiegu ostrym kończy się zwyczajnie śmiercią. W tym przypadku przebieg był podostry, jakkolwiek w początkach groźny.

P. Ravaut i Boulin. **Figówka pasorzytnicza o typie »kerion«, wyleczona szybko dożylnemi wstrzykiwaniami płynu Lugola.** Jest to drugie z rzędu spostrzeżenie o korzystnem działaniu dożylnych wstrzykiwań płynu Lugola w grzybie strzygącym. W pierwszym przypadku, który Ravaut ogłosił przed kilku miesiącami, Sabourand zarzucał wątpliwość skutecznego działania, przyjmując wyleczenie samoistne, tembardziej, że leczenie rozpoczęto zbyt późno. W tym przypadku rozpoczęli autorowie leczenie w 20 dni po wystąpieniu zmian chorobowych. Ogniska chorobowe zajmowały brodę, podbródek, policzki i szyję. Znacznemu obrzękowi skóry i najbliższych gruczołów chłonnych towarzyszył szczękościsk i ciepłota dochodząca do 38 i 39° C. Miejscowo nie stosowano żadnych środków leczniczych. Leczenie polegało jedynie na stosowaniu dożylnych wstrzykiwań płynu Lugola w ilości 1 — 5 cm^3 na dawkę. Wstrzyknięcia stosowano codziennie i to w ten sposób, że zacząwszy od 1 cm^3, co dnia zwiększano dawkę o 1 cm^3, a doszedłszy do 5 cm^3 dawki tej już nie przekraczano. Po pierwszem wstrzyknięciu ciepłota spadła do prawidłowej, po 4-ch wstrzyknięciach ustąpił szczękościsk i zaznaczyło się spłaszczanie nacieków, a po 15 wstrzyknięciach stwierdzono zupełne ustąpienie objawów chorobowych, tak klinicznie, jakoteż mikroskopowo. Ujemną stroną tego sposobu leczenia jest zdarzające się czasem zarośnięcie żyły, czego uniknąć można, rozrzedzając dawkę, do wstrzyknięcia przeznaczoną, w 20 cm^3 roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Autorowie zaznaczają też, że w przypadkach, gdzie wskazane jest stosowanie czy to wewnętrzne, czy dożylne jodku potasu lepiej użyć płynu Lugola, bo działa energiczniej. W grzybie strzygącym powierzchownym u dziecka stosowanie tego sposobu leczenia zawiodło.

Lenartowicz. (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

X. Posiedzenie naukowe z dnia 8 marca b. r.

Odbyło się w klinice chorób nerwowych prof. Piltza. Obecnych członków 82. Przewodniczący kol. Woyciechowski wyraża gorące pośmiertne wspomnienie prof. St. Braunowi. Obecni uczcili pamięć Zmarłego przez powstanie. Następnie prezes odczytuje zaproszenie na Zjazd balneologiczny urządzony staraniem tow. właścicieli realności, oraz lekarzy i przemysłowców z Krynicy; poczem zawiadamia, iż prezydent Izby lekarskiej oraz prezes związku lekarskiego odbyli posiedzenie z delegatami związku urzędników w sprawie organizacji pomocy lekarskiej. Uchwalono wolny wybór lekarzy, z tem jednakowoż, iż obniża się wysokość honorarjum od 25—75%.

1. Kol. Ciechanowski zdaje sprawę z posiedzenia redaktorów Pol. Gaz. lek. we Lwowie, gdzie dążono do udoskonalenia pisma w różnych kierunkach, poruszając bardzo niski stosunkowo udział krak. Tow. lek. w spółce akcyjnej pol. Gaz. lek.

2. Kol. Tempka przedstawia przypadek **niedokrwistości aplastycznej**, jako wynik zejścia *thrombopenia essent. Franka*. W dyskusji zabrał głos kol. Blassberg.

3. Kol Zieliński przedstawia: a) przypadek **tężyczki w czasie ciąży**. Chora 38-letnia, obecnie po raz ósmy w ciąży. W przebiegu drugiej ciąży miała objawy tężyczki, które wystąpiły w styczniu a po porodzie zniknęły. W szóstym miesiącu obecnej ciąży (grudzień 1921) zaczęły cierpnąć i drętwieć palce, w miesiąc później pojawiły się napadowo toniczne skurcze w kończynach górnych z typowem ustawieniem „*main de l' accoucheur*", w kończynach dolnych skręcenie stóp ku wewnątrz z maksymalnem zgięciem ich ku dołowi, jakoteż palców. Gdy do poprzednich objawów dołączyły się jeszcze kurcze w zakresie twarzy, języka i gardła, chora zgłosiła się do kliniki wewnętrznej U. J., skąd skierowano ją do kliniki neurologicznej. Z końcem stycznia b. r. kliniczny obraz ciężkiej tężyczki był w całej pełni: poza opisanemi atakami tężyczkowemi, wszystkie objawy świadczące o wzmożonej pobudliwości nerwów obwodowych w bardzo wybitnym stopniu (Chvostek, Trousseau, Schlesinger, Erb). Leczenie za pomocą bromu, wapna i paratyreoidyny bez polepszenia stanu. Poprawa zaznaczyła się dopiero w ostatnich trzech tygodniach przed porodem, który nastąpił przedwcześnie w ósmym miesiącu ciąży. Tuż po urodzeniu dziecka na świat, bardzo silny, ale już ostatni, atak tężyczkowy. Objawy tężyczki utajonej (Chvostek, Trousseau, Schlesinger, Erb) wtedy jeszcze bardzo wybitne, w trzy dni nie dały się już wykazać. Dziecko niedonoszone nie okazywało żadnych objawów tężyczki. b) Omawia przypadek **tężyczki po porodzie** w przebiegu ostrej sprawy zakaźnej. Chora 22-letnia, odbyła pierwszy poród z początkiem stycznia b. r. W tydzień po tem przykre zboczenia czucia rąk, po kilku dniach (około połowy stycznia b. r.) toniczne skurcze w rękach i nogach, mięśniach szyji, twarzy, gardła a nawet gałek ocznych z równoczesną dusznością. Objawy Chvostka, Trousseau, Schlesingera, Erba bardzo wybitne. Stopniowe pogorszenie mimo leczenia (brom wapno, paratyreoidyna). Skutkiem częstych i długotrwałych ataków tężyczkowych z dusznością musiano stosować chloral, injekcje hyoscyny, morfiny. Po zastosowaniu dyety bezmącznej (według Fuchsa) w kilka dni ustały napady tężyczkowe, natomiast wybuchła psychoza w postaci podniecenia psycho-motorycznego z urojeniami prześladowczemi i halucynacjami słuchowemi. (Tak samo jak w przypadku opisanym przez Elzholza). Dziesiątego dnia psychozy nagłe podniesienie ciepłoty do 39°, a nazajutrz wysypka początkowo guzkowa, na obwodzie kończyn najobfitsza, przy ciepłocie do 40.7°. Objawów „*Tetania latens*" nie można już wykazać. Aż do zgonu utrzymuje się tak wysoka gorączka przy niesłychanie obfitej plamistej żywo czerwonej wysypce na kończynach, tułowiu i twarzy; w przeddzień śmierci, jedyny w okresie psychozy i gorączki, bardzo silny i długotrwały atak tężyczkowy, obejmujący mięśnie całego ciała z groźną dusznością. Czwartego dnia gorączki chora zmarła Sekcja wykazała ognisko okołooskrzelowego zapalenia w lewym dolnym płacie płucnym, zwyrodnienie miąższowe serca, ostry obrzęk śledziony. Badanie krwi wykonane na oddziele prymarjusza Dra Kostrzewskiego: leukocytoza 25.000; odczyny Weila, Widala ujemne; hodowle ze krwi ujemne. Badanie kału w okresie pełnej tężyczki wykonane w pracowni Doc. Dra Seńkowskiego nie wykazało sporyszu, co przemawia przeciw poglądowi Fuchsa (odmiana *ergotismus convulsivus*).

W obu przypadkach, w pierwszym dwukrotnie, możemy stwierdzić skłonność do występowania tężyczki w pewnej porze roku, skłonność, według statystyk niemieckich i francuskich, dla choroby bardzo charakterystyczną i przemawiającą za istnieniem jakiegoś czynnika endemiczno-epidemicznego, któremu podlegają wszystkie rodzaje tężyczki, (tężyczka dziecięca, idiopatyczna, żołądkowa, w przebiegu chorób zakaźnych). Spostrzeżenia poczynione w klinikach chirurgicznych Billrotha, Kochera i Eiselsberga ustaliły związek przyczynowy pomiędzy obrazem klinicznym tężyczki, a brakiem lub zaburzeniem czynności gruczołów przytarczyczynych (*tetania parathyreopriva*). Spostrzeżenia te poparte doświadczeniami na zwierzętach (Biebl) rzucają pewne światło na inne postacie tężyczki wobec tożsamości następowych obrazów klinicznych. Są one w swej istocie także wyrazem dysfunkcji gruczołów przytarczycznych pod wpływem czynników intoksykacyjno-infekcyjnych, których zadziałanie wydaje się być związane z pewnymi warunkami geofizycznemi i klimatycznemi określonej pory roku (od stycznia do kwietnia według Frankl-Hochwarta).

4 Kol. Pieńkowski w krótkim wstępie zaznacza, że **epidemja nagminnego zapalenia mózgu** bynajmniej nie wygasła, jak to można było sądzić z przebiegu jej w roku 1921. Przeciw-

nie od listopada 1921 do chwili obecnej miał sposobność spostrzegać około 20 świeżych przypadków. Typy spotykane w tegorocznej epidemji są różne, zwykle mieszane. W przeciwieństwie do licznych ciężkich, złośliwych postaci hyperkinetycznych roku 1920 obecnie spotyka się wiele postaci łagodnych, o krótszym przebiegu okresu ostrego i często postacie poronne, ambulatoryjne, zatarte, trudne pod względem rozpoznawczym Z dawniejszych obrazów dobrze znanych przeważa raczej postać oczno-śpiączkowa. Prócz tego dość często spotyka się psychiczne zmiany z nieznacznemi zmianami fizycznemi. Trudności rozpoznawcze są często nie do przezwyciężenia. Następnie przedstawia kursorycznie 6 przypadków, na których kolejno można przestudjować różne okresy chorobowe, począwszy od drugiego miesiąca choroby, a kończąc na 27-ym miesiącu.

I. Przypadek Mężczyzna 32-letni, dotychczas zdrów. Obecna choroba rozpoczęła się I. 1922 huczeniem w głowie, zawrotem głowy, podwójnem widzeniem i sennością, gorączką i podnieceniem w nocy, zaparciem stolca. Po kilku dniach podniecenie przeszło, śpiączka lekka trwa dotychczas. Przedmiotowo: zaspany, nieco maskowaty wyraz twarzy, źrenice prawie nie oddziaływują na światło; obustronne opadnięcie powiek, VII praw. nieco słabszy, IX praw słabszy, mowa mniej wyraźna. Powolność ruchów. Czasami lekkie zaburzenia chwilowe orjentacji. Śpi większą część doby.

II przyp. Panna 22-letnia. Dotychczas zdrowa. Obecna choroba rozpoczęła się 24. XI. 1921. bólami i lekkiem szarpaniem w nogach i mięśniach brzucha, bezsennością. Po 3 tyg. gorączka, majaczenia przez 4 dni i śpiączka słaba przez 12 następnych dni. Potem w nocy bezsenność, w dzień senność, a od I. 1922 uczucie duszności. mowa gorsza, ślinotok i powolność. Przedmiotowo: maskowatość twarzy, upośledzone oddziaływanie źrenic na światło, nierówność źrenic, lewostronnie opadnięcie powieki, VII. praw. ustny słabszy. Słabe stężenie w kończynach z uskokami; ruchy czynne lewostronnie opóźnione z chybotaniem. Postawa: pochylona i unieruchomiona głowa i tułów. Powolność ruchów. Gorszy chód.

III przypadek. Mężczyzna 29-letni, żonaty. Zachorował II. 1921. Nagłe bóle w kończynach, podwójne widzenie, gorączka, bezsenność, delirium, ruchy mimowolne — w ciągu 7 dni. Potem śpiączka 5 tygodni. Następnie bezsenność w nocy, senność w dzień, zawroty, ślinotok, powolność. Po dalszych 2 miesiącach poprawa. Od jesieni 1921 senność, ogólne osłabienie, zawroty, powolność. Przedmiotowo: maskowatość i amimia. Oddziaływanie źrenic upośledzone. Brak zbieżności. Oczopląs przy patrzeniu ku górze. Obustronne lekkie opadnięcie powieki. VII. praw, ustny słabszy, XII. lew. słabszy. Mowa gorsza. Ruchy czynne prawostr. gorsze. Stężenie średniego stopnia ogólne. Kataleptyczność. Powolność ruchów. Pulsiones.

IV. przypadek. Panna 29-letnia, dotychczas zdrowa. Obecna choroba rozpoczęła się III. 1920 bólem w piersiach, dreszczami i gorączką. Po 3 dniach: bezsenność, bóle i szarpania w kończynach, podniecenie i zwidywania. Po 2 tyg. senność 6-tygodniowa. Potem powolna poprawa do XII. 1920, ale powolność. Od 1921 r. pogorszenie: bezsenność w nocy, ślinotok, mowa gorsza, drżenie ogólne, i powolność coraz większa. Przedmiotowo: wyraźna maskowatość i zupełna amimia twarzy. Oddziaływanie źrenic na światło słabe; nierówność źrenic; rozbieżne ustawienie gałek ocznych. Chybotanie żuchwy Mowa gorsza. Przy ruchach chybotanie; prawe kończyny opóźniają się. Ogólne stężenie dość wyraźne z uskokami. Kataleptyczność. Powolność ruchów. Retropulsje. Chód zły.

V. przypadek. Mężczyzna 40-letni, żonaty. Dotychczas zdrów. Zachorował II. 1920. Bóle, dwojenie przed oczami, bezsenność, zwidywania. Po 2 tygodniach senność. Pracy nie przerywał. Po dalszych 2 tygodniach bezsenność w nocy, senność w dzień, osłabienie, powolność, ogólne drżenie, mowa gorsza. Przedmiotowo: silna maskowatość twarzy. Brak oddziaływania źrenic na światło. Nie konwerguje. Lekki oczopląs poziomy przy spojrzeniach w bok. Chybotanie żuchwy. VII. pr. osłabiony. Obustr Chvostek. Częsty głęboki oddech. Mowa gorsza. Ruchy z chybotaniem, w lewych kończynach gorsze. Stężenia og lne wyraźne. Wybitna kataleptyczność. Powolność ruchów bardzo znaczna. Pulsiones.

VI. przypadek. Mężczyzna 21-letni, wolny. Obarczony dziedzicznie chorobami umysłowemi ze strony matki. Dotychczas zdrów. Zachorował XII. 1919. Nagłe bóle, podwójne widzenie, gorączka, bezsenność, silne podniecenie. W ciągu 3 mies. chory był na oddziale dla umysłowo chorych Potem senność w dzień, bezsenność w nocy, osłabienie, powolność, ślinotok. Stopniowo pogorszenie: drżenie ogólne, mowa zła, zgrzytanie ciągłe zębami i ustawiczne mruganie powiekami, zmiana usposobienia, drażliwość, kłótliwość i stale bezsenność w nocy. Przedmiotowo: twarz maskowata, stale skrzywiona; mruganie. Nierówność źrenic; oddziaływanie na światło prawie żadne. Ciągłe przesuwanie żuchwy do boków; by uniknąć zgrzytania chory stale trzyma zapałkę między trzonowymi zębami. VII. lewy mniejszy, XII. pr. mniejszy Mowa oporna. Przy ruchach czynnych lewe kończyny opóźniają się. Chybotanie. Opór wzmożony z uskokami. Chybotanie całego ciała. Retropulsiones. Chód zły Powolność ruchów nieduża.

Na zakończenie kolega Pieńkowski podkreśla, że we wszystkich tych przypadkach, jak zresztą u większości chorych na nagminne zapalenie mózgu, na plan pierwszy wysuwają się nie porażenia, nie inne znane dotychczas zaburzenia, ale zmiany mało dotychczas zanalizowane, dotyczące układu nerwowego ruchowego nie piramidalnego. Zmiany te pozornie nieduże czynią cho rych takich ciężkimi inwalidami w życiu. Zapalenie nagminne mózgu przyczyniło się niewątpliwie w znacznym stopniu do bardziej wszechstronnego zbadania zaburzeń ruchowych o typie nie piramidalnym, a z drugiej strony zaburzenia te spopularyzowały się wśród ogółu lekarzy, z których każdy ma możność spostrzegać stany zwane „parkinsonizmem" lub stany podobne do nich.

Wysocki, sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XX. Posiedzenie naukowe z dnia 2 czerwca 1922 r.
Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 94.

1) Kol. Rencki i Franke zapraszają Kolegów do wzięcia udziału w wycieczce do Morszyna; kol. Sabatowski składa sprawozdanie w sprawie otwarcia Truskawca i oddania go do publicznego użytku od dnia 1 czerwca b. r.

2) Kol. Łukasiewicz przedstawia chorego: a) ze świeżemi zmianami na całej skórze pod postacią drobnych pęcherzyków, z następową eksfoljacją; dno niektórych pęcherzy zaczyna bujać, tworząc rozległe wegetacje; w miarę wygojenia pozostają plamy, wgłębione poniżej poziomu skóry. Są to blizny, a postacią chorobową jest **pęcherzyca brodawkująca** (*p. vegetans*), nieraz mylnie rozpoznawana, jako kiła. I w tym przypadku zmiany na mostku i lewem udzie mają podobieństwo do kilakowej postaci kiły. Krew zawiera 4% ciałek eozynochłonnych w 1 mm³; odczyn Bordeta dodatni. b) chorą z naciekiem ropiejącym, rozpadającym się, wielkości dłoni na skórze podudzia prawego. Tkanka ziarninowa składa się z okrągłych komórek epiteloidalnych. W przypadku powyższym chodzi o *folliculitis exulcerans* (Łukasiewicz). Po 10 wstrzyknięciach mleka objawy chorobowe ustąpiły.

W dyskusji kol. Leszczyński podnosi, że ubiegłych lat nie widział prawie przypadków pęcherzycy, a tego roku sam miał już kilka. Kol. Łukasiewicz przypisuje to otwarciu granicy wschodniej i leczeniu się ludności z pasa nadgranicznego Podola i Wołynia we Lwowie.

3) Kol. Schramm przedstawia niezwykły przypadek prawdopodobnie **rozdarcia lewej żyły ramiennej** przy grze w tenisa. Żyły na klatce piersiowej po stronie lewej są porozszerzane. Utrudnione krążenie żylne, jakby przy guzie, pochodzi, jak sądzi mowca, z wylewu rozdartej żyły.

W dyskusji kol. Mazanek, który pierwszy bezpośrednio po wypadku widział chorego, nie zauważył żadnych zmian, a tylko podmiotowo chory uczuwał, jakby miał za ciasny rękaw.

Kol. Węgłowski sądzi, że ma się tu do czynienia z lewostronnym wylewem krwawym pod powięzią mięśnia piersiowego mniejszego. Strona lewa jest w całości twardszą od strony prawej. Rozszerzenie widać tylko w tych żyłach, które przebijają tę powięź.

4) Kol. Hilarowicz **przedstawia**: a) chorego 11-letniego **ze zwężeniem bliznowatem przełyku**, powstałem po wypiciu ługu, u którego wykonano główną część operacji Roux, polegającą na przemieszczeniu pętli jelita czczego, połączonego z żołądkiem pod skórę na piersiach. Omawia następnie różne sposoby wytwarzania nowego przełyku ze skóry, części jelita i z samego żołądka. U chorego przedstawionego pozostaje jeszcze ostatnia część zabiegu do wykonania, tj. połączenie z przełykiem na szyji. b) chorego 17-letniego z kikutem **po odjęciu stopy** sposobem Choparta, nienadającym się zupełnie do chodzenia z powodu ustawienia szpotawo-końskiego, bolesności i owrzodzenia; omawia krótko sposoby polecane dla uzyskania lepszych wyników i leczenia wadliwych kikutów po operacji Choparta.

W dyskusji kol. Stuchły zaleca dobre wyniki po operacji sposobem Pirogowa; kol. Węgłowski podnosi, że nieprzecięte ścięgno Achillesa w odjęciach stopy przeciąga kikut w stronę podeszwową i chory chodzi na bliźnie. Poleca więc przeszczepianie części ścięgna na mięśnie wyprostne; kol. Schramm omawia wady i zalety różnych operacyj odjęcia stopy.

5) Kol. Chomicki przedstawia: a) chorą operowaną z powodu **kamicy żółciowej**. Sprawa chorobowa datuje się od roku. Chora zaczęła odczuwać bóle w okolicy międzyłopatkowej, które trwały około 3 tygodni. Bóle te przeszły, a obecnie w prawem podżebrzu zauważyła chora rosnący guz, prawie niebolesny. Nie miała nigdy dreszczów, gorączki, typowych napadów kolki i żółtaczki. Wykonano przetokę woreczkową z powodu niemożności wyłuszczenia woreczka żółciowego, bardzo silnie pozrastanego z otoczeniem. Kamień wielkości orzecha włoskiego tkwił w przewodzie pęcherzykowym b) **preparat żołądka** obejmujący $^{2}/_{3}$ całości jego, wycięty w przypadku, w którym badanie rentgenem nie stwierdziło raka. Przy zabiegu wykazano zupełną niedrożność odźwiernika i bardzo liczne powiększone gruczoły wzdłuż krzywizny małej. Badanie drobnowidowe dało obraz **raka gruczolakowego**. c) chorą z **wolem pozamostkowym**, bardzo utrudniającym oddychanie. (A. r.)

W dyskusji kol. Schramm zaznacza, że w przypadku kamicy żółciowej opona śluzowa pęcherzyka była zupełnie zniszczona, tak, że istnieje możliwość zupełnego zarośnięcia jamy woreczkowej. Kol. Meisels określa trudności rentgenologa przy rozpoznawaniu nowotworów żołądka.

6) Kol. Demianowska przedstawia rodzeństwo wykazujące **zespół objawów chorobowych należących do bezładu dziedzicznego**. U chorej, mającej 27 lat, pierwsze objawy wystąpiły

około 9 roku życia. Obecnie stwierdza się: w obrębie nerwów mózgowych lekki niedowład prawej dolnej gałązki nerwu twarzowego i zaznaczony oczopląs. Bezład kończyn górnych i dolnych. Chód wybitnie o typie móżdżkowym; dodatni objaw Romberga. Zniesienie odruchów kolanowych i ze ścięgna Achillesa, chwilami zaznaczony objaw Babińskiego. Obustronnie stopa Friedreicha. Zaburzenia mowy.

Podobny obraz chorobowy, tylko w jeszcze większem nasileniu, przedstawia brat chorej, który obecnie ma lat 17. Choroba jego zaczęła się w 7 roku życia; oprócz objawów spotykanych u siostry stwierdza się u niego otępienie umysłowe, wybitny obustronny objaw Babińskiego, zaniki drobnych mięśni rąk i rzadko spotykane ustawienie rąk przypominające stopę Friedreicha. Chwilami drżenie całego ciała i ruchy mimowolne podobne do ruchów pląsawiczych. Podobny obraz chorobowy pozwala na rozpoznanie bezładu dziedzicznego o typie Friedreicha, jakkolwiek i tu, podobnie jak prawie we wszystkich przypadkach, przejście do typu Marie'go nie jest zupełnie ściśle odgraniczone. W dziedziczeniu bezładu obowiązują prawa Mendla; mimo to 7-ro z rodzeństwa chorych nie wykazuje zmian chorobowych a także ani w dalszej rodzinie ani u przodków nie można wywiadami stwierdzić istnienia jakichkolwiek dziedzicznych chorób układu nerwowego. Tylko ojciec chorego, zmarły w 72 roku życia, wedle zapodań matki miał mieć jedną stopę ustawioną tak samo jak chory syn; pozatem uważał się za zdrowego. Prawdopodobnie była to poronna forma bezładu, stanowiąca punkt wyjścia dla dziedziczenia u dzieci.

7) Kol. Rencki przedstawia przypadek *lymphosarcomatosis Kundrata*. Schorzenie zaczęło się przed 2 laty miejscowym obrzękiem gruczołów pachwinowych po stronie lewej, które doszły do wielkości głowy dorosłego człowieka; w dalszym przebiegu zajęte zostały sprawą chorobową gruczoły pachwinowe po stronie prawej, podpachowe, szyjne i karkowe. Gruczoły śródpiersiowe nie powiększone. Omawiając istotę choroby, różniczkowe rozpoznanie w odniesieniu do ziarniaka złośliwego, podnosi niezwykłe powiększenie gruczołów chłonnych, ogólny dobry stan chorego, lekkie stany podgorączkowe, brak obrzęku śledziony. W krwi c. cz. 4·5 mil., hgb. 8·5, cb. 7—9000, neutrof. 65, limf. 24·6, mon. 2%, t. 0·6, eozynof. 8%. Badanie drobnowidowe wyciętych gruczołów wykazało typową budowę dla *lymphosarcomatosis Kundrat'a*. W podobnym przypadku, spostrzeganym przed rokiem w klinice lekarskiej, osiągnięto utrzymujące się dotąd wyleczenie po arsenie i naświetlaniach promieniami Roentgena.

8) Kol Grek przedstawia przypadek *Endocarditis lenta*, dotyczący mężczyzny 22-letniego, zwracając uwagę na częstsze pojawianie się obecnie tego schorzenia jakoteż na okoliczność, że jest ono może za rzadko rozpoznawane. W klinice jesto 6-ty przypadek tego cierpienia, spostrzegany w ciągu bieżącego roku. Omówiwszy pokrótce charakterystyczne objawy tego cierpienia zwraca przedewszystkiem uwagę na zachowanie się obrazu krwi, który przybrać może czasami cechy niedokrewności złośliwej. Wyhodowanie z posiewu krwi paciorkowca zieleniejącego (*streptococcus viridans*) udaje się tylko w nielicznych przypadkach, nie jest to jednak konieczne do rozpoznania tego cierpienia. Leczenie w dotychczasowych przypadkach pozostało zawsze bez wyniku a rokowanie tem samem jest więc jak najgorsze.

W dyskusji kol. Rencki podkreśla, że pod niedokrwistością lub zimniczem powiększeniem śledziony kryje się często *endocarditis lenta* i przypomina znaczenie migdałków i zepsutych zębów w etiologji tego schorzenia. Wstrzykiwanie 15—20% cukru gronowego nie odniosło skutku leczniczego. Kol. Franke wspomina badanie Paesslera, który pierwszy zwrócił uwagę na związek wielu chorób z zepsutemi zębami.

Kol. Allerhand stwierdza, iż mowca zupełnie pominął ważny czynnik etjologiczny przedstawionego cierpienia, podnoszony z naciskiem przez autorów angielskich i amerykańskich, a mianowicie przewlekłe zakażenia zębodołów, które mogą podobnie jak migdałki (Paessler, Munk, Falta) stać się powodem przewlekłego zapalenia wsierdzia (Osler), schorzeń stawów i mięśni (*arthritis i myositis Rosenow*), niedokrewności „złośliwej" (Hunter), również jak mogą się one odkryć jako winowajcy tajemniczych skądinąd posocznic (*sepsis cryptogenetica*). Badania bakterjologiczne, wykonane w tysiącznych przypadkach głównie przez autorów amerykańskich, wykazały w zakaźnych ogniskach zębodołowych właśnie tego paciorkowca, którego opisał po raz pierwszy Schottmüller jako *streptococcus viridans* i którego w swej monografji o *endocarditis lenta* uważa za drobnoustrój stale w tem schorzeniu znajdowany. Mimo oporu, na jaki wśród autorów niemieckich napotyka nauka o zakażeniu ustnem „*Oralsepsis*", propagowana głównie przez autorów angielskich i amerykańskich, przyznaje sam Schottmüller w ostatniej publikacji, iż związek przyczynowy między zakażeniami zębodołów a *endocarditis lenta* jest możliwy. Naturalnie, że przesada, jak wszędzie tak i tu dyskredytuje to dobre, które nauka o zakażeniu ustnem zawiera. Bezkrytyczne masowe wyrywanie zębów nietylko częstokroć chorym nie pomaga, lecz przeciwnie stan ich pogarsza. Takie skrajności nie upoważniają jednak jeszcze do pogardliwego przechodzenia do porządku nad działem patologji, poważnie naukowo ugruntowanym, i cieszącym się częstokroć, przy rozumnej współpracy internistów i dentystów, zadziwiającemi wynikami leczniczemi

9) Kol. Stefek przedstawia przypadek **polyglobulji** u mężczyzny 49-letniego Po omówieniu objawów klinicznych i szeregu zapatrywań starających się wytłómaczyć przyczynę powstawania tego cierpienia, zatrzymuje się dłużej nad wpływem istoty korowej nadnereza, która według Stephana, będąc w stanie zwiększonej czynności, działa hamująco na dział·lność erythrofteniczną śledziony, prowadząc do powstania polyglobulji. Stephan, wychodząc z założenia zależności opisanego cierpienia od zwiększonej czynności części korowej nadnercza, i stwierdziwszy wielką wrażliwość komórek tejże części na działanie prom. Roentgena radzi naświetlać lewe nadnercze małemi dawkami wynoszącemi 30—35% HED, które wystarczają do zniszczenia części korowej, pozostając bez wpływu na istotę rdzenną. W przedstawionym przypadku, po naświetleniu jednego nadnercza dawką znacznie wyższą od wyżej podanej, nie stwierdzono spadku czerwonych ciałek. Po naświetleniu drugiego nadnercza po upływie tygodnia wystąpił spadek ciałek czerwonych, utrzymujący się przez 5 dni: poczem jednak ilość krwinek czerwonych w 1 mm^3 doszła znowu do stanu przed naświetlaniem. Tak więc naświetlanie nadnercza w powyższym przypadku polyglobulji nie dało trwałego wyniku.

W dyskusji kol. Rencki podnosi, że u jednego z chorych na polyglobulję z 14,000.000 krwinek czerwonych, po naświetleniu wszystkich kości rentgenem, ilość krwinek spadła do 6,300.000. Kol. Meisels zaznacza niewyjaśniony związek przyczynowy nadnerczy z polyglobulją.

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie Nadzwyczajne (z udziałem uczestników Konferencji Sanitarnej Międzynarodowej z dnia 27 marca 1922 r.)

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

Prezes prof. A. Gluziński wygłosił do zebranych przemówienie powitalne w języku francuskim tej treści:

Przed kilku miesiącami w tej samej sali obchodziliśmy uroczyście setną rocznicę założenia naszego Towarzystwa. Przedstawiciele Towarzystw lekarskich Krakowa, Lwowa, Poznania, Wilna i wielu innych miast polskich pośpieszyli na naszą uroczystość, aby oddać hołd pamięci wszystkich tych, którzy żyli i pracowali przed nami w chwilach bardzo ciężkich dla narodu i pomimo prześladowań i cierpień wysoko nieśli sztandar polskiego ducha i polskiej nauki. Uważamy za dobry znak dla naszego Towarzystwa, że w pierwszym roku po setnej rocznicy swojej ma ono zaszczyt powitać w swoich murach, ufundowanych dzięki ofiarności jednego z swoich członków, dostojne zebranie członków wszystkich narodów, natchnionych ideą walki — na szczęście niekrwawej — dla dobra całej ludzkości.

Dostojni Koledzy! Jesteście szczęśliwi, że przed wojną, podczas swych studjów, ani też w życiu praktycznem nigdy lub też nadzwyczaj rzadko spotykaliście się z durem osutkowym, powrotnym lub ospą. Jest to wynikiem bardzo wysokiej kultury, doskonałego stanu materjalnego waszych społeczeństw, lecz pozwólcie mi, Dostojni Panowie, powiedzieć bez cienia zarozumiałości, że jest to także zasługą i lekarzy polskich. Nasi koledzy, czy to w tej części, która była podległą Rosji, czy też w części podległej państwu Niemieckiemu, czy nakoniec w części podległej Monarchji Austrjackiej, wszędzie bronili Zachodu przeciw atakom epidemji, które parły ze wschodu. Ta ciężka walka kosztuje nas drogo. Liczne mogiły naszych kolegów, którzy złożyli życie w ofierze, zasługują na to wspomnienie.

Wojna zniszczyła nasz kraj, a i obecny stan Rosji grozi niebezpieczeństwem. Ze wschodu i obecnie uderzają epidemie w nasz kordon i przedostają się w głąb naszego kraju, a nieszczęsna ludność w niektórych częściach kraju cierpi od epidemji i pomnaża mogiły na cmentarzach. Siły obrońców, którzy tak często giną na posterunkach, słabną.

Jesteśmy też wdzięczni szczerze, że w tej walce koledzy innych narodów często z bardzo odległych stron przybywają nam na pomoc, kierując się jedynie uczuciem wzniosłem naszego zawodu i miłością bliźniego. Oni również złożyli ofiarę z życia. Niedawno odprowadziliśmy na miejsce wiecznego spoczynku młodego kolegę z Ameryki, który złożył swe życie pod godłem Czerwonego Krzyża. Nasza ziemia nie będzie dla niego obcą, a my zachowamy na zawsze Jego pamięć z wdzięcznością. Zrozumcie więc, Dostojni Koledzy, nasze uczucia, z jakiemi mówimy do Was „Witajcie", a zrozumiecie, z jaką uwagą śledzimy rozprawy waszych posiedzeń, a także ile siły i energji doda nam Wasza obecność.

Wybaczcie mi, że jeszcze jedną wzmiankę uczynię. Jako lekarze polscy, jako cząstka narodu, który przez długi czas był pozbawiony niepodległości, byliśmy głęboko dotknięci na wszystkich kongresach i zjazdach międzynarodowych, że nas rozdzielano, gdyż było nam wzbronionem łączyć się pod własnym sztandarem. Tem więcej jesteśmy szczęśliwi, że mamy dzisiaj możność i prawo przywitać Was delegatów tylu narodów w stolicy naszego Państwa.

Witajcie, Dostojni Panowie, i przyjmijcie przywitanie naszego Towarzystwa z takiem samem uczuciem, z jakiem my Wam je składamy, a także najlepsze życzenia owocnej Waszej pracy podjętej dla dobra ludzkości.

W zastępstwie chorego prof. Z. Dmochowskiego wiceprezes Starkiewicz odczytał historję działalności Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego w walce z chorobami zakaźnemi, cholerą, durem osutkowym i innemi.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie w sześćdziesiątych latach zeszłego stulecia pierwsze podniosło myśl zwołania konferencji międzynarodowej w celu skuteczniejszej walki z cholerą.

Na tem posiedzenie zakończono i udano się na przyjęcie urządzone w resursie Obywatelskiej przez Lekarzy warszawskich dla Delegatów międzynarodowej konferencji.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Prof. Dr. Antoni Cieszyński, Lwów.

Sprawa studjów dentystycznych przy Uniwersytetach polskich.

Obecnie są tylko przy Wydziałach lekarskich Uniwersytetów małopolskich, tj. w Krakowie i Lwowie, osobne katedry stomatologji oraz Instytuty dentystyczne. Niema ich zaś w Warszawie, Poznaniu i Wilnie. W zakładach tych w trymestralnym kursie otrzymują studenci medycyny pogląd na stomatologję oraz podstawy z chirurgji dentystycznej w zakresie potrzebnym lekarzowi praktycznemu. Kurs ten dentystyczny, obejmujący w całokształcie studjów lekarskich 80 godzin, nie może być jednak wystarczającym dla specjalisty. Studja bowiem dentystyczne specjalne wymagają nie 80 ale 2460 godzin wykładów — jak o tem będziemy mówili później (ryc. 6.) Lekarze praktyczni mogą jednak na podstawie swych wiadomości uzyskanych podczas studjów lekarskich nieść pierwszą pomoc dentystyczną w razie bólu zębów, głównie w miejscowościach pozbawionych specjalisty, ograniczając zabiegi swe przeważnie do wyjęcia zęba i najwyżej do założenia wkładki arszenikowej i oczyszczenia zębów z kamienia nazębnego, podczas gdy wszystkie inne zabiegi zachowawcze i techniczno-dentystyczne będą musiały być wykonane przez lekarza dentystę, specjalistę.

We Lwowie i Krakowie mogą się wprawdzie specjalizować w dentystyce lekarze po ukończeniu swych studjów, poświęcając na ten cel przynajmiej $1^1/_2$—2 lat czasu. W praktyce jednak mało który lekarz po uzyskaniu doktoratu poświęca się tejże specjalności. Tak np. kształciło się na stomatologów przez 8 lat wojny we Lwowie tylko trzech lekarzy, poświęcając studjom specjalnym niespełna rok, co oczywiście nie jest wystarczające, w r. zaś 1921 rozpoczęło się specjalizować również trzech.

W Warszawie Wydział lekarski jest w stanie organizacji, tak samo w Poznaniu i Wilnie. Tem się tłumaczy, że nie utworzono tamże osobnych katedr stomatologji. W Warszawie istnieje natomiast od roku 1920 Państwowy Instytut dentystyczny z czteroletniem studjum. Studentów było tamże w końcu ubiegłego roku 520.

Z powyższego przedstawienia wynika, że tylko w Warszawie istnieje możność dla studentów odbywania studjów dentystycznych w czterech latach, nie istnieje natomiast możność ta w Małopolsce i Wielkopolsce. We Lwowie i Krakowie wymaga się od specjalisty stomatologa całkowitego studjum lekarskiego i studjum dodatkowego (a więc $7^1/_2$ do 8 lat). Poznań zaś nie posiada nawet dotąd Instytutu dentystycznego przy uniwersytecie, w którym możnaby odbywać kursy specjalne. Nie jest dotąd rzeczą zdecydowaną, czy dla uniwersytetu w Poznaniu należałoby stworzyć warunki, jakie istnieją przy uniwersytetach małopolskich, czy na wzór Państwowego Instytutu dentystycznego w Warszawie; w tym względzie brak dotąd wszelkich rozporządzeń ministerjalnych.

Chcąc stwierdzić potrzebę większej ilości lekarzy dentystów w Polsce, oprzeć się musimy na danych statystycznych i porównać liczby te z analogicznemi liczbami za granicą, nie mówiąc już wogóle o wielkiej doniosłości stomatologji dla społeczeństwa ze względów ogólno higjenicznych. Zestawiwszy ilość lekarzy dentystów z ilością lekarzy, podajemy stosunek jednego lekarza, względnie jednego lekarza dentysty, do ilości mieszkańców, opierając się przytem przeważnie na danych z r. 1911 i 1912 w braku statystyki późniejszej.

Tablica I.

	na tysięcy mieszkańców	Lekarzy		Lekarzy-dentystów	
		wogóle	jeden przypada na mieszkańc.	wogóle	jeden przypada na mieszkańc.
W Królestwie Polsk. na	12.130	1.510	8.100	***800**	*15 000*
w b. dzielnicy pruskiej	6.555	1.280	5.100	***50**	**131.000**
w Małopolsce	8.026	1.464	5 500	****138**	**60.000**
w Polsce	26.711	4.254	6.233	*988*	*27.000*
w b. Austrji w r. 1914	51.000	11.600	2.400		
w Rosji w r. 1911	119.000	15.394	7 100		
w Niemczech w r. 1912	65.000	33.627	2.000	*3.639*	*18.000*
w Prusach w r. 1912	40.165	19.671	2.000	*2 340*	*17.164*

* w r. 1920.

** w r. 1920, 86 w wschodniej, 52 w zachodniej Małopolsce.

Źródła: Romer i Weinfeld: Rocznik polski, tablice statystyczne, Kraków 1917. — Dane statystyczne z numeru 11 i 12 Tygodnika lek. z r. 1914, wydanego „Na otwarcie Instytutu dent. Wszechnicy lwowskiej“, i uzyskane z Urzędu Zdrowia.

Perliński: Zębolecznictwo wobec Rządu i przedstawicieli Narodu, Poznań, 1920.

Perliński: W sprawie zapotrzebowania lekarzy dentystów w Polsce, Poznań 1920.

Z statystyki w tablicy I. wynika, że, chcąc dorównać zachodnio europejskim państwom, powinniśmy mieć w Polsce $2^1/_2$ do 3 razy więcej lekarzy, aniżeli jest dotychczas. Lekarzy dentystów powinno być w Wielkopolsce $7^3/_4$ razy więcej, w Małopolsce zaś blizko $3^1/_2$ razy więcej, aniżeli posiadamy dotychczas.

Obliczenie powyższe oparłem na porównaniu stosunków polskich z analogicznemi w Niemczech, gdzie pomimo stosunkowo wysokiej ilości lekarzy dentystów (ca. 4000 i coraz wzrastającej liczby studentów dentystyki) istnieje brak lekarzy dentystów i szerzy się partactwo dentystyczne, uprawiane na podstawie ustawy o ogólnej ordynacji procederowej z r. 1869 (*Gewerbefreiheit*) przez 14.000 techników dentystycznych. Charakterystyczne jest, że w Niemczech jest nie wiele miejscowości, posiadających około 5000 mieszkańców, któreby nie posiadały choćby jednego lekarza dentysty i kilku techników dentystycznych; a nawet są miejscowości, które licząc zaledwie 2500 mieszkańców, posiadające już lekarza dentystę. Stan ten zbija mniemanie, istniejące w Polsce, że lekarz dentysta tylko utrzymać się może i jest potrzebny w większem mieście.

Pomimo analogicznych potrzeb społeczeństwa polskiego, pomocy zachowawczej nie udziela się u nas szerokim masom w dostatecznej mierze z powodu braku specjalistów, pomimo, że 80% domaga się zachowania a nie tylko wyjęcia zębów, jak stwierdzić możemy to w klinice lwowskiej.

Stosunki pod względem partactwa są w Małopolsce i byłej dzielnicy pruskiej znacznie gorsze, aniżeli w Niemczech, lub byłej dzielnicy rosyjskiej wobec niewystarczającej ilości lekarzy dentystów. Potrzeba lekarzy dentystów wzmogła się po powstaniu Państwa polskiego znacznie w latach ostatnich wskutek zorganizowania pomocy dentystycznej w armji, utworzenia kas chorych, wprowadzenia opieki lekarskiej i dentystycznej w szkołach. Ilość lekarzy dentystów w byłej dzielnicy pruskiej zmalała w stosunku do czasów przedwojennych wskutek emigracji lekarzy denty-

stów narodowości niemieckiej do Niemiec, w Małopolsce zaś wskutek braku przyrostu podczas wojny.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę ten moment, że wobec wielkiego braku lekarzy dentystów w Polsce wymagać się powinno, ażeby przyrost lekarzy dentystów w przyszłości był w Polsce większy, a przynajmniej nie był mniejszy, aniżeli obecnie w Niemczech, gdzie jest 31% studentów dentystyki w stosunku do studentów medycyny, procent ten należałoby przyjąć również dla Polski, biorąc zarazem pod uwagę względnie niższą liczbę studentów medycyny w Polsce w stosunku do ilości medyków w Niemczech. Jak z ryc. I. wynika, jest w Niemczech 23 uniwersytetów, na których studjuje 15.870 studentów medycynę, w Polsce mamy natomiast tylko 5 uniwersytetów z 3 pełnemi wydziałami lekarskiemi i 5052 studentów medycyny (tabl. II).

Stosunek studentów dentystyki do studentów medycyny w Niemczech wynosi 4921 do 15.870 czyli 31%. Gdybyśmy przyjęli dla Polski analogiczne warunki co w Niemczech, powinniśmy mieć 6570 studentów medycyny i 1627 studentów dentystyki.

Ponieważ do tej idealnej liczby studentów medycyny dojdziemy dopiero za kilka lat po rozroście Uniwersytetu poznańskiego i wileńskiego, możemy wziąć na razie tylko obecną liczbę medyków pod uwagę, tj. 5252, i ustalić w stosunku do tejże liczby liczbę studentów dentystyki. Powinno więc studjować dentystykę w Warszawie 759, we Lwowie 384, Krakowie 372, Poznaniu 112; mamy więc wobec tego za mało studentów dentystyki: w całej Polsce 1114 i to w Warszawie 249, we Lwowie 381, w Krakowie 372, w Poznaniu 112. Poznań powinien wobec faktu tego, że 1 lekarz dentysta przypada w Wielkopolsce na 131.000 mieszkańców, posiadać przynajmniej około 150 studentów dentystyki.

Znacznie gorzej jeszcze przedstawiają się widoki na przyszłość. Udowodnić możemy to ilością studentów dentystyki, przyjętych na rok I. w stosunku do liczby medyków. (Tabl. II. B i ryc. 3.) Otóż na rok I. medycyny przyjęto w całej Polsce 760 studentów medycyny, studentów dentystyki zaś tylko 25 (!) czyli 3% a powinno być ich 236 czyli 31%. **Stan lekarzy dentystów jest więc w Polsce na wymarciu**, gdyż nie możemy się spodziewać, ażeby wobec niedostatecznych urządzeń w Warszawie i obostrzonych obecnie warunków przyjęcia na studja dentystyczne mogła być tamże większa ilość studentów przyjęta, aniżeli zakład tamtejszy w istocie może pomieścić. We Lwowie zaś, Krakowie i Poznaniu niema żadnego studenta dentystyki, gdyż na tych Uniwersytetach niema osobnego studjum dentystycznego, oficjalnie zaprowadzonego. Na przyszłość perspektywa przyrostu lekarzy dentystów w Małopolsce przedstawia się jeszcze gorzej wobec zaprowadzenia osobnego studjum dentystycznego w Państwowym Instytucie dentystycznym w Warszawie, a nie w innem mieście uniwersyteckiem, pomimo, że jak wynika z statystyki w tablicy I., były zabór rosyjski jest najlepiej i prawie dostatecznie wyposażony w lekarzy dentystów, podczas gdy ich nie posiadają w wystarczającej ilości ani Wielkopolska ani Małopolska.

Tablica II.

W grudniu r. 1921 było we wszystkich Uniwersytetach	Studentów medycyny	jest studentów dentystyki	t. j. %	*winno być stud. dent. wobec istniejącej ilości studentów medycyny*	za mało studentów dentystyki
w Niemczech [1])	15.870	4.921	31%		
w Polsce	5.252	516	9·8%	**1.627**	**1.114**
w Warszawie [2])	2.450	510	21%	*759*	249
we Lwowie	1.242	3	0.2%	*384*	381
w Krakowie [2])	1.200	—	0%	*372*	372
w Poznaniu [3])	360	—	0%	*112*	112
B) Na I. r. studjów przyjęto w Warszawie	300	25	9·8%	*93*	68
w Krakowie	170	—	0%	*53*	53
we Lwowie	170	—	0%	*53*	53
w Poznaniu	120	—	0%	*37*	37
w całej Polsce	760	25	3·5%	*236*	211

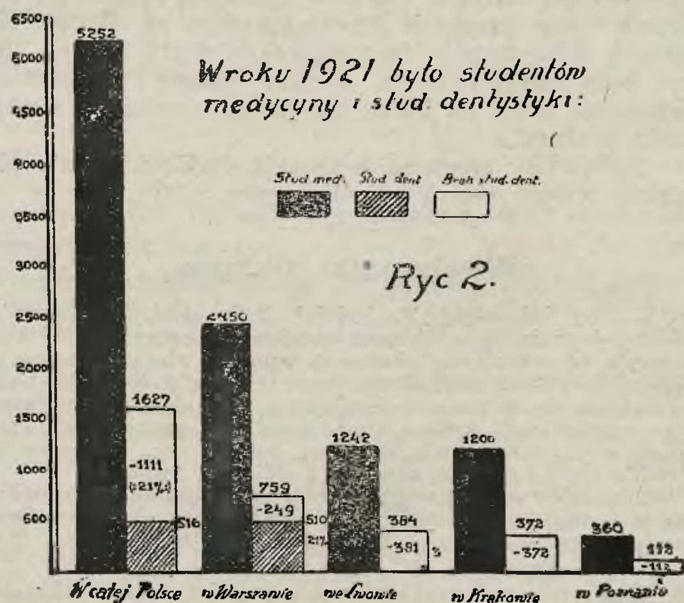
Czy można wobec 4 letniego studjum dentystycznego w Warszawie żądać od studenta w Małopolsce, by przez 8 lat pobierał swoje studja, a w końcu wykonywał praktykę dentystyczną i konkurował z całym zastępem naukowo niekwalifikowanych techników dentystycznych, którym z powodu braku lekarzy dentystów nadaje się mimo zupełnego braku naukowych kwalifikacji, koncesję na wykonywanie praktyki dentystycznej wprawdzie z zastrzeżeniami,

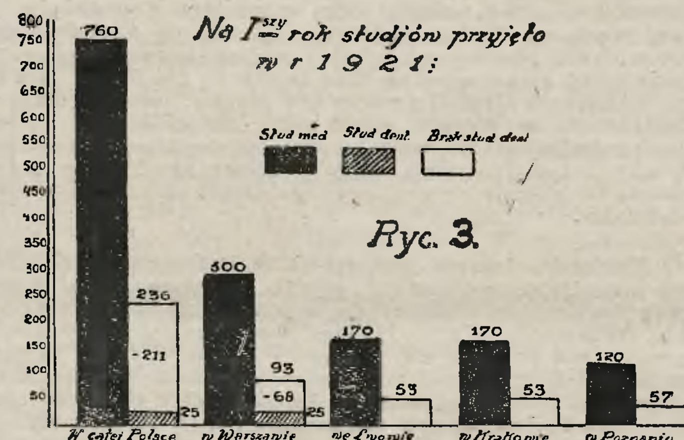
[1]) Universitätsnachrichten. Zahnärztliche Rundschau 1922 Nr. 9, str. 139.

[2]) Liczby dla Krakowa i Warszawy są obliczone według stosunku lat dawniejszych.

[3]) Według informacji prywatnych prof. Markowskiego.

jednak przez żadnego z techników dentystycznych nie przestrzeganemi.





Lub czy można żądać od studenta z Wielkopolski lub Małopolski, by na studja dentystyczne wyjeżdżał do Warszawy, ponieważ w Poznaniu, Krakowie, Lwowie ani Wilnie nie jest zaprowadzone osobne studjum dentystyczne i to w czasach obecnych, w których trudności mieszkaniowe są w Warszawie niemal nie do pokonania i drożyzna ogólna stoi na przeszkodzie?

Jedynym środkiem zaradczym braku lekarzy dentystów w Polsce jest zaprowadzenie osobnego studjum dentystycznego, trwającego lat cztery przy wszystkich Uniwersytetach polskich.

Czy studjum dentystyczne czteroletnie jest uzasadnione, nie tylko dlatego, by uzyskać więcej adeptów dla tegoż zawodu, lecz dlatego, że jest ono racjonalne? Najwyżej stoi dentystyka wAmeryce i w Niemczech, gdzie są osobne studja: w Ameryce od przeszło lat 70, w Niemczech od lat 53.

Na uniwersytetach niemieckich jest 32 profesorów, wykładających dentystykę, 9 docentów, 10 lektorów i 153 asystentów. W Ameryce, gdzie także przy uniwersytach istnieją instytuty dentystyczne z czteroletniemi studjami, urządzenia są jeszcze wspanialsze, aniżeli w Niemczech, a ciało nauczycielskie znacznie liczniejsze — pomimo, że instytuty amerykańskie liczą tylko od 150—500 studentów dentystyki.

Dzięki osobnemu programowi studjów dentystycznych z szeroką podstawą z nauk przyrodniczo-lekarskich doszła dentystyka niemiecka do nadzwyczajnego rozkwitu w latach ostatnich, przyczem studjum dentystyczne doznało, stosownie do rozwoju nauki, ewolucyjnego roszerzenia programu przeważnie w kierunku pogłębienia nauk przyrodniczo lekarskich. D. n.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie.

Protokół 216 posiedzenia Wydziału w dniu 3 czerwca 1922.

Przewodniczy w zastępstwie Dr. Żydłowicz, pisze Dr. Kostecki.

Obecni: Dr. Bannet, Dr. Grzybowski, Dr. Piątkowski, Dr. Poźniak, Dr. Nartowski, Dr. Stahr, a jako gość prezydent Izby Lekarskiej Dr. Strzemieński.

Dr. Żydłowicz odczytuje referat w sprawie udzielania bezpłatnej zapomogi lekarskiej dla funkcjonarjuszów państwowych na koszt państwa. Uchwalono ogłosić referat drukiem w jednym z poczytnych dzienników, choćby na koszt Związkn.

Z powodu niemożności złożenia Komisji pojednawczej dla rozpatrzenia zatargu między Dr. Frenklem a Zarządem Pow. Kasy chorych w Tarnowie uchwalono zwrócić się z zażaleniem do Ministerjum pracy i opieki społecznej.

Odczytano zaproszenie Związku lekarzy Kasy chorych m. Warszawy na zjazd delegatów w czerwcu b. r. w stolicy. W zaproszeniu pominięto Związek lekarzy państwa polskiego.

Uchwalono zapytać się Związek lek. p. p., jaki jest jego stosunek do Związku lekarzy Kasy chor. m. Warszawy, by się odpowiednio zachować względem owego zaproszenia.

Uchwalono zaprosić przedstawicieli Zrzeszeń pracowników państwowych Województwa Krakowskiego na posiedzenie Wydziału w dniu 10 czerwca b. r. celem omówienia warunków, na jakich udzielaliby lekarze porady i pomocy lekarskiej po zniżonych cenach członkom tych zrzeszeń.

Przyjęto i zatwierdzono ogólną i szczegółową taryfę za czynności lekarskie w Kasach chorych.

Zgłosili się i zostali przyjęci do Związku kol.: Dr. Barb Leopold z Dynowa, Dr. Albert Eug. z Pruchnika, Dr. Czapliński Wład. z Mszany Dolnej, Dr. Chruściel Jan z Tarnobrzega, Dr. Biliński Stefan z Nowego Targu, Dr. Dziubek Stan. z Rzeszowa, Dr. Domański Stan. z Sanoka, Dr. Freisinger Wład. z Liska, Dr. Grabowski M. z Tarnowa, Dr. Diaczek Stan. z Liska, Dr. Chmiel Józef z Tartakowa, Dr. Harasowski Aleks. z N. Sącza, Dr. Heftler Natan z Ustrzyk dolnych, Dr. Jeger Izak ze Lwowa, Dr. Kowenicki Walerjan, Dr. Mech Wład., Dr. Kajzer Adolf, Dr. Kragenówna Ant., Dr. Przeworski Miecz., prof. Dr. Piltz Jan, prof. Dr. Maziarski Stan., Dr. Surzycki Józef, Dr. Siedlecki Szczęsny, Dr. Dadlez Zyg., Dr. Ręczajski Wacław z Krakowa, Dr. Kochlöffel Rudolf z Ciężkowic, Dr. Krieger Fryd. z Żabna pod Tarnowem, Dr. Lubowiedzki Juljan, Dr. Przybylski Stan., Dr. Fischer Ign., Dr. Turnheim Dawid z Jarosławia, Dr. Milgrom Natan z Radziechowa, Dr. Meissels Zyg. z Jarosławia, Dr. Rawski Adam z Lutowisk, Dr. Sternal Stan. z Trzebini, Dr. Ślebodziński Ant. z Pruchnika, dyr. Dr. Urbanik Ryszard z Tarnobrzega, Dr. Ziemnowicz Wład. z Czarnego Dunajca, Dr. Kuźmak Włodz. z Baligrodu, Dr. Motylewicz Ant. z Majdanu pod Kolbuszową, Dr. Pillersdorf Józef z Dynowa, Dr. Stangenhaus Aleks. z Dobromila, Dr. Kobielnik Włodz. z Lutowisk, Dr. Kowenicki Adam z Jasła, Dr. Niedzielski Kaz. i Dr. Szimel Szymon z Kozowy. (Ogółem płacących członków 580).

Do Kasy Pogrzebowej przystąpili: Dr. Surzycki, Dr. Glatzel, Dr. Grabowski, Dr. Kowenicki Walerjan, Dr. Lubowiedzki, Dr. Przeworski Miecz., Dr. Harasowski, Dr. Przybylski, Dr. Ziemnowicz, Dr. Albert, Dr. Kobielnik, Dr. Kowenicki Adam, Dr. Ślebodziński, Dr. Kochlöffel, Dr. Czapliński, Dr. Agatstein, Dr. Kajzer, Dr. Kragenówna, Dr. Chruściel, Dr. Urbanik, Dr. Krieger, Dr. Freisinger, Dr. Żuławski, Dr. Barb, prof. Dr. Piltz, prof. Dr. Maziarski, Dr. Orłowski Wład., Dr. Rawski, Dr. Biliński Stefan, Dr. Domański, Dr. Heftler, Dr. Jeger, Dr. Sternal, Dr. Siedlecki, Dr. Kuźmak, Dr. Stangenhaus, Dr. Chmiel, Dr. Meissels, Dr. Pillersdorf, Dr. Szimel, Dr. Turnheim Dawid, Dr. Turnheim Saul, Dr. Mech, Dr. Dadlez, Dr. Skórczewski, Dr. Motylewicz, Dr. Niedzielski i Dr. Fischer Ignacy.

(Ogółem członków 507). Premja pogrzebowa wynosi 100.000 marek

Dr. *Kostecki*, sekretarz. Dr. *Żydłowicz*, zast. przew.

W sprawie unormowania stosunków lekarzy okręgowych.

Instytucja lekarzy okręgowych, zaprowadzona w b. Galicji uchwałą Sejmu w r. 1891, w czasie wojny zachwiała się w organizacji z przyczyn zupełnie zrozumiałych. Powołanie lekarzy do służby wojskowej, konieczność opuszczenia stanowisk wskutek inwazji, zniszczenia kraju i t. p. powody sprawiły, że stanowiska lekarzy okręgowych uległy wielkim zmianom. Po objęciu własnych rządów na stosunki lekarzy okręgowych wpłynął niekorzystnie cały szereg innych przyczyn, oprócz już istniejących, a więc zwinięcie ich władzy przełożonej t. j. Wydziału krajowego, chaos jaki powstał w zarządzaniu tą kategorją stanowisk lekarskich, a w końcu zmiana stosunków walutowych, do której normy wynagrodzenia lekarzy okręgowych zupełnie się nie zastosowały: wynagrodzenie ich pozostało niezmienionem i tak jak za czasów przedwojennych wynosiło 800—1000 Mp. rocznie. Stanęliśmy przed pytaniem albo zlikwidowania instytucji, gdyż nie podobna żądać od lekarza, aby za wynagrodzeniem miesięcznem 100—200 Mp. (wraz z wynagrodzeniem za podróże) spełniał jakiekolwiek obowiązki, a tem więcej obowiązki wskazane bardzo

obszerną instrukcją urzędową dla tych lekarzy — albo niechcąc obarczać skarbu Państwa zwiększonemi wydatkami nie żądać z powodu niskiego wynagrodzenia spełniania obowiązków, coby należało uznać jako wyrzucanie pieniędzy zupełnie niepotrzebne, lub też w końcu wynagrodzenie odpowiednio zwiększyć, dla oszczędzenia zaś skarbu państwa posterunki ograniczyć do najkonieczniejszych, opróżnionych nie obsadzać i nowych nie tworzyć. W każdym razie należało położyć kres tym chaotycznym i zupełnie nie uregulowanym stosunkom, a wprowadzić ład w instytucji niewątpliwie pożytecznej i oddającej społeczeństwu dobre usługi. Lekarze okręgowi całkiem słusznie domagali się za pośrednictwem swego Związku poprawy swojego położenia i odnosili się kilka razy do Ministerstwa zdrowia. Na odbytem w dniu 4-go lutego b. r. zgromadzeniu wnieśli w myśl powziętej na niem uchwały prośbę, o przyjęcie ich na etat państwowy, przyznanie IX. klasy nowowstępującym, przyznanie lat efektywnej służby, prawo emerytury i wymaganie dwuletniej służby szpitalnej. Wydział Izby lekarskiej rozpatrywał sprawę lekarzy okręgowych nie jednokrotnie na swych posiedzeniach. Jako wynik swych narad przedstawił Ministerstwu zdrowia następujący memorjał z wnioskami unormowania stosunków lekarzy okręgowych.

„Wydział Izby lekarskiej uchwalił na posiedzeniu w dniu 25. lutego zwrócić się do Ministerstwa z poparciem prośby, wniesionej dnia 15 go lutego b. r. do L. 16. przez Związek lekarzy okręgowych w sprawie unormowania stosunków służbowych lekarzy okręgowych i pobieranego przez nich wynagrodzenia. Niewątpliwie względy na obecne położenie finansowe Państwa wymagają daleko idących oszczędności i głębokiej rozwagi przy kreowaniu nowych posad i normach ich dotowania. Niepomijając tego momentu przy rozpatrywaniu instytucji lekarzy okręgowych, ustanowionej w Małopolsce ustawą Sejmową z roku 1891, nie podobna przecież pozostawić tych funkcjonarjuszy na dotychczasowych warunkach ich wynagrodzenia. Wysokość miesięcznej płacy lekarzy okręgowych (70 marek) nie może być uważaną jako wynagrodzenie za jakąkolwiek pracę, i w następstwie tego nie można żądać od nich spełniania obowiązków. Grosz publiczny wydany zostaje w ten sposób zupełnie nieproduktywnie. Z drugiej strony zwinięcie tej intytutucji, która się okazała w stosunkach Małopolski pożyteczną i potrzebną, byłoby ze szkodą ludności, a nadto obciążyłoby skarb Państwa koniecznością pensjonowania ludzi jeszcze do pracy zdolnych, a którzy ustawowo mają już nabyte prawo emerytalne. Licząc się zatem z zasadami na wstępie wypowiedzianemi, tj. względami na skarb Państwa, z potrzebą instytucji i koniecznością wymagania od niej pełnienia włożonych obowiązków, Wydział Izby przedstawia następujące wnioski: 1. Nowych stanowisk lekarzy okręgowych nie tworzyć. 2. Istniejące posterunki ograniczyć do szeregu najpotrzebniejszych, w porozumieniu ze Związkiem lekarzy okręgowych, i obu Izbami lekarskiemi w kraju. 3. Stosownie do tego część lekarzy okręgowych użyć do służby rządowej jako lekarzy powiatowych. 4. Pozostałym na państwowych stanowiskach wyznaczyć pobory urzędników państwowych, które zdaniem Izby odpowiadać winny poborom X. lub IX. kategorji. 5 Przychylić się do reszty postulatów Związku lekarzy okręgowych, odnośnie do przyznania lat efektywnej służby, emerytury dla nich i wdów i sierót, wymogu dwuletniej służby szpitalnej".

Zdaje się, że dzięki połączonym staraniom Izby i Związku lekarzy okręgowych sprawa ruszyła z punktu martwego, jak wynika z odpowiedzi Ministerstwa, przesłanej Izbie lekarskiej, w dniu 19-go czerwca, a będącej załatwieniem wniesionego memorjału.

Odpowiedź jest następującej treści:

W dniu 29-maja r. b. podpisano protokół oddawczo-odbiorczy, którym Ministerstwo Zdrowia publicznego oddało tymczasowemu wydziałowi samorządowemu sprawy lekarzy okręgowych i akuszerek okręgowych w Małopolsce. Tymczasowy Wydział Samorządowy okólnikiem z dnia 26-go maja 1922 L. W. 15461/VI. zawiadomił Panów Wojewodów w Krakowie, Lwowie, Stanisławowie i Tarnopolu, tudzież wszystkie Wydniały powiatowe w Małopolsce, że tymczasowy Wydział Samorządowy objął załatwienie spraw lekarzy okręgowych i akuszerek okręgowych i że należy odtąd w tych sprawach zwracać się do niego. Odnośnie do memorjałów Związku lekarzy okręgowych z dnia 15 go lutego 1922 r. i z dnia 10 maja 1922 r. L. 46. Ministerstwo Zdrowia publicznego zaznacza, że na konferencji, odbytej przez delegata Ministerstwa Zdrowia publicznego z reprezentantem tymczasowego Wydziału samorządowego w Wojewódzkiem Urzędzie Zdrowia we Lwowie dnia 2. VI. r. b. ustalono, że tymczasowy Wydział Samorządowy w najbliższym czasie wyasygnuje lekarzom okręgowym pobory IX. lub X. stopnia służbowego, zależnie od lat służby, co w porównaniu ze stanem dotychczasowym oznacza ogromną i zasadniczą zmianę ich uposażenia materjalnego, przyczem należy się spodziewać, że poszczególne Wydziały powiatowe dodadzą jeszcze od siebie uposażenie wyższe.

Odnośnie do punktu 1-go memorjału Związku lekarzy okręgowych z dnia 15-go lutego 1922 r. Ministerstwo Zdrowia publicznego oznajmia, że według oświadczenia reprezentanta Tymczasowego Wydziału Samorządowego na powyżej wspomnianej konferencji będą lekarzom okręgowym wyasygnowane również kwoty ryczałtowe na koszta kancelaryjne i opłaty pocztowe. Natomiast projekt przeniesienia lekarzy okręgowych na etat rządowy nie może być obecnie wzięty pod rozwagę, jako nie mający widoków powodzenia wobec obecnych trudności budżetowych.

Dr. Papée.

Od Administracji.

Panów Autorów uprzejmie zawiadamiamy, że na podstawie uchwały Zarządu Spółki wydawniczej lekarskiej administracja będzie **bezpłatnie** dawała Autorom 20 odbitek niełamanych, jednostronnie drukowanych. Odbitki łamane, jak dotąd, będą sporządzane na wyraźne żądanie i na koszt zamawiającego, który też będzie otrzymywał rachunek, według cennika drukarni.

Zaznaczamy przytem, że cennik drukarski, i tak niesłychanie wysoki, znowu poszedł w górę o 20%.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Z. Izby lekarskiej Wschodniej Małopolski. W ostatnich czasach pojawiają się w pismach codziennych coraz częściej stałe ogłaszania się niektórych lekarzy. Z tego powodu przypomina się Kolegom, że według uchwalonej przez tutejszą Izbę etyki lekarskiej, zalicza się do rzeczy poniżających godność zawodu lekarskiego, częstotliwość ogłoszeń w dziennikach politycznych, która nie daje się usprawiedliwić świeżem osiedleniem, powrotem po wyjeździe lub po dłuższej chorobie i zmianą mieszkania

Zwracając na to uwagę, wzywa Izba lekarska wszystkich lekarzy do ścisłego przestrzegania powyższego postanowienia. Izba lekarska Wschodniej - Małopolski we Lwowie, dnia 19-go czerwca 1922. Prezydent, Dr. Papée. m. p.

W sprawie wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie. Odnośnie do notatki, zamieszczonej w „Wiadomościach bieżących" w N. 22 naszego pisma, dotyczącej taks sądowo-lekarskich w b. Kongresówce, zwraca uwagę jeden z naszych Czytelników, że stawki tamże wymienione podlegają mnożnikom drożyźnianym, który w chwili obecnej wynosi 85. I tak za badanie sądowo-lekarskie osoby uszkodzonej na ciele należy się nie 5 Mkp. lecz 425 Mkp., za badanie długie i żmudne nie 10 mkp., lecz 850 mkp., za badanie stanu umysłowego nie 20 mkp., lecz 1750 mkp., za specjalne naukowe badanie wraz z orzeczeniem nie 50 mkp., lecz 4250 mkp., i t. d Powyższą uwagę podajemy, aby koledzy lekarze wiedzieli, ile obecnie wynoszą wynagrodzenia za czynności sądowo-lekarskie.

Poznań.

Wycieczka lekarzy pomorskich na Podkarpacie. Koło lekarzy internistów w Poznaniu urządza pierwszą doroczną wycieczkę naukową na Podkarpacie, a mianowicie do Zakopanego, Rabki, Szczawnicy, Krynicy, Żegiestowa, Iwonicza itd., w drodze powrotnej zaś zwiedzić ma wycieczka Ojców. Wyjazd 20 lipca. Lekarze b. zaboru pruskiego, chcący uczestniczyć w wycieczce proszeni są o złożenie zgłoszeń w terminie do 6 lipca pod adresem p Roli-Szadkowskiego w Poznaniu, Wały Wazów 22. Do zgłoszenia dołączyć należy 10 tysięcy marek.

Rektorem Uniwersytetu na rok 1922/3 wybrano po raz piąty prof. dra Heliodora Święcickiego, dziekanem Wydziału lekarskiego ponownie prof. dra Adama Wrzoska.

Warszawa.

Dziekanem Wydziału lekarskiego na r. 1922/23 wybrano prof. dra M. Michałowicza.

Konkurs. Polski Komitet dla zwalczania raka ogłasza konkurs na broszurę popularną pod tytułem „Rak i inne nowotwory złośliwe — sposoby walki z niemi", objętości około 1 arkusza druku zwykłej 16-ki. Broszura ta obejmować winna: krótką statystykę, wskazującą na szerzenie się raka, najczęstsze umiejscowienie w ciele ludzkiem, krótki obraz kliniczny najczęstszych postaci, wczesne objawy początkowe, sposoby leczenia, cele i zadania walki z rakiem, zwłaszcza konieczność wczesnego rozpoznania. Strona społeczna walki z rakiem winna być podkreślona możliwie najbardziej, należy więc zwrócić uwagę na korzyści przychodni dla rakowatych, na konieczność utworzenia specjalnych lecznic lub sanatorjów, szpitali zaopatrzonych w stacje światłolecznicze, należy przytoczyć dla przykładu instytucje zagraniczne i t. d. Broszura powinna mieć do pewnego stopnia charakter agitacyjny, przeznaczona bowiem będzie dla szerokich mas miejskich i wiejskich.

Pierwsza nagroda wynosi 25.000 mk., druga 15.000 mk. Termin nadsyłania prac do 15. października 1922 r., ogłoszenie wyniku nastąpi najpóźniej w miesiąc po zamknięciu nadsyłania prac. Prace winny być o ile możności pisane na maszynie lub pismem czytelnem, wyraźnem, bez znacznych poprawek i kreśleń, na jednej stronie kartki, jak do druku, z niewielkim marginesem. Każda praca powinna zawierać godło i dołączona powinna być do niej zapieczętowana koperta z nazwiskiem i adresem autora. Prace nagrodzone zostają własnością Komitetu, który ma prawo druku obydwóch broszur w dowolnej ilości egzemplarzy, oraz wydań. O ile jedna z broszur nie zostanie wydrukowana w ciągu roku, autor ma prawo otrzymać ją z powrotem i rozporządzić nią według własnego uznania. Sąd konkursowy stanowią: prof. Krzyształowicz, Prof. Hornowski, dr. Jankowski, dr. Wejnert, dr. Sterling-Okuniewski.

Prace należy przesyłać pod adresem Sekretarza Komitetu Dra Sterling-Okuniewskiego, Warszawa, Marszałkowska 41 m. 1.

Nr. 29. 16. lipca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Aleksander Domaszewicz, kierownik oddz. chor. nerw. i umysł. Szpit. powsz. Lwów.

Przypadek histerycznego porażenia kończyn dolnych z rzekomem drganiem rzepki i rzekomemi objawami Mendel-Bechterewa i Rossolimo.

Jest rzeczą dobrze znaną, że organiczne choroby układu nerwowego, mogą być powikłane objawami histerji, że do objawów organicznych może dołączyć się cały zespół objawów czysto czynnościowych, utrudniających nieraz należyte rozpoznanie choroby podstawowej. Odwrotnie możemy jednak spotkać przypadki, w których rzekomo organiczne objawy, przy odpowiednich sposobach badania, dadzą się zdemaskować jako objawy pochodzenia czynnościowego. Dzięki Babińskiemu, który znacznie ograniczył pojęcie histerji, jako zanadto szerokie i nieokreślone, w które z łatwością można było wtłaczać wszystko, co było niejasne i trudne do wytłumaczenia, posiadamy wskazówki i sposoby, ułatwiające znacznie badanie objawów funkcjonalnych.

Nasz przypadek histerycznego porażenia kończyn dolnych z rzekomem drganiem rzepki i z rzekomemi objawami Mendel-Bechterewa i Rossolimo, jest, jak w dalszym ciągu będziemy mogli wykazać, wyjątkowym przypadkiem, w którym właśnie, dzięki sposobom badania, zaleconym przez Babińskiego, objawy, świadczące zwykle o organicznem schorzeniu dróg piramidowych, dały się zdemaskować, jako objawy histerycznego pochodzenia. Wreszcie i uleczenie kilka lat trwającego, zupełnego porażenia kończyn dolnych, zaliczyć należy do rzadko spotykanych przypadków.

„H. K. l. 27, wolny, rolnik. Był zawsze słabego zdrowia, nie mógł nigdy dorównać swoim rówieśnikom. Do szkoły nie chodził wskutek bardzo krótkiego wzroku. W 15 r. życia miał jakiś wrzód na głowie, który sprowadził obrzęk całej głowy, i musiał być przecięty. Zresztą poważniejszych chorób nie przechodził. W r. 1913 stawał do poboru wojskowego i został ze służby zwolniony. W zimie 1913 r. idąc ze wsi do sąsiedniego folwarku na robotę, mocno przemarzł w drodze i jak podaje, wiatr przewiał mu nogi. Nagół czuł się w tym dniu osłabiony. Uszedłszy kilka kilometrów, poczuł, że drżą pod nim nogi, które potem nagle wyprężyły się, chory doznał silnych zawrotów i szumu w głowie i upadł na ziemię, jak mu się zdaje, stracił od tej chwili przytomność Jak długo trwała utrata przytomności i jak długo leżał na drodze, nie może podać, wie tylko, że zabrał go z drogi wozem szwagier i odwiózł do domu rodziców. Nie mógł wówczas sam ruszyć ani ręką, ani nogą. W domu przeleżał około dwóch tygodni zupełnie bez ruchu, nie mógł mówić, nie mógł oczu otworzyć, chociaż rozumiał i słyszał wszystko, co się dookoła niego działo. Po dwóch tygodniach odwieziono go do szpitala w Brodach, gdzie stan jego tylko o tyle się poprawił, że mógł już otwierać oczy, mówić i ruszać rękoma, natomiast kończyny dolne były zupełnie sztywne i nieruchome. Przez cały czas tej choroby i później nie miał żadnych zaburzeń ze strony pęcherza i oddawania stolca. W szpitalu w Brodach przeleżał cały rok bez żadnej poprawy. W 1914 roku wskutek wojny z Rosją, został przewieziony do jakiegoś szpitala w Wiedniu. W czasie tej podróży był zawsze przenoszony na noszach. W szpitalu w Wiedniu stan jego zdrowia w niczem się nie zmienił. Tu przeleżał dwa lata. W r. 1918 przewieziono go w tym samym stanie do szpitala na Morawach, stąd w r. 1921 został odesłany również bez żadnej poprawy na oddział neurologiczny szpitala powszechnego we Lwowie. Chory więc, o ile się oprzemy na jego zapodaniach, przez 8 niemal lat był przykuty do łóżka z powodu porażenia dolnych kończyn

Na oddziale tutejszym poza tem skarży się na bóle głowy w okolicach stawów kolanowych i biodrowych, zły sen i zawroty głowy.

Wzrostu średniego, dość wątłej budowy, o mięśniach słabo rozwiniętych, tkance tłuszczowej skąpej. Narządy wewnętrzne są bez zmian. Mocz jest bez białka i cukru Odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Piętna zwyrodnienia: zrost obu brwi, duże przerosłe płatki uszne, skrzywienie boczne kręgosłupa, nieco wysokie podniebienie, znaczne obustronne niedowidzenie i zależny od tego oczopląs. Źrenice prawidłowe dobrze reagują na światło i akomodację. Nerwy czaszkowe, poza krańcowem koncentrycznem zwężeniem pola widzenia na wszystkie barwy i brakiem odruchów rogówkowych i podniebiennych, bez zmian. Ze strony kończyn górnych stwierdza się pewną wiotkość stawową, silnie wzmożone odruchy i drżenie rąk, polegające na skręcaniu i odkręcaniu przedramienia, pochodzenia niewątpliwie emocjalnego. Odruchy brzuszne żywe i równe.

Kończyny dolne: Mięśnie nie zanikłe. Zupełne usztywnienie w stawach biodrowych, kolanowych i prawie zupełne w skokowych. Kończyny stale wyprostowane wzdłuż osi długości ciała i przywiedzione, obustronnie stopa końska, palce przygięte można jednak biernie rozprostować, gdy natomiast bierne ruchy w reszcie stawów kończyn są niemożliwe, nawet przy użyciu bardzo znacznej siły. Czynnie może chory tylko nieco zgiąć wszystkie palce, ruch ten jednak wykonuje z bardzo małą siłą. Ruch zgięcia palców jest więc jedynym utrzymanym ruchem w zakresie mięśni kończyn dolnych. Wskutek tego zesztywnienia, chory nie może siadać, jeśli się próbuje zgiąć kończyny w biodrach, unosi się przy tem tułów chorego do góry. Przy bliższem badaniu kończyn uderza, że w stawach kolanowych istnieje nadmierne rozprostowanie, a w stawie kolanowym lewym zaznaczone *„genu recurvatum"*, kontury przednie kolan są zatarte i obie rzepki prawie stale podciągnięte ku górze. Typowe nieustające drganie obu rzepek i stóp. Niema objawów Babińskiego i Oppenheima, obustronnie wybitny objaw Mendla-Bechterewa i Rossolimo. Przy badaniu na objaw Babińskiego wywołuje się obustronnie wydatne zgięcie wszystkich palców. Stwierdza się zupełne zniesienie wszystkich rodzajów czucia powierzchownego i głębokiego. Brak jest zmian naczyniowo-ruchowych. W zachowaniu się chorego uderza wielka pobudliwość wzruszeniowa. W czasie badania żywo się zaczerwienia, mięsza, a drżenie rąk nasila się w uderzający sposób".

Dla wyjaśnienia pochodzenia niezwykłych usztywnień stawowych zakładano kilkakrotnie opaskę Esmarcha na dłuższy czas, co jednak na polepszenie ruchomości biernej nie miało wpływu. W dalszym okresie pobytu chorego na oddziele zwracało uwagę jego aggrawacyjne zachowanie się przy badaniach czucia i wtedy zastosowano leczenie »metodą Kaufmana«, dzięki któremu na jednem dłuższem posiedzeniu udało się przywrócić choremu prawie całkowitą sprawność ruchową dolnych kończyn. Mimo tak niespodziewanego dla siebie i nagłego uzdrowienia, chory nie okazuje zadowolenia i radości i wyraża obawę, że obecnie zostanie prędko ze szpitala wydalony i że nie będzie miał co ze sobą począć, bo gospodarstwo jego zniszczone, oboje rodzice umarli, a zresztą nie ma nikogo z rodziny.

Przez leczenie suggestywne i stanowcze nakazy uzyskano też później zupełne cofnięcie się zmian czucia i dość znaczne rozszerzenie pola widzenia.

W trzy tygodnie od czasu, gdy chory chodzi i stracił przykurcze w stawach kończyn dolnych, stan jego jest tego rodzaju, że wszystkie ruchy bierne w stawach kończyn dolnych są możliwe, w najszerszej rozpiętości, spotyka się jednak opór we wszystkich kierunkach, który ustaje przy odwróconej uwadze albo, gdy przez dłuższe badanie biernych ruchów chory zmęczy się wreszcie po pewnym czasie. Zwiększenie napięć mięśniowych zależy więc niewątpliwie od czynnego oporu chorego. Czasami dająca się stwierdzić wiotkość ścięgna podrzepkowego lewego przemawiałaby raczej za pewną hypotonią, pokrytą przez dowolnie spowodowane napięcie. Odmienne zachowanie stwierdza się przy badaniu ruchomości biernej w stawach skokowych. Spotykamy tu zawsze opór przy rozprostowywaniu, który elastycznie popuszcza, nie pozwala jednak na rozginanie stóp poza kąt prosty. Przy wszystkich próbach rozprostowywania stóp w kierunku grzbietowym, palce wykonują samorzutnie ruch zgięcia. Odruch rzepkowy jest jeszcze teraz często taki, jak był pierwotnie kloniczny, przytem stwierdza się jednak, że przy odwróceniu uwagi chorego drgania rzepki nie wywołuje się. Nawet wówczas gdy chory zwraca uwagę na badanie w tym kierunku, drganie rzepki występuje tylko w okresach, gdy mięśnie uda samorzutnie wpadają w pewien rodzaj masowego drżenia, które pojawia się w pewien czas po rozpoczęciu badania, jak się zdaje w związku z potęgującem się wzruszeniem chorego

i ochłodzeniem kończyny. W tych okolicznościach pojawiające się drganie rzepki nosi cechy typowego organicznego drgania rzepkowego. Drganie ze ścięgna Achillesa udaje się i teraz czasem wywołać przy zgiętem kolanie, o ile drgania masowe mięśni udzielają się także mięśniom podudzia, co o wiele rzadziej się zdarza niż na udzie, ale i wtedy nie przychodzi ono do skutku przy odwróconej uwadze; natomiast stale w typowy sposób, gdy choremu się zleci lekko odpychać rękę badającą w zwykły sposób na drganie stopowe. Objawów Babińskiego i Oppenheima niema, jak przedtem, natomiast objawy Mendla-Bechterewa i Rossolima utrzymują się, gdy się je bada przy wyprostowanych kończynach, jednak wówczas są wprawdzie wyraźne, ale słabsze niż były w okresie minionego porażenia. Przy maksymalnie zgiętych kolanach i zgiętych stopach i gdy siłą nie dopuszcza się, by chory kolana choćby nieznacznie dowolnie rozprostowywał, oba te odruchy, zresztą przy wyprostowanych kończynach stale obecne, zupełnie znikają. Także drganie stopowe w tej pozycji prawie zawsze znika, chociaż chory próbuje stopą rękę badającego odpychać.

Wyleczenie porażeń »metodą Kaufmana« rozstrzyga w naszym przypadku, że mieliśmy do czynienia ze sprawą histeryczną. Drganie stopowe było uwarunkowane mechanizmem, który spotykamy w pewnych przypadkach histerji, a które i w naszym przypadku powstawało i znikało zależnie od warunków badania przez nas opisanego, na które zwrócił uwagę Babiński w przypadkach histerji (rzekome drganie stopowe). Wśród tych samych warunków, wskutek dowolnego napinania mięśnia czworogłowego uda, powstawało drganie rzepki, które, co jest niezwykłe, w naszym przypadku naśladowało drganie rzepki pochodzenia organicznego, a, jako histeryczny objaw, daje się tu zdemaskować faktem znikania przy odwróconej uwadze i zjawieniem się przy współczesnem masowem i rozlanem drżeniu mięśni uda.

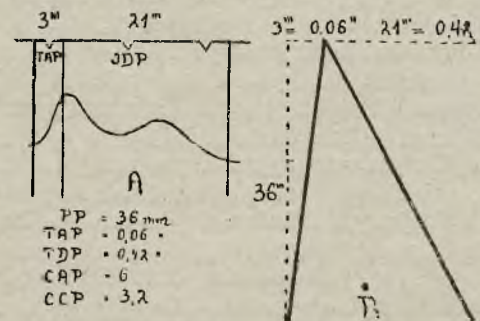
Pozostaje do wytłumaczenia utrzymanie się objawów Mendla-Bechterewa i Rossolimo, odruchów, którym niektórzy autorowie przypisują wartość niemal równoznaczną z objawem Babińskiego do rozpoznania zajęcia dróg piramidowych, zwłaszcza że w naszym przypadku nawet po wyleczeniu porażeń objawy te nadal wcale są wyraźne. Objawy te, o ile są wybitne, uważamy również na bardzo cenne objawy zajęcia dróg piramidowych, jednak w tym przypadku jesteśmy skłonni wywodzić je ze stanu wzmożonego napięcia zginaczy palców, które u chorego naszego lata się utrzymywały, doprowadzając z czasem do takiej przewagi napięcia zginaczy, że doszła niejako do odwrócenia (inwersji) fizjologicznego odruchu rozprostowywania palców, który otrzymujemy normalnie przy badaniu na objaw Mendel-Bechterewa i Rossolima. Za naszem tłumaczeniem przemawia również zmniejszenie nasilenia tych odruchów od czasu wyleczenia chorego, t. j. gdy zaczął używać także mięśni prostujących palce, a tem samem gdy mięśnie te zaczęły powoli wracać do prawidłowego stanu napięcia. Pozatem przemawia za histerycznem przykurczowem pochodzeniem tych odruchów znikanie ich wśród wszystkich warunków badania, w których zginacze palców ulegają mechanicznie skróceniu, a tem samem zmniejszeniu swego napięcia, więc gdy kolana ustala się w pozycji zgięcia i zegnie równocześnie stopę. Stale jeszcze istniejący pewien przykurcz palców, wskazuje bierne ich zginanie się przy rozprostowaniu stopy, t. j. gdy się brzuśce zginaczy palców rozciągnie.

W pierwszym okresie pobytu naszego chorego na oddziele, stworzenie opisanych warunków badania t. j. wykluczenie dowolnych napięć mięśniowych, przez nadanie odpowiedniej pozycji odcinkom kończyny, było niemożliwe, z powodu trwałych wyprostnych przykurczów kończyn dolnych i wówczas można było przypuszczać powikłanie choroby organicznej objawami histerji. Wyleczenie jednak zupełne porażeń kończyn dolnych i znikanie rzekomo organicznych objawów wśród pewnych warunków badania, pozwala na niewątpliwe rozpoznanie histerycznego pochodzenia całego schorzenia.

Władysław Janowski. Warszawa.

Mechanizm powiększenia szybkości tętna w różnych stanach chorobowych.

Możność ściślejszego orjentowania się w szybkości tętna powstała dopiero od czasu rozpowszechnienia się w klinice różnych sposobów określania ciśnienia tętna (*PP — pressio pulsus*), t. j. różnicy między ciśnieniem krwi skurczowem (Mx) i rozkurczowem (Mn). Gdy to nastąpiło, szło tylko o podanie sposobu określenia szybkości tętna, opartego na liczbach, by zdobyć w ten sposób możność zorjentowania się nie tylko w kierunku, ale i w stopniu zmian szybkości tętna w poszczególnych przypadkach wogóle, a więc w szczególności także w różnych stanach chorobowych. Szukając takiego sposobu, zaproponowałem w 1907 r., a następnie w r. 1917, wykorzystanie w tym celu danych, otrzymanych z równoczesnego badania tętna za pomocą tętnopisu i sfigmomanometru. Sposoby te są bardzo proste. Określa się ciśnienie tętna (PP) za pomocą któregokolwiek ze znanych sposobów. Bezpośrednio potem zdejmuje się krzywą tętna w szybkim biegu walca tętnopisu i wymierza się na niej dokładnie przy pomocy linijki milimetrowej czas wstępowania tętna *(TAP=tempus ascensionis pulsus)* oraz czas jego opadania *(TDP=tempus descensionis pulsus*).



A. Schemat tętna normalnego w szybkim biegu tętnopisu.
B. To samo tętno, przerysowane na swą wartość bezwzględną (*Sphygmogramma absolutum*) podług Sabli'ego.

Otrzymujemy w ten sposób możność dokładnego zorjentowania się w szybkości wstępowania tętna (*CAP—celeritas ascensionis pulsus),* jak i w szybkości rozwijania się całej fali tętna wogóle t. j. średniej z szybkości jej podnoszenia się i opadania (*CCP—coëfficens celeritatis pulsus).* A mianowicie: szybkość wnoszenia się fali tętna otrzymujemy, dzieląc wielkość ciśnienia tętna (PP) przez liczbę setnych sekundy, potrzebną na rozwinięcie się fali tętna (TAP), gdyż jest rzeczą jasną, że $CAP = \frac{PP}{TAP}$. Gdy zaś idzie o zorjentowanie się w szybkości całej fali tętna wogóle, obliczam średnią geometryczną z czasu jego wnoszenia się i opadania. Ponieważ pierwsze wyraża się ułamkiem $\frac{PP}{TAP}$, a drugie ułamkiem $\frac{PP}{TDP}$, wynika stąd, że $CCP = \sqrt{\frac{PP^2}{TAP.\ TDP.}}$

Ponieważ liczne badania, prowadzone od lat przeszło 17 na moim oddziale, wykazały, że przeciętna normalnego PP = około 36 mm Hg, a normalna TAP = około 0.06'', wynika stąd, że normalne CAP wynosi 6, co oznacza dokładnie, że przyrost skurczowy ciśnienia krwi wynosi normalnie 6 mm Hg w ciągu 0.01 sekundy. Liczne zaś badania, dotyczące wielkości CCP, wykazały, że w warunkach normalnych współczynnik szybkości tętna CCP waha się w granicach od 1,7—3,6, i że średnią normą CCP jest 2,5. Te stosunkowo szerokie wahania zależą nie tylko od granic wahania się normalnego PP, (30—40 mm Hg), ale i od zmiennej częstości tętna, gdyż im jest ona większa, tem krótszy jest czas opadania tętna (TDP), będący jednym z trzech czynników (TAP, TDP, PP), wpływających na ostateczną wielkość CCP. Mając normę dla CAP i dla CCP, możemy w każdym przypadku chorobowym niezmiernie ła-

two określić kierunek i stopień zmian obydwu tych wielkości. Jeżeli więc (przypadek konkretny) mamy przed sobą przypadek stwardnienia tętnic, w którym TAP = 0.275", TDP = 0 33", a PP = 118 mm Hg, otrzymamy przytem CAP = 21.5, a CCP = 13.5. Wynika stąd, że szybkość wznoszenia się tętna była w tym przypadku przeszło 3,5 razy większą od normy (normalne CAP = 6, a współczynnik szybkości całego tętna był 5,5 razy większym od przeciętnej normy (przeciętna normy CCP = 2.5).

Jak widać z powyższego przykładu, który można by mnożyć do nieskończoności, porównanie liczb, otrzymanych dla CAP i dla CCP, z przeciętną normą dla tych liczb doprowadziło do wniosków zupełnie analogicznych, wykazując, że szybkość tętna w tym przypadku bardzo przekracza normę, zarówno w swej części wstępującej, jak i ujęta w swej całości. Tak bywa stale. Różnice liczbowe, otrzymane w ostatecznym wniosku porównawczym, opartym na porównaniu z odpowiednią normą CAP i CCP, zachodzić muszą. CAP bowiem danego przypadku porównywamy z wielkością realną wznoszenia się ciśnienia krwi — 6 mm Hg na 0.01 sekundy, podczas gdy jego szybkość całkowitą porównywamy z przeciętną wielkości umówionej, jaką jest średnia geometryczna z szybkości wznoszenia się i opadania ciśnienia tętna (CCP). Jednakże nigdy porównanie CAP i CCP danego przypadku z przeciętną ich normą nie prowadzi do wniosków rozbieżnych. Wynika stąd, że, stosownie do swego upodobania, każdy klinicysta sam zdecydować może, czy dla zorjentowania się w szybkości tętna swych przypadków pragnie posługiwać się stale wielkością CAP, czy CCP, czy też obydwiema jednocześnie. Jednakże w żadnym przypadku, w którym chodzi o bliższe zorjentowanie się w warunkach pracy serca, badania szybkości tętna nie należy zaniedbać. Jak wiadomo, nie posiadamy dotąd zupełnie dokładnych sposobów klinicznych mierzenia istotnej pracy serca w każdym przypadku. Ideałem, do którego dąży sfigmobolometrja, jest obliczenie tej pracy w każdym przypadku na gramomilimetry. Dotąd ideał ten nie jest jeszcze osiągnięty. Ale gdy i to nastąpi, to bliższe wzięcie pod uwagę czynnika czasu, w ciągu którego te gramomilimetry pracy zostały wykonane, zawsze mieć będzie znaczenie zupełnie zasadnicze. Przypominamy, że przy każdem obliczaniu dokonanej pracy bierze się pod uwagę nie tylko liczbę gramomilimetrów jej skutku, ale i czas jej wykonania. Koń parowy pracy jest wielkością, oznaczającą 75 kilogramometrów jej skutku na sekundę. A więc przy pewnej liczbie kilogramometrów pracy serca, osiągniętych w danym przypadku, wielkość wysiłku, czyli stopień zużycia serca, jest odwrotnie proporcjonalną do liczby sekund, w ciągu których praca ta została wykonana. Wynika stąd, że nawet po zdobyciu sposobu rychłego obliczenia liczby gramomilimetrów pracy, wykonanej przez serce, będzie nas zawsze interesował czas, w ciągu którego serce te gramomilimetry pracy wykonało, gdyż jest rzeczą jasną, że jeżeli nastąpiło to w czasie, naprz. dwa razy krótszym od normy, to serce zużyłoby się przytem dwa razy więcej, niżby to miało miejsce, gdyby pracowało z szybkością normalną.

Liczba pytań, które nasuwają się w klinice przy konsekwentnem obliczaniu szybkości tętna, jest znaczna. Obecnie pragniemy zająć się tylko jednem z tych pytań, mianowicie, które stany chorobowe dają największą liczbę przypadków tętna szybszego od normy, i jaki jest w każdym z nich mechanizm, czyli główny czynnik, prowadzący do zwiększenia szybkości tętna. Otrzymane wnioski są wynikiem bardzo licznych spostrzeżeń w ciągu lat 17-tu. Podajemy je tu jednak tylko w najściślejszem streszczeniu.

1. Najczęstszą i najpospolitszą przyczyną powiększenia się szybkości tętna jest niewątpliwie stwardnienie tętnic. Po nich idą przypadki przewlekłego zapalenia nerek z podniesionem ciśnieniem krwi. Wreszcie najwyższe stopnie powiększenia szybkości tętna spostrzegałem w przypadkach stwardnienia tętnic z jednoczesnem zapaleniem nerek. W moim materjale szybkość podnoszenia się tętna (CAP) w tych przypadkach była większa od normy od 1.3 - 7.2 razy. Współczynnik zaś szybkości tętna (CCP) wahał się w tych przypadkach od 4.4 do 22, czyli przekraczał przeciętną normy CCP (2.5) o 1.7 — 8.8 razy. Zależało to, oczywiście, w pewnej mierze od różnych okresów przebiegu choroby, głównie zaś od czynników, wpływających zwykle rozstrzygająco na wielkość CAP i CCP.

W swej pierwszej pracy o szybkości tętna w różnych stanach chorobowych wykazywałem, na zasadzie szeregu liczb, że głównemi czynnikami, powiększającemi szybkość tętna, są: powiększone PP i zmniejszone TAP. Otóż siedemnastoletnie spostrzeganie długiego szeregu przypadków stanów chorobowych, wyliczonych w niniejszym punkcie, doprowadziło mnie do wniosku, że powiększenie szybkości tętna w ich przebiegu zależy prawie wyłącznie od wielkości PP. Wielkość tego ostatniego przewyższała normę w 74% mojego materjału, wahając się przytem od 43 mm Hg. do 150 mm Hg. Sam czas wznoszenia się tętna (TAP) nie ulega przytem skróceniu. W przypadkach tych cierpień, najmniej posuniętych, TAP wahało się w granicach normy (0.055—0.065). W przypadkach zaś, zaszłych daleko, czas wnoszenia się tętna, często ją nawet nieco przekraczał. W kilku przypadkach TAP dochodziło nawet do 0.12", a w jednym wyjątkowo nawet do 0.14 sekundy. Jedynie zakażenia, dołączające się przypadkowo do przebiegu stwardnienia tętnic i zapalenia nerek, lub przypadkowy znaczny wysiłek fizyczny prowadzą w tych razach do zmniejszenia TAP, co odbija się zaraz na powiększeniu się szybkości wznoszenia się ciśnienia krwi (CAP) i na szybkości tętna wogóle (CCP). Rzecz prosta, że zwiększa to w sposób bardzo dotkliwy wysiłek mięśnia sercowego i prowadzi do znaczniejszego jego wyczerpania się. Poza temi okolicznościami, powtarzam, przemijającemi stałą jest zasadą, że TAP w omawianych tu stanach nie ulega zmniejszeniu. Wprawni klinicyści dawnych czasów twierdzili więc słusznie, że w przypadkach daleko posuniętego stwardnienia tętnic tętno sprawia wrażenie pozostającego długo pod palcem (*p. permanens*). Zupełnie jednak błędnie twierdzili oni, że tętno to jest wolnem (*p. tardus*). Badania bowiem sfigmomanometryczne moje oraz bardzo licznych innych autorów wykazują stale, że przypadki twardnienia tętnic, przebiegające jeszcze bez zmian w tętnicach wieńcowych serca, cechują się powiększonem ciśnieniem krwi (Mx) wogóle i ciśnieniem tętna (PP) w szczególności. Przytoczone zaś powyżej obliczenia CAP i CCP dla wszystkich tego rodzaju przypadków wykazują, że mamy w nich do czynienia nie ze zmniejszeniem tych wielkości, lecz, przeciwnie, ze znacznem ich powiększeniem ponad normę. Dlatego twierdzić można z całą stanowczością, że tętno w daleko posuniętych przypadkach stwardnienia naczyń i zapalenia nerek nie jest wolnem (*pulsus tardus*), lecz, *przeciwnie, szybko rozwijającem się* w ciągu czasu normalnego lub nieco dłuższego od normy (*p. celer, attamen permanens*). Obliczenia CAP i CCP czynią fakt ten niewątpliwym. Twierdzenie więc, jakoby stwardnienie tętnic cechowało się tętnem wolnem, należy wykreślić ze wszystkich prac i podręczników, gdyż niesłuszności tego dowodzą wszystkie badania sfigmomanometryczne wogóle, obliczenią zaś CAP i CCP stawiają ten fakt po za dalszą dyskusją.

Ponieważ przyrost szybkości tętna (CAP i CCP) we wszystkich stanach z podniesionem ciśnieniem krwi tętniczem zależy prawie zawsze od powiększenia ciśnienia tętna (PP), można więc wyrazić się słusznie, że przyrost ten jest pochodzenia obwodowego. Wskutek stopniowego rozwijania się, taka szybkość tętna nie przedstawia bezpośredniego niebezpieczeństwa dla serca, które, wyjąwszy przypadki wyżej przytoczonych powikłań (ostre przepracowanie fizyczne, ostre zakażenie), przystosowuje się, oczywiście tylko do pewnych granic, do możności wykonywania tej szybszej pracy przez stopniowe przerastanie.

2. Nie można powiedzieć tego samego o powiększeniu szybkości pracy serca w tych przypadkach, w których zależy ona od przyczyn tkwiących w samem sercu. Mamy tu na myśli przypadki niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Wielkość CAP wahała się w moich przypadkach tego rodzaju od 6.4—55, przyczem w $^{2}/_{3}$ przypadków mojego materjału przekraczała 11.

Mogę więc powiedzieć, że dla większości mojego materjału omawianej tu wady było cechującem powiększenie CAP, przekraczające normę dwukrotnie, i że w wyjątkowych przypadkach tej wady CAP może przekraczać normę sześciokrotnie, a nawet prawie dziesięciokrotnie. Bliższe badanie materjału wykazuje, że pierwotną przyczyną takiego powiększenia CAP przy niedomykalności zastawek tętnicy głównej jest skrócenie czasu wznoszenia się tętna, czyli zmniejszenie TAP. W moim materjale TAP wahało się przy tej chorobie od 0.055" do 0.035", spadając w czterech przypadkach do 0.025", a w jednym przypadku nawet do 0.02". Mięsień sercowy, zmuszony do tak szybkiego wznoszenia ciśnienia tętna (PP) na należytą wysokość, ulega przy tej wadzie, jak wiadomo, szybkiemu przerostowi. Dopiero to prowadzi z kolei do coraz szybszego wtórnego podniesienia ciśnienia tętna (PP), przekraczającego w większości mego materjału 60 mm Hg i dochodzącego w poszczególnych jego przypadkach do 110, 120, a raz nawet do 140 mm Hg. Wpływa to już wtedy wtórnie na znaczne powiększenie się CAP. Jak widzimy, przy tej wadzie mamy do czynienia z mechanicznem powiększeniem CAP, zupełnie odmiennem od przytoczonego powyżej dla stanu stwardnienia tętnic i zapalenia nerek, w których szybkość tętna wzrasta wyłącznie wskutek powiększenia PP. Wyrażając się najogólniej, powiedzieć można, że CAP w stwardnieniu tętnic i zapaleniu nerek wzrasta istotnie w stosunku proporcjonalnym do przeszkód w naczyniach obwodowych, t. j. że przyrost jego jest pochodzenia pierwotnie naczyniowego. Przeciwnie zaś, w niedomykalności zastawek tętnicy głównej sam mechanizm wady jest powodem pierwotnego powiększenia CAP wskutek zmniejszenia TAP, do którego zwiększenie PP dołącza się dopiero wtórnie. Mamy więc tutaj do czynienia z powiększeniem szybkości tętna pochodzenia pierwotnie sercowego. Podobne uwagi, których nie będziemy tu powtarzać, odnoszą się, rzecz prosta, i do CCP, które w większości mojego materjału przekraczało 12, dochodząc w jednym z nich nawet do 22. Ponieważ mechanizm powiększenia się szybkości tętna (CAP i CCP) staje się w późniejszych okresach przebiegu niedomykalności zastawek tętnicy głównej podwójnym — pochodzenia sercowego i naczyniowego — okoliczność ta tłómaczy nam, dlaczego takie serce wyczerpuje się bardzo łatwo i dlaczego powstałe wtedy wyczerpanie prowadzi już stosunkowo prędko do zejścia fatalnego.

3. Powyższe dwa typy zachorowań prowadzą do przewlekłego znacznego i trwałego powiększenia szybkości tętna. Prowadzi to w końcu do wyczerpania mięśnia sercowego, który jest zmuszony do wykonywania przez czas dłuższy zwiększonej liczby parowych koni pracy. Spotyka się nadto w klinice szereg powodów, zwiększających szybkość tętna w sposób przemijający. Mają tu znaczenie przedewszystkiem wszelkie zakażenia i zmęczenia fizyczne.

W większości przypadków chorób zakaźnych szybkość tętna, a więc zarówno CAP jak i CCP, wzrasta w stosunku proporcjonalnym do zwiększenia się częstości tętna, gdyż ta częstość obniża zawsze w znacznym stopniu czas opadania tętna (TDP), a stosunkowo często w nieznacznym stopniu i czas jego wznoszenia się (TAP). Gdy czynniki trujące przestają działać, szybkość tętna powraca do normy, gdyż przemijające porażenie naczyń obwodowych przez jady bakteryjne nie zdąży zwykle doprowadzić do przerostu lewego serca i wtórnego powiększenia ciśnienia tętna (PP), które odbiłoby się następnie na stałe przez powiększenie CAP i CCP. Mechanizm zwiększenia szybkości tętna przy silnem przepracowaniu jest następujący: Zwiększona praca zwiększa częstość tętna oraz ilość krwi, wyrzucanej do naczyń obwodowych podczas jednego skurczu serca, mogącą przekraczać normę nawet czterokrotnie. Zwiększenie częstości tętna prowadzi, jak łatwo to stwierdzić za pomocą pomiarów na krzywych tętnopisowych, do skrócenia TAP i TDP, i to jest pierwszym powodem powiększenia CAP i CCP. Niezależnie od tego serce jest zmuszone do przesuwania zwiększonej ilości krwi do wtórnie rozszerzonych naczyń obwodowych. Innemi słowy, przybywa tu prawie równocześnie z powiększeniem częstości tętna i czynnik bardzo znacznego podniesienia jego ciśnienia (PP). Z tego powodu, zarówno CAP, jak i CCP, wzrastają bardzo znacznie w przypadkach gwałtownego zmęczenia pracy serca, przyczem tego rodzaju powiększenie szybkości tętna jest pochodzenia równocześnie sercowego i naczyniowego. Dlatego też prowadzi ono do bardzo szybkiego wyczerpania mięśnia sercowego, co wyraża się niezmiernie gwałtownem przechodzeniem tętna z normalnego w częste, z częstego w szybkie i częste, ale jeszcze miarowe, a z tego ostatniego w różne rodzaje niemiarowości, jak nierówność pracy serca (*pulsus inaequalis*) i różne rodzaje skurczów dodatkowych (komorowych, przedsionkowych, wtrąconych, wstecznych itd). Taki gwałtowny przemijający przyrost szybkości tętna, wraz ze wszystkiemi wyżej przytoczonemi jego następstwami można wywołać sztucznie przez każde przepracowanie fizyczne oraz za pomocą doświadczenia Katzensteina. Jest on, jak wiadomo, szczególnie niebezpiecznem w następstwach dla chorego serca, tj. w jego wadach zastawkowych i w zmianach jego mięśnia, gdyż prowadzi wtedy do śmierci podług tylko co podanego mechanizmu. Samoistnie powstaje on w każdym przypadku napadowego częstoskurczu serca, co stwierdzić można z łatwością przez obliczanie CAP i CCP na każdej fali miarowego częstoskurczu (*polyrhythmia*) i na poszczególnych falach miarowych tętna w innych postaciach tego cierpienia, przebiegających, jak wiadomo, z wszelkiego rodzaju niemiarowością.

Piśmiennictwo:
1. Sahli. D. Arch. f. kl. Med. 1904, Bd. 81. S. 493. 2. W. Janowski. Gaz. Lek. 1907, Nr. 8, 9, 10. 3. — Nowiny Lekarskie 1907, Nr. 10, 11, 12. 4. — Metody badania serca. Warszawa. 1910. 5. — Przegl. Lek. 1907, Nr. 42, 43, 44. 6. — Gaz. Lek. 1914, Nr. 10, 11, 12. 7. — Miesięcznik Lekarski. 1917, Nr. 3, str. 115. 8. Katzenstein. Deut. Med. Woch. 1904, Nr. 22, 23. 9. W. Janowski. Czasopismo lekarskie. 1907, Nr. 3.

Z praktyki.

Dr. med. J. Merenlender, b. ord. szpit. wen. w Skierniewicach.

Bizmut, jako środek przeciwkiłowy.

Od dziesięciu lat, t. j. od chwili rozpoczęcia klinicznego stosowania salwarsanu, jako środka przeciwkiłowego, jesteśmy świadkami ostrej walki, toczącej się w świecie lekarskim między zwolennikami tego leku i zwolennikami rtęci. Podczas gdy ci ostatni zalecają rtęć, jako środek podstawowy do zwalczania kiły, przypisując salwarsanowi mniejsze znaczenie, albo w najlepszym razie uważając salwarsan tylko za środek pomocniczy, zwolennicy salwarsanu naodwrót stosują tylko salwarsan i to w wielkiej ilości, uważając arsenobenzole za jedyny radykalny środek niszczący kiłę.

O rtęci wiemy, że jakkolwiek jest to doskonały środek przeciwkiłowy, nie leczy jednak radykalnie przymiotu. Syfilitycy, energicznie leczeni rtęcią bynajmniej nie unikają późniejszych zachorzeń syfilitycznych t. j. wiądu rdzenia i porażenia postępującego. Przypadki radykalnego wyleczenia kiły za pomocą rtęci (jako kryterjum wyleczenia były podane zakażenia powtórne), opublikowane w literaturze, okazały się, po krytycznej ocenie ich przez Fr. Lessera, przypadkami samowyleczenia. Daje on szereg dowodów, że w tych przypadkach kiła sama wygasła, niezależnie od stosowania rtęci.

Ostatecznego poglądu co do istotnej wartości salwarsanu, jako leku radykalnie leczącego kiłę, w obecnej chwili mieć nie możemy. Dopiero za lat 10—20 klinika neurologiczna przedstawi nam, czy chorzy leczeni salwarsanem, specjalnie po teraźniejszem stosowaniu go w wielkich ilościach, zupełnie nie zapadną, albo w mniejszym stopniu na późną kiłę t. j. wiąd rdzenia i paraliż postępowy.

Wobec rozbieżności zdań co do wartości i wobec niepewności co do skutków ostatecznych stosowanych obecnie leków przeciwkiłowych, nic dziwnego, że świat lekarski jest w niezmordowanem i ciągłem poszukiwaniu pewniejszych środków do zwalczania tej choroby.

I otóż w jesieni ubiegłego roku obiegła prasę codzienną senzacyjna wiadomość, że pewien profesor francuski przedstawił Akademji Lekarskiej w Paryżu nowy srodek, składający się z soli bizmutowych, którym zdołał radykalnie wyleczyć 500 syfilityków. Wiadomo, że każdy nowy środek, który się zapowiada jako przełomowy, wywołuje na razie entuzjazm. Wystarczy przypomnieć sobie w początku tryumfalny pochód tuberkuliny K o c h a, która, jak się zdawało, wybawi ludzkość od gruźlicy; albo też gorące nadzieje pokładane w salwarsanie, kiedy to Ehrlich wierząc w *„therapia sterilisans magna“* myślał, że dokona cudów i zapomocą jednego zastrzyku zniszczy syfilis. Dlatego też senzacyjna wiadomość o nowym wynalazku przeciwkiłowym wzbudziła wielkie nadzieje tak w lekarzach jak i w dotkniętych kiłą chorych.

Dzięki bardzo ciekawemu i pouczającemu odczytowi, wygłoszonemu w marcu b. r. w Polskiem Towarzystwie Dermatologicznem przez kol. Roberta B e r n h a r d t a, który pierwszy u nas zaczął stosować bizmut z pomyślnemi wynikami, miałem możność bliżej się zapoznać z tym lekiem.

Zachęcony dobremi wynikami, o których zakomunikował B e r n h a r d t, zacząłem stosować ten lek na oddziale wenerycznym szpitala wojskowego w Skierniewicach; wybrałem czterech chorych z licznemi objawami kiłowemi, aby móc obserwować, jak wykwity syfilityczne reagują na ten środek. Na tem miejscu chciałbym parę słów powiedzieć o samym leku. W roku 1921 S a c e r a k i L e w a d i t t badali działanie lecznicze różnych preparatów bismutowych w kurzej spiryllozie, zachorzeniach, wywołanych przez trypanosomy, oraz w kile królika i człowieka. Najlepszym z tych połączeń bizmutowych okazał się *Kalium-natrium-bismut-tartarat*, który też został wprowadzony do handlu pod nazwą »Trepol« (10% rozczyn sodowo-potasowego winianu bismutu w oliwie). Podczas stosowania doświadczalnego tego preparatu przez Francuzów okazało się, że królik bez szkody znosił 0,05 gr. winianu bismutu (na kilogram wagi ciała) przy stosowaniu podskórnem i śródmięśniowem; natomiast przy zastosowaniu dożylnem tak małej ilości jak 0,005 gr. ginął już po tygodniu. Jednem słowem, preparat ten okazał się nadzwyczaj trującym przy stosowaniu dożylnem.

Do swoich badań klinicznych używałem preparatu cytrynianu bizmutu, zalecanego przez B e r n h a r d t a, a wyrabianego przez aptekę Gessnera, który bezinteresownie udzielił mi tego leku w ilości potrzebnej, za co na tem miejscu wyrażam mu podziękowanie. Preparat ten składa się z *bismuthum citricum* 0,1 i *novocaini* 0,01 w jednym cm^3. Technika zwyczajna; jak przy rtęciowych zastrzyknięciach, śródmięśniowa. Tylko z powodu wyżej wspomnianej mocno trującej własności bismutu w razie dostania się do żyły, stosowałem przy zastrzyknięciu aspirację próbną (według S c h ä f f e r a-L e s s e r a), aby zupełnie się upewnić, że bizmut nie dostanie się do żyły. Po zastrzyknięciu zawartości strzykawki, zdejmowałem ją, pozostawiając igłę tkwiącą; po nabraniu w strzykawkę powietrza, nasadzałem ją znów na igłę i wprowadzałem powietrze do kanału zastrzykowego, aby tym sposobem zapobiedz pozostaniu w nim bizmutu, czem zmniejsza się bolesność oraz nacieki wskutek zastrzyknięć. W tym też celu używałem długiej igły (4 – 5 cm.). Nadzwyczaj ważnem jest bardzo staranne pielęgnowanie dziąseł podczas kuracji bizmutowej. Zgodnie z wskazówkami B e r n h a r d t a zalecałem chorym smarowanie dziąseł dwa razy dziennie 10% tanninglioeryną, prócz tego częste płukanie ust lekkim rozczynem tanniny w wodzie. Bizmut, który szybko się wydziela do dziąseł, łączy się, przy zapobiegawczem stosowaniu, z tanniną i tworzy tannismut, który wywiera działanie ściągające. Od chwili zastosowania pierwszego zastrzyknięcia badałem co dziennie wykwity (których miejscowo nie leczyłem) na krętki blade, aż do czasu póki zupełnie nie zginęły; u ostatniego chorego badałem za pomocą nakłucia pachwinowe gruczoły chłonne. Przy badaniu na krętki posługiwałem się metodą L e n a r t o w i c z a (utrwalenie za pomocą 40% formaliny, barwienie karbolfuksyną Ziehla), którą stosuję stale z bardzo pomyślnemi wynikami. Mniej więcej co dwa tygodnie była badana krew na odczyn Wassermanna w pracowni Szpitala Ujazdowskiego.

Poniżej podaję historje choroby tych czterech przypadków, z których w pierwszych trzech był nawrót kiły drugorzędnej, a w czwartym wrzód twardy.

I) K. J, 24 lat, rolnik — zakażenie kiłowe we wrześniu 1921 roku. Przeszedł wtedy natychmiast leczenie, które skończył w paźdz erniku 1921 roku (10 zastrzyków Hg. sal. + 2 neosalvars.). Stan obecny — *Habitus asthenicus.* Zły wygląd, blady; stan ciężki, zaledwie może chodzić, łysina i biała skóra kiłowa szyi; nadżarcia i guzki na żołędzi prącia. Na skórze worka mosznowego licznie rozsiane lepieże wielkości dużego grochu. Na prawem udzie w okolicy otworu owalnego bardziej przyśrodkowo lepież płaski o postaci owalnej, moknący, wypukły (2 cm × 1 cm); koło otworu stolcowego liczne lepieże moknące. Powiększenie wszystkich gruczołów chłonnych. Na śluzówce języka i migdałków lepieże płaskie; prócz tego lekkie zapalenie jamy ustnej. Odczyn Wassermanna ++++. Krętki blade (z lepieży) +. 10/III Wstrzyknięcie bizmutu 0,6 (1). 11/III K r ę t k i +. 12/III K r ę t k i +. 14/III. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (2). Pokrywanie nabłonkiem lepieży, które schną i wsysają się; k r ę t k i +. 15/III. K r ę t k i +. 16/III. K r ę t k i —. 17/III. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (3) krętki — (ze skrobanki wessanych wykwitów). Wykwity spłaszczają się, są suche i bledną. 18/III i 19/III krętki —. 20/III. Wstrzyknięcie bizmutu 1.0 (4) Wassermann ++; umiarkowane zapalenie jamy ustnej; lepieże nie zupełnie jeszcze wessane; na ich miejscu czerwone plamy; guzki na worku mosznowym zupełnie znikły. Bolesny naciek w miejscu ostatniego zastrzyku. 24/III. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (5) 27/III. Zapalenie jamy ustnej utrzymuje się bez zmian kiłowych; wykwit na nosie w okolicy otworu owalnego spłaszczony, suchy, brodawkowaty. Wygląd chorego dobry; czuje się doskonale. 28/III. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (6). 31/III. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (7). 4/IV. Neosalwan. Grodzisk 0,3; W a s s e r m a n n ++++. 7/IV. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (8). 11/IV neosalwan 0,45. 15/IV. Wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (9). 24/IV wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (10), nadżarcie i grudka syfilityczna [nawrót!] koło otworu stolcowego. Natomiast wykwit brodawkowaty na miejscu lepieża w okolicy otworu owalnego znikł. 2/V wstrzyknięcie bizmutu 1,0 (11) W a s s e r m a n n ++++.

II) W. M., 22 l., kupiec — zakażenie kiłowe w styczniu 1921 r.; dotychczas 2 leczenia. Pierwsze w styczniu 1921 roku — 10 Hg. sal. + 3 Neosalv. Drugie w czerwcu 1921 r. — 12 Hg. sal. + 2 neosalv.; objawów między pierwszą i drugą kuracją nie miał. S t a n o b e c n y: Dobrze odżywiony, o prawidłowej budowie, w lewej pachwinie koło worka mosznowego moknący lepież wielkości małej fasoli (1 cm × 1½ cm); koło otworu stolcowego: z lewej strony moknący lepież nieregularnego kształtu (3×2 cm), z prawej strony lepież podłużny (2 cm × 1 cm). Aparat chłonny: gruczoły pachwinowe i podszczękowe powiększone niebolesne; w jamie ustnej zmian niema. 14/III bizmut 1,0 (1). W a s s e r m a n n ++++, krętki blade +. 15/III krętki blade +. 16/III k r ę t k i b l a d e —. 17/III bizmut 1,0 (2) wykwity bledną i spłaszczają się, k r ę t k i b l a d e —. 18/III i 19/III k r ę t k i b l a d e —. 20/III bizmut 1,0 (3). Zapalenie jamy ustnej; guzek w lewej pachwinie zupełnie wessany (pozostała tylko plama jako ślad); lepieże koło otworu stolcowego zupełnie wklęśnięte, ale jeszcze do poznania. Nacieki po zastrzykach obustronnie bardzo bolesne. W a s s e r m a n n u j e m n y. 24/III bizmut 1,0 (4). 27/III wszystkie wykwity zupełnie znikły, wessane. 3/IV bizmut 1,0 (5). 4/IV W a s s e r m a n n u j e m n y. 7/IV bizmut 1,0 (6). 14/IV bizmut 1,0 (7). 24/IV W a s s e r m a n n ++++. 2/V bizmut 1,0 (8).

III) K. P., 23 l., cieśla — Zakażenie kiłowe w 1918 r. we wrześniu; miał 3 kuracje: pierwszą w 1918 r. — 30 zastrzyków sublimatu + 1 Neosalv., drugą w 1920 r. 10 zastrzyków salicylanu rtęci + 1 Neos., trzecią w 1921 r.: 17 zastrzyków sublimatu + 1 Neosalv. S t a n o b e c n y. Dobrze odżywiony o prawidłowej budowie. Na skórze worka mosznowego gdzieniegdzie moknące guzki, ale przeważnie rozsiane suche guzki kształtu girlandy. Aparat chłonny: lekka scleradenitis universalis, lekkie zapalenie jamy ustnej, zmian kiłowych niema. W a s s e r m a n n ++++ [Krętków nie szukano z powodu suchych wykwitów] 10/III bizmut 1,0 (1). 14/III bizmut 1,0 (2). 17/III bizmut 1,0 (3). Wykwity zupełnie spłaszczone, bledną, prawie zupełnie wessane. 20/III bizmut 1,0 (4). Wykwity wessane (śladu niema), zapalenie jamy ustnej większe. Chory podaje, że miejsca zastrzyków są bardzo bolesne. W a s s e r m a n n ++. 28/III bizmut (5). Z powodu skarg na bolesność miejsc zastrzyków, stosuje się je raz na tydzień tylko. Skargi na bolesność dziąseł. Chory podaje, że w momencie zastrzyku bizmutu natychmiast odczuwa ból w dziąsłach. 31/III bizmut (6). 4/IV W a s s e r m a n n ++++. 7/IV bizmut (7). 15/IV bizmut (8). 24/IV bizmut (9), W a s s e r m a n n ++++. 2/V bizmut (10).

IV) S. T. 23 l., mechanik — po ostatniem spółkowaniu przed 12-ma dniami; obfity ropny wyciek z cewki moczowej, d w o i n k i N e i s s e r a +. 17/III stosowanie leczenia przeciwrzeżączkowego. 20/III nabrzmienie otworu cewki, przerwanie miejscowego leczenia przeciwrzeżączkowego; okłady. 1/IV miejscowe zaognienie większe, obfitszy wyciek ropnej wydzieliny. 8/IV wewnątrz ujścia cewki moczowej wyczuwa się naciek. Obserwacja. 15/IV w okolicy ujścia cewki moczowej wytworzyło się twarde nacieczone owrzodzenie wielkości 3 cm × 2 cm. Badanie mikroskop. wydzieliny (surowicy) wrzodu wykazało k r ę t k i b l a d e w wielkiej ilości. R o z p o z n a n i e: Wrzód twardy. Bizmut 0,8 (1). 16/IV krętki blade +. 17/IV krętki blade ujemne. 18/IV krętki

blade ujemne. Epitelizacja i gojenie się wrzodu. Nakłucie gruczołów chłonnych pachwinowych (które już są powiększone) nie wykazuje również krętków bladych. 19/IV bizmut 1,0 (2): krętki blade —. 20/IV. Chory skarży na mocny ból w miejscu zastrzyku; tam też wyczuwa się naciek. Wrzód twardy goi się w szybkiem tempie. Wassermann ++++. 21/IV bizmut 1,0 (3). Wrzód zupełnie zagojony. 25/IV chory podaje, że bóle w miejscu zastrzyku są nie do wytrzymania. 26/IV chory drugą noc nie spał z powodu bólu. 27/IV Gorączka (39°). 28/IV gorączka trwa; chory nie może ruszać lewą nogą (miejsce zastrzyku). 29/IV pomimo zaprzestania leczenia przeciwrzeżączkowego, minimalny wyciek śluzowy z cewki moczowej nie wykazuje dwoinek; mocz prawie zupełnie czysty. Leczenie bizmutowe zostaje wstrzymane z powodu nadmiernych bólów. D. n.

Sprawozdania poglądowe.

Prof. Dr. Włodzimierz Łukasiewicz. Lwów.

O leczeniu chorób skórnych i wenerycznych nieswoistemi ciałami białkowemi i kolloidowemi.

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. Wł. Łukasiewicz.

(Ciąg dalszy).

W przypadkach pęcherzycy naszej kliniki, które wobec wstrzykiwań chininy zachowywały się opornie, zastosowano własną surowicę chorych (Dr. Salpeter). Upuszczano ją z żyły łokciowej do wyjałowionej probówki, pozostawiano kilka godzin do skrzepnięcia. Następnie wyjałowioną sondą oddzielano skrzep krwi na górnym brzegu i umieszczono probówkę w zimnie. Następnego dnia wstrzykiwano surowicę w ilości około 5 ccm do żyły łokciowej, a w razie niemożności (z powodu złuszczania) w pośladki. Niezawodne polepszenie można było stwierdzić przy tem leczeniu między innymi u 20-letniej chorej z Pemphigus vulgaris o przebiegu nader przewlekłym (3 lata) mimo stosowania chininy. Już 6 wstrzykiwań własnej surowicy powstrzymały dalszą wysypkę. Dalej u 55-letniego mężczyzny, u którego Pemphigus vulgaris ad foliaceum tendens od 3 lat utrzymywał się mimo licznych wstrzykiwań chininy polepszył się stan znacznie już po 6 śródżylnych wstrzyknięciach surowicy własnej. Chory przybrał bardzo na wadze. Najbardziej uderzający w oczy skutek był u 52-letniego chorego z ciężkim typowym Pemphigus foliaceus, który pozostawał w klinice przez $1^1/_2$ miesiąca dostawszy kilka tygodni przedtem objawów pęcherzycy. Chory ten cierpiał ponadto od lat na łuszczycę, a szczątkowe ogniska tejże okazywał na łokciach przy przyjęciu. Wobec gorączki towarzyszącej pęcherzycy łuszczyca ustąpiła sama. Po pierwszych wstrzyknięciach własnej surowicy ciepłota podniosła się nad 40° a wysypka wzmogła się. Po 9-ciu jednak wstrzyknięciach, a zwłaszcza po ostatnich 4 dożylnych (7 ccm, 10 ccm, 6 ccm, 10 ccm) stan polepszał się szybko. Objawy ustępowały, części obnażone z przyskórka, nie okazujące przedtem skłonności do pokrywania się nabłonkiem, pokrywały się przyskórkiem, stan sił poprawił się. Chory w krótkim względnie czasie czuł się tak dobrze, iż opuścił klinikę, twierdząc iż jest zdrowym.

Także w bardzo ciężkim przypadku pęcherzycy złuszczającej u 45 letniej kobiety wstrzykiwano własną surowicę, jakkolwiek tylko z wielkim trudem wobec skóry pozbawionej nabłonka uskuteczniano venepunkcje. Wstrzykiwania te śródmięśniowe miały korzystny wpływ na sprawę chorobową (w przeciwieństwie do poprzednio stosowanych wstrzykiwań cukru gronowego, które były bezskuteczne). Po 17 wstrzykiwaniach nastąpiła epitelizacja obnażonej skóry.

Wstrzykiwania własnej surowicy przy pęcherzycy zasługują wedle naszych spostrzeżeń niezawodnie na uwzględnienie, gdyż małe ilości (5—10 ccm) tejże wywierają skutek, a nieprzedstawiają jakichkolwiek niebezpieczeństw przy tej ciężkiej dermatozie.

Autoseroterapią przy pęcherzycy stosowali Lenartowicz i Hołobut, wstrzykując chorym podskórnie surowicę uzyskaną z pęcherzy. Rzadko jednak zdarzają się przypadki, w których można uzyskać surowicę z pęcherzy a i to najczęściej w zbyt małej ilości.

Jeszcze w r. 1895 Matthes zwrócił uwagę na działanie deuteroalbumozy, podobne do tuberkuliny. Za leczniczem doprowadzeniem do organizmu białka pod postacią wstrzykiwań mleka oświadczył się R. Schmidt (na 32 kongresie medycyny wewnętrznej w Dreznie), który od r. 1915 je stosował. Niezależnie od R. Schmidta zastosował P. Saal niemal w tym samym czasie mleko przy durze. Poczem metoda ta rozpowszechniła się gwałtownie. Zamiast czystego wyjałowionego mleka krowiego (R. Schmidt), zalecają E. F. Müller aolan, jałowy roztwór białka mlecznego o jednakim składzie, Lindig Caseosan, jałowy 5 procentowy roztwór kazeiny.

Od r. 1918 zaczęliśmy (Dr. Mahl) stosować stale wstrzykiwanie świeżo wyjałowionego mleka w klinice naszej. Wstrzykujemy około 5—10 ccm na dawkę w mięśnie pośladków zwykle w odstępach czasu 3 dniowych, lub 2 razy tygodniowo, o ile ustąpi reakcja. W razie silniejszego odczynu upływa i tydzień między wstrzyknięciami. W największej części przypadków można zauważyć skutek działania pod postacią ogólnych objawów jak: podwyższenie ciepłoty po kilku godzinach występujące, przyśpieszenie tętna, czasami dreszcze, zawroty głowy, osłabienie i śpiączka. Objawy te ustępują z reguły po 24—48 godzinach. Częstokroć można obok tej ogólnej stwierdzić także miejscowy odczyn ogniskowy, który charakteryzuje się wzmożeniem bólu lub miejscowego stanu zapalnego. Przy dalszych wstrzykiwaniach powtarzają się lub nawet potęgują te objawy zwłaszcza w miarę podnoszenia dawki; wreszcie jednak przestają one występować. Niekiedy już po pierwszem wstrzyknięciu, częściej jednakże po dalszych, daje się zauważyć ich korzystny wpływ, polegający na ustąpieniu bolesności, polepszeniu apetytu, snu, odżywienia, jednem słowem ogólnego stanu chorego.

Postępując ostrożnie co do używanych dawek, stosownie do nasilenia i rodzaju choroby, rozważanych na podstawie dokładnego klinicznego spostrzegania nie spostrzegaliśmy nigdy jakichkolwiek szkodliwych następstw. Nie zauważyliśmy też ani razu w naszych przypadkach objawów anafilaktycznych. Leczeniu temu poddano odpowiednie przypadki chorób wenerycznych i skórnych. Przy powikłaniach rzerzączki u mężczyzn mogliśmy stwierdzić w licznych ambulatoryjnie leczonych przypadkach zapalenia przyjądrza ustępowanie lub zmniejszenie bolów jakoteż objawów zapalnych do 24 godzin po pierwszem wstrzyknięciu mleka. Niekiedy trzeba było stosować więcej niż 2 injekcje w tym celu. Wyjątkowo stwierdzaliśmy nawrót nasilenia a dwa razy nawet wzmożenie objawów zapalnych w czasie leczenia. W każdym razie metoda ta ma wyższość nad nakłuciem chorego przyjądrza podnoszącem jeszcze prawdopodobieństwo niepłodności. Częściej zaś mogłem stwierdzić ustanie bólu po mleku, niż po szczepionce (n. b. świeżej). Przy ostrem zapaleniu stercza a także przy przewlekłem zaostrzającem się ustępowało już w 24—48 godzin po wstrzyknięciu mleka utrudnienie w oddawaniu moczu. Po dalszych zaś (2—4) znikały objawy zapalne. Kilka razy po ustąpieniu objawów ze strony gruczołu krokowego wystąpiło ostre zapalenie przyjądrza mimo tego leczenia. Wszyscy ci chorzy przebywali jednakowoż już przed laty to samo powikłanie. Przypadki ostrego zapalenia gruczołu Thysona ropiejące ustępowały po 2 wstrzyknięciach. U jednego chorego naciek grnczołu z przebiciem, utrzymujący się od roku ustąpił po 2 wstrzyknięciach z zabliźnieniem się gruczołu.

Przypadki rzeżączkowego zapalenia stawów u mężczyzn okazywały po wstrzykiwaniach złagodnienia. Ciężkie schorzenie rzeżączkowe stawu łokciowego u kobiety ustąpiło zupełnie przy leczeniu mlekiem.

Na przebieg zapalenia rzeżączkowego cewki moczowej jako takiej, wpływu wstrzykiwań nie stwierdzono w naszej klinice, dlatego też leczenie miejscowe przy wszystkich powikłaniach rzeżączkowych należy konsekwentnie prowadzić. Działanie mleka dostępne dla każdego lekarza jest podobne do działania świeżych szczepionek, które przecież nie działają jedynie swoiście, lecz także jako kolloidalne istoty białkowatej przyrody. Pouczające pod tym względem są doświadczenia, które robił Culver, dzieląc chorych z powikłaniami rzeżączkowemi na 4 grupy. Wstrzykiwał on u 1-szej szczepionkę gonokokkową, u 2-giej meningokokkową, u 3-ciej bacilli colon a u 4-tej roztwór $4^0/_0$-owy kazeiny. Przy szczepionkach od-

czyn występował wcześniej z wyższą gorączką, bólem głowy i wymiotami. Po deuteroalbnmozie bez tych ostatnich dolegliwości i nieco później występowała reakcja. Zresztą odczyn, jako wynik leczniczy był podobny, zarówno przy stosowaniu drobnoustrojów, jak przy białku.

Dalej stosowaliśmy wstrzykiwania mleka w wielu przypadkach powiększenia gruczołów (przy wrzodach miękkich) i to tak u chorych klinicznych, jako też i ambulatoryjnych z najlepszym skutkiem. Przeważnie już po drugiem wstrzyknięciu ustępowały zmiany zapalne ropiejących gruczołów chłonnych czyniąc zbytecznym zabieg operacyjny. U jednego chorego ustąpił stan zapalny gruczołów dopiero po 10 wstrzyknięciach. Odnosiłem wrażenie, iż wstrzykiwanie nie w porę przyśpiesza zropienie gruczołów. Najlepsze wyniki daje takie leczenie, w którem się je stosuje z chwilą rozpoczynającego się chełbotania w gruczołach. Częstokroć następywało wessanie już po pierwszem wstrzyknięciu. Wpływu wybitnego na same wrzody miękkie nie można było stwierdzić. O ile wrzody nie były wilgotnie opatrywane (po usunięciu dymienic mlekiem), to zastrupiające się rany prowadziły na nowo do zajęcia gruczołów chłonnych skutkiem wessania ropy z wrzodów.

W przypadkach kiły plamisto guzkowej nie widziałem żadnego skutku po wstrzykiwaniach mleka. Natomiast ustąpiły po nich kilaki, zwłaszcza wrzodziejące, aby po przerwaniu leczenia w kilka tygodni znów się rozwinąć w tych samych miejscach.

We wielu przypadkach kiły osutkowej, leczonej rtęcią i salwarsanem, wstrzykiwaliśmy ponadto mleko głównie jako środek podwyższający ciepłotę (podobnie, jak tuberkulina stosowana przez Wagnera-Jauregg przy kile ośrodków nerwowych). Czyniliśmy to zwłaszcza w takich przypadkach, w których odczyn dodatni krwi utrzymywał się uporczywie mimo intenzywnego swoistego leczenia. Przeważnie jednak nie wywierały te wstrzykiwania skutku na zmianę odczynu w naszych przypadkach w przeciwieństwie do innych autorów (Kyrle, Scheiber, Gulzmann). Również prowokacyjnego działania mleka w przypadkach kiły seronegatywnej, jak to podał Uddgorn, nie mogliśmy stwierdzić.

Z rozmaitym skutkiem stosowaliśmy mleko przy rozlicznych schorzeniach skórnych:

Przy eczema chronicum ze znacznemi naciekami można było w poszczególnych przypadkach zauważyć polepszenie po kilku wstrzykiwaniach (4—5), nie obyło się jednak nigdy bez leczenia miejscowego. Natomiast ostre przypadki nie wykazywały jakiegokolwiek skutku.

Zwykła łuszczyca pozostawała zupełnie niezmienioną nawet po kilku (5—10) wstrzykiwaniach.

Przy pęcherzycy skuteczności tej metody nie można było się dopatrzeć. Również liszaj czerwony płaski (*Lichen ruber planus*) pozostał bez zmiany po 10 wstrzyknięciach mleka. (Przypadek ten ciężki uleczono doszczętnie neosalwarsanem w ilości ogólnej 9·9).

Uderzające było działanie tej metody w przypadku dermatozy opisanej przezemnie jako Folliculitis exulcerans: Kobieta 33-letnia z rozległemi spływającemi i rozpadającemi się folikularnemi naciekami na skórze brzucha, które utrzymywały się niemal przez rok, była leczona poprzednio na oddziale bez skutku. Odstąpiona klinice okazywała już po pierwszych wstrzykiwaniach mleka widoczne oczyszczanie się owrzodzeń z tendencją do zabliźnienia w centrum zmian chorobowych. Mimo bardzo silnej reakcji w postaci gorączki dochodzącej do 41 stopni i chwilowego zapadu po każdem wstrzyknięciu, chora przybrała na wadze i siłach. Po 23 wstrzyknięciach uskutecznionych w ciągu $2^1/_2$ miesięcy chora opuściła klinikę uleczona.

Podobnie też co do korzystnego leczniczego wyniku zachowywał się 2-gi przypadek: leczona w klinice 50-letnia kobieta z Folliculitis exulcerans cruris dextri (wielkości dłoni); Zmiany ustąpiły po 12 wstrzyknięciach. Wobec tego, iż u nas widuje się tę oporną dermatozę u osobników żyjących wśród złych i zanieczyszczających warunków (u gałganiarzy, zamiataczy ulic etc.), zasługuje skuteczność proteinoterapji u naszych chorych na szczególne podniesienie.

Przypadki Lupus erythematodes discoides leczone z korzyścią wstrzykiwaniami mleka przedstawiałem w lwowskiem towarzystwie lekarskiem. W tych przypadkach występował po każdym zabiegu nietylko zwykły odczyn ogólny, lecz ponadto przekrwienie zapalne w miejscu ognisk chorobowych. U trzech chorych ustąpiły zmiany niemal zupełnie, jeden chory opuścił klinikę z polepszeniem, chociaż nie dokończono leczenia. W innych przypadkach polepszenie było widoczne, a tylko w dwu przypadkach nie stwierdzono widocznego skutku. W każdym razie metodę tę można stosować przy Lupus erythematodes chociażby jako przygotowawczą (wywołującą przekrwienie i zmniejszanie nacieku) do innych metod np. przed terapją Holländera, przed skaryfikacjami itp.

W przypadkach zwykłego wilka stosowanie mleka nie dawało wyników leczniczych.

Nie miałem wreszcie sposobności widzieć korzystnych wyników terapji mlecznej na owładnięcie róży, jak to opisują Kraus i Schmidt, którzy już w pierwszym lub drugim dniu po wstrzyknięciu mleka spostrzegali ograniczenia procesu i spadek ciepłoty. Byłem wzywany na naradę do przypadków róży, w których mimo tych wstrzykiwań sprawa postępowała i trwała kilka, a w jednym przypadku 11 dni. U pewnego chorego, który z powodu utrzymującego się po róży obrzęku zapalnego twarzy mimo opadnięcia ciepłoty zgłosił się do kliniki, ustąpił rzeczywiście obrzęk po jedynem wstrzyknięciu 10 ccm mleka.

Przywiązując największą wagę do miejscowego leczenia róży, nie sądzę, aby bez tegoż sama proteinoterapja była w stanie zapobiedz dalszemu posuwaniu się lub nawrotowi procesu w razie pozostawienia chociażby najmniejszych ognisk chorobowych ropnych. Przypomnę tylko częste nawroty róży (np. nosa) bez leczenia miejscowego, lub przy słabem leczeniu pierwotnych ognisk.

Aolan (Müller) stosowany w klinice intradermalnie co 2-gi dzień (po 0·2 w 2 miejsca wstrzykując) dawał dobry skutek przy lupus erythematodes discoides, o tyle, iż część nacieków ustąpiła.

Przy wyprysku łojowym podudzia u 60-letniego mężczyzny stan po 6 podwójnych wstrzykiwaniach widocznie się poprawił. Na ogół jednak działanie aolanu i odczyn po tymże były słabsze, niż po wstrzykiwaniach mleka, więc nie zachęcały do stosowania tego drogiego zagranicznego preparatu.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń trudno zawyrokować ostatecznie o wartości proteinoterapji. Pewne jednakże jest, iż wywiera ona podrażnienie częstokroć całego ustroju a nierzadko ognisk zapalnych, i może mieć wpływ leczniczy. Dalsze dokładne spostrzeżenia będą miały za zadanie stwierdzić, które ciała białkowate i w jakich przypadkach wpływają leczniczo.

Proteinoterapja zyskała sobie ponad wszelką wątpliwość obok innych metod fizykalnych i chemicznych bardzo poważne miejsce. D. n.

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

La Presse Médicale.

Nr. 29. 1922.

Marinesco. M. G. **Czy zabieg Steinacha może wpłynąć na odmłodzenie ustroju zwierzęcego?** Steinach w swej monografji [1]) dowodzi, że tkanka łączna gruczołów płciowych (la glande interstitielle, la glande de la puberté) zachowuje długo swą czerstwość, podczas gdy komórki płciowe ulegają zmianom wstecznym. Podwiązka przewodów nasiennych u zwierząt (szczurów), powodując rozrost tkanki łącznej, wywołuje istotne odmłodzenie ustroju: wzrost wagi, siły mięśniowej, łaknienia i popędu płciowego. U szczurów, które w 27 miesiącu życia okazywały wszelkie objawy starcze, udawało się w ten sposób jeszcze w ciągu 7 miesięcy wywołać ponownie zdolność płciową. Lichtenstern zastosował podobną podwiązkę u 3 mężczyzn (w 44, 66 i 71 roku ży-

[1]) E. Steinach. Verjüngung durch experimentelle Pubertätsdrüsen. Berlin, 1920.

cia) z objawami uwiądu przedwczesnego i otrzymał wyniki zadowalające. Badania Steinacha powtórzyli liczni autorowie z wynikami różnemi, większość jednak nie otrzymała ani rozrostu tkanki łącznej, ani wpływu widocznego na ustrój. Marinesco zastosował zabieg Steinacha u 3 mężczyzn (2 z objawami drżączki porażennej w wieku 60 i 56 lat, trzeci — wiąd rdzenia, l. 59); u wszystkich stwierdzał przejściowo wzmożenie podniet płciowych, siły mięśniowej, częściowo i łaknienia — skutek ten jednak był krótkotrwały i nie zasługuje na miano odmłodzenia. M. sądzi, że zabieg Steinacha nie ma podstaw biologicznych, w szczególności nie wpływa w żadnym stopniu na główne cechy starości, jakie autor widzi w zmianach anatomicznych, histologicznych oraz w stanie koloidowym komórek i tkanek.

W. Jasiński (Lwów).

Mougeot A. **Cztery objawy dynamiczne stwardnienia tętnicy głównej.** I. Właściwości tętna: nagłe i szybkie narastanie fali tętna, widoczne przy badaniu oscillometrem. II. Wzmożenie parcia w tętnicy ramieniowej: znaczne podwyższenie Mx przy normalnem Mn. III. Względne wzmożenie parcia skurczowego w kończynach dolnych. IV. Brak współczesności tętna tętnicy promieniowej i udowej — wcześniejsze występowanie tętna uda.

Loubet i Riser. **Przyczynek do badań nad przewlekłem ogólnem zakażeniem pneumokokowem.** Opis przypadku z rozpoznaniem, opartem na dodatnim wyniku posiewów krwi; przebieg przewlekły, zejście pomyślne.

Autor podkreśla rozmaitość obrazu klinicznego w zakażeniach pneumokokowych oraz pomyślne zazwyczaj rokowanie w postaciach przewlekłych.

Nr. 30. 1922.

Maurice Loeper. **O albuminozie we krwi chorych na raka.** U chorych na raka wątroby, przewodu pokarmowego, nerek, występuje przewaga albumin we krwi, zwłaszcza wówczas, gdy guz jest duży i rozwija się wolno; zjawisko to nie pojawia się przy przerzutach rakowych, n. p. na otrzewnej. Autor nie zgadza się z teorją Filińskiego, jakoby nagromadzenie albumin we krwi było następstwem niedomogi wątroby wskutek raka i jakoby miało ono tylko w tych razach występować. Autor nie znalazł tego objawu w innych schorzeniach wątroby, również jej czynność upośledzających, znajdował go zaś bardzo często w zapaleniach, martwicy lub zwyrodnieniu znacznego stopnia każdego innego narządu.

J. Finel i D. Santenoise. **Objawy ze strony układu nerwowego błędno-współczulnego i nadwrażliwość przy napadach strachu, szału i padaczki.** Autorowie uważają zwiększone napięcie nerwu błędnego za przyczynę napadów, zaburzenia zaś równowagi wzajemnej obu układów za podłoże dla nich. Do wniosków tych dochodzą na podstawie następujących danych: 1) Badania krwi przed, podczas i po napadach wykazały rzeczywisty wstrząs hemoklazyczny, w przerwie zaś między poszczególnemi napadami stały, prawidłowy stosunek krwinek białych. 2) Równocześnie u tych osobników stwierdzono podczas napadów wybitną hemoklazję trawienną, która znika w przerwie między napadami. 3) Hemoklazja trawienna jest wynikiem nadmiernego napięcia nerwu błędnego, czego dowodem jest równoczesne z nią występowanie i znikanie odczynu oko-sercowego i jednakowe farmakodynamiczne działanie na oba te zjawiska pewnych środków (atropina, pilokarpina, adrenalina). 4) Zaburzenia w równowadze obu układów autonomicznych dają warunki odpowiednie lub nieodpowiednie dla występowania napadów. Napady występują w chwili napięcia i przewagi układu nerwu błędnego i trwają do chwili wystąpienia przewagi układu współczulnego.

A. Lacassagne. **Miękkie i twarde promienie w leczeniu radem raka macicy.** Ścisłe i dokładne badania histologiczne doprowadziły do poznania skutków działania twardych i miękkich promieni. Promienie miękkie niszczą tkanki sąsiednie, a są zbyt słabe by zniszczyć raka, promienie twarde niszczą raka, pozostawiając tkanki w spokoju. Z tego autor wyciąga odpowiednie wnioski odnośnie do techniki leczenia raka promieniami radu.

Al. Marmorek. **Przemijająca i trwała odporność.** Ciekawa jest sprawa czasu trwania i całkowitości odporności po przebyciu pewnych chorób zakaźnych. Z tego punktu widzenia dzieli autor zarazki na dwie grupy: 1) przechodzą przez sączki i wywołują stałą mniejwięcej odporność; 2) zarazki znane i widzialne dają nietrwałą odporność. Te zaś z nich, które dają jakąś odporność, mają w swym cyklu rozwojowym okres, w którym są zupełnie niewidzialne. Odporność nie zależy wedle autora ani od wielkości zarazka, ani od jego powinowactwa do tworów zewn. listka zarodkowego, ale od szczególnej odporności jądrowej. Możliwe to jest dla zarazków małych.

Eliza Blattówna (Lwów).

Nr 31. 1922.

Cunéo B. **Nowy sposób wytwarzania stałego odbytu biodrowego.** Szczegółowy opis zabiegu, poparty dobrze wykonanemi rycinami.

Moutier i Guérin. **Zespół opuszkowy w przebiegu ostrego zatrucia kokainą zastrzykniętą śródoczodołowo.** Na zasadzie 2 spostrzeganych przypadków wnoszą autorowie, że objawy opuszkowe w przebiegu ostrego zatrucia kokainą występują po jej zastrzyknięciu śródoczodołowo wskutek nieznacznej odległości opuszki od dna oczodołu (30—35 mm) oraz możności przenikania rozczynu wzdłuż pochewek nerwowych do jąder opuszki. Po pierwszym okresie podniecenia i objawach ruchowych (drżenie rąk), następują objawy korowe mózgowe (wielomówność, uczucie strachu, rozdrażnienie) i opuszkowe — swoisty niepokój *(angoisse)*, nagłe rozszerzenie źrenic, bladość, ziębnięcie kończyn, wreszcie trudności połykania. Po następnym okresie sercowo-naczyniowym (przyśpieszenie tętna, zmiany parcia krwi z nagłem zmniejszeniem ciśnienia w przeciwieństwie do zwykle spostrzeganego zwiększenia) objawy opuszkowe występują w postaci zaburzeń oddychania: niemiarowość oddechu, zwolnienie *(bradypnée)* i zniesienie ruchów oddechowych bezwiednych przy zachowaniu możności oddychania pod wpływem woli; okres ten prowadzić może do omdlenia i zapaści; z objawów następowych wymieniają M. i G. nadmierne moczenie, wzmożenie odruchów, rozszerzenie źrenic i, najdłużej trwające, przyśpieszenie tętna. Dawka trująca wynosiła w I. przypadku 0,01, w II.—0,03 kokainy. Leczenie: tlen oraz wysokie, często powtarzane zastrzykiwania eteru.

W. Jasiński (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Fizjologja.

Rozprawy Akademji Nauk lekarskich.

T 1. Z. 1. (1921)

Stefan Dąbrowski i † Stanisław Kozłowski. **O wyjaławianiu się jelit podczas głodu.** Autorowie zdają sprawę z przebiegu nader ważnego doświadczenia nad zachowaniem się przetworów przemiany gnilnej kiszkowej u człowieka w czasie głodu zupełnego. Oznaczając wydalanie kwasu siarkowego estrowego i indykanu moczowego, oraz części składowych żółci, cholesteryny i bilirubiny w kale głodowym, otrzymują w ten sposób miarę natężenia spraw gnilnych w kiszce: w miarę osłabienia tych procesów, które rozkładają tyrozynę i tryptofan, musiało się zmniejszyć wydalanie kwasów fenolosiarkowych oraz indykanu moczu, a obniżenie natężenia fermentacyj, których skutkiem ubocznym jest uwodorowanie bilirubiny i cholesteryny, musiałoby sprawić, że w miejsce urobiliny i koprosterynu wydala się w kale bilirubina i cholesteryna. U jednostki młodej i zdrowej, poddanej spostrzeganiu podczas trzynastodniowego głodu zupełnego, wydalanie moczowe siarki całkowite było w stosunku do okresu pogłodowego raczej zwiększone, ale zawartość odsetkowa siarki estrowej opadła z 13% aż do wartości 0·25% w dniu 8-mym głodu. Wydalanie sumy indygotyny i indyrubiny spadło z wartości 31 mg w pierwszym dniu głodu do wartości 1·2 do 4·5 mg w dniach czwartym do trzynastego. W kale pogłodowym i w pierwszych 3 dniach głodu stwierdzono obecność koprosterynu, brak cholesterynu i bilirubiny; kał z 4, 5, 6 dnia zawierał cholesteryn i bilirubinę, nie zawierał koprosterynu.

Autorowie streszczają swoje wnioski w sposób następujący: »Można tedy uważać, że począwszy od czwartego dnia głodu, stopa gnicia w jelitach tak dalece się zmniejsza, iż osiągamy, praktycznie rzecz biorąc, stan wyjałowienia jelit«. Podnoszą też słusznie praktyczne znaczenie tego stwierdzenia ze względu na leczenie schorzeń przewodu pokarmowego przez zastosowanie głodu ostrego.

Należy wszelako podkreślić, że osobnik poddany doświadczeniu stosował codziennie wlewanie *per anum* do 3 l. wody dziennie, co niewątpliwie miało znaczny wpływ na oczyszczanie kiszki grubej, właściwego miejsca przemian gnilnych.

Wyjałowienia nie należy rozumieć w znaczeniu ściśle bakterjologicznem, lecz tylko jako osłabienie wzrostu a zatem i przemiany materji flory przewodu pokarmowego, a to na skutek odjęcia ilościowego a zmiany jakościowej normalnej pożywki, którą jest miazga pokarmowa; drobne ilości soków głodowych, nabłonków złuszczonych i t. p., z których formuje się kał głodowy, nie mogą widocznie podtrzymać tych fermentacyj, w których ulegnie redukcji cholesteryna i bilirubina, a ogranicza się poprostu przez zmniejszoną podaż tirozyny i tryptofanu ilość związków fenolowych oraz indolu, wytwarzanych w kiszce.

J. K. Parnas (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Archiw kliniczeskoj i eksperymentalnoj mediciny.

Zeszyt 1. marzec 1922 r.

Nie bez głębokiego wzruszenia bierzemy do ręki wcale pokaźny zeszyt prac uczonych rosyjskich, świadectwo, że w czarnej godzinie swojej ojczyzny, pomimo wszelkich przeszkód, umieją pracować naukowo i przetrawiać materjał swoistych, nieznanych dotąd w świecie spostrzeżeń. Pismo to jest miesięcznikiem, wydawanym przez prywatne towarzystwo wydawnicze »Naucznaja medicina«; redakcję pisma tworzy grono, składające się z profesorów Pietrowa (Piotrogród), Pletniewa (Moskwa), Słowcowa (Piotrogród) i Tarasiewicza (Moskwa). Miesięcznik ten ma na równi z innemi zadaniami także cel nagromadzenia materjału obserwacji epidemjologicznych, klinicznych i patologicznych z epoki obecnie w Rosji przeżywanej. W niewidzianym dotychczas zakresie urzeczywistnia tam życie eksperymenty patologiczne. Autorzy chcą takowe uchwycić i poddać analizie badawczej.

W. A. Oppel. **Głód z punktu widzenia chirurgicznego.** Autor omawia szereg schorzeń chirurgicznych, powstających na tle głodzenia. Zwraca uwagę na fakt, że od czasu rewolucji rosyjskiej ogromnie zwiększyła się ilość zachorzeń na wrzód okrągły żołądka u ludności miejskiej w Piotrogrodzie, podczas gdy poprzednio schorzenie to częściej spotykało się u włościan. Przyczynę widzi autor w spożywaniu ciężko strawnych pokarmów w miastach, ze względu na panujący tam głód. W okresie czasu, gdy w Piotrogrodzie rozdawano do jedzenia owies, duża ilość mieszkańców spożyła go w stanie naturalnym, z powodu nieumiejętności oraz niemożności zajęcia się jego należytem przygotowaniem. Skutkiem tego częstemi były silne zaparcia, niedrożności, powstawanie ran w okolicy okrężnicy esowatej, wreszcie ropne zapalenia otrzewnej. Jedynym sposobem wyjścia było założenie nieprawidłowego odbytu. Autor opisuje stany puchliny głodowej, niemożność utrzymywania moczu i t. p. Wskutek głodu, zimna i brudu szerzy się czyraczność w niebywałej poprzednio częstości; wymaga ona często szerokiego wycinania nacieków; ilość zanokcic, zwłaszcza u ludzi ze sfer dawnej inteligencji, ogromnie wzrosła, przyczem rany organizmów wyniszczonych głodzeniem goją się bardzo źle i przez bardzo długi okres czasu. Chirurdzy mają często do czynienia z ropnemi zapaleniami gruczołów chłonnych nawet w takich wypadkach, jak ropne zapalenie ucha środkowego, przyczem ropienia te mają charakter cierpienia przewlekłego. Ilość przepuklin, wymagających interwencji chirurga, już choćby ze względu na utrudnienie w pracy zawodowej, powiększyła się ogromnie; to samo powiedzieć można o wypadających guzach krwawnicowych oraz o wypadaniu prostnicy. Autor przychodzi do wniosku, że wyniszczenia organizmu wskutek głodzenia przewlekłego wywołuje szereg schorzeń, wymagających pomocy chirurga, zaostrza istniejące już uprzednio schorzenia organizmu oraz wytwarza brak odporności tkanek, zmniejszając zdolność odradzania się.

W. J. Brajcew. **O stosowaniu operacji wyjęcia przy leczenia raka żołądka i wrzodu okrągłego.** Brajcew jest zdania, że przy ulepszeniu techniki operacyjnej wycięcie w przypadkach raka żołądka jest jedynym racjonalnym sposobem leczenia. Autor podaje 5 przypadków własnych, z tych jeden zakończony zejściem śmiertelnem, omawia szczegółowo literaturę przedmiotu, daje zestawienia statystyczne klinik niemieckich; uważa, że wycięcia nie należy stosować tylko wówczas, gdy mamy do czynienia z przerzutami w płucach, opłucnej, większymi guzami w wątrobie, trzustce itp., lub gdy mamy do czynienia z nowotworem o charakterze naciekowym ściany żołądka; obecność gruczołów limfatycznych na krzywiznach dużej i małej, wielkość guza oraz obecność zrostów nie stanowi bezwzględnego przeciwskazania, także i stan anemji oraz wyniszczenia, gdyż te mogą po dokonaniu wycięcia poprawić się. W przypadkach wrzodu okrągłego wycięcie zaczyna obecnie odsuwać na plan dalszy zespolenie żołądkowo-jelitowe. Brajcew zwraca uwagę na to, że przy zespoleniu pozostaje niebezpieczeństwo krwawienia, przedziurawienia, wreszcie przejścia wrzodu w raka, podczas gdy przy wycięciu niebezpieczeństwa te są mniejsze. Autor stosował wycięcie w 8 przypadkach wrzodu peptycznego żołądka z dwoma zejściami śmiertelnemi oraz w 6 wrzodu dwunastnicy z jednem zejściem. Ponieważ obecnie w Rosji poza dietą głodową żadnej innej stosować nie można, pogarsza ten stan leczenie pooperacyjne. Ilość wrzodów żołądka i dwunastnicy w Rosji zwiększyła się, jak autor sądzi, wskutek jakościowo złego, przeważnie roślinnego pożywienia.

W. A. Lubarskij. **O zgorzeli płuc.** W przypadkach zgorzeli płuc zauważyć można w plwocinie znaczne powiększenie objętości ciałek ropnych; ziarnistości obojętnochłonne znajdują się w stanie ruchu molekularnego, opuszczają białe ciałka i tworzą przeważną część miazgi w plwocinie. Ruch Brown'a ziarenek obojętnochłonnych wskazuje na zwyrodnienie odnośnych ciałek ropnych oraz na obecność zaczynu proteolitycznego w plwocinie. Odróżnia to tęże od plwociny gruźliczej, bogatej w zaczyn lipolityczny. Przyczyną usposabiającą do powstawania samoistnej zgorzeli płuc jest wygłodzenie organizmu, jak to mógł stwierdzić autor w 10 przypadkach zgorzeli u jeńców-rosjan w obozie jeńców w Lamsdorf w Niemczech. Stosowanie neosalvarsanu nie dało żadnej poprawy.

A. Aszkinazi-Swatikowa. **W sprawie stosowania leczenia białkami nieswoistemi w chorobach oczu.** Stosowanie pozajelitowe białka nieswoistego w formie zastrzyków domięśniowych wyjałowionego mleka przeprowadzone zostało na dużym materjale klinicznym i dało wyniki bardzo dobre w wielu przypadkach chorób oczu. Ze stanów podmiotowych zwraca uwagę ustępowanie bólów oraz bezsenności. Najlepszy wpływ okazały zastrzyki na zapalenia tęczówki, zwłaszcza powstałe na tle duru powrotnego, aczkolwiek i przy gośćcowych stanach zapalnych oddziaływanie jest dodatnie i tylko kiłowe zapalenia zachowują się oporniej. Nieco gorsze wyniki terapeutyczne osiągnięto w wypadkach leczenia zmętnienia ciałka szklistego i tutaj najlepiej reagowały stany etjologicznie związane z durem powrotnym. W wypadkach wrzodów rogówki otrzymano skrócenie czasu leczenia, a nawet i w wypadkach zapalenia oraz zaniku nerwu wzrokowego skonstatowano pewną poprawę przy leczeniu kombinowanem mlekiem i jodem w formie mieszaniny Durand'a.

M. A. Gorszkow. **Trwale pozostający cienki zgłębnik, jako metoda badania czynności żołądka u człowieka.** Przy pomocy tej metody można badać czynność żołądka w warunkach bliższych do stanów fizjologicznych oraz bardziej szczegółowo. Na zasadzie swych badań tą metodą autor stwierdził, że w przypadkach nadkwaśności, którą zalicza do nerwic, ściana żołądka oddziaływa silnie nietylko na pobudzające środki pokarmowe, ale i na podrażnienie mechaniczne. Krzywe wydzielania kwasu przy wrzodach żołądka i dwunastnicy nie osiągają wysokich cyfr, otrzymywanych przy nadkwaśności,

i mają przebieg bardziej jednostajny. Autor twierdzi, że oleje roślinne dość silnie pobudzają wydzielanie soku żołądkowego, wbrew utartym poglądom.

B. I. Słowcow. **Schemat badania chemizmu odporności.** Chemizm bakteryj jest mało opracowany, ale już dziś można powiedzieć, że w mikrobach oprócz substancji chemicznych, które znajdujemy i u kręgowców - gospodarzy, znajdują się ciała obce dla tych ostatnich, jak np. celuloza, węglowodany podobne do chityny i t. d. Kręgowce nie posiadają zaczynów, któreby mogły rozkładać odnośne węglowodany, nie posiadają cellulazy ani chitynazy. To samo możemy przypuszczać o niektórych tłuszczach, woskach i białkach bakteryjnych. Wraz z rozpadaniem się ciał bakteryjnych mogą powstawać ciała, które, już to ze względów chemicznych czy też fizycznych lub wreszcie swej biologicznej natury, wywołują zaburzenia w organizmie gospodarza. Organizm broni się środkami tejże natury. Nadmierny rozwój środków obronnych którejkolwiek z tych kategorji wytrąca organizm z równowagi, może szkodzić narządom i tkankom. Powstają więc ciała obronne drugiej kategorji — antifermenty, których staraniem będzie usunięcie owego niepożądanego nadmiaru. Dalej Słowców omawia działanie t. zw. częściowych antygenów, co ma znaczenie np. przy leczeniu białkiem nieswoistem, wreszcie podaje tablicę reakcji obronnych organizmu podczas zakażenia.

L. D. Rabotnow. **W sprawie powstawania dźwięków głosowych u śpiewaków.** Autor badał drogą graficzną zachowanie się ciśnienia powietrznego w jamie ustnej i nosowej przy wydawaniu dźwięków przez śpiewaków.

B. A. Archangielskij. **W sprawie wpływu promieni Roentgena na wczesne okresy ciąży u kobiet.** Na zasadzie 10 przypadków, w których stosowano naświetlanie promieniami Roentena w celu przerwania ciąży we wczesnych jej okresach, autor przychodzi do wniosku, że w okresie do 3 tygodni następują po naświetlaniach krwawienia i przerwanie ciąży bez stosowania dalszych zabiegów. W późniejszych okresach ciąży samo naświetlanie nie wystarcza i trzeba uciekać się do wyskrobywania macicy. W dwóch badanych wypadkach badanie drobnowidowe wykazało zmiany natury patologicznej w komórkach płodu np. w formie rozpadu jądra; w błonie śluzowej macicy stwierdzono objawy zwyrodnienia, martwicy i stanu zapalnego. Te dane, stwierdzające wpływ promieni Roentgena na płód oraz macicę, nie wykluczają jednak wpływu promieni na jajniki lub tarczycę oraz ew. wytwarzania się roentgenoleukotoksyn.

E. W. Woronina. **Zachorzenie podobne do duru, wywołane przez nowego lasecznika.** W przypadku posocznicy u chorej, która wyzdrowiała, wyhodowano lasecznika, barwiącego się bipolarnie i nie dającego odczynu zlepnego z surowicami duru oraz durów rzekomych A i B. Też same laseczniki wyhodowano z trupów 8 chorych, zmarłych na posocznicę, panującą epidemicznie, niepodobną w przebiegu do żadnej ze znanych chorób zakaźnych. W większości wypadków miała miejsce żółtaczka; śledziona powiększona; w wątrobie i nerkach zmiany natury posocznicowej, w płucach przeważnie objawy zrazikowego zapalenia płuc; w 3 przypadkach ropne zapalenie opon mózgowych. Lasecznik zaszczepiony królom i świnkom morskim wywoływał posocznicę, jest on ruchomy, nie zmienia podłoża Conradi-Drigalskiego, wytwarza indol, nie rozrzedza żelatyny. Autorka jest zdania, że ma do czynienia z lasecznikiem przynależnym do grupy posocznic zwierzęcych, mogącym wywoływać schorzenie o charakterze epidemicznym.

A. Stefanowski (Warszawa).

Choroby oczu.

Archives d' Ophtalmologie.

T. XXXVIII. Nr. 4. 1921.

Dnverger. **Babkowate wydęcie tęczówki i przekłucie tęczówki.** W przypadkach jaskry następowej wskutek całkowitego odgrodzenia źrenicy i babkowatego wydęcia tęczówki zaleca autor przekłucie tęczówki (*transfixion*). Do terapji okulistycznej wprowadził ten zabieg Fuchs w r. 1896 a wykonuje się go w sposób następujący: nożyk linijny wkłuwa się od strony skroniowej w rąbek rogówkowy trzymając powierzchnię ostrza równolegle do tęczówki; nożyk przekłuwa wypukloną ku przodowi tęczówkę w dwóch miejscach, przechodzi ponad częścią źreniczną do części nosowej wydętej tęczówki, którą również w dwóch miejscach przecina. Natychmiast po operacji tęczówka się zapada i komórka przednia odzyskuje swą prawidłową głębokość. Autor używał tego sposobu operacyjnego od r. 1910 w 15 przypadkach z bardzo zadowalającym wynikiem. Operacja ta wskazana w ciężkich przypadkach jaskry następowej jest zabiegiem bezpieczniejszym niż irydektomja; jeżeli nie przychodzi do nawrotów zapalenia tęczówki, mała szczelina powstała po przebiciu tęczówki, zaokrągla się w dniach następnych i tworzy otwórek o średnicy około 1 mm, zupełnie wystarczający dla utrzymania wolnego połączenia między komórką przednią a tylną. Przy wykonaniu zabiegu należy uważać, by nie skaleczyć torebki soczewkowej a natomiast przebić tęczówkę w całości. Efektu optycznego przekłucie tęczówki nie daje, wycięcie optyczne tęczówki można wykonać później w miejscu najbardziej dla widzenia odpowiedniem.

Terrien. **Pęknięcie samoistne gałki ocznej.** U mężczyzny 70-letniego, u którego po operacji zaćmy oka prawego musiano wkrótce gałkę tę wyłuszczyć, wystąpiło na oku lewem nadwichnięcie soczewki i lekki zanik tęczówki. Przedtem oba oczy wykazywały podwyższenie ucisku śródocznego. Nagle w nocy bez żadnej wiadomej przyczyny wystąpiły gwałtowne bóle oczne i oczodołowe, poczem wystąpił krwotok i krew zaczęła obficie wypływać z gałki ocznej. Badanie przedmiotowe stwierdza w odcinku dolno - zewnętrznym, tuż przy rąbku rogówkowo-twardówkowym pęknięcie, przez które wypadła na zewnątrz jagodówka. Gałka bardzo bolesna. Dwa dni potem wyłuszczenie gałki ocznej — po operacji w nocy obfity krwotok, który stwarza krwiaka oczodołu. Autor przytacza przypadki opisane w piśmiennictwie i wynik badania anatomiczno-patologicznego wyłuszczonej gałki, w której widać, że naczyniówka przez krwotok oderwana jest od twardówki i tworzy wraz ze skrzepem krwi przepuklinę w ranie.

Autor przeprowadzał następnie badania doświadczalne na wyłuszczonych świńskich oczach i stwierdził że już 1,50 gr wody pod ciśnieniem 1 kilogr. w minucie jest zdolne sprowadzić pęknięcie gałki prawidłowej lecz tylko wtedy, gdy z rogówki zdjęto kilka warstw powierzchownych i uszkodzono błonę Descemeta.

U starca istnieją również zmiany troficzne w błonach oka, szczególnie przy jaskrze dokonanej. Znanem zjawiskiem jest zapad rogówki, lub nawet twardówki po operacji zaćmy. Wiek podeszły i podwyższone ciśnienie tętnicze może dać powód do krwotoku śródgałkowego. Nowotwory śródgałkowe mogłyby również spowodować pęknięcie gałki, ale bóle wywołane zwiększonym uciskiem ocznym w następstwie nowotworów prowadzą prędzej do wyłuszczenia gałki nim przyjść może do jej pęknięcia.

Tenliéres i Pesme. **O metodzie przetokowej w leczeniu jaskry przewlekłej. Wybór techniki operacyjnej.** Świetne wyniki podanego przez Graefego wycięcia tęczówki w leczeniu jaskry ostrej są niezaprzeczalne. Dla leczenia jaskry przewlekłej metoda ta częstokroć okazała się nie wystarczającą i podano cały szereg operacji zastępczych: sklerotomia Weckera, cyclodialysis Heinego, iridosclerectomia Lagrange'a, trepanacja Elliota. Na podstawie szczegółowo zebranych danych z piśmiennictwa, uwzględniających niepożądane powikłania występujące w szczególności po trepanacji, przychodzą autorowie do wniosku, że idealną operacją przy jaskrze przewlekłej byłaby sklerectomia zwykła lub też kombinowana z wycięciem kawałka tęczówki.

Carrére. **Eozynofilja miejscowa w zapaleniach woreczka łzowego.** Na podstawie badania anatomo-patologicznego woreczków łzowych wyłuszczonych z powodu zapalenia woreczka łzowego stwierdza autor miejscową eozynofilję, dotyczącą jednojądrzastych ciałek białych. Komórki eozynochłonne są umieszczone w tkance spojówkowej, dokoła woreczka łzowego. Być może, że ta eozynofilia miejscowa jest pozostałością po eozynofilji ogólnej, która już ustąpiła.

W. Reis (Lwów).

Stomatologja.

D. m. W. 48. Nr. 6. 1922. p. 181—182. Odcz. w Zahnaerztl. Ver. Hamburg. 29/10 1921.

Schottmueller. **O rzekomym związku między zakażeniami zębowemi a chorobami ogólnemi.** Polemika z wywodami Fischera z Cincinnati, którego wykład o związkach między zakażeniami zębowemi a ogólnemi dość się już rozpowszechnił w niemieckiem tłumaczeniu. Jest on z powodu przesady, którą jest nacechowany i skrajnie radykalnych wskazań leczniczych, które propaguje, bardzo wdzięcznym przedmiotem krytyki i dyskretuje te dane i argumenty, które w nauce o zakażeniu zębowem są dziś ugruntowane tak pewnie, iż mogą się ostać przed każdą krytyką. To też i Schottmueller ma zadanie wcale łatwe i w odczycie wygłoszonym dla dentystów hamburskich ośmiesza bez trudności odczyt fizjologa Fischera, wygłoszony na zebraniu dentystów amerykańskich. Krytyka ta jednak zupełnie nie jest przekonywująca: przemilcza ona zupełnie podstawowe, na najściślejszych podwalinach naukowych oparte prace Huntera, Rosenowa, Hartzella i Henriciego i innych (czy z powodu rzeczywistej nieznajomości literatury anglosaskiej, czy świadomie, trudno rozstrzygnąć), a opiera się tylko na wynikach długoletnich badań własnej kliniki. Że taka argumentacja jest niewystarczająca, rzecz jasna. Przytem jednak przyznaje, że paciorkowiec *streptococcus viridans*, przez S. po raz pierwszy wyhodowany a przez Rosenowa i innych w niezliczonych przypadkach w ropniach zębodołowych wykazany, może być powodem przerzutowego przewlekłego zakażenia, opisanego przez S. pod nazwą powolnego zapalenia wsierdzia (*endocarditis lenta*). Ta koncesja i wzmianka o tem, iż badań bakterjologicznych nad »zębicami« dotychczas brak (w piśmiennictwie niemieckiem A.), i że w klinice autora rozpoczęto w tym kierunku obecnie badania (w Ameryce rozpoczęto je dziesięć lat temu A.), redukują bardzo znacznie wartość całej krytyki i każą przypuszczać, iż po pewnym czasie i uzyskaniu odpowiednich wyników badania, ton polemiczny S. przeciw podstawom nauki o zakażeniu ustnem (*oral sepsis*) znacznie osłabnie.

British Medical Journal.

89. Nr. 3174. z 29/10 1921. p. 685—686.

Maynard, Sturton, Brighton. **Dwa przypadki niedokrewności złośliwej przy obecności ognisk zakaźnych w przewodzie pokarmowym.** W pierwszym przypadku u kobiety 38-letniej, zakończonym śmiertelnie, nie było zmian w zębach, które przeważnie zostały poprzednio usunięte, leczenie nowarsenobillonem śródżylnie tudzież betanaftolem wewnętrznie nie potrafiło odwrócić zejścia niepomyślnego, a sekcja wykazała zmiany w jelicie, które należało odnieść do przebytej przed 9 laty *colitis*.

W drugim przypadku u mężczyzny 58-letniego stwierdzono klinicznie uzębienie dobre choć zaniedbane, a tylko badanie radjograficzne wykazało zgrubienie wierzchołków obu dolnych bocznych siekaczy, które wyjęte dały przy badaniu bakterjologicznem czystą hodowlę paciorkowca. Leczenie szczepionką i nowarsenobillonem dało wynik pomyślny i chory opuścił szpital w stanie znacznego polepszenia. Czy to było polepszenie stałe czy czasowe zwolnienie, nie da się stwierdzić.

90. Nr. 3191. z 2 /2. 1922. p 304 306.

Edington. Penrith. **Zakażenia paciorkowcowe drogą nosową i ustną.** Do chorób, mogących mieć swoje źródło w przerzutowem zakażeniu drobnoustrojami z jamy ustnej i nosogardzielowej, należą: septyczne zapalenie płuc, podostre zapalenie wsierdzia, opisane po raz pierwszy w r. 1908 przez Oslera, niedokrewność złośliwa i gośćcowe zapalenie stawów. Pozatem wykazał Rosenow i inni możliwość pojawienia się wrzodów żołądka i dwunastnicy tudzież zapalenia wyrostka robaczkowego i okrężnicy jako zakażeń paciorkowcami, pochodzącemi z ust i zębów. Wiele z pomiędzy tych chorób stanowi zapewne miejscowe kratery ogólnego zakażenia. Zakażenie następuje drogą krwi i limfy tudzież przez połykanie ropy. Żyły jamy ustnej uchodzą głównie do *plexus pterygoideus* i żył twarzowych, językowe do *jugularis interna*, żyły zębowe przez *vena alveolaris superior* i *inferior* do *plexus pterygoideus* i *vena facialis* a stąd do *vena jugularis interna*. Leczenie ma za zadanie przedewszystkiem usunięcie ognisk pierwotnych w nosie i jego zatokach bocznych, na migdałkach i około zębów, przyczem należy się wystrzegać zbytniego radykalizmu i postępować raczej zachowawczo. Korzystne działanie mogą też mieć szczepionki przyrządzone ze *streptococcus anhaemolyticus* lub *viridans*, zależnie od danego przypadku. *Allerhand*, (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 15 marca 1922.

Obecnych członków 82.

Przewodniczący kol. Wojciechowski omawia ponownie sprawę pol. Gazety lek. zaznaczając, iż czasopismo rozwija się dobrze, liczba prenumeratorów wzrosła na 2100. Na odbytem we Lwowie posiedzeniu redaktorów uchwalono powiększenie pisma o jeden arkusz bez dopłaty. Wobec tego nakłania prezes do wydatniejszego subskrybowania udziałów tegoż pisma, poczem odczytuje konkurs mag. miasta Warszawy na prymarjusza szpitala starozakonnych. Na nowych członków towarzystwa przyjęto kol. Adolfa Bielewskiego i kol. Zdzisława Markiewicza.

1. Kol. Siedlecki przedstawia chorego z **niedomogą układu chromochłonnego i objawami choroby Addisona**, rozpoznanej na podstawie cisawego zabarwienia skóry, niskiego ciśnienia krwi, upośledzenia siły mięśniowej, długotrwałej biegunki oraz znacznego osłabienia i przygnębienia. Badanie kliniczne wykazało we krwi monocytozę 30—40%, oraz brak cukru. Oznaczenie katalazy dało ilość 8·5, zaś index katalazy 2·4. Odczyn Wassermanna i próba tuberkulinowa wypadły ujemnie. Na podstawie tych objawów oraz wyników badań klinicznych należy rozpoznać niedomogę układu chromo chłonnego z objawami choroby Addisona. Zaznaczyć jednak należy, że w piśmiennictwie znane są przypadki choroby Addisona bez zmian w nadnerczach oraz zjawisko odwrotne, co tłómaczyć można zastępczą funkcją dodatkowych nadnerczy (Nieszkowski, Levin, Virchow). Co do bezpośredniej etjologji a mianowicie kiły, gruźlicy, nowotworu lub urazu badania nasze nie dają podstawy do przyjęcia któregokolwiek z tych czynników. Wynik sekcji potwierdził w kilka dni po demonstr. rozpoznanie kliniczne. Prócz tego przeprowadzono badanie układu wegetatywnego po wstrzyknięciu adrenaliny, pilokarpiny i atropiny, jednak żadna z tych substancji typowej reakcji nie wykazała. Wynik ten zgadza się z badaniami ogłoszonemi przez prof. Latkowskiego, które wykazały, że zapatrywania Eppingera i Hessa, tłómaczące szereg procesów regulacyjnych w ustroju oraz różne zjawiska kliniczne zwiększonem napięciem w zakresie nerwu błędnego lub współczulnego, nie dają się analizować próbami farmakologicznemi, gdyż wynik zależy także od różnych czynników np. wydzielania wewnętrznego, bądź też można wyciągać fałszywe wnioski nie znając dokładnie unerwienia niektórych narządów przez system wegetatywny.

Podobnie i w tym przypadku, gdzie po odpadnięciu tak wybitnego czynnika, jakim jest wydzielina nadnerczy, pilokarpina powinna ujawnić wybitne działanie, — reakcji tej nie było, co więcej nie wystąpiła też po adrenalinie i atropinie. Zjawisko to należy tłómaczyć czemś przeciwnem do zwiększonego napięcia w systemie wegetatywnym, a mianowicie upośledzeniem procesów życiowych, hypotonią, które wysypiały wskutek braku tak ważnego hormonu, jakim jest wydzielina nadnerczy.

W dyskusji kol. Wielski radzi podnieść małemi dawkami promieni Roentgena funkcje gruczołu nadnercza. Kol. Olbrycht omawia przypadek Addisona po urazie bez zmian barwikowych. Kol Wysocki wspomina o chorobie Addisona, powikłanej ciążą. Po porodzie, wśród objawów ostrego wyczerpania gruczołu nadnercza — zejście śmiertelne.

2. Kol. Markowa przedstawia przypadek **miedniey krzywicowej** z bezwzględnem ścieśnieniem oraz preparat z ciąży trąbkowej.

3. Kol. Karelus przedstawia rzadki przypadek **słoniowatości powiek** na obu oczach w następstwie uszkodzenia gruczołów szyjnych.

W dyskusji nad powyższym przypadkiem zabierali głos kol Rosenhauch i kol. Dawid Hirsch.

4. Kol. Chłopicki przedstawia przypadki z oddziału chirurg. szp. wojskowego okręgowego w Krakowie:

a) Chory P. J. l. 20 z **mnogiemi kostniakami.** Przed 5 laty począł wyrastać na lewem podudziu guz twardy, ze skórą nie zrośnięty, na podstawie nie przesuwalny Guz powyższy dosięgnął wielkości jabłka, podobny zaś, lecz o mniejszych rozmiarach, na kości goleniowej i udowej. Dołączony roentgenogram wykazał gąbczastą budowę guzów.

b) Chory S. F. l. 21 z **distrophia muscul. progres hypertrophica** (Duchenne, Liesinger), połączoną z postacią dystrof Erba młodzieńczej. Chory od dzieciństwa ma chód kaczkowaty, uczucie osłabienia w kończynach dolnych, charakterystyczne przerosły mięśni brzuchaty łydki i czworogłowy uda, ze zniesie-

niem odruchów ścięgnistych, lecz bez reakcji zwyrodnienia. Osłabienie mięśni wyprostnych kadłuba, z cechującą dane schorzenie trudnością przy podnoszeniu się z podłogi, równocześnie zaś zanik i znaczne osłabienie mięśni pasa barkowego są typowe dla młodzieńczej dystrofji. *Dr. Wysocki* sekretarz.

Nadzwyczajne Walne Zgromadzenie z dnia 22 marca br.

Posiedzenie w sprawie nadbudowy gmachu. Po ożywionej **dyskusji**, w której zabierali głos kol. Strzemieński, Piotrowski, Boczar, Rosner, Grzybowski i Nartowski, uchwalono wniosek kol. Rosnera:

Walne Zgromadzenie poleca zarządowi oraz kom. budowlanej: 1) Poczynić energiczne starania w uzyskaniu jak największej sumy na bony (specjalnie w tym celu wydane, oprocentowane na 6%). 2) Przystąpić jak najrychlej do rozszerzenia sali wykładowej i do stworzenia w gmachu towarzystwa odpowiedniego lokalu na bibliotekę i czytelnię. 3) Zaprosić do komisji budowlanej prezydenta izby lekarskiej i prezesa związku lek. małop. *Wysocki* sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXI. Posiedzenie naukowe z dnia 9 czerwca 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 116.

Prezes kol. Franke wita kol. Jaczewskiego Kazimierza z Lublina, jako gościa.

1) Kol. Ziembicki przedstawia dwa rentgenogramy z dwóch chorych, u których (mimo podobieństwa z tętniakami tętnicy głównej) rozpoznaje **bąblowca płuc**. Odczyn Bordet-Gedini-Weinberg na bąblowca z surowicą krwi obu chorych wypadł ++++; odczyn Wassermanna ujemny. We krwi jest 5% ciałek eozynochłonnych, przy zupełnym braku wnętrzniaków.

2) Kol. Karowiec przedstawia chorą z **wrodzonym brakiem obu rzepek**, w miejscu których znajduje się zgrubiały fałd skóry, przebiegający poprzecznie.

W dyskusji kol. Ziembicki zaznacza, że ścięgno mięśnia poczwórnego przyczepia się nie do guzowatości kości goleniowej, lecz do szczytu kości. Odruchy kolanowe są prawidłowe.

3) Kol. Kwiatkiewicz odczytuje memorjał do gazet dla szerszej publiczności w sprawie nadużywania sztucznych poronień. Na wniosek kol. Schramma memorjał przyjęto jednomyślnie.

4) Kol. Reis wygłasza wykład **O badaniu dna oka w świetle bezczerwiennem**,*) zaznacza, że wprowadzenie światła bezczerwiennego do badań dna oka zawdzięcza swe powstanie usiłowaniom stworzenia takich warunków oświetlenia, aby można było plamkę żółtą widzieć *in vivo* w jej naturalnem zabarwieniu. Wspomina o pracy Schmidt-Rimplera z r. 1875, który barwę żółtą w plamce uważa za barwę pokostową, nie występującą na tle czerwonej naczyniówki, tylko dopiero na tle zmętniałej po śmierci siatkówki. Przytacza spór naukowy powstały na ten temat między Gullstrandem a Dimmerom i rozstrzygające w tej sprawie badania Vogt'a, zapoczątkowane jeszcze w r. 1913, a wykończone w latach powojennych. Omawia rodzaje filtrów płynnych, służących do wyłączenia ze światła zwykłego promieni czerwonych i zalety światła bezczerwiennego dla badań zmian chorobowych w siatkówce, a w szczególności w plamce żółtej. (Następuje pokaz przyrządu z odpowiedniemi filtrami). (A. r.).

W dyskusji kol. Krzemicki Izydor zapytuje, czyby filtra nie można sporządzić z cienkiej warstwy srebra, która przepuszcza tylko promienie pozafioletowe. Wtedy pochłanianie światła mogłoby być większe.

Kol. Reis odpowiada że promienie fioletowe względnie pozafioletowe nie nadają się do badań, gdyż wywołują fluorescencję soczewki i utrudniają wziernikowanie.

5) Kol. R. Węgłowski a) przedstawia rzadki **przypadek niedrożności jelit i zapalenia otrzewnej** wywołany **zatkaniem jelita cienkiego zbitym kłębkiem z glist ludzkich**. Nad kłębkiem pasorzytów ścianka jelita była w kilku miejscach nadwerężona, zniedokrwiona, co było przyczyną zapalenia otrzewnej. Operacja polegała na otwarciu jelita cięciem poprzecznem, usunięciu glist i zaszyciu jelita i jamy brzusznej. Wyzdrowienie.

b) Kol. Węgłowski wygłasza odczyt pod tytułem **„Zstąpienie jąder, a sprawy patologiczne w okolicy pachwinowej"**. Praca oparta na własnych badaniach prelegenta na zarodkach ludzkich, trupach i na chorych. Badanie zarodków wykonano sposobem rekonstrukcji. Ogólnie przyjęta obecnie teorja Klaatera o zstępowaniu jąder, zdaniem mowcy, nie odpowiada rzeczywistym danym. Cała sprawa zstąpienia jąder zależy od zmian w jądrowodzie, (*gubernaculum Hunteri*). Jądrowód jest nieoderwalną częścią pranercza i jest już dobrze sformowany w 1-ym miesiącu życia płodowego. Dolna część jądrowodu, która tkwi w ścianie brzusznej, maczugowato rozszerzona. Poczynając od 5 mies. jądrowód zaczyna rozrastać się niepomiernie, dosięga znacznych rozmiarów, kilkakrotnie przewyższających rozmiary jądra i przygotowuje dla jądra otwór w ścianie brzusznej, przez który jądro biernie opuszcza się do dna moszny. Żadnego połączenia pomiędzy moszną a jądrowodem prelegent nie znalazł.

*) Wykaz „bezczerwienny", użyty przez mowcę poraz pierwszy na określenie niemieckiego wyrazu *„rotfreies Licht"*. W okulistyce istnieje dawny wyraz czerwień wzrokowa; w słowniku Lindego wyraz czerwienny.

Rozrost jądrowodu u różnych osobników był różny i niejednakowy. Przy małym jądrowodzie otwór w ścianie brzusznej jest zbyt mały, nie wystarczający dla przejścia jądra, wskutek czego jądro utyka w scianie brzusznej i wywołuje wnętrostwo. Zbyt duży jądrowód unosi ze ściany brzusznej niepomiernie dużą część mięśni brzusznych (*obl int. et transvers*) i wytwarza duży brak w okolicy pachwinowej, przyczyniający się do powstawania przepuklin pachwinowych. (A. r.).

W dyskusji nad wykładem kol. Nowicki podnosi zmianę zapatrywań na znaczenie jądrowodu w procesie zstępowania jąder, czego między innemi dowodzą wyniki badań prelegenta. Oprócz stosunków anatomicznych, których zespół, prowadząc do udrożnienia kanału pachwinowego, ułatwia w wysokim stopniu proces zstępowania jądra, mają tu znaczenie poważne i inne czynniki, jak ciśnienie w jamie brzusznej. I tak np. niewątpliwie ucisłkiem przez esicę należy sobie tłómaczyć, dlaczego znacznie częściej stwierdza się wnętrostwo jądra po stronie prawej, niż po lewej. Również w powstawaniu przepuklin niewątpliwie poważne ma znaczenie wzmożone ciśnienie w jamie brzusznej.

Kol. Ostrowski podkreśla konieczność liczenia się z pewnem konstytucyjnem usposobieniem, czego dowodem są osobniki, mające naraz kilka różnych przepuklin.

Kol. Schramm zwracał u dzieci uwagę na postać kanału, ale trójkątnego kanału prawie nie spotykał. Sposób Bassiniego dawał wyniki dobre i mało nawrotów. Znaczenie tłoczni brzusznej w powstawaniu przepuklin odgrywa doniosłą rolę. Dość wspomnieć, że dzieci krzyczące częściej dostają przepukliny, od dzieci spokojnych. Kol. Krzemicki stwierdzając, że wnętrzy są zwykle ciężkimi psychopatami zapytuje mowcę, czy tego nie spostrzegał w swoich przypadkach.

Kol. Węgłowski odpowiada, że przy tłoczni brzusznej, przy ciśnieniu, mięśnie przerastają i kryją kanał. Statystyka angielskich bandażystów wykazała, że odsetek przepuklin u ciężko pracujących nie jest większy, jak u nie pracujących fizycznie. Wnętrostwo (*kryptorchismus*) jest niewątpliwie częstsze po stronie prawej, a w zstępowaniu jąder ciśnienie w jamie brzusznej ma z pewnością znaczenie. Objawów neurastenicznych u chorych nie zauważył, podnosi jednak, że jak długo jądro nie jest chorobowo zmienione, nie należy go usuwać, ze względu na wewnętrzne wydzielanie.

W dyskusji nad pokazem kłębka glist k. Ostrowski przytacza przyp. operowany z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego. Zadrażnienie otrzewnej pochodziło od glisty, która usadowiła się w wyrostku robaczkowym, badanie histologiczne nie wykazało w nim zmian zapalnych. Rost już wykazał, że trucizny glist zastrzyknięte do jamy brzusznej wywołują podrażnienie otrzewnej.

Kol. Nowicki podnosi dążność glist do wchodzenia w otwory jak np. we wyrostek robaczkowy, co na stole sekcyjnym niejednokrotnie się stwierdza, przypomina doświadczenia, w których podawano zwierzętom paciorki szklanne do połykania, a w których następnie stwierdzono, że glisty wchodziły w ich dziurki. Znane są przypadki, w których glisty dostawały się głęboko do przewodów żółciowych, jak np. w przypadku opisanym przez mowcę, a następowo powstały w nim ropnie wątroby.

Kol. Schramm podnosi to rzadko spotykane skłębienie się i poplątanie między sobą glist, jak to się widzi w przedstawionym przypadku. *Kmietowicz*, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 4. kwietnia 1922.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. Juljusz Wiśniewski przedstawił 2 przypadki **kiły nabytej u 2 sióstr**. Jeden przypadek tyczył się 13-letniej dziewczyny z osutką drobnoguzkową na przedniej powierzchni tułowia; na tylnej o guzkach większych w dolnej części tułowia łuszczących się. Na wargach sromowych i koło kiszki stolcowej przerostowe lepieże. Młodsza jej siostra, lat 8, ma lepieże przerostowe moknące koło kiszki stolcowej.

U jednej i drugiej odczyn Wasermana silnie dodatni. Obie siostry są *virgines intactae* i zarazem zaprzeczają, jakoby kto z mężczyzn do nich się zbliżał. Ojciec, matka i brat zdrowi.

Skąd zjawiła się choroba, trudno wyjaśnić.

II. Cz. Jastrzębski **„Zmienność postaci miedniczek nerkowych"**. (Rzecz przeznaczona do druku).

III. Prof. Orzechowski **„O epidemicznem zmiękniemiu kości na podstawie przypadków spostrzeganych we Lwowie"**. Epidemja zmięknienia kości trwa we Lwowie od r. 1915 dotąd, podobnie jak to ma miejsce i w Warszawie Pod względem objawowym obraz chorobowy zupełnie odpowiada obrazowi zmięknienia kości przedwojennego, niesłusznie nazywanego połogowem, gdyż i przed wojną zdarzało się zmięknienie u dziewcząt, starych kobiet i u mężczyzn. Różnicę między zmięknieniem klasycznem a obecnem najgminnem można upatrywać w tem tylko, że obecnie, umiejąc je rozpoznawać, wykrywamy wiele przypadków lekkich, które napewno dawniej bywały nierozpoznawane. Stąd pozorne różnice, lecz tylko ilościowe. Ponieważ w piątej części materjału zmięknienie zaczynało się w ciąży, więc i pod tym względem niema zasadniczej różnicy etjologicznej. Jako niezwykłość i jedyną może cechę odrębną należy podnieść tę okoliczność, że w dość znacznej grupie przypadków nie było można wykryć żadnego ze

znanych czynników etjologicznych. U kobiet tej grupy, jak się zdaje, właśnie niezachodzenie w ciążę było okolicznością usposabiającą do powstania zmiękniena kostnego. O ile chodzi o istotną przyczynę choroby, napewno nie jest nią głód, ani hypowitaminoza (brak miękniena w różnych miastach, jak Kraków, Łódź, które również cierpiały na braki w odżywianiu, brak tego cierpienia w Rosji sowieckiej). Powodem epidemji jest prawdopodobnie jad bakteryjny (?) pokrewny temu, który wywołuje tężyczkę.

Przy rozpoznaniu trzeba pamiętać, że zmiany miednicy zdarzają się tylko w ciężkich przypadkach, nieraz dość późno i że badanie rentgenologiczne może zawodzić nawet w daleko posuniętych przypadkach. Dość często zdarzają się obrzęki, obraz blednicy krwi, czasem odczyn Wassermana dodatni, lekkie zaburzenia w oddawaniu moczu i znamienny zespół neurologiczny, w którego skład mogą wchodzić następujące objawy: wzmożenie pobudliwości mięśni i nerwów, odruchów kolanowych, przykurcze i niedowłady z umiejscowieniem, przypominającem dystrofję, wyjątkowo nawet odruchy spastyczne (Babińskiego, Rossolima i t. p.). Leczenie daje na ogół bardzo dobre wyniki: leżenie, fostor w tranie, nasłonecznianie. W lecie zachodzą nawet samoistne poprawy. (Szczegóły wykładu zawarte w pracy ogłoszonej w I. tomie wydawnictw Akademji Nauk Lekarskich).

W dyskusji Higier dowodzi, że sprawę endemji kostnej poruszyli u nas Chełmoński, który rozpoznawał osteoporozę, Goldflam swoistą osteoartropatję, Rosenblum krzywicę późną i Higier zmięknienie poronne kości. Błędny pogląd o wyłącznem zajęciu systemu kostnego wiele się przyczynił do dezorjentacji. Krzywica i osteomalacja są to choroby ogólne ustrojowe, w których cierpi tkanka kostna, tkanka łączna okostnej i wnętrznokostnej, tkanka chrzęstna i tkanka mięśni poprzecznie prążkowanych. Na materjale Higiera, obejmującym z górą 60 przypadków stwierdzono: bóle samoistne i uciskowe kośćca, swoistą postawę ciała, przykurczenie mięśni ksobnych uda, chód kaczkowaty, niedowład mięśnia lędźwiowobiodrowego, czasem obraz radjograficzny typowy, powolny początek, stopniowy rozwój i częste wyleczenie Przyjęto niesłusznie, aby szukać w wywiadach ciąży, połogu lub karmienia zapominając, że osteomalacja zdarza się u dzieci, dziewcząt i starców. Uleczalność nie jest dowodem przeciw rozpoznaniu zmięknienia kości Tran i fosfor są pouiekąd specyfikami narówni z trzebieniem, które w przypadkach Higiera dały znakomite rezultaty.

Powołując się na ścisłe badania laboratoryjne Medical Research Committet witamin, H. rozróżnia 3 zasadnicze witaminy, które zależnie od ich tropizmu lub powinowactwa z tą lub ową tkanką, nazywa 1) vitaminum osteotropinum czyli lipoidalną, rozpuszczalną w tłuszczach; 2) v. neurotropinum — czyli w wodzie rozpuszczalną i 3) v. vasotropinum — rozpuszczalną w wyskoku. Witaminę lipoidalną, wywołującą doświadczalnie u zwierząt krzywicę, H. pomawia głównie o wywoływanie endemji osteomalacji.

Prof. Hornowski na podstawie materjału sekcyjnego podczas epidemji zmięknienia kości widywał odwapnienie kości, jak to bywa w kile, w gruźlicy. Zmiany te nie mają jednak nic wspólnego z klasyczną osteomalacją. Późna krzywica i osteomalacja nie mają absolutnie nic wspólnego, są to dwa cierpienia o obrazie zupełnie odmiennym pod względem anatomicznym.

Doc. St. Orłowski na podstawie doświadczenia twierdzi, że w zakładach dla umysłowo chorych wyraźnych przypadków zmięknienia kości było bardzo niewiele i liczba przypadków nie powiększyła się w czasie objętym przez prelegenta. Przypadków otępienia wczesnego O. spostrzegał dużo, zmięknienia kości nie spostrzegał. Starkiewicz zaświadcza, że przypadki zmięknienia kości były liczne, zdarzało się po kilka przypadków na sali, szczególniej zimową porą. Choroby odżywcze szły serjami. Podczas choroby opisanej przez Chełmońskiego niemiecccy lekarze również podkreślali jako przyczynę bakterje, jednak późniejsi autorowie niemieccy zaniechali tego twierdzenia. Czynnik niedostatecznego a także jednostronnego odżywiania wysuwa się na pierwszy plan i w statystyce prof. Orzechowskiego. St. skłonny jest przypuszczać, że choroby zakaźne były jedynie czynnikiem usposabiającym do schorzeń kości. Michalski przypuszcza, że być może określanie cholesteryny we krwi w przypadkach prof. Orzechowskiego dałoby wskazówki, co do pochodzenia osteomalacji na tle bakteryjnem, gdyż w przebiegu chorób zakaźnych ostrych i przewlekłych ilość cholesteryny we krwi zmniejsza się. Na tej podstawie Michalski proponuje, aby podawać takim chorym tran, który zawiera 5% cholesteryny. Prof. Gluziński uważa, że sprawa zmięknienia kości może być uważana za zaburzenie w gruczołach o wewnętrznej wydzielinie — *osteomalacia pluriglandularis*, jak za tem przemawia powstawanie tężyczki, to znowu zaburzenia w jajnikach; Paltauf spostrzegał na sekcjach zanik gruczołu tarczowego. Na powstawanie osteomalacji oprócz powyższych czynników mogą wpływać także witaminy i bakterje.

Prof. Orzechowski w odpowiedzi wspomina, że również jak Higier miał przypadki krzywicy późnej, które w dalszym przebiegu klinicznym dawały obrazy kliniczne mieszane krzywicy późnej i osteomalacji, zwłaszcza u mężczyzn. Niedowłady według prof. O. nie zależą od bólu

W przypadkach z objawem Babińskiego najściślejsze badania nie wykryły, aby był rzeczywiście jakiś ucisk na rdzeń. Brak przypadków osteomalacji w Łodzi, a także w Krakowie, jak również częste przypadki śród proletarjatu robotniczego we Lwowie, pomimo iż się on odżywiał lepiej od urzędniczego, przemawia przeciw przyjęciu czynnika odżywiania, czyto niedostatecznego, czy też jednostronnego (witaminy), i zdaje się popiera czynnik bakteryjny. W kilku przypadkach po hiszpance nastąpiło pogorszenie. W 3-ech przypadkach prof. O. spostrzegał jedynie wola.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Prof. Dr. Antoni Cieszyński, Lwów.

Sprawa studjów dentystycznych przy Uniwersytetach polskich.

(Dokończenie).

W Niemczech wymagano:

W roku 1869	ukończonych 7 klas gimn.	i 4 półroczy studjów
w roku 1889	ukończonych 7 klas gimn.	i 6 półroczy studjów
w roku 1909	matury gimn. tj ukończonych 9 klas gimn.	i 7 półroczy studjów
w rokn 1918	matury gimn. t. j. ukończonych 9 klas gimn.	i 8 półroczy studjów

i dano możność składania doktoratu z nauk dentystycznych. (Dr. med. dent.) po przedłożeniu rozprawy.

W Polsce, po długich staraniach ze strony organizacyj zawodowych i gruntownem zbadaniu programu studjów przez Wydziały lekarskie i Min. Oświaty, zaprowadzono 17. lutego 1920 r. czteroletnie studjum dentystyczne w Państwowym Instytucie w Warszawie, którego szczegółowy program studjów został ogłoszony w rozp. Min. Oświaty 7. stycznia br. Do wprowadzenia tego programu studjów dentystycznych i otwarcia Państwowego Instytutu dentystycznego w Warszawie zostały sfery rządowe niejako zmuszone koniecznością zlikwidowania dawniejszych prywatnych szkół dentystycznych, które w byłej dzielnicy rosyjskiej istniały dotąd, a nie stały jednak na należytym poziomie. Dla nowowstępujących jest matura obowiązkowa, przewidziany jest również doktorat nauk dentystycznych, jakkolwiek warunki, na których go można będzie uzyskać, nie są jeszcze podane. Jak już wspomniałem, studjum dentystyczne w Polsce nie jest obecnie przy żadnym uniwersytecie, (tylko w osobnym Instytucie państwowym), przewidziane jest jednak przyjęcie tegoż Instytutu przez Uniwersytet warszawski. Studjum dentystyczne w Polsce wzoruje się w głównych swych zarysach na programie niemieckim i amerykańskim. Niemal w tymsamym czasie, w którym zaprowadziło Ministerstwo Oświaty w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia osobne studjum dentystyczne w Polsce, wprowadzony został również nowy program studjów lekarskich, nieco odmienny od programu dawniejszego, i rozszerzony o szereg przedmiotów. W *ryc. 4.* podaję program studjów lekarskich naszkicowany graficznie według ilości godzin wykładów i ćwiczeń. Na słupki przedmiotów lekarskich projektowane są studja dentystyczne według rozporządzenia Ministerjalnego, by wykazać różnicę godzin. Szczegóły wynikają z ryciny 4. i z podanego poniżej opisu.

Studenci dentystyki nie uczęszczają więc na położnictwo i ginekologję, w znacznie skróconej mierze na medycynę wewnętrzną, chirurgję, natomiast mają szereg specjalnych przedmiotów, podanych od I—VIII, których medycy w swoim programie nie mają, a które w ogólnem studjum obejmują 2400 godzin (*ryc. 6*). Pozatem nie objęty jest programem studjum dentystycznego szereg przedmiotów, jak logika, etyka, propedeutyka lekarska, farmakognozja, biologja, ażeby uniknąć przedłużenia studjów.

Zjazd delegatów wszystkich organizacji zawodowych w r. 1919 domagał się wprawdzie znacznie gruntowniejszego traktowania przedmiotów przyrodniczo-lekarskich, — postulaty te jednak zostały tylko częściowo zrealizowane, gdyż zredukowano przeciw woli delegatów zjazdu i przedstawicieli nauki dentystycznej ilość godzin przedmiotów, jak anatomja, fizjologia, chemja, medycyna wewnętrzna, pomijając przytem zupełnie przedmioty, jak pedjatrja i psychjatrja. Mamy jednak nadzieję, że zmiany w tym kierunku zostaną zrobione z chwilą wprowadzenia studjów dentystycznych przy uniwersytetach polskich. (Tabl. III.).

Tablica III.

	Studja lekarsk. [1]	Studja dentyst. według: projektu Zjazdu delegatów	projektu Wydziału lek. lwow. [2]	programu Państ. Inst. dentyst.
Fizyka	160	150	219	150
Chemja	520	288	230	160
Fizyko-chemja	—	—	44	40
Anatomja opisowa i topograficzna	660	672	594	320
Histolologja i embrjologja	170	192	116	120
Biologja	—	—	44	—
Fizjologja	190	224	209	70
Specjalna anatomja jamy ustnej	—	32	33	60
Antropologja	20	64	88	—
Bakterjologja	110	128	132	100
Patologja ogólna	190	192	132	60
Anatomja patologiczna	380			140
Farmakologja	60	96	88	40
Higjena	100	128	99	100
Medycyna wewnętrzna	720	384	178	60
Chirurgja ogólna	540	60	66	60
Klinika chirurgiczna		128	165	
Szczegółowa patologja jamy ustnej	—	128	99	780
Klinika stomatolog. i chirurgji szczęk	80	96	248	
Klinika nosa i krtani	80	64	99	60
Klinika oczna	110	64	66	—
Fizjologja ciąży (położnictwo gin.)	250	—	22	—
Klinika dermatologiczna	120	128	102	120
Klinika neurologiczna i psychjatr.	170	96	110	—
Klinika pedjatryczna	120	32	80	—
Dentystyka zachowawcza	—	800	693	740
Technika dentystyczna	—	1121	1364	740
Ortopedja szczęk	—	192	66	80
Roentgenologja	—	48	44	20
Medycyna sądowa	100	32	33	40
Kurs rysunków i modelowania	—	48	66	80

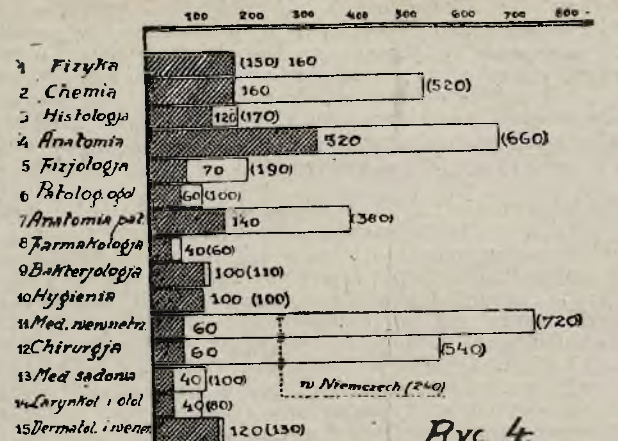
[1]) Według nowego programu studjów lekarskich, podane w ilości godzin.

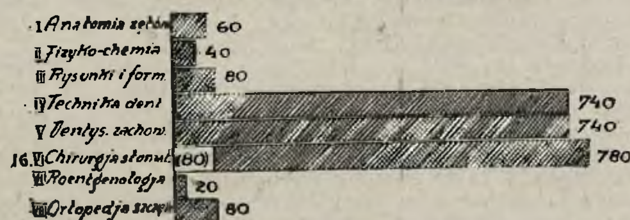
[2]) Wydział lekarski Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie rozpatrywał program studjów dentystycznych, przedłożony przez Zjazd delegatów w kilku Komisjach w lecie 1919 r. i przedłożył swoją opinję Ministerstwu Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego dnia 30. X. 1919 r. Najważniejsze poprawki Wydziału lekarskiego lwowskiego obejmują następujące punkty:

1) Studja lekarzy-dentystów powinny być oddzielne od 3. trymestru; w pierwszych dwóch równe ze studjami lekarskiemi, ażeby decyzja co do wyboru przyszłego studjum mogła nastąpić w ciągu tego okresu.

2) Pozostawia się możność przechodzenia ze studjum dentystycznego na medycynę. Zalicza się przytem przedmioty egzaminacyjne z dentystyki i żąda się tylko dodatkowego egzaminu z anatomji i biologji; egzamin przedkliniczny dentystyczny ma się różnić od lekarskiego tylko brakiem egzaminu z biologji, mniejszemi wymaganiami z anatomji, a zawierać natomiast egzamin z przedmiotów specjalnych. Przewidziana jest również możność przejścia na studja lekarskie po ukończeniu studjów dentystycznych.

3) Co zaś dotyczy szczegółów programu żąda Wydział lekarski przez 2 trymestry kliniki wewnętrznej po $7^1/_2$ godzin, tak samo przez 2 trymestry kliniki chirurgicznej (wspólnie ze studentami medycyny) i kliniki chorób wewnętrznych, psychjatrji przez 1 półrocze. Pedjatrja ma być wykładana w osobnym kursie przez 2 trimestry. Program ten już miał być wprowadzony w życie z początkiem letniego półrocza 1920.





17 Ortopedja (30)
18 Położ. ginekol 280
19 Psychiatrja (90)
20 Neurologja (80)
21 Okulistyka (110)
22 ● Historja med (20)
23 ● Etyka lekarska (10)
24 Proped. lek (20)
25 ● Logika (10)
26 Embrjologja (50)
27 ● Biologja (80)
28 ● Antropologja (20)
29 ● Farmakognoz (20)
30 ● Psychologja (20)
31 Pedjatrja (120)

Rycina 4.

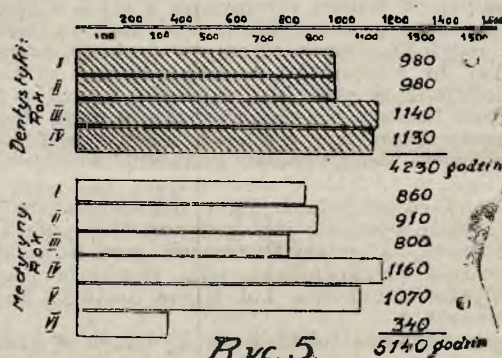
Zestawienie studjów lekarskich i studjów dentystycznych według nowych programów zaprowadzonych w Polsce według ilości godzin ogólnych z uwzględnieniem wykładów i zajęć praktycznych. Studja dentystyczne oznaczone są linjami ukośnemi, kreskowanemi, oraz projektowane na studja lekarskie. Liczby obok oznaczają ilość godzin studjów dentystycznych. Liczby w klamrach oznaczają ilość godzin danego przedmiotu w programie studjów lekarskich. Przedmioty 1—15 obowiązują więc tak studentów medycyny jak i studentów dentystyki, przedmioty 17—31 obowiązują wyłącznie studentów medycyny, przedmioty 1—VIII wyłącznie studentów dentystyki. Przedmiotów oznaczonych ● nie było w dawniejszym programie studjów lekarskich, wprowadzono je natomiast do nowego programu studjów lekarskich. Wprowadzono zatem 7 nowych przedmiotów, wymagających osobnych katedr.

Różnica ogólna studjów wynika plastycznie z *ryc.* 5. i 6., gdzie przedstawiłem liczbę godzin studjów lekarskich i dentystycznych. Studja lekarskie skondenzowane są obecnie do 1770 godzin, podczas gdy reszta czasu ma być zużyta na studja specjalne.

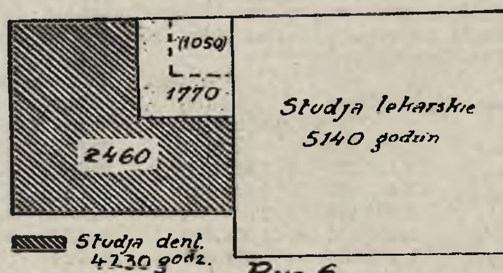
Przedstawiwszy obok siebie graficznie studja lekarskie i dentystyczne, nie potrzebuję silić się na dowodzenie racjonalności jak i potrzeby osobnych studjów dentystycznych. Bo pocóż dentyście całkowitych studjów lekarskich, trwających, licząc czas potrzebny na egzaminy, 6 lat, jeżeli w przyszłości mała z nich cząstka będzie mu potrzebną dla jego specjalności, **dla której powinien po ukończeniu całkowitych studjów lekarskich poświęcić jeszcze 2 lata dodatkowo i złożyć osobny egzamin, jak to wymagane jest w Niemczech.** Gdyby społeczeństwo nasze było bogate i obfitowało w nadmiar inteligencji i nadmiar studentów, zgodzićby się można na dawny program studjów wzoru austrjackiego — z dodaniem obowiązkowych 2 lat na stu-

dja specjalne. Ale dziś, kiedy lekarzy w Polsce brak, kiedy studja lekarskie są tak bardzo kosztowne, czyż nie wymaga państwowa ekonomja społeczna, by dłuższego czasu, aniżeli potrzeba nie przesiadywać na uniwersytetach, na których utrzymanie dodaje Skarb Państwa setki miljonów. Ekonomja Państwa wymaga, ażeby lekarze dentyści kończyli studja jak najrychlej i to w tej formie, ażeby społeczeństwo miało jak największy pożytek z danej jednostki. Przecież student dentystyki może, o ile zdecyduje się z góry na studja dentystyczne, zaoszczędzić sobie 4 lata studjów. Za pieniądze zaś, któreby użył w 4 latach dodatkowych na niepotrzebny balast z medycyny, zakupić sobie urządzenie swej pracowni, będące dziś tak bardzo kosztownem, może więc 4 lata wcześniej stworzyć sobie ognisko rodzinne i 4 lat wcześniej dopomódz swej rodzinie, która nieraz z największym wysiłkiem wspólnym dopomogła mu do ukończenia studjów.

A jeżeli ktokolwiek wniesie zarzut, że przez zaprowadzenie studjów dentystycznych przy uniwersytetach polskich maleje ogólna liczba lekarzy, to należy mu stanowczo zaprzeczyć. Przecież dzisiaj blisko 200% ze zgłaszającej się młodzieży nie przyjmuje się na studja lekarskie z powodu braku miejsca; cały zaś szereg młodzieży, i to głównie chrześcijańskiej nie może się długo trwającym studjom lekarskim poświęcić z powodu braku środków materjalnych. Zważywszy te argumenty przypuścić należy, że pozostanie cały szereg młodzieży, która obierze sobie krócej trwające studja dentystyczne, a która z innych względów nie obrałaby sobie studjów lekarskich. W końcu należy mi jeszcze odeprzeć zarzut, podniesiony przez Wydział lekarski lwowski, obawiający się, że studenci dentystyki zajmą miejsce w zakładach Wydziału lekarskiego, potrzebne dla studentów medycyny i że profesorowie odnośnych katedr będą przeciążeni wskutek zwiększonej liczby studentów, przeważnie podczas prowadzenia ćwiczeń.



Rycina 5.
Pogląd na ilość godzin studjów dentystycznych i lekarskich w poszczególnych latach studjów.



Rycina 6.
Studja dentystyczne przedstawiono poglądowo obok studjów lekarskich. Z 4230 godzin studjów dentystycznych przypada 2460 godzin wyłącznie na studja dentystyczne, podczas gdy 1770 godzin tj. 35% przypada także na przedmioty objęte programem sutdjum lekarskiego. Z tej ilości godzin słuchają studenci dentystyki 46% godzin wspólnie z medykami; resztę zaś tj. 54% wiadomości lekarskich otrzymują w wykładach i kursach osobnych, w formie bardziej skondenzowanej. Jeżeli więc ktokolwiek po ukończonych pełnych studjach lekarskich chce się wyspecjalizować w dentystyce, powinien w tym celu poświęcić jeszcze 2460 godzin czyli przeszło $2\frac{1}{2}$ roku. Jeżeli zaś poświęci czasu mniej, chociażby nawet $1\frac{1}{2}$ roku czasu (tj. 1402 godzin), to będzie on po $7\frac{1}{2}$ roku studjów znacznie gorszym specjalistą w stomatologji, aniżeli lekarz dentysta, który ukończy studjum w 4 latach. Z zestawienia w rycinach 5. i 6. wynika wreszcie, że powinno się wymagać od lekarzy, którzy się poświęcają stomatogji, jeszcze dodatkowego egzaminu z przedmiotów specjalnych, jak n. p. w Niemczech, (gdzie wymaga się na studja specjalne dodatkowo 2 lat).

Zarzuty te bardzo poważne; jednakowoż przy bliższem rozejrzeniu sprawy okazują się obawy te nieuzasadnione, szczególnie jeżeli zostają podnoszone przez profesorów albo nie wykładających wogóle podczas studjów dentystycznych, albo tylko w bardzo ograniczonym zakresie, a tembardziej, jeżeli się weźmie pod uwagę małą liczbę studentów dentystyki. Praca profesorów tychże przedmiotów nie zwiększy się, wrazie gdy wykłady i kursy dla studentów dentystyki będą prowadzone przez docentów i asystentów, lub o ile studenci dentystyki będą korzystali ze wspólnych wykładów i ćwiczeń dla studentów medycyny.

Dnia 30. X. 1919 oświadczył się Wydział lekarski lwowski w sposób poniżej podany i przesłał oświadczenie to Ministerstwu Wyzn. Relig. i Oświecenia Publ.: „O ileby reforma studjów, proponowana przez Wydział lekarski lwowski jako program prowizoryczny, na następnych 6 lat, została przez Ministerstwo Wyznań i Oświecenia zatwierdzona, zgłosiłaby się niewątpliwie znaczna ilość słuchaczy medycyny, którzy już są w klinicznych półroczach i którzyby mogli już przejść na studja specjalne. Równocześnie zgłosiliby się i słuchacze, którzy studja przerwali, bądź to z byłego zaboru pruskiego, bądź też byłego zaboru rosyjskiego. Pozatem wpłynęłyby niewątpliwie i zgłoszenia na semestry pierwsze, których bieg studjów jest analogiczny ze studjum lekarskiem i których liczba wpłynęłaby na większe zapotrzebowanie miejsca w zakładach lekarskich“. Obecnie obawia się Wydział lekarski lwowski, że w razie zaprowadzenia studjum dentystycznego przy uniwersytecie lwowskim, zmniejszy się liczba studentów medycyny. Obawa ta jest niesłuszna, gdyż zapobiec można temu łatwo przez ustanowienie *numerus clausus* również na studjum dentystyczne.

Sprawa studjów dentystycznych została przedstawiona na Zjeździe Dziekanów Wydziałów lekarskich 27. stycznia r. 1920 na konferencji Min. Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego. Jednomyślnie wypowiedziano się wówczas za wprowadzeniem studjów specjalnych dentystycznych przy Uniwersytetach polskich, z wyjątkiem Dziekana Wydziału lekarskiego krakowskiego, który wobec uchwał dawniejszych tamtejszego Wydziału musiał wystąpić w obronie dawniejszego systemu wykształcenia stomatologów. Od tego czasu nie posunęła się sprawa ani o krok naprzód.

Zjazd Związku lekarzy dentystów na ziemiach polskich w Warszawie [1]) w kwietniu b. r., rozpatrując krytyczny stan dentystyki w Polsce w dobie obecnej, powziął następującą uchwałę nagłą:

„Zjazd uznaje bezwzględną konieczność wprowadzenia w najbliższym czasie osobnych studjów **przy wydziałach lekarskich Uniwersytetów**; w tym celu należy zarezerwować dla studentów dentystyki przy wydziałach lekarskich najmniej 10% miejsc w stosunku do liczby studentów medyków. Dla ułatwienia tej sprawy z punktu widzenia finansów Państwa, pożądane jest utworzenie, jeśli nie 3 osobnych katedr, to przynajmniej 3 adjunktur z „venia legendi“ przy każdej istniejącej katedrze dentystyki, organizując temsamem studja dentystyczne w sposób najekonomiczniejszy“.

Uchwała ta stanowi punkt wyjścia do rozwiązania problemu tak ważnego ze względów higjeny społecznej, wykształcenia młodzieży i rozwoju dentystyki polskiej.

Jeżeli chodzi o *praktyczne* wprowadzenie tejże uchwały w życie, istnieją we Lwowie jaknajlepsze warunki. Istnieje przecież przy Wydziale lekarskiem Instytut dentystyczny, który pod względem swej pojemności wystarczy na 3—4 lat.

W Poznaniu zostanie prawdopodobnie wprowadzone studjum dentystyczne przy Wydziale lekarskim już w przy-

[1]) Na Zjeździe tym, zwołanym przez najliczniejszą organizację lekarzy dentystów byłej dzielnicy rosyjskiej, byli obecni także w charakterze gości przedstawiciele organizacji małopolskiej: Związku lekarzy dentystów lwowskich, dalej delegaci organizacji wielkopolskich i Śląska. (Polska Gazeta lekarska z dn. 7. V. 1922 str. 393).

szłym roku, gdyż idea osobnego studjum dentystycznego ma swoje tradycje w Wielkopolsce i poparcie Wydziału lekarskiego. Realizacja zależy tamże od uzyskania osobnego, zresztą już upatrzonego na ten cel, gmachu.

---

† Dr. Władysław Ołtuszewski.

Zmarły w dniu 9 czerwca r. b. ś. p. Władysław Ołtuszewski zasłużył się dobrze nauce lekarskiej i społeczeństwu. Był on jednym z pierwszych, a bodaj i jedynym lekarzem, który w ciągu swojej czterdziestoletniej przeszło pracy zajął się gruntownie nietylko z punktu widzenia praktycznego, lecz i teoretycznego, wielce ważną gałęzią patologji t. zw. zaburzeniami mowy. Cierpienia te, w swoich rozmaitych postaciach niezwykle częste w naszem społeczeństwie, stanowią w najpospolitszej swojej postaci t. j. ciężkiem jąkaniu niemal prawdziwe kalectwo.

Ołt. zajął się tą specjalną gałęzią medycyny po gruntownem kilkoletniem przygotowaniu w klinice wewnętrznej i laryngologicznej, stąd też utworzona przez niego prywatna klinika w ciągu przeszło 30-o letniej działalności ściągała bardzo liczne rzesze chorych tej kategorji, którym niezwykle cierpliwa, wytrwała i sumienna praca Ołt. przyniosła wielką pomoc, a w większości przypadków i wyleczenie zupełne.

Z tej to jego prywatnej kliniki wyszły całe szeregi prac naukowych z dziedziny zaburzeń mowy, które autor wygłaszał w formie sprawozdań na posiedzeniach warsz. Tow. Lek., ogłaszał je w czasopismach lekarskich, lub też w oddzielnych publikacjach wartościowych, opartych na własnych spostrzeżeniach i najnowszych postępach tej gałęzi wiedzy za granicą.

Z tych ostatnich prac wspomnę: 1. „Szkice fizjologji mowy ze szczególnem uwzględnieniem głosek alfabetu polskiego" (1893). 2. „Rozwój mowy u dziecka" (1896). 3. „Psychologja oraz filozofja mowy" (1899). 4. „Niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jąkanie" (1891). 5. „Zarys nauki o zboczeniach mowy" (1905) i inne. Ołtuszewski był niezwykle pilnym i sumiennym lekarzem, dobrym kolegą, uczciwym nawskroś człowiekiem. Pracował wytrwale do ostatnich niemal chwil życia, stąd też wśród grona bliżej go znających i ceniących kolegów oraz licznej rzeszy chorych pozostawił żal serdeczny.

— Cześć Jego pamięci.

Ś. p. W. O. urodził się w roku 1853 w Lublinie, gimnazjum i uniwersytet kończył w Warszawie w roku 1878 i od tej pory t. j. przeszło lat czterdzieści przebywał stale w Warszawie, uprawiając teoretycznie i praktycznie swój umiłowany zawód.

A. Sokołowski.

Od Wydawnictwa.

Szan. Prenumeratorów prosimy o wyrównanie zaległej prenumeraty za II. kwartał oraz o nadesłanie należności za III. kwartał b. r.

Z powodu wyjazdu redaktora prof. Nowickiego upraszamy o przesyłanie listów i rękopisów pod adresem dra Adolfa Kuhna, Województwo, Urząd zdrowia.

Od Administracji.

Panów Autorów uprzejmie zawiadamiamy, że na podstawie uchwały Zarządu Spółki wydawniczej lekarskiej administracja będzie **bezpłatnie** dawała Autorom 20 odbitek niełamanych, jednostronnie drukowanych. Odbitki łamane, jak dotąd, będą sporządzane na **wyraźne żądanie i na koszt** zamawiającego, który też będzie otrzymywał rachunek, według cennika drukarni.

Zaznaczamy przytem, że cennik drukarski, i tak niesłychanie wysoki, znowu poszedł w górę o 20%.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Drugi państwowy kurs wychowania fizycznego, jednoroczny, bezpłatny, z ograniczoną do 60 osób liczbą uczestników, rozpocznie się w dn. 1 października r. 1922. Pierwszeństwo mają profesorowie gimnazjalni oraz osoby, które zajmowały się sprawami wychowania fizycznego.

Towarzystwo Internistów polskich odnawia swoją działalność w postaci Filji krakowskiej tegoż Towarzystwa. Do Komitetu w dn. 23 czerwca zostali wybrani: prof. Orłowski, jako przewodniczący; prof. Latkowski, jako zastępca przewodniczącego: dr. Blasberg, skarbnik; dr. Wierzuchowski, sekretarz. Na odbytem posiedzeniu załatwiono szereg spraw bieżących. Filja krakowska Towarzystwa Internistów polskich (F. K. T. I. P.) zaprasza gorąco kolegów z zachodniej Małopolski do zapisywania się na członków tegoż Towarzystwa przez listewne podanie swego nazwiska i dokładnego adresu, jakoteż nadesłanie wkładki rocznej w kwocie 1000 Mp. na ręce skarbnika Towarzystwa (Dr. Blassberg, Kraków ul. Starowiślna 18).

Prof. *Witold Orłowski*, prezes. *M. Wierzuchowski*, sekretarz.

Lwów.

W dzienniku Ustaw Rz. P. N. 48. z 30. czerwca 1922 ogłoszono rozporządzenie Ministra zdr. publ. w przedmiocie wprowadzenia jednolitego mianownictwa chorób i przyczyn skonów, według wzoru przyjętego przez komisję Międzynarodową w Paryżu dnia 14 października 1920. Sprawozdania o zachorowaniach i przyczynach skonów, do których składania w myśl istniejących przepisów są obowiązane związki samorządowe lub instytucje utrzymujące szpitale, winny być od 1 lipca br. sporządzane z zachowaniem zasad i mianownictwa, objętych załącznikiem rozporządzenia.

Uważamy to zarządzenie za doniosłe i pożyteczne i radzimy Czytelnikom naszym zapoznać się z tem mianownictwem.

W Tow. oto-laryngologicznem odbyły się w dniach 26 i 30 czerwca br. zebrania z udziałem przedstawicieli władz sanitarnych cywilnych i wojskowych dla omówienia rozszerzenia i zwalczania twardzieli (scleroma). Memorjał, opracowany przez wybrany komitet redakcyjny i przyjęty na zebraniu 30 czerwca, będzie przedłożony kompetentnym Ministerstwom.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji. Dnia 9 b. m. odbyło się doroczne zebranie delegatów Tow. lekarzy polskich b. Galicji. Prócz delegatów lwowskich wzięli udział delegaci: imieniem Tow. lek. Krakowskiego prof. Nowicki, sekcji jarosławskiej dr. Fechter, nowosądeckiej dr. Jasiński, stanisławowskiej dr. Kubisztal. Przewodniczył dr. Fechter. Po odczytaniu protokołu z zeszłorocznego zebrania i przyjęciu go, prezes Towarzystwa prof. Rencki przedstawił działalność Rady zawiadowczej za rok 1921, podnosząc w szczególności duży postęp w rozwoju zdroju Morszyna i w eksploatacji znakomitej soli morszyńskiej. Rozwój ten w znacznej części zawdzięczać należy ruchliwemu Towarzystwu „Polskie Zdroje", które nie wahało się już włożyć znaczne kapitały w inwestycje w samem zdrojowisku a także celem eksploatacji soli; wyrazem tego między innemi budowa warzelni kosztem wielu miljonów. Sprawozdanie, po dyskusji, przyjęto z pełnem uznaniem do wiadomości, w szczególności zamiar bardzo znacznego podniesienia zasiłków i zapomóg dla wdów i sierót po lekarzach. Prof. Nowicki przedstawił stan organu Towarzystwa „Polskiej Gazety lekarskiej", podnosząc niesłychanie wysokie koszty wydawnictwa. Dr. Kubisztal imieniem Komisji rewizyjnej postawił wniosek o udzielenie absolutorjum kasowego ustępującemu Zarządowi, co też jednomyślnie uchwalono. Do Rady zawiadowczej zostali wybrani: jako przewodniczący ponownie prof. Rencki, jako zastępca przewodniczącego prof. Nowicki, jako sekretarz ponownie dr. Bocheński, jako podskarbi ponownie dr. Trzcieniecki, jako członkowie kol. Hinze, Jasiński, Papée, Sabatowski i Sieradzki.

Następne Doroczne zebranie ma się odbyć w Krakowie

Podwyższenie taksy szpitalnej obowiązuje od 1-go lipca b. r w tutejszym Państwowym Szpitalu powszechnym. I tak dla I. klasy wynosi obecnie taksa 2000 Mkp., dla II. klasy 1300 Mkp. a dla III. klasy 900 Mkp.

Warszawa.

Zaludnienie Państwa Polskiego. Główny Urząd Statystyczny ogłasza komunikat, zawierający przybliżone narazie dane dotyczące zaludnienia naszego Państwa bez Górnego Śląska i Ziemi Wileńskiej. Oto odnośne cyfry:

Województwa	ogółem	W tem było narodowości polskiej	innej	pols.	innej
	W liczbach bezwzględnych			w odsetkach	
m. Warszawa	931 176	673.320	257.856	72.3	27.7
Warszawskie	2.112.106	1.895.186	216.920	89 7	10.3
Łódzkie	2.251.097	1 859.488	391.609	82.6	17.4
Kieleckie	2.534.214	2 312.374	221.840	91.2	8.8
Lubelskie	2.085.557	1.776.047	309.510	85.2	14.8
Białostockie	1.302.259	996.014	306.245	76.5	23 5
Nowogrodzkie	1.300.069	649.719	650.350	50.0	50.0
Poleskie	876.665	190 700	685.965	21.8	78.2
Wołyńskie	1.423.157	207.932	1.225.225	14.5	85.5
Poznańskie	1.974.057	1.628 522	345.535	82.5	17.5
Pomorskie	939 495	754.907	184.588	80.4	19.6
Krakowskie	1.990.399	1.850.838	139 561	93.0	7.0
Lwowskie	2.718.856	1.525.751	1.193.105	56.1	43.9
Stanisławowskie	1.348.481	294.381	1.054.100	21.8	78.2
Tarnopolskie	1.429.627	633.948	795.679	44.3	55.7
Śląsk Cieszyński	145.232	110.756	34.476	76.3	23.7
Polska	25.372.447	17.359.883	8.012.564	68 4	31.6

Sprostowanie.

W pracy dr. Brunnera w N. 26 w treści zamiast: liszajca, ma być liszaja; w samym zaś tekście zamiast lupus erythematoides tuberculoides, ma być lupus erythematodes tuberculoides.

Proszeni jesteśmy o zaznaczenie, że artykuł dra Łaskiewicza, umieszczony w N. 24 naszego pisma, jest sprawozdaniem poglądowem a nie pracą oryginalną.

Nr. 30. 23. lipca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Tadeusz Dyboski. Kraków.

Spostrzeżenia kliniczne nad skutecznością autohemoterapji w świędzących chorobach skóry.

Z kliniki chorób skórnych i wener. U. J.
(Dyrektor Prof. Dr. Lenartowicz.)

Zachęceni zdumiewająco dobremi wynikami, jakie osiągnęli Nicolas, Galé i Dupasquier[1]) w r. 1921 przez śródmięśniowe wstrzykiwanie chorym ich własnej krwi w dwu przypadkach uporczywej i niepodatnej na inne sposoby leczenia świerzbiączki, rozpoczęliśmy w klinice chorób skórnych U. J. w tymże roku stosowanie tej metody, podanej w r. 1913 przez Ravaut[2]) i nieco później przez Spiethoffa[3]) pod nazwą autohemoterapji. Trzymaliśmy się przytem naogół ściśle sposobu podanego przez Ravaut, a więc wstrzykiwaliśmy krew, pobraną z żyły chorego w ilości do 20 ccm zwykłą strzykawką Recorda, bezzwłocznie śródmięśniowo w głębie mięśni pośladkowych, lub czasem podskórnie. Odmiany dotyczyły jedynie ilości wstrzykniętej krwi i odstępów czasu pomiędzy wstrzykiwaniami; często odstępy te wynosiły więcej, niż dwie doby. Głównym zaś celem naszym było, przez odpowiedni dobór przypadków, zacieśnić zakres stosowania tej metody do właściwych granic i przekonać się, kiedy i czego po tem, bezwątpienia często skutecznem leczeniu, spodziewać się można.

Z leczonych tym sposobem w klinice stałej i w przychodni przypadków wybieram 23 i podaję pokrótce ich przebieg dla zilustrowania późniejszych teoretycznych rozważań.

1. K. J. 7-letni, przyjęty 20. V. 1921. Rozpoznanie świerzbiączka zwykła łagodna, trwająca od kilku lat. 20 i 22. V. po 10 cm³ wł. krwi, 24 i 26. V., 7, 9, i 19. VI. po 5 cm³ wł. krwi. Chory opuszcza klinikę 30. VI. w stanie bardzo dobrym. Skóra zupełnie gładka, świądu niema.

2. K. J. 5-letni, przyjęty 12. V. 1921. Rozpoznanie: świerzbiączka zwykła łagodna. 12. i 14. V. po 5 cm³ wł. krwi. Guzki spłaszczone, skóra nieco gładsza. Świąd utrzymuje się bez zmiany. 5, 7 i 9. VI. po 2 cm³ wł. krwi. Chory opuszcza klinikę 20. VI. w stanie bardzo dobrym, skóra gładka, świąd ustąpił.

3. Sm. Wł. 18-letni, przyjęty 12. V. Rozpoznanie świerzbiączka zwykła, trwająca od dzieciństwa. Świąd bardzo uporczywy, powodujący bezsenność. 12. i 14. V. po 10 cm³ wł. krwi. Po drugiem wstrzyknięciu ciepłota wieczorem 37·7°. Świąd ustąpił w zupełności. 17. V. 10 cm³ wł. krwi. Nawrót świądu w dawnem nasileniu. 19. V. 10 cm³ wł. krwi. Świąd bez zmiany. Przedmiotowo daje się zauważyć pewna poprawa. 21, 23 i 24. V. po 10 cm³ wł. krwi. Świąd ustąpił. 26, 29 i 31. V., 5 i 7. VI po cm³ wł. krwi. Świąd minimalny. Skóra zupełnie gładka. W nocy występują przelotnie nieliczne, świędzące bąble pokrzywkowe na skórze kończyn. 14. VI. Chory opuszcza klinikę.

4. Sz. A. 6. letnia, przyjęta 10. VI. Rozpoznanie: świerzbiączka zwykła łagodna. 14. V. upuszczono 12 cm³ krwi z żyły łokciowej i wstrzyknięto 5 cm³ krwi śródmięśniowo. Ciepłota ciała wieczorem 37·5. 16. V. Świąd ustąpił 18. V. Świąd wystąpił ponownie w nieco słabszym stopniu niż poprzednio. 4 cm³ wł. krwi. 20. V 5 cm³ wł. krwi. Świądu niema. 23, 26 i 30. V. po 5 cm³ wł krwi skóra gładka, świądu niema. Chora opuszcza klinikę. W dwa tygodnie później nawrót z silnym świądem i licznemi guzkami oraz śladami drapania.

5. Ch. K. 4. letnia, przyjęta 17. VI. Rozp.: świerzbiączka zwykła łagodna. 19. VI. 2 cm³ wł. krwi śródmięśniowo. 21. VI. wszystkie wykwity bez śladu ustąpiły.

6. K. W. 26. letnia, przyjęta 21. V. Rozp. świerzbiączka zwykła, łagodna. Bardzo liczne guzki i ślady drapania, świąd uporczywy. 23, 25. 27 i 30. V. po 10 cm³ wł. krwi świąd zwolna, z wahaniem ustępuje. 1, 3, 7. VI. po 12 cm³ wł. krwi. 8, 11 i 15. VI. po 15 cm³ wł. krwi. Skóra gładka, świądu niema. Wieczorem występują na kończynach bąble pokrzywkowe, utrzymujące się przez kilka godzin. 23, 25, 26 i 30. VI, 2, i 4. VII. po 10 cm³ wł. krwi podskórnie. Bąble pokrzywkowe występują coraz rzadziej. Pozatem żadnych objawów skórnych ani świądu niema.

7. W. K. 8 letnia, przyjęta 4. VI. Rozp.: świerzbiączka zwykła łagodna. 6, 8, 11 i 14. VI. po 5 cm³ wł. krwi. Skóra gładka, świądu niema.

8. B. A. 8 letnia, przyjęta 30, V. Rozp.: świerzbiączka zwykła łagodna. 1. VI. 5 cm³ wł. krwi. Wieczorna ciepłota ciała 37·4°. 4. VI. 5 cm³ wł. krwi. Ciepłota 37·2°. 8. VI. Skóra zupełnie gładka, świąd ustąpił.

9 Zw. E. 17. letnia, przyjęta 31. X. Rozp.: świerzbiączka zwykła łagodna. 1, 4, 6, 8 i 14 XI. po 10 cm³ wł. krwi. Skóra zupełnie gładka, świądu niema od 4. XI.

10. W. W. 60. letnia, przyjęta 14. V. 1921. Rozp.: świąd starczy (*pruritus senilis*), trwający od 3 miesięcy. Świąd bardzo uporczywy występuje napadowo na całem ciele, mniej więcej 8 razy na dobę; napad trwa zwykle 1 godzinę. Zmian, wtórnych na skórze niema. 16, 18 i 20. V. po 10 cm³ wł. krwi. Świąd ustąpił zupełnie. Chora opuszcza klinikę na własne żądanie.

11. D. J. 66. letni, przyjęty 11. X. 1921. Rozp.: *Pruritus senilis. Eczema chronicum consecutivum extremitatis inferioris utriusque.* 13. i 16. X. po 10 cm³ wł. krwi. 19, 22 i 29. X. po 20 cm³ krwi. Świąd ustąpił w zupełności. Skóra na podudziach gładsza i nieco elastyczniejsza. W żadnym z powyższych przypadków nie stosowano środków zewnętrznych.

12. W. F. 8. letni, przyjęty 3. X. 1921. Rozp.: *Pityriaris rubra Devergie.* Typowe wykwity o typowej siedzibie, oprócz tego na całem ciele obfite łuszczenie się skóry wybitnie bruzdkowanej, ze śladami silnego drapania skutkiem uporczywego świądu. 10, 13 i 18. X. po 6 cm³ wł. krwi. 21. i 24. X. po 10 cm³ krwi. Wykwity na grzbiecie rąk nieco spłaszczone, świąd ogólny znacznie mniejszy. 27. i 29. X. po 10 cm³ krwi. Na grzbiecie rąk silne zaczerwienienie skóry i występowanie nowych guzków. Leczenia wstrzykiwaniami własnej krwi zaprzestano i rozpoczęto leczenie środkami zewnętrznemi oraz arsenem.

13. W. L. 41 letni, przyjęty 4. III. 1921. Rozp.: wyprysk ogólny w wielu miejscach sączący. 5. III. upust 100 cm³ krwi, 6. III. wstrzyknięcie 2 cm³ uzyskanej z tejże krwi surowicy. 12. i 13. III. ten sam zabieg, bez skutku. Od 16. III. do 19. IV. leczenie środkami zewnętrznemi oraz 7 wstrzyknięć olejku terpentynowego 20% w punkcie Klingmüllera. Świąd przejściowo mniejszy powraca w dawnem nasileniu. Ogólny stan przedmiotowy bez zmiany. 19, 21 i 23. IV. po 10 ccm własnej krwi. Świąd znacznie mniejszy. Chory odczuwa bardzo znaczną ulgę. 25. IV. Świąd wystąpił ponownie jednak nie w dawnej sile. 26 i 28 IV, 1, 3, 5, 9, 12, 14 i 15 V po 10 ccm wł. krwi, 5, 7 i 9 VI po 20 ccm wł. krwi. Ulga podmiotowa utrzymuje się przy dość znacznej poprawie stanu przedmiotowego zmian skórnych. 9 VI świąd znaczniejszy. 11 i 13 VI po 15 ccm wł. krwi bez wyraźnego dodatniego wyniku. Zaprzestano autohemoterapji i rozpoczęto dalsze leczenie słońcem górskiem (Bacha). Chory opuszcza klinikę 15 VII w stanie dobrym. Po 7 miesiącach ogólny nawrót wyprysku.

14. P. W. 16 letni, przyjęty 14 VI 1921. Rozpoznanie *Eczema en plaques disséminées.* Świąd bardzo silny. 15, 17, 20, 22 i 24 VI po 10 ccm wł. krwi. Świąd po drugiem wstrzyknięciu ustąpił, ulga podmiotowa utrzymuje się trwale, przedmiotowo wyprysk bez zmian. Pod maściami szybka i znaczna poprawa. Chory opuszcza klinikę 5. VII w stanie b. dobrym.

15. A. R., 49 letnia przyjęta 16 VI 1921. Rozpoznanie: *Eczema lichenificatum cruris dextri. Eczema papulatum regionis submammalis utriusque.* Świąd od lat sześciu. Chora przed laty dziesięciu chorowała na ataki astmy. 21 i 23 VI po 10 ccm wł. krwi, świąd nieco słabszy. 25 VI 15 ccm wł. krwi. Świąd występuje jedynie w nocy. 30 VI 10 ccm wł. krwi. 2 VII 15 ccm, 4 VII 20 ccm, 6 VII 14 ccm i 8 VII 16 ccm wł. krwi przy równoczesnem stosowaniu środków zewnętrznych. Przedmiotowo: guzki nieco spłaszczone przy utrzymanej lichenifikacji. Świąd bardzo nieznaczny. Chora opuszcza klinikę 9 VII.

16. F. L. 49 letni, przyjęty 30 XI Rozpoznanie: *Dermatitis medicamentosa universalis.* 1 XII 10 cm³ krwi z lewej żyły łokciowej w lewy pośladek. W dniu następnym świąd znacznie mniejszy w lewej połowie ciała. 5 i 12 XII po 10 ccm własnej krwi. 17. XII. Zaczerwienienie skóry ustąpiło zupełnie Świądu niema.

17. J. Wł. 23 letni, przyjęty 7 XII. Rozpoznanie: *Eczema madidans faciei cum pruritu gravi.* Wyprysk trwa od lat 7, występując kolejno w różnych okolicach ciała. Leczony kilkakrotnie środkami zewnętrznemi i promieniami Roentgena. Chory o chwiejnym układzie nerwowym. Rozpoznanie psychiatr.: Histerja. 8 XII 10 ccm wł. krwi. 15 i 17 XII po 20 cm³ wł. krwi. Świąd nieco mniejszy. Pod środkami zewnętrznemi (okłady z 3% wody borowej) wyprysk okazuje skłonność do poprawy, sączenie ustępuje, świąd coraz słabszy. W marcu 1922 chory wykazuje jako pozostałość po wyprysku łuszczenie skóry twarzy. Nie uskarża się na świąd zupełnie.

18. B. K. 30. letnia, przyjęta 19. I. 1922. Rozp. dermatologiczne: *Dermatitis herpetiformis Duhring*. Rozp. intern.: *destructio tbc. pulmonis dextri*. 20 I 20 cm³, 25 I 20 cm³ wł. krwi. Świąd dość znacznie zmniejszony. Przedmiotowo bez zmiany. Wystąpienie nowych pęcherzy. 30 I 20 cm³ wł. krwi. Dreszcze. Wieczorne podniesienia ciepłoty ciała do 39° i wyżej Badanie wewnętrzne wykazuje uczynnienie sprawy gruźliczej, jako przyczynę gorączki i upośledzonego stanu ogólnego. Leczenia krwią zaprzestano.

19 B. A inwalida, 27. letni, przyjęty 10. III. 1922. Dolne kończyny odjęte w poziomie dolnej trzeciej ud. Wygodne protezy. Rozp. dermatolog.: *Erythema urticatum*, trwające bez przerwy od 4 tygodni. 11. III. 20 cm³ wł. krwi. W pół godziny po wstrzyknięciu wszystkie bąble pokrzywkowe ustąpiły. Wieczorem (po 6 godzinach) nawrót pokrzywki. 12. III. 20 cm³ wł. krwi z tym samym skutkiem. 13. III. 20 cm³ wł. krwi. 14. III. Bąble rzadsze, płaskie, 20 cm³ wł. krwi. W dniach następnych pokrzywka pojawia się na krótki przeciąg czasu, o ile chory, który przez cały czas leczenia leżał w łóżku, wstaje i zakłada protezy. Nawroty te jednak ustępują samoistnie. Ostatni nawrót krótkotrwały po założeniu protez już na stałe, znika podobnie. Chory po kilkudniowej obserwacji bez objawów opuszcza klinikę.

20. L., 35. letni, zgłosił się 16. IV. 1921. Rozp.: *Neurodermitis circumscripta*, usadowiona w zgięciach podkolanowych i łokciowych, oraz w okolicy części płciowych. Świąd bardzo silny. Od 16. IV. do 15. V. leczony środkami zewnętrznemi. 15. V. 10 cm³ wł. krwi śródmięśniowo. Ból w miejscu wstrzyknięcia pojawia się po 3 godzinach i trwa około 6 godzin. Na drugą noc po zabiegu wybitna poprawa. świąd znacznie mniejszy. 17. V. 10 cm³ wł. krwi. Następuje pierwsza noc bez świądu. 19. V. 10 cm³ wł. krwi. Ból miernego stopnia w nodze. Następują noce spokojne, bez świądu. Pacjent czuje się zdrów. Świąd pojawia się tylko czasami w dzień. Do 4 VI. dalsze 3 wstrzyknięcia po 10 cm³. Przez ostatnie dwa dni świąd nieco silniejszy. 14. VII. Po dalszych dwóch wstrzyknięciach (ogółem 8) zupełne wyleczenie. Skóra wygładzona bez guzków. Jedynie pod kolanami ślad dawnych zmian. Przy kontroli dnia 8. X. 1921 skóra jedynie w przegubach nieco zgrubiała i trochę swędzi.

21. J. J. 38. letni, przyjęty 16. III. 1922. Rozpoznanie: P o k r z y w k a gęsto rozmieszczona na całym tułowiu i kończynach. W wywiadach chory podaje, że od 9 lat cierpi na silny świąd występujący napadowo co tydzień i utrzymujący się za każdym nawrotem przez 24 godzin. Obecnie widoczne bąble trwają od 3 dni. 16 i 19. III. po 10 cm³ krwi. Djeta szpitalna normalna, mięsna. 20. III. Żadnych wykwitów skórnych niema, chory nie odczuwa swędzenia.

22. K. W. 6 letnia, przyjęta 18. IV. 1922. Rozpoznanie: *Eczema en plaques disséminées*. Ogniska wyprysku nierównomiernie rozrzucone na skórze głowy nieowłosionej, tułowia i kończyn. 19. IV. 10 cm³ wł. krwi śródmięśniowo. 21. IV. Zaczerwienienie miejsc zajętych wypryskiem częściowo ustąpiło. Łuszczenie nieco obfitsze. Ponownie 10 cm³ wł. krwi. 24. IV. Ogniska wyprysku coraz bledsze i gładsze. Ognisko dotąd sączące poza małżowiną uszną prawą sączyć przestało. 25. IV. 10 cm³ wł. krwi. 27. IV. 4 cm³ wł. krwi. Stan 30. IV. Łuszczenie ustąpiło. Ogniska wyprysku przybrały wygląd plam miejscami różowawych, miejscami brunatnawo-żółtych, zupełnie gładkich. Dalsze leczenie środkami zewnętrznemi (pasta cynkowa z dodatkiem 2% thigenolu) doprowadza do szybkiej i ostatecznej poprawy.

23. Km. M. 21 letnia mężatka, zgłosiła się 21. IV. 1922. Wywiady: od 20. XII. 1921 amenorrhoea z powodu ciąży. W styczniu 1922 wystąpił świąd na przedramionach. Od miesiąca świąd pod pachami, na ramionach, karku i szyji. Od dwóch tygodni świąd pod kolanami. Świąd tak silny, że powoduje bezsenność. Rozpoznanie: *Pruritus in gravida. Eczema lichenificatum dorsi manus utriusque*. Liczne ślady drapania na przedramionach. 21. IV. 10 cm³ wł. krwi. Środków zewnętrznych nie stosuje się. 24. IV. Poprawy żadnej niema. 10 cm³ wł krwi. 25. IV. W nocy świąd ustąpił, występując tylko chwilami. 26. IV. Świąd tylko w dzień, występuje chwilami na rękach, szyji i piersi. Chora sypia i odczuwa znaczną poprawę podmiotową. 10 cm³ wł. krwi. 28. IV. W nocy nawrót świądu miernego stopnia. 10 cm³ wł. krwi Dotkliwy ból w pośladku zaraz po wstrzyknięciu. 1. V. Ból w miejscu wstrzyknięcia ustąpił po dwudniowem trwaniu. Świąd pojawia się 3—4 razy w ciągu dnia na przeciąg 2 minut na barkach i ramionach. 10 cm³ krwi. 7. V. Chora świądu nie odczuwa. Na wyprysk rozpoczęto stosować pastę cynkową z dodatkiem 2% thigenolu. 14. V. Świądu niema. Zmiany wypryskowe ustępują szybko. Przez cały czas leczenia nie wykazano białka w moczu.

W powyższem krótkiem zestawieniu przypadków, zebranych z różnych działów i należących do różnych grup chorób, uderza jeden objaw stały, wszystkim tym schorzeniom towarzyszący, a mianowicie świąd. I ten objaw stanowi główne uzasadnienie zestawienia wymienionych schorzeń obok siebie, a zarazem, jak już naprzód zaznaczyć muszę, był dla nas główną wytyczną w doborze przypadków dla stosowania leczenia krwią własną. A wytyczną taką stać się musiał przez rozważenie pierwszych korzystnych wyników leczenia w ramach teorji, mogącej je wytłómaczyć, względnie zrozumienie jego działania ułatwić.

Wśród zaburzeń czuciowej równowagi skóry, tego stanu *eudermji*, który zwierzę czy człowiek instyktownie stara się utrzymać przez ciągłe podświadome i świadome zabiegi, zmierzające przedewszystkiem do usunięcia drobnych nieraz, a już dających się odczuć wpływów mechanicznych, z zewnątrz pochodzących, świąd zajmuje miejsce osobne; niecałkiem daje się on nawet pomieścić w grupie przeczulic, choć tak jak one często, tak i on czasem może przejść w dermalgję — uczucie wyraźnego bólu. Naogół jednak w swoich przejawach, tak bardzo zmiennych, jak różne są jego przyczyny, pozostał zaburzeniem czucia, najmniej ze wszystkich zaburzeń uchwytnem i posiadającem jedną chyba cechę charakterystyczną, tę mianowicie, że wywołuje potrzebę drapania skóry, wedle klasycznego określenia: *sensatio tristis, desiderium scalpendi excitans* W kategorji przyczyn wewnętrznych, mogących być powodem świądu, obok trujących ciał, które, czy to jako lek, czy to jako środek spożywczy zostały do ustroju wprowadzone, poczesne miejsce zajmują samozatrucia różnego rodzaju. Mieszczą się w tem szerokiem pojęciu zarówno choroby przemiany materji (ukrzyca, skaza moczanowa itp.) jak też i to przedewszystkiem te zatrucia ustroju, których powodem są zaburzenia w prawidłowem trawieniu, cechujące się zwykle banalnemi tylko objawami ze strony przewodu pokarmowego, dające jednak często poważniejsze objawy ogólne, i powodujące wśród innych objawów skórnych tak często świąd. Od tej kategorji przyczyn, których istotą jest zatrucie ustroju, bliskiem i łatwem jest przejście do tego, czem zwykło się tłómaczyć, dlaczego jeden ustrój na tę samą przyczynę oddziaływa inaczej, niż inny: do anafilaksji, tego stanu wzmnożonej czułości, nabytego przez ustrój często w sposób nie dający się stwierdzić, a objawiającego się zaburzeniami ze strony różnych narządów, np. ze strony narządu oddechu takiem jak dusznica, ze strony skóry takiemi, jak świąd i związane z nim ściśle schorzenia skórne (pokrzywki itp.). Bez wątpienia świąd, o ile jest wywołany zatruciem ustroju, jest objawem anafilaktycznym, wyrazem anafilaksji ogólnej. Ale nietylko to; bo obok nadwrażliwości ustroju, w której objawach może brać udział skóra równorzędnie z innemi narządami, skóra sama, jako narząd, posiadać może zdolność do odmiennego od normy i wzmożonego oddziaływania na bodźce do niej docierające, posiadać może nadwrażliwość osobniczą, komórkową. Przemawiają za tem doświadczenia B r u c k a [4]), który z chorego z wyraźną idiosynkrazją na rtęć przeszczepił płat skóry na człowieka zdrowego i wykazał, że ten płat i to tylko ten zachował swą nadmierną wrażliwość na ten lek. Co więcej: wcierając w skórę zdrowego człowieka rozcierkę skóry, nadmiernie czułej na jodoform, wraz z jodoformem uzyskał na skórze zdrowej, uprzednio normalnie oddziałującej ten sam odczyn zapalny, jaki charakteryzował skórę, tak na jodoform wrażliwą. Wniosek, dający się stąd wyciągnąć, byłby ten, że jeśli świąd występuje z powodu innych zupełnie przyczyn, niż poprzednio wymienione, a mianowicie pod wpływem czynników zewnętrznych, przedewszystkiem ciał chemicznych, to i wtedy mamy do czynienia z anafilaksją ograniczoną do skóry samej. z allergicznem oddziaływaniem narządu uczulonego na pewien czynnik obcy.

Anafilaksja ogólna ustroju może ujawnić się jako wstrząs silny, jednorazowy, i z przejściem jego zniknąć, może jednak istnieć jako krócej lub dłużej trwały stan uczulenia ustroju i ujawniać się co pewien czas objawami ze strony różnych narządów W obu razach, a szczególnie w tym drugim, bliżej nas obchodzącym wypadku, wyłania się pytanie, jak ustrój, tak uczulony, jego wzmożonej wrażliwości pozbawić i występowaniu jej objawów zapobiedz. Od czasów B e s r e d k i nie brakło prób w tym kierunku. Przedewszystkiem w kierunku antianafilaksji specyficznej, której dokonywano w ten sposób, że przed ponownem wprowadzeniem do ustroju ciała obcego (białka czy surowicy) uczulającego (anafilaktogenu) wprowadzano, zwykle drogą pozajelitową, minimalną ilość tego ciała. Skutek

był zwykle dodatni, to znaczy, że zdołano uchronić ustrój przed ponownym wstrząsem anafilaktycznym — co określono mianem skeptofilaksji albo zdołano desenzybilizować ustrój na stałe lub przynajmniej na dłuższy przeciąg czasu. Szybko dokonało się przejście od antianafilaksji swoistej do nieswoistej, gdy tylko spostrzeżono, że zamiast anafilaktogenu właściwego, można z dobrym skutkiem użyć wogóle białka obcego dla danego ustroju, peptonu [6]) i wreszcie całego szeregu ciał chemicznych różnorodnych, jak chlorku sodu, chlorku baru, oleinianu sodu i wielu innych. Proteinoterapja, w najszerszem tego słowa znaczeniu, zaczęła rozszerzać gwałtownie pole swego działania, zużywając coraz większy zasób środków stosowanych, białkowych i niebiałkowych, oraz sporo teorji, mających wytłómaczyć sposób ich działania. Nie jest mojem zadaniem zebranie tych wszystkich poglądów, które znalazły niejedno krotnie swe odbicie w nazwie, mającej zastąpić bardzo ogólną i nieścisłą nazwę proteinoterapji; wystarczy wskazać na te polskie prace, w których teorje te i hipotezy są wszechstronnie omówione [7]). Ograniczam się więc do przytoczenia tych spostrzeżeń z zakresu proteinoterapji, które poczyniono w stosunku do schorzeń skórnych, czerpiąc z dostępnego mi piśmiennictwa tylko te fakty, które mogą oświetlić mój ściślejszy temat.

Wśród środków stosowanych znalazły się wkrótce w rzędzie ciał białkowych krew i surowica krwi, najpierw pobrane z ustroju obcego (Praetorius, Heuck, Linser [8]), potem surowica krwi i krew własna chorego. Przy wyborze tych ostatnich środków był naturalnie miarodajny fakt ten, że materjał, pobrany z żyły samego chorego najmniej stosunkowo jest zależny od wpływów i czynników zewnętrznych, a za naturalny i jakby sam przez się zrozumiały cel zaczęto uważać desenzybilizację skóry nadmiernie czułej (Spiethoff). Wspomniany wyżej podział na anafilaksję ogólną ustroju i allergję właściwą skórną, jest w tych doświadczeniach już dość ściśle przeprowadzony przez Spiethoffa [9]), który wstrzykiwaniem surowicy krwi i krwi własnej chorego uzyskiwał nietylko dobre wyniki lecznicze w wypadkach świądu, świerzbiączki, pokrzywki, pęcherzycy, choroby Duhringa i przewlekłego wyprysku (l. c. sub 3.), ale także desenzybilizację skóry, silnie oddziałującej zadrażnieniem na środki zewnętrzne w wyprysku sączącym i w łuszczycy (l. c. sub 9.) Surowica własna chorego, używana do tych zabiegów, pochodziła nietylko z krwi pobranej z żyły chorego i odwłókniones (technika podana przez Spiethoffa) Często, jeśli pierwsze wstrzykiwania nie dały odczynu ogólnego, mieszano ją z surowicą obcą tego samego gatunku [10]). W przypadkach pęcherzycy surowicę zbierano z pęcherzy na skórze chorego w drobnych ilościach, co zapewne było sposobem żmudnym, ale w wynikach swoich bardzo zachęcającym do prób dalszych („auto-sero-wakcyno-terapja“ Lenartowicza [11]). W spostrzeżeniach przytoczonych wyżej góruje fakt, że wszędzie tam, gdzie uzyskano dobry wynik, a nawet tam, gdzie nie obeszło się bez leczenia środkami zewnętrznemi, wpływ surowicy czy krwi na świąd był wyraźny, np. w wyprysku przewlekłym (Spiethoff). Charakterystyczny jest przeto tytuł pracy Linsera: „o leczeniu swędzących chorób skórnych normalną surowicą ludzką“ [12]), bo świadczy o tem, że świąd, jako taki, uważano za właściwą domenę leczenia surowicą.

Wśród chorób w których podejmowano te próby, naogół nie było systemu; nie brak wśród nich, jak wspomniano, pęcherzycy i np. *impetigo herpetiformis.* Czy w tej ostatniej skutek leczniczy da się odnieść do desenzybilizacji skóry, czy do wpływu terapji białkowej na wysięk i przesięk (wedle zapatrywań Luithlena [13]), czy wreszcie do dostarczanych ustrojowi brakujących mu hormonów (Walter [14]), osądzić trudno Wobec tego, że w patogenezie tego cierpienia niewiele tylko przemawia za anafilaksją, jako tłem, to raczej ostatnie przypuszczenie: przypuszczenie niedomogi w wewnętrznem wydzielaniu wespół z zapatrywaniem Luithlena zbliża nas do zrozumienia działania na zmiany chorobowe. Jeszcze trudniej byłoby wyjaśnić wyniki, jakie osiągnął Stümpke [15]) w liszaju czerwonym, tem bardziej, że spostrzeżenie to jest odosobnionem zupełnie.

D. n.

Dr. L. Füllenbaumówna i Dr. D. Goldmanówna. Lwów.

Przyczynek do patogenezy tocznia rumieniowatego.

Z oddziału skórno-wenerycznego Szpitala Państwowego powszechnego we Lwowie.

Prymarjusz Doc Dr. Roman Leszczyński.

Przyczyna powstawania tocznia rumieniowatego *(Lupus erythematodes)* nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśniona. Część autorów przyjmuje, że toczeń rumieniowy jest pochodzenia gruźliczego. 1) Albowiem, chociaż ani w skrawkach nie udało się w sposób niewątpliwy wykazać laseecznika gruźliczego, ani drobnowidowo toczeń ten nie wykazuje utkania gruźliczego, to jednak powiodło się Gougerot'owi, Ehrmanowi i Reinesowi wywołać u nich zmiany gruźlicze przez przeszczepienie tkanki tocznia tego na zwierzęta. Te same wyniki mieli Br. Bloch, H. Fuchs. 2) Jadassohn, E. Hoffmann, Br. Bloch, Siebert i inni otrzymywali po wstrzyknięciu tuberkuliny odczyn miejscowy w ogniskach tocznia rumieniowatego nawet bardzo odległych od miejsca wstrzyknięcia. W jednym przypadku E. Hoffmanna wystąpiło nawet po wstrzyknięciu 0,01 mg tuberkuliny obok odczynu miejscowego rozsianie się L. e. 3) Za gruźliczem pochodzeniem tocznia omawianego przemawia też równoczesne pojawienie się tego schorzenia z toczniem zwyczajnym i tuberkulidami oraz związek, jaki spostrzega się między toczniem a gruźliczemi schorzeniami gruczołów szyjnych. Delbanco po usunięciu zołzowych gruczołów szyjnych widział ustąpienie tego tocznia. Gdy po 2 latach wystąpił nawrót gruźlicy tych samych gruczołów, znów pojawił się u tego chorego toczeń rumieniowy na twarzy. Podobne spostrzeżenia podali Bender, Meszczerskij, Pospelow, Darier i de Bourman widzieli częste występowanie toczni w bliznach po schorzeniach gruźliczych skóry. Ponadto wielu autorów stwierdziło u chorych na L. e. obciążenie dziedziczne gruźlicą. Okoliczności jednak, jak niewykazanie dotąd bez zarzutu prątka gruźliczego w ogniskach L. e., budowa drobnowidowa w żadnym okresie tego schorzenia nie przypominająca utkania gruźliczego, rzadkie znajdowanie u osobników z L. e. przy autopsjach równoczesnych większych zmian gruźliczych, wszystko to poważnie narusza gmach dowodów zwolenników gruźliczej natury L. e. Ostatecznie dochodzą oni do przekonania, że o ile gruźlica nie jest wprost wywołującym momentem, to przynajmniej istnienie tejże, czyni ustrój podatnym do wtargnięcia nieznanego dotychczas jadu, będącego przyczyną L. e.

Wszelkiego związku z gruźlicą odmawiają toczniowi rumieniowemu autorowie angielscy, jak Mac Leod, Galloway, Sequeira, twierdząc że ten toczeń jest miejscowym wyrazem przeładowania krwi jadami (toxaemią) rozmaitego pochodzenia. Z podobnem zapatrywaniem spotykamy się obecnie coraz częściej.

Gennerich w swej pracy ogłoszonej w r. 1921 (Archiv f. Derm. u. Syph. t. 135) dochodzi na podstawie doświadczeń i spostrzeganego przypadku do wniosku, że L. e. jest spowodowany wejściem w krążenie jadów uwolnionych podczas rozpadu gruczołów chłonnych. Powodem rozpadu może być zarówno gruźlica jak i najrozmaitsze inne sprawy chorobowe. Uważa on mianowicie, że w czasie rozpadu zostają uwolnione zaczyny zawarte w limphocytach. One działają podobnie jak białko obce (heterologizowane) i stanowią istotę toksyn tocznia rumieniowego.

Ulegają one jużto powolnemu wchłonieniu, jużto dostają się do krwiobiegu odrazu w znaczniejszej ilości i działają trująco na ustrój. W pierwszym przypadku, powodują one w skórze podatnej zmiany charakterystyczne dla przewlekłego tocznia rum., w drugim objawy anaphylaxii i obraz ostrego tocznia rumieniowatego. Gennerich podnosi, że skóra twarzy wystawiona na działanie bodźców, jakoto światła, powietrza,

mechanicznych czynników, jakoteż zawierająca wielką ilość naczyń włosowatych, jest odpowiedniem podłożem do działania tych jadów. Kreibich (Archiv f. Derm. u. Syph. 1921 tom 133) również przypisuje gruczołom chłonnym wielkie znaczenie, uważając je niejako za źródło tej sprawy chorobowej. W trzech przypadkach opisanych stwierdził powiększenie gruczołów chłonnych w okolicy mięśnia mostkowo-obojczyko-sutkowego, w okolicy obojczyków, w pachach i do około wnęki płuc. Równocześnie zauważył w dwóch przypadkach zaostrzenie sprawy po zadziałaniu promieni słonecznych (insolacji). Otrzymał też to samo zjawisko po naświetlaniu doświadczalnem lampą kwarcową i Roentgenem. Zdaniem jego promienie świetlne, zarówno słońca jak i inne, posiadają zdolność uruchomiania jadów gruczołów chłonnych i tą drogą wywołania pogorszenia sprawy toczniowej. Przypominamy, że już Volk i Gross wstrzykiwali świnkom morskim różne antigeny, między innemi tuberkulinę, i spostrzegali uczulenie skóry szczególnie na promienie ultra-fioletowe. Tem tłumaczyłyby się znane pogorszenia tocznia rum. występujące na wiosnę. Podobny związek światła słonecznego z tym toczniem zauważyliśmy u chorej pozostającej w naszem leczeniu z powodu przewlekłego rozsianego L. e. W krótkości podajemy historję choroby:

K. B. 16 lat, w dzieciństwie przebywała tylko odrę. Obecna choroba trwa od 4 lat; przez cały czas chora pozostawała w leczeniu. Zmiany rozpoczęły się na twarzy, następnie wystąpiły na kończynach. Ostrych ataków tocznia nigdy nie było. Obciążenia gruźliczego dziedzicznego nie ma. Dotychczas chora nie miesiączkowała.

Stan obecny: 19/5. 1921. Na skórze twarzy można zauważyć liczne blizenki, w szczególności na końcu nosa. Obok nich ogniska sinawo różowe, wielkości soczewicy do grochu, nieodgraniczone ostro, częściowo zlewające się ze sobą, częściowo pokryte drobnemi łuskami, przylegającemi silnie do podstawy. Typowych złogów łojowych nie było. Podobne zmiany na grzbiecie obu rąk, przyczem wybitne zasinienie skóry. Po stronie dłoniowej palców wyraźne rozszerzenia naczyń. Błony śluzowe jamy ustnej wolne, narządy wewnętrzne bez zmian. Gruczoły podszczękowe, głównie po stronie lewej, dalej obustronne wzdłuż mięśni bocznych szyji, oraz w pasze prawej nieznacznie powiększone. Powiększenia gruczołów wnęki płuc Roentgenem nie dało się wykazać. S. R. dała wynik ujemny.

21/6. 1921. Po wstrzyknięciu tuberkuliny podskórnie (0.0001) nie było reakcji, ani ogólnej, ani miejscowej, ani ogniskowej.

6/7 1921. Popołudniowe podwyższenie ciepłoty do 38°, znaczniejszy obrzęk twarzy, wybitniejsze zaczerwienienie, obok tego mały pęcherzyk ropny na prawym policzku.

Ponieważ chora w owym czasie przepędzała znaczną część dnia na wolnem powietrzu, a w szczególności poprzedniego dnia siedziała długo na słońcu, uważano zaczerwienienie i obrzęk twarzy za rumień słoneczny. Zmiany te na twarzy w miernym stopniu i podwyższenie ciepłoty do 38° utrzymywały się przez kilka dni.

14/7 objawy te znacznie się wzmogły, przyczem dały się zauważyć liczniejsze, małe pęcherze, wypełnione treścią mętną na twarzy i tułowiu.

Od 21/7. 1921 ciepłota popołudniowa dochodziła do 38°, a 24/7 do 40·8°, równocześnie silniejszy obrzęk i zaczerwienienie prawego policzka. Zmiany przypominały różę.

25/7 zaczerwienienie posunęło się na lewy policzek a równocześnie wystąpił obrzęk i bolesność gruczołu podszczękowego prawego.

26/7 obrzęk tego gruczołu zmniejszył się, a pojawił się obrzęk i bolesność gruczołu podszczękowego lewego.

27/7 śpiączka, zupełna nieprzytomność, oddech przerywany, sztywność karku, Kernig (meningismus), silna bolesność dotykowa gruczołu podszczękowego lewego oraz mięśni bocznych szyji po stronie lewej, objawiająca się gwałtowną reakcją chorej mimo stanu zupełnej nieprzytomności. Tętno przyśpieszone małe. Stan ciężki utrzymywał się, a 30/7 dołączył się niedowład nerwu twarzowego prawego i bezwiedne oddawanie stolca i moczu. Podczas tego ciężkiego stanu chorej, występował kilkakrotnie zupełny zapad, który zwalczano wstrzykiwaniami oliwy kamforowej. Jako leczenie stosowano u chorej nadto wlewania podskórne roztworu fizjologicznego soli kuchennej codziennie 1 litr, dalej co drugi dzień 3 gr. 10% kollargolu wśródmięśniowo i środki nasercowe. Jeden raz zastosowano odciągnięcie krwi pijawkami i na kark maść Crédego. Odżywiano chorą przy pomocy lewatyw.

1/8 rozpoczęło się powolne polepszanie się stanu chorej, stopniowo powracała przytomność i regularne oddechy. Ciepłota spadła prawie krytycznie i utrzymywała się od 37—37·9°. Objawy meningismus trwały jeszcze przez szereg dni, przytem przejściowo pojawiały się wymioty, szczękościsk i trudność połykania. Te ostatnie spowodowane najprawdopodobniej głębokim naciekiem w okolicy podszczękowej lewej. W tym czasie zauważono również afazję motoryczną, trwającą przez kilka dni.

7/8 Chora mówi wyraźnie, naciek podszczękowy wsysa się, objawy meningismus jakoteż dotychczasowe silne bóle głowy ustępują. Stan ciepłoty stale podgorączkowy.

10/8 Podwyższenie ciepłoty do 39·6°, spowodowane ropniem głębokim na ramieniu lewem. Ropień ten nacięto. W kilka dni później występuje wśród stałego podwyższenia ciepłoty ropień przerzutowy w śliniance przyusznej lewej, jakoteż liczne ropnie przerzutowe na skórze głowy na tułowiu, w okolicy pachwinowej, nad wzgórkiem łonowym. Mimo nacinania ropni ciepłota podwyższona do 39°, stale się utrzymuje jako wyraz ropnicy.

Objawy ropnicy lżejszego stopnia; ciepłota do 38°, stale suchy język, bez zmian narządów wewnętrznych, trwają jeszcze miesiąc po wygojeniu się zupełnem wszystkich ropni. Od początku października ciepłota i ogólny stan chorej wraca ją powoli do normy. Podczas ostrego okresu choroby prawie zupełnie zatarły się poprzednio opisane ogniska przewlekłego tocznia rumieniowatego. Obecnie na nosie widoczne są złogi wydzieliny łojowej, przylegające silnie do podstawy, pozatem małe blizenki na twarzy i rękach.

18/10. Wystąpiły u chorej, powtarzające się przez kilka dni z rzędu silne krwotoki nosa, będące następstwem zmian zanikowych na błonie śluzowej nosa. Krwotoki usunięto przez przyżegnięcie obnażonych naczyń krwionośnych. Laryngolog Dr. Spalke, uważał zmiany te za wywołane podstawowem cierpieniem chorej (L. e.).

Od początku listopada występują od czasu do czasu przejściowe podwyżki ciepłoty i równoczesne zaostrzenia zmian tocznia rum. na twarzy i rękach. Dookoła drobnych blizenek widzimy zmiany rumieniowate, obrzęk i lekkie zasinienie: równocześnie dolegają chorej dość uporczywe biegunki (!!)

Omówienie: Gdyśmy chorą obejmowali w leczenie, mieliśmy przed sobą obraz przewlekłego tocznia rumieniowatego rozsianego. Zmiany znajdowały się na twarzy i kończynach. W czasie pobytu w szpitalu przed naszemi oczyma nastąpiło pod wpływem promieni słonecznych nagłe pogorszenie. Wśród ciężkich objawów ogólnych L. e. przewlekły przeszedł w stan ostry (L. e. *acutus*). W pewnym momencie obraz bardzo przypominał różę.

Wnet zapanowały jednak objawy mózgowe, objawy posocznicy i ropnicy. Obok tego zwracał uwagę wybitny udział gruczołów szyjnych i podszczękowych. W tym czasie objawy skórne usunęły się na dalszy plan. Po przejściu głównej fali spostrzegaliśmy jeszcze przez szereg tygodni zaostrzenia tak, że można było mówić o stanie ropnicowym przewlekłym.

Podobieństwo obrazu chorobowego do róży, wyjaśnimy przypomnieniem, że właśnie takie ostre przypadki skłoniły Kaposiego, który pierwszy je opisał, do użycia określenia „*erysipelas perstans faciei*".

Przypadek nasz zasługuje na uwagę przez to, że mogłyśmy spostrzegać bezpośrednio przejście tocznia przewlekłego w tocznia rumieniowego ostrego, że przytem znaną nam była przyczyna tego zjawiska. Wpływ prowokujący promieni słonecznych przez nas stwierdzony zgadza się ze spostrzeżeniami Kreibicha, Z drugiej strony udział wybitny gruczołów w przebiegu zaostrzenia zbliża nasz przypadek do przypadków Gennericha. W ten sposób obserwacja nasza staje się pomostem między poglądami obu autorów. Ze zjawisk przez nas widzianych wypływałoby, że w patogenezie ostrego tocznia rumieniowatego, grają rolę przynajmniej dwie składowe. Z jednej strony uczulenie skóry jadami pochodzenia gruczołowego (Gennerich, Gross i Volk), z drugiej prowokujący wpływ promieni świetlnych (Kreibich). Jako trzeci czynnik trzebaby przyjąć jakieś zakażenie. W naszym przypadku nie była to chyba gruźlica, gdyż wynik badania klinicznego w tym kierunku, wywiady, Roentgen i próba tuberkulinowa wypadły ujemnie.

Z praktyki.

Dr. med. J. Merenlender, b. ord. szpit. wen. w Skierniewicach.

Bizmut, jako środek przeciwkiłowy.

(Dokończenie)

Najciekawszy był przypadek pierwszy. Chory miał bardzo ciężką kiłę, która bardzo powoli ustępowała pod wpływem leczenia i zniewalała do zastosowania salwarsanu (Neosalvan-Grodzisk). W końcu kuracji nastąpiła znaczna poprawa stanu ogólnego i samopoczucie było o wiele lepsze.

Nie odczuwał on bolesności dziąseł oraz nie miał nacieków od zastrzyków. Ale po 10-tym zastrzyku wystąpił nawrót kiły w postaci guzka koło otworu stolcowego. Chorzy I i II odczuwali bolesność dziąseł szczególnie w pierwszych dniach po zastrzykiwaniu bizmutu. Co do nacieków w miejscach zastrzyków, to tworzyły się one u ostatnich trzech chorych prawie stale i przytem były bolesne. Bolesność [1]) występowała zwykle w ciągu pierwszej nocy po zastrzyknięciu i trwała 4—5 dni, tak, że zmuszała do stosowania leczenia tylko raz na tydzień. Czwarty chory S. tak cierpiał z bólu, że trzeba było po trzech zastrzykach przerwać kurację bizmutową. Gorączki krętkowej u chorych nie spostrzegałem. Podrażnień skóry lub samych ubocznych działań bismutu też nie stwierdziłem. Niżej podana tabela wykazuje poglądowo, jakie zdołałem osiągnąć wyniki.

Przypadki	Ilość otrzymanych zastrzyków	Zniknięcie krętków: po ilu zastrzykach	Zniknięcie krętków: w ile dni po rozpoczęciu leczenia	Zniknięcie wykwitów kiłowych: po ilu zastrzykach	Zniknięcie wykwitów kiłowych: w ile dni po rozpoczęciu leczenia	Odczyn Wassermanna: Początek leczenia 10/III	20/III	4/IV	24/IV
I	11	3	6	5 (recydywa po 4 zastrz.)	17	++++	++	++++	++++
II	8	1	2	2	6	++++	ujemny	ujemny	++++
III	10	nie badano	nie badano	3	7	++++	++	++++	++++
IV	3	1	2	3	9				++++

Krętki znikały z wykwitów po dwóch dniach i po jednym zastrzyku bizmutu, za wyjątkiem pierwszego przypadku, który zaliczam do kategorji ciężkich i w którym krętki znikły po sześciu dniach i dopiero po trzech zastrzykach. Objawy kiły znikały po dwóch, trzech zastrzykach w ciągu 6—9 dni z wyjątkiem znów pierwszego chorego, u którego objawy zginęły dopiero po upływie 17-tu dni i po piątym zastrzyku. Natomiast odczyn biologiczny Wassermanna zupełnie zawiódł. Doznałem wielkiego rozczarowania, gdy odczyn Wassermanna okazał się w końcu leczenia tak samo dodatnim, jak i przed leczeniem. Muszę zwrócić uwagę na następujące dwa fakty:

1) w trzecim przypadku dwa środkowe odczyny Wassermanna były ujemne,

[1]) Oryginalny francuski „Trepol" jest podobno zupełnie niebolesny. (Jest także bolesny — uw. Red.).

2) u pierwszych trzech chorych zaznaczyło się po pierwszych zastrzykach pewne wahanie odczynu Wassermanna: I i III przypadki reagowały dwoma krzyżami.

Możliwe, że mamy tu do czynienia z jakiemś »początkowem ujemnem wahaniem« odczynu Wassermanna, tak, że potem może następuje trwalsze stałe pozostawanie ujemnego Wassermanna. To jest moje przypuszczenie.

Niestety nie mogłem dalej spostrzegać tych przypadków, gdyż z powodu demobilizacji, nie miałem możności dalej przeprowadzić leczenia bizmutowego i dalej obserwować tych chorych.

W pracy swej, opublikowanej w »Münchner med. Woch.« (N. 15 b. r.), podaje Hugo Müller, iż spostrzegał w 5-iu przypadkach ujemny odczyn Wassermanna po 8—10 zastrzykach bizmutu, co się nie zgadza z mojemi spostrzeżeniami. W tejże pracy podaje on, że według spostrzeżeń Fournier'a i Guènot'a przy leczeniu bizmutem wczesnych wtórnokiłowych przypadków, pozostawał odczyn Wassermanna dodatni po pierwszej serji (10) zastrzyków. Odczyn stawał się ujemnym dopiero po drugiej ewentualnie po trzeciej serji zastrzyków, t. j. po upływie dwóch do trzech miesięcy

Müller wypróbował bizmut (winian bizmutu) w 25 przypadkach przeważnie kiły wtórnej i otrzymał bardzo dobre i szybkie wyniki; w siedmiu przypadkach twardych wrzodów krętki znikały na trzeci dzień po pierwszym zastrzyku. Nakłucia gruczołów chłonnych po 8 dniach nie wykazywały krętków. Gorączkę krętkową spostrzegał on w postaci minimalnego podwyższenia ciepłoty.

Marie i Fourearde spostrzegali wpływ leczenia »trepol'em« w dziesięciu przypadkach kiły centralnego układu nerwowego (kilaki mózgu, myelitis transversa) i porażenia postępującego. Porażenie pozostało bez zmiany, gdyż bizmut nie wywarł żadnego wpływu. Natomiast kiła centralnego układu nerwowego okazała bardzo szybkie polepszenie.

Zbierając wyniki doświadczeń z bizmutem na zasadzie dotychczasowych spostrzeżeń, dojdziemy do wniosku, że jest to środek bardzo energiczny, oraz w skutkach (szybko usuwający objawy) zbliżony do salwarsanu. Lek ten jest cennym nabytkiem w lecznictwie, chociażby dlatego, że mamy do rozporządzenia jeszcze jeden środek swoisty przeciwkiłowy, który może się przydać w przypadkach, kiedy to rtęć i salwarsan nie wywierają dostatecznego wpływu.

Natomiast, pomijając bolesność dorównującą kalomelowi oraz skłonność do szkodliwej impregnacji dziąseł, sprawa z odczynem Wassermanna (zachodzi podobieństwo do jodu, który również nie ma wpływu na odczyn Wassermanna) jest mniej pocieszającą i zmusza nas do zachowania się z rezerwą względem tego preparatu i do wyczekiwania na dalsze badania kliniczne.

Sprawozdania poglądowe

Prof. Dr. Włodzimierz Łukasiewicz. Lwów

O leczeniu chorób skórnych i wenerycznych nieswoistemi ciałami białkowemi i kolloidowemi.

Z kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.

Dyrektor Prof. Dr. Wł. Łukasiewicz.

(Dokończenie).

Obok białka mogą jeszcze inne połączenia podobnie działać. Przypomnę, iż, kiedy zaczęto stosować tuberkulinę Kocha przy toczniu, Spiegler zwrócił uwagę na podobne działanie ogólne i miejscowe, które powoduje benzol, aceton, thiosinamin itd. Liebreich stwierdził to samo stosując kantarydin i sól, a Moro atoksyl.

W najnowszych czasach podnoszono przy stosowaniu rozmaitych środków podobne działanie tychże do połączeń białka. Mianowicie stosowano tłuszcze, jak terpentynowy olejek, dalej ciała nieorganiczne, jak metale i siarka, a wreszcie roztwory soli i cukru gronowego, (Starkenstein, Scholz). Klingmüller wstrzykiwał w mięśnie rozmaite drażniące

przetwory, aby zadziałać na sprawy zapalne i ropne toczące się w skórze. Jako do tego celu najwięcej nadający się zaleca 20%-wy roztwór olejku terpentynowego z oliwą: przy trychophitii, furunkulozie, pyodermiach. Z tego 20% roczczynu wstrzykuje $^1/_4$—1 ccm w pośladki. Karo zaleca dodawać 1% Eukupin z powodu bolesności. Zamiast olejku terpentynowego używał Klingmüller Terpichin, połączenie czystej terpentyny z chininą.

W klinice lwowskiej stosuje się 20%-wy olejek terpentynowy bez eukupiny w pośladki (w górny zewnętrzny kwadrant), $^1/_2$—2 ccm co 3 dni. Chorzy znoszą to przeważnie dobrze i nie skarżą się na wielkie bóle, natomiast czasami gorączkują dosyć wysoko.

Niezawodny skutek spostrzegaliśmy w pierwszym rzędzie przy figówce pochodzenia nie pasorzytniczego, *Folliculitis chronica dispersa*, *Eczema sycosiforme*. Po kilku (4) do kilkunastu (14) wstrzykiwaniach ustępowały nawet bardzo rozległe i zastarzałe zmiany i to bez leczenia miejscowego. Jedynie nieodzownem jest mechaniczne usunięcie strupów. Znaczne polepszenie można było zauważyć przy trądziku. Przy *Trychophytia superficialis i profunda* wywołuje terpentyna odczyn miejscowy w kilka godzin po wstrzyknięciu, a w najbliższych dniach zmniejszenie objawów zapalnych. Lecz po kilkunastu nawet wstrzykiwaniach można było stwierdzić grzybki (Trychophyton) w ogniskach chorobowych. Zawsze musiano się uciekać do innych metod celem zupełnego uleczenia.

Po wstrzyknięciach terpentyny bledną bardzo szybko ogniska łupieża pstrego (*Pityriasis versicolor)*, lecz grzybki się utrzymują, pomimo licznych wstrzyknięć.

Zupełnie bez wpływu pozostawały te wstrzyknięcia przy łuszczycy np. u jednego chorego zastosowano po 20 wstrzykiwań z powodu uporczywej *folliculitis barbae*, która też doszczętnie ustąpiła; natomiast łuszczyca, rozsiana u niego na kończynach, pozostała zupełnie nie zmieniona.

Rozmaite postacie wyprysku, tak ostre jak i przewlekłe, utrzymywały się opornie przy stosowaniu tej metody, o ile nie leczono ich miejscowo.

Ze schorzeń wenerycznych ustępowały zwykle szybko zapalne obrzęki gruczołów chłonnych nawet już ropiejące po terpentynie, podobnie jak po mleku. Lecz wrzody miękkie, tymże towarzyszące, nie zmieniały się przy tej terapji. Dalej zapalenie rzeżączkowe przyjądrza polepszało się również, jak zapalenie ciał jamistych. W jednym przypadku gruźliczego zapalenia przyjądrza szybko ustąpiła bolesność i zmniejszył się obrzęk.

Co do terpichiny to, używając jej w kilku przypadkach zapalenia mieszków (*Folliculitis*), nie mogliśmy stwierdzić wyższości w działaniu, którąby usprawiedliwiała sprowadzanie tego podrażającego leczenie preparatu. Na toczeń rumieniowaty działała powodując częściową inwolucję ognisk, zaś toczeń zwykły pozostawał nie zmieniony.

Metale wprowadzone do organizmu w postaci kolloidowej wywierają w tymże energiczne działanie odkażające na drobnoustroje chorobotwórcze; mogą bowiem pod tą postacią dostać się tem łatwiej do komórek.

Najwięcej w użyciu jest srebro kolloidowe, kollargol i elektrargol, chociaż środki te w dermatoterapji nie przyjęły się.

Również nie rozpowszechniło się stosowanie kollargolu przeciw kile zapoczątkowane przez Notthafta.

Najnowsze metody stosowane przeciw kile łączą metale z salwarsanem. Prócz salwarsanu srebrowego (Kolle) wstrzykuje się przetwory rozpuszczalne rtęci razem z neosalwarsanem. Linser zaleca dodawać sublimat do neosalwarsanu, Bruck, Becker dodają novasurol, Herbeck embarin, Oelze cyarsal.

W klinice stosujemy przeciętnie dawkę 0·02 sublimatu z 0·45 neosalwarsanu; u 60 chorych uskuteczniono około 600 takich wstrzyknięć bez jakichkolwiek powikłań (raz *Erythema toxicum scarlatiniforme*), a z dobrym wynikiem tak co do ustępowania objawów jakoteż odczynu krwi. Natomiast novasurol stosowany w dawce 0·01 do 0·02 z neosalwarsanem działa wprawdzie również szybko i energicznie lecz powoduje czasami przypadłości jak bóle głowy, wymioty. Metody te zasługują więc bardzo na uwzględnienie obok najpewniejszych. Za szczególnie wskazaną uważam tę metodę (Linsera) jako leczenie zapobiegawcze po stwierdzeniu objawu pierwotnego w okresie seronegatywnym. Dalej przy złośliwych anemiach kiłowych można oczekiwać poprawy ogólnego stanu chorego tym sposobem. Rodzaju chemicznej przemiany tej metody nie znamy dotąd.

Badania Rothmanna i Oelzego przemawiają za redukcją sublimatu przez salwarsan tak, iż dostaje się do krwi rtęć metaliczna. Korzystne wyniki zaś polegają właśnie na docieraniu do komórek kolloidalnej rtęci, która wzmacnia działanie salwarsanu (ochronnego kolloidu), jak to Kolle podnosił na ostatnim kongresie dermatologicznym w Hamburgu.

Z przytoczonych wywodów wynika, iż najoporniej ze ze wszystkich dermatoz tak przy parenteralnem stosowaniu białka jakoteż terpentyny zachowywała się łuszczyca. Z tego powodu postanowiłem przekonać się w klinice o skuteczności siarki zastosowanej przeciw łuszczyczy przez Bory'ego a świeżo zalecanej przez Haucka. Stosowano ją wedle przepisu, jaki podał Bory (tj. Rp. Sulfur. praecipitat. pur. 1·0, Guajacol 5·0, Camphor. 10·0 Eucalyptol 20·0 Ol. sesami ad 100·0), wstrzykując z tego co tydzień 5—10 ccm w pośladki. Bory używał Guajacol i Eucalyptol ze względu na zapatrywanie autorów francuskich (Poncet, Gaucher a ostatnio Sabouraud) o związku łuszczycy z gruźlicą. Mimo iż teorję tę uważam za nieuzasadnioną, a przy licznym materjale łuszczycy, spostrzeganym przezemnie, nie stwierdziłem jakichkolwiek danych w tym kierunku, trzymałem się przytoczonego przepisu. W największej części przypadków metoda ta dała nam dobre wyniki co do usuwania objawów (bez jakiegokolwiek leczenia miejscowego) łuszczycy tak, iż uważam ją za najenergiczniejszą ze znanych metod. Wprawdzie powoduje czasami nieprzyjemne objawy, jak dotkliwy, kilka dni utrzymujący się ból w miejscu wstrzyknięcia, dalej nudności, bicie serca. Podwyższenie ciepłoty (38—39°), występujące zwykle w kilka godzin po wstrzyknięciu, z dreszczem lub bez tegoż, utrzymuje się 24—48 godzin. U jednej chorej występowały wymioty i zatrzymanie moczu, które w 24 godzin ustąpiło. We wszystkich przez nas leczonych przypadkach łuszczycy ustępowały objawy już po 8—12 wstrzykiwaniach doszczętnie. Jeden jedyny przypadek łuszczycy kończyn (*Psoriasis vulgaris numulavis*), od kilku lat się utrzymujący, nie reagował na 10 wstrzyknięć siarki podobnie, jak przedtem nie okazywał zmiany po olejku terpentynowym, salicylanie sodowym dożylnie stosowanym. Tak ze względu na doskonały skutek leczniczy jakoteż na gwałtowność przebiegu zasługuje na przytoczenie następujący przypadek łuszczycy.

Chora 21-letnia, pochodząca z rodziny zdrowej nie przebywała przedtem żadnych chorób dopiero z początkiem września 1921 r. miało u niej wystąpić ostre zapalenie gardła z lekkim obrzękiem gruczołów podszczękowych, które jednak szybko ustąpiło. W połowie grudnia zauważyła chora gwałtownie występującą i silnie świędzącą osutkę na szyji, która w najbliższych dniach rozszerzyła się na głowę, tułów i kończyny. Przy tem chora czuła suchość w ustach i pragnienie, ciepłoty jednak nie mierzyła. Wobec gwałtownego postępu choroby chora udała się 30 grudnia do kliniki, gdzie stwierdzono: U osoby średniego wzrostu, dobrze odżywionej, pokrywają skórę głowy piętrzące się masy srebrzysto białych łusek, które trudno jest paznokciem usunąć. Przytem powierzchnia broczy a włosy pozostają. Na czole, wzdłuż brwi, na policzkach i we fałdach nosowo-policzkowych, jakoteż na małżowinach usznych mnóstwo srebrzysto-białych łusek usadowionych na żywo czerwonem podłożu, które sięga poza łuski, a po ich zdarciu broczy. Na karku ognisko wielkości dłoni dziecka o kształcie nieregularnym, powstałym skutkiem spłynięcia kilku drobniejszych, z żółtawo szaremi łuskami. Podobne ognisko lecz sączące w okolicy prawej łopatki. Całe mnóstwo rozsianych ognisk od wielkości łepka szpilki do wielkości korony znajduje się na tułowiu a głównie na grzbiecie. Pod sutkami zlewają się ogniska na wielkość dłoni dziecka, sączą i pękają w środku. Po wyprostnej stronie ramion nieliczne ogniska łuszczące wielkości fasoli na obwodzie różowe, po wewnętrznej stronie ramion liczne drobne czerwone plamki z łuskami w środku. Na przedramionach po stronie wewnętrznej nader liczne kropkowate żółto-czerwone plamki, pokryte w środku srebrzystemi silnie przylegającemi łuskami. Podobne wykwity na grzbiecie rąk i palców tworzą formalne smugi po stronie wyprostnej. Na dolnych kończynach po zewnętrznej stronie niezbyt liczne czerwone okrągłe plamy pokryte łuskami tak, iż pozostaje czerwony rąbek na obwodzie. Po we-

wnętrznej stronie obu ud ogniska chorobowe spływają ze sobą, sączą w miejscu zetknięcia dwu powierzchni skórnych i pokrywają się tamże żółtawo szaremi strupami. Cały owłosiony wzgórek łonowy podobnie zmieniony, jak skóra głowy, z powodu nagromadzenia się łusek, między któremi przegląda żółtawo-czerwona nie sącząca powierzchnia. Błony śluzowe wolne, gruczoły chłonne nie zmienione. Odczyn krwi okazuje zupełną hemolizę. Ciepłota 37·5. W czasie pobytu chorej w klinice od 30 grudnia z. r. do 11 stycznia b. r. nie stosowano leczenia swoistego. W tym czasie wzmagała się ciągle opisana osutka a ciepłota utrzymywała się stale ponad 38°. Prócz obwodowego powiększania się ognisk przybierały znacznie na ilości kropkowate plamki a zwłaszcza w okolicy mostka i na rękach z najeżonemi łuskami. (Przypominały skutkiem tego guzki lichen ruber acuminatus). Na dłoniach powstawało całe mnóstwo kropkowatych różowych plamek w linjach załamań skóry, które już w najbliższych dniach pokrywały się piętrzącemi łuskami. W wielu miejscach zadrapanych przez chorą powstawały smugi opisanych wykwitów. Także na paznokciach usadowiła się choroba objawiająca się zmętnieniem macierzy i odkruszaniem się paznokci.

Wobec niezwykle gwałtownego postępowania łuszczycy wśród objawów gorączkowych i wrażliwości skóry potęgującej się przy drażnieniu do sączenia (w miejscu stykających się powierzchni) zastosowaliśmy u chorej zawiesinę siarki wedle Bory'ego, zaczynając od 3 ccm. W godzinę po wstrzyknięciu wystąpiły odbijania i niemiły smak w ustach. Bolesność silna w miejscu wstrzyknięcia utrzymywała się kilka dni. Lecz już 2-go dnia po wstrzyknięciu stwierdzono bardzo wyraźne przyblednięcie ognisk, odpadanie łusek i spadek ciepłoty do normy. Po drugiem wstrzyknięciu (4 ctm) jeszcze widoczniej wzmogło się ustępowanie objawów. Po trzeciem zaś (5 ccm) wystąpiły bóle głowy, ogólne osłabienie i gorączka od 38·6—39·6° utrzymująca się przez 2 dni. Po opadnięciu tejże jeszcze w szybszem tempie ustępowały objawy z pozostawieniem brązowych plam barwikowych. W wyższej jeszcze mierze stwierdzić to było można przy dalszych wstrzyknięciach. Wreszcie po 9-tem (7 ccm) ustąpiły doszczętnie objawy łuszczycy z pozostawieniem pigmentacji.

W tym więc przypadku niezwykłym gwałtownej łuszczycy metoda oddała nam znakomite usługi. Wobec niepewności innych metod wewnętrznych i przeciwwskazania do miejscowego leczenia z powodu nadmiernej wrażliwości skóry wykluczone było tak szybkie usunięcie objawów innym sposobem.

Wstrzykiwania siarki samej w olejku nie działają tak energicznie przy łuszczycy. Sam guajakol i eucalyptol wcale nie działa. Niezawodnie wchodzi tu w grę działanie eucalyptolu jako olejku eterycznego i guajacolu. Metoda jest w największej części przypadków niezawodna, chociaż nie chroni przed nawrotami. Dalsze spostrzeżenia rozstrzygną, czy ta metoda leczenia łuszczycy nie jest skuteczniejsza od zaleconej przez Brocka, a polegającej na naświetlaniu grasicy promieniami Roentgena, po której Hauck wyników, opisanych przez Brocka, nie stwierdził.

W każdym razie siarka zdolna wyprzeć zupełnie proteinoterapję łuszczycy a nawet szczepionko-terapję. Tuberkulomucinę zalecają Weleminsky, Cemach i Steiner, natomiast Fick nie miał po tejże zachęcających wyników (Scully: *Typhus vaccina*).

Podobnie jak rozczyny soli kuchennej działa także rozczyn cukru gronowego, który ponadto ma jeszcze znaczenie odżywcze. W ostatnich czasach podnoszą korzystne działanie śródżylnych wstrzykiwań cukru gronowego przy rozmaitych dermatozach (Scholz i Stejskal). Stosowałem co 3-ci dzień 25% roztwór w ilości 10—20 ccm. W przeciwieństwie do Scholza nie stwierdziłem najmniejszego skutku w przypadkach łuszczycy, wyprysku ostrego i przewlekłego. Silny świąd przy tym ostatnim utrzymywał się bez zmiany. Dalej stosowałem cukier gronowy przy *lupus erythematodes discoides*, lecz również bezskutecznie.

Natomiast stwierdziłem szybkie ustępowanie rumienia toksycznego po tych wstrzykiwaniach.

Bardzo ciężki przypadek dotyczył 24-letniego mężczyzny, u którego po 2 wstrzyknięciach neosalwarsanu i 25 wcieraniach rtęciowych 5 gramowych, uskutecznionych na prowincji, zajął rumień skórę od głowy do stóp wśród wysokiej, do 40° dochodzącej gorączki. Do kliniki przyjęty, przy leczeniu symptomatycznem gorączkował dalej, a szkarłatno-czerwona, naciekła, łuskami pokryta skóra nie zmieniała się. W 2 tygodnie po przyjęciu chory otrzymał 10 ccm dextrozy. Bezpośrednio po tem nazajutrz łuski zaczęły odpadać, naciek skórny blednął i ustępował. Wogóle po 5 wstrzyknięciach objawy rumienia ustąpiły zupełnie z pozostawieniem pigmentacji. Chory zaś znosił następnie wstrzykiwania kalomelu.

Podobnież ustąpił już po 2 wstrzyknięciach cukru gronowego rumień rozległy, który wystąpił skutkiem 5-ciu wcierań u chorego innego, szukającego z tego powodu porady na klinice. Także i w innych przypadkach tego rumienia nie zawodziły wstrzykiwania cukru gronowego tak, iż zasługują ze wszech miar na zalecenie przeciw temu niemiłemu powikłaniu. Przy ciężkiej pęcherzycy złuszczającej u 52-letniej kobiety wstrzykiwania cukru pozostały bez skutku. W przypadku pęcherzycy zwykłej krętej *(gyratus)* u młodego żołnierza wystąpiło po pierwszej injekcji wzmożenie osutki z przewagą rumienia, po następnych zaś objawy ustąpiły. Jednakowoż po kilkunastu dniach wystąpił silny nawrót. Naogół wynik leczniczy cukru gronowego przy pęcherzycy był nieszczególny (w przeciwieństwie do Scholza).

Natomiast w jednym przypadku rozlanej twardziny skóry zajmującej całe dolne kończyny u 60-letniego mężczyzny wystąpiło wprost frapujące polepszenie po kilkunastu wstrzyknięciach cukru gronowego. Przedmiotowo stwierdzić można było niemal ustąpienie napięcia skóry, pomarszczenie przyskórka nad skórą dającą się napinać, tracącą barwę szaro czerwoną; podmiotowo zaś chory mógł swobodnie ruchy wykonywać.

Także i w innych przypadkach korzystny wpływ cukru gronowego na zmiany naczyniowo-ruchowe, jak obrzęki skórne z porażennym stanem naczyń miałem sposobność stwierdzić a zwłaszcza w przypadku jednostronnej angioneurozy u kobiety 40 letniej. Stosowanie cukru gronowego w odpowiednich przypadkach pozyska sobie z czasem niezawodnie rozległe zastosowanie w dermatoterapji.

Naogół można powiedzieć, że posiadamy cały szereg nowych metod leczniczych głównie na polu proteino- i kolloidoterapji, które przy chorobach skórnych i wenerycznych zasługują ze wszech miar na uwagę. Dzisiaj jest jeszcze zawcześnie, aby módz dokładnie określić wskazania i sposoby stosowania tych metod, lecz przy dalszych usiłowaniach uzyskamy niezawodnie pewne wytyczne w tym kierunku.

Oceny i sprawozdania.

D-resse Hélène Sosnowska. **Thérapeutique gynécologique-Indications et Technique de la méthode de Brandt.** Préface de Victor Pauchet (16-ka, str. 106, figur w tekście 17) Paris 1922.

Autorka swoją książką przypomina wszystkim ginekologom, prawie że zupełnie zaniechaną, ważną metodę leczniczą, stworzoną i do największej doskonałości doprowadzoną przez Thure Brandta, tj. miesienie ginekologiczne. Jeżeli się zapytamy, co jest przyczyną tego zaniechania a raczej zarzucenia jej, zaraz nasuwa się odpowiedź, że nie jakieś jej strony ujemne, ale zastąpienie jej np. w opadzie i wypadaniu macicy operacjami prowadzącemi szybciej do celu i dającemi większą nierównie pewność trwałości.

Poza tem pozostają jednak stany chorobowe, które dają się w doskonały sposób usunąć, jak np. uwolnienie od zlepów odgiętej macicy, co się tyle razy udaje, a po zupełnej naprawie położenia założenie krążka lub przyszycie macicy do powłok brzusznych z zaoszczędzeniem operatorowi trudów uwalniania od zlepów a tem samem uczynieniem operacji lżejszą. Następnie pozostają wypociny zapalne, których wessanie bardzo się przyśpiesza miesieniem. Tu znowu pojawiła się bardzo skuteczna metoda konkurencyjna leczenia gorącem powietrzem, lecz wobec tego, że aparat właściwy nie wszędzie można mieć pod ręką, brak ten można skutecznie zastąpić miesieniem.

Wiele jest pozatem stanów, nie dających się ściśle oznaczyć i odnieść do któregoś z narządów, jak: bóle w okolicy miednicy i krzyżów, uczucie ciążenia, opadu itd. Stany te jesteśmy skłonni odnosić do zastoiny żylnej, szczególnie u kobiet, które rodziły. Takie chore bardzo często odnoszą niewątpliwie z miesienia wielkie korzyści i prawie zawsze, już po pierwszem posiedzeniu, nabierają do niego zaufania, podając, że czują ulgę w chodzeniu. A jeżeli i obfite krwa-

wienia miesięczne ustają, to mamy najlepszy dowód, żeśmy miesieniem usunęli istotnie zaburzenia krążenia.

Z tego się okazuje, że dla ginekologa, który u dobrego źródła nauczył się miesienia ginekologicznego, pozostaje jeszcze dość znaczne pole do stosowania tej metody i to w przypadkach, w których ona jedynie jest w stanie dać bezpośrednie, dobre a czasem nadspodziewanie dobre wyniki.

Dla lekarza samego niema lepszej szkoły doskonałego badania od miesienia. Jeżeli bowiem chorą miesi się codziennie przez 5—10 minut, to znaczy, że się ją przez 5—10 minut ma sposobność badać, czego się przecie poza miesieniem nigdy nie czyni. Wydarza się przecie i w zwykłej praktyce, że wynik powtórnego badania przedstawia się nam inaczej od pierwszego. Gdy zaś miesieniu można śmiało przypisać usuwanie zmian pochodzących z przekrwienia lub zastoiny żylnej, zatem chwilowych lub stałych zbrzęknięć, to i narządy badane w okresie uwalniania ich od tych zmian zaczynają coraz wyraźniejsze przybierać zarysy.

Temu to i zdolnościom wrodzonym przypisać należy, że wynalazca miesienia ginekologicznego, Thure Brandt, był niedosięgłym mistrzem w badaniu ginekologicznem i we wszystkich zabiegach palcowych. A dodać należy, że nie był on lekarzem, lecz emerytowanym majorem wojska szwedzkiego, który po ukończeniu szkoły miesienia leczniczego i gimnastyki leczniczej został «Skiugimnast«, i jako taki doprowadził miesienie ginekologiczne, przez siebie wykonywane, do niedościgłej doskonałości. To też, przebywszy u niego w r. 1888 dwa miesiące na wyspie Dalarö, gdzie ze swojemi choremi przebywał, miałem to uczucie, że się od niego można było nauczyć miesienia ginekologicznego i udzielania ruchów gimnastycznych pomocniczych lecz nigdy nie wykonywać go tak, jak ten mistrz niezrównany.

Z książki pani Dr. Sosnowskiej dowiadujemy się, że u Brandta przebywała cały rok, i że od lat 30 oddaje się miesieniu ginekologicznemu w Paryżu, głównie na oddziałach profesorów: Walthera, Pauchета i Baumgardtnera, gdzie przez jej ręce przeszło, jak sama się wyraża, tysiące chorych. Jest też ona dziś najwięcej uprawniona do wydania sądu o tej metodzie. Tem też większą wartość przypisujemy jej książce, którą każdy z ginekologów z korzyścią może i powinien przeczytać. Dowiadujemy się też z tej książki, że można mieć bardzo ładne wyniki z miesienia, tylko je trzeba doskonale umieć wykonywać. Cieszymy się też i z tego, że działalność autorki, tak wysoce ceniona przez sfery lekarskie paryskie, przypada w udziale naszej rodaczce. *W. Bylicki.*

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

«Wraczebnoje Dieło».
Nr. 7—10. 1921 r.

Masłakow. **W sprawie rozpoznawania duru powrotnego.** Zdaniem Masłakowa sprawa rozpoznawania duru powrotnego nie jest zupełnie rozstrzygnięta. Często na 2 3 dzień choroby zwykłą metodą badania krętków we krwi nie znajdujemy. Jeszcze trudniejsze jest rozpoznanie w okresie bezgorączkowym. Z wielu próbowanych sposobów poleca M. następny: Do 3 cm³ $1^1/_2$% cytrynjanu sodowego dodaje się 2 cm³ krwi (z żyły łokciowej chorego). Po odstaniu się, w wartwie dolnej składającej się z czerwonych ciałek krwi, krętków nie ma, w górnej przeźroczystej znajdują się krętki w dużej ilości. Znacznie łatwiej znaleźć krętki po odwirowaniu tej mieszaniny; wtedy krętki znajduje się w osadzie. Tą metodą wykrywał M. krętki wtedy, kiedy zwykłym sposobem badania stwierdzić ich nie mógł. Preparaty z krwi utrwalał M. nad parą 1% roztworu kwasu osmowego, przemywał rozczynem nadmanganianu potasowego (1 : 5.000) i zabarwiał fuksyną. Tym sposobem spirochety zabarwiają się bardzo wyraźnie. W okresie bezgorączkowym zaleca M. stosować sposób Gabriczewskiego: jeżeli do surowicy krwi chorych na dur powrotny w okresie bezgorączkowym dodać krętków Obermeyera, to nastąpi spiroliza. Spirolizę otrzymał M. w okresie bezgorączkowym u 64 chorych, nie leczonych neosalwarsanem. W przypadkach zastosowania neosalwarsanu spiroliza nie następuje. Ponieważ spirolizyny pojawiają się we krwi w pierwszy dzień przełomu i znikają ze krwi przed powrotem choroby, więc M. przypuszcza, że przełom w przebiegu duru powrotnego jest skutkiem zjawienia się spirolizyn we krwi.

Sz. Tenenbaum (Piotrków).

Czasopisma archiwalne.

Embrjologja.

(Arch. f. Entw.-mech. d. Organismen, T. 49. Z. $^3/_4$, S. 510—537, 1921).

H. Eidmann. **Przeszkody dla wzrostu zarodków płazów.** Autor opisuje rozwój kultury żaby zielonej (Rana esculenta) rozwijającej się z bardzo drobnych jaj. Osobniki tej kultury odżywiały się słabo, rosły powoli, i wykazywały znaczną śmiertelność. Różnicowanie się organów było dalej posunięte w stosunku do osobników normalnych o tych samych wymiarach, uwstecznione zaś w stosunku do osobników tego samego wieku. Poszukiwania mikroskopowe wykazały niedorozwój przysadki i tarczycy. Autor uważa, że zaburzenia rozwoju kultury miały swe źródło w czynnikach wewnętrznych (zapewne tkwiących już w bróżdkującem jaju) i przypuszcza, że szczątkowy charakter przysadki wywołał niedorozwój tarczycy i zahamował wzrost osobników. Z równie drobnych jaj w innej kulturze rozwinęły się osobniki normalne, jednak i w kulturach zwykłych stwierdzić można pewien procent osobników o drobniejszych wymiarach, wykazujących analogiczne zmiany w gruczołach dokrewnych.

(Compt. rend. d. séanc. d. l. Soc. d. Biol. T. 85, Nr. 27, 1921).

R. Courrier. **Wpływ karmienia tarczycą na gruczoły płciowe męskie.** Autor na zasadzie swych doświadczeń nad kotami i szczurami, występuje przeciw utartemu poglądowi, że tarczyca, podawana jako pokarm, wpływa na niedorozwój jądra. Gdy zwierzęta są dobrze odżywiane, co się okazało czynnikiem bardzo ważnym, podawanie tarczycy nie wpływa ani hamująco, ani nie przyśpiesza rozwoju jądra (spermatogeneza odbywa się w tempie zwykłem). Inne wyniki poprzednich autorów mogą mieć źródło w nieuwzględnieniu szybszej przemiany materji na skutek działania wprowadzonej tarczycy i konieczności podawania większej ilości pokarmu w celu utrzymania zwierząt w dobrym stanie.

P. Słonimski (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Zeitschrift für Klinische Medizin.
T. 93. Z. 1—3. 1922.

G. Schade. **O fizykochemicznych własnościach kwasu moczowego w stanie koloidalnym oraz o przesyconych roztworach tego kwasu.** Schade stwierdził w uprzednio ogłoszonych badaniach, że przy wypadaniu kwasu moczowego z przesyconych roztworów otrzymuje się, jako ogniwo pośrednie, kwas moczowy w stanie koloidowym. W pewnych warunkach można spowodować ścięcie się takiego przesyconego roztworu w galaretę. Niektórzy badacze, do których należą Bechhold, Brugsch, Umber i Minkowski, uznali wielką wagę tego zjawiska dla patologji dny, podczas gdy inny szereg autorów, jak Lichtwitz, Gudzent, nie podziela tego zdania. W pracy powyższej autor zajął się bardzo szczegółowem zbadaniem własności fizyko-chemicznych galarety, otrzymanej przez szybkie osadzenie z przesyconego roztworu moczanów litu, sodu, potasu lub amonu, przy prawie obojętnem oddziaływaniu roztworu. Otrzymuje się wówczas jednorodną galaretę bez osadu krystalicznego. Po zbadaniu przez autora własności tej galarety oraz przesyconych roztworów kwasu moczowego można będzie z lepszym, niż dotychczas, skutkiem przystąpić do badania rozpuszczalności oraz wypadania tego kwasu w ustroju ludzkim.

Adolf Kimmerle. **O pojawianiu się ciała białkowego Bence-Jones'a.** Bence-Jones opisał w 1845 roku ciało białkowe w moczu, nazwane jego imieniem, jako nową substancję chemiczną; Kuehne zaliczył je do albumoz, a dopiero Magnus

Levy określił je jako ciało bardzo pokrewne z prawdziwem białkiem. Dawni autorzy uważali obecność tego ciała za znamienną cechę zmiękninia kości i dopiero Rustitzky w 1873 roku określił cierpienie, jako myeloma. Nie mamy do czynienia z nowotworem, ale ze schorzeniem systemu, jak to wykazano w ostatnich dziesiątkach lat. Autor jest zdania, że przy zaniku normalnego szpiku lub jego zmianach, wywołanych guzami, powstają ciała, z których tworzy się ciało białkowe Bence-Jones'a. Kimmerle zestawia wszystkie znane przypadki, poddaje je krytyce różniczkowej, zestawia z własnemi przypadkami i przychodzi do wniosku, że ciało Bence-Jones'a w moczu pojawia się w schorzeniu, które dziś nazywamy myeloma, może jednak pojawiać się wcześniej, nim rozwiną się cechy charakterystyczne tego cierpienia. Ciało to pojawia się jednak nie we wszystkich przypadkach tego cierpienia, jak to mógł stwierdzić sam autor.

H. Staub. **Badania nad przemianą cukrową u człowieka. Część II.** W danej serji doświadczeń autor trzymał się uprzednio opisanej metodyki [1]) — podawał 20 gramów cukru gronowego *per os* i określał metodą Bang'a ilość cukru we krwi u ludzi zdrowych podczas głodzenia, trwającego 48 godzin, przyczem częściowo łączono głodzenie z ruchem fizycznym. Staub rozróżnia w głodzeniu dwa okresy: »względnego wygłodzenia« aż do czasu 10—15 godzin po spożyciu ostatniego pokarmu, oraz »bezwzględnego« po 15 godzinach. Stwierdził on w drugim okresie zmniejszenie się zdolności przyswajania węglowodanów, wyrażającej się wysokiem podniesieniem krzywej cukru i długotrwałem przecukrzeniem krwi. Zmniejszenie zdolności przyswajania jest wywołane niedomogą spraw zaczynowych, spowodowaną brakiem swoistego dla nich podłoża.

H. Staub. **Badania nad przemianą cukrową u człowieka. Część III.** Autor badał zachowanie się cukru gronowego we krwi podczas pracy fizycznej. Już uprzednio stwierdził Buerger, że podczas pracy zmniejsza się stężenie cukru we krwi; badania autora potwierdzają te dane; przecukrzenie żywnościowe znika prędzej podczas pracy fizycznej, niż w stanie spoczynku. Analizując krzywą ucukrzenia, zwłaszcza jej podniesienie się po ustaniu pracy, Staub przychodzi do wniosku, że podczas pracy odbywa się mobilizacja glikogenu wątrobowego i przypływ cukru do mięśni. Po dwudniowej djecie tłuszczowo-białkowej zdolność przyswajania cukru gronowego zmniejsza się. Autor tłómaczy ten stan brakiem zaczynów. Idąc za propozycją Spiro możnaby nazwać te zaczyny zaczynami równowagi; nie należą zaś one do zaczynów obronnych Abderhaldena.

Artur Mayer. **Obraz krwi i zachowanie się krętków w durze powrotnym.** Oprócz najczęstszych przypadków duru powrotnego, w których krętki na krótki okres czasu przed przełomem znikają we krwi krążącej, by pojawić się znowu przed napadem, zdarzają się inne z odmiennem zachowaniem się krętków. Więc już to krętki pojawiają się wcześnie w przerwie międzynapadowej, już to stale przez dłuższy okres czasu znajdują się w okresie bezgorączkowym u ozdrowieńców. Te właśnie przypadki są ważne pod względem epidemiologicznym, jako możliwe źródło nowych zakażeń. W przypadkach posocznicowo-żółciowego stanu durowego krętki wcześnie znikają z krwi obwodowej. W takich razach leczenie salvarsanem zawodzi. Podczas napadu znajdujemy leukocytozę, która trwa w stopniu miernym i podczas bezgorączkowej przerwy. Dopóki we krwi znajdują się krętki, mamy do czynienia z silnem przesunięciem wzoru obojętnochłonnych leukocytów w lewo; pojawiają się w znaczniejszym odsetku myelocyty i metamyelocyty. W przypadkach posocznicowych, w braku krętków we krwi, mamy nie wiele młodych postaci ciałek białych, bez względu na kliniczną ciężkość zachorzenia.

Herman Mueller jun. **O rytmie »stuku dzięciolego« u ciężko chorych grypowych.** Autor po omówieniu prac Stokes'a nad t. zw. rytmem płodowym, Huchard'a nad embryokadją, zatrzymuje się dłużej nad spostrzeżeniami H. Muellera, który spotkał u ciężko chorych objawy wysłuchowe, jakie nazwał kiniklokadją, następnie zaś rytmem «stuku dzięciolego«. W przypadkach tych słychać tylko pierwszy ton serca, drugi ton ginie lub słabnie. Autor w czasie epidemji grypy spostrzegał rytm »stuku dzięciolego« u chorych na 6—24 godzin przed śmiercią. Rozróżnia on zmiany trzech kategoryj, z których jedna wystąpić może na parę dni przed śmiercią i polega na tem, że słyszymy dwa głośne, klapiące tony, z których drugi bardzo szybko następuje po pierwszym. W innych przypadkach słyszymy na koniuszku serca jeden ton, podczas gdy na mostku słychać dwa i wreszcie wogóle tylko pierwsze tony są słyszalne. Przyczynę widzi autor w bardzo silnem pobudzeniu serca; spadek ciśnienia krwi uważa za zjawisko wtórne wskutek zmniejszenia się ilości krwi wyrzucanej podczas jednego skurczu. Mueller nie wyklucza i porażenia naczyń trzewnych. Rytm stuku dzięciolego serca nie ma nic wspólnego z embrjokadją Hucharda i rytmem wahadłowym Pawińskiego, które występują w innych warunkach.

Folke Lindstedt. **O etjologji i patogenezie rwy kulszowej i bólu lędźwiowego, oraz o nowem ujmowaniu tych nerwobólów.** Na zasadzie badań, przeprowadzonych na większym materjale klinicznym oraz na rekrutach, przychodzi autor do przekonania, że w etjologji rwy kulszowej, bólu lędźwiowego i tzw. objawów równoważnych charakteru nerwobólowego, mają znaczenie zmiany i schorzenia umiejscowione w okolicy grzbietowej, kończynach dolnych, miednicy i jej najbliższem otoczeniu. Objawy te, a nawet t. zw. ich równoważniki, należy rozpatrywać jako nerwobóle; w etjologji schorzenia nie jest potrzebny ani ucisk na pień nerwowy, ani stan zapalny już to nerwu już to jego pochewki, a rwa powstać może na drodze odruchowej oraz rozpromienia nia bólowego. Cierpienia te przedstawiałyby się analogicznie do t. zw. nerwobolów zawodowych, stanów przykurczowych przy anomaljach statycznych, zmianach stawowych i t. p. Objaw Lasègne'a w rwie kulszowej byłby w takim razie objawem przykurczu, któryby miał na celu uniemożliwienie chodzenia.

H. Rohonyi i H. Lax. **O zatrzymywaniu azotu i rozdziale azotu niebiałkowego w tkankach przy niewydolności nerkowej. Przyczynek do nauki o mocznicy.** W okresie względnej niewydolności nerkowej ustrój posiada zdolność zwiększania wydalania ilości substancyj azotowych w moczu, o ile przez uprzednie podawanie pokarmów bogatych w azot dano mu możność przystosowania się. Ustrój zachowuje się w danym przypadku inaczej, niż w cukrzycy, gdy znoszenie cukru zmniejsza się po podawaniu wodanów węgla. Zawartość azotu niebiałkowego we krwi nie jest bezpośrednim bodźcem dla nerki w kierunku wydalania substancyj azotowych, a tylko świadczy mniej lub więcej dokładnie o bliżej nieznanym czynniku pobudzającym wydalanie tych substancyj. Bodźcem tym jest zawartość azotu niebiałkowego w tkankach, która nie zawsze wzmaga się równolegle do zawartości tegoż we krwi. Wahania azotu niebiałkowego we krwi są w dużych granicach niezależne od zatrzymania azotu w ustroju; możemy spotykać przypadki zatrzymania substancyj azotowych bez zmian poziomu azotu niebiałkowego krwi. Zatrzymanie azotu w ustroju nie jest zwykłem zjawiskiem przenikania substancji azotowych ze krwi do tkanek. Tkanki zatrzymują azot prawdopodobnie w postaci, nie podlegającej prawom przenikania, tj. jako białko.

Tkanki zmarłych wskutek mocznicy nie zawierają więcej azotu ani widocznie więcej azotu niebiałkowego, niż tkanki ludzi zdrowych. Śmierć wskutek mocznicy może nastąpić bez uprzedniego zatrzymywania azotu w ustroju, wbrew opinji Volhard'a. W końcowych okresach niewydolności nerkowej mamy do czynienia ze schorzeniem tkanek ustroju: zdolność wybiórcza komórek pochłaniania przenikających substancji azotowych wbrew ich stężeniu ginie; wskutek tego mamy więcej jednorodny rozdział ich między krew a tkanki, stosownie do praw przenikania.

A. Stefanowski (Warszawa).

[1]) Por. referat w Nr. 1—2 „Polskiego Czasopisma Lekarskiego" za rok 1921.

Otiatrja i laryngologja.

Archiv f. Ohrenheilkunde.

T. 109. Z. 1.

Brüning. **Przyczynek do sprawy zachorowań nerwu słuchowego we wczesnej kile.** Kobrak podaje, że 82—87% przypadków z wczesną kiłą okazuje zmiany w nerwie słuchowym, przyczem w 7.5% zmiany w nerwie słuchowym stwierdzono przy ujemnej próbie Wassermanna. Brüning nie potwierdził tych badań: zmiany w nerwie słuchowym w okresie wczesnej kiły zdarzają się w 23,6% przypadków. Podobne wyniki otrzymał Lund: 20% przypadków z wczesną kiłą okazuje zmiany w nerwie słuchowym. Wszystkie badania dotychczasowe zgodne są, że nerw przedsionkowy może niezależnie od nerwu ślimakowego ulegać schorzeniu. Badania Brüninga i Lunda wykazały, że nerw przedsionkowy w okresie wczesnej kiły ulega schorzeniu nawet częściej, niż nerw ślimakowy.

Phleps. **Przyczynek do kwestji powstawania głuchoty w przebiegu posocznicy.** Dwa przypadki zajęcia ucha wewnętrznego w przebiegu posocznicy. Phleps sądzi, że w podobnych przypadkach niezawsze mamy do czynienia z działaniem jadu samego na ucho wewnętrzne, że w wielu przypadkach musimy przyjąć zmiany miejscowe wywołane przez same bakterje.

Besk i Schacherl. **Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym przy zmianach na tle kiły wrodzonej systemu nerwowego i narządu słuchowego.** W przypadkach ze zmianami w systemie nerwowym tylko wyjątkowo odczyn Wassermanna we krwi i w płynie mózgowordzeniowym wypada ujemnie, w przypadkach ze zmianami w narządzie słuchowym dodatni odczyn Wassermanna spotyka się bardzo rzadko. Próba białkowa jakoteż badanie na zawartość limfocytów w płynie mózgowordzeniowym wypada w tych dwóch rodzajach przypadków w podobny sposób. Przypadki ze zmianami w narządzie słuchowym okazują też zaburzenia w narządzie przedsionkowym: bardzo często przypadki te okazują niepobudliwość obrotową i cieplikową, natomiast na prąd galwaniczny przypadki zawsze oddziaływują. Na podstawie tych badań należy przypuszczać, że objawy, jakie widzimy przy kile wrodzonej w narządzie słuchowym, nie pochodzą od zmian w nerwie słuchowym, ale w tkance łącznej ucha wewnętrznego.

Brunner. **Przyczynek do nauki o niemocie muzycznej.** B. podaje dwa przypadki niemoty muzycznej; jeden przypadek dotyczy chorego z ropniem operowanym na prawym płacie skroniowym, drugi chorego po zranieniu lewej półkuli mózgowej.

Wodak. **Znaczenie bólów mięśniowych dla rozpoznania otorynologicznego.** Zwraca uwagę, że ból mięśnia kapturowego i obojczyko-sutkowego może maskować chorobę uszną lub chorobę bocznych jam nosowych. Jeżeli do tego stwierdzimy obecność ropienia w odnośnych narządach, to łatwo można się zdecydować na niepotrzebną operację.

Benjamins: **Brak jamy szczękowej i jamy czołowej lewej.** Badaniem promieniami Röntgena stwierdzono brak jamy szczękowej i czołowej. Przy następowej operacji raka jamy nosowej B. stwierdził, że trzon kości szczękowej lewej wypełnia kość gąbczasta. Przy operacji nie stwierdzono obecności jam sitowych i muszli środkowej.

Nürnberg. **Oparzenie krtani parą cynku.** Wskutek wdychania pary cynku nastąpił obrzęk nagłośni, błony śluzowej krtani i języczka z białym nalotem.

Zalewski (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Dermatologische Zeitschrift.

T. 3.. Z. 6. 1922.

I. Kyrle. **Znaczenie nieswoistego czynnika leczniczego, w leczeniu kiły.** Dla dodatniego wyniku leczenia kiły, warunkiem niezbędnym jest odczyn tkankowy, udział bowiem ustroju doprowadzić może do wyleczenia. Znane są przypadki, że mimo bardzo niedostatecznego leczenia, może ustrój uwolnić się od zakażenia kiłowego, i to dzięki swym czynnikom obronnym. Los chorego na kiłę zawisły jest więc od stanu podłoża, na którem rozwijają się krętki blade, t. zn. od konstytucji ustroju. Te właściwości ustroju mają wielkie znaczenie dla życia pasorzytów. Oddawna spostrzegane zjawisko polepszenia się przebiegu kiły, a nawet zupełnego jej wyleczenia na skutek rozwijających się w ustroju zakażonym procesów gorączkowych (ostre choroby zakaźne), wskazało drogę do stosowania podniesionej ciepłoty jako czynnika leczniczego. Przewlekłe natomiast cierpienia jak gruźlica, tego korzystnego wpływu nie wywierają. Kyrle zdaje sprawę ze stosowania 5-cio letniego w klinice prof. Fingera leczenia nieswoistego i swoistego w przebiegu kiły. Założenia, czy wskutek równoczesnego stosowania obu tych czynników leczniczych, zmniejszyć będzie można leczenie swoiste, tj. salvarsanowo-rtęciowe, nie dało się rozwiązać pomyślnie, nawroty występowały bardzo szybko i to nawet w poważnej postaci np. na oponach mózgowych. Kyrle sądzi, że przez leczenie nieswoiste, stosowane dla uzyskania wysokiej ciepłoty, wywołać można daleko idące zmiany między jadem a podłożem. Jako środkiem wywołującym te odczyny, posługiwał się wstrzykiwaniami wśródmiąższowemi mleka, a później szczepionki wiewiórowej (dożylnie); przy stosowaniu tej ostatniej otrzymywał bardzo silne odczyny, ciepłotę dochodzącą do 40° C. i wyżej, dreszcze i td. Równocześnie stosowano bardzo energicznie leczenie swoiste, 10—12 wstrzyknięć salicylanu rtęci i 4—5 gr. Neosalvarsanu, co drugi dzień w ilości 0.3 gr. Z leczenia tego jest zadowolony, wprawdzie nie może wyciągać trwałych wniosków, ze względu, że chorzy usunęli się z pod następowej kontroli, ale przy żadnem innem leczeniu nie spostrzegał tak małej ilości nawrotów klinicznych i serologicznych. Z biegiem czasu stosował również i szczepionkę tyfusową, a nawet upust krwi — który to zabieg, według Luitlena, zastępuje leczenie podniesieniem ciepłoty. Ostatnio stosował jodowy preparat Bönkego, Mirion, którego własności swoistego leczenia są mniejsze, nadaje się natomiast do uruchomienia nieswoistego czynnika leczniczego i do zastąpienia leczenia podniesieniem ciepłoty. Mirion uważa Kyrle tylko jako adjuvans leczenia salvarsanem, bo tylko wtedy można otrzymać wyniki zupełne, jeżeli obok działania podrażniającego stosuje się i działanie lecznicze. Kyrle przestrzega przed stosowaniem niedostatecznego leczenia swoistego przy równoczesnem stosowaniu czynnika leczniczego nieswoistego (co najmniej należy stosować 20 wstrzyknięć Mirionu i 5—6 gr. Neosalvarsanu). Kyrle sądzi, że przyszłość leczenia kiły leży w takim sposobie, który stara się wykorzystać równocześnie i nieswoisty czynnik leczniczy.

Mayr. I. K. **Ograniczone zmniejszenie oporu skóry na prąd stały.** Mayr, starając się powtórzyć badania Albrechta nad zmniejszeniem się oporu przewodnictwa prądu galwanicznego w skórze, potwierdzić mógł tylko częściowo jego wnioski. Na skórze prącia, worka mosznowego i w okolicy brodawki sutkowej znajdował zmniejszenie oporu (skóra prącia i worka mosznowego 65% dodatnich wyników, brodawki piersiowe u kobiet 75%, u mężczyzn 65%), u dziewcząt nie miesiączkujących dodatnie wyniki były tylko w bardzo nielicznych przypadkach. Zjawisko ograniczonego zmniejszenia oporu przewodnictwa prądu w skórze spotyka się w warunkach fizjologicznych w okolicy prącia, worka mosznowego i brodawek piersiowych w 50% przypadków, w innych miejscach skóry tylko rzadko i na niewielkich przestrzeniach. Zależy to od związku z rozwojem mięśni gładkich w tych miejscach skóry.

E. Zurhelle. **Przypadek rozległego białactwa skóry w przypadku paraluszczycy.** Opis przypadku paraluszczycy, w którym po ustąpieniu zmian przychodziło do wystąpienia rozległego białactwa skóry szyji, tułowia i brzucha. Przypadki podobne znane są w piśmiennictwie, a pierwszy taki przypadek spostrzegał Arndt.

Zeitschrift für Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten.

T. 20. Z. 5. 6. 7. 1922 r.

K. Vossen. **Opieka nad chorymi wenerycznymi w krajowym zakładzie ubezpieczeń, w prowincji nadreńskiej.** W celu zorganizowania skutecznej walki z chorobami wenerycznemi, wprowadziła prowincja nadreńska poradnie dla chorych, których zadaniem jest nie tylko pouczać i objaśniać chorych

ale równocześnie i leczyć. Przekonano się bowiem, że kasy chorych, które dotychczas przeprowadzały leczenie, nie przeprowadzały go dostatecznie, zwłaszcza poronnego leczenia kiły. Poradni takich w prowincji nadreńskiej jest 12, na czele których stoją jako kierownicy, w 7 poradniach lekarze specjaliści, w 4 lekarze urzędowi, a w jednej lekarz praktykujący. Do pomocy dodany jest personal administracyjny. W zakres leczenia wchodzą choroby weneryczne, z wyjątkiem ostrego wiewióra, którego leczenie przekazano kasom chorych. Koszta leczenia i ewentualnego leczenia szpitalnego, pokrywają w połowie kasy dla chorych, a za chorych nieubezpieczonych w całości zakład ubezpieczeń. Kasa dla chorych zgłasza chorego do poradni, tu stawia się rozpoznanie i przekazuje się chorego lekarzowi do leczenia. Jeżeli chory zgłasza się sam do poradni, może sobie wybrać lekarza dowolnie. Koszta utrzymania poradni i leczenia wynosiły za okres 3-letni od 1918—1920, $3^1/_2$ miljona marek. Obecnie wskutek wzrostu drożyzny podniesiono honorarjum za porady i zabiegi (sama porada 6 m., wstrzyknięcie dożylne salvarsanu 20 m., wstrzyknięcie podskórne lub wśródmiąższowe 6 m., mikroskopowe badanie na krętki blade 20 m., na dwoinki Neissera 6 m., badanie moczu 3 m., wprowadzenie zgłębnika metalowego do cewki 10 m., masaż gruczołu krokowego 6 m., Janet, Gyon, Ultzmann 8 m. i td.). Poradnie otrzymywały znaczne zniżki od fabryk, np. salvarsanu. Urząd ubezpieczeń opiekuje się również wenerycznie chorymi więźniami, i jest w łączności z władzami czuwającemi nad prostytucją.

J. Fick. **Projekt rozdziału: »Zwalczanie kiły».** Zwalczanie chorób wenerycznych wejdzie dopiero wtedy na odpowiednie tory, jeżeli zdejmie się z nich odium chorób płciowych. Najłatwiej da się to uczynić z kiłą, co do której należy uświadomić ludność, że jest chorobą całego ustroju. W tym celu proponuje autor przymusowe badanie krwi na odczyn Wassermanna, w pewnych okresach czasu 6—12 mies. Każdy obywatel musi posiadać dokument wyniku badania odczynu W., podobnie jak musi obecnie posiadać świadectwo przynależności, szczepienia ospy i td. Wskutek tego, gdy wszyscy będą zmuszeni zaopatrywać się w podobne świadectwa i poddawać się zabiegowi pobrania krwi do badania, kiła przestanie być chorobą tajną. Badania surowic odbywać się muszą w państwowych zakładach, a pobieranie krwi w całym szeregu państwowych ambulatorjów, ewentualnie każdy chory może poddać się temu zabiegowi u swojego lekarza. Przeprowadzenie tego projektu wyobraża sobie autor następująco: Państwo wyda następującą ustawę: »Kiła zagraża ludzkości. Dla rozpoznania jej jest badanie krwi na odczyn Wassermanna bardzo ważnym czynnikiem rozpoznawczym. Rząd czuje się zmuszonym wydać zarządzenie, aby każdy obywatel bez różnicy wieku i płci poddał się badaniu krwi. Kto uchyli się od badania, zmuszony będzie do tego drogą urzędową jakoteż podlegać będzie karze. Wolno jest badanie krwi wykonać u dowolnego lekarza. Aż do czasu . . . musi być każdy obywatel w posiadaniu poświadczenia badania krwi« — Odpowiednie zakłady wykonują tylko same badanie, nie starając się tłumaczyć wyników badań, chyba na wyraźne życzenie chorego. Na odpowiednim świadectwie jest uwaga, że wskazane jest zapytać się lekarza o znaczenie wyniku badania. Autor przypuszcza, że w ten sposób usunie kiłę z zakresu tajnych chorób płciowych. Koszta wynikłe z tych badań ponosić musi państwo.

Mayr I. K. **Rozważania nad wychowaniem płciowem.** Autor, będąc zwolennikiem naturalistycznej lekarskiej tendencji, podporządkowującej całe życie płciowe zwykłym przejawom fizjologicznym, radzi wprowadzić objaśnianie życia płciowego w zakres nauki szkolnej. Sprawę życia płciowego należy umiejętnie połączyć ze zjawiskami fizjologicznemi roślin i zwierząt, ewentualnie posługując się odpowiedniemi ustępami z biblji lub piśmiennictwa. Najtrudniejszą sprawą jest sprawa dojrzałości względnie rozwinięcia umysłowego pojedyńczych uczniów, dlatego objaśnień powinien udzielać nauczyciel każdemu z osobna, a nie wobec wszystkich uczniów. Współudział rodziców jest konieczny, oni bowiem będą mogli udzielić wyjaśnień o życiu ucznia. Tylko współdziałanie tych trzech czynników, nauczyciela, ucznia i rodziców, doprowadzić może do celu.

F. Walter. (Kraków).

Stomatologja.

Deutsche medizinische Wochenschrift.

Nr. 36. 1921. str. 1069.

Neugebauer. **Rzadki przypadek śmiertelnego zatrucia bezwodnikiem arsenawym.** Pod powyższym tytułem opisuje autor jedyny w swoim rodzaju przypadek zatrucia arszenikiem u dentysty. Poszczególne okoliczności tego zatrucia są tak niezwykłe, iż zasługują w zupełności na to, by świat dentystyczny zapoznał się z niemi. Przytem, wnioski wysnute przez N., lekarza praktyka, nie posiadającego odpowiednich wiadomości z dentystyki, są zupełnie niesłuszne, tak że dokładna analiza faktów podanych jest w zupełności na miejscu. Odrazu winienem powiedzieć, iż mimo, że autor wspomina o dentyście (Zahnarzt), prawdopodobnie chodzi tu nie o rzeczywistego dentystę lecz o partacza, który podszywając się pod ten tytuł (co przy ustawodawstwie niemieckiem zwłaszcza w małem miasteczku jest możliwe) wykonywał dentystykę bez podstawowych wiadomości, i sam padł ofiarą nemezis. Nie można bowiem przypuszczać, by dentysta ukwalifikowany włożył do bolącego zęba ilość pasty arszenikowej wielkości »grochu«, ważącą prawie ćwierć grama, jak to miało miejsce w opisanym przypadku. Według Grevego «Taschenbuch für Zahnärzte, 1913« dał chory przyrządzić w aptece pastę o składzie następującym: Acid. arsenicos. 3.0, Cocain. mur 2.0, Acid. carbol. q. s. ut f. pasta, i z tej pasty włożył sobie do bolącego zęba ilość wielkości grochu (czy następnie zamknął Fletscherem nie wspomina, prawdopodobnie nie) i udał się na zabawę, gdzie dużo jadł i pił. W nocy uczuł mdłości, spostrzegł iż wkładkę arszenikową połknął, a przywołany lekarz rozpoznał na podstawie wywiadów zatrucie arszenikiem, które mimo energicznego leczenia sprowadziło po czterech dniach śmierć chorego wśród objawów bardzo przypominających cholerę. Nawiązując do tego spostrzeżenia wysnuwa N. dla braku odpowiednich wiadomości z dentystyki, wnioski, które wymagają sprostowania, gdyż wychodzą z fałszywego założenia, iż dentyści zwykle używają dla uśmierzenia bolu ilości arszeniku i kokainy, użytych w tym przypadku, co naturalnie zupełnie nie odpowiada rzeczywistości. Według obliczenia autora, pasta sporządzona według podanej powyżej recepty ważyła 6.3 g, i dało się z niej uformować 26 kulek wielkości groszku, każda wagi 0.24 g. W tej porcji znajduje się według powyższego stosunku arszeniku 0.1154, kokainy 0.075, a karbolu 0.05. Ponieważ dawka maksymalna wynosi dla arszeniku 0.005, kokainy 0.05, a karbolu 0.1, przeto wynika z powyższego obliczenia, że została ona przekroczoną dla arszeniku 23 razy, dla kokainy $^1/_2$ raza, a dawka karbolu pozostała o połowę w tyle za dawką najwyższą. Jest to dawkowanie tak dosadne, iż dowodzi zupełnego braku podstawowych wiadomości z dentystyki. Dr. Faulhaber (Berlin) w ocenie krytycznej powyższego przypadku podaje, iż odważywszy ilość pasty arszenikowej równą 0.24 g, a więc ilości użytej jednorazowo w powyższym fatalnym przypadku, podzielił ją na porcje, jakich zwykle używa do zatruwania miazgi w trzonowcach (w innych zębach naturalnie mniej), przyczem otrzymał 81 części. Łatwo obliczyć, iż w takiej porcji mieści się arszeniku 0.0014, a kokainy 0.0009, czyli arszeniku około trzy i pół razy mniej niż dawka najwyższa, a kokainy przeszło pięćdziesiąt. Dawka ta odpowiada mniejwięcej dawce podanej przez klasyków literatury dentystycznej: Flagga, Arkövyego, Prinza, podających jako dawkę dostateczną do przyżegania miazgi dwa miligramy arszeniku dla zębów trzonowych, a dla innych naturalnie mniej. Jest to dawka kilkakrotnie mniejsza od dawki najwyższej i może być, przy sumiennem zamknięciu, zupełnie spokojnie użytą. Naturalnie, że arszenik nie jest środkiem obojętnym i ostrożność przy jego użyciu jest zawsze wskazaną ze względu na możliwe uszkodzenie części miękkich jamy ustnej, co jednak przy należytem stosowaniu zawsze jest do uniknięcia, w opisanym natomiast przypadku została dawka najwyższa przekroczona prawie stokrotnie, co

dowodzi zupełnego braku podstawowych wiadomości z dentystyki u dotyczącego i nie może zatem dawać powodu do wysnuwania wniosków daleko idących i ostrzeżeń pod adresem dentystów, jak to czyni N. Naturalnie, że po założeniu wkładki arszenikowej i należytem zamknięciu jej pastą Fletschera należy choremu zalecić, by unikał gryzienia dotyczącą stroną szczęki, lecz obawa, by połknięta ilość arszeniku, nie dochodząca dwóch miligramów, wywołała ostre objawy zatrucia, jest zupełnie płonną. Ilość połkniętego arszeniku (0.1154) w powyższym przypadku odpowiada mniej więcej dawce śmiertelnej dla człowieka, wynoszącej 0.12, tak, że smutny wynik leczenia bólu zębów wkładką wielkości grochu, nie powinien dziwić.

Artykuł N-a przedostał się też do prasy codziennej niemieckiej i wywołał interpelacje ze strony czytelników, na które Dr. Faulhaber nie omieszkał odpowiedzieć. Dla publiczności służy opisany przypadek za dowód, iż leczenia zębów nie należy lekceważyć, lecz szukać porady jedynie u kwalifikowanych lekarzy-dentystów, a nie u partaczy, którzy, nie posiadając podstawowych wiadomości, śmią »leczyć«.

Dr. Allerhand (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXII. Posiedzenie naukowe z dnia 16 czerwca 1922.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 106.

1. Kol. Reis przedstawia chorą 23-letnią z **obustronnem wrodzonem porażeniem zewnętrznych mięśni ocznych**. Obie gałki w maksymalnem ustawieniu rozbieżnem — brak opadnięcia powiek górnych. Pole pozierania, badane pegometrem kol. Krzemickiego, wykazuje całkowity ubytek, odnoszący się do zakresu działania mięśni prostych wewnętrznych, i znaczne zmniejszenie pola od góry i dołu.

W dyskusji kol. Rothfeld omawia wyniki badania czynności błędników u pomienionej chorej. Oczopląs poziomy występuje w postaci prawie normalnej na tem oku, ku którego stronie zwrócony jest szybki ruch nystaktyczny, na oku drugiem występuje tylko składowa rotacyjna. W miejsce nystagmu pionowego ku górze występuje nystagm kołujący na obu oczach ku górze i zewnątrz, w miejsce pionowego ku dołowi nystagm rotacyjny ku dołowi i zewnątrz. Z badań tych wynika, że dla powstania nystagmu poziomego wystarczy jeden mięsień prosty, w naszym przypadku prosty zewnętrzny którego skurcz daje szybką składową, a rozkurcz powolną składową nystagmu. Badanie nystagmu pionowego umożliwia w tym przypadku rozpoznanie szczegółowe niedomogi mięśni ocznych zwracających gałki ku górze, a mianowicie, że oba mięśnie proste górne i dolne są nieczynne, natomiast mięśnie skośne górne i dolne dadzą się pobudzić do kurczenia przez zadrażnienie błędników.

2. Kol. Mikulińska przedstawia dwa przypadki ślepych z urodzenia, u których operowano z powodu zaćmy wrodzonej na obu oczach Rodzeństwo (22-letnia dziewczyna i 18-letni chłopiec) oboje mieli przed operacją tylko poczucie światła stoczka i dobrą lokalizację. Po usunięciu zaćmy dziewczyna w pierwszych dniach nie rozpoznawała żadnego przedmiotu. Po jedno- lub kilkorazowem objaśnieniu nauczyła się szybko rozpoznawać najrozmaitsze przedmioty, określać ich kształt, wielkość, barwę i położenie, nauczyła się również orjentować się w przestrzeni Chłopiec natomiast, mimo operacji, prócz światła nie może rozpoznać na razie nic więcej. U obydwojga brak zmian chorobowych na dnie oka.

W dyskusji przemawiali kol. Demianowski i kol. Krzemicki (starszy), który zapytuje czy przedstawione przez koleżankę Mikulińską przypadki były badane w świetle bezczerwiennem i porusza sprawę zagadnienia, czy przypadki te przemawiają za teorją natywistyczną czy też empirystyczną

Kol. Reis zaznacza, że w tych przypadkach dna oka w świetle bezczerwiennem nie badano. Co się tyczy poruszonego przez kol. Krzemickiego zagadnienia, nadmienia że sprawa ta zajmowała umysły filozofów jeszcze w 18 stuleciu, a dane z piśmiennictwa zdają się przemawiać na korzyść teorji empirystycznej.

3 Dr. Penzias przedstawia rentgenogramy dwu niezwykle rzadko spotykanych przypadków:

a) **Uchyłka przełyku olbrzymiej wielkości** Chory ma lat 60. Ze strony przewodu pokarmowego dawniej nigdy nie miewał dolegliwości, przypomina sobie jedynie, że w młodości cierpiał na uporczywy ślinotok. Od 8 lat coraz częstsze wymioty schudł znacznie, bólów nie ma Prześwietlenie po podaniu 600 cm zawiesiny barowej którą spożył bez trudności wykazuje zawiesiną wypełniony kulisty zbiornik, o średnicy 12 cm zwieszający się od jugulum nad łukiem tętnicy głównej, aż do przedniego przyczepu żebra II-go.

b) Rentgenogram klatki piersiowej, okazujący niezwykły stan chorobowy, w którym jednak rozpoznanie in vivo okazuje się niemożliwem: w polu obu płuc rozsiane bardzo gęsto cienie owalne, o nasileniu cienia serca i większem, wielkości do pół cm średnicy, około wnęki gęściej niż na obwodzie, ostro odgraniczone, przy wdechu z płucem ruchome. Granice płuc miernie obniżone, słabo ruchome. Zresztą zmian w rentgenogramie nie widać. Zdjęcie to dotyczy chorego lat około 50., kupca, dobrze odżywionego, nie gorączkującego. W spostrzeganiu lekarskiem jest od lat 8. Wówczas zgłosił się do lekarza z powodu chrypki, która nagle wystąpiła i z nieznacznemi wahaniami dotąd się utrzymuje (niedowład więzadła). Prześwietlenie klatki piersiowej dało obraz prawie ten sam co dziś; guzków było wtedy nieco mniej. Chory cierpi na mierną duszność, ma wyraźną sinicę, kaszle mało, sucho. Wassermann ujemny. Próba na prątki gruźlicze ujemna. W porównaniu ze stanem przed 8 laty i dziś wybitniejszej zmiany w wyglądzie, wadze i stanie podmiotowym chorego niema. Podobne obrazy spotykamy przy: a) Calcinosis lub Coniosis, b) rozmaitych postaciach gruźlicy, c) rozsianych przerzutach nowotworu. Pylicę wyklucza już zajęcie chorego. Trudno przyjąć obecność tak dużej ilości kamyczków; z plwociną nigdy kamyczki nie odchodziły. Rozsiane zwapniałe ogniska lub gęsto stojące ogniska okołooskrzelowe gruźlicy musiałyby w ciągu 8 lat obserwacji chorego doprowadzić do wybuchu sprawy. Przeciw nowotworowi, prócz przebiegu, przemawia brak powiększenia gruczołów wnęki.

4. Kol. Ziembicki omawia przypadek **rozszerzenia przełyku niezwykłych rozmiarów**, objaśniając rzecz zdjęciem rentgenologicznem. Przełyk zajmuje prawie całą prawą połowę klatki piersiowej. Chory nauczył się go opróżniać przy pomocy szczególniejszych ruchów połykowych, wypijając nagle około pół szklanki płynu i zdaje sobie dobrze sprawę z momentu, w którym treść, nagromadzona powyżej przepony, przesuwa się do żołądka. Cierpienie jego trwa około lat 20. Pierwszym objawem był nagły ból w okolicy przeponowej i niemożność połykania. Okresowo występują obecnie bóle i trudności w przesuwaniu się pokarmów, objawy, które mogą być następstwem odczynów, wywołanych zaległościami, które też ustępują pod wpływem dyety i alkalizowania. W krótkości przytacza mowca zapatrywania na etjologję i patogenezę, powołując się na monografję Sargnona (Journal de Médecine de Lyon 1921).

5. Kol. Węgłowski, w związku z wykładem wygłoszonym na posiedzeniu XXI, przedstawia chorego z **całkowitym zanikiem jądra po operacji przepukliny sposobem Bassiniego**. Zdaniem mowcy sposób Bassiniego wytwarza nieprawidłowe stosunki w okolicy pachwinowej, powoduje stały ucisk powrózka nasiennego i przyczynia się do upośledzenia czynności jądra. Zanik jądra może wywołać także uraz przewodu nasieniowego, nerwu lub też tętnicy nasieniowej, towarzyszący opróżnianiu worka przepuklinowego. Przy sposobie operacji, poleconym przez mowcę nie występują nigdy podobne następstwa

6. Kol. Schusterówna przedstawia preparaty **rozwojowych wad u dzieci**.

a) Wątrobę dziecka 7 miesięcznego z daleko posuniętą marskością żółciową **wywołaną brakiem przewodów żółciowych**, i połączenia wątroby z dwunastnicą. Woreczek żółciowy wypełniony bezbarwnym śluzem; z woreczka prowadzi cieniutki przewód do brodawki Vatera, w dolnej części bez światła.

b) **Przełyk z wrodzoną niedrożnością wskutek częściowego zarośnięcia**; preparat pochodzący od dziecka 2 dniowego. Oba odcinki, górny i dolny, są ślepo zakończone; między niemi niema żadnego połączenia.

c) Serce z wadą złożoną znalezioną u dziecka 2 tygodniowego, i to z otworem w przegrodzie międzykomorowej i z niedorozwojem ujścia żylnego lewego, które jest nadzwyczaj wązkie i małe.

W dyskusji przemawia kol. Węgłowski, który omawia rozwój embrjologiczny przełyku i wątroby.

7. Kol. A. Zakrzewski przedstawia szereg narządów pochodzących z trzech zmarłych z powodu **lymphogranulomatosis**. W przypadku pierwszym najwybitniejsze zmiany stwierdzono w zakresie gruczołów chłonnych śródpiersia. Powstał tu przez zlewanie i zrastanie się jednolity guz, ściśniający duże pnie naczyniowe, oraz ugniatający miąższ obu płuc w okolicy wnęki. Mniej powiększone były gruczoły chłonne szyji i podszczękowe. Śledziona zawierała szereg dużych guzów dochodzących do wielkości jaja kurzego. Guzy te zbite, sterczące ponad powierzchnię, jakgdyby przesuwalne w obrzękłym miąższu, sprawiały wrażenie przerzutów nowotworowych. Szczególnie zajmujący był przypadek drugi, w którym cierpienie umiejscowiło się przedewszystkiem w obu płucach, wątrobie i prawej nerce pod postacią licznych guzków w płucach nie przenoszących wielkością orzecha laskowego, w wątrobie zaś większych od jaja gęsi. Wobec braku wybitnych zmian w gruczołach chłonnych sprawa przedstawiała się makroskopowo zupełnie jak obraz licznych przerzutów złośliwego nowotworu, z niewiadomym punktem wyjścia. Dopiero badanie mikroskopowe stwierdziło w guzkach utkanie typowe dla młodej postaci lymphogranulomatozy. W tym samym przypadku stwierdzono współcześnie obecność starszej gruźlicy w gruczołach chłonnych klatki piersiowej, krezki jelita cienkiego i w błonie śluzowej jelita około zastawki Bauhina, oraz świeżej w gruczołach chłonnych pachwinowych. Przypadek trzeci dotyczył chorego, u którego już przed trzema laty stwierdzono klinicznie lymphogranulomatozę. Chory był przez długi czas leczony naświetlaniem promieniami Roentgena. Przy sekcji wykazano zmiany w gruczołach chłonnych wnęki płuc, pach, w gruczołach zaotrzewnowych,

które utworzyły wzdłuż trzonów kręgosłupa lędźwiowego guz, zwężający światło tętnicy głównej i żyły próżnej dolnej, oraz szereg drobnych guzków, rozmieszczonych w miąższu wątroby i śledziony. Obraz anatomiczny i histologiczny potwierdza długotrwałość cierpienia; gruczoły są zbite, twarde, na rozkroju okazują liczne drobne ogniska martwicy, a mikroskop stwierdza znaczną ilość starszej tkanki łącznej, charakterystycznej dla starszych procesów ziarninowych.

W dyskusji przemawiali kol. Nowicki i kol. Rencki, który krótko przedstawia dane kliniczne ostatniego demonstrowanego przypadku.

8. Kol. Mehrer wygłasza odczyt na temat „**Wczesne rozpoznawanie i leczenie gruźlicy nerek**" (Ukaże się drukiem).

W dyskusji kol. Rencki podnosi, że wczesne objawy gruźlicy nerek łatwo rozpoznać, niekiedy jednak można je zamienić z cystopyelitis na tle bact. coli, rozpoznanie wówczas rozstrzyga cystoskopja. Gruźlica nerek może się nieraz i sama zagoić. Kol. Rencki spostrzegał 2 przypadki, z których jeden po 12-tu latach nie okazywał żadnych objawów chorobowych.

W dyskusji kol. Leńko. Do bardzo wczesnych zmian gruźlicy nerek dających się widzieć cystoskopem, należy przekrwienie lub owrzodzenie na ujściu wewnętrznem tj. szyjce pęcherza, przy pierwotnej gruźlicy nerki, a nie około jednego ujścia moczowodowego. Ścisłe badania wykazały możliwość powstania pierwotnej gruźlicy miedniczki nerkowej, zaczem może przemawiać wzmożona kwasota moczu bez głębszych zmian w moczu oprócz większej ilości i wczesnego zmętnienia. Wcześnie niekiedy mamy przy gruźlicy nerki ropień okołonerkowy, przyczem w samej nerce nie widzimy większych zmian Rozróżniamy gruźlicę nerek następową tj. drogą zakażenia wstępującego, zwykle od któregoś najądrza, przyczem proces specyficzny może minąć pęcherz, zająć jedno ujście moczowodu i rozwinąć się dopiero w nerce. Szkoła francuska a w Niemczech Israel zwrócił uwagę na bolesność moczowodu niekiedy już wcześnie występującą, macalnego zwłaszcza u kobiet a wskazującego na stronę początkowej gruźlicy nerki. Ponieważ statystyka mowcy wykazuje wiele przypadków pierwotnej początkowej gruźlicy drogą krwi, odrazu w obu nerkach, dlatego przy mętnym moczu z obu nerek uzyskanym cewnikowaniem moczowodów, należy bardzo ostrożnie postępować. byśmy nie usunęli jednej nerki bezsprzecznie chorej podczas gdy i druga wykazuje zmiany, choć mniejsze. Jest zdania. że dwie liche są lepsze dla chorego niż jedna mniej zła. Pierwotny zapał wycinania gruźliczej nerki, w nowszych czasach zwłaszcza we Francji bardzo ostygł; niejednokrotnie robimy cięcie przez połowę nerki, odcięcie zepsutych części, pyelostomję, leczymy pęcherz jako główne siedlisko bolów u chorych z gruźlicą narządu moczowego lub leczymy miedniczkę stosownemi płynami, nigdy nie zaniedbując leczenia ogólnego Zagadnienie o wartości nerek przy gruźlicy ze zmianami różnemi w obu, należy do najtrudniejszych w chirurgji nerek i nie należy pominąć niczego, byśmy z jednej strony chorego nie operowali za późno, lecz z drugiej strony nie usuwali jednej nerki w tej nadziei, że druga sama jedna przez wzmożony dopływ krwi ulegnie wygojeniu. Nawet los umierających powoli z gruźlicy jedynej nerki, pozostałej po usunięciu bardzo szybko powstałego roponercza gruźliczego prawie zamkniętego, na mocznicę lub przewlokłą posocznicę moczową, powinien nas przestrzedz przed nadto szybkiem rozstrzygnięciem wyjęcia nerki gruźliczej. Usuwa tylko nerki zdecydowanie zupełnie bez wartości dla organizmu lub organizmowi szkodzące. O osobniczem różnem oddziaływaniu chorych na działanie jadów wskutek zmian gruźliczych w jednej nerce, którąby należało wcześnie usunąć, wspomina tylko mimochodem. (streszczenie własne).

Kol Ostrowski podnosi, że stwierdzenie gruźlicy i w drugiej nerce nie zawsze musi być przeciwwskazaniem do usunięcia pierwszej, gdyż doświadczenie uczy, że nieraz następuje poprawa w pozostałej nerce.

Kol. Ziembicki przypomina. że ś. p. prof. Grzegorz Ziembicki przyznawał wartość podanemu przez Bazyego spostrzeżeniu o bolesności lub' nac eczeniu moczowodu po stronie chorej (obmacywanie przez odbytnicę lub pochwę). Przypomina następnie, że statystyka lwowskiego Instytutu Anatomo-Patologicznego wykazuje około 70 % obustronnego zajęcia nerek. Badania histologiczne Hornowskiego przekonały o obecności zmian tam, gdzie makroskopowo nie było ich widać (Zjazd Lekarzy Polskich we Lwowie 1907). To tłumaczy sprzeczności, zachodzące między statystyką anatomiczno-patologiczną, a kliniczną gdyż minimalne zmiany mogą nie dawać żadnych objawów. Z tym faktem należy się liczyć i jak sądzi mowca, dobrze każdy przypadek rozważyć przed decyzją

H. Schusterówna, w zastępstwie sekretarza.

Towarzystwo lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 kwietnia 1922.

Kol. Goldberg wygłosił odczyt p. t. **O rentgenologicznem bad niu żołądka**. Opierając swe wywody na 300 dokonanych przez siebie badaniach żołądka mowca omawia z początku fizjologiczne stany i położenia żołądka, rozchylanie się tegoż narządu na czczo, ruchy robaczkowe. Następnie omawia niedomogę mięśniową wraz z jej przyczynami i objawami. Przechodząc następnie do owrzodzeń, wskazuje na różnicę ruchów robaczkowych i zachowanie się odźwiernika przy wrzodach obu krzywizn i części odźwiernikowej, zwracając uwagę na spostrzegany przez siebie i nieopisany dotąd objaw przesunięcia na prawo żołądka przy jego opróżnianiu w przypadkach wrzodu odźwiernika. Przechodząc do raków, mówca wskazuje upośledzenie ruchów robaczkowych, jako wczesny objaw guza.

Odczyt był uzupełniony pokazem przeźroczy. (Streszczenie własne).

Posiedzenie naukowe z dnia 19 kwietnia 1922.

1. Kol. Leyberg przedstawia przypadek **pokrzywki barwikowej** u 22 l chorej. Rozpoznanie kliniczne stwierdzone anatomo-patologicznie: nagromadzenie komórek tucznych w brodawkowej części skóry, obfity barwik w podstawowych warstwach naskórka.

2. Kol. Frenkel i Krausz przedstawiają przypadek **porażenia nerwów gałkoruchowych** prawego oka u 26-o letniego chorego.

3. Kol. Frenkel przedstawia przypadek **niedowładu nerwu okoruchowego** pochodzenia kiłowego.

4. Kol. Sonenberg wygłosił odczyt p. t. **Dwa przypadki ogólnego zaczerwienienia i łuszczenia się skóry**.

Po szczegółowem zbadaniu obu przypadków S. zaznaczył, że każdy przypadek przedstawia osobną grupę chorób, których objawem dominującym jest ogólne zaczerwienienie i łuszczenie się skóry. Pierwszy — grupę ogólnych zapaleń wtórnych skóry pod wpływem podrażnienia zewnętrznego lekami lub też takowego u osób osłabionych; drugi — grupę ogólnych łuszczących się zapaleń skóry pierwotnych.

Przypadek drugi uważa kol. S. za przypadek łupieżu czerwonego Hebry. Kol. S. przedstawia fotografje chorych. W dyskusji zabiera głos kol Leyberg.

5) Kol. Sterling pod ogólnym tytułem: **Z praktyki lekarskiej** mówi:

a) **O włośnicy**. b) **O nadużywaniu djety bezsolnej w żywieniu chorych**. c) **O Novasurolu, jako środku moczopędnym**. — Wszystkie trzy rzeczy przeznaczone do druku.

6. Kol. Banasz przedstawia: a) preparat nerki usuniętej z powodu **przypuszczalnej gruźlicy** — okazała się podczas operacji nerka torbielkowata; b) preparat **gruczołu krokowego**, wyciętego w II-m akcie po uprzedniej cystostomji.

Posiedzenie naukowe z dnia 3 maja 1922.

1. Kol. Leyberg przedstawia a) dziecko z **twardziną skóry** (*sclerodermie en plaques*); b) kobietę z **arseno-melanosis**.

2. Kol Leyberg wygłosił odczyt p. t. **Powikłania nerwowe przy kile wczesnej i ich stosunek do płynu mózgowo-rdzeniowego**.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Sterling, Sonenberg, Silberstrom, Venulet, Frenkel i Mikulski.

Posiedzenie naukowe z dnia 16 maja 1922.

1. Kol. Grosglik przedstawił a) chłopca z **parchami**. b) kobietę z **wysypką kiłową**.

2. Kol. Schweig — chłopca z wrodzoną **anomalją rogówek**;

3. Kol. Starzyński wygłosił odczyt p. t. **Powikłania nerwowe przy kile wczesnej i ich stosunek do płynu mózgowo-rdzeniowego**.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Sterling, Sonenberg, Silberstrom, Venulet, Frenkel i Mikulski.

Posiedzenie naukowe z dnia 7 czerwca 1922.

1. Kol. Karwicki przedstawia operowany przez siebie przypadek **ciała obcego gałki ocznej**.

2. Kol. Frenklowa wygłasza odczyt p. t. **Nowsze badania nad rolą wapnia w powstawaniu i leczeniu chorób dzieci**. Rzecz będzie ogłoszona drukiem.

W dyskusji Sterling: Najwłaściwszym punktem wyjścia dla wywodów byłoby uwzględnienie roli wapnia we wzroście normalnym, bo z tego punktu najprościej byłoby rozpatrzeć zboczenia, o których mowa w odczycie. Wapień magazynowany w tkankach jako koloid, w tym stanie nie może dyfundować przez otoczkę komórki nazewnątrz: dopiero kiedy pod wpływem podrażnienia swoistego (hormony?) przechodzi znów w stan krystaloidu, przesiąka do krwi (analogja do stosunku, zachodzącego między cukrem a glikogenem).

Kol. Tenenbaum — mówi o chaosie panującym w stosowaniu wapnia. Stosował on często przy krwotokach ze skutkiem lepszym, aniżeli przy stosowaniu innych środków, przy rozcieńczeniu od 5% do 50% śródżylnie Moczopędnego działania nie zauważył. Działanie wapnia na mięsień sercowy tłumaczą sobie dużą zawartością wapnia w tymże, czem chcą sobie tłumaczyć również dodatnie działanie wód Nauheimskich. Niezupełnie wytłumaczonym wydaje kol. T. działanie wapnia przy astmie, zdawałoby się, że wzmagając napięcie nerwu błędnego wapń powinien wpływać na wzmaganie się astmy, a nie przeciwnie.

Kol. Klozenberg wspomina o możliwości substytucji wapnia przez stront; podkreśla tonizujące działanie wapnia na nerw współczulny, jak to wykazały badania Meyera przy zatruciach kwasem szczawikowym.

Kol. Kryszek chce niejasności, dotyczące działania wapnia na układ nerwowy, objaśnić w ten sposób, że należy odróżniać uspokajające działanie Ca na cały układ nerwowy (tężyczka) od działania tegoż na układ współczulny, analogicznie do jonów potasowych, uczulających układ błędny. W ten sposób dałoby się wyjaśnić efekt terapeutyczny Ca przy astmie.

Pozatem brali udział w dyskusji kol. Mogilnicki, Cieszyński i prelegentka.

3. Kol. Sterling oznajmia o zamianowaniu kol. Venuleta profesorem Wszech. Warszawskiej i wyraża żal, że ubywa Towarzystwu tak wysoce pożyteczna siła naukowa.

4 Kol. Cieszyński referuje o komitetach propagandy higjeny dziecka i dorosłych Czerw. Krzyża.

5. Kol. M. Kon pokazał preparaty: a) zaśniadu gronlastego; b) uterus myomatosus exulceratus.

Związek lekarzy P. P. Okręg łucki.

Posiedzenie naukowe z dnia 17 lutego 1922 r.

Przewodniczy kol. Fr. Miłaszewski. Obecnych 19.

1. Kol. M. Jasiński przedstawił 14-letnią dziewczynkę, z torbielą retencyjną spojówki prawego oka, wielkości wydłużonego orzecha laskowego, umiejscowioną w składce przejściowej (*fornix superior*) pod górną powieką. — Powieka górna opadnięta, nieruchoma, odwrócić jej nie można, przeszkadza guz, wypuklający się na zewnątrz pod skórą powieki. Przy uniesieniu powieki widać torbiel napełnioną płynem przeźroczystym. Po dokonaniu próbnego nakłucia i zbadaniu wydobytego płynu należy przyjąć, że torbiel powstała z dodatkowych gruczołów łzowych Krausego. Torbiel powstała w ciągu trzech miesięcy na tle nieżytu spojówki. — Po nakłuciu płyn w znacznej części wyciekł i rodzice chorej nie zgodzili się na operację radykalną.

W dysknsji wszyscy uznali, że przypadek należy do niezwykle rzadkich.

2. Kol. A. Wojnicz przedstawił kobietę zamężną, lat 24, rusinkę z okolic Łucka, z zupełnym brakiem pochwy i macicy z przydatkami, przy prawidłowym zresztą rozwoju całego ciała (Autoreferat). — A. M., lat 24, pochodzi ze zdrowej gospodarskiej rodziny. — Rodzice żyją: ojciec ma 65 lat, matka 60, mieli 12-o dzieci, z których żyje 5-o, z tych dwie starsze siostry chorej są zamężne i dzietne, brat 28 lat żonaty i dzietny, najmłodsza siostra ma lat 16 i już miesiączkuje. O zmarłych dzieciach matka ich mówiła, że były prawidłowo zbudowane, a pomierały w wieku od 2 do 5 lat z chorób zakaźnych.

Przedstawiona chora rosła i rozwijała się normalnie; w 16 roku życia porosły włosy na wzgórku łonowym i rozwinęły się piersi, lecz miesiączki nie było, natomiast bardzo często w godzinach rannych miewała krwotoki z nosa, jak podaje, z lada powodu. Krwawienia z nosa powtarzają się dotychczas i bez jakiejkolwiek prawidłowej okresowości. — Rodzice chorej nie zwracali uwagi na brak miesiączki u córki, przypuszczając, że z czasem sama przyjdzie. — Mając przykład we wsi, iż jedna z dziewuch dopiero po wyjściu za mąż dostała „na bieliźnie", kiedy się zdarzył konkurent, wydali córkę za mąż za 19-o letniego chłopca wiejskiego. Po roku pożycia małżeńskiego A. M. zwróciła się o poradę lekarską do łuckich kolegów i do mowcy, przy tem oświadczyła, że mąż nie protestuje, jest zadowolony, lecz ona martwi się i denerwuje, czując, iż nie tak jest, jak powinnoby być. — Na zapytanie czy mąż nie ucieka się do pederastji, chora stanowczo zaprzecza. — Przy oględzinach lekarskich okazało się, co następuje:



A. M dobrze i dość ładnie zbudowana, dość inteligentna, porost włosów na głowie nieco słaby, piersi i narządy płciowe zewnętrzne dobrze rozwinięte, gruczoł tarczowy uwydatniony, nos i gardło są prawidłowe, serce, płuca, kanał pokarmowy, gruczoły jamy brzusznej — zdrowe. — Ostatniemi czasy z powodu zmartwienia apetyt się zmniejszył i waga ciała spadła: przed zamążpójściem ważyła 158 funtów, obecnie 146 f.



Badanie narządów płciowych wykazało: uwłosienie prawidłowe, wargi sromne duże, małe i łechtaczka prawidłowo rozwinięta, po rozchyleniu warg małych pod prawidłowo rozwiniętą cewką moczową na miejscu błony dziewiczej głucha nieco wklęsła ścianka wysłana śluzówką, przy ucisku palcem łatwo usuwająca się w głąb miednicy małej na 3 do 4 cm. Zapomocą najcieńszych zgłębników nie można wykazać jakiegokolwiek przewodu względnie pochwy. Przy badaniu dwuręcznem przez odbytnicę i ścianę brzuszną okazało się, że odbytnica jest nie rozciągnięta, palce obu rąk nad kością łonową schodzą się łatwo i nie wyczuwa się ani śladu żadnego sznureczka, przypominającego pochwę nierozwiniętą, ani śladu guzika lub węzełka ani też zgrubienia, przypominających zanikłą macicę albo jajniki. — Po starannem zbadaniu należało przyjąć, że chora dotknięta jest zupełnym brakiem pochwy, macicy i przydatków. Wprawdzie prof. Pankow z Düsseldorfu mówi, że „zupełnego braku macicy u płodu zdolnego do życia, nie bywa. W wypadkach opisanych pod postacią zupełnego braku macicy u kobiet dorosłych w rzeczywistości było albo obojnactwo męzkie albo też szczątkowa macica pod postacią płaskiej smugi, leżącej poza otrzewną i przeoczonej z powodu braku pochwy". (Podr. Ginekologji wyd. zbiorowe prof. C. Menge i prof. E. Opitz, w tłumaczeniu rosyjskiem z roku 1914. str. 495).

W dyskusji zabierali głos koledzy Mininzon, Miłaszewski, Bejlin i inni, którzy badali chorą i przyszli również do wniosku, że ma się do czynienia z zupełnym brakiem pochwy i macicy z przydatkami. — W sprawie leczenia kol. Mininzon wspomniał o sposobie prof. Snegirewa z Moskwy, który w takich przypadkach tworzył pochwę z kiszki prostej.

Kol Bejlin przypomniał, iż sposób prof. Snegirewa w swoim czasie poruszył opinię prasy ogólnej, która zarzucała prof Snegirewowi barbarzyństwo z tego powodu. — Kol. Miłaszewski wskazał jeszcze na sposób operowania Dr. Baldwin'a z Columbus Ohio, który użył kiszki cienkiej dla stworzenia pochwy. — Kol. Wojnicz był zdania iż operacja w danym przypadku miałaby charakter ograniczenie utylitarny i wymagałaby od operatora techniki i warunków klinicznych większych, niż może dać szpital powiatowy, przeto chorą należy skierować do większego środowiska.

Prezes *Fr. Miłaszewski.* Sekretarz. *A Wojnicz.*

Towarzystwo lekarskie polsko-francuskie w Warszawie.

Posiedzenie naukowe z dnia 11 maja 1922 r.

Po zagajeniu przez przewodniczącego prof. J. Mazurkiewicza odbył się odczyt prof. Krzyształowicza p. t. **Znaczenie francuskiej szkoły dermatologicznej**: K. omówił rozwój dermatologji we Francji, zaczynając od czasów Lorry'ego. który w roku 1777 w dziele „*Tractatus de morbis cutaneis*" uznał samoistność chorób skórnych i wprowadził pojęcie artrytyzmu, przeszedł następnie do opisu prac Alibert'a Rayer'a, zatrzymując się nad badaniami nad pasorzytem świerzba, wykrytym przez Renucci'ego w 1813, a opisanym pod względem biologicznym przez Raspail'a, oraz innemi badaniami nad mykologją skóry Omówiwszy rolę Bazin'a we Francji, który dokładnie opisał choroby skórne, powstałe na tle pasorzytów zwierzęcych i roślinnych, i wprowadził do dermatologji pojęcie konstytucjonalizmu, mówca przeszedł do czasów nowszych Ernest Besnier musi być uważany za twórcę nowożytnej szkoły francuskiej dermatologji; opierając się na teorjach konstytucjonalizmu poprzedników, dążył do podziału etjologicznego chorób, zachęcając swych uczniów do badań histopatologicznych i bakterjologicznych. Brocq podkreśla w ocenie choroby jakość i własności ustroju; oddziela jednostki chorobne (*entités morbides vraies*) od odczynów skórnych (*réactions morbides individuelles*) t. j. stanów chorobnych. Odczyn w skórze jest warunkowany nietylko jakością działającego czynnika, ale i zależnym od usposobienia. Darier daje oryginalny podział chorób, zwraca uwagę na „tuberkulidy", dzieli postacie chorobne, zwane wypryskiem, na trzy grupy, usiłując wprowadzić ład w dziedzinie schorzeń, w której istnieje jeszcze zamieszanie. Sabouraud zwraca uwagę na badania mikrobjologiczne; prace jego z działu grzybic naskórka i włosów są dziś powszechnie znane. Badania jego nad liszajcem zwyczajnym rzuciły dużo światła na tę grupę postaci wypryskowatych. Badania nad łojotokiem i schorzeniami złuszczającemi pozostaną cennym dokumentem w nauce.

Omówiwszy badania i prace najnowszych dermatologów francuskich, zatrzymał się mówca dłużej nad leczeniem radem, zapoczątkowanem w Paryżu od czasów Becquerel'a, następnie Curie-Skłodowskiej i jej przedwcześnie zmarłego męża aż do prac autorów jak Daulor, Wickbram i Degrais.

2) Prof. L. Kryński. **O zgorzeli gazowej w świetle badań autorów francuskich.** Mówca zwrócił uwagę na fakt, że o ile przed wojną światową zgorzel gazowa była zjawiskiem bardzo rzadkiem, to pojawiła się licznie w czasie jej trwania, spotykano ją i w naszych szpitalach, a we Francji prof. Guermonprez z Lille poświęcił jej badaniu czterotomowe dzieło. Już Ambroise Paré zdawał w 1562 roku Karolowi IX sprawozdanie o tem cierpieniu, które dziesiątkowało rannych podczas oblężenia Rouen. Pracowali nad wyświetleniem tej sprawy Dupuytren, Larey, Delpeche, zwracał na nią uwagę Pirogow. Nad zarazkiem prowadzili studja Pasteur, Koch, Vincent na Madagaskarze; w nowszych czasach zajmowali się tą sprawą Sequin i Weinberg oraz Coles. Nie mamy w tem cierpieniu do czynienia z jednostką chorobową

lecz tylko z zespołem objawów. Mówca omówił badania Forgue'a z Montpellier, opisał kliniczne objawy tego złośliwego, postępującego obrzęku, prowadzącego do gnicia i zgorzeli, idącej w głąb do mięśni. Omówiwszy ważność racjonalnie założonych pierwszych opatrunków na polu bitwy, badania laboratoryjne ropy z opatrunków w szpitalach polowych we Francji podczas wojny, metody operacyjne, polegające na wycinaniu rany, przeszedł do opisu metod przemywania ran ropiejących płynem Carrel'a-Dakin'a. Prócz tego płynu próbowano stosować formol, karbol lub eter kamforowy, stosowano czynniki fizyczne, jak heljoterapję, suche powietrze nagrzane do 500⁰ (Quénu), gorące przemywania przy 60⁰ (Forgue); środki żrące jak kwasy nieorganiczne, jodynę, chlorek cynku (Depage). Wielkiem zastosowaniem cieszyła się surowica Seguin'a i Weinberg'a (*serum polyvalens*), ew. stosowana w formie przemywania ran. W szybko postępujących wypadkach, zgorzeli gazowej zostaje wreszcie amputacja kończyny, jako ostatni środek. Nowe metody leczenia znakomicie zmniejszyły wysoki odsetek śmiertelności w tem schorzeniu.

A. Stefanowski.

Uczczenie lekarza Amerykańskiego Czerwonego Krzyża.

W niedzielę 18 b. m. w lokalu Stowarzyszenia Lekarzy Polskich odbyła się żałobna uroczystość, zorganizowana staraniem tej największej w stolicy korporacji lekarskiej, a poświęcona uczczeniu pamięci ś. p. Dr. J. B. Voora, który jak żołnierz na posterunku padł rażony tyfusem, podczas podróży inspekcyjnej, którą jako lekarz przedstawiciel Amerykańskiego Czerwonego Krzyża odbywał w okolicach Baranowicz, w celu organizacji pomocy sanitarnej dla naszych repatrjantów. Stan lekarski, odczuwając całą powagę i tragedję tej ofiary życia dla naszych spraw, przez obywatela amerykańskiego, postanowił uczcić Jego pamięć, tembardziej, że Amerykański Czerwony Krzyż, spełniwszy kolosalną pracę samarytańską w naszym kraju, wkrótce już nas opuszcza.

W pięknie przybranej zielenią, flagami amerykańskiemi i polskiemi sali zebrań Stowarzyszenia Lekarzy Polskich zgromadzili się przedstawiciele Amerykańskiego Czerwonego Krzyża w osobach: p. dr. Taylora, dr. Mitchel'a i dr. Philipsa, Baronowej Kruse, Minister spraw zagranicznych p. Skirmunt, Przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia Publicznego, Dyrektor Departamentu dr. Borzęcki, Prezes Polskiego Czerwonego Krzyża Gen. J. Haller, Prezes Rady Miejskiej p. Baliński, lekarz naczelny Misji Francuskiej, V. Prezes T-wa Lekarsk. francusko-polskiego dr. Gauthier, drugi V. Prezes tegoż T-wa dr. W. Kamocki, Główny lekarz Czerw. Krzyża Polskiego dr. Śmiechowski, Prof. Bieliński oraz licznie zaproszeni goście, V. Prezes Twa Lekarskiego Dr. W. Starkiewicz, Prezes Związku lekarzy polskich Obwodu Warsz. dr. Łuczycki i członkowie Stowarzyszenia.

Pierwsze przemówienie wygłosił Prezes Stowarzyszenia Lekarzy dr. Jan Bączkiewicz podnosząc wiekopomne zasługi Ameryki dla sprawy polskiej, następnie owocną samarytańską działalność Czerwonego Krzyża Amerykańskiego w naszym kraju w dziedzinie pomocy dla dzieci i dla naszych repatrjantów. Zaznaczył całą tragedję złożonej ofiary życia dla nas przez dr. Voora i zakończył swe przemówienie słowami:

„Sądziliśmy, że mogiła śp. dr. J. B. Voor'a pozostanie na naszej ziemi, jako widomy znak tego poświęcenia, jakie szlachetna Ameryka dla cierpiącej ludności naszej okazała, a że pomnik w tej mogile będzie znów widocznym znakiem tej wdzięczności, jaką Polska czuje i czuć powinna dla wspaniałomyślnej Ameryki".

„Skoro jednak rodzina dra Voor'a zapragnęła jego zwłoki przenieść do miejsca rodzinnego, musimy schylić czoło przed taką decyzją, wszak rodzina ma pierwsze po temu prawa, aby szczątki dr. Voor'a pochować w ziemi ojczystej, bo ta zawsze najbliższą mu będzie".

„Nie byłaby mu ciężką i ta ziemia polska, bo zroszona łzami obywateli polskich pokryłaby się kwieciem, który spowity w całem uczuciu otoczyłby mogiłę ś. p. dr. Voor'a".

„Pragniemy jednak, aby z działalnością Czerwonego Krzyża Amerykańskiego w Polsce w związku z tragiczną śmiercią jego dzielnego przedstawiciela — lekarzy — padłego na polu walki z epidemjami, w naszej korporacji lekarskiej był widoczny znak tego uznania, jakie odczuwamy, jako lekarze, i tej głębokiej wdzięczności, jaką żywimy, jako Polacy. Dlatego postanowiliśmy w sali naszych posiedzeń zawiesić ten portret, aby świadczył o naszych uczuciach i wskazywał wzór szczytnej służby dla ideałów ludzkości".

Po tem przemówieniu Prezes zawiesił w obranem miejscu portret ś. p. dr Voor'a

Następnie w imieniu Czerwonego Krzyża przemówił Gen. J. Haller silnie pokreślając zasługi Czerwonego Krzyża Amerykańskiego, zarówno na zachodnim froncie, jak i na wschodnim, podczas wojny bolszewickiej, a ostatnio w ciągu wojny epidemicznej, idącej do nas od wschodu, podczas której padł ś. p. dr. Voor

Generał J. Haller udekorował orderem zasługi Czerwonego Krzyża I-go Stopnia portret ś. p. dr. Voor'a. — Następnie znów imieniem Stowarzyszenia przemówił członek honorowy stowarzyszenia dr. A. Przyborowski, który zaznaczył, że Wielki naród Amerykański, zdobywszy potęgą podstawę materjalną nie tonie w bezmyślnem spożywaniu dóbr materjalnych, ale swój umysł i pracę prowadzi w kierunku hodowania najwyższych problemów duchowych, staje po stronie sprawiedliwości i miłosierdzia, następnie podniósł, że praca Amerykańskiego Czerw. Krzyża odbywała się wśród narodu polskiego, który w wysiłku różnorodnych czynników utracił był swoją niepodległość, a zależność polityczna sprowadziła utratę niektórych naszych przymiotów, niektóre zaś wrodzone nasze wartości doprowadziła do stanu utajenia, odwracając naszą uwagę i wysiłki od zagadnień życia praktycznego, a te są niezbędne dla egzystencji narodu. Pod wpływem naszych poetów i artystów pochowaliśmy naszego ducha narodowego, ale wpadliśmy w romantyzm, który na progu nowej ery nie da się pogodzić z twardą rzeczywistością i silną polityką.

Działalność Czerwonego Krzyża Amerykańskiego u nas nie tylko jest wielkiej doniosłości samarytańskiej, ale okaże się opatrznościa, dzięki przykładowi i wytrwałej umiejętnej pracy i praktycznego życia, co wnieśli do nas Amerykanie, jako przedstawiciele narodu, który przez pracę i trzeźwe życie doszedł do znaczenia i potęgi. W końcu w imieniu Zawodu Lekarskiego dr. Przyborowski złożył wyrazy uznania i wdzięczności za tę działalność.

Po tych przemówieniach zabrał głos Prezes Czerwonego Krzyża Amerykańskiego Dr. Taylor, który, podnosząc zalety i zasługi dr. J. B. Voor'a, dochodzi do przekonania, że śmierć jego widocznie przez Rozumnego Boga przeznaczona była dla celów dobra. Śmierć ta dała sposobność do zacieśnienia węzłów przyjaźni między dwoma narodami: polskim i amerykańskim. Dr. Taylor zakończył swą mowę w te słowa: „doszliśmy do urzeczywistnienia pojęcia, że nie istnieją żadne zapory powstające z różnic języka, urodzenia i wychowania", bo w głębi serc naszych wszyscy jesteśmy braćmi".

„Dr. Voor, żył dla określonego celu, oddał swe życie za sprawę".

Przemówienie zakończył znów krótkiem przemówieniem Prezes Stowarzyszenia lekarzy dr. J. Bączkiewicz, potwierdziwszy, że „uroczystość obecna jest dla nas Polaków podniosłą, nie dlatego, że mamy możność okazania naszej wdzięczności, bo ta tylko czynami również szlachetnemi dowiedzioną i spłaconą być może, ale podniosłą dlatego, że mamy możność zaznaczenia naszych obowiązków względem szlachetnych pionierów ideałów ludzkości, jakimi są Amerykanie" i wzniósł okrzyk na cześć Amerykanów.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy Małopolski i Śląska w Krakowie.

Przemówienie przewodniczącego Związku Dra Maksymiljana Cerchy na Walnem Zgromadzeniu delegatów Związku lekarzy Państwa Polskiego w Warszawie dnia 30. IV. 1922.

Szanowni Panowie Koledzy! Z radością przyjął Związek Lekarzy Małopolski i Śląska zaproszenie Wasze do wzięcia udziału przez swoich delegatów w obradach Waln. Zgrom delegatów Związku lekarzy Państwa Polskiego. Wprawdzie trud to nie mały i koszta pokaźne, ale Związek, który od lat 19 pracuje usilnie n. d zorganizowaniem lekarzy całej Małopolski i Śląska Cieszyńskiego, który pozyskał już i wyćwiczył sobie członków w całej Małopolsce, z czego z górą 150 we wschodniej części Małopolski, staje chętnie na Wasze wezwanie. Żywi on bowiem głębokie przekonanie, że w obecnej dobie tylko ogólne, karne, świadome swych celów zrzeszenie może nieść wysoko sztandar godności stanu lekarskiego, że tylko taki związek, do którego należeć będą wszyscy bez wyjątku Koledzy, zdoła przeprowadzić żądania ogółu lekarskiego i nie pozwoli, aby komukolwiek ze zrzeszonych mogła stać się krzywda.

Dziewiętnaście lat pracy organizacyjnej, pracy owocnej to szmat czasu, kochani Koledzy, to praca niemal jednego pokolenia! To też nikogo nie może dziwić, że i ci, co byli założycielami pierwotnego „Towarzystwa Samopomocy lekarzy Galicji, Śląska i Bukowiny", przekształconego następnie w „Związek lekarzy Galicji i W. Ks. Krak.", obecnie Małopolski i Śląska, którzy uważali zawsze tę organizację za zawiązek przyszłej wielkiej organizacji polskiej, których mogiły dawno już bujna porasta trawa (że tu wspomnę Jordana, Trzebickiego, Wicherkiewicza i Brauna), jak i ci wszyscy ich aż do dnia dzisiejszego następcy, z dumą spoglądają na rozwój związku, który zorganizował znaczną część lekarzy polskich pod zaborem austrjackim. Był to na owe czasy jeden jedyny polski, wolny związek zawodowy. Spełniał on swoje zadanie, czego dowodem choćby to, że mimo istnienia Izby lekarskiej i Wydziału lekarskiego we Lwowie nikt w ciągu całego szeregu lat nie rzucił we wschodniej części Małopolski myśli utworzenia nowego zawodowego zrzeszenia, odpowiadającego obszarowi np. Izby lekarskiej.

Nie można się też dziwić, że kierownicy Związku, patrząc na wyniki wieloletniej, wydatnej pracy, chociaż czuli, że ogólne zrzeszenie lekarzy wolnej i niepodległej Ojczyzny jest konieczne, przecież zachowali się wobec Związku lekarzy Państwa Polskiego na razie z pewną rezerwą. Nie mniej jednak od chwili powstania tego zrzeszenia tak Wydział, jak i walne zebranie naszego Związku nie spuszczały z oka złączenia naszego Związku z ogólnym. Tegoroczne Walne Zebranie poleciło wydziałowi załatwienie tej sprawy na pewnych warunkach.

Warunki te omawiałem bardzo niedawno w Warszawie w Głównym Wydziale wykonawczym. Po wzajemnem porozumieniu nie napotkaliśmy trudności, to też złączenie było prawie gotowe.

Za przykładem okręgu wielkopolskiego tytuł naszego okręgu miał brzmieć: „Związek lekarzy Państwa Polskiego, Okrąg Małopolski i Śląski". Sam tytuł „Okrąg Małopolski..." wskazywał, że o tworzeniu nowych okręgów na obszarze, stanowiącym Małopolskę, mowy być nie może, i przy tym warunku związek nasz twardo stać będzie. Walne Zebranie Związku lekarzy Małopolski i Śląska było i jest tego zdania, że związek, istniejący prawie ćwierć wieku, liczący niemal 600 członków, posiadający kasę pogrzebową, fundusze zapomogowe i wieloletnią rutynę, stanowi gotową już, sprawnie działającą maszynę, której demontować się nie godzi na to, aby obok niej montować nową, tej samej konstrukcji, której sprawność okazać się może dopiero w przyszłości. Mamyż pozwolić z lekkiem sercem na uszczuplenie naszego dotychczasowego posiadania? Dopiero po pierwszej mojej bytności w Warszawie dowiedział się ze zdziwieniem Wydział naszego Związku, że powstaje okręg lwowski Związku lek. Państwa Pol., a dziś ze zdumieniem usłyszeliśmy, że na czele tego okręgu stoi prezydent lwowskiej Izby lekarskiej. Przecież zdaje nam się to niemożliwe, aby te dwie, wzajemnie wykluczające się godności, piastowała jedna i ta sama osoba. Mógłby łatwo zdarzyć się wypadek, że władza prezydenta Izby stanęłaby w sprzeczności z obowiązkiem prezesa Związku.

Ze sprawozdania „Okręgu lwowskiego" dowiedzieliśmy się, że liczba członków wynosi 148, z czego ze Lwowa tylko dziewięciu (!), „lwia" zaś część, to członkowie obwodów. W liczbie tych członków z prowincji jest dużo naszych członków, którzy z powodu pewnego zamieszania odnośnie do tego, gdzie właściwie mają należeć, weszli na listę okręgu lwowskiego.

Związek lekarzy Małopolski i Śląska oświadcza, że jeśli warunek niepodzielności obszaru Małopolski będzie spełniony, złączenie się należy uważać za dokonane. W przeciwnym razie kończy się zakres działania delegatów i na razie porozumienie nie może przyjść do skutku.

Rzeczą Głównego Wydziału wykonawczego będzie pomyślne rozwiązanie tej sprawy, czego Związek lekarzy Małopolski i Śląska z upragnieniem oczekuje.

Przemówienie delegata-gościa Dr. M. Cerchy Walne Zebranie delegatów Związku Lek. P. P. przyjęło z zapałem. Fuzję Związków uznano za dokonaną, a gości za istotnych delegatów podwładnego okręgu małopolskiego. W tym duchu czeka Związek lekarzy Małopolski i Śląska już dwa miesiące na formalne załatwienie żywotnej sprawy, poruczonej mu w styczniu b. r. przez Walne Zgromadzenie.

Protokół 217 posiedzenia Wydziału z dnia 10 czerwca 1922.

Przewodniczy wiceprezes Dr. Żydłowicz, pisze Dr. Kostecki, obecni: Dr. Bannet, Dr Grzybowski, Dr. Poźniak, Dr. Piątkowski, Dr. Stahr, a jako gość prezydent Izby Lekarskiej Dr. Strzemieński i zaproszeni wysłannicy Związku Zrzeszeń urzędników państwowych, prof. Dr. Krajewski i wiceprezydent sądu Czerny.

Przewodniczący Dr. Żydłowicz przedstawia w obszernym wywodzie sprawę bezpłatnej pomocy lekarskiej urzędnikom państwowym i ich rodzinom. Zamiast podnieść płace odpowiednio do obecnej drożyzny, rząd chce dać urzędnikom podarunek z kieszeni lekarzy, na co Związek Lekarzy nie może się zgodzić tak w interesie swych członków i całego stanu, jak i urzędników państwowych.

Prof. Dr. Krajewski wyczerpująco przedstawia tę sprawę, jej stronę finansową i zgodnie z wywodami przewodniczącego oświadcza, że Związek zrzeszeń urzędników państw. jest dla własnej korzyści stanowczo przeciwny projektowi rządowemu. Projekt ten odrzucono przez złożenie odpowiedniego oświadczenia w Min. Zdrowia.

Podobnie przemawiał wiceprezyd. sądu Czerny.

Po bardzo obszernej dyskusji uchwalono: 1) Stanowczo sprzeciwić się usiłowaniu Min. Zdr. co do wprowadzenia bezpłatnej pomocy lek. dla urzędników i wezwać lekarzy, by posad takich nie przyjmowali; 2) ogłosić w dziennikach wezwanie od Związku Lekarzy do członków Związku, mieszkających na obszarze Województwa Krakowskiego, aby zechcieli leczyć urzędników i ich rodziny za okazaniem legitymacji Związkowych Zrzeszeń Urzędników Państw. Wojew. Krak. za zniżką 50%, a w wypadkach zasługujących na uwzględnienie nawet bezpłatnie do czasu, dopóki rząd nie załatwi sprawy płac urzędniczych. 3) Ze zniżek mogą korzystać urzędnicy, skazani na życie z pensji. Za ewentualne nadużycia, bierze odpowiedzialność Związek Zrzeszeń urzędników państw. Wojew. Krak., który będzie wydawał członkom swym legitymacje celem leczenia. 4) Lekarze chętni tej sprawie, mieszkający na obszarze Województwa Krak., zechcą podać swój adres wraz ze specjalnością i godzinami ordynacyjnemi do Związku lekarzy Małopolski i Śląska, ul. Radziwiłłowska 4. W ten sposób załatwi się sprawę wolnego wyboru lekarza i unicestwi zakusy rządu co do sproletaryzowania stanu lekarskiego.

W sprawie udzielania firmy dla niekoncesjonowanego technika dentystycznego Wiśniewskiego uchwalono wezwać Dra Wojewskiego na posiedzenie w dniu 17 czerwca 1922.

Sprawę partacza Sebryna ze Strusowa uchwalono przedstawić Min. Zdrowia i Minist. spraw wewnętrznych.

Kierownik Kasy Pogrzebowej ogłasza wynik ankiety w sprawie podwyższenia wkładki do tej Kasy. Ze statystyki wynika, że $^{2}/_{3}$ członków oświadczyło się za wkładką 1200 Mk. za każdym wypadkiem śmierci, z czego 1000 Mk. na premję pogrzebową, a 200 Mk. na koszta administracji i fundusz zapasowy. Wobec tego wnosi, aby wkładkę podniesiono do tej kwoty; najbliższa premja pogrzebowa będzie wynosiła przy 500 członkach pół miljona marek.

Biorąc pod uwagę stosunki drożyźniane, Wydział uchwalił jednogłośnie podnieść wkładkę do 1200 Mk. w tem przekonaniu, że najbliższe Walne Zgromadzenie zatwierdzi tę uchwałę.

Dr. *Kostecki*, sekretarz. Dr. *Żydłowicz*, zast. przewod.

Od Administracji.

Panów Autorów uprzejmie zawiadamiamy, że na podstawie uchwały Zarządu Spółki wydawniczej lekarskiej administracja będzie **bezpłatnie** dawała Autorom 20 odbitek niełamanych, jednostronnie drukowanych. Odbitki łamane, jak dotąd, będą sporządzane na **wyraźne żądanie i na koszt** zamawiającego, który też będzie otrzymywał rachunek, według cennika drukarni.

Zaznaczamy przytem, że cennik drukarski, i tak niesłychanie wysoki, znowu poszedł w górę o 20%.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

W czerwcu br. obchodzono uroczyście **jubileusz 25-letniej pracy lekarskiej Dra Antoniego Krokiewicza**, jako prymarjusza oddziału chorób wewnętrz. państw. Szpitala św. Łazarza w Krakowie. Uroczystość odbyła się w kółku kolegów pracujących z jubilatem w szpitalu, przy współudziale personalu urzędniczego i Siostr Miłosierdzia Szpitala, który po nabożeństwie odbytem w kościele świętego Łazarza, składali gratulacje zasłużonemu Jubilatowi.

Celem uczczenia Jubilata zebrali Koledzy lekarze na kilka cegiełek na dom Medyków, oraz na odbudowę Wawelu.

Jubilat należy do tych rzadkich cichych pracowników, działających dla idei a nie szukających rozgłosu. Długoletnia Jego działalność bogatą jest w owocne rezultaty, o czem świadczy około 120 prac ogłoszonych w czasopismach polskich, francuskich i niemieckich, poruszających bardzo ważne tematy z zakresu Jego specjalności, jak np. leczenia tężca, nowotworów i tp. Jak powszechnie wiadomo Jubilat pracował początkowo teoretycznie w zakresie anatomii patolog. i przez 3 lata pełnił obowiązki prosektora szpitala lwowskiego. W r. 1887 pracował u prof. Kocha, a w r. 1895 u prof. Paltaufa. Odznaczył się zaszczytnie przy zwalczaniu grasującej w r. 1891 w Małopolsce cholery, za co otrzymał odznaczenia krzyżem kawaler. orderu Franc. Józefa i tytuł ces. radcy, tudzież pisma pochwalne Wydziału kraj. i Namiestnictwa. Tytuł radcy ces. złożył sam po pokoju brzeskim dając tem przykład godnego naśladowania czynu obywatelskiego. Obecnie prowadzi Jubilat swoje kierownicze prace z wielkim pożytkiem tak dla pracujących u Niego lekarzy, jak i dla polskiej nauki i dobra powierzonych Mu chorych. To też cieszy się ogólnym szacunkiem i uznaniem, nietylko jako znakomity lekarz, ale równocześnie jako prawdziwie dobry człowiek i zacny filantrop. Takiej też owocnej pracy, przez jeszcze długie lat szeregi, życzy Mu szczerze cały nasz świat lekarski. *I. L.*

Lwów.

Kursa uzupełniające dla lekarzy odbędą się na Wydziale lekarskim we Lwowie od dnia 21 do 30 września b. r. Kursa obejmować będą wszystkie dziedziny wiedzy lekarskiej, szczególnie jednak uwzględnione będą potrzeby lekarza praktyka.

Uczestnicy kursu znajdą pomieszczenie w klinice chorób wewnętrznych.

Opłata za dowolną ilość wykładów wynosi 15.000 Mkp., fundusz zebrany przeznacza się na stypendja dla medyków.

Szczegółowy program ogłoszony będzie w połowie sierpnia.

Zgłoszenia przyjmuje i udziela informacji do dnia 1 września prof. Dr. Zalewski, Lwów, Sykstuska 49.

Z różnych stron.

Wiedeń. W czerwcu r. b. odbył się tutaj z powodu kursów dokształcających zjazd lekarzy, na który przybyli lekarze z 26 państw w liczbie około 300, w tem kilkunastu Polaków z różnych stron Rzeczypospolitej. Na bankiecie, wydanym na cześć Zjazdu przez miasto Baden p. Wiedniem, przedstawiciele poszczególnych państw wygłosili okolicznościowe przemówienia. W imieniu Polaków przemówił dr. Zygmunt Dymiński z Poznania, podkreślając dążności Rzeczypospolitej na polu naukowem i oświetlając wpływ uniwersytetu wiedeńskiego na rozwój medycyny w Polsce. *Dr. J. R.*

Sprostowanie. Na życzenie Redakcji „Ginekologji Polskiej" prostujemy nazwiska członków Komitetu redakcyjnego (ogłoszone w Nr. 26. P. G. L.). Zamiast dr. C. Czermiński ma być: Dr. Cz. Czerwiński, zamiast dr. Z. Gudelmann ma być: Dr. Z. Endelman.

Nr. 31. 30. lipca 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. W. Falgowski, klin. kob. Poznań.

O operacyjnem leczeniu tyłozgięcia macicy.

I.

Wiele podano metod, za pomocą których można poprawić przez operację położenie zgiętej ku tyłowi macicy. Th. H. Van der Velde zestawił w obszernym referacie na kongresie ginekologicznym w Petersburgu 217 sposobów tego rodzaju operacyj. Chociaż większa ich część jest już przestarzała i nie w użyciu, to jednak przemawia wielka ta liczba za tem, że stale starano się o to, aby stare, niedostateczne operacje zastąpić nowemi, ulepszonemi. Nic więc dziwnego, że na V. Międzynarodowym Kongresie w Petrogradzie, na którym głównym tematem w programie było operacyjne poprawienie położenia zboczonej macicy, nie zgodzono się jednogłośnie ani na pewne postępowanie, ani na ograniczoną liczbę metod operacyjnych.

Do dnia dzisiejszego nie nastąpiło też wyjaśnienie tego pytania. Każdy operator ma swoje specjalne metody i dotychczas nie podano operacji, którąby wszędzie i ogólnie uznano za najlepszą. Postanowiono więc sprawę tę rozpatrzeć dokładnie, ażeby na przyszłym Międzynarodowym Kongresie ginekologicznym, mającym się odbyć w Nowym Jorku, dojść do pewnego w tej mierze ostatecznego wniosku.

Leży to w istocie rzeczy, że zmiany położenia macicy leczyć nie można schematycznie. Słusznie powiada Th. Van der Velde w swem „Porównawczem zużytkowaniu operacyj zgięcia macicy“ na końcu referatu na Kongresie w Petrogradzie:

„Jedna metoda operacji nie może starczyć na wszystkie zgięcia ku tyłowi macicy. W każdym poszczególnym przypadku trzeba ustanowić plan operacji z uwzględnieniem wszystkich w danym przypadku zachodzących czynników“.

Ażeby co do tej ważnej sprawy dojść do zgody, należy z jaknajwięcej klinik zestawiać wyniki kontrolowanych przypadków zgięć ku tyłowi, które leczono operacją, i porównywać je dokładnie. Tylko w ten sposób nastąpi może na przyszłym Międzynarodowym Kongresie ginekologicznym wyjaśnienie poglądów. Dowieść należy liczbami, które metody wykazują najlepsze wyniki trwałe.

Chcąc sobie stworzyć pogląd na wyniki, które w 6 latach osiągnąłem za pomocą operacyj w przypadkach zgiętej ku tyłowi macicy, dzielę tyłozgięcia na następujące rodzaje:

I) Ruchome zgięcie ku tyłowi bez żadnych objawów.

II) Tyłozgięcie małej ruchomej macicy, wywołujące chorobowe objawy, z niezajętemi przydatkami.

III) Tyłozgięcie macicy ciężkiej zapalnie powiększonej *(metritis)*.

IV) Tyłozgięcia z zrostami pomiędzy macicą i przydatkami.

V) Tyłozgięcie z równoczesnemi staremi naddarciami pochwy i krocza.

Do tego rodzaju należy też powikłanie z opuszczeniem pochwy i ku tyłowi zgiętej macicy.

VI) Tyłozgięcie macicy przy przytwierdzonej z przodu części pochwowej macicy (wada rozwojowa).

W przypadkach wymienionych pod I. jest operacja niepotrzebna. Dla innych pięciu rodzajów zboczeń nie nadaje się jedno jedyne postępowanie. Każdy przypadek trzeba tutaj leczyć osobniczo.

Przy małych, zupełnie ruchomych macicach uważam za najlepszą operację metodę Alexander Adamsa. Wynik był prawie zawsze korzystny, o ile dobrze postawiono wskazanie. Złe wyniki nie polegają na wadliwości operacji lecz na złem wskazaniu.

Ogólnie przyznaje się, że operacja według Alexander-Adamsa jest łatwa do wykonania, o ile się zna anatomję okolicy pachwinowej. Do osiągnięcia wprawy wystarcza operację tę wykonać kilka razy na trupie. Więzadła maciczne rozerwać można tylko wtenczas, jeżeli się operację wykonało wadliwie, lub też jeżeli się nie operuje dosyć delikatnie. Zwykle stwierdza się, że to, co się rozdarło, nie jest wcale okrągłem więzadłem macicznem, lecz kawałkiem innej tkanki, którą się mylnie uważało za więzadło okrągłe.

Co do techniki operacji zaznaczam, że zdaniem mojem jest rzeczą obojętną, w jaki sposób przyszyje się więzadło do powięzi. Natomiast ważne jest: 1. aby do przyszycia więzadła do powięzi wziąć materjał trudno wessalny, 2. aby zeszyć obie odnogi powięzi przy pierścieniu udowym.

W ten sposób zapobiega się z całą pewnością późniejszemu powstaniu przepukliny. Pomiędzy 133 według metody Alexander-Adamsa przezemnie operowanemi przypadkami nie widziałem, o ile przypadki te badałem później, ani razu przepukliny i jestem przekonany, że nigdy się ona nie wytworzyła, gdyż w przeciwnym razie byłyby kobiety te na pewno zgłosiły się do mnie. Jeżeli okrągłe więzadła są mocno rozwinięte, dobrze jest przyszyć je z obydwuch stron do powięzi za pomocą szwu materacowego, jak to opisał Asch; autor ten stosuje go zawsze nawet przy najcieńszych więzadłach. Co do mnie, to wykonuję przy cienkich więzadłach 4—5 zwykłych jedwabnych szwów węzełkowych, które chwytają równocześnie obie odnogi powięzi i więzadło. Zawsze odsuwam tylko stożek otrzewnej, nigdy go nie otwieram. Kąt powięzi rozszerzam krwawo tylko wówczas, jeżeli więzadło jest cienkie i jeżeli mam nadzieję, że w ten sposób będę mógł operować więcej zachowawczo, i że łatwiej i prędzej uda mi się znaleźć więzadło i ostrożniej je ująć. Więzadło jest w takich razach często zupełnie rozpulchnione w miejscu przyczepienia do powłok brzusznych i w całym obwodowym przebiegu bardzo cienkie. Jeżeli się jednak uchwyciło prawdziwe włókna, natrafia się łatwo przez lekkie pociągnięcia i ostrożne preparowanie na silnie rozwiniętą środkową i maciczną część więzadła, którą dobrze zużyć można do przytwierdzenia. Wykonuję operację zawsze po obu stronach. Operacja według Alexander-Adamsa odpowiada wszystkim wymaganiom stawianym przez T. H. van der Velde w powyżej wymienionym referacie tj. jest ona pojedyncza, nie niebezpieczna, jest zabiegiem małym i zapewnia stały dobry wynik. Na przyszłość nie przedstawia ona żadnego niebezpieczeństwa, ani nie wywołuje później dolegliwości. Operacja ta nie wpływa też pod żadnym względem źle na czynności reproduktywne. Materjał, operowany w mojej klinice, obejmuje 71 przypadków operacyj według Alexander-Adamsa (bez operacyj pobocznych). Z tych badałem później 58, a pomiędzy niemi 28 kobiet zaszło następnie w ciążę (razem 32 razy). Podczas ciąży nie występowały nigdy z powodu przebytej operacji zaburzenia, ani przerwanie ciąży, ani bóle. Pomiędzy temi 32 ciążami tylko raz nastąpiło poronienie w 2. miesiącu wskutek spadnięcia chorej z wysokiej drabiny. Rozchodziło się w tym przypadku o osobę, która jako sprzedawaczka zmuszoną była używać wiele ruchu, a prócz tego szyła dużo i często na maszynie. Jasną jest rzeczą, że takie osoby więcej niż inne narażone są na poronienia.

Z 31 po operacji odbytych rozwiązań nie było przy porodzie żadnego zaburzenia, które możnaby odnieść do przebytej operacji. Z 31 porodów odbyło się 26 bez pomocy. 4 razy trzeba było założyć kleszcze przy wychodzie

miednicy. Raz wykonano obrót przy położeniu miedniczem płodu. Dziecko przyszło w tym przypadku asfiktyczne na świat. Pomimo wszelkich starań nie było go można uratować. Reszta dzieci przyszła żywo na świat.

Operatywne polepszenie położenia dopiero wtenczas uznać można za dostateczne, jeżeli po przebytym porodzie pozostaje położenie macicy prawidłowe.

Z 58 później badanych przypadków (28 z nich przebyło razem 32 porodów) jest, tylko jeden wynik niekorzystny. Kobieta ta nie rodziła po operacji. W przypadku tym przyłączyło się później zapalenie macicy i przydatków. Z tego powodu nastąpiło silne powiększenie macicy. W przypadku tym nie można właściwie mówić o nawrocie, lecz rzecz wytłumaczyć w ten sposób, że później przyłączyła się nowa choroba, której przedtem wykonane skrócenie więzadeł nie dorosło. Nawet, gdyby się uważało przypadek ten za nawrót, to jednak wynik — jeden nawrót pomiędzy 125 przypadkami — trzebaby uznać za nadzwyczaj korzystny, i to tem korzystniejszy, że najprawdopodobniej z przypadków później niebadanych pozostały wszystkie zdrowe i bez dolegliwości. Gdyż uważam za rzecz prawie pewną, że w przeciwnym razie kobiety te byłyby mi się przedstawiły, gdyby były odczuły jakieś nowe dolegliwości. Były to chore w wieku 20 49 lat. Choroba trwała przypuszczalnie 5 miesięcy do 10 lat. Badanie następowe ma tylko wtenczas znaczenie, i tylko wtenczas można je zaliczyć jako wynik dobry, jeżeli nastąpiło najrychlej $1^1/_2$ roku po operacji. Wszystkie wyniki badań następowych odnoszą się do przypadków, badanych jeden rok do 3 lat po zabiegu

Jakiekolwiek powikłania przy operacji Alexander-Adamsa, o ile się dokładnie przestrzega aseptyki, i zna dobrą technikę, — są wykluczone. Gojenie *per primam* jest naturalnie pożądane, gdyż z powodu zropienia głębokich szwów byłby z pewnością wynik wątpliwy. Z powodu szerokiego ropienia cierpi także wygląd blizny z estetycznego punktu widzenia Natomiast nie zachodzi — jak już powyżej wspomniano — niebezpieczeństwo przepukliny, jeżeli się nie pozostawia za wielkiego rozziewu rany w pierścieniu pachwinowym. O ile jednak zropieją wszystkie szyte warstwy, należy się liczyć z tą możliwością.

Pomiędzy 133 operacjami Alexander-Adamsa, które sam wykonałem (do nich zaliczam też przypadki, skombinowane z innemi operacjami, o których później mówić będę), stwierdziłem 3 razy powierzchowne, a raz głębsze zropienie szwu. Ostateczny wynik był i w tych przypadkach bez zarzutu. Wszystkie cztery badałem później. - Ażeby zapobiedz zakażeniu dodatkowemu, o które w tej okolicy nietrudno, postarać się należy o dobry i szczelny opatrunek.

II.

Przechodzimy do tych zmian położenia macicy, przy których trzeba koniecznie obejrzeć macicę albo przydatki. Są to przypadki. przy których przesunięta macica jest powiększona z powodu zapalenia, przypadki z zastoinami i zmianami włóknistemi w macicy, lub też przypadki, w których rozchodzi się o rosty pomiędzy macicą, względnie przydatkami, a otrzewną miednicy lub jelit Zaznaczam. że z góry wykluczam na tem miejscu właściwe guzy przydatków macicy

Dwa rodzaje przygotowawczych operacyj pobocznych wchodzą tutaj w rachubę. nim pomyśleć można o właściwem poprawieniu położenia macicy:

1) zmniejszenie macicy za pomocą klinowatego wycięcia według Dührssena,

2) rozluźnienie zrostów z ewentualnem wyjęciem schorzałych części przydatków

Kto nie chce, albo nie jest przyzwyczajony do operowania przez pochwę, kto zatem chce albo musi otworzyć brzuch, aby dojrzeć macicę i przydatki, dla tego pozostaje jedna droga: skończyć wpierw operację wstępną per laparotomiam i bezpośrednio po tem skrócić więzadła, albo według Alexander-Adamsa, albo — co przy laparotomii jest prostsze — według B u m m a.

Inaczej ma się rzecz, jeżeli się chce dla wykonania operacji wstępnej operować przez pochwę, co bezwątpienia ma wielkie korzyści. Operator taki robi najpierw cięcie pochwy, zmniejsza macicę albo rozluźnia zrosty przez pochwę, a potem zmienia pozycję pacjentki celem wykonania operacji Alexander-Adamsa. Postępowanie takie jest tylko o tyle mniej korzystne, że przez przełożenie i powtórne mycie chorej względnie rąk operatora traci się trochę na czasie. Operować równocześnie z góry i z dołu (wykonywać operację przez dwóch operatorów) nie można dlatego, że najpierw ukończyć trzeba operację wstępną, ażeby przed skróceniem okrągłych więzadeł utrwalić macicę w prawidłowem położeniu. Prócz tego układa się do operacji pochwowej chorą w ten sposób, że równoczesne operowanie z góry i z dołu jest rzeczą wykluczoną.

Choć jednak operacja z wymienionych powodów trwa trochę dłużej, to unika się w ten sposób na pewne wstrząsu z powodu laparotomji. Laparotomja — bądź jak bądź — jest zawsze w tych razach zabiegiem więcej niebezpiecznym, niż otwarcie jamy brzusznej przez pochwę. Z 28 w ten sposób operowanych wyzdrowiały wszystkie zupełnie. Były to osoby w wieku od 21—43 lat. Z 12 później badanych kobiet były wszystkie stale zdrowe i bez dolegliwości. Dwie kobiety zaszły później w ciążę, jedna z nich dwa razy. Porody odbyły się bez pomocy i łatwo. Wszystkie dzieci urodziły się żywe. Macica została i po porodzie w prawidłowem położeniu.

Strata czasu, o której była mowa, mogłaby naprowadzić na myśl, aby równocześnie z pochwową operacja wstępną poprawić wadliwe położenie za pomocą przyszycia trzonu macicy do pochwy. Wykonanie tego zabiegu (*vaginifixatio*), który mianowicie dawniej cieszył się wielkiem powodzeniem, jest tem więcej nęcące, że można je zrobić po ukończeniu pochwowej operacji wstępnej przed zaszyciem rany pochwowej, co nie jest ani trudne, ani żmudne.

Krótko poruszę tutaj jeszcze stronę techniczną wykonania przyszycia trzonu macicy do pochwy za pomocą przedniego cięcia pochwowego. Korzystnie jest, dwa albo trzy szwy, które mają przytwierdzić macicę do pochwy, założyć nie zwyczajnie poprzecznie przez przednią ścianę macicy, lecz przeszyć kilku pętlami mięsień macicy. W ten sposób zapobiega się na pewno rozdarciu nitką mięśnia macicy krótko po związaniu albo w pierwszych dniach po wstaniu albo przy poruszeniu. Zdarzyło mi się to w dwa dni po operacji u 26 letniej chorej, u której wykonałem przyszycie trzonu macicy do pochwy Operacja miała przebieg gładki, chora czuła się dobrze i na siłach. Wieczorem drugiego dnia po operacji podniosła się w łóżku, poczuła nagle silny ból po prawej stronie brzucha Tętno miała przy tem przyśpieszone i czuła się przez pewien czas osłabioną. Przedmiotowo nie można było stwierdzić nic jasnego. Szóstego dnia po operacji wystąpił ciemno-krwawy wyciek z pochwy, który. jak się wykazało przy dokładniejszym badaniu 7-go dnia po operacji, pochodził z krwawego guza, wytworzonego z tyłu i po prawej stronie macicy Wyciek ten sączył z rany pochwowej, gdzie wytworzyła się przetoka. Przy założeniu sączka okazało się, że kanał, przez który płyn wyciekał, łączył się z krwawą torbielą, znajdującą się na prawo i z tyłu od macicy. Jeden z szwów, który trzon macicy przytwierdzał do pochwy, rozluźnił się, trzeba go więc było wyciągnąć. Po kilkakrotnem sączkowaniu znikła powoli krwawa torbiel, a chora wróciła 22 dnia po operacji zdrowa do domu.

Zdaje mi się też, że dobrze jest szwy, przytwierdzające trzon do pochwy, które przechodzą przez macicę, otrzewnę i pochwę, wiązać dopiero na końcu, gdy już rana w pochwie zaszyta jest osobno. Można bowiem w takim razie zdjąć kulociąg, przytwierdzony do macicy i ciągnący ją na dół, nim się ściągnie szwy, założone pomiędzy trzonem macicy i pochwą [1]). W ten sposób przyciska się

[1]) Robi to się najlepiej zupełnie przy końcu, gdy się odjęło od macicy wszystkie narzędzia.

z zewnątrz macicę jak poduszeczkę do zaszytej rany w pochwie i zapobiega się wytworzeniu krwawiącego martwego urazu pomiędzy macicą i ścianą pochwy. Mianowicie zaś nie mogą się szwy, przytwierdzające trzon do pochwy, wydrzeć z mięśnia macicy, co łatwo mogłoby nastąpić, gdyby ściągnęło się macicę na dół bądź to przy wiązaniu szwów, lub też przez ciągnięcie macicy na dół narzędziem przy późniejszem zaszywaniu rany w pochwie.

Wracając po tej kazuistycznej przerwie do tematu głównego, zaznaczam, że głębokie przytwierdzenie macicy do pochwy, wykonane dobrze, byłoby uproszczeniem i skróceniem operatywnego zabiegu, gdyby wyniki były równie korzystne, jak po operacji Alexander-Adamsa. I tak też jest w rzeczywistości, ale tylko wtenczas, jeżeli chodzi o osoby już niepłodne, lub też o osoby, którym trzebaby z powodu zmian zapalnych wyjąć wszystkie przydatki albo obydwa jajowody. Wreszcie i w tych rzadkich przypadkach, w których trzeba z jakiegokolwiek powodu prócz operacji macicy albo przydatków wykonać sztuczne wyjałowienie za pomocą podwiązania jajowodów albo w jaki inny sposób. Innemi słowy: wykazało się, że głębokie przytwierdzenie trzonu macicy do pochwy tylko wtenczas spełnia swój cel zupełnie i dostatecznie, t. zn. nie sprawia później żadnych dolegliwości, jeżeli operowana nie zajdzie w ciążę.

Dlatego bez wahania przytwierdzam trzon macicy do pochwy zawsze po obustronnem wyjęciu przydatków przez pochwę, i to nawet wtenczas, jeżeli macica nie była zgięta ku tyłowi, a zatem tylko w celu sztucznego wzmocnienia dna macicy i — z tego samego powodu — zawsze po sztucznem wyjałowieniu, jako leczenie dodatkowe. Wyjąwszy te przypadki, słusznie powinno się żądać, żeby operatywne poprawienie położenia nie zapobiegało późniejszemu zajściu w ciążę albo nie było powodem przerwania ciąży.

U 37 płodnych kobiet wykonałem po kolpotomji zamiast operacji Alexander-Adamsa przytwierdzenie trzonu macicy do pochwy tylko ze względu na pośpiech jedynie w celu polepszenia położenia macicy, a zatem w przypadkach, gdzie nie potrzeba było wyjmować zapalnych przydatków, i gdzie sztuczna sterylizacja nie była wskazana. Później stwierdziłem w jednym z tych przypadków, że krótko po operacji, której wynik był bardzo korzystny, zaszła chora w ciążę, i że wkrótce nastąpiło przerwanie ciąży. Poronienie to można sobie jedynie wytłómaczyć wykonaną operacją

Wynik co do poprawienia położenia był na ogół dobry. Prawie wszystkie kobiety (25) zgłosiły się do późniejszego zbadania Wszystkie były zdrowe i bez dolegliwości, o ile nie zaszły w ciążę. Z 3 ciężarnych poroniła jedna w trzecim miesiącu. Inne urodziły prawidłowo, bez pomocy i w swoim czasie żywe dzieci, skarżyły się tylko podczas ciąży na mniej lub więcej wybitne boleści w brzuchu, wywołane szarpaniem macicy z powodu przytwierdzenia do pochwy. Inaczej bólów nie było można tłómaczyć. Inne operowane, które nie zaszły w ciążę, nie skarżyły się na tego rodzaju bóle. Były to osoby w wieku od 22—42 lat.

I te trzy kobiety, które zaszły w ciążę, miały po porodzie prawidłowo położone macice. Dodam jeszcze, że we wszystkich przypadkach przyszyłem trzon macicy do pochwy głęboko, to znaczy ca $2^1/_2$ cm ponad wewnętrznem ujściem macicznem. U czterech kobiet wystąpiły później dosyć długo trwające ($1—1^1/_2$ roku) stałe dolegliwości pęcherzowe. Mocz ich był zaraz po operacji, jakoteż później chemicznie i mikroskopowo prawidłowy. Cystoskopijnie stwierdzić było można u wszystkich czterech pasma z zapalenia okołopęcherzowego.

Prawda, że wykonanie obu operacji — operacji wstępnej i poprawiającej położenie — na jednem posiedzeniu po ukończeniu operacji wstępnej w pochwie, a więc jednej i drugiej z dołu, jest rzeczą wygodną i nęcącą. A jednak przyszedłem do przekonania, że odradzać trzeba od zastąpienia operacji Alexander-Adamsa przyszyciem trzonu macicy do pochwy, i to ze względu na to, że w jednym przypadku kobieta z powodu tej operacji poroniła, a dwie inne ciężarne kobiety skarżyły się na bóle. **W przyszłości wykonywać będę przytwierdzenie trzonu macicy do pochwy tylko w dwóch przypadkach tj. wtenczas, jeżeli z powodu daleko posuniętego schorzenia przydatków trzeba będzie tak radykalnie operować, że już dlatego zajście w ciążę będzie niemożliwe, dalej naturalnie w tych wyjątkowych przypadkach, gdzie z innych powodów sztuczna sterylizacja okaże się konieczną.** D. n.

Tadeusz Dyboski. Kraków.

Spostrzeżenia kliniczne nad skutecznością autohemoterapji w swędzących chorobach skóry.

Z kliniki chorób skórnych i wener. U. J.

(Dyrektor Prof. Dr. Lenartowicz.)

(Dokończenie)

Inaczej rzecz się ma z pokrzywką i świerzbiączką. Pierwsza z nich jest przecie ogólnie uznaną za najczęstszy wyraz anafilaksji ustroju, o ile chodzi rzeczywiście o pojawianie się pokrzywki pod wpływem białka obcego, względnie idjosynkrazję na różnego rodzaju leki. Z wyłączeniem więc pokrzywek, towarzyszących chorobom nerwowym ośrodkowym i ogólnym, miałaby tutaj miejsce, przy leczeniu surowicą i krwią własną, klasyczna wprost desenzybylizacja, przestrojenie ustroju, a z nim narządu, na którym odczyn anormalny się ujawnił.

Patogeneza świerzbiączki zaś da się sprowadzić, wedle Jacqueta [16]), nietyle do pytania, czy chodzi o zaburzenie przedewszystkiem czuciowe, czy o trofoneurozę, czy o schorzenie w zakresie nerwów naczynioruchowych, czy też o tak prawdopodobne skojarzenie pierwszej i trzeciej z tych spraw; raczej zasadniczem jest pytanie, czy wykwit skórny, czy też świąd jest objawem pierwotnym. Znane doświadczenia Jaqueta, który owijał kończyny chorego watą i zapobiegał przez to drapaniu, a co za tem idzie, występowaniu guzków, zdają się przemawiać za przypuszczeniem, że świąd w hierarchji objawów świerzbiączki poprzedza występowanie wykwitów i doprowadza do nich dopiero poprzez dalszą zmianę tj. wzmożoną pobudliwość mięśni przywłośnych, wyrażającej się na zewnątrz jako gęsia skóra. Zjawisko to, utrzymujące się nieraz długo, towarzyszy świerzbiączce tak często, że skłoniło Auspitza do zaprzeczenia istnieniu prawdziwych guzków i określenia ich, jako bardzo wybitnej gęsiej skóry. Dalszym stopniem byłoby rozszerzenie naczyń, jako zaburzenie w zakresie nerwów naczynioruchowych, a wreszcie ewentualne zaburzenia troficzne z przesiękiem i naciekiem około naczyń. Jakkolwiek istnieje spostrzeżenie Bernhardta [17]), które temu sposobowi rozwijania się świerzbiączki przeczy i przemawia za pojęciem nerwicy czysto naczynioruchowej, to jednak i ten autor za tło zasadnicze świerzbiączki skłonny jest uważać przewlekłe samozatrucie. I wtedy jednak musimy uznać, tak zmiany skórne, jak świąd, za dwa objawy pochodne jednej głównej przyczyny, tak jak to Jacquet mówi o pokrzywce, która przecie z świerzbiączką stoi w niewątpliwym związku. Nietylko dlatego, że pokrzywka ją często poprzedza, ale też dlatego, że może z nią występować na zmianę. Bo choćby nie można uważać guzka świerzbiączki za „mieropomphus" (Neisser i Riehl), i choć Jacquet przemiany guzka w bąbel ani nie spostrzegał, ani przez drapanie wywołać nie mógł, to pozostaje w mocy nasze spostrzeżenie, że po ustąpieniu wykwitów typowych dla świerzbiączki, zaczęły występować równie typowe bąble pokrzywki przelotnej.

Patogeneza wyżej naszkicowana, na którą składają się dwa czynniki: świąd i zmiany naczynioruchowe, ma zastosowanie nietylko do świerzbiączki Hebry, ale do całej grupy *prurigines*, grupy, obejmującej postacie ostre, podostre i przewlekłe. W wyższej mierze jeszcze i w czystszej postaci przedstawicielami tego typu schorzeń ze świądem, jako objawem pierwotnym, byłaby grupa określona przez Brocqa [18]), jako *névrodermites*, w których autor ten pierwotność świądu podaje wprost, jako cechę rozpoznawczą, a zmiany kliniczne, lichenifikację itp. jako cechę wtórną.

Towarzyszący tym zmianom, po ich dłuższem trwaniu, wyprysk z wszystkimi swemi objawami różnopostaciowemi byłby czemś następowem i niejako przypadkowem rozwikłaniem zasadniczej sprawy chorobowej. Za przyczynę usposabiającą do tego rodzaju schorzeń podaje Brocq stan ogólnego podrażnienia nerwowego, za przyczyny zaś wywołujące: nagłe zaburzenia tego stanu, a więc silne wzruszenia psychiczne, czy wstrząsy czysto nerwowe, i różnego rodzaju zatrucia zarówno środkami z zewnątrz wprowadzonemi i systematycznie zatruwającemi ustrój, jak alkohol, coffeina itd, jak i samozatrucia z powodu wadliwej przemiany materji (przy przewlekłych chorobach nerek lub w skazach takich jak *„arthritisme“*.) Przejście od *névrodermites* do świerzbiączek jest bardzo bliskie. Darier zalicza je wprost do grupy *prurigines*; Brocq, aczkolwiek tak daleko nie idzie, stawia je obok *prurigo-diathésique* Besnier, uznając za jedyną różnicę to tylko, że névrodermites okazują jako jedyną zmianę skórną tylko lichenifikację części skóry, natomiast w świerzbiączce Besnier z tem zliszajowaceniem kombinuje się w różnym stopniu wyprysk.

Wszędzie dotąd obok świądu pierwotnego mieliśmy zmiany widoczne na skórze. Szukając idealnego przypadku czystego świądu, znajdujemy go w świądzie starczym, typu *„pruritus sine materia“*, który Brocq uważa za „ideał neurodermji“.

Trudniejsza sprawa z wypryskiem. Tylko mała część tej gromady schorzeń, zebranych pod jedną nazwą da się sprowadzić do tego, że na tle ogólnego usposobienia do wyprysku, bezpośrednią podnietą do jego wystąpienia jest czynnik uczulający skórę, czyto czynnik zewnętrzny czy też ustrojowy w tych przypadkach, gdzie chodzi znowu o zatrucie lub samozatrucie ustroju. Zajmujące w tym zakresie są doświadczenia amerykańskich autorów (Ward, Ramirez [19]), którzy przez skaryfikację i wcieranie drobnych części znacznej liczby różnych gatunków ciał chemicznych, głównie białkowych, starali się wykryć anafilaktogen dla danego wyprysku swoisty, i przez wstrzykiwanie wyciągów tych ciał desenzybilizować skórę. Podobnie postępował i dobry wynik uzyskał Widal w przypadku wyprysku ostrego wywołanego przez stykanie się chorego (farmaceuty) z emetyną [20]). Tam, gdzie swoistość anafilaktyczna wyprysku w ten sposób nie da się udowodnić, tam i przypuszczenie anafilaksji, jako tła, jest jedynie dowolne, a wyniki prób leczenia desenzybilizacyjnego muszą z natury rzeczy być niepewne.

Trzymając się przypuszczenia, że wstrzykiwania surowicy i krwi działają desenzybilizująco na ustrój, a na skórę w szczególności, musimy zadać sobie pytanie, czy własna surowica i krew chorego działają tylko jako białko obce drogą pozaotrzewną wprowadzone. Tutaj różnica, istniejąca między swoistym i nieswoistym sposobem działania zatarła się nieco skutkiem różnych klinicznych skutków, które leczenie białkowe osiągnęło w przypadkach, gdzie miano do rozporządzenia dla porównania białko swoiste w postaci surowicy czy też szczepionki. Doprowadziło to do tego, że za Schmidtem i innymi (c. f. Nowaczyński l. c.) zaczęto białko obce uważać za równorzędne np. ze swoiście działająca tuberkuliną. A jednak próby pracowniane przemawiają w tym przypadku na korzyść leczenia swoistego, mimo odczynów, przebiegających klinicznie prawie zupełnie jednakowo i mimo korzystnych wyników, uzyskanych leczeniem nieswoistem. Przytoczę tylko świeżo ogłoszone doświadczenia Hoefera i Herzfelda[22]), którzy stosując u świnek morskich toksyny błonicy i tężca razem z deuteralbumozą i aolanem wykazali, że nie można tym dwom ciałom przypisać działania leczniczego, jedynie chyba pewien wpływ nieswoisty, działający dodatnio na zwiększenie odporności ustroju. Zdaniem ich nie można jednak porównać działania proteinów z działaniem surowicy swoistej, a można ciał białkowych używać chyba tylko do dopomożenia leczeniu swoistemu. Przypomnieć chcę dalej zasadnicze, zdaniem mojem, doświadczenia Szymanowskiego [23]) z r. 1912 nad swoistością antianafilaksji. Autor ten ograniczył się do antianafilaksji surowiczej i uczulał świnki morskie dwoma naraz surowicami: końską i baranią, poczem ustalał dawkę śmiertelną dla reinjekcji każdej z tych surowic. Stosując następnie wstrzykiwania dawek mniejszych, niż śmiertelne, przekonał się, że „w ustroju uczulonym dwiema surowicami, antianafilaksja względem jednej z nich zmniejsza stopień uczulenia dla drugiej surowicy, a miarą tego zmniejszania jest wzrost minimalnej dawki śmiertelnej dla jednej surowicy pod wpływem antianafilaksji względem drugiej“. A więc tylko zmniejsza uczulenie. Autor wyraźnie podnosi, że jakościowo antianafilaksja wykazuje całkowitą swoistość i uczulenie drugim antygenem pozostaje w swej mocy. Doświadczenia te powinnyby skierować proteinoterapję na właściwe drogi, a w każdym razie zapobiedz niepożądanemu uogólnieniu zapatrywania, że proteinoterapja może zawsze i równie skutecznie zastąpić leczenie swoiste. Bezwątpienia, ma się nieraz w klinicznem zastosowaniu wrażenie, że ciała białkowe, względnie, ogólnie mówiąc, ciała będące dla ustroju silnym bodźcem (*„Reizkörper“*), przewyższają w swem działaniu szczepionki swoiste. Mówię tu o środku tak wszechstronnie przez kol. Pawlasa wypróbowanym, jak olejek terpentynowy. Jeżeli jednak np. szczepionki z dwoinek rzeżączkowych zawodzą lub dają wyniki nierówne, to nie przemawia to na niekorzyść swoistego leczenia, którego teoretyczne i doświadczalne podstawy są. jak widzieliśmy, dowiedzione, wina leży raczej w tem że szczepionka się starzeje i po kilku tygodniach zatraca nietylko uorganizowane części składowe, ale nawet zawartość związków azotowych (Buschke [25]).

Brak punktu zaczepienia i nieswoistość leczenia ciałami białkowemi doprowadzić musiały do bardzo różnych tłómaczeń jej działania, a więc do teorji drażnienia organizmu i wzmagania jego pobudliwości, do teorji uczynnienia pierwoszcza i do zapatrywania, że działają one przez zmianę warunków równowagi w systemie kolloidów osocza. Ten sposób tłómaczenia znajdujemy u Szymanowskiego (l. c.), ten też sposób przyjmuje Widal [26]), twierdząc, że proteinoterapja jest jedynie dziełem kolloidoterapji. Przeprowadza on na tem tle dokładny rozdział pomiędzy skeptofilaksją tj. zapobieganiem wstrząsowi anafilaktycznemu, a desenzybilizacją ustroju uczulonego. Wywody jego, poparte bardzo licznemi doświadczeniami własnemi i obcemi, są bardzo przekonywujące i ze wszystkich sposobów tłómaczenia teorja ta da się najlepiej zastosować do tematu nas zajmującego t. j. do działania autohemoterapji w stanach chorobowych, których tłem jest nadmierne uczulenie na czasem znany, często nieznany czynnik uczulający. W związku z tem chciałbym jednak rzucić myśl, która może niema dotąd podstaw ścisłych, ale rozumowo nasunąć się musi. Omawialiśmy patogenezę schorzeń, za których tło możemy przyjąć nadczułość ustroju, a szczególnie skóry na czynnik ustrojowy, z obiegiem krwi krążący, czynnik tak dalece nam nieznany, że na określenie jego używamy wyrazu najogólniejszego „samozatrucie“. Jeżeli w takich schorzeniach uzyskujemy wynik dodatni, lub choćby częściowo dodatni, przez usunięcie świądu, jako pierwotnej zmiany i klasycznego wyrazu tej wzmożonej czułości tkankowej, lub ogólnej, przez zastosowanie autohemoterapji, to możliwe jest przypuszczenie, że działamy tu do pewnego stopnia swoiście. Boć przecie z tą krwią własną chorego wstrzykujemy poza obieg krążenia ułamkowe dawki tego antygenu, który w krążeniu miał się znajdować. Pytanie, czy desenzybilizacja nasza jest choćby częściowo swoista, czy też zupełnie nieswoista, nie da się naturalnie rozstrzygnąć dotąd, dokąd czynnik etjologiczny samego schorzenia nie jest ściśle określony. Dopóki tak nie jest, mogłoby chyba tylko kliniczne stwierdzenie niewątpliwej wyższości autohemoterapji nad leczeniem ciałami dla ustroju obcemi przechylić szalę na korzyść swoistego jej działania. I z tem przechodzimy do krytyki wyników przez nas osiągniętych.

Wyłączając użycie środków zewnętrznych i nie dbając o szczególną djetę, stosowaliśmy wstrzykiwania krwi przedewszystkiem w świerzbiączce właściwej Hebry. Szybkie ustępowanie świądu, a w ślad za tem ustąpienie guzków i wygładzenie skóry było tutaj regułą.

Obserwując równolegle przypadki, pozostające w tych samych warunkach higjenicznych, ale bez leczenia, spostrzegliśmy tylko w jednym przypadku samoistne ustąpienie wykwitów i to powolne. Z tego porównania skłonni jesteśmy wysnuć wniosek, że gdyby nawet korzystny wynik leczenia krwią własną przypisać należało pewnego rodzaju remisji, to nawet w tym przypadku wpływa ono na znaczne przyśpieszenie tejże remisji. Że poprawa taka pod wpływem leczenia krwią własną przebiega istotnie inaczej niż poprawa samoistna, dowodzi tego np. przypadek trzeci, w którym świąd po dwu wstrzyknięciach krwi ustąpił, po trzeciem zjawił się ponownie w dawnem nasileniu i dopiero wśród dalszego leczenia zniknął na czas dłuższy.

Zjawisko to wahania i chwilowych nawrotów świądu spostrzegaliśmy kilkakrotnie, naogół jednak świąd ustępował już po dwóch, a nawet jednem wstrzyknięciu, rokując w ten sposób szybką poprawę. Niestety poprawy tej za stałą uważać nie można, bo w dalszych kilku przypadkach mogliśmy stwierdzić, po krótszej lub dłuższej przerwie, nawrót choroby, w przypadku 4. już po dwóch tygodniach. Bardzo szybkie wyniki osiągnięto przy świądzie czystym, który z powodu wieku chorego musieliśmy określić jako świąd starczy; aczkolwiek, jako cecha charakterystyczna dla tego cierpienia bywa wymienianą nieuleczalność. Przejściowy tylko i to bardzo słaby wynik zauważyliśmy w przypadku *pityriasis rubra Devergie*; po pozornej poprawie podmiotowej przyszło tutaj do pogorszenia podmiotowego i przedmiotowego. Podobnie przejściową tylko ulgę mogliśmy sprawić choremu z wypryskiem ogólnym (przypadek 13), trwalszą i skuteczniejszą w przypadku 14, gdzie wyprysk po ustąpieniu świądu pod środkami zewnętrznemi zaczął się leczyć szybko i dobrze. Mierny wynik w przypadku 15, gdzie po zmniejszeniu się świądu zmiany skórne w postaci wybitnej ograniczonej lichenifikacji nie okazały znacznej poprawy, wytłómaczyć sobie należy chyba tem, że chodziło tutaj o zmiany anatomiczne dalej posunięte. Podobnie byłbym skłonny tłómaczyć bezowocną próbę autohemoterapji w przypadku pokrzywki przewlekłej, której drobne bąble, cechujące się twardszą spoistością, z natury rzeczy trudniej ulegają regresji. (Przypadek docenta Waltera).

Bez widocznego skutku pozostały próby leczenia krwią własną w niecytowanym powyżej przypadku łuszczycy.

Skutek leczniczy bardzo dobry zanotować możemy w przypadku pokrzywki dłużej trwającej, której towarzyszył niezwykle silny świąd; podobny, jeszcze szybszy, w pokrzywce krótkotrwałej, która jednak nie okazywała dążności samoistnego ustąpienia.

Usunięcie świądu, niezmiernie dla chorej dokuczliwego, uzyskaliśmy przez pięć wstrzyknięć własnej krwi u ciężarnej w przypadku 23., bez jakiegokolwiek ujemnego wpływu leczenia na ogólny stan zdrowia chorej.

Przyczyną schorzenia była tutaj niewątpliwie ciąża, której świąd skóry towarzyszy czasem, jako schorzenie samoistne, czasem, jako wstęp do rumieni, pokrzywek, świerzbiączki itp. Świerzbiączkę ciążową nazywa Bar wprost „prurigo autotoxique de le grossesse". A więc i w naszym przypadku czystego świądu przyjąć należy uczulenie ustroju na zatrucie białkiem łożyskowem, które mimo pewnych różnic w poglądach jednak za czynnik działający zostało uznane (Veit, Ascoli, Weichardt, Liepmann); wynik naszego leczenia byłby zaś znowu przykładem desenzybilizacji ustroju uczulonego.

Wreszcie szybki wynik dodatni bez stosowania środków zewnętrznych osiągnęliśmy kilkakrotnie w przypadkach dermatitis medicamentosa; jako przykład ma służyć przypadek 16. Działanie dodatnie ujawniło się tutaj w kierunku zmiany tkankowej allergii skóry samej na czynnik z zewnątrz pochodzący.

Łącznikiem wszystkich wymienionych schorzeń był, jak już zaznaczyliśmy, świąd; w działaniu autohemoterapji wszędzie też stwierdzić mogliśmy dodatni wpływ na ten objaw, występujący niejednokrotnie w stopniu tak znacznym, że już samo przez się uprawniał do wszelkich prób leczenia. Jeżeli zaś rozpatrzymy schorzenia skórne, których przyczyna tkwi w ustroju, to możemy jako właściwy teren dla leczenia krwią własną wskazać dział chorób swędzących i to właśnie tych, w których świąd jest pierwotnym objawem, a więc takich, jak nerwice przeczulicowe skóry z wszystkiemi ich objawami wtórnemi, od świądu w czystej formie tj. świądu starczego, aż do świerzbiączki w najszerszem tego słowa znaczeniu. Dalej te schorzenia, jak pokrzywki, w których świąd i wykwity skórne są równorzędnemi objawami zależnemi od jednej przyczyny wyższej, kierującej ich występowaniem i pojawiającemi się albo naraz albo kolejno po sobie. Bardzo wdzięcznem polem dla stosowania autohemoterapji są dalej zapalenia skóry wywołane czynnikiem chemicznym, silnie drażniącym, działającym z zewnątrz, a świadczące o allergii chemicznej skóry samej. I tutaj pod wpływem naszego leczenia znika najpierw świąd, a potem zmiany zapalne. W schorzeniach zaś, w których świąd towarzyszy tylko zmianom skórnym, jednak nie jest dla nich momentem wywołującym, spodziewać się możemy usunięcia go lub złagodzenia w znacznym stopniu, a więc wyniku nieraz bardzo trudnego do osiągnięcia innemi środkami. Ponadto uzyskać możemy także pewne przestrojenie skóry i desenzybilizację jej w tem znaczeniu, że skóra dotknięta wypryskiem nie oddziaływa już zadrażnieniem na środki zewnętrzne, których poprzednio nie znosiła. Tutaj wyniki nie są pewne, bo zaczynamy już opuszczać teren leczenia przyczynowego, w szczególności, gdy chodzi o schorzenie tak różnorodnej etjologji, jak wyprysku.

Zaletą tego sposobu leczenia jest prosta i łatwa technika zabiegu, który chyba w wyjątkowych przypadkach niewyraźnie występujących żył podskórnych natrafia na trudności. Niezależność użytego materjału od warunków zewnętrznych i brak potrzeby przygotowywania go jest dalszem, znacznem ułatwieniem w stosowaniu tego leczenia, które wymaga jedynie szybkości w działaniu dla uniknięcia skrzepnięcia krwi w strzykawce. Krwiaki, sztucznie przez nas w mięśniu lub pod skórą wytworzone, ulegają szybko wessaniu, zupełnie, lub prawie bez miejscowego odczynu. Odczyn ogólny ogranicza się jedynie do nieznacznego i tylko czasem występującego podniesienia ciepłoty, co już w pewnej mierze odróżnia autohemoterapję od innych sposobów leczenia białkiem obcem, w których odczyn gorączkowy zdaje się jednak być istotnym współczynnikiem w działaniu. W próbach naszych nie spostrzegaliśmy nigdy anafilaksji na środek wstrzyknięty, a więc żadnych skutków ubocznych, któreby wystąpiły po ponawianych wstrzyknięciach. Z przeciwwskazań więc, o których myśleć należy, wymienić mogę tylko gruźlicę, przy której wskazaną jest jak najdalej idąca ostrożność, szczególnie wtedy, gdy proces gruźliczy jest czynny. Zaostrzenie go może być wielce niepożądanym, ubocznym wynikiem wstrzyknięcia krwi; podobnie zresztą, jak to bywa po wstrzyknięciach białka obcego.

Wnioski nasze są w pewnych punktach zgodne z wnioskami, jakie Nicolas, Galé i Dupasquier[27]) w pracy swej, ogłoszonej przed niespełna miesiącem (w kwietniu 1922), a więc już po ukończeniu naszego referatu, sformułowali, opierając się na materjale nieco mniejszym, niż nasz. Różnice zaś w poglądach wynikają z porównania wyników osiągniętych. Według zwrotu, przez tych autorów użytego, „ulegliśmy ponętnej pokusie" sprecyzowania wskazań dla autohemoterapji; staraliśmy się je wyszukać w patogenezie chorób na nasze leczenie podatnych, nietylko stawiając je obok siebie, ale starając się połączyć je w łańcuch naturalny. Dając w ten sposób odpowiedź na jedno z pytań zasadniczych: o wskazania, zaznaczyliśmy już wyżej, w krytyce osiągniętych wyników, nasze wątpliwości co do trwałości skutków leczniczych.

Streszczając się, powiemy, że autohemoterapja jest naogół sposobem leczenia bardzo skutecznym, działającym w pewnych przypadkach przyczynowo, w innych objawowo, i to na jeden z najdokuczliwszych dla chorego objawów.

O ile zatem ciężkość schorzenia uzasadnić może zabiegi, coprawda łatwe, ale dla wrażliwych chorych niemiłe, wskazane jest uciec się do wstrzykiwania choremu jego własnej krwi, jako do środka wygodnego, czyto, aby na nim poprzestać, czy to aby go użyć pomocniczo.

* * *

Dyrektorowi kliniki JWP. Prof. Lenartowiczowi składam najszczersze podziękowanie za zezwolenie opisania przypadku l. 20, przezeń leczonego, oraz za cenne rzeczowe uwagi i wskazówki.

Piśmiennictwo.

1) Nicolas, Galé i Dupasquier. Annales de dermatologie, mars 1921. 2) Ravaut; Annales de dermatologie. 3) Spiethoff. D. m. W. Nr. 20, 1913. 4) Bloch Br. Ueber Hautimmunität und Ueberempfindlichkeit. Protokoll der 85. Vers. deutscher Naturforscher und Arzte. IX. 1913. 5) Besredka-Steinhardt. Annales de l'institut Pasteur 1907. 6) Biedl-Kraus: Zeitschrift f. Immun. exper. Ther. 1910. III. p. 408. 7) Nowaczyński. Polskie Czaspopismo lekarskie 1921, nr. 2, 3 i nast. 8) a. Praetorius G. M. m. W. 1913 nr. 16. b. Heuck. M. m. W. 1912 nr. 48. c. Linser. Ueber die therapeutische Verwendung von normalem menschlichem Serum bei Haut u. innerlichen Krankheiten. 9) Spiethoff. Dermatolog. Wochenschrift LVII. nr. 42. 10) — M. m. W. 1913 nr. 10. 11) Lenartowicz-Hołobut: Lwowski tyg. lek. Nr. 6. 1914. 12) Linser. Dermat. Wochschr. 1911 nr. 13. 13) Luithlen: W. m. W, 1913, nr. 38. 14) Walter Fr. Archiv für Dermatologie T. 140, Nr. 1, 1922. 15) Stümpke. D. m. W. 1913, nr. 30. 16) Jacquet. Prurigo. La pratique dermatologique, Paris, Masson 1904, T. 4, p. 45. 17) Bernhardt. Choroby skóry Warszawa 1922, p. 226. 18) Brocq. La pratique dermatologique, T. III. . 19) Ramirez· N. Y. med journal, tom 114, nr. 6. pag. 320, 1921. 20) Widal-Abrami-Joltrain. La Presse médicale 1922, nr. 32 p. 341. 21) c. f. Nowaczyński. l. c. sub 7. 22) Hoefer-Herzfeld. Med. Klinik 1922, nr. 15. 23) Szymanowski. Studja z dziedziny anafilaksji. Kraków (Akademia umiejętności) 1912. 24) Pawlas. O śródmiąższowych i śródskórnych wstrzykiwaniach olejku terpentynowego itd. Referat wygłoszony na zjeździe dermatologów w Warszawie 8. V. 1922. 25) Buschke: Klinische Wochenschrift 1922, nr. 3. 26) Widal-Abrami-Brissaud. La Presse médicale 1921, pag. 19. 27) Nicolas-Galé-Dupasquier. Annales de dermatologie, avril 1922.

Z praktyki.

Dr. H. Kadysz. Łomazy.

O stosowaniu leczenia surowiczego w influency.

Niedawno zauważyłem, że surowica przeciwbłonicza, zastrzyknięta w celu zapobiegawczym w niektórych przypadkach influency z wybitnemi objawami ze strony krtani (chrypka), okazywała dodatni wpływ na przebieg samej influency. Jednocześnie dowiedziałem się, że Max Crohn[1]) stosował surowicę przeciwbłoniczą w infuency, przyczem w ciągu 24, najwyżej 48 godzin gorączka spadała do normy. W ciągu ostatnich tygodni zacząłem stosować surowicę we wszystkich poważniejszych przypadkach influency, szczególnie z objawami poczynającego się zapalenia płuc grypowego. Dotychczas miałem podobnych przypadków 16 w praktyce dziecięcej. Najmłodsze dziecko miało 9 miesięcy, najstarsze 9 lat, Surowicę przeciwbłoniczą stosowałem, zależnie od wieku i nasilenia choroby, w dawkach po 1—2—3 ampułki po 1000 jednostek uodporniających; w poczynającem się lub rozwiniętem zapaleniu płuc dodawałem 10 ccm surowicy przeciwpaciorkowcowej wielowartościowej. Ogólnie przyjętego leczenia influency z powodu świetnych wyników, otrzymanych po stosowaniu surowicy, w ostatnich kilku przypadkach zaniechano.

Liczba przypadków, jest dotychczas nieznaczna, lecz za to wynik leczenia był taki, że za każdym razem wywierał głębokie wrażenie tak na mnie, jak i na otoczenie chorego. W tym kierunku wynik leczenia żywo przypominał swoiste działanie surowicy w błonicy.

We wszystkich przypadkach należy podkreślić szybkość i pewność działania surowicy, tak że można było z góry przepowiadać, że gorączka spadnie najpóźniej po 48 godzinach.

[1]) Münch. Med. Woch. Nr. 53. 1920 r.

Okres zdrowienia także znacznie się skracał, i chorzy w zdumiemającо krótkim czasie wracali do zupełnego zdrowia.

Otrzymałem wrażenie, że stosowanie surowicy w influency może mieć znaczenie, jako leczenie poronne, jak to widać naprzykład z następujących historyj chorób:

A. W., syn felczera, $1\frac{1}{2}$ roku, zachorował 17/II. r. b. Ma nieżyt nosa, lekką chrypkę i kaszel. Gorączka 38°. Przy badaniu dnia 19/II. stwierdzono w lewem płucu z tyłu, poczynając od kąta łopatki, lekkie stłumienie. Zmian wysłuchowych niemożna stwierdzić. Ciepłota 38,5°. Postawiono mu tradycyjne cięte bańki, a także na skutek mego zarządzenia zastrzyknięto śródmięśniowo surowicy przeciwbłoniczej 3 ampułki po 1000 I. U.

20/II. Ciepłota 39,0°, stłumienie znikło.

21/II. W 48 godzin po zastrzyknięciu ciepłota 36,1° wieczorem.

T. A., 9 lat, dziewczynka, zachorowała 15/III r. b. Chora kaszlała kilka dni, lecz do łóżka się nie kładła. 19/III. w nocy zostałem wezwany z powodu kaszlu i bólów w lewym boku. Wypukiem stwierdza się nad lewem płucem z tyłu odcień bębenkowy, przysłuchem z tyłu, poczynając na palec poniżej kąta łopatki, rzężenia wilgotne dźwięczne, a także nieliczne furczenia. Ciepłota 37,5°. Tętno 120. Śledziona macalna.

Zastosowano w nocy 2 ampułki surowicy przeciwbłoniczej po 1000 I. U., a także ampułkę z 100 ccm surowicy przeciwpaciorkowcowej wielowartościowej. Z rana o godzinie 10 ciepłota 36,1°. W płucach rzężenia wilgotne znikły, słychać tylko liczne rzężenia suche. Chora czuje się doskonale tak, że, nie zwracając uwagi na protesty, opuszcza łóżko.

Mając na uwadze znaczną śmiertelność z powodu influency, przeciw której zwykłe leczenie często jest bezsilne, mogę tylko gorąco zalecać szerokie stosowanie i dalsze opracowanie sposobu leczenia surowicą influency, szczególnie z poczynającem się zapaleniem płuc, tembardziej, że żadnego ujemnego wpływu nie zauważyłem Miałem tylko jeden przypadek reinjekcji surowicy. Przebieg bez poważniejszych zaburzeń.

Sprawozdania poglądowe.

Doc. Dr. Jan Grek. Lwów.

O durze osutkowym.*)

Ze Szpitala wojskowego L. 2. (epidem.) we Lwowie. (Dowódca ppłk. lek. dr. Grek) i Kliniki lekarskiej Uniw. J. K. (Dyrektor Prof. Dr. Rencki).

Historja duru osutkowego, to historja nędzy ludzkiej, jak słusznie twierdzi Hirsch, duże bowiem epidemje tej choroby wybuchały zawsze najgwałtowniej, jako następstwo klęsk społecznych, nieurodzajów, wojny itp. Już w czasach starożytnych bez wątpienia grasował dur osutkowy, a chociaż starożytni lekarze nie mieli dokładnego pojęcia o chorobach zakaźnych, to jednak z ich skąpych podań jak n. p. z opisu Tukididesa przyjąć można, że epidemja, która srożyła się w r. 429 przed Chr. w Atenach, a której uległ Perikles, nie była niczem innem, jak epidemją duru osutkowego.

Pierwszy dokładny opis tej choroby podał lekarz włoski Fracastore, opisując epidemję duru osutkowego, zawleczoną w r. 1501 z Cypru do Włoch. Od tej pory coraz częściej opisywane są epidemje duru osutkowego w ciągu XVI, XVII. i XVIII. wieku, w czasach tych jednak nie odróżniano jeszcze dokładnie duru osutkowego od brzusznego, a nawet powrotnego Dopiero w połowie XIX wieku podał ścisłą różnicę kliniczną pomiędzy durem osutkowym a brzusznym Jenner w Anglji, a Griesinger w Niemczech. Czasy największej pandemji duru osutkowego, rozprzestrzenionego po wszystkich krajach Europy, to czasy wojen napoleońskich które przyniosły olbrzymie straty, tak pomiędzy szeregami żołnierzy, jakoteż i ludnością cywilną. Następne epidemje nie tak już rozległe, towarzyszą prowadzonym wojnom i tak np. wojna Krymska spowodowała duże straty wskutek duru osutkowego w armji francuskiej, zaś wojna rosyjsko-turecka w armji rosyjskiej, gdzie wskutek duru osutkowego miało zginąć około 100.000 żołnierzy, zaś z lekarzy 60%. Niezależnie od wojen zdarzały się rok rocznie mniejsze lub większe epidemje tej choroby, ograniczone do pewnych krajów Europy Do krajów tych należy Irlandja, jakoteż cały Wschód Europy t. zn. Rosja, a także Bałkan. Nie oszczędzała również tego rodzaju epidemja w ciągu ubiegłego stulecia i Europy środkowej, że wspomnę tylko o epidemji w r 1847—48 na Śląsku Górnym, gdzie zginęło około 20.000 osób, lub też wielką epidemję w r. 1846—49, trapiącą ludność Galicji, Śląska Cieszyńskiego i Czech. Endemicznie szerzył się do czasów

*) W skróceniu wygłoszone na posiedzeniu naukowem Tow. lekarskiego lwowskiego dnia 30. IV. 1920.

Praca wpłynęła do Redakcji w lipcu 1921.

wojny europejskiej dur osutkowy w Rosji, porywając setki ofiar, u nas zaś stale pojawiał się rok rocznie pod postacią większych lub mniejszych epidemji we wschodnich powiatach Małopolski. Wybuch wojny europejskiej stworzył doskonałe podłoże do rozwinięcia się i rozprzestrzeniania epidemji duru osutkowego. Najstraszniej już w pierwszym roku wojny przedstawiały się stosunki w Serbji, gdzie choroba porywała niezliczone ofiary z pomiędzy żołnierzy, jeńców, a nie w mniejszym stopniu i ludności cywilnej. I na półwyspie Gallipoli panował dur osutkowy w szeregach obu walczących armji. Wraz z jeńcami rosyjskimi dostał się również do obozów jeńców rozrzuconych po Niemczech i Austro-Węgrzech, szerząc się gwałtownie. Szereg środków zapobiegawczych dał doskonałe wyniki, nie dopuszczając epidemji do ludności cywilnej.

Wschodnie jednak Kresy Polskie, które przez cały czas wojny europejskiej stanowiły teren wojenny, przez który przeciągały w jedną i drugą stronę olbrzymie armje obu stron walczących a na którym w ostatnich dwóch latach prowadzoną być musiała wojna z nawałą ukraińską i bolszewicką, stać się musiały również terenem, sprzyjającym w największym stopniu rozwojowi epidemji duru osutkowego. Epidemja ta porwała i porywa jeszcze w dalszym ciągu mnóstwo ofiar tak z pomiędzy szeregów żołnierskich jak i ludności cywilnej, przynosi również duże bardzo straty w szeregach lekarzy, walczących z tą epidemją.

Pracując w Szpitalu epidemicznym W. P. we Lwowie od lutego 1919 roku do końca kwietnia 1921 roku, tj. aż do czasu zlikwidowania tego szpitala, urządzonego i prowadzonego na 1400 łóżek, na 22.362 chorych, leczonych w ciągu tego czasu w tymże szpitalu, mieliśmy sposobność obserwować i leczyć przez ten czas 4935 przypadków duru osutkowego. Do liczby tej doliczę również 15 przypadków duru osutkowego spostrzeganych i leczonych w klinice lekarskiej tut. Uniwersytetu. Poniżej pragnąłbym nakreślić w krótkości obraz chorobowy tego cierpienia, podnieść najważniejsze momenty, które przyczynić się mogą do rozpoznania, rokowania i leczenia, dodać zarazem i swoje uwagi, jakie mi się mogły nasunąć w czasie pracy z tak obfitym materjałem.

Etjologja: Ścisłe i żmudne poszukiwania nad odkryciem zarazka, wywołującego dur osutkowy przez cały szereg dziesiątków lat pozostawały bez rezultatu. Drobnoustroje z różnych grup, znajdowane lub też wyhodowane przez różnych autorów z krwi lub organów ludzi i zwierząt chorych na dur osutkowy, jak się okazało zawsze przy dalszych badaniach, nie były zarazkami duru osutkowego. Kiedy jednak badania Nicola stwierdziły niezbicie, że, jak to już poprzednio niektórzy starsi autorowie przypuszczali, wesz ludzka jest jedynym przenosicielem duru osutkowego, poczęto szukać za tym zarazkiem we wszy, spodziewając się słusznie, że tu właśnie będzie on więcej jakby nagromadzony, a tem samem łatwiejszy do odkrycia. Ricketts i Wilder, którzy pierwsi zajmowali się badaniem wszy, ssących krew chorych na dur osutkowy, wykryli w jelicie takich wszy wielkie ilości tworów o wyglądzie dwoinek, o typowem biegunowem zabarwieniu i uznali ten drobnoustrój za zarazek duru plamistego. Dalsze jednak badania tych samych autorów, jakoteż i innych, przyniosły pewne rozczarowanie, gdyż udało im się w pewnych wyjątkowych razach znaleźć i w jelicie wszy normalnych w większej nawet ilości nagromadzone twory zupełnie wyglądem przypominające zarazki, które początkowo uznali za zarazki duru osutkowego.

Rocha Lima jednak po nader skrupulatnych badaniach rozświetlił tę sprawę wykazując niezbicie, co potwierdziły również badania całego szeregu innych autorów, a z polskich Weigla, że drobnoustrój, który z wielkiem prawdopodobieństwem przyjąć możemy jako zarazek duru osutkowego, jest pasorzytem komórkowym i rozwija się wyłącznie wewnątrz komórek przewodu pokarmowego wszy, zakażonej durem osutkowym, spowodowując charakterystyczne zmiany zajętych komórek. Ta właściwość odróżnia drobnoustrój ten od wszystkich jemu podobnych organizmów (innych Rickettsji) stwierdzonych we wszach normalnych, a żyjących w świetle jelita poza komórką. Zakażenie wszy normalnych temi drobnoustrojami spowodować można każdorazowo eksperymentalnie, karmiąc je krwią chorych na dur osutkowy i tylko wszy zakażone temi drobnoustrojami mogą przenieść dur plamisty na zwierzęta. Drobnoustrój ten Rocha Lima ku pamięci dwóch autorów, Rickettsa i Prowazeka, którzy badania nad tym zarazkiem przypłacili życiem, nazwał Rikkettsja Prowazeki.

Tylko wykonanie doświadczenia na człowieku, mogło dać rozstrzygający dowód o znaczeniu etjologicznem Rickettsja Prowazeki w durze osutkowym. Doświadczenie takie mimowoli udało się przeprowadzić Weiglowi na sobie samym. Hodując czystą kulturę Rickettsji Prowazeki na wszach, drogą ciągłych pasaży, podczas tych prac laboratoryjnych, zadrasnął się przypadkowo aż do krwi igiełką zakażoną zawiesiną Rickettsji (szósty pasaż) i po 18-tu dniach zachorował na dur osutkowy, który tak klinicznie, jak też środkami pomocniczemi laboratoryjnemi został jako taki bezwzględnie stwierdzony. Również i wszy normalne, karmione krwią chorego, zostały Rickettsją następowo zakażone. Ponieważ przez dłuższy czas przed zachorowaniem przebywał Weigel w okolicy wolnej od duru osutkowego i zachorowanie jego było zupełnie sporadycznym przypadkiem, przyjąć należy jako rzecz pewną i udowodnioną, iż zakażenie u niego zostało spowodowane tylko przez czystą kulturę Rickettsji Prowazeki, który to drobnoustrój musi być wobec tego jeszcze dowodu uważany jako zarazek duru osutkowego. Wesz zdrowa, normalna, karmiąca się krwią chorego na dur osutkowy, zostaje zakażoną Rickettsjami, a doświadczenia Rocha Limy wykazały, iż zakażenie to powstaje już po jednorazowem ssaniu krwi chorego, coby świadczyło, że zarazek znajduje się w dużej ilości w krążącej krwi. Kiedy zarazek we krwi chorego się pojawia, dotychczas nie zostało ustalone, a byłby to moment ważny ze względów epidemjologicznych; najprawdopodobniej nie ma go jeszcze w okresie przedgorączkowym. Czas zaś zniknięcia z krwi chorego jest bardzo różny; czasem znika już w pierwszych dniach drugiego tygodnia, w innych zinowu przypadkach wraz ze spadkiem gorączki. Doświadczenia te zostały przeprowadzone zapomocą wszy karmionych krwią chorych, w których to wszach następnie szukano Rickettsji.

Rickettsja Prowazeki należy do najmniejszych ze znanych drobnoustrojów i wielkością zbliża się do zarazka influenzy. Zarazek ten występuje w jelicie wszy pod postacią krótkiej, nieco na biegunach zaostrzonej laseczki, lub też w formie nieco dłuższej, a także biszkoptowej. Prócz tych postaci w preparatach z Rickettsji spotyka się postacie nieco dłuższe lub krótsze, niteczki i łańcuszki, twory kolbkowate i pęcherzykowate, twory, które mają być formami inwolucyjnemi zarazka. Co do zdolności barwienia, Rickettsja Prowazeki jest Gram- ujemną. Próby sztucznej hodowli dotychczas zupełnie zawiodły; zarazek ten nie rośnie na żadnej ze znanych pożywek sztucznych.

Celem dalszych doświadczeń nad Rickettsjami, chcąc otrzymać większą ilość tego zarazka, Weigel znalazł bardzo dobre podłoże na pożywkę, a mianowicie jelito wszy. Zdrowe, laboratoryjnie hodowane wszy zakaża on wprowadzając zapomocą cienkiej rurki włosowatej przez jelito odbytowe wszy wprost do żołądka zawiesinę z Rickettsji. Zabieg ma być łatwy i dla zwierzątek zupełnie nieszkodliwy. Liczne jego doświadczenia wykazały, iż Rickettsja, zetknąwszy się z komórką nabłonkową, wchodzi natychmiast w głąb jej i powoduje zakażenie wszy. W ten sposób otrzymać można w krótkim stosunkowo czasie odpowiednią ilość zakażonych wszy, a tem samem potrzebną ilość Rickettsji dla dalszych badań. Jak już wspomniałem Rickettsja Prowazeki rozwija się i rozmnaża tylko wewnątrz komórki i to tylko w komórkach jelita środkowego wszy. Wskutek szybkiego rozwoju Rickettsji komórka taka powiększa się, wydyma w kształcie balonów do światła jelita, a wreszcie pęka i uwolnione Rickettsje dostawszy się do wnętrza jelita, zakażają inne komórki względnie dostają się z kałem na zewnątrz. W ten sposób w krótkim czasie zostają zakażone i zniszczone wszystkie komórki jelita środkowego, co w następstwie powoduje bez wyjątku śmierć zakażonego zwierzątka. Wszy zakażone sztucznie, zależnie od ilości wprowadzonych zarazków, giną już po 2—12 dniach, wszy zakażone przez ssanie krwi chorego na dur osutkowy giną dopiero w 12—25 dniach, co się tłumaczy początkową słabszą infekcją. Ponieważ zarazek ten znajduje się wyłącznie w jelicie, a brak go w gruczołach ślinnych, zakażenie najprawdopodobniej następuje w ten sposób, iż zarazek podczas ssania krwi przez wesz dostaje się przez retrogurgację wprost z jelita do ranki. Po za ukąsze-

niem przez zakażoną wesz mógłby być i inny sposób zakażenia, jak to słusznie przypuszcza Weigel. Zarazek może dostać się na skórę człowieka albo przy sposobności rozgniecenia wszy lub też z kałem, który zawiera ogromne ilości zdolnych do zakażenia zarazków. Tu może być podczas drapania wtarty w uszkodzoną skórę i spowodować w ten sposób zakażenie, albo też kał wysuszony, w postaci proszku unosząc się w powietrzu, dostać się może na skórę albo i na błony śluzowe i tu w takim razie byłaby brama wejścia zarazka do organizmu. Takie zapatrywanie mogłoby nam tłumaczyć zakażenie się osób, które nie uległy ukąszeniu przez wszy, jednak miały styczność lub tylko przebywały czas nawet krótki w lokalu, mieszczącym chorych zawszawionych. Otwartą jest dotychczas kwestja, czy w pewnych przypadkach zakażenie może nastąpić wprost od chorego bez pośrednictwa wszy zakażonej. Weigel w swoich doświadczeniach, wykonywanych przy pomocy wszy, stwierdził niezbicie, że mocz chorego w okresie gorączkowym zawiera zawsze zdolne do rozwoju, liczne Rickettsje.

Nie wyjaśniony dotychczas jest jeszcze jeden problem, mający wielkie znaczenie epidemjologiczne, a mianowicie, co dzieje się z zarazkiem w okresie nieepidemicznym. Krew ozdrowieńców, nie zawierając zarazków, nie jest tem samem zakaźną, ani dla człowieka, ani też dla wszy. Wesz zakażona ginie bezwzględnie mniej lub więcej szybko, tem samem więc wygaśnięcie epidemji powinno wykluczać wybuch nowej po pewnym czasie w tem samem środowisku. Tak jednakowoż nie jest, musi więc być jakiś sposób, który pozwala przetrwać zarazkowi duru osutkowego poza organizmem przez czas nieepidemiczny. Najbliższem prawdy wydawałoby się przypuszczenie, iż zarazek duru plamistego, przechodząc na coraz to nowsze pokolenia wszy, utrzymuje się przy życiu i w ten sposób przetrwać może okres nieepidemiczny. Możliwość przechodzenia Rickettsji Prowazeki z rodziców na potomstwo przez jajka, wykluczają doświadczenia prowadzone w tym kierunku przez wielu autorów, przedewszystkiem Rocha, Limę i Weigla. Pozostałaby możliwość zakażania się wzajemnego wszy przez zetknięcie i to albo przez wzajemne zagryzanie się wszy, przy braku pokarmu, w co jednak wątpi Weigel, albo też zakażanie się zdrowych wszy przez zetknięcie się z osobnikami choremi lub z zakażonym materjałem, a przedewszystkiem z kałem. I tego przypuszczenia nie potwierdzają liczne w tym kierunku doświadczenia Weigla, tak, iż, jak wspomniałem, kwestja ta jest dotychczas niewyjaśnioną.

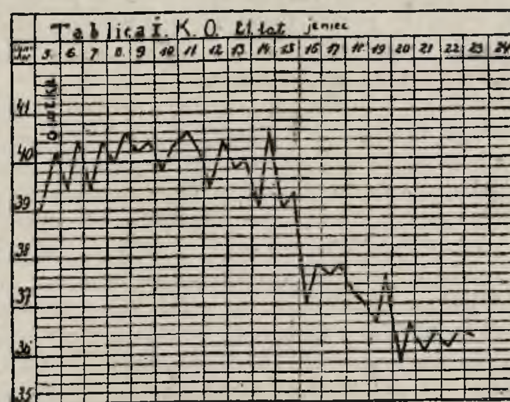
Okres wylęgania duru osutkowego, podług dotychczasowych spostrzeżeń, trwa 4—23 dni, najczęściej 8—12 dni. Spostrzeżenia te zostały klasycznie potwierdzone przez Hamdi'ego, którego obfity materjał w tym kierunku wykazał trwanie okresu wylęgania 5—23 dni. Przy sposobności wstrzykiwania krwi chorych na dur osutkowy w celach uodpornienia, wstrzyknięto przez omyłkę krew niezinaktywowaną, wskutek czego zachorowało 174 osób. Ponieważ dzień wstrzyknięcia był ściśle znany, mógł Hamdi wykreślić krzywą, która wykazała powyżej właśnie naprowadzony okres wylęgania z tem, że najwięcej zachorowań było między 8 a 12 dniem. Twierdzenia niektórych starszych autorów, jakoby okres wylęgania mógł trwać 1 dzień lub też $1^1/_2$ do 6-ciu miesięcy, nie można brać w rachubę.

Czy szereg drobnych dolegliwości, występujących czasami u chorych w okresie wylęgania, na tydzień lub dwa przed wybuchem choroby, pod postacią lekkich zaburzeń ze strony narządów oddechowych, zajęcia nieżytowego gardła, zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego itp. jak również krótkotrwających, nieznacznych podniesień ciepłoty, o których wspomina Sterling, odnieść należy do już rozwijającej się w organizmie choroby, trudno stanowczo rozstrzygnąć. Wobec tego jednak, że trwając krótko, mijają bez śladu, zanim rozwinie się właściwa choroba, nie zdają się mieć z nią ścisłego związku. Również dwudniowej zwyżki ciepłoty do 38° C na dziesięć dni przed wybuchem duru osutkowego, w przypadku Gluzińskiego, nie należy może odnosić do okresu wylęgania, przynajmniej nie uprawnia nas do tego nasz materjał, zresztą niezbyt duży w tym względzie, gdyż w niewielkiej liczbie przypadków mieliśmy sposobność ściśle i codziennie oznaczać ciepłotę u ludzi, którzy następowo zapadali na dur osutkowy.

Dur osutkowy rozpoczyna się zwykle nagle, tak, iż często nawet chorzy mniej inteligentni, nie zwracający zbyt wiele uwagi na drobne dolegliwości, podać są w stanie ściśle nietylko dzień, ale nawet i porę dnia, kiedy rozpoczęła się choroba. Ogólne osłabienie, bole głowy i mięśni, bezsenność i zawroty głowy, lekkie powtarzające się dreszczyki lub silne czasem dreszcze, mniej lub więcej wysoka ciepłota, zmuszają chorych wkrótce do położenia się do łóżka. Przy nasileniu tych objawów, przy wzrastającej lub wysoko stale utrzymującej się ciepłocie, w ciągu kilku dni rozwija się charakterystyczny obraz tej choroby. Twarz chorego zaczerwieniona, jakby lekko obrzmiała, spojówki powiekowe nastrzykane, oczy błyszczące, często bardzo wyraźny światłowstręt. Tam, gdzie ból głowy bywa zbyt silny, chory niechętnie otwiera nawet oczy, patrząc apatycznie przed siebie, niechętnie odpowiada na zadawane mu pytania. Nierzadkie są jednak i przypadki, w których pomimo wysokiej ciepłoty i objawów ciężkiego schorzenia, chorzy podmiotowo czują się dobrze, interesują się żywo otoczeniem, biorą żywy udział w rozmowie, tyczącej ich zdrowia, dzięki pewnemu podnieceniu jakie zauważyć się daje już w pierwszych dniach choroby. Język już od początku choroby obłożony, gardło i migdałki nieco obrzękłe i zaczerwienione, głos lekko przychrypnięty, często lekkie suche pokasływania.

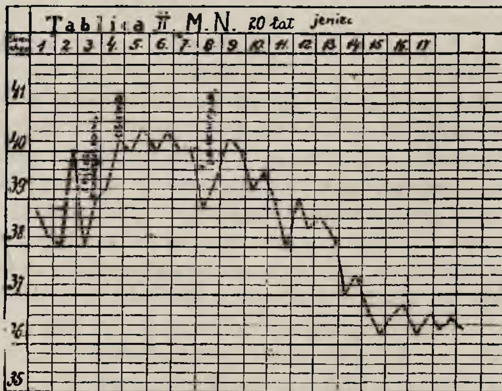
Gorączka w durze osutkowym stanowi obok osutki najważniejszy objaw rozpoznawczy, a ścisłe oznaczanie ciepłoty, niezbędne przy rozpoznawaniu, może mieć również wielką wartość przy rokowaniu. Podawane jako charakterystyczne przez starszych autorów nagłe wzniesienie się ciepłoty do wysokich stopni po silnym dreszczu, występuje chyba w wyjątkowych przypadkach; zwykle stopniowe wznoszenie się ciepłoty trwa 3—4 dni, rzadziej krócej, często po kilku powtarzających się mniejszych lub większych atakach dreszczów, a podniósłszy się do wysokich granic trzyma się mniej więcej z nieznacznemi tylko wahaniami na tej samej wysokości, by wreszcie po 8—10 dniach, czasem krócej lub dłużej, spaść znowu w ciągu dwóch czasem nawet trzech dni do normy. Taki byłby typowy przebieg krzywej ciepłoty przy durze osutkowym, od tego typu jednak często bardzo spotykamy mniejsze lub znaczniejsze odchylenia. Przeciętną długość trwania gorączki oznaczyć można na dni 14, krótsze trwanie gorączki (12 a nawet 10 dni) zdarza się rzadziej, przeciąganie się gorączki do dni 16-tu a nawet 18-tu jest częstsze. Ten rozmaity czas trwania gorączki nie zależy może od indywidualnych właściwości chorego, ale raczej od właściwości epidemji.

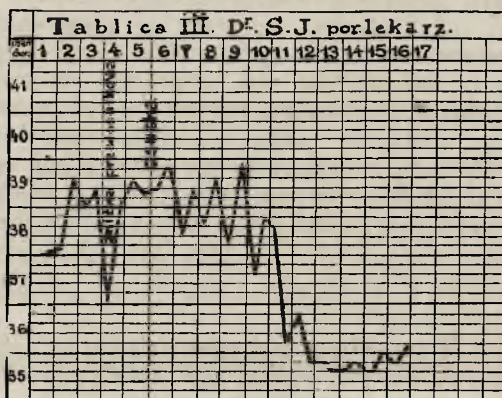
Taką mniej więcej typową krzywą ciepłoty przedstawia nam tablica I., brak tu tylko, jak w większości naszych przy-



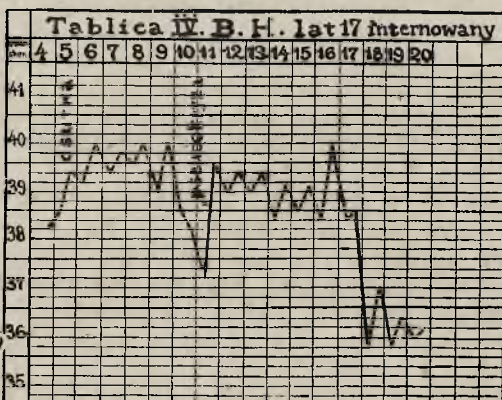
padków początkowego okresu gorączki, gdyż chorzy dostawali się zwykle do szpitala, a tem samem pod naszą obserwację, najwcześniej drugiego lub trzeciego dnia choroby. Jeżeli zwrócimy baczną uwagę na okres środkowy, okres ciągłej gorączki, zauważyć się dadzą pewne odchylenia, często się powtarzające, które pozostają w pewnym ścisłym związku z innemi charakterystycznemi objawami duru osutkowego.

Często bardzo zauważyć się daje krótko przed wystąpieniem osutki zniżka ciepłoty, którą można nazwać »przedosutkową«. Zniżka ta ciepłoty może być tylko lekko zaznaczoną jak np. na tablicy II, lub też znacznie wyraźniejszą, jak na tablicy III. Nie należą do wyjątków przedosutkowe spadki ciepłoty do normy, po kilku już jednak godzinach, czasem po 10—





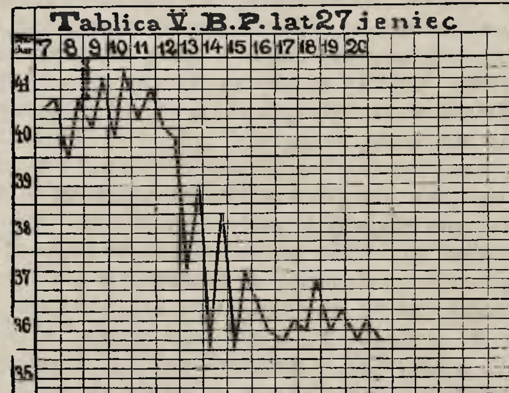
12-tu, ciepłota podnosi się nagle znowu do wysokich granic i krótko już potem stwierdzić możemy początek pojawiania się osutki. Bardzo często w naszych przypadkach stwierdzić mogliśmy, mniej więcej w 7 mym lub 8-mym dniu choroby, większą lub mniejszą remissję, wyrażoną na tablicy II, a jeszcze wyraźniej na tablicy III, na którą zwraca uwagę Wunderlich. W przypadkach tych, w których ta »pseudo-kryza« Wunderlicha była wyraźnie zaznaczoną, mogliśmy często do pewnego stopnia oznaczyć dzień spadku ciepłoty do normy, a więc koniec choroby, co zwykle miało miejsce 7 lub 8 dnia,

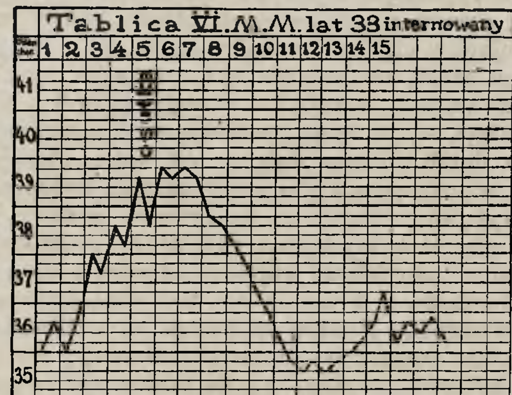


licząc od wspomnianej remissji. W drugim tygodniu jest gorączka nieregularną (tablica III, V i VI), wykazywać może mniejsze lub większe wahania, czasem przyjmuje nawet wyraźny typ gorączki zwalniającej, a zależeć może również i od powikłań, które w tym okresie najczęściej zdarzyć się mogą.

Okres spadku ciepłoty, jak powyżej wspomniałem, trwa zazwyczaj krótko. Ciepłota, opadłszy stopniowo do normy, pozostaje w tych granicach, albo też przez 1 lub 2 dni, a nawet dłużej, szczególnie wieczorami, wykazuje skoki nawet do 38° C, aby wreszcie pozostać w granicach prawidłowych.

Na uwagę zasługuje przebieg ciepłoty w 2 tygodniu w przypadkach ciężkich, kończących się śmiercią. Tu można mieć często wrażenie, że właśnie początek drugiego tygodnia jest czasem przełomowym, czasem powstawania pewnych





zmian, które rozstrzygają o losach chorego. Tam, gdzie groźne objawy poczynają się zmniejszać, lub ustępować, oczekiwać można korzystnego wyniku, gdzie jednak polepszenie zauważyć się nie daje, gdzie burzliwe objawy utrzymują się, a nawet wzmagają, sprawa chorobowa kończy się często katastrofą. Śmierć nie występuje zwykle na szczycie gorączki; wraz z potęgującemi się groźnemi objawami przedśmiertnemi, obniża się i ciepłota, spadając mniej lub więcej szybko do normy, jak w przypadkach kończących się korzystnie. Może przyjąć również charakter gorączki przepuszczającej, w innych znowu razach tuż przed śmiercią podnosi się do 40° C i wyżej. Zdarzają się przypadki, gdzie dni kilka i więcej potęgujące się groźne objawy wskazują pewnie na zbliżającą się śmierć, ciepłota zaś utrzymuje się poniżej 37° C.

Jak bardzo od zasadniczego typu odbiec może krzywa ciepłoty przy durze osutkowym, wskazuje tablica VI, a przypadki podobne, o zupełnie nietypowym, bardzo rozmaitym przebiegu ciepłoty, nie należą zupełnie do wyjątków. Szczególnie przypadki poronne wykazują bardzo nietypowe i różnorodne krzywe ciepłoty, to też tam rozpoznanie oprzeć się musi na innych charakterystycznych objawach dla duru osutkowego.

Układ naczyniowy: Już w pierwszych dniach choroby wraz ze wzrostem ciepłoty, wzrasta także i ilość tętna, osiągając często liczbę 100—120 uderzeń na minutę. O ile takie przyśpieszenie tętna jest, można powiedzieć, swoistym objawem duru osutkowego, gdyż występuje w znacznej większości przypadków, to zdarzać się mogą również i przypadki przebiegające ze zwolnieniem tętna, co prawda wyjątkowo. Zwolnienie takie tętna spotkać można czasem już w pierwszych dniach choroby, czasem wystąpić ono może później i utrzymywać się w ciągu całego przebiegu aż do spadku ciepłoty. Objaw ten tłumaczyć możemy u pewnych chorych schorzeniem mięśnia sercowego i naczyń (miażdżyca), w innych przypadkach będzie chyba właściwością danego ustroju. W dalszym przebiegu choroby, prócz przyśpieszenia, występują również zmiany w napięciu i wypełnieniu tętna. Tętno staje się miękkiem, łatwo uciskalnem, najczęściej z początkiem drugiego tygodnia, a ulegając jeszcze w większym

stopniu przyśpieszeniu, stać się może drobnem i nieregularnem. Taki stan trwać może aż do ustąpienia gorączki. W przypadkach ciężkich częstość tętna może się zwiększać nawet podczas chwilowego spadku ciepłoty, wywołanego zapadem lub silnem osłabieniem, a wówczas krzywa tętna, przebiegająca na ogół mniej lub więcej równolegle do krzywej ciepłoty, wznosząc się nagle w górę, krzyżuje się ze spadającą krzywą ciepłoty i tworzy t. zw. przez niemieckich autorów »Totenkreuz«. Skrzyżowania te są niekiedy dla rokowania bez znaczenia, mogą być jednak i objawem bardzo poważnym, dowodzą bowiem głębszych zaburzeń wazomotorycznych, wskutek których ciepłota stwierdzona w pasze, nie jest wyrazem prawdziwej ciepłoty organizmu.

Zmiany w tętnie idą bardzo często w parze z zaburzeniami w systemie nerwowym, a pogarszanie się jakości tętna występuje często nagle w ciągu kilku lub kilkunastu godzin. Zaburzenia te jednak w tętnie nie zawsze muszą budzić obawy, gdyż aczkolwiek w przypadkach o łagodnym przebiegu ze zmianami tego rodzaju w tętnie nie spotykamy się wcale, w przypadkach cięższych tętno szybkie, miękkie, nieregularne, czasem nawet przepuszczające należy niejako do stałych objawów ciężkiego zakażenia. Także i badanie fizykalne serca często przedstawia nam wyraźne zmiany. Przesunięcie stłumienia serca ku stronie prawej i lewej, tony głuche i ciche, są wyrazem rozszerzenia i niedomogi mięśnia sercowego. Jeżeli do tego dołączy się stale utrzymująca się względnie wzmagająca się sinica twarzy i kończyn, to prawie bez wyjątku wskazuje to na grożącą, a nawet zbliżającą się katastrofę, aczkolwiek stosowane środki podniecające i nasercowe mogą przejściowo krążenie poprawić. Te nagle występujące zaburzenia w krążeniu nie prowadzą zwykle bezpośrednio do katastrofy, pomimo groźnych objawów, śmierć następuje często dopiero po dłuższem trwaniu.

Ku końcowi drugiego tygodnia tętno poprawia się znowu, a ze spadkiem gorączki wraca często do normy. Zwolnienie tętna w okresie zdrowienia nie należy zupełnie do rzadkości. Bardzo trudnem, a często wprost niemożliwem jest rozstrzygnąć, czy rozpoczynające się zaburzenia w krążeniu są tylko przejściowe, czy też pogarszając się doprowadzą do katastrofy. To też samo zachowanie się tętna nie powinno nigdy rozstrzygać o prognozie. Gdy ogólny wygląd chorego przedstawia się dobrze, gdy system nerwowy centralny nie wykazuje znacznych uszkodzeń, pogorszenie się tętna jest często przemijającem zjawiskiem.

To często tak nagle w przebiegu duru osutkowego występujące osłabienie, odnosili dawniejsi autorowie do schorzenia mięśnia sercowego. Dopiero Curschmann zwrócił uwagę, że oprócz uszkodzonego przez toksynę mięśnia sercowego zostają uszkodzone wazomotory. I nietylko, jak twierdzi Jürgens, wazomotory, ale raczej uszkodzenie całego aparatu nerwowego odgrywa tu zasadniczą rolę. Wskazywałby już na to fakt, że zaburzeniom w krążeniu towarzyszą prawie zawsze ciężkie objawy nerwowe. Gdy zaburzenia mózgowe ustępują, poprawia się często i krążenie, w przeciwnym przypadku niedomoga serca, zwiększając się, prowadzi do śmierci. C. d. n.

Oceny i sprawozdania.

W. Szumowski. **Medycyna polska w ciągu stuleci.** La médecine polonaise à travers les siécles. Presse médical 1922 Nr. 19.

Autor daje czytelnikom francuskim krótki zarys rozwoju medycyny polskiej od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnej. Autor podkreśla światowe znaczenie Uniwersytetu Jagiellońskiego w w. XV., kiedy to odblask chwały astronomów krakowskich padał, nie bez pośrednictwa astrologji, i na krakowską medycynę, w której wybitne miejsca zajmowali astronomowie będący równocześnie lekarzami i profesorami medycyny, jak Marcin Król z Żurawicy i Piotr Gaszowiec z Loćmierza. Wielki Kopernik był także lekarzem. Autor zatrzymuje się dłużej nad Maciejem z Miechowa, Józefem Strusiem, Sebastjanem Petrycym, Jędrzejem Śniadeckim. Przytaczając entuzjastyczną przedmowę francuskich tłómaczów »Teorji jestestw organicznych« Śniadeckiego, zachęca czytelników francuskich do czytania tego dzieła, jeszcze dzisiaj cennego. Mówiąc o wieku XIX., autor podkreśla momenty polityczne, wśród których naprózno chciano naukę polską stłumić, zaznacza zasługi licznych uczonych polskich, których jednak nierzadko świat uczony znał, jako uczonych rosyjskich lub austrjackich.

Mówiąc o medycynie spółczesnej, autor kilka wierszy poświęca filozofji medycyny, wykładanej, jak wiadomo, pod tą nazwą tylko w Polsce. Kierunek filozoficzny w medycynie polskiej ma swoje źródło w działalności dwóch wybitnych klinicystów warszawskich, Tytusa Chałubińskiego i Ignacego Baranowskiego, których sposób myślenia i wykłady odznaczały się wielką ścisłością i metodycznością. Chałubiński pierwszy zwrócił uwagę na konieczność jasnego i ścisłego rozumowania według zasad logiki przy wyszukiwaniu wskazań lekarskich. Ze szkoły Chałubińskiego wyszło wielu uczniów. Jedna grupa poszła drogą wyłącznie kliniczną i praktyczną; druga zadała sobie trud rozwinąć metodyczność Chałubińskiego z punktu widzenia logiki, a nawet ogólnej filozofji. W ten sposób Chałubiński jest twórcą oryginalnego kierunku, zwanego »Logiką medycyny«, albo szerzej mówiąc »Filozofją medycyny«. »Ta filozofja medycyny — pisze autor — niema w sobie nic metafizycznego; przeciwnie, w swych założeniach i podstawach, jest ona w gruncie rzeczy zupełnie praktyczną; stara się ona między innemi przeprowadzić zasadę, że nie wystarcza myśleć poprawnie mniej lub więcej nieświadomie, lecz, że należy raczej mieć pełną świadomość wszystkich elementów myślenia lekarskiego w każdem rozumowaniu. To jest najlepsza droga do uniknięcia błędów«.

Jan Fischer (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Münchener medizinische Wochenschrift.
Nr. 19. 1922.

Hering. **O czynnościowem pojęciu dyspozycji i morfologicznem pojęciu konstytucji** z medycznego punktu widzenia. Autor rozbiera znaczenie pojęcia dyspozycji i konstytucji i opowiada się za ustaleniem słownictwa w ten sposób, by pojęcie »dyspozycja« stosowano jedynie z punktu widzenia czynnościowego, a »konstytucja« z morfologicznego.

Cords. **O drżeniu gałek ocznych.** Sprawozdanie poglądowe.

Brütt. **Wśródżylne wlewania normosalu** w chirurgji. Doświadczenia z normosalem dały bardzo dobre wyniki, ma on pierwszeństwo przed fizjologicznym rozczynem soli dzięki dłuższemu zatrzymaniu w ustroju, przez co unika się częstych wlewań; w stosunku do rozczynu Ringera odznacza się tem, że ma lepkość krwi, a nieograniczoną trwałość.

Schmidt. **Ogólne wskazania do znieczulania** w chirurgji operacyjnej. Wykład habilitacyjny.

Frigyesi. **O stosowaniu znieczulenia miejscowego** przy wszelkich operacjach ginekologicznych. Na podstawie 350 przypadków operowanych dochodzi autor do wniosku, że znieczulenie miejscowe można stosować we wszystkich przypadkach ginekologicznych, zachowując narkozę jedynie jako dopełnienie miejscowego znieczulenia w bardzo wyjątkowych przypadkach.

Zimmermann. Doświadczenia, zebrane przy **stosowaniu kleszczy Kielland'a.** Autor przestrzega przed stosowaniem tych kleszczy w praktyce, zanim nie ogłosi się więcej materjału doświadczalnego klinicznego.

Mayer. **Leczenie i zapobieganie chorobom, wywołanym przez Trypanosoma,** przez podawanie »Bayer 205« per os. Kozła, któremu zaszczepiono wysoce jadowite *Trypan soma rhodesicnse*, uleczono przez podawanie preparatu »Bayer 205« per os, a kozę, której zapobiegawczo podano jednorazowo 20 gr. »Bayer 205«, zdołano uchronić przed zakażeniem.

Brinkmann. Przyczynek do kliniki **guzkowatości okołotętniczej.** Kliniczny rozbiór na tle własnego przypadku.

Lasce. Przyczynek do analizy włoskowatej soku żołądkowego według Holmgren'a. Autor podaje pewne udogodnienia przy praktycznem zastosowaniu wspomnianej metody, która zdaniem jego dla klinicysty nie ma większego znaczenia, jednakowoż może praktykowi dla szybkiego zorjentowania się bez większego aparatu pomocniczego oddać znakomite usługi.

Nather. Drenowanie pęcherza za pomocą trójgrańca. W przypadku zatrzymania moczu wskutek przerostu stercza opróżniono pęcherz po dwóch dniach za pomocą trójgrańca. Wskutek dostania się moczu zakażonego laseczników okrężnicy i różnemi beztlenowcami do tkanki około pęcherza przyszło do ropnego zapalenia tej tkanki, w następstwie czego nastąpiła śmierć. W krytycznym rozbiorze przypadku dochodzi autor do wniosku, że drenowanie za pomocą trójgrańca należy stosować tylko w przypadkach nagłych z następowem odsłonięciem pęcherza.

Klein. Przypadek nieoczekiwanego powołania do życia dziecka, które urodziło się pozornie nieżywe.

Schmidt. Przypadek zaszczepienia nerwu podjęzykowego w nerw twarzowy z dodatnim wynikiem.

Rock. Przeprowadzenie przejścia z ciemnego w jasne pole za pomocą Leitzowskiego kondensora zwierciadlanego.

Forster. Czy przy mieszance Linsera w strzykawce powstaje koloidalne Hg?

Löber. Leczenie rzeżączki u kobiet za pomocą torebek celuloidowych według Pust'a. Przy zapaleniach nierzeżączkowych macicy otrzymywał autor dobre wyniki; przy rzeżączce metoda Pusta zawiodła.

Frik. Błędy w dawkowaniu przy naświetlaniach głębokich przy zastosowaniu »miernika twardości napięcia».

Klotz. Leczenie kokluszu. Referat poglądowy dla praktyków.

Mertens. Nowotwory a odporność. Sprawozdanie poglądowe. *B. Piechowski* (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Anatomja patologiczna.

Virchows Archiv.
T. 233. 1921.

J. Necheles. O samoistnem pęknięciu śledziony w durze brzusznym. Autor na podstawie 6 przypadków sekcyjnych pęknięcia torebki, wzgl. torebki i miąższu śledziony, oraz na podstawie odnośnego piśmiennictwa dochodzi do następujących wniosków: 1. Pęknięcie śledziony w durze brzusznym dotyczy najczęściej osobników między 20 a 30 r. życia, i to głównie mężczyzn, a następuje z końcem drugiego lub początkiem trzeciego tygodnia choroby. Przebieg może być gwałtowny lub podostry: czasem poprzedza właściwe pęknięcie przedwstępny wstrząs. Rozpoznanie przy uwzględnieniu miejscowych objawów nie jest trudne, rokowanie zaś zawsze niepomyślne. 2. W przeważnej części przypadków należy podnieść niestosunek zmian anatomicznych w jelitach do poważnych zmian w śledzionie. 3. Pęknięcie może nastąpić jako ograniczone pęknięcie torebki, jako równoczesne pęknięcie miąższu i torebki lub jako pęknięcie dwuczasowe, t. j. najpierw miąższu a następnie torebki; w ostatniej kombinacji rokowanie jest najlepsze. 4. Badanie histologiczne śledziony może wykazywać przekrwienie, rozrost miąższu, ograniczone podtorebkowe i śródmiąższowe krwotoki, wreszcie ograniczone ogniska martwicze. 5. Jako wewnętrzny warunek prowadzący do pęknięcia, należy uważać: rozciągnięcie torebki wskutek powiększenia śledziony albo śródmiąższowych lub podtorebkowych krwotoków, zmniejszenie odporności torebki przez przejście martwicy miąższu na torebkę. 6. Momentami zewnętrznemi są: uraz w okolicy śledziony, energiczne ruchy ciała, silny kaszel, a nawet nieznaczne uderzenie.

W. Kowalski. Zakrzep przewodu tętniczego (ductus arteriosus) u noworodka. Na wstępie omawia autor zapatrywania na pochodzenie i sposób zamykania się, wzgl. niedrożności, przewodu tętniczego u noworodków. W szczególności autor poświęca więcej miejsca zapatrywaniu Strassmanna, który na podstawie swych badań dochodzi do wniosku, że ważne znaczenie w zarastaniu się tego przewodu ma fałd błony wewnętrznej, jaki istnieje przy ujściu przewodu do tętnicy głównej, powstały dzięki skośnemu przebiegowi tego przewodu względem tętnicy głównej. Po urodzeniu, dzięki wzmożonemu ciśnieniu, prąd krwi tętnicy głównej, naciskając na ten fałd, powoduje przyciskanie jego do brzegów ujścia przewodu tętniczego, który wskutek tego zostaje zamknięty, a dopływ krwi doń z tętnicy głównej powstrzymany. Dostawanie się zaś krwi do przewodu od strony tętnicy płucnej z niskiem ciśnieniem jest bardzo nieznaczne i nie może przeszkadzać zarastaniu przewodu. Zapatrywanie to, zwalczane przez niektórych, znajduje, zdaniem autora, potwierdzenie w przypadku przezeń spostrzeganym i badanym, a dotyczącym noworodka zdrowo urodzonego, który po 6 dniach zmarł dość nagle wśród wysokiej gorączki i drgawek. W moczu stwierdzono ciałka czerwone i białko.

Sekcja wykazała zakrzep, zwisający do tętnicy głównej z przewodu tętniczego, oraz skrzepy pochodzenia zatorowego w obu tętnicach nerkowych; w samej tętnicy głównej ponad ujściem przewodu tętniczego zwężenie wrodzone, sam zaś przewód okazywał początek inwolucji. Mimo istnienia wyraźnej klapy nie przyszło do zamknięcia ujścia przewodu z powodu zbyt małego ciśnienia krwi w tętnicy głównej, wywołanego jej małą ilością poniżej wspomnianego zwężenia. Zakrzep w przewodzie może być następstwem wirów, powstałych z dostawania się krwi do niego z obu tętnic. Tak więc brak ucisku krwi na fałd (ostrogę) przy ujściu przewodu tętniczego spowodował utrzymanie i nadal jego drożności.

Th. Fahr i J. Kuhle. W sprawie zachowania się serca przy wolu i jego zmian przy stanie grasiczno-limfatycznym. Według obecnego stanu nauki zachowanie się serca przy wolu odnoszą do czynników mechanicznych lub toksycznych. Co do pierwszych, to zachowanie się serca może być następstwem zmian w krążeniu żylnem wskutek ucisku wola rozwijającego się wśród klatki piersiowej; są to zmiany w sercu w następstwie przekrwienia żylnego, lub też wskutek ucisku wola na drogi oddechowe, stąd rozstrzeń oskrzeli, rozedma płuc i następowe zaburzenia w krążeniu — jestto t. zw. serce dyspnoiczne. Co do drugiego zapatrywania, to niekorzystnie mają tu działać toksyny, powstające w związku czyto z dysfunkcją, czy też hypofunkcją tarczycy. Pewne światło na pochodzenie zaburzeń ze strony serca przy wolu mogą dać badania histologiczne jego mięśnia, a których dotąd jest niestety jeszcze niewiele. Autorowie przebadali 27 przypadków, z czego 18 serc z choroby Basedowa, a 9 z przypadków wola koloidowego rozlanego. We wszystkich przypadkach Basedowa były zaburzenia ze strony serca, anatomicznie makroskopowo przerost, rozstrzeń, miąższowe zwyrodnienie mięśnia sercowego lub jego szklisty wygląd. W przypadkach wola koloidowego rozpoznawano klinicznie zapalenie mięśnia serca, zwyrodnienie mięśnia serca i toksyczną jego niedomogę.

W tarczycy stwierdzono w Basedowie brodawczakowato gruczolakowe bujanie, skąpy koloid. W drugiej grupie typowy obraz dla wola koloidowego.

Drobnowidowo stwierdzali autorowie w mięśniu sercowym ogniska komórek włóknotwórczych, nacieki zapalne świeższe i starsze okołonaczyniowe, złożone także z limfocytów. Na podstawie tego skłaniają się autorowie do zapatrywania o bezpośrednim wpływie toksycznym wola na mięsień sercowy; nie wykluczają jednak także działania jego na nerwy sercowe, zwłaszcza tam, gdzie po usunięciu wola ustąpiły objawy ze strony serca.

Co się tyczy stanu grasiczno limfatycznego to na 18 przypadków Basedowa u 13 stwierdzili stan grasiczno-limfatyczny, wyrażają jednak zapatrywanie, że i ten stan, a raczej zmiany składające się na ten stan, mogą być również następstwem działania toksycznego, np. na grasicę, powstrzymując jej inwolucję. Badanie serca w 6 przypadkach stanu grasiczno-limfatycznego wykazało w 3 nacieki drobnokomórkowe, a nawet zapalny obrzęk mięśnia. Te zmiany odnoszą autorowie również do działania jakichś ciał toksycznych na mięsień serca. *W. N.* (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Annales de Médecine.

T. X. Nr. 2. 1922.

M. J. Lhermitte. **Moczówka skutkiem schorzenia lejka.** W przypadku wiądu rdzenia spostrzegał autor moczówkę prostą. Pośmiertne badanie drobnowidowe nie wykazało innych zmian w mózgu oprócz wyraźnego schorzenia o charakterze kiłowym w naczyniach i tkance nerwowej lejka i guza popielatego. Zastanawiając się nad możnością istnienia związku przyczynowego pomiędzy schorzeniem lejka a moczówką prostą, i rozważając podane w piśmiennictwie przypadki, przekonuje się autor, że w wielu opisanych przypadkach nie wykonano odpowiednio badania drobnowidowego lejka, i że tam, gdzie badanie to było dość ścisłe, stwierdzano zawsze zmiany w lejku przyrody nowotworowej, kiłowej, gruźliczej lub urazowej, — co przemawia za istnieniem moczówki prostej pochodzenia lejkowego.

P. Sainton, Ch. Richet syn i E. Schulmann. **Właściwości kliniczne i patologiczne pewnych obrzęków zimniczych — obrzęk zimniczy zapalny.** Opisanie dwóch przypadków czwartaczki, w których chorzy mieli znaczne obrzęki skóry bez zajęcia nerek, a z zupełnem wykluczeniem niedomogi sercowej; stosowanie chininy dało wynik leczniczy dobry. Autorowie uważają za przyczynę obrzęków tworzenie się zakrzepów w żyłach i zatorów pasorzytowych. Sądząc, że zdolność wytwarzania obrzęków jest swoistą cechą pasorzytów, nazywają autorowie te obrzęki: »obrzękami zimniczemi zapalnemi«.

D. Daniélopolu, A. Radovici i A. Carniol. **Odruch oczno-żołądkowy i oczno-okrężniczy.** Badając odruchy żołądka, okrężnicy i pęcherza przy ucisku na gałkę oczną, posługiwali się autorowie zgłębnikami kauczukowemi odpowiednich rozmiarów. Na końcu zgłębnika umocowywano pęcherz z cienkiej gumy, tak że przez zgłębnik można go było wydąć, przy ucisku zaś na napełniony pęcherz powietrze zeń wychodzić mogło tylko przez górny koniec zgłębnika. Ten koniec zewnętrzny łączono z igłą, która na kimografie pisała krzywą wahania ciśnienia wewnątrz pęcherza gumowego. Po wprowadzeniu do żołądka lub okrężnicy zgłębnika wydymano pęcherz powietrzem, poczem zewnętrzny koniec zgłębnika łączono z igłą piszącą. Takim sposobem wszelkie kurczenia się żołądka zapisywały się przez zmianę ciśnienia we wprowadzonym doń pęcherzu. Wyniki badań wykazały zgodnie, że po ucisku na gałkę oczną następowało zahamowanie ruchu robaczkowego, zaś w fazie następnej wzmożenie. Co do dróg, któremi odruch ten przenosił się do narządów wewnętrznych, sądzą autorzy, że była to droga włókien nerwu współczulnego i przysympatycznego (parasympatycznego).

C. I. Urechia. **Badanie drobnowidowe w przypadku kiły utajonej układu nerwowego.** Poglądy na wartość dodatniego wyniku odczynów zapalnych, względnie kiłowych w płynie mózgowo-rdzeniowym chorych z bardzo nieznacznemi objawami klinicznemi kiły systemu nerwowego są rozbieżne. Jedni badacze nie stwierdzali w przypadkach takich żadnych zmian kiłowych w mózgu, inni — stwierdzili je. W przypadku opisanym przez autora chory okazywał za życia bardzo nieznaczne objawy kliniczne kiły systemu nerwowego, lecz miał dodatnie odczyny Nonne-Apelt'a, Wassermanna i Meinnicke'go w płynie mózgowo-rdzeniowym. Pośmiertne zaś badanie drobnowidowe wykryło: zapalenie wyściółki, kiłowe zmiany w błonie wewnętrznej małych naczyń i jądro zwyrodnienia włóknistego w gleju. Przypadek więc ten przemawia za tem, że dodatni wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego u chorych z bardzo nawet nieznacznemi objawami klinicznemi przemawia za zajęciem przez kiłę systemu nerwowego.

M. G. Bickel. **O przypadku pierwotnego piorunującego zapalenia opon mózgowych, wywołanego przez dwoinki zapalenia płuc.** W opisanym przypadku zwrócił na siebie uwagę autora fakt, stwierdzany już poprzednio przez licznych badaczy, że w płynie mózgowo rdzeniowym chorego znaleziono ogromną ilość dwoinek zapalenia płuc, zaś bardzo mało ciałek białych. Za względu, iż cechą charakterystyczną tych dwoinek jest zdolność wytwarzania wysięków krzepliwych, sądzi autor, iż brak białych ciałek w płynie mózgowo-rdzeniowym można objaśnić uwięzieniem ich we włóknikowym, skrzepniętym wysięku w przestrzeniach podpajęczynowych.

J. Misiewiczówna (Warszawa).

Deutsches Archiv fur Klinische Medizin.

T. 138. Z. 1 i 2.

A. Lewy. **Studjum krytyczne nad drogami zakaźnemi w zapaleniu miedniczek.** Zastanawiając się nad drogami, jakiemi lasecznik okrężnicy, najczęstszy zarazek wywołujący zapalenie miedniczek nerkowych (w 70% przypadków), dostaje się do miedniczek, autor obala na zasadzie spostrzegających 40 przypadków poglądy klinicystów francuskich i amerykańskich, według których przedostają się bakterje drogą krwionośną. Otóż, w 40 przypadkach poronienia, w posiewie z krwi, jak również moczu, przed i po poronieniu podczas gorączki, Lewy wykrył lasecznika okrężnicy we krwi we wszystkich, a w hodowli z moczu w 24 przypadkach, zaś ani jedna kobieta nie zdradzała objawów zapalenia miedniczek. Również bardzo hypotetyczną wydaje się droga wskazana przez Frankego, mianowicie, połączenie naczyń chłonnych między jelitem wstępującem a prawą nerką. Częsty stan zapalny lewej miedniczki i przewaga tej choroby u kobiet nie zgadza się z tem przypuszczeniem. Pozostaje więc droga zakażenia wstępująca, to jest przez światło cewki moczowej, pęcherza, moczowodu do miedniczki, albo, co tylko doświadczalnie jest stwierdzone, drogą naczyń chłonnych, leżących wśródścienne w pęcherzu i moczowodzie. Na zasadzie doświadczeń nad królikami Martena, Lewina i innych, którzy wykazali, że przy stopniowem napełnianiu pęcherza wraz z falą perystaltyczną, idącą od moczowodu, następuje fala antyperystaltyczna i płyn z pęcherza znów się dostaje do moczowodu, autor przypuszcza, że to samo może mieć miejsce u człowieka. Gdy w pęcherzu znajduje się b. coli, to dzięki wyżej opisanemu mechanizmowi dostać się może do miedniczek i wywołać tam zapalenie. Przyczynę skłonności częstego schorzenia miedniczek autor objaśnia stosunkami anatomicznemi: przedewszystkiem wązkością miedniczki w stosunku do pojemności pęcherza.

Hergt. **Znaczenie rozpoznawcze odczynu Gruber-Widala.** Autor stara się wyjaśnić, jak się zachowują szczepieni ochronnie przeciwko durowi na późniejsze swoiste lub nieswoiste zakażenie. Otóż ze 100 szczepionych po 2 latach tylko 7 dało dodatni odczyn. Pozwala to autorowi twierdzić, że po 2 latach niema prawie żadnej zasadniczej różnicy między szczepionymi przeciw durowi a chorymi; różnica bowiem polega tylko na tem, że u chorych odczyn dłużej pozostaje i miano wzrasta w końcu 2-go i na początku 3-go tygodnia. Ze 100 innych przypadków różnych chorób zakaźnych (nie duru) odczyn Gruber-Widala w 17 przypadkach wypadł dodatnio; dotyczy to przeważnie chorych na grypę i pneumonję; autor objaśnia ten odczyn własnościami aglutynacyjnemi zarazków w tych wypadkach; występowanie danego odczynu różni się od występowania aglutynacji w durze tem, że w tym ostatnim wahania miana są znaczne i sam odczyn trwa dłużej.

Schaeffer-Brieger. **O prądach czynnościowych w mięśniach w ciężkiej postaci myastenji.** Autorzy po dokładnem zbadaniu chorego z myasthenia gravis potwierdzają dane Herzoga o swoistym typie wyczerpania mięśni myastenicznych, t. zw. odczynie myastenicznym. Liczba dwufazowych wahań, a więc liczba podniet unerwiających, nie zmienia się, a tylko wielkość amplitud zmniejsza się z wzrastającem wyczerpaniem mięśni. Co się tyczy umiejscowienia choroby, to autorzy ci uważają, że najprawdopodobniej dotknięty jest obwód mięśnia, nie jest wszakże wykluczone, iż ośrodkowy układ nerwowy bierze też w tem udział. Sprawa ta dałaby się tylko wyjaśnić przy jednoczesnem zapisywaniu prądów odchodzących od nerwu i od mięśnia.

M. Clauss. **Owrzodzenie żołądka.** Po dokładnem omówieniu objawów klinicznych u 100 chorych z owrzodzeniem żołądka autor nie może jednakże ustalić właściwej genezy tej choroby i powtarza stare poglądy na tę sprawę: 1) teorję

nerwową w myśl Bergmanna, 2) zmiany naczyniowe u osób cierpiących na miażdżycę.

Kaznelson. **Spostrzeżenia nad napadami hemoglobinurji i żółtaczki pod wpływem zimna.** Autor omawia dokładnie 2 przypadki: w jednym pod wpływem zimna (zimna kąpiel) występowała hemoglobina w moczu, w drugim zaś nadmiar bilirubiny w moczu, a hemoglobina tylko w surowicy krwi. Hemoliza krwi za pomocą dwuchwytnika Donath-Landsteinera była w obydwóch przypadkach dodatnia. Autor w celach leczniczych stosował hypertoniczne roztwory soli (6%), jak to radzi Bondi i Striesower, lecz skutków w żadnym wypadku nie osiągnął; uważa on, że poronne napady, wyrażone w nadmiarze bilirubiny w moczu, należy zaliczyć do hemoglobinurji; dokładne badania pozwoliły bowiem stwierdzić, że ta bilirubina nie tworzy się w obwodowem krążeniu, lecz w jednym z narządów, czy to wątrobie, czy to śledzionie.

Heyer. **Przemiana azotowa u starców** Autorowi na podstawie szczegółowych badań przemiany azotowej u 4-ch starców (3 mężczyźni i 1 kobieta) nie udało się stwierdzić, że przybywająca ilość białka u podrastających odpowiada ubytkowi białka u starców; kończy wobec tego swą pracę słowami Fr. Muellera, iż dotychczas nie udało się dla takiego codziennego zjawiska, jakiem jest starzenie się i śmierć, znaleźć zadowalającego rozpoznania.

Klein. **O azocie niebiałkowym we krwi w hypertonjach miażdżycowych.** Autor zbadał azot niebiałkowy we krwi 54 chorych na dobrotliwą miażdżycę nerek, (według podziału Vollharda i Fahra). Badania te przeprowadził przeciętnie po 4 razy u każdego chorego i znalazł w $^2/_3$ przypadków zwiększoną ilość azotu (powyżej 50 mg w 100 cm^3 krwi) i to w różnych okresach. Zauważono u tych chorych podczas wzmożonej ilości azotu również niedomogę w stężeniu moczu, oddawanie dużych ilości moczn i częste moczenie w nocy; chorzy ci uskarżali się na bóle głowy, zmęczenie, ogólne osłabienie i bóle w okolicach nerek; ciśnienie krwi było wzmożone. Na zasadzie tych badań autor, zgodnie z poglądami Vollharda i Fahra, przypuszcza, że w hypertonji miażdżycowej występują przejściowo przeszkody czynności nerek, zależne od chwilowego złego ukrwienia (skurczu małych tętniczek nerkowych), zaś w złośliwej miażdżycy nerek przeszkody w funkcji nerek są stałe, zależne od zmian anatomicznych.

Bogendorfer. **O zachowaniu się bakterji tyfusowych wobec czynników bakterjobójczych krwi.** Jak wiadomo, laseczniki durowe w durze brzusznym nie zawsze dają się wyhodować, gdyż prędko ulegają rozpadowi przez siły bakterjobójcze krwi. Autor badał odporność lasecczników i stwierdza, że siła odpornościowa prątków zależna jest od miejsca ich pochodzenia. Najbardziej odpornemi są prątki wyhodowane z krwi, następnie z kału, najsłabiej hodowle laboratoryjne. Autorowi nie udało się stwierdzić różnicy w sile czynników bakterjobójczych krwi podczas przebiegu choroby, jak również różnicy między krwią zdrowych ludzi i chorych na dur brzuszny. *A. Ginzburg* (Warszawa).

Chirurgja.

Berl. Klin. Wochenschrift

Nr. 41.

Relm: **O powodach późnych krwotoków po nacięciu nerki i o sposobach uniknięcia tychże.** Przyczyną krwotoków, występujących w parę dni po operacji i doprowadzających często do zejścia śmiertelnego, są wedle autora zmiany w położeniu nerki. Przy zmianie położenia nerki moczowód może uledz zagięciu, staje się niedrożnym i wobec podwyższenia się ciśnienia w miedniczce nerkowej wytwarza się przetoka moczowa w ranie, co często daje powód do wtórnego zakażenia rany i stwarza warunki do powstawania krwotoku. Drugim powodem krwotoku może być utrudniony odpływ krwi żylnej z organu, z powodu zmiany w jego położeniu. Momentem wywołującym krwotok może być niespokojne zachowanie się chorego lub wczesne siadanie po operacji.

Twierdzenia swe opiera autor na spostrzeganiu klinicznem i na experymentach na zwierzęciu.

Autor poleca po nacięciu nerki wykonać jej zawieszenie (nephropexia) i drainage miedniczki nerkowej i moczowodu na zewnątrz i w kierunku pęcherza moczowego za pomocą o powiedniego cewnika. Przy zapaleniu miedniczki wsuwa autor na cewnik do miedniczki sączek gumowy. Cewnik zostaje usunięty między 6 a 14 dniem po operacji.

Reye poleca do **leczenia erysipelas** pędzlowania co 12 godzin 10%-wą tra jodi off. Leczył tym sposobem 25 przypadków róży z dobrym wynikiem.

Koleszar. Wyłuszczenie **lymphoma submaxillare** od strony jamy ustnej wykonał autor, chcąc uniknąć blizny na szyji. Za operacją przemawia tylko efekt kosmetyczny — przeciw operacji jej techniczne trudności (trudne podwiązywanie naczyń krwawiących w głębi) i możliwość zakażenia rany przez drobnoustroje znajdujące się w jamie ustnej.

Nr. 42.

Sithauer. **O podwiązaniu arteria carotis communis i a. carotis int.** Autor podwiązał w jednym wypadku a. carotis communis i v. jugularis int. z powodu tętniaka postrzałowego. Chory cierpiał przez krótki czas po operacji na bóle głowy — pozatem nie było żadnych objawów ze strony mózgu. W drugim przypadku, z powodu zranienia a. carotis interna podwiązał autor tę tętnicę.

Po operacji chory był przez 15 godzin nieprzytomny, co wytłumaczyć można tem, że $^2/_3$ jednej półkuli mózgowej zostało pozbawione dopływu krwi, poczem wystąpiła 10 dni trwająca motoryczna aphasia — jako jedyny objaw ze strony centralnego systemu nerwowego. Aphasia ustępowała równolegle z poprawą stanu ogólnego chorego, u którego poza znaczną utratą krwi wystąpiła sepsis. W obu wypadkach nastąpiło trwałe wyleczenie. *Laskownicki.*

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXIII. Posiedzenie naukowe z dnia 23 czerwca 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 68.

1) Kol. Szafran przedstawia pięć przypadków martwicy szczęki jako następstwo duru osutkowego. Wiadome jest, że zapalenie szpiku kostnego szczęk, podobnie jak zapalenie w kościach krótkich i płaskich, jest zjawiskiem na ogół o wiele rzadszem, aniżeli w kościach długich. Częściej dotyczy ono żuchwy, niż szczęki górnej. Statystyka kliniki Brunsa, podana przez Trendela, wykazuje, że na 1279 przypadków zapalenia szpiku kostnego zaledwie w 28 iu zachodziło zapalenie szpiku kostnego szczęk i to w 24 przypadkach dotyczyło żuchwy, w 4 zaś tylko szczęki górnej. W przedstawieniu procentowem wypada na 1,9% schorzeń żuchwy, 0,3% schorzeń szczęki górnej. W przypadkach przedstawionych zachodziła martwica kości w jednym przypadku całej żuchwy prawej, w jednym całej żuchwy lewej i wyrostka zębodołowego szczęki lewej wraz z zębami |678, w jednym wyrostka zębodołowego obu szczęk i całej lewej żuchwy, w jednym tylko obu szczęk, z czego szczęki lewej w całości i wyrostka zębodołowego szczęki prawej z zębami 87 |, a w jednym przypadku wyrostka zębodołowego szczęki lewej z zębami |345678. Przy tem zauważyć należy, że we wszystkich przypadkach schorzenie kości szczęk zaczynało się najwcześniej w 5-tym tygodniu, a najpóźniej w dwa miesiące od daty zachorowania na dur osutkowy. Martwica szczęk, jako następstwo zapalenia szpiku kostnego po chorobach zakaźnych, jest zjawiskiem dosyć często opisywanem przy patologji chorób zakaźnych (jak dur brzuszny, cholera, płonica, odra, ospa, błonica i grypa). Żadna z prac mniejszych i większych, omawiająca przebieg i powikłania w czasie choroby duru osutkowego, nie wspomina o możliwości zapalenia szpiku kostnego i następowej martwicy jako powikłania tej choroby. Pojęciem ogólnie dzisiaj panującem jest twierdzenie, że zapalenie szpiku kostnego po chorobach zakaźnych powodują drobnoustroje ropotwórcze, dostawszy się tam drogą naczyń krwionośnych, właściwa zaś choroba zakaźna stwarza dla nich podatne podłoże do ich rozwoju, wywołując zmiany anatomo-patologiczne w szpiku kostnym. Dowodów na to dostarczyły nam badania Weichselbauma, Ponficka, Chiarego, Maloryego i i. Że jednak mamy tak małą stosunkowo ilość schorzeń szpiku kostnego przy tak wielkiej ilości chorób zakaźnych, o najrozmaitszym przebiegu klinicznym, tłómaczy nam częściowo teorja Wassermanna.

Na podstawie badań całego szeregu autorów (Ponfick, Staniszewski, Dąbrowski) nie ulega wątpliwości powstawanie w przebiegu duru osutkowego zmian w szpiku kostnym, które są wywołane typowemi zmianami anatomo-patologicznemi, jakie zachodzą w naczyniach tętniczych. W myśl powyższych wywodów,

w okresie rekonwalescencji po durze osutkowym, przychodziło w danych miejscach do zakażenia wtórnego drogą naczyń krwionośnych. Zakażenia te w dalszym ciągu, z powodu zniesienia sił ochronnych osocza krwi, sprowadziły zapalenie szpiku kostnego z następową martwicą szczęk. Rozmiar zaś martwicy odpowiada rozmiarowi zapalenia szpiku kostnego. (Ar.).

W dyskusji kol. Zalewski wspomina o dość często występującej martwicy kości skalistej przy zajęciu narządu słuchowego na tle duru plamistego. Kol. Cieszyński zaznacza, że przypadki początkującej martwicy szczęki nieraz udaje się leczyć zachowawczo. Udało mu się to w jednym przypadku martwicy występującej przy durze brzusznym przy pomocy szczepionki Dalbeta.

2) Kol. Leńko wygłasza odczyt **„Ocena badań sprawności ner. k"** (okaże się drukiem).

W dyskusji przemawia kol. Marischler, który zaznacza, że poważna część przez mówcę wymienianych badań może być wykonana tylko w szpitalach i w klinikach. Tam gdzie nie ma pracowni, powinno się zwracać uwagę przedewszystkiem na ilość moczu. Chorzy oddają w nocy więcej, w dzień zaś mniej moczu, jak w stanach prawidłowych.

Kol. Franke, opierając się na licznych własnych badaniach, omawia krytycznie wartość kliniczną dla internisty rozmaitych prób używanych do oceny sprawności nerek. Odmawia wartości praktycznej obliczaniu wskaźnika „haemorenalnego", mało wyników korzystnych przyznaje próbom barwikowym (np. indygokarmin, uranina i t. d.). Przypomina przytem badania własne przeprowadzone wspólnie z kol. Mehrerem nad nierównomiernym powrotem czynności nerek przy ostrem ich zapaleniu. Mało miał wyników korzystnych z próbnem podawaniem soli kuchennej i mocznika. Podnosi zaś znaczenie zwłaszcza dla lekarza praktyka próby rozcieńczania i zagęszczania, przy których ocenie wystarczy tylko choćby sam urometr do zorjentowania się w ocenie sprawności nerek badanego przypadku. Wreszcie przytacza swoje ostatnie badania w tej sprawie, które będą później ogłoszone, a dążące do uproszczenia badania sprawności w przypadkach zapalenia nerek, opierające się na obliczaniu t. z. wskaźnika dobowego, $1 = \frac{N}{D}$, przyczem N = wynikom badania moczu nocnego, a D = dziennego. U osobników chorych wskaźnik ten, np. dla ilości moczu, wynosi 0,8. Wspomina w końcu o ogólnej wadzie wielu polskich mówców, którzy uwzględniają tylko obcych autorów i to obszernie, a o swoich zapominają.

Kol. Mehrer jest zdania, że badania nerkowe powinny być podzielone na dwie grupy, na badania służące interniście i badania służące chirurgowi. W drugiej grupie chodzi głównie o ocenę, czy nerka druga po usunięciu pierwszej będzie w stanie sama spełniać wszystkie dla organizmu potrzebne funkcje. Do tego celu oddają chirurgowi dobre usługi n. p. kryoskopia i obliczanie wskaźnika "haemorenalnego", które jak widzieliśmy przedstawiają dla internisty mniejszą wartość praktyczną.

Kol. Allerhand zwraca uwagę, iż autorzy amerykańscy coraz częściej podnoszą w ostatnich czasach związek między zakażeniami ogniskowemi dookoła zębów i w migdałkach a schorzeniami nerek, przedewszystkiem pyelonephritis. Zwłaszcza Rosenow, bakterjolog kliniki Mayów w Rochester, wykonał w tym kierunku liczne prace doświadczalne, któremi stwierdził wyborowe umiejscowienie („elective localisation") paciorkowca zieleniejącego (streptococcus viridans). Wstrzykując mianowicie hodowle tego drobnoustroju uzyskane z ropni wierzchołkowych królikom, otrzymywał u nich zmiany odpowiadające obrazowi pyelonephritis. Ponieważ więc związek etjologiczny między miedniczkowem zapaleniem nerek a ogniskami zakaźnemi w jamie ustnej jest często bardzo prawdopodobny, należy o nim pamiętać i przeprowadzić odnośne badania radjograficzne i bakterjologiczne, by odpowiedniem leczeniem stomatologicznem przyjść z pomocą leczeniu właściwej choroby nerkowej. (Str. wł.).

Helena Schusterówna, zastępca sekretarza.

Lubelskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 marca 1922 r.

Obecnych 14 członków oraz 3 gości.

1. Kol. Biernacki i Jaworski zabierają głos w sprawie redagowania protokułów posiedzeń Towarzystwa wogóle, a w szczególności dwuch ostatnich posiedzeń. Wyjaśnień udzielali przewodniczący, sekretarz i kol. Majewski i Czerwiński.

2. Kol. Biernacki przedstawił chorego z **nowotworem w okolicy skrzyżowania nerwów**.

3. Kol Prezes referował sprawę **legalizacji Statutu Towarzystwa**, uwzględniając żądania, postawione przez Województwo.

4. Kol. Drożdż zdał sprawozdanie z **konferencji w sprawie Izb lekarskich**, odbytej dnia 5 lutego w Warszawie.

5. Kol. Garbaczewski podał **sprawozdanie** ze zjazdu lekarzy i działaczy sanitarnych, odbytego w Warszawie w dn. 28, 29 i 30 stycznia 1922 r. z inicjatywy Zarządu Związku Miast Polskich.

Posiedzenie naukowe z dnia 18 marca 1922 r.

Obecnych 14 członków oraz 5 gości.

1. Kol. Cywiński przedstawił przypadek **choroby Banti'ego**. Odrzuciwszy drogą różniczkowania zimnicę, kiłę, białaczkę, pseudoleukemję, rak, bąblowiec, ropień, zawał i gruźlicę śledziony, omawia rozpoznanie choroby Banti'ego. Przytoczywszy odpowiednie piśmiennictwo, mówca opisuje kliniczny przebieg tej choroby, wskazuje na 3 jej różne okresy i przedstawiony przez siebie przypadek zalicza do okresu pierwszego.

W dyskusji nad powyższą demonstracją zabierali głos kol. Wąsowski, Modrzewski i Sikorski.

2. Przewodniczący odczytuje list Siedleckiego Towarzystwa Lekarskiego, zawiadamiający o zebraniu członków Towarzystwa w dniu 18 marca, oraz list Zarządu Klubu Społecznego z prośbą o przyczynienie się drogą składek do opłacenia orderu „Polonja Restituta", którym został nagrodzony weteran 63 r, Sędzia Wiercieński. Na ten cel doraźnie zebrano 12.000 mk.

3. Kol. Chromiński wygłosił odczyt o **„Wakcynoterapji"**. Nadmieniwszy, że Pasteur pierwszy zastosował osłabione hodowle jako szczepionki uodporniające, mówca omówił teorję Erlicha o czynnej i biernej odporności oraz scharakteryzował właściwości ciał, zawartych w surowicy uodpornionych zwierząt (bakterjolizyny, bakterjotropiny, aglutyniny i opsoniny), oraz obszerniej opisał zjawisko fagocytozy samoistnej i indukcyjnej łącznie z teorją Wright'a o opsoninach. Następnie mówca szczegółowo opisał metodę przyrządzania szczepionek, jej różne modyfikacje (Besredka, Miecznikow, Marie) oraz szczepionek ochronnych (Gabryczewski). Wyliczywszy następnie sprawy chorobowe, które nadają się do leczenia szczepionkami, kol. Chromiński podał zasady wyboru miejsca szczepienia oraz dawkowania.

W dyskusji nad powyższym odczytem zabierali głos kol. Arnsztajn, Wąsowski, Voit, Umiastowski, Garbaczewski, Jaczewski, Cywiński, Sikorski i Modrzewski.

Posiedzenie naukowe z dnia 4 kwietnia 1922 r.

Obecnych 18 członków i 6 gości.

1) Kol. Jaworski przedstawił chorego z **tętniakiem tętnicy udowej**. Dokonano radykalną operację usunięcia tętniaka i nałożono szew naczyniowy.

2. Kol. Modrzewski przedstawił a) mężczyznę lat 63 po dokonanej przed trzema tygodniami **Sympaticoectomji** na lewej tętnicy udowej z powodu starczych zmian troficznych na dolnych kończynach włącznie aż do zgorzeli drugiego palca lewej stopy. Wynik operacji jest dodatni; następnie streścił obecny stan chirurgji nerwu współczulnego; b) historję choroby 62 letniej chorej ze starem, 15 lat istniejącem atonicznem **owrzodzeniem podudzia**, które w niespełna miesiąc po dokonanem przez niego kolistem podwiązkowem cięciu skóry, naczyń i nerwów poniżej stawu kolanowego (*circumvallatio Moreschi — Reclus*), w zupełności się zabliźniło.

3. Kol. Arnsztajn wygłosił odczyt **„O wrzekomem zapaleniu płuc"**, zaznaczywszy, że w praktyce klinicznej rzadko udaje się spostrzegać ostro przebiegającą gruźlicę, mówca przytacza przypadek Sokołowskiego dotyczący krwotocznej formy ostrej gruźlicy i podaje szczegółowo kliniczne objawy tej formy, jej obraz anatomo-patologiczny oraz rokowanie. Przytoczywszy następnie 4 spostrzegane przez siebie przypadki ostrej krwotocznej formy suchot, kolega Arnsztajn podkreśla te różniczkowe objawy, które winny służyć za punkty wytyczne przy rozpoznawaniu będącego w mowie cierpienia.

Dyskusja nad powyższym odczytem odłożona do następnego posiedzenia.

4. Kol. Płaczkiewicz opisał przypadek **nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych**, rozpoznany pod koniec 3-go tygodnia i skierowany do szpitala. Ani czterokrotne zastrzyknięcia nardzeniowo surowicy meningokokkowej, ani stosowana dożylnie utropina, ani autoseroterapja, nie okazały najmniejszego skutku. Chora stale gorączkowała. W ósmym tygodniu choroby przystąpiono do leczenia chorej kąpielami gorącemi sposobem Arnolda. Już po kilku kąpielach zaznaczył się dodatni ich wpływ na sen i apetyt, a po 25-ciu kąpielach osiągnięto stały stan bezgorączkowy i objawy oponowe zginęły. Chora przytyła, siada, chodzi. Odruchy ścięgniste pozostały jednak jeszcze znacznie wzmożone.

W dyskusji nad powyższym przypadkiem zabierali głos kol. Wąsowski, Drożdż i Sikorski.

5. Kol. Drożdż zdawał sprawozdanie Komisji odczytowej w sprawie odczytów publicznych z dziedziny hygjeny.

Jan Modrzewski, prezes. *Stan. Korczak*, sekretarz.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 25 kwietnia 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. W Starkiewicz przedstawił chorego głuchoniemego w wieku lat około 50 u którego stwierdził objawy **choroby Addisona**. Z wywiadów, zebranych na migi, stwierdzono, że choroba trwa od kilku miesięcy. Badanie krwi wykazało wydatną niedokrwistość typu blednicy, pośród ciałek białych względną limfocytozę (36%). Wstrzyknięcie 0,001 i 0,002 adrenalini hydrochlorici nie wywołało u chorego cukromoczu adrenalinowego. Ciśnienie krwi określone przyrządem Riva-Rocci, wyniosło cyfrę normalną 110. W ciągu parotygodniowego pobytu na oddziele szpitalnym poczucie i wygląd chorego uległy znacznej poprawie, waga ciała wzrosła o 3 kg. Poprawę tę S uważa za przejściową i przytacza inny przykład choroby Addisona, zakończony niepomyślnie i stwierdzony sekcyjnie, w którym parokrotnie spostrze-

gano okresy złudnej poprawy i po nich nawroty astenji. Za podstawę cierpienia w przypadku przedstawionym, przebiegającym z lekką gorączką, S. uważa gruźlicę nadnerczy. Terapeutycznie stosowano adrenalsol i arszenik.

W dyskusji prof. Gluziński uważa, że w przypadkach, gdzie z wyjątkiem zabarwienia skóry, błony śluzowej jamy ustnej, niema innych cech, jak obniżenie ciśnienia krwi, zaburzeń kiszkowych, podniesienia ciepłoty, podstawa choroby jest niewyjaśniona. Prof. G. w takich przypadkach przypuszcza jedynie hypofunkcję nadnerczy, analogicznie do hypofunkcji tarczycy.

II. St. Klein przedstawia chorą, 26 lat, z **niedokrwistością złośliwą** po dokonanem przed 9 tygodniami przelewaniu krwi. Chora była zawsze blada, od roku uczuła palenie na języku i na błonie śluzowej jamy ustnej. W grudniu chora przebyła grypę, po której wystąpiło znaczne osłabienie, zupełny brak łaknienia, nadzwyczaj uporczywe wymioty i bardzo obfite miesiączkowanie, których w żaden sposób nie udało się przerwać. We krwi wykryto 1.000.000 krwinek, Hmgl. 25%, obraz mikroskopowy typowy dla niedokrwistości złośliwej. W prawym szczycie objawy zgęszczenia płuc, Pirquet bardzo wyraźny. 11. II. dokonano przetoczenia 350 cm krwi cytrynianowej, wziętej od siostry, po uprzedniem dokonaniu próby aglutynacyjnej. Bezpośrednio po zabiegu wszystkie powyższe objawy zniknęły prawie momentalnie. Chora poczęła obficie jadać, stopniowo stan ogólny wydatnie się poprawił, chorej przybyło w ciągu miesiąca 23 funty, wygląd jest znakomity. Przed tygodniem wróciła normalna menstruacja. We krwi przed tygodniem było 3.680.000 krwinek, Hgl. 70%. W moczu urobilina znikła, zawartość bilirubiny w surowicy krwi (po strąceniu wyskokiem) bardzo widoczna przy próbie Hymans v. d. Berga Z objawów patologicznych, świadczących, że mamy tu do czynienia jedynie z remisją, zanotować należy: lekki obrzęk nóg po dłuższem chodzeniu, bardzo silna indykanurja i indykanaemia (1,5 mg w litrze), wskaźnik barwikowy krwi = 1.0, pewna ilość mikrocytów we krwi oraz achylia gastrica.

Pozatem zwracają uwagę wydatne zmiany w jamie ustnej, na języku, policzkach, wargach i podniebieniu w postaci czerwonych plam nie ostro ograniczonych, jakby obnażonych z nabłonka (*glossitis ulcerosa*, język Huntera). Ze względu na jednostronną gruźlicę płuc (K. ma w obserwacji i 2. podobny przypadek) K. zwraca uwagę na poruszoną w 1906 r. przez prof. Gluzińskiego a ostatnio przez Szczepańskiego (w innej postaci) sprawę związku niedokrwistości złośliwej z gruźlicą. K. nie poruszając na razie sprawy etjologji niedokrwistości złośliwej, która dla niego jest syndromem klinicznym typowym, jest zdania, że o związku etjologicznym mogłaby być mowa wtedy, gdyby udało się jednocześnie z wyleczeniem gruźlicy wyleczyć i niedokrwistość złośliwą.

W dyskusji prof. A. Sokołowski wspomina, że w 80-ych latach zeszłego stulecia w przewlekłej postaci gruźlicy Fidler z Drezdna przetaczał krew z barana. Zabieg ten dawał poprawę.

Prof. Gluziński w ciągu 5 lat spostrzegał gruźlicę przewodu pokarmowego z objawami niedokrwistości złośliwej. Sprawa gruźlicza zaostrzała się i znowu leczyła, ostatnio nawet została zaleczona.

III. Prof. Stefan Dąbrowski **„Wpływ głodzenia na wyjałowienie jelit"**. Mowca przedstawił wyniki pracy dokonanej wspólnie z śp. Drem Stanisławem Kozłowskim nad 13-dniowym głodem, któremu poddał się jeden z uczniów mowcy. Badania zostały przeprowadzone właściwie w tym celu, aby określić sprawność przeróbki białka ustrojowego w głodzie, która się odzwierciedla w ilościowych wahaniach kwaśnych niedopałków białka, zawierających azot i siarkę t. zw. kwasów oksyproteinowych. Ponieważ wysunęły się wątpliwości, czy ta przeróbka nie doznaje zakłócenia przez procesy gnicia w jelitach i ewentualną autointoksykację, przeprowadzono równocześnie badania nad zachowaniem się gnicia w jelitach. Ta sprawa była właśnie tematem odczytu.

Procesy sprzyjające wyjałowieniu jelit istnieją w ustroju w stanie zwykłym. Należy tu szybkie wchłanianie, które postępuje krok w krok za trawieniem, usuwając podłoże dla rozwoju drobnoustrojów, skrobi i wody, i stopniowe wysuszanie masy kałowej w grubem jelicie, ruch robaczkowaty, który nie dopuszcza do tego, aby procesy gnilne i fermentacyjne dochodziły do stopnia szczególnego nasilenia. Ale mimo tych czynników u człowieka w stanie prawidłowym istnieją w jelitach fermentacje węglowodanów i gnicie białka, to ostatnie dopiero w grubem jelicie. Oprócz amoniaku, siarkowodoru, bezwodnika węglowego, wodoru produktów gnicia, są ciała aromatyczne, pochodne kwasów aminowych, tych cegiełek chemicznych, na które rozpada się olbrzymia drobina białka w przewodzie pokarmowym. Mianowicie z tyr zyny powstaje fenol i parakresol, z feniloaminy — kw. benzoesowy, z tryptofanu t. j. z kwasu indolo-aminopropionowego — indol i skatol. Prócz tego na drodze dekarboksylacji, która zachodzi także w czasie gnicia pod wpływem drobnoustrojów, z kwasów aminowych powstać mogą ciała o własnościach zgoła nieobojętnych, jak tyramina z tyrozyny, histamina z histydyny, z lizyny kadaweryna, którą mowca wykrył swego czasu w moczu obok zasady później powtórnie wykrytej przez Kutschera i nazwanej novainą, będącą zresztą jedną z szeregu innych pokrewnych zasad, znalezionych w moczu przez badacza niemieckiego. Wreszcie w czasie procesów gnilnych występują zjawiska redukcji, a świadkami chemicznemi tych procesów są obecność w kale urobiliny względnie sterkobiliny, t. j. zredukowanej bilirubiny oraz koprosteryny, wykrytej przez S. Bądzyńskiego, która jako uwodorniona cholesteryna stanowi stały składnik normalnego kału. Istnienie tych procesów redukcyjnych w większem nasileniu sprawić może, że np. z bismuthum subnitricum, używanego do radjoskopji, wytwarzają się azotyny, które powodują methemoglobinemję, sinicę i nawet zapaść. Za miarę gnicia jelitowego uważano dotychczas ilościowe wahanie ciał aromatycznych w moczu, będące równocześnie miarą wzmożenia lub osłabienia produkcji ciał innych toksycznych nie zawsze jeszcze określonych. W badaniach ograniczono się do określenia ciał aromatycznych związanych z kwasem siarkowym (eterosiarkanów) lub do oznaczenia osobno indoksylu jako ciała, z którego łatwo można otrzymać barwne indygo. Pierwszą ścisłą metodę ilościowego określania indygowych barwików w moczu opracował śp. St. Kozłowski w pracowni prof. Marchlewskiego. Istnieją dwa izomerony barwika indygo: indygotyna i indyrubina, i te się równocześnie znajdują w moczu. Za pomocą metody spektrofotometrycznej oba barwiki mogą być bardzo dokładnie w jednym pomiarze.

W kale głodowym mowca szukał cholesteryny i bilirubiny, które powinny były się pojawić jako dowody jałowości jelit na miejsce zredukowanych ich pochodnych, stanowiących składniki normalnego kału. Wyniki tych badań, ogłoszonych w I t. Rozpraw Akademji Nauk Lekarskich, były następujące:

1. Zawartość kwasu siarkowego związanego z ciałami aromatycznemi, powstającemi w jelitach na drodze gnicia w pierwszym dniu głodu, wynosiła 13% całej siarki obliczonej na H_2SO_4, obniżyła się już w drugim dniu głodu dziesięciokrotnie, 8 i 10 dnia wynosiła 0.25 wzgl. 0.45% całej siarki, podczas gdy w dwu pierwszych dniach żywienia po zaniechaniu głodu ilość jego podniosła się natychmiast do 15—17% całej siarki, obliczonej na kwas siarkowy, t. j. do wysokości zauważonej w pierwszym dniu głodu, kiedy zawartość kwasu siarkowego estrowego była bliska zwykłej.

2. Podobnie było z indykanem moczowym. Gdy ilość jego wyrażona w gramach barwików indyga (indygotyny, indyrubiny) w pierwszym dniu głodu wynosiła 30.8 mgr. na dobę, w drugim 10.4 mgr. w czwartym 1,2 mgr. w 13-ym — 2.6 mgr.

3. Te wyniki uwypuklają się wyraźniej jeszcze w świetle badań kału głodowego na obecność bilirubiny i cholesteryny, które w zwykłym kale istnieją pod postacią uwodornionych pochodnych, mianowicie urobiliny i koprosteryny. Gdy kał z 3 dnia głodu zawierał jeszcze tylko te dwa ciała, podobnie jak kał pogłodowy prawidłowy, to kał zebrany z 4, 5 i 6 dni łącznie zawierał tylko cholesterynę i bilirubinę.

4. Z tych doświadczeń wynika, że gnicie w jelitach ludzi, którzy nie dostają pożywienia, o ile został usunięty z kiszek kał zaległy z czasu żywienia, zmniejsza się ogromnie już w drugim dniu głodu, a w następnych dniach głodu, już począwszy od czwartego dnia głodu, utrzymuje się, nie malejąc. Można by tedy uważać, że począwszy od czwartego dnia głodu stopa gnicia w jelitach tak dalece się zmniejsza, iż osiągamy, praktycznie rzecz biorąc, stan wyjałowienia jelit.

To spostrzeżenie, poparte dowodem ilościowych wahań ciał aromatycznych i jednocześnie zmian natury chemicznej składników kału, pochodzących z żółci, może mieć znaczenie w praktyce lekarskiej, kiedy za pomocą stosunkowo krótkotrwałej głodówki można osiągnąć tak ważne dla ustroju wyjałowienie jelit bez uciekania się do zbyt już licznych, a nie zawsze skutecznych przetworów chemicznego przemysłu lekarskiego.

W dyskusji prof. A. Sokołowski, zaznaczywszy, że badania, przedstawione przez mówcę dotyczyły człowieka zdrowego, zastanawia się, czy podobne głodzenie daje dobre wyniki w durze brzusznym, krwawej biegunce. Jednak dla klinicysty ważne jest, aby wiedzieć, jak długo należy prowadzić głodzenie i kiedy ono zaczyna szkodzić i nie może być dłużej prowadzone. Osiągnięcie wyjałowienia kiszek wobec tego, że środki odkażające kiszki zawiodły, ma dla klinicysty duże znaczenie.

Prof. Gluziński potwierdza, że głodzenie jest metodą leczniczą. Wystarcza głodzić się 3 dni. Badanie nad zastosowaniem głodzenia pobudza do dalszej pracy. Prof. Gl. zwraca uwagę, że wyciągi z kału zawierają substancje, które wywierają wpływ na narząd krążenia i wywołują spadek ciśnienia.

W odpowiedzi prof. Dąbrowski wyjaśnia, że student który poddał się głodzeniu, czuł się podczas głodu źle. Badania wykazały, że ustrój spalał białko doszczętnie przy zapasie tłuszczu. Prof. Budzyński spodziewał się wystąpienia kwasoty, która jednak nie wystąpiła. Nie tylko w jelicie grubem lecz i w cienkiem mogą powstawać związki, które wywierają silny wpływ na organizm. — Prof. D. podkreśla, że wystarcza okr. ślenie indykanu, ponieważ ze spadkiem indykanu spadają i inne składniki (parakresol-bilirubina)

IV. Prof. Orzechowski **„O unerwieniu pozapiramidowem"** (Rzecz ukaże się w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

Dyskusję nad odczytem prof. Orzechowskiego odłożono do następnego posiedzenia.

Sekretarz doroczny, *W. Kowalski.*

Polskie Towarzystwo oto-laryngologiczne we Lwowie.

Posiedzenie z dnia 6 czerwca 1922 r.

Przewodniczy: kol. Zalewski. Obecnych 10

1) Kol. Spalke przedstawia 18-to letniego chorego z **empyema bullae ethmoidalis**. Badanie jamy nosowej wykazało

obecność guza o gładkich ścianach, pod uciskiem zgłębnika lekko się uginającego i wypełniającego całkowicie jamę nosową lewą. Przegroda nosowa znacznie przegięta na stronę prawą. Po usunięciu ściany przedniej guza i wypuszczeniu śluzowo-ropnej cieczy nie osiągnięto jeszcze drożności nosa, która powinna powrócić do normy, gdy się usunie ścianę tylną guza

2) Kol. Reinhold przedstawia chorą z toczniem nosa, który na pierwsze wejrzenie, ze względu na siodełkowatą postać nosa i usadowienie nacieku, można rozpoznawać jako kilak nosa. Obraz gardzieli utrwala w rozpoznawaniu tocznia

3) Kol. Lehm przedstawia:

a) **Rurkę tracheotomijną**, kt ra po odłamaniu się zewnętrznej blaszki poprzecznej **wpadła do tchawicy a stąd do oskrzela lewego**. Wydobył ją przy pomocy tracheoskopii inferior. Ciało to leżało w oskrzelu 5 dni, powodując gwałtowne ataki kaszlu.

b) **Kość wołową**, 3 cm długą, 2 cm szeroką, **wydobytą** na drugi dzień **po połknięciu** za pomocą oesophagoskopji. Po 24 godzinach ostry koniec tkwiącej kości wytworzył już znaczną odleżynę na wysokości chrząstki pierścieniowej.

c) **Kamień** wielkości dużej fasoli wydobyty z **gruczołu ślinianowego** podszczękowego, który dawał objawy nowotworu z przerzutem w gruczole. Wywoływał promieniujące bóle ku uchu i krtani. (a. r.).

Nad przedstawionemi przypadkami wywiązała się żywa dyskusja, w której zabierali głos: kol. Zalewski, Berlstein, Lehm, Skrowaczewski i Spalke.

Posiedzenie z dnia 21 czerwca 1922 r.

Przewodniczy: kol. Zalewski

Na posiedzeniu obecni byli prócz członków uproszeni przez Towarzystwo przedstawiciele władz sanitarnych cywilnych i wojskowych, kierownicy zakładów naukowych uniwersyteckich i rządowych, jakoteż przedstawiciele Towarzystwa stomatologicznego. Posiedzenie to było poświęcone wyłącznie sprawie zwalczania twardzieli. Towarzystwo oto laryngologiczne przedstawiło postulaty w tej sprawie, które znalazły uznanie zebranych. W celu wypracowania memorjału do Władz państwowych wybrano komitet, w skład którego weszli przedstawiciele Towarz. oto-laryngologicznego, władz sanitarnych cywilnych i wojskowych.

A. Dobrzański.

Sprawy zawodowe.

Głos w sprawie Izb Lekarskich.

Uchwalenie przez Sejm nowego ustawodawstwa dla zawodu lekarskiego w Polsce stanowi nową erę dla tego zawodu. Zawód nasz już dawno na zachodzie, a nieco później i u nas, wyszedł bezpowrotnie z patryarchalnych warunków bytowania przez pomnożenie liczby lekarzy i przez uroszczenia ciał zbiorowych państwowych i prywatnych, które dążą do zepchnięcia stanu naszego na niższe szczeble bytowania, odebrania mu istotnych cech wolnego zawodu, uczynienia z jego przedstawicieli urzędników i powolnych sług względem poczynań, nie zawsze zgodnych z najdroższemi przykazaniami naszej deontologji, a czerpiących nieraz natchnienie z przemijających haseł.

Taki stan rzeczy zmusił już dawno zawód lekarski na zachodzie do stawienia czoła rzeczonym uroszczeniom, do usiłowań zorganizowania się i do rewizji dotychczasowej deontologji, do której musiała wejść kodyfikacja dwóch nowych a pierwszorzędnych zagadnień, t. j. obowiązków lekarza względem zrzeszeń i obowiązków lekarza względem własnej korporacji.

Jest atoli rzeczą oczywistą, że najrozumniejsze wysiłki skierowane do zaprowadzenia ładu i dobrego obyczaju wewnątrz zawodu lekarskiego, nie osiągną celu, jeśli nie będą oparte o odpowiednie prawodawstwo oraz o instytucję, obejmującą wszystkich lekarzy bez wyjątku i obdarzoną prawem sankcji względem takich lekarzy, którzy mogliby uchybić godności swego zawodu.

W ten sposób powstał projekt prawa o praktyce lekarskiej i projekt o Izbach lekarskich dla wniesienia do Sejmu, których pierwotna postać znacznie odbiegała od wymogów współczesnego lekarza, jako wzorowana na prawodawstwie państw, których ludność była przywykła do nadmiernej ingerencji władz. Zrozumiano w zawodzie naszym, że nowe prawodawstwo wobec demokratyzacji całego życia musi być nacechowane większym liberalizmem, że wolny stan lekarski chce być odpowiedzialny za to, co się wśród niego dzieje; ale że na to musi korzystać z samorządu, którego dobrodziejstw nie odmawiał prawodawca wolnemu zawodowi adwokata przysięgłego pod najbardziej policyjnemi rządami.

Walka o te zasady w komisji i podkomisji do spraw lekarskich w Sejmie została przeprowadzona przez wybranych delegatów zrzeszeń lekarskich po wyczerpujących i licznych rozprawach. Dzięki wysokiej kompetencji i niesłabnącej energji delegatów osiągnięto wynik korzystny: przeszedł w Sejmie statut Izb Lekarskich o duchu liberalnym, samorządowym, zgoła niepodobny do pruskiego pierwowzoru. Pamiętajmy jednak, że prawo musi mieć skrupulatne i miarodajne organy wykonawcze, aby nie zostało martwą literą lub nie było spaczone Wybory do Władz Izb lekarskich odbędą się jeszcze w roku bieżącym. Czasu na czynności przedwyborcze, na poznanie ordynacji wyborczej, na policzenie sił i na wystawienie kandydatów pozostaje zatem niewiele — pamiętajmy, że wprowadzenie Izb lekarskich w Polsce stanowi erę dla organizacji naszego zawodu;

że każdy lekarz z prawa jest członkiem Izby lekarskiej — nawet wojskowy i urzędnik, o ile praktykuje;

że Izba lekarska broni interesów materjalnych zawodu lekarskiego;

że Izba lekarska stoi na straży czci i godności stanu lekarskiego, a zwalczając objawy niezdrowej konkurencji i fuszerki, będzie dbała o poziom etyczny swych członków;

że jedyną doktryną, jaka przystoi zawodowi lekarskiemu, jest ta, która zgadza się z pielęgnowaniem atrybutu wolności tego zawodu i dąży do podniesienia go pod względem moralnym, intelektualnym i materjalnym.

Wysoki poziom zawodu lekarskiego najlepiej zabezpiecza dobro chorych.

Członek Zarządu Stow. Lekarzy Polskich.

Adam Przyborowski.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd **Bibljoteki Krakowskiego Tow. Lekarskiego** składa uprzejme podziękowanie kol. Glatzlowi z Krakowa za książki ofiarowane Bibjotece.

Lwów.

Na Wydziale lekarskim Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie, w ciągu roku akademickiego 1921/22 odbyło się 129 promocji doktorskich, a nadto 29 nostryfikacji dyplomów doktorskich zagranicznych. W jednym dniu 24 czerwca br. promowało się 14 absolwentów.

Przed wojną najwyższa cyfra rocznych promocji wynosiła 67 (w r. 1911/12). Podczas wojny ilość promocji spadła, w roku 1914/15 do liczby 7, później powoli wzrastając doszła w roku zeszłym do 47, obok 6 nostryfikacji. Jak długo przeto Wydział lekarski we Lwowie istnieje, tak wiele w jednym roku nie promował, a zdaje się, że jest to ilość promocji rekordowa dla wszystkich Wydziałów lekarskich w Polsce. Nawet dawny Wydział lekarski Wileński, za czasów świetnego swego rozwoju z początku XIX stulecia, tak dużo nie promował, bo przeciętnie 100 lekarzy rocznie.

Wedle narodowości na tych 129 promowanych w roku 1921/22 było 93 Polaków, 36 nie podało narodowości; wedle religji było 77 rzymsko-katolików, 52 żydów.

Dar uczonych szwedzkich dla polskich klinik Uczeni szwedzcy z Prof. Holmgrenem na czele ofiarowali w darze klinikom Uniwersytetów w Krakowie, Wilnie, Lwowie, Poznaniu i Warszawie oraz Bibljotece Jagiellońskiej komplety szwedzkich wydawnictw archiwalnych: Acta Oto-Laryngologica, redaguje prof. Gunnar Holmgren; Acta Radiologica, redaguje profesor Gösta Forssel; Acta Gynaecologica Scandinavica, redaguje Prof. Hj. Forssner; Acta Paediatrica, redaguje Prof I. Jundell; Acta Dermato-Venereologica, redaguje prof. I. Almqvist; Acta Chirurgica, redaguje prof. Einar Key. Dar ten wspaniałomyślny umożliwi naszym klinikom korzystanie z cennych wydawnictw szwedzkich i przyczyni się niewątpliwie do nawiązania bliższych stosunków naukowych pomiędzy uczonymi szwedzkimi a polskimi, tem bardziej, że redakcje wyżej wspomnianych czasopism oświadczyły życzliwą gotowość do przyjmomania prac uczonych polskich. Redakcja naszego pisma chętnie podejmie się w tem pośrednictwa.

Dziennik ustaw Rz. P. N. 51 z 11 lipca 1922, zawiera rozporządzenie wykonawcze Ministra zdrowia publ. z 2 czerwca 1922 do ustawy z r. 1920, o ograniczeniach w sprzedaży i spożyciu napojów alkoholowych. Wytwarzanie w kraju i sprowadzanie z zagranicy napojów zawierających ponad 45% alkoholu jest wzbronione. Piwo zawierające do 2.5% alkoholu nie podlega ograniczeniom ustawy. Całkowity zakaz sprzedawania i podawania napojów alkoholowych może nastąpić w danej gminie na zasadzie głosowania powszechnego.

Decydujący wpływ co do wykonania ustawy przyznano komisjom do walki z alkoholizmem, w których skład wchodzą przedstawiciele władzy administracyjnej, Min. zdrowia publ., Ministerstwa skarbu, Rady powiatowej względnie Rady miejskiej oraz przedstawiciele organizacji społecznych, ewentualnie zrzeszeń oświatowych lub współdzielczych.

Redakcja otrzymała: Dr. Stanisław Dobrowolski Nauka położnictwa dla użytku położnych. Dr. W. Kopaczewski Choroby zakaźne i walka z niemi (wyd 2-gie). —Dr. Szczęsny Bronowski. Plan badania klinicznego. Wydanie drugie Kwartalnik kliniczny szpitala Starozakonnych w Warszawie. T. I. Zesz 2. Herman L. Kretschmer: 1) The Surgical Treatment of So-Called Elusive Ulcer of the Bladder. 2) The Treatment of Pyelitis. 3) Abscess of the prostata. 4) Carcinoma of the Bladder with bone Metastases. 5) Spinal Cord Bladders occurring in Pernicious Anemia.

Nr. 32. 6. sierpnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Józef Koliński. Łódź.

Wpływ ubiegłej wojny na choroby oczne.

Przyczynek do etjologji niektórych schorzeń ocznych. Rzecz wygłoszona na I Zjeździe Okulistów Polskich w Warszawie dnia 17 XII 1921 r.

Wojna wywarła wpływ na wszystkie dziedziny życia ludów, a więc i na ich zdrowie, a wpływ ten oświetliło piśmiennictwo lekarskie Zachodu ze stron wielu. Mam zamiar również podzielić się swojemi spostrzeżeniami z dziedziny chorób ocznych z czasu wojny, wyłączając cierpienia pochodzenia urazowego.

Dzięki wojnie niektóre choroby oka stały się częstszemi, miały przebieg cięższy, przybierały złośliwe, rzadko w czasie pokoju spostrzegane, postacie.

Jak wiadomo, w czasie wojny więcej przynoszą szkody i więcej przyczyniają śmierci choroby, niż kule nieprzyjacielskie. To też wszystko to, co sprzyja powstawaniu chorób wogóle, przyczynia się i do rozwoju chorób ocznych. Już na początku roku 1915 skutki wojny były widoczne pod postacią braku wielu środków żywności, a przedewszystkiem tłuszczów. Wskutek szybkiego i niepomiernego podrożenia tłuszczów ludność niezamożna mało ich używała. Takiemuż ograniczeniu uległy i pokarmy białkowe. Odbiło się to wkrótce na zdrowiu ludności, a między innemi i na stanie wzroku. Zaczęły się masowo pojawiać przypadki kurzej ślepoty (*Hemeralopia*). Była to *hemeralopia idiopathica*, bez widocznych zmian wziernikowych, a pojawiała się przeważnie u ludzi niezamożnych; częściej u mężczyzn, niż u kobiet. W czasach głodowych mężczyźni są więcej narażeni na braki aprowizacyjne, a przytem pracują ciężej. Przebieg choroby był zwykle dość ostry; po kilku tygodniach następowała poprawa. Epidemja trwała kilka miesięcy. Ponieważ warunki aprowizacyjne stawały się coraz gorsze, znikanie tej małej epidemji można było objaśnić przystosowaniem się organizmu do braków w odżywianiu. Czy podobna epidemja kurzej ślepoty istniała i w innych okolicach kraju poza Łodzią, nie mam co do tego pewności i o tem nie słyszałem. Że epidemja nie była w zależności od pory roku, ciepłoty, pogody i tp., dowodzi fakt, iż u żołnierzy okupantów w tym czasie nie spostrzegałem przypadków kurzej ślepoty, pomimo to, iż zwracali się do mnie po poradę z innemi cierpieniami oczów. A wiadomo, zaprowjantowanie wojsk niemieckich, przynajmniej na początku wojny, było bardzo dobre.

Drugą chorobą oczną, która w czasie wojny znacznie się wzmogła, była jaskra, (*glaucoma*). Jaskra stała się częstszą, a przebieg jej był ciężki, złośliwy. Przyczyna tego zjawiska jest następstwem przeżyć wojennych. W pierwszych latach wojny, poza trudnościami aprowizacyjnemi, ludność Łodzi żyła w silnem napięciu nerwów. Ciągła groza położenia, niepewność życia i mienia, nie ustające echa armatnich wystrzałów, przemarsze wojsk, połączone z rekwizycjami mieszkań i mienia, aresztami, sądami polowemi i wyrokami, braki aprowizacyjne — wszystko to musiało się odbić na nerwach ludności. Skutki tych warunków wyraziły się w narządzie wzroku pod postacią jaskry, choroby, której przyczyna nawet teoretycznie jeszcze nie jest ustalona. Bez względu na to, jaki jest mechanizm powstawania jaskry, czy jej przyczyną jest zwiększone wewnątrzgałkowe wydzielanie (*Chorioiditis serosa* Graefe'go, neuroza wydzielnicza Donders'a), czy też zmniejszony odpływ nazewnątrz (zarośnięcie kącików tęczówki Knies'a, zgrubienie podstawy tęczy Czermaka i td.), bodźcem do tych zaburzeń jest podrażnienie nerwowe, bez względu na to, czy chodzi tu o nerw trójdzielny (Grünhagen i Hippel), czy spółczulny (Laqueur, Abadie, Adamiuk). Nam, okulistom, codzienne spostrzeganie daje dowody, jak łatwo wpływy moralne mogą wywołać wybuch jaskry ostrej.[1] Te to wpływy moralne w połączeniu z głodem, bezsennością i innemi warunkami ujemnemi, mogą wytłumaczyć wzrost liczby chorych na jaskrę w pierwszych latach wojny, jak to widać z poniższej tablicy, stanowiącej zestawienie chorych oddziału ocznego szpitala miejskiego w Łodzi oraz chorych mojego prywatnego ambulatorjum za czas wojny.

(Oddział oczny w Szpitalu otwarty został w końcu roku 1915).

	Rok	Liczba ogólna chorych	Liczba chorych na jaskrę	Odsetki jaskrowych	Liczba kobiet chorych na jaskrę	Odsetek kobiet chorych na jaskrę	Liczba mężczyzn chorych na jaskrę
Oddz. oczny Szpit. Miej.	1916	146	22	15%	18	86%	4
	1917	168	16	9%	10	63%	6
	1918	200	7	3½%	7	100%	—
	Razem	514	45	8.7%	35	77.8%	10
Ambulatorjum pryw.	1914	1710	14	0.8%	10	71%	4
	1915	2514	28	1.1%	24	86%	4
	1916	2576	50	2%	43	82%	7
	1917	2947	30	1%	21	70%	9
	1918	3083	22	0.7%	15	68%	7
	Razem	12.830	144	1,13%	113	79%	31

Z powyższego zestawienia liczb widzimy, iż odsetek chorych na jaskrę największy był w 1916 roku, i to tak samo w szpitalu, gdzie jaskra stanowi 15% wszystkich chorych, jak i w mojem ambulatorjum prywatnem. W latach przedwojennych jaskra stanowiła 0.7% do 0.8% moich chorych.

Sprawozdanie z działalności oddziału szpitalnego za rok 1916 w całej okazałości oświetla sprawę jaskry wojennej. W roku tym na 146 chorych było 22 z jaskrą. Na 22 chorych jaskrowych było 2 chrześcijan a 20 żydów, a z tych tylko 2 było mężczyzn, a reszta 18 kobiet. Ponieważ z liczby wszystkich 146 chorych było 35 czyli 14% żydów, to stąd wniosek, że więcej niż połowa (57%), chorych ocznych żydów miała jaskrę.

Tych kilka liczb tłomaczy nam przyczyny tak znacznego wzrostu liczby chorych, dotkniętych jaskrą. Chorowali masowo żydzi, znani ze swej nerwowości, kobiety zaś górują pod tym względem nad mężczyznami. W następnych latach wojny nie tylko liczba jaskrowych się zmniejsza, ale również zmniejsza się i odsetek chorych kobiet. I tak, w tablicy moich chorych ambulatoryjnych odsetek chorych na jaskrę kobiet był w 1915 r. — 86%, w 1916 — 82%, w 1917 — 70% a w 1918 — 68%, równolegle z tem, jak procent wszystkich jaskrowych zmniejszył się z 2% do 0.7%.

Jednakże skutki wojny nie tylko zaznaczyły się przyrostem liczby chorych na jaskrę. Równocześnie z powiększe-

niem ilości chorych sam charakter choroby był ciężki, złośliwy. Na 29 irydektomij, dokonanych w 1916 roku z powodu jaskry, w 6 przypadkach po operacji nastąpił wylew krwi do przedniej komory w połączeniu ze znacznemi bólami operowanego oka. Przypadki te jednak miały przebieg pomyślny nawet tam, gdzie cała gałka oczna była krwią wypełniona. Natomiast w jednym przypadku u 33-letniego mężczyzny z objawami jaskry zapalnej, w czasie operacji, natychmiast po otwarciu przedniej komory, nastąpiło gwałtowne wypieranie na zewnątrz gałki: przez rany rogówki i tęczówki i soczewki i ciała szklistego, tak iż doszło do prawie całkowitego wynicowania błon wewnątrzgałkowych (*expulsio*). Chory ten pochodził z nad rzeki Bzury, gdzie w ciągu 5-iu miesięcy znajdowała się linja bojowa.

Nie lepszy, choć odmienny był wynik operacji, w czterech przypadkach jaskry zapalnej u kobiet z mej praktyki prywatnej: u dwu starozakonnych i dwu chrześcijanek. Pierwsza z tych chorych była operowaną przezemnie na obu oczach. Po operacji napięcie gałki się nie zmniejszyło, objawy zapalne z bólami trwały. Chora powoli traciła wzrok i po kilku tygodniach nastąpiła zupełna ślepota. Taki sam był wynik operacji, dokonanej u drugiej chorej w Instytucie Oftalmicznym w Warszawie. Trzecia chora (starozakonna) Gl. wyjechała do Wiednia, gdzie była operowaną przez prof. F. Po czterech tygodniach powróciła również jako ślepa i z bólami zapalnemi, które się powstarzały co kilka dni. Chora ta po kilku miesiącach cierpień zmarła przy objawach zaburzeń sercowych. Nareszcie czwarta chora, starozakonna, była operowaną w Berlinie. Powróciła do Łodzi również jako ślepa z perjodycznie się powtarzającemi bólami, dopóki śmierć, która nastąpiła po kilku miesiącach, nie położyła kresu jej cierpieniom. I tu przyczyną śmierci była niedomoga sercowa, (*angina pectoris vasomotoria*).

Dwa ostatnie przypadki jaskry złośliwej są wskazówką, iż we wszystkich przypadkach jaskry ostrej i zapalnej należy zwracać szczególną uwagę na stan serca i naczyń krwionośnych. Może być, że wtedy w niektórych przypadkach jaskry leczenie przejdzie od nas okulistów do rąk lekarzy chorób wewnętrznych, a może, raczej, do neurologa.

Zbierając powyższe wyniki spostrzeżeń, musimy przyjść do wniosku, że i te masowe, jakby epidemiczne, zapadania na jaskrę i ta złośliwa postać w wielu przypadkach nie jest dorywczym zbiegiem okoliczności. Bo, jak można sobie wytłumaczyć przypadkiem fakt, iż na 50 chorych, było 4 z jaskrą w najwyższym stopniu złośliwą. To są skutki wojny.

Tutaj nasuwa się pytanie: dlaczego dopiero rok 1916 tak się wyróżniał pod tym względem? Wprawdzie w tym roku znajdowaliśmy się w Łodzi pod ciężką okupacją niemiecką. Ale nie było to już oblężenie końca 1914 roku, był to już nie plac boju. Jednakże i w tym roku przeżywaliśmy ciężkie chwile. Przemysł i handel ustał; środków do życia było coraz mniej i te były coraz droższe. Ciągłe rekwizycje, podatki i kary. Rzadko która rodzina znajdowała się w komplecie na miejscu. Ciągłe niepokojące i denerwujące wieści, ciągła niepewność życia i mienia. Tego, zaiste, dosyć, aby u ludzi wrażliwych podtrzymać stałe nerwowe przygnębienie i wyczerpanie psychiczne.

A może do wybuchu jaskry niezbędny jest dłuższy perjod przygotowawczy, półtora czy nawet dwuletni? Wszystkie bowiem przypadki złośliwe datowały się od dłuższego czasu, a przynajmniej, od kilku miesięcy. Opłakane skutki tej epidemji jaskry wystąpiły dopiero w roku 1918. W tym roku z 22 moich prywatnych przypadków jaskry, 12 było zaniedbanych, tak zwanych *glaucoma absolutum*. W tym więc roku, kiedy przypadki świeżej jaskry stały się rzadsze, przeszło połowa zgłaszających się była z jaskrą zaniedbaną. Byli to przeważnie chorzy z roku 1916, którzy, czy to wskutek trudności w komunikacji, czy przeszkód wojennych, albo też niedbalstwa lub ciemnoty doprowadzili stan oczów do zupełnej utraty wzroku. Wprawdzie i innych lat nasza prowincja dostarcza sporo jaskry zaniedbanej, ale to nie w tak znacznym stosunku do postaci świeżych, ostrych czy podostrych lub przewlekłych. I tak w roku 1916 było postaci zaniedbanych tylko 21%, a w 1917 — 19%, a więc nie 50%.

Jak widać z całego referatu, przytoczone fakty spostrzegane były na materjale miasta Łodzi i niezbyt odległej okolicy. Mówię: niezbyt odległej, gdyż dalsze podróże w tamtych latach były albo zupełnie niemożliwe, albo też bardzo utrudnione. Jak się ta sprawa przedstawia w innych okolicach kraju, przy innych warunkach bytowania w ciągu lat wojny, nie mogę powiedzieć, nie posiadając żadnych po temu danych.

Jeśli streścimy wszystko, co tu powiedziałem o jaskrze w czasie ubiegłej wojny, możemy wyprowadzić następujące wnioski:

1. Wojna sprzyja powstawaniu jaskry.
2. Największa liczba chorych na jaskrę przypadała na drugi rok wojny.
3. Ta swojego rodzaju epidemja odznacza się znacznym odsetkiem przypadków złośliwych.
4. W czasie tej epidemji szczególnie wyróżnia się przewaga chorych kobiet nad mężczyznami.
5. Nadzwyczaj jaskrawo występuje przewaga chorych żydów nad chrześcijanami.
6. Jaskra jest jednym z przejawów angioneurozy ogólnej. Jaskra złośliwa występuje wtedy, kiedy przy neurozie naczynioruchowej dotknięte jest serce.

Że ubiegła wojna była źródłem zarazy jaglicą oraz innemi zaraźliwemi cierpieniami spojówki, było do przewidzenia i nikogo nie może dziwić. Wszelkie skupienia ludzi — jak pielgrzymki, pochody, obozowiska i t. p. sprzyjają szerzeniu się tych chorób. To też tembardziej musiało to zdarzać się i w naszej armji, gdzie z konieczności byli przyjmowani do wojska ludzie z wyraźną jaglicą.

Wskutek szybkości formowania armji żołnierze nie mogli być zaopatrzeni w dostateczną ilość bielizny i pościeli. Wszystko to sprawiło, iż dużo zmobilizowanych żołnierzy powróciło do domów z nabytą na wojnie jaglicą.

Tu należy dodać, iż wielu poborowych samowolnie zarażało się jaglicą, a nawet zapaleniem rzerzączkowem, aby się uwolnić od wojska. Często kończyło się to utratą jednego a niekiedy i obu oczu.

Faktem jest niezaprzeczonym, że ubiegła wojna znacznie powiększyła u nas w kraju liczbę chorych na jaglicę. Ubiegła wojna stała się roznosicielką wszelkich chorób zakaźnych, a więc duru, czerwonki, cholery i t. p. Z tych chorób dur powrotny miał pewne znaczenie w szerzeniu się chorób ocznych. Dur powrotny, stały towarzysz duru osutkowego, był częstym gościem tak w wojsku, jakoteż pomiędzy ludnością cywilną. Powikłania ze strony oczu przy durze powrotnym w czasie tej wojny były dość częste i występowały przeważnie pod postacią zapalenia jagodówki. Powikłanie to trwało zwykle kilka miesięcy i przeważnie kończyło się wyzdrowieniem. O częstości jego mało jest danych. Według moich spostrzeżeń, na początku była ona daleko częstszą, niż później, ku końcowi wojny. Tu możnaby jeszcze zarejestrować cierpienia oczów, jako powikłania duru osutkowego i kiły. Powikłania te były jednak dość rzadkie i nie miały poważniejszego znaczenia.

Dr. W. Falgowski, klin. kob. Poznań.

O operacyjnem leczeniu tyłozgięcia macicy.

(Dokończenie)

III.

Trzecia kategorja obejmuje takie przypadki, gdzie prócz wadliwego położenia zachodzi jeszcze rozdarcie pochwy lub krocza. Są to kobiety, które prócz przesunięcia macicy mają mniej lub więcej wybitne opadnięcie pochwy i zwykle także macicy. Oczywiście może być prócz tego macica powiększona z powodu zapalenia i z jakiego innego powodu. Już dla tego samego trzeba czasem otworzyć jamę brzuszną przez pochwę i zmniejszyć macicę.

I tutaj możnaby łatwo być skłonnym do wykonania całej operacji przez pochwę ze względu na to, że jestto operacja krótka i prosta. Trzebaby więc po plastycznej operacji i, o ile tego potrzeba, po zmniejszeniu macicy przy-

szyć trzon macicy do pochwy. Dla kobiet, zdolnych do zapłodnienia, miałaby operacja ten sam szkodliwy wpływ, o którym była mowa pod II., mianowicie byłyby one w razie zajścia w ciążę narażone na poronienie albo na bóle.

Ale i z innych powodów nie przedstawia dla tych przypadków przyszycie trzonu macicy do pochwy idealnej operacji Przy opadnięciu trzeba bowiem koniecznie zmienić oś opadową w ten sposób, aby ciężar tłoczącej na dół macicy przełożyć do tyłu, a więc do guzicy, względnie do tylnej okolicy krocza. Bez takiego przełożenia punktu ciężkości macicy nie można, mojem zdaniem, myśleć o stałem usunięciu opadnięcia. O ile bowiem dno miednicy było wiotkie i mięśnie pochwy i krocza porozciągane albo rozdarte, nie dało w moich przypadkach przyszycie trzona macicy do pochwy pożądanego rezultatu. Najdokładniejsza plastyka porozdzieranych mięśni nie wystarczyła, aby stale przeciwdziałać ponownemu opadnięciu macicy i zapobiedz nawrotowi. Przyznać się nawet muszę, że z 16 w ten sposób operowanych przypadków, z których 9 spostrzegałem później, nastąpił jeden raz nawrót. Jedna z kobiet, która nie dostała nawrotu, zaszła w dwa lata później w ciążę. Obecnie jest ona w 6 miesiącu ciąży i odczuwa chwilami ciągnięcie w brzuchu, które z pewnością występuje z powodu przyszycia trzonu macicy do pochwy. Macica leży prawidłowo. Wiek kobiet, które przeszły operację tego rodzaju, wynosi 30—56 lat. Dwie z kobiet dręczyły rok cały po operacji znaczne dolegliwości. Cystoskopijnie stwierdzić było można zapalenie okołopęcherzowe. Zapalenia pęcherza nie było.

Na podstawie moich dalszych doświadczeń przyszedłem do przekonania, że żadna inna metoda operatywna nie jest w stanie w tak idealny sposób zmienić kierunek ciągnienia prostopadle na dół tłoczącej i opadniętej macicy, jak operacja Alexander Adamsa. Okrągłe więzadła maciczne nie działają przy tem tak bardzo przez swą siłę ciągnienia, a zatem przez swe silne włókna, lecz, jak ster okrętu, dają kierunek dnu macicy, które ciągną naprzód w ten sposób, że macica całym swym ciężarem z powodu zmienionej osi podłużnej nie tłoczy na pochwę, lecz na okolicę guzicy i tylną część krocza.

Czynnikiem **powstrzymującym** jest zatem dno miednicy, które przez operację przedwstępną trzeba doprowadzić do stosunków prawidłowych. Czynnikiem **kierującym** są obydwa żagle okrągłych więzadeł macicznych.

Pouczony dwoma złemi wynikami i wielu nawrotami, o których pisano z innej strony, kierując się myślą, powyżej opisaną, nie próbowałem już później, przy wadliwem położeniu macicy, połączonem z opadnięciem, wykonać całą operację przez pochwę. Przeciwnie skracam teraz po dokładnej plastyce części pochwowej macicy, pochwy i krocza okrągłe więzadła maciczne z góry i osiągnąłem w ten sposób jaknajlepsze wyniki.

Z 32 w ten sposób operowanych przypadków spostrzegałem 16 dokładnie i stwierdziłem, że ani razu nie zaszedł nawrót, i że wszystkie były wolne od dolegliwości. Cztery z tych kobiet zaszły później w ciążę. Trzy porodziły prawidłowo żywe dzieci. Czwarta z kobiet jest obecnie w 8. miesiącu ciąży. Dotychczas nie wystąpiły u niej żadne chorobowe objawy.

Wiek w ten sposób operowanych kobiet waha się pomiędzy 28. i 52. rokiem. Większą część stanowią osoby, zmuszone w życiu prywatnem do ciężkiej pracy. Zrobiłem doświadczenie, że powyżej opisana metoda nadaje się najlepiej dla klasy roboczej ludności, gdyż zapobiega powstaniu nawrotów. W naszej dzielnicy, gdzie mianowicie wiejskie kobiety rodzą często, i gdzie opadnięcia macicy są rzeczą nierzadką, tem więcej, że kobiety te po porodzie oszczędzają się przez czas zaledwie krótki, wydaje operacja ta dobre i błogosławione wyniki. Zdaje się, że rzecz ma się tak samo z kobietami, pracującemi w fabrykach. Co do tej części ludności, która przeważnie zabezpieczona jest w kasach chorych, to nie mam dostatecznego doświadczenia. Dodać jeszcze muszę, że ważną i konieczną jest rzeczą, aby chorym przed opuszczeniem kliniki przepisać dobrze leżącą t. j. podług miary zrobioną opaskę brzuszną, którą operowana przez dłuższy czas po operacji nosić powinna.

IV.

Z tego, co powiedziałem, wynika, że skróceniu okrągłych więzadeł macicy przypisuję przy operacyjnem leczeniu tyłozgięcia macicy wielką, niczem nie dającą się zastąpić wartość leczniczą. Istnieje wprawdzie pewna sprzeczność pomiędzy cienkością okrągłych więzadeł z jednej strony, a z drugiej strony ich sprawnością, po której się spodziewamy, że macicę utrzyma w prawidłowem położeniu. Sprzeczność ta jest jednak tylko pozorną, gdyż, jak już mówiłem przy opadnięciach, nie polega czynność okrągłych więzadeł na tem, aby **podtrzymywać** albo **podnosić** macicę, lecz jedynie na tem, aby **dno macicy ciągnąć na przód** i podać kierunek tłoczącej osi macicy. O ile nie ma przy trzonie macicy zrostów, i o ile części pochwowej macicy nie przytwierdzają z przodu sprawy patologiczne, ustawia się macica swoją osią podłużną poprzecznie nad otworem pochwowym W tem położeniu utrzymuje ją stale ciśnienie jamy brzusznej. Temu ciśnieniu z góry, przeciwdziała z dołu dno miednicy, które o ile jego mięśnie nie są uszkodzone — razem z tkanką łączną i mięśniami, stanowiącemi przytwierdzenie macicy z boku, utrzymuje macicę w prawidłowem, ruchomo-elastycznem, ukośno strzałkowem, łukowato zgiętem położeniu.

Osobne stanowisko zajmują przypadki zaburzeń rozwojowych, polegających na tem, że już od urodzenia część pochwowa macicy jest przysunięta i przytwierdzona do przedniej ściany pochwy. Przednie sklepienie pochwowe jest w tych przypadkach z natury rzeczy złe, albo wcale nie rozwinięte. Tutaj sama operacja według Aleksander-Adamsa byłaby zupełnie bezskuteczna. W tych rzadkich przypadkach trzeba najpierw usunąć zaburzenie rozwojowe t. z. część pochwową macicy razem ze szyjką za pomocą plastycznej operacji odłączyć od przedniej ściany pochwowej. Innemi słowy trzeba najpierw zrobić sztuczne przednie sklepienie pochwowe i tem samem usunąć przytwierdzenie części pochwowej macicy do przedniej ściany pochwy. Dopiero po wykonaniu tej operacji wstępnej skraca się okrągłe więzadła maciczne. W ten sposób można wyleczyć nawet te przypadki, które zresztą spotyka się rzadko. Dwie tego rodzaju operacje, wykonane przezemnie, miały wynik korzystny. Były to przypadki z miesiączkowaniem bolesnem, które znikło prędko po operacji. Czy i zachodzącą równocześnie bezpłodność zdoła usunąć operacja, nie da się jeszcze orzec ze względu na to, że obserwacja trwa za krótko. Wiek chorych wynosi 24—27 lat.

Już dawniej w pracy mej [1]) o wyniku badań cystoskopowych po gynekologicznych operacjach wykazałem, że po przyszyciu trzonu macicy do pochwy lub do ściany brzusznej i po wszczepieniu macicy pomiędzy pęcherz i pochwę pozostają często objektywnie dające się stwierdzić zmiany w pęcherzu, które w okresie wyzdrawiania, a także i później wywołują silne bóle. Te zmiany w pęcherzu polegały w większej części przypadków na tem, że w około pęcherza potworzyły się pasma, co zresztą łatwo sobie wytłumaczyć, ponieważ przez taką operację przytwierdza się sztucznie macicę w bezpośrednim sąsiedztwie pęcherza.

Sieber stwierdził daleko posunięte zmiany w pęcherzu, a nawet stałe zaburzenia po przyszyciach macicy do pochwy. Co do moich przypadków, operowanych w 6 latach, to obliczyłem, że 11% przechodziło po przyszyciu trzonu macicy do pochwy zaburzenia pęcherzowe. Z tego wynika, że wszystkie operacje, ustalające bezpośrednio macicę, przy których szwy zakłada się przez macicę, wykazują większą **chorobliwość** niż operacja Aleksander-Adamsa. **Stan pęcherza** po operacjach, poprawiających położenie macicy, powinno się mojem zdaniem wiele więcej uwzględniać w statystykach i także podług tego oceniać wartość poszczególnych operacyj. Żądanie to postawiłem już na Kongresie ginekologicznym w Petrogradzie i ponowię je na przyszłym Kongresie w Nowym Jorku.

[1]) Zeistschrift für gynaekol. Urologie 1909 Nr. 5. Tom I.

Po przytwierdzeniu macicy do ściany brzusznej, operacji, której osobiście nigdy nie wykonuję, widziałem raz w r. 1910 poronienie, które dokładnie mogłem obserwować. Rzecz jasna, że wywołało je przytwierdzenie macicy do ściany brzusznej. W czwartym miesiącu ciąży wystąpiły silne bóle brzucha w okolicy przytwierdzającej bliznę. Ustały one dopiero po urodzeniu płodu w końcu 5 miesiąca ciąży. Ponieważ przydatki były niezmienione, nie było można znaleźć innego wytłómaczenia dla bólu, jak przebytą operację, która jest nielogicznem, bo zupełnie niefizjologicznem przytwierdzeniem macicy, jeżeli szwy przytwierdzające bieżą bezpośrednio przez mięsień macicy, tak jak było w tym przypadku.

Prócz tego stwierdziłem, że i bez zajścia w ciążę jest przytwierdzenie macicy do ściany brzusznej często powodem różnych dolegliwości i zrostów. Ponieważ aż w dwóch przypadkach musiałem sztucznie rozluźnić dawniej wykonane sztuczne przytwierdzenie, zrozumie każdy, że osobiście odczuwam pewną niechęć do przyszycia macicy bezpośrednio do ściany brzusznej (mam tu wciąż na myśli ventrifiksację).

W przeciwieństwie do wszystkich macicę bezpośrednio przytwierdzających i unieruchomiających operacyj uznaję, mówiąc ogólnie, tylko jeden sposób poprawienia położenia, opierający się na prawidłach fizjologicznych t. j. skrócenie okrągłych więzadeł. Ono też daje najlepsze szanse co do wyleczenia stałego. Macica pozostaje po tej operacji ruchoma i swobodnie zawieszona a przytem ani macica, ani inne narządy sąsiednie — mianowicie pęcherz — nie doznają żadnego uszkodzenia przez sztucznie stworzone zlepy i zrosty.

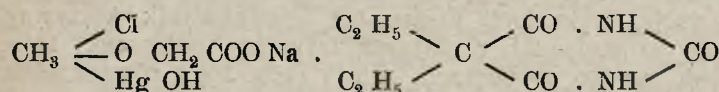
Z praktyki.

Dr. Otmar Reiner. Wiedeń.

Ze spostrzeżeń nad nowasurolem jako środkiem moczopędnym.

Z I go oddziału chorób wewnętrznych szpitala kupiectwa wiedeńskiego we Wiedniu.
(Prymarjusz Prof. H. Schuz).

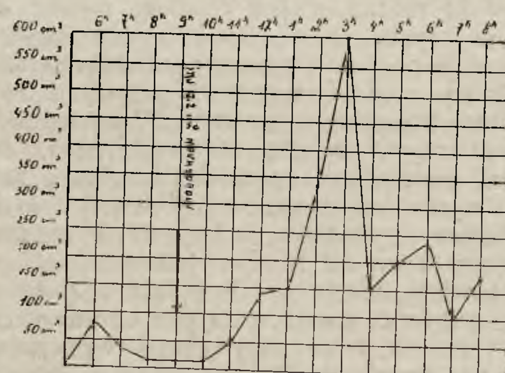
Novasurol jest to rozpuszczalne połączenie rtęci o składzie chemicznym:



Środek ten wyrabiany przez firmę Bayer — został oddany do rąk lekarzy, jako lek przeciwkiłowy, a stosowany jako taki przez Saxla, okazał też własności moczopędne. Saxl też pierwszy opisał jego własności moczopędne. Fabryka dostarcza tego środka w ampułkach zawierających 1,2 cm^3=0,041 Hg i 2,2 cm^3=0,075 Hg.

Novasurol wstrzykujemy wśródmięśniowo w ilości 2,2 cm^3, najlepiej w pośladki. Zaznaczyć tu muszę, że nigdy nie zauważyłem nacieków, nigdy też chorzy nie skarżyli się na bóle w miejscu wstrzyknięcia. Haggeney podaje, że stosował novasurol śródżylnie, a to szczególnie wtedy, gdy obawiał się utrudnionego wchłaniania novasurolu przy obrzęku w okolicy pośladków, i twierdzi, że środek ten, i w ten sposób stosowany, znoszą chorzy zupełnie dobrze. Wstrzykiwaliśmy novasurol co drugi dzień, stosując go w przypadkach niewyrównanych wad serca, niedomogi mięśnia sercowego z następowemi obrzękami zastoinowemi i przesiękami, a szczególnie przy *aortitis luetica* z niedomykalnością zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej. Haggeney używał też novasurolu w nephrosis, tak kiłowej jak i amyloidowej, czego myśmy nie robili, bo do rzadkości należą czyste postacie zwyrodnienia kanalików nerkowych, a przy schorzeniu kłębków, jak wiemy od dawna, rtęć jest przeciwskazaną. W przypadkach tych przekonaliśmy się, że pędzenie moczu po novasurolu wzmagało się nawet tam, gdzie nie pomagały środki takie jak digitalis, teophylina, diuretyna, thyreoidyna i odpowiednia djeta. Doświadczalnie przekonaliśmy się, że pędzenie moczu wzmaga się znacznie po wstrzyknięciu novasurolu także u chorych bez wszelkich obrzęków, przesięków lub wysięków. W wielu wypadkach mogliśmy zauważyć, że chorzy z obrzękami po wstrzykiwaniach novasurolu tracili na wadze więcej, aniżeliby to odpowiadało wydalonej ilości moczu, w czem nasze spostrzeżenia zgadzają się ze spostrzeżeniami Saxla, i stąd zgodnie z nim przyjąć musimy, że pod wpływem novarusolu mamy do czynienia z większą „*perspiratio insensibilis*".

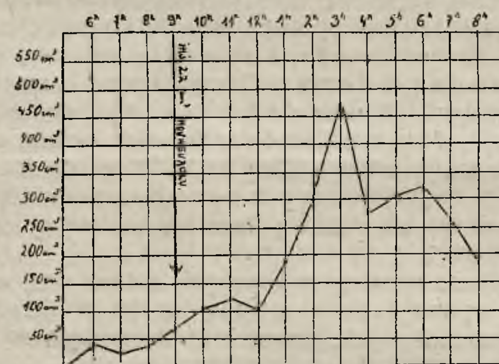
TABLICA I.



Chory S. z *aortitis luetica i insuffic, valv. aortae decomp*, u którego przez 3 dni przed injekcją novarusolu wyniosła dobowa ilość moczu po 700 cm^3.

W nocy wynosiła ilość moczu 750 cm^3 t. j. przez 24^h = 2.800 cm^3.

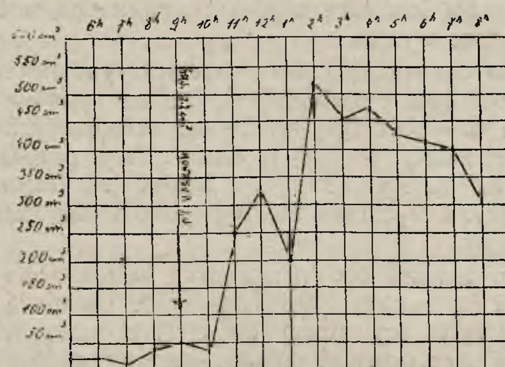
TABLICA II.



Chora K. z *insuffic. valv. mitr. decomp.*, u której przez 3 dni przed injekcją Novasurola wynosiła dobowa ilość moczu po 400 cm^3.

W nocy wynosiła ilość moczu 1200 cm^3 t. j. przez 24^h = 5040 cm^3.

TABLICA III.



Chora M. z *Emphysema pulmonum, Arteriosclerosis univ. Myocarditis chron, Hydrops universali*, u której przez 3 dni przed injekcją Novarusolu wynosiła dobowa ilość moczu po 500 cm^3.

W nocy wynosiła ilość moczu 950 cm^3 t. j. przez 24^h = 4:85 cm^3.

Dla przykładu podaję tu kilka krzywych, ilustrujących pędzenie moczu po novasurolu i zaznaczam, że ilość moczu u tych chorych wynosiła przed zastosowaniem novasurolu około 300 – 600 cm^3 na dobę.

Z krzywych tych wynika, że pędzenie moczu szybko się wzmaga i dochodzi swego szczytu w 6 godzin po wstrzy-

knięciu novasurolu. U wielu chorych zauważyć można było zwiększone pędzenie moczu i także na drugi dzień po wstrzyknięciu; ilość dobowa moczu wynosiła tu około 1000—1500 cm^3. Na trzeci dzień po wstrzyknięciu działanie novasurolu nie uwidoczniało się więcej i dopiero następne wstrzyknięcie zwiększało ilość moczu, która naturalnie w miarę ustępowania obrzęków i przesięków stawała się coraz mniejszą.

Z pośród kilkudziesięciu bardzo dokładnych spostrzegań nie wybrałem powyższych przykładów, jako szczególnie charakterystycznych, bo prawie wszystkie przypadki wykazują podobne zachowanie się po wstrzyknięciach. Są jednakże chorzy, u których novasurol pędzenia moczu nie wzmaga i to chciałbym szczególnie zaznaczyć, gdyż o ile pędzenie moczu nie wzmaga się, a środek stosuje się dalej, to zauważyć się dają objawy zatrucia rtęcią takie, jak *stomatitis i colitis*, objawy te jednakże mijają wkrótce, skoro się novasurol odstawi na czas, i nie pozostawiają żadnych poważnych następstw. Objawów krwiomoczu po wstrzyknięciach novasurolu nie zauważyłem nigdy, choć objawy zatrucia spostrzegałem u chorych z białkomoczem zastoinowym. Chorym, u których wystąpiło rtęciowe zapalenie dziąseł lub okrężnicy lub obie te sprawy razem, po ustąpieniu zatrucia podawałem novasurol dalej i przekonałem się, że diureza wzmagała się w podobny sposób, jak wykazują krzywe, i że przy następnych wstrzykiwaniach objawy zatrucia często już się nie powtarzały. Sądzę, że te objawy zatrucia, które, choć rzadko się zdarzają, nie są tego rodzaju, by obawa przed nimi kazała nam novasurol uważać za środek niebezpieczny i nieodpowiedni, a to szczególnie dlatego, że objawy te szybko i bez następstw mijają, a także dlatego, że w novasurolu posiadamy środek moczopędny, działający nawet w tych wypadkach, w których inne środki lecznicze bezwzględnie zawodzą. Na podstawie moich doświadczeń doszedłem do przekonania, że chorzy, u których wystąpiły objawy zatrucia rtęcią, następne wstrzyknięcia znoszą często dobrze, co tłumaczę sobie w ten sposób, że tolerancja dla rtęci podniosła się. Po pierwszem wstrzyknięciu novasurolu nie widziałem u żadnego z moich chorych objawów zatrucia. Zatrucia takie mogłyby wystąpić, lecz byłyby według mego zdania tylko dowodem idiosynkrazji do rtęci, której przecież nigdy przewidzieć nie można, a z którą liczyć się musimy przy stosowaniu wogóle każdego środka rtęciowego.

Ostatnio opisał Marlinger przypadek śmierci po novasurolu. Według mego jednakże zdania związku między novasurolem a śmiercią autor wcale nie udowodnił. Chodziło mianowicie o chorą, która z powodu kiły przechodziła już cały szereg leczeń przeciwkiłowych, a także jakieś leczenie przed zgłoszeniem się do Marlingera. W tym czasie chora ta skarżyła się na częste bóle głowy. Badanie układu nerwowego nie dało żadnych przedmiotowych wyników; płynu mózgowordzeniowego Marlinger nie badał. Autor zastosował wstrzyknięcie novasurolu i na 5-ty dzień potem został zawezwany do chorej, u której stwierdził sztywność karku, kloniczne drgawki twarzy po stronie prawej i nieprzytomność. Objawy te następnego dnia ustąpiły, na drugi dzień jednak znowu powróciły wraz z drgawkami klonicznemi twarzy, powtarzającemi się co 15 minut. W tym stanie chora tego samego przedpołudnia zmarła. Sekcji nie wykonano. Dodać należy, że Marlinger stwierdził u chorej ciepłotę 39^0 C. Na podstawie tych objawów rozpoznaje Marlinger *Encephalitis haemorrhagica* po wstrzyknięciu novasurolu, jako powód zejścia śmiertelnego. Pominąwszy to, że rozpoznanie *Encephalitis haemorrhagica* wcale nie należy do łatwych i że do postawienia go nie wystarczy dziś samo oglądanie chorego, zauważyć trzeba, że odniesienie wyżej opisanego przypadku śmierci do wstrzyknięcia novasurolu wydaje mi się trochę za śmiałe. Zauważyć też muszę, że przeglądając piśmiennictwo dotyczące otruć rtęcią nie spotkałem się z tem, by rtęć wywoływała *Encephalitis haemorrhagica*. Nie spotkałem się też nigdzie w piśmiennictwie o *encephalitis haemorrhagica* z podaniem, by etjologicznym jej momentem było zatrucie rtęcią. W przypadku Marlingera zaszła zapewne śmierć z powodu *meningitis luetica*, choroby bardzo rzadkiej lecz znanej, lub śmierć z powodu jakiegoś ogniska kiłowego w mózgu, które pod wpływem energicznego leczenia przeciwkiłowego świeżo powstało lub jako przedtem istniejące teraz dopiero się ujawniło, o ile powodem śmierci nie była wogóle jakaś choroba zakaźna, co rozstrzygnąć dałoby się tylko przez badanie płynu mózgowordzeniowego za życia, lub przez sekcję zwłok, czego jednak Marlinger nie zrobił.

Co do sprawy mechanizmu pędzenia moczu po wstrzyknięciu novasurolu, to dają nam pewne wyjaśnienia badania Saxla i Heiliga, którzy starali się wykryć punkt zaczepienia działania novasurolu. Nie mogę tu dokładnie opisywać doświadczeń Saxla i Heiliga, chcę tylko nadmienić, że z badań ich wynika, że NaCl i H_2O po wstrzyknięciu novasurolu bardzo szybko wydzielają się przez nerki. To wydzielanie nie jest zależne od zawartości NaCl i H_2O we krwi, natomiast zależy od zwiększenia się ilości NaCl w tkankach, względnie w cieczy tkankowej i przesiękach, i od uwolnienia w nich H_2O. Obaj ci badacze znaleźli pod wpływem novasurolu zwiększoną ilość NaCl w moczu, a równocześnie zmniejszoną ilość NaCl w krwi i zwiększoną ilość NaCl w przesięku. Ta zwiększona ilość NaCl w tkankach jest według Saxla i Heiliga głównym regulatorem wydzielania NaCl przez nerki. Ponieważ w tkankach względnie w cieczy tkankowej pod wpływem novasurolu uruchomiony zostaje chlorek sodu, dlatego nerka wydziela więcej NaCl. Nerka ma otrzymać rozkaz wydzielania NaCl z tkanek, a ponieważ na energiczny ten rozkaz odpowiada nerka szybkiem wydzielaniem NaCl, dlatego krew ubożeje w NaCl, który tylko powoli z tkanek przejmuje. Podobnie jak NaCl zachowuje się H_2O. Na mocy tych badań dochodzą Saxl i Heilig do przekonania, że punkt zaczepienia działania novasurolu nie leży ani w krwi, ani w nerce, tylko poza niemi, w tkankach.

Zbierając to wszystko, co o novasurolu napisałem, powiedzieć musimy, że przez wprowadzenie novasurolu wzbogacony został nasz zapas środków leczniczych, gdyż novasurol działa tam, gdzie inne środki moczopędne nie działają. Skoro się dokładnie bada ilość moczu i odstawia novasurol natychmiast, skoro diureza się nie wzmaga, to stosowanie novasurolu nie jest połączone z żadnem niebezpieczeństwem dla chorego.

Sporadycznie występujące objawy zatrucia w postaci *stomatitis* i *colitis mercurialis* ustępują bez następstw, skoro się novasurol natychmiast przestaje podawać, z drugiej jednak strony podawany następnie tym samym chorym novasurol jest zwykle dobrze znoszony, co jest dowodem zwiększonej tolerancji dla Hg, względnie przyzwyczajenia ustroju.

Przedewszystkiem wskazany jest novasurol przy wadach serca w okresie niewyrównania z obrzękami i przesiękami szczególnie przy *aortitis luetica* z niedomykalnością zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, a także przy wszystkich niedomogach mięśnia sercowego z następowemi objawami zastoinowemi, oprócz tej niedomogi, która wywołana jest przez zapalenie nerek.

Przy stanach zwyrodnienia kanalików nerkowych, a więc nephrosis, nie radziłbym używać novasurolu, chyba tylko przy *nephrosis luetica* i to tylko wtedy, gdy na mocy bardzo dokładnych badań zyskało się pewne zupełnie przekonanie, że proces chorobowy nie uszkodził w zupełności kłębków nerkowych.

Piśmiennictwo:

Haggeney: Novasurol als Diureticum. Mediz. Klinik Nr. 2 z roku 1922. — Nonnenbruch: Müncher Med. Woch. Nr. 40 z roku 1921. — Saxl: Wiener klin. Woch. Nr. 43 z roku 1920. — Saxl i Heilig: Wiener Archiv für innere Medizin III. Bd. 1922. Marlinger: Mediz. Klinik. Nr. 4. z roku 1922.

Sprawozdania poglądowe

Doc. Dr. Jan Grek. Lwów.

O durze osutkowym.

Ze Szpitala wojskowego L. 2. (epidem.) we Lwowie. (Dowódca ppłk. lek. dr. Grek) i Kliniki lekarskiej Uniw. J. K. (Dyrektor Prof. Dr. Rencki).

(Ciąg dalszy)

Osutka: Najważniejszym objawem djagnostycznym, rzucającym się w oczy przy durze osutkowym, jest wysypka,

dzięki której choroba ta otrzymała swoją nazwę. W pierwszych początkach pojawiania się bardzo podobna do różyczki duru brzusznego, w dalszym swoim rozwoju przypominać może świeżą wysypkę kiłową lub toksyczną różycę po zatruciu środkami lekarskiemi, a nawet czasem przybiera podobieństwo do wysypki odrowej. Jeżeli jednak obserwujemy wysypkę w durze osutkowym przez cały czas rozwoju i jeżeli uwzględnimy jej lokalizację, to zachowuje się ona na ogół tak charakterystycznie, tak typowo, iż rzeczywiście stanowi najważniejszy objaw rozpoznawczy, na jakim poważnie oprzeć się możemy.

Bardzo rzadko w 2 lub 3-cim, najczęściej w 4—5 lub nawet 6-tym dniu choroby, zjawiają się na skórze chorego pojedyncze lub w grupkach różowe plamki, podobne do różyczki duru brzusznego, o zabarwieniu różowo czerwonem, znikające pod uciskiem. Prócz plamek, w pewnych przypadkach duru osutkowego, tworzą się również guzki, barwy żywo-różowej, widoczne i wyczuwalne, różnej wielkości, podobnie jak plamki. Pojawianie się wysypki guzkowej uważają nieliczni autorowie, wspominając o tym objawie w ostatnich czasach, jako rzecz bardzo rzadką; my u naszych chorych mieliśmy możność stwierdzać wysypkę guzkową względnie często, zaś Kostrzewski, zwracając na to pilną uwagę, u swoich chorych, stwierdził ją w 27% przypadków. Prócz guzków na skórze chorego znajdują się zawsze plamki, wysypki czysto guzkowej nie spotyka się nigdy. W przypadkach wysypki plamisto-guzkowej powstają równocześnie plamki i guzki, w dalszym przebiegu guzki przypłaszczają się i przechodzą w plamki. To też w tych przypadkach wysypka świeża zawiera więcej guzków a mniej plamek, im wysypka starsza, tem znajdujemy więcej plamek, a mniej guzków. Plamki powstałe z przypłaszczonych guzków nie różnią się w wyglądzie niczem od plamek powstałych od początku jako takie, to też w przypadkach wysypki starszej, czysto plamistej, nie można rozstrzygać, czy w początkach choroby nie miało się do czynienia z wysypką plamisto-guzkową. W odróżnieniu od duru brzusznego pojawia się w przebiegu duru osutkowego wysypka najczęściej najprzód na górnej części tułowia w okolicy obojczyków, na grzbiecie w okolicy łopatek, jakoteż na przedramieniu, po stronie zginaczy. I podczas gdy przy durze brzusznym pierwsze różyczki znikają, na miejsce ich występują zaś nowe, tak, że mamy często obraz ciągle świeżych plamek, to przy durze osutkowym do utrzymujących się dawnych występują coraz to nowe i w przeciągu jednego lub dwóch, rzadziej kilku dni, wysypka uzyskuje swe najwyższe natężenie. W mniejszym lub większym stopniu obfita, pokrywać ona może skórę tułowia, kończyn górnych, grzbiet ręki i palców, czasem nawet dłoń. Wystąpić może na skórze szyji i czoła a nawet twarzy, co w kilku przypadkach miałem sposobność stwierdzić. Nie brak jej często na kończynach dolnych, aczkolwiek w mniejszym stopniu dochodzić może i do grzbietu nogi a nawet wystąpić na podeszwie.

W czasie dalszego rozwoju zatraca wysypka coraz bardziej swój początkowy charakter różyczki, zmieniając swą formę więcej okrągłą, przyczem czasem poszczególne różyczki zlewają się w większe nieregularne plamki, zmieniając również swe zabarwienie. Świeżo żywo-różowe plamki bledną, przybierając barwę różowo-brunatną, czasem sinawą, wreszcie brudno-czerwoną, a o ile przechodzą w postać krwotoczną, rdzawą. W pewnych przypadkach sinawa barwa wysypki trwa od początku do końca. Pomiędzy w ten sposób zmienionemi plamkami pojawiają się świeże różyczki, które znowu po pewnym czasie ulegają wyżej opisanej przemianie tak co do formy jak i wyglądu. Zmienione w ten sposób plamki nie znikają już pod uciskiem, aczkolwiek nieco bledną — przybierają charakter petociowy. Ta właśnie petociowa osutka jest swoistą dla duru osutkowego. Nie wszystkie jednak plamki ulegają tej przemianie, nie każda plamka w całości. Często spostrzedz można w samym środku plamki wybroczynkę krwawą, czasem tylko jako punktowatą wybroczynę, w innych znowu przypadkach cała plamka ulega przemianie krwotocznej, jak przy *purpura haemorrhagica*. Im cięższy przebieg, tem więcej plamek ulega przemianie krwotocznej, nie należy tego jednak uważać za regułę. W przypadkach lżejszych w ciągu drugiego tygodnia, w przypadkach cięższych z ukończeniem procesu chorobowego a czasem nawet dopiero w rekonwalescencji, znika wysypka, nie pozostawiając zupełnie śladów po sobie lub też żółtawo-brudne, pigmentowane plamki, utrzymujące się czasem przez czas dłuższy. Zwykle w tym czasie na skórze występuje lekkie łuszczenie, które zresztą łatwo wywołać można, pocierając nieco silniej skórę opuszką palca. Jest to objaw Brauer'a, o którym jeszcze wspomnę przy rozpoznawaniu różniczkowem.

Dodać jeszcze muszę, że mieliśmy przypadki, co prawda bardzo nieliczne, w których wysypka wystąpiła dopiero w 9 a nawet 10 tym dniu choroby, u jednego z chorych Kostrzewskiego pojawiła się wysypka dopiero w szesnastym dniu choroby, na trzy dni przed spadkiem gorączki.

Pod względem histologicznym przedstawia się obraz różyczki duru osutkowego, opisany i ustalony przez Fraenkla, Mehaffa, Grzywo-Dąbrowskiego i innych, zupełnie charakterystycznie. i pozwala na ścisłe odróżnienie od innych różyczek, jak duru brzusznego, rzekomego itp Mianowicie w obrębie różyczki, a także w innych miejscach i narządach ciała, powstają pewne swoiste zmiany w drobnych naczyniach, które polegają na bujaniu komórek błony zewnętrznej naczyń. Wskutek tego bujania naokoło naczynia tworzą się zgrubienia, otaczające ścianę naczynia w kształcie mankietu W ściance naczynia, w sąsiedztwie bujających komórek, występują zmiany wsteczne nawet martwicowe, zaś w samem naczyniu przychodzi do utworzenia się zakrzepów. Naokoło takich miejsc w naczyniach występują często wybroczynki krwawe

Czy mogą być przypadki duru osutkowego bez wysypki, tego rozstrzygać nie mogę, w każdym razie należeć one będą do wielkich rzadkości. Musimy pamiętać jednak o tem, że wysypka może być nadzwyczaj skąpa, ledwie widoczna, jak to często zdarza się u dzieci, a wówczas daje się stwierdzić tylko przy bardzo dokładnem badaniu, jak również trwać może tylko przez czas krótki i w ten sposób ujść uwadze lekarza.

Układ nerwowy środkowy w przebiegu duru osutkowego wykazuje najważniejsze może zaburzenia, to też usprawiedliwioną jest nazwa »gorączki nerwowej«, jaką dawniejsi klinicyści nadawali tej chorobie. Silne bóle głowy, występujące prawie zawsze od początku choroby, są objawem stalszym, aniżeli przy durze brzusznym, a umiejscowione są przeważnie w okolicy czołowej i skroniowej. Również często występują i zawroty głowy, widoczne szczególnie u chorych, którzy jeszcze nie leżą stale w łóżku. Dokuczają choremu silne bole w kończynach dolnych i krzyżach, bezsenność, podrażnienie, a wreszcie pewna apatja i otępienie. Nieco później do objawów tych dołącza się bredzenie, występujące początkowo tylko w nocy, później jednak, zwłaszcza w ciężkich przypadkach, bredzenie utrzymuje się prawie stale aż do spadku gorączki. Zwykle z końcem pierwszego a początkiem drugiego tygodnia przychodzi do zupełnej utraty przytomności. Występuje wówczas często mniej lub więcej wyraźna sztywność w karku, jak również pewne napięcie mięśni szkieletowych. W przypadkach ciężkich spostrzegać można czasem pewien stan kataleptyczny „*flexibilitas cerea*", tj. kończyna chorego w ciągu pewnego czasu, może pozostać w tej pozycji, w jakiej ją się sztucznie ustawi. Ten stan otępienia i bezwładu u niektórych chorych zmienia się w stan podniecenia a nawet obłędu. Chory staje się niespokojnym, zrywa się z łóżka, krzyczy, ucieka przed siebie, rzuca się nawet czasem na otoczenie, a nie pilnowany może uledz wypadkowi. Stan takiego podniecenia może trwać kilka lub kilkanaście godzin, a nawet kilka dni; po okresie takiego podniecenia występuje tem silniejsze ogólne osłabienie. Zaburzenia te mózgowe mają duże znaczenie prognostyczne; im wcześniej i wybitniej wystąpią, tem w większem niebezpieczeństwie znajduje się chory. Często dopiero pod koniec drugiego tygodnia objawy mózgowe ustępują, chory się uspokaja a wreszcie zapada w głęboki, spokojny sen, świadczący wymownie o mijającem niebezpieczeństwie.

Jednak i chorzy, którzy ulegają tej chorobie, w tym czasie stają się spokojniejsi, pozostając w głębokiej, spokojnej nieprzytomności. Występuje u nich pewien stan ciężkiego zapadu, nazwany przez Jenner'a *Coma vigile*. Chory leży wówczas z szeroko otwartemi, błędnemi oczyma, blady, z sinicą twarzy i kończyn. Usta na wpół otwarte, język suchy,

lekkie drgania mięśni, ust i nosa, a wreszcie bełkocąca mowa. Tony serca bardzo głuche, tętno silnie przyśpieszone, ledwie wyczuwalne, palce rąk w ciągłym ruchu pląsawicznym, porażenie pęcherza i odbytnicy, wreszcie występujące od czasu do czasu ogólne drgawki. I chociaż stosowane w tym czasie środki nasercowe sprowadzić mogą czasowe polepszenie akcji serca, to jednak ciężkie objawy mózgowe nie ustępują i prowadzą zwolna do katastrofy. Wytłumaczenie tych powyżej opisanych objawów jakoteż i innych znaleść możemy do pewnego stopnia w swoistych zmianach zapalnych mózgu, jakie spotykamy w każdym prawie przypadku sekcyjnym. Te same bowiem zmiany, jakie w skórze opisał Fraenkel i inni, pod postacią *periarteriitis nodosa*, spotykamy również i w naczyniach mózgu. Zależnie od umiejscowienia tych zmian w mózgu i wpływu ich na substancję mózgową, występuje większe lub mniejsze uszkodzenie danego centrum i w tem uszkodzeniu będziemy mieli wytłumaczenie dla różnorodności objawów nerwowych, zmian wazomotorycznych, pogarszania się i poprawiania stanu nerwowego, wytłumaczenie dla nieprzewidzianych skoków w przebiegu a wreszcie dla całego szeregu objawów pozornie nie dających się usprawiedliwić.

Nie powinno więc nas dziwić nagłe pogorszenie się choćby z dnia na dzień tętna, jako następstwo zmian na dnie czwartej komory, skoki temperatury, zjawienie się cukru w moczu z powodu analogicznej lokalizacji, gwałtowne obniżenie parcia — uszkodzenie centrum wazomotorów, zwiększone parcie w kanale kręgowym, jako następstwo zmian naczyniowych w splotach naczyniowych itd. Te zmiany anatomopatologiczne wytłumaczyć nam mogą także pewne uszkodzenia nerwowe pochorobowe.

Stałym do pewnego stopnia towarzyszem duru osutkowego jest nieżyt dróg oddechowych. Już bardzo często w okresie wylęgania, a częściej w pierwszych dniach choroby, lekko przychrypnięty głos, jak również suchy, urywany kaszel, jest następstwem obrzęku i przekrwienia błony śluzowej, gardła, krtani i grubych oskrzeli. To zajęcie nieżytowe górnego odcinka dróg oddechowych na samym początku choroby, wprowadzić może lekarza badającego w błąd, nasuwając mu mylne przypuszczenie, iż ma do czynienia z ostrą anginą lub też np. z grypą. Objawy zapalne z górnego odcinka dróg oddechowych przechodzą z postępem choroby często i na oskrzela, tak, iż znacznej liczbie przypadków duru osutkowego towarzyszy rozlany nieżyt oskrzeli. O rzadziej zdarzających się poważniejszych zmianach ze strony krtani i płuc wspomnę przy omawianiu powikłań.

Dość charakterystycznie zachowuje się i wygląd języka, mogąc dawać pewne wskazówki rozpoznawcze. Od samego początku biało-szarawym mułem obłożony, po kilku dniach choroby przyjmuje barwę szaro-żółtawą, zieloną, tylko brzegi, a także koniuszek języka, pozostają czerwony. Często cały język jest jakby obrzmiały, drży przy wysunięciu a niekiedy ma chory pewną trudność przy wysuwaniu go z ust, co francuscy autorowie chcą uważać za specjalną cechę przy durze osutkowym. Język obłożony trwa przez cały ciąg choroby a nawet w początkach rekonwalescencji. Przy zaniedbywaniu hygjeny jamy ustnej łatwo powstaje *foetor ex ore*, obrzęki i krwawienia z dziąseł.

W jamie ustnej prócz zaczerwienienia i obrzęku błony śluzowej gardła i migdałków spotkać można nierzadko na błonie śluzowej policzków a także na podniebieniu miękkiem skąpą wysypkę analogiczną jak na powłokach skórnych.

Najczęstszym objawem ze strony przewodu pokarmowego już w okresie wylęgania, a także i w dalszym przebiegu duru osutkowego, jest zaparcie stolca. Niekiedy pod koniec pierwszego tygodnia lub też z początkiem drugiego występują mniej lub więcej silne rozwolnienia, trwające nie dłużej, jak parę dni, a ustępujące zwykle samoistnie. Brak apetytu, który pojawia się już w pierwszych dniach choroby, czasem w okresie wylęgania, podczas trwania choroby zmienia się często we wstręt do jadła. Łaknienie wraca z okresem zdrowienia i wówczas prawdziwy »wilczy apetyt« jest częstem bardzo zjawiskiem.

Wątroba ulega często lekkiemu powiększeniu, co stwierdzić się daje wypukiem i obmacywaniem; z początkiem drugiego tygodnia występuje nie rzadko lekkie podżółtaczkowe zabarwienie skóry.

Powiększenie śledziony, zwykle nie dużego stopnia, stwierdzić się daje już w pierwszych dniach choroby i śledziona wówczas jest średnio miękka, rzadko tkliwa na ucisk. Zwykle w połowie drugiego tygodnia obrzęk śledziony ustępuje, przetrwać on jednak może także w pewnych przypadkach aż do spadku gorączki, do czasu poczynającego się zdrowienia.

Nieznaczne zaburzenia ze strony układu moczowego spotyka się w przebiegu duru osutkowego bardzo często. Zjawienie się białka w moczu, zwykle w małej ilości, jest bardzo częste, już rzadziej znaleść można w osadzie wałeczki szkliste, wyjątkowo i ziarniste. Zapalenie nerek, o którem wspominają niektórzy autorowie, musi być powikłaniem bardzo rzadkiem; my nie spotykaliśmy go u naszych chorych. W przypadkach bardzo ciężkich wystąpić może *incontinentia urinae*, częściej pewne utrudnienie w oddaniu moczu trwające i kilka dni, a zmuszające do użycia cewnika.

Odczyn dwuazowy w moczu zjawia się w każdym prawie przypadku i to dość wcześnie, gdyż już w połowie pierwszego tygodnia, utrzymuje się przez cały ciąg choroby aż do spadku ciepłoty. Tem swojem wczesnem wystąpieniem, wcześniej aniżeli przy durze brzusznym, ma dużą wartość jako środek pomocniczy rozpoznawczy.

Opryszczkę wargową spostrzegał Curschmann w 5 4% przypadków duru osutkowego, Jochmann w 4%, a również i Sterling kilka razy, jak podaje. My u naszych chorych opryszczki wargowej nie spotykaliśmy nigdy, a wystąpienie tego objawu zwracało nam zawsze uwagę, że mamy do czynienia z innem schorzeniem, co też potwierdziło z reguły dalsze spostrzeganie.

Prócz swoistej osutki, zresztą w rzadkich tylko przypadkach, wystąpić może rozlane zaczerwienienie skóry na szyji, piersiach lub plecach, nawet w postaci dużych plam, przypominających wysypkę odrową. Zmiany te znikają jednak bardzo szybko, często po kilku godzinach.

Kilka razy stwierdzić mogliśmy u naszych chorych tak zwaną *miliaria crystallina*, o której pierwszy wspomina Curschmann. Jest to swoista wysypka, którą tworzą liczne drobniutkie pęcherzyki, wielkości łebka od szpilki, wypełnione jasnym płynem, a pojawiające się na brzuchu, piersiach i okolicy podpachowej, już pod koniec choroby.

Poty w durze osutkowym są zjawiskiem rzadkiem, zdarzają się jednak raczej już pod koniec okresu gorączkowego.

Pewne cechy charakterystyczne dla duru osutkowego znajdujemy i w zachowaniu się obrazu krwi. Już Curschmann zwrócił uwagę na zmniejszoną ilość ciałek czerwonych krwi w przebiegu duru osutkowego, a fakt ten potwierdziły również badania Rabinowitscha i Wolffa. Według Wolffa liczba ciałek czerwonych spada wyraźnie w przebiegu duru osutkowego od początku choroby aż do spadku gorączki, a nawet do pierwszych dni zdrowienia, z postępem zaś rekonwalescencji, następuje znowu szybkie zwiększenie liczby krwinek czerwonych. Wraz ze spadkiem ilości ciałek czerwonych krwi, wzrasta wyraźnie wskaźnik hemoglobiny, osiągając nawet dość wysokie cyfry, świadczące, iż podobnie jak przy niedokrwistości złośliwej, hemoglobinę pozostałą po rozpadłych ciałkach czerwonych krwi zużytkowują inne ciałka. Co się tyczy zachowania się ciałek białych we krwi, to ponieważ ani leukocytoza, na którą wskazuje Combemale (przytoczony przez Curschmanna), nie jest stałem, aczkolwiek bardzo częstem zjawiskiem przy durze osutkowym, ani mononucleosa podawana przez Gabcesco i Slatineano, nie jest charakterystyczną dla tegoż cierpienia, ani też komórki plasmowe nie dadzą się, jak to chce Rabinowitsch, zużytkować dla celów różniczkowo-rozpoznawczych, dlatego może badania M. Reichensteina zasługują w znacznym stopniu na uwagę.

Reichenstein mianowicie opiera wyniki swoich badań na 26 przypadkach epidemjologicznie, serologicznie i klinicznie stwierdzonego duru osutkowego, w których badania obrazu morfologicznego krwi były dokonywane codziennie

w tych samych porach dnia, i na 40 innych przypadkach, sporadycznie w rozmaitych okresach choroby badanych — razem przeszło 400 badań. Wyniki tych badań dają się streścić w następujących zdaniach:

I. W okresie przedwysypkowym, powstającej i uogólniającej się wysypki przy durze plamistym, tj. w pierwszym tygodniu choroby spotykamy:

1. Procentowy wzrost leukocytów wielojądrzastych obojętnochłonnych.

2. Znaczne »przesunięcie obojętnochłonnych na lewo« (Arneth w modyfikacji Schilling-Thorgau). Przy końcu pierwszego tygodnia bowiem, względnie na początku drugiego spada liczba neutrofilów o jądrze »pałeczkowatem« w przeciągu jednego do dwóch dni o połowę tj. ze 60% na 30% wszystkich neutrofilów.

3. Ilość procentowa limfocytów spada w pierwszym tygodniu choroby do 10% i niżej ogólnej ilości ciałek białych.

4. Monocyty maleją do połowy.

5. Eozynofile znikają.

6. Ilość płytek Bizzozera maleje znacznie.

II. W drugim tygodniu, to znaczy w drugim okresie choroby, przy blednięciu wysypki w lekkich przypadkach, względnie występowaniu wybroczyn do plamek wysypki, znajduje Reichenstein:

1. Pojawienie się i następnie wzrost szybki do 8%, a wreszcie spadek komórek plasmowych.

2. Procentowy wzrost limfocytów i powrót neutrofilów do normy, jako zapowiedź limfocytozy poinfekcyjnej.

3. Zjawienie się eozynofilów.

4. Wzrost ilości płytek Bizzozera.

Trzymając się powyższych wskazówek można zdaniem Reichensteina w przybliżeniu ocenić okres choroby w przypadkach wątpliwych i przepowiedzieć przy badaniach systematycznych, kiedy nastąpi stan bezgorączkowy u danego chorego.

Przejście okresu pierwszego w drugi z wyżej podaną charakterystyką krwi daje się zauważyć klinicznie również w krzywej temperatury, jakeśmy to na całym szeregu krzywych w naszym szpitalu stwierdzić mogli. Punkt ten zwrotny w zachowaniu się chorego ujawnia się mniej lub więcej głębokiem wcięciem na krzywej temperatury w postaci wyżej wymienionej pseudo-kryzy Wunderlicha.

Badania Reichensteina znajdują potwierdzenie w pracach hematologicznych Schiffa, Schillinga, a u nas Anigsteina.

Powikłania w durze osutkowym nie należą do zjawisk zbyt częstych, wystąpieniem swojem mogą jednak wpłynąć niekorzystnie na przebieg choroby a w pewnych przypadkach nawet i na zejście. Do najczęstszych powikłań, gdyż zdarzających się w większości przypadków duru osutkowego, należą nieżyty górnego odcinka dróg oddechowych, występujące już w samym początku choroby. W pewnych przypadkach przejść mogą i na grubsze oskrzela i oskrzeliki, dając nam obraz rozlanego nieżytu oskrzeli, które to powikłanie spotykaliśmy u 9·2% naszych chorych. Rzadsze już są zapalenia płuc prawdziwe lub też opadowe, stwierdzone u naszych chorych w 3·7% przypadków. Powikłania te są zawsze, a szczególnie u osób starszych, zjawiskiem bardzo groźnem, będąc często bezpośrednią przyczyną zejścia śmiertelnego. Bardzo rzadko komplikuje dur osutkowy wysiękowe zapalenie opłucnej, spotykane przez nas zaledwie w kilku przypadkach, z tych w dwóch z wysiękiem ropnym, co spowodować musiało zabieg operacyjny, zresztą z następowem wyzdrowieniem.

Powikłania ze strony krtani, mogące wystąpić już w pierwszym tygodniu choroby, polegają na objawach zapalnych błony śluzowej krtani, jakoteż strun głosowych, czasem nawet występują małe nadżarcia błony śluzowej. Zmiany te zwykle ustępują bez śladu, mogą jednak w pewnych przypadkach powstać rozległe owrzodzenia, drążące w głąb, jak również ostry obrzęk głośni, zagrażający życiu chorego przez uduszenie. W tych przypadkach wzmagająca się trudność oddechowa i powstająca sinica wskazują na konieczność tracheotomji. Tego rodzaju powikłania należą do wielkich rzadkości. My nie spotykaliśmy się z nimi, nie widział ich Sterling u swoich chorych, ani też nie wspominają o tem inni autorzy z czasów obecnej epidemji, natomiast Curschmann widział więcej tego rodzaju przypadków podczas obserwowanej przez siebie epidemji w r. 1879.

Ostry obrzęk gruczołów chłonnych szyjnych jakoteż śródpiersiowych, uciskając na tchawicę, wywołać może również trudności oddechowe, powikłanie to jednak zdarza się wyjątkowo — myśmy mieli sposobność spostrzegać to w dwóch przypadkach. Ciężkie powikłania tworzą przypadki zgorzeli kończyn dolnych, rzadko kończyn górnych, wyjątkowo warg, nosa, uszu lub prącia. Początek zgorzeli przypada zwykle na końcowy okres choroby lub też po spadku gorączki i objawia się mniej lub więcej silnemi bólami i sinicą zajętej kończyny, która wówczas jest w dotyku zimną. W ślad za tem na mniejszej lub większej przestrzeni, więcej powierzchownie lub głęboko, występuje zgorzel. Mija ona czasem bez śladu, niekiedy prowadzi do samoistnego oddzielenia tkanki martwej, w innych znowu przypadkach wymaga zabiegu chirurgicznego, nawet amputacji. Przyczyną zgorzeli symetrycznej, jaką widział u całego szeregu swoich chorych Jürgens, muszą być zmiany odżywcze. Niewątpliwie zależną jest również w pewnych przypadkach zgorzel i od osłabionej działalności serca. Prócz tego muszą tu wchodzić w grę i inne bliżej nieznane czynniki które powodują, że podczas, gdy przy pewnych epidemjach ze zgorzelą nie spotykamy się zupełnie, to przy innych znowu należy do częstych nawet powikłań. Słusznem wydaje się zdanie Jürgensa, iż w powstawaniu zgorzeli ważną rolę odgrywa także zimno. My u naszych chorych ze zgorzelą spotykaliśmy się stosunkowo rzadko, gdyż tylko w 0·5% przypadków, jednak nieliczne przypadki zdarzały się u nas w pierwszym rzędzie w później jesieni 1919 roku, kiedy naszym chorym z powodu braku dostatecznej ilości ciepłych koców i niedostatecznego opalania sal do pewnego stopnia dokuczało zimno.

Względnie często, gdyż u 2·4% naszych chorych, występowało zapalenie ucha środkowego i wymagało w pewnych przypadkach zabiegu operacyjnego.

Zapalenie gruczołu przyusznego, jedno lub obustronne, wystąpić może w drugim tygodniu choroby lub w czasie spadku gorączki i prowadzi względnie często do zropienia gruczołu, wymagając następowo zabiegu operacyjnego. U naszych chorych powikłanie to wystąpiło w 0·8% przypadków, przyczem zauważyć mogliśmy, iż występując okresowo, stanowi właściwość pewnych epidemji.

Względnie częste powikłania dawały nam ropnie podskórne samoistne lub też po podskórnych wstrzykiwaniach olejku kamforowego, pomimo, że zastrzykiwania robione były przy zachowaniu wszelkich reguł aseptyki, a do wstrzykiwań używamy olejek pewnie sterylizowany. Abscesy te przechodzące czasem w głębokie ropowice, wymagały następowo długiego leczenia chirurgicznego.

Do bardzo rzadkich, wyjątkowych powikłań należą krwotoki z jelit. Tego rodzaju powikłanie w postaci obfitych krwawych stolców, spostrzegaliśmy w klinice lekarskiej u jednej chorej, u której dur osutkowy stwierdzony był klinicznie i serologicznie, przy ujemnym odczynie Widala. O drugim analogicznym przypadku, który miał sposobność spostrzegać, wspominał mi prof. Dr. Rencki.

Rzadko bardzo spotykaliśmy się z odleżynami, gdyż tylko w 0·2% przypadku.

Czyraki w razie wystąpienia są bardzo uporczywe, zdarzają się jednak tylko w wyjątkowych przypadkach.

Porażenia połowiczne, będące następstwem krwawień w opony lub istotę mózgową, rzadziej zatoru lub zakrzepu, opisywane przez niektórych autorów jako względnie częste powikłania, my spotykaliśmy wyjątkowo, gdyż tylko w 0·1% przypadków.

Również do rzadkich zjawisk należą zapalenia nerwów obwodowych. Ze strony nerwów czaszkowych najczęściej atakowany jest słuch. Często już w pierwszych dniach choroby lub później, niekiedy pod koniec okresu gorączkowego, występuje w większym lub mniejszym stopniu upośledzenie słuchu. Czy jest ono następstwem dzia-

łania produktów toksycznych na nerw słuchowy, czy też następstwem jakichś zmian anatomicznych w ośrodkach, trudno rozstrzygać. Takie upośledzenie słuchu utrzymuje się czasem czas dłuższy, nieraz tygodnie, a nawet miesiące, mija jednak zazwyczaj bez śladu, nie wymagając żadnego leczenia.

Z powikłań duru osutkowego innemi chorobami zakaźnemi wyjątkowo spotykaliśmy zakażenie mieszane durem brzusznym, względnie często, gdyż w prawie 7% naszych przypadków, równoczesne zakażenie durem powrotnym.

Nawrotów w durze osutkowym nie spotyka się nigdy, dotychczas przynajmniej nie zostały one przez nikogo stwierdzone.

Rozpoznanie duru osutkowego, w przypadkach typowych łatwe, szczególnie w czasie panującej epidemji, natrafić może w przypadkach sporadycznych, o atypowym przebiegu, na poważne trudności nawet dla lekarza mającego doświadczenie w tym kierunku, który wówczas celem prawdziwego rozpoznania posługiwać się musi całym szeregiem środków pomocniczych, klinicznych i laboratoryjnych.

Rozpoznanie w przypadkach typowych opierać się powinno na następujących danych:

1. W większości przypadków nagły początek, któremu towarzyszą często jednorazowe lub też kilkakrotnie powtarzające się ataki dreszczów.

2. Dość szybkie, gdyż przeważnie w przeciągu dwóch do trzech dni, wzniesienie ciepłoty do wysokich granic i utrzymanie się jej przez cały ciąg choroby na tej samej mniej więcej wysokości, wreszcie spadek gorączki do normy w przeciągu paru dni.

3. Osutka, która, prócz gorączki, stanowi najważniejszy moment rozpoznawczy, a której najgłówniejsze cechy charakterystyczne są:

a) Czas występowania rzadko w trzecim, najczęściej między czwartym a szóstym dniem choroby, wyjątkowo później,

b) »wysypanie się« osutki następuje najczęściej w przeciągu już 24—48 godzin,

c) kolejność pojawiania się osutki na poszczególnych częściach ciała,

d) swoisty charakter osutki.

4. Zachowanie się narządu krążenia, a więc wyraźne przyśpieszenie tętna przy początkowo utrzymanem napięciu, spadek ciśnienia krwi już często z końcem pierwszego tygodnia, a wreszcie tętno często drobne, nieregularne etc.

5. Silne nastrzykanie spojówek.

6. Często dość charakterystyczny wygląd języka, zaczerwienienie i ból gardła.

7. Bóle mięśniowe, szczególnie w nogach, łamanie w krzyżach, silne bóle głowy, zajęcie sensorium aż do zupełnej utraty przytomności, deliria itp.

8. Obrzęk śledziony, dający się stwierdzić dość wcześnie, z postępem choroby nie zwiększający się, lecz raczej cofający się. C. d. n.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Heart. Tom. VIII. Nr. 2 i 3. 1921.

Spostrzeżenia nad trzepotaniem i migotaniem przedsionków.

Th. Lewis, A. N. Drury i H. A. Bulger. **Okres refraktoryjny i szybkość przenoszenia się bodźca w przedsionku.** Podrażnienie nerwu błędnego zmniejsza okres refraktoryjny (O. R.) przedsionka psa, bijącego 200 razy na minutę. Atropina naprzód zmniejsza O. R. przez przyśpieszenie tętna, potem O. R. nie zmienia się, lub zwiększa dzięki częściowemu odrętwieniu mięśnia. Jeżeli wstrząsy padają na przedsionek w czasie częściowego okresu odrętwienia, elektrogram (zdjęcie wprost ze serca) staje się nieregularne, a wkrótce potem wypadają niektóre skurcze przedsionka. Nerw błędny nie wywiera wpływu na przewodnictwo w wiązkach mięśnia przedsionka psa, natomiast zmniejszając O. R. przyśpiesza tętno zwolnione z powodu wypadania skurczów przy zanadto przyśpieszonem rytmicznem drażnieniu. Okazuje się, że fale podczas trzepotania lub migotania zmniejszają swoją szybkość z powodu natrafiania na przeszkody rozrzuconych wiązek odrętwionych. Podczas trzepotania u psa, istnieje bardzo mały czas między grzbietem fali a końcem O. R., atropina nie mając wpływu na przewodnictwo, zwiększając natomiast O. R., doprowadza ów okres czasu do zera i kończy czasem trzepotanie. Okazuje się dalej, że różne inne objawy elektryczne można sobie wytłumaczyć tylko wtedy, gdy się przyjmie okrężny ruch fali naokoło przedsionka (*circus movement*), a zdarza się to wtedy, gdy bodziec wchodzi do mięśnia będącego w stanie częściowego tylko odrętwienia.

Th. Lewis, A. N. Drury i A. H. Bulger. **Wpływ podrażnienia nerwu błędnego.** Podrażnienie nerwu błędnego sprowadza czasem odmianę migotania t. zw. stan szybkiego wtórnego podrażnienia (*rapid reexcitation*) i to często na przedsionkach już migocących lub trzepocących, czasem prawidłowo bijących. Przedsionki biją wtedy ogromnie szybko od 1500—2000 na minutę. Po ustaniu bodźca wraca zwykły rytm, lub dawna niemiarowość. Poza tem wywiera podrażnienie n. bł. różny wpływ na okres między grzbietem a końcem fali, raz okres zmniejsza, raz zwiększa, zależnie od ilości uderzeń przedsionka przed drażnieniem. Inne doświadczenia wskazują na to, że ruch fali odbywa się po kole naokoło przedsionka.

A. N. Drury i C. C. Iliescu. **Elektrokardiogram przy migotaniu u człowieka.** Okazuje się, że zwykłe odprowadzanie z kończyn nie jest korzystne, gdyż nań wpływają drgania mięśni kończyn i ponieważ płaszczyzna nie jest odpowiednia. Jako uzupełnienie polecają autorzy odprowadzenie z piersi i kręgosłupa w płaszczyźnie sagitalnej. Naogół fale migotania, w ten sposób zdjęte, przypominają bardzo pod względem jakościowym fale trzepotania; można przypuścić że i podczas migotania istnieje jedna tylko fala, krążąca po kole, którego płaszczyzna od czasu do czasu się nachyla. Ruchy oddechowe nie mają żadnego wpływu na wygląd krzywej.

Th. Lewis. **Istota migotania przedsionków u chorych ludzi.** Zebranie wszystkich badań i dowodów na to, że migotanie doświadczalne i kliniczne polega na trwałem przechowaniu jednej fali przez mięsień przedsionka. Ruch naogół odbywa się po kole, zbacza jednak często z drogi, potem na nią wraca z powodu przeszkód z wiązek mięśniowych chwilowo odrętwiałych. Im mniej tych przeszkód, tem więcej zbliża się ruch do trzepotania nieczystego. Przy czystem trzepotaniu O. R. jest prawdopodobnie dłuższy i skutkiem tego może się utrzymać tylko regularniejszy i powolniejszy ruch. Stan nazwany (p. w.) »*rapid reexcitation*« jest ilościowo najszybszem migotaniem.

F. N. Wilson i G. R. Herrmann. **Doświadczalne badania nad niezupełnym blokiem odgałęzienia wiązki Hissa.** Autorzy wytworzyli u psa całkowity i niezupełny blok lewej lub prawej gałęzi wiązki Hissa i ustalili dla danego uszkodzenia pewne obrazy elektrokardiograficzne, opisane przez Oppenheimera i Rothschilda, a niesłusznie odniesione do bloku delikatnych rozgałęzień włókien Purkinijego, a mianowicie przedłużenie kompleksu Q. R. S. i zmianę kształtu T. Zmiana w Q. R. S. pochodzi od wpływu wzrostu fal podrażnienie tej części serca, do której idzie nietknięta gałąź wiązki Hissa, a zmiana w T. pochodzi od spadku fali części, do której idzie zblokowana gałąź. Udało się w bardzo pomysłowych próbach wywołać obrazy każdej części z osobna oraz zlewające się stopniowo ze sobą, aż do równoczesnego wywołania połączonego obrazu, czyli prawidłowego. Przytem zbadano O. R. różnych części komory; okazało się, że porządek, w którym różne części wychodzą z O. R., odpowiada porządkowi przechodzenia fali podrażnienia. *Ziemilski* (Lwów).

Chirurgja.

Annales of Surgery. Nr. 4 kwiecień 1922.

Joseph Black. **Sposoby drenowania przy różnych stanach chorobowych.** Doświadczenie wojenne wykazało, że drenowanie jest zbyteczne, jeżeli w ranie niema tkanki zgorzelinowej. To samo dotyczy sprawy ropienia w jamie brzusznej i opłucnej. Autor rozumie pod drenowaniem używanie

drenu jak i wogóle innego materjału służącego do odprowadzenia wydzieliny z rany. Przykładem szkodliwości drenowania w przypadkach, gdzie niema tkanki zgorzelinowej, jest sączkowanie jamy brzusznej przy zapaleniach otrzewnej. Wykazując dużą różnicę w śmiertelności, zależnie od tego, czy drenujemy jamę brzuszną czy nie, stwierdza autor wysoką śmiertelność przy wprowadzaniu drenów poprzez liczne nacięcia do jamy brzusznej i wogóle przy manipulacjach z jelitem. Dreny przez swój ucisk, jako ciało obce drażniące, lub wogóle przez swą obecność, czy jakkolwiek to nazwiemy, podtrzymują stan zapalny otrzewnej, który w innych warunkach mógłby przycichnąć. Autor zwraca uwagę, że drenowanie jamy brzusznej jest zbyteczne, jeżeli po usunięciu przyczyny zapalenia otrzewnej nie znajdujemy większej różnicy w stanie zapalnym pomiędzy różnemi częściami jamy brzusznej; więc np. w zwykłem ogólnem zapaleniu otrzewnej, nawet najcięższe drenowanie będzie zbyteczne, jeżeli usunięto przyczynę zapalenia. Jeżeli zaś mamy zapalenie otrzewnej ograniczone z wytworzeniem ropnia, należy zawsze zastosować drenowanie. Ta sama zasada niedrenowania w rozlanych sprawach zapalnych, bez miejscowej zgorzeli, stosuje się i do zakażenia stawów. W czasie wojny autor miał sposobność stwierdzić, że dreny przechodzące przez stawy oddziaływały zgubnie, a wyniki leczenia znacznie się polepszyły z chwilą używania krótkich drenów, które zaledwie dochodziły do stawu; wspomina także o świetnych wynikach, jakie otrzymywał Wilms, który zupełnie nie drenował stawów, a po otwarciu ich czynnemi ruchami starał się przeszkodzić nagromadzaniu ropy.

W sprawie postępowania przy ropieniach opłucnej autor sądzi, że jeżeli moglibyśmy upewnić się w jakiej innej niż dreny metodzie, któraby utrzymywała ranę w klatce piersiowej otwartą, wówczas wyniki mielibyśmy lepsze, niż przy używaniu drenów.

B. zbliża się do tego ideału przez używanie możliwie krótkich drenów; dreny te 5. dnia usuwa, a po 10—12 dniach następuje wyleczenie. Jeżeli dreny sięgają głęboko do jamy opłucnej i pozostają tam przez dłuższy czas, czy to będą cienkie Carelowskie rurki, czy dreny grubości palca, zawsze wywołują zakażenie, które stając się wtórnem mieszanem, sprowadza mniej lub więcej przewlekłe ropienie. Otwór w klatce piersiowej należy robić jak najniżej.

W niektórych przypadkach, gdzie oczywistą była odporność ustroju przeciwko zakażeniu, i gdzie znajdowało się dużo złogów włóknikowych, autor używał większego cięcia, wchodził ręką do jamy opłucnej, oczyszczał ją, obywając się bez drenów. Nie ulega wątpliwości, że zwykłe usuwanie wysięku zapalnego przez nacięcie w wielu razach jest wystarczające, trzeba tylko wybrać, a raczej rozpoznać odpowiednie przypadki. Trudno jest tutaj podać pewne prawidła: autor jest jednak zdania, że po usunięciu ropy, można obyć się bez drenów, jeżeli nie mamy zrostów lub złogów włóknikowych. Wydzielina opłucnej pomału staje się surowiczą i odpływa przez ranę, wkrótce też następuje wyleczenie. Dalej, mówiąc o drenach, radzi używać ich przy wycięciu woreczka żółciowego, ale tylko do jamy brzusznej, nigdy do przewodów żółciowych, przy operacjach pozaotrzewnowych i w niektórych przypadkach przy wycięciu grubego jelita. Dreny stosuje też w zwykłych większych ranach, by zapobiedz gromadzeniu się krwi i limfy.

Jako materjał do drenowania, zdaniem autora, gaza jest niewystarczającą; będąc doskonałym środkiem tamponującym i haemostatycznym, nie odprowadza wydzieliny i może być nader szkodliwą. Jest ona dobrym sączkiem i podczas, gdy wydzielina surowicza przechodzi przez nią, części tkanki zgorzelinowej zatrzymują się w niej, tworząc znakomity podkład dla rozmnażania się bakterji. Gaza była nieraz jedyną przyczyną śmierci w przypadkach drenowania ran postrzałowych i jamy brzusznej. Rurki gumowe miękkie są najlepszym materjałem do drenowania. Prawdziwemi wskazaniami dla nich będą przypadki, w których duża ilość wydzieliny ma być usunięta, a więc drenowanie pęcherza moczowego, dróg żółciowych, jelit, jak również drenowanie ran, gdzie znajduje się dużo tkanki zgorzelinowej.

Choroby skórne.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
N. 12. r. 1921.

I. Nicolas, G. Massia i D. Dupasquier. **Przypadek wielokrotnego nabytego naczyniaka moszny (rogowca krwawego) z krwotokami.** Autorowie opisują przypadek *angiokeratoma*, zdaniem ich rzadki, bo zajmujący jedynie prawą stronę worka mosznowego. Przypadek dotyczył chorego 44 letniego, który zmiany chorobowe zauważył dopiero w 40 roku życia. Drobne guzki w liczbie około stu rozmieszczone były wzdłuż żył przeświecających przez skórę moszen i okazywały różną wielkość — od główki szpilki do wielkości prosa. Zgrubienie warstwy rogowej przyskórka nie zaznaczało się wybitniej, natomiast na szczycie guzków widoczne były skrzepy, krwawe strupki lub blizny po nich. Zmiany chorobowe powodowały nieznaczny świąd i krwawiły łatwo bądź samoistnie bądź pod wpływem nieznacznych urazów. Raz były powodem znaczniejszego i rozległego krwawienia. Drobnowidowo stwierdzono rozszerzenie żył głębszych, zmiany zapalne w ich ścianach i liczne zakrzepy. Warstwa rogowa przyskórka nie była zgrubiała. Objawy zapalenia dotyczyły głównie warstwy podbrodawkowej skóry. Zdaniem autorów rzadkość przypadku polega głównie na niezwykłem usadowieniu zmian chorobowych, łatwem i obfitem krwawieniu, braku zmian w przyskórku i rozmieszczeniu rozstrzeni naczyniowych wzdłuż żył skórnych głębszych. Późne wystąpienie zmiany chorobowej należy również uważać za wyjątkowe. Autorowie nie umieją też znaleźć przyczyny, którąby wyjaśniała powstanie tych zmian zaliczanych mimo cech mało charakterystycznych do grupy »*angiokeratoma*«. (Czy należało istotnie rozpoznać *angiokeratoma*, a nie rozstrzenie naczyniowe wywołane uciskiem paska przepuklinowego, uwidocznionego na załączonej rycinie? O przepuklinie autorowie nic nie wspominają. Przyp. sprawozd.).

Gravagna. **Grzybek strzygący na skórze trudny do rozpoznania.** Mężczyzna 44 letni okazywał na skórze karku poniżej rąbka włosów rozległe ognisko chorobowe kształtu prostokątnego, barwy czerwonawej, ponad powierzchnią skóry otaczającej dosyć wyniosłe, przechodzące stopniowo w otoczenie skóry zdrowej, nie ograniczone zarysami kolistemi i pokryte na powierzchni bądź brudnobiałemi łuskami bądź strupkami barwy brunatnej lub czerwono brunatnej. W ognisku chorobowem widać było zaledwie tu i ówdzie w środku i po brzegach drobne guzki lub powierzchowne ropnie. Skóra w miejscu ogniska chorobowego była zgrubiała naciekła i okazywała liczne głębokie pęknięcia. Podobne lecz mniejsze ognisko znajdowało się na grzbiecie ręki lewej od strony wewnętrznej. Bardzo silny świąd zmuszał chorego do drapania »aż do krwi«. Wobec mało widocznych cech wyróżniających autor nie mógł rozstrzygnąć, czy zmiany chorobowe rozpoznać jako wyprysk łojotokowy, czy jako zmianę kiłową (!), czy jako liszaj rumieniowaty, czy wreszcie jako *folliculitis agminata*. Badanie mikroskopowe łusek i przeszczepienie ich na pożywki Sabouraud'a wyjaśniło, że zmiany chorobowe rozpoznać należy jako zmiany wywołane grzybem strzygącym typu *trichophyton violaceum*.

R. Ravaut. **Działania uboczne związków novarsenobenzolu. Próba zestawienia ich i sposoby zapobiegania.** Zdaniem Ravaut nieszczęśliwe wypadki po stosowaniu salvarsanu i jego pochodnych zdarzają się coraz rzadziej, co przypisać należy udoskonaleniu samego środka, troskliwszej jego fabrykacji, a nie mniej i odmiennemu sposobowi jego stosowania. W używanych obecnie, stężonych roztworach unika się zwyczajnie szkodliwego działania wody, a przy wyeliminowaniu tego czynnika łatwiej można ocenić uboczne działanie samego środka. Według statystyki Leredde'a i Jamin'a zdarzał się w r. 1910 jeden przypadek śmierci na 3.000 wstrzyknięć, a w r. 1913 jeden na 54.000 wstrzyknięć.

Statystyka Ravaut'a za rok 1914 i 1915 nie notuje ani jednego przypadku śmierci wśród 94.762 wstrzyknięć mimo, że zabieg wykonywali często lekarze z techniką wstrzykiwań niezupełnie zaznajomieni. Statystyka tegoż samego autora za trzy ostatnie lata wykazuje zaledwie jeden przy-

padek śmierci na 123.432 wstrzykiwań w postaci roztworów stężonych. Działania uboczne, jakie spotykamy przy stosowaniu środków arszenikowych, można, zdaniem autora, odnieść do błędów samego zabiegu, do objawów spowodowanych odczynem zmian kiłowych, do zaburzeń w przemianie materji, a wreszcie do objawów toksycznych.

1) Działania uboczne zależne od sposobu wykonania zabiegu. Miejscowe takie, jak obrzęk, ból, jałowy naciek zapalny, zgorzel, mogą się zdarzyć wówczas, gdy wstrzykiwany środek dostaje się poza żyłę, bądź przez przebicie jej ścian w dwu miejscach, bądź przez wstrzyknięcie obok ściany żylnej. Płyn wstrzykiwany może się dostać poza ściany żyły nawet przy właściwem wkłuciu, jeśli igła ma boczne otworki, co zdarza się zwłaszcza przy używaniu igieł irydoplatynowych, starych. Działania uboczne, ogólne, zdarzają się wówczas, jeśli wstrzykujemy roztwory pozostające czas dłuższy w zetknięciu z powietrzem, a więc zmienione pod wpływem tlenu, lub jeśli wstrzykiwanie wykonujemy zbyt szybko.

2) Objawy odczynowe spowodowane kiłą. Z objawami temi spotykamy się tak przy stosowaniu rtęci jakoteż arsenu, ale w tym ostatnim przypadku częściej. Z pośród objawów a) ogólnych wymienić należy podwyższenie ciepłoty i odczyn Herxheimera. Podwyższenie ciepłoty po pierwszem lub drugiem wstrzyknięciu uważa Ravaut za skutek działania środka na krętki blade. Można uniknąć podwyższenia ciepłoty przez stosowanie wstrzykiwań rtęciowych przed zastosowaniem przetworów salvarsanu. Podwyższenie ciepłoty po wstrzykiwaniach początkowych jest niemal regułą; o ile się zdarza przy następnych wstrzykiwaniach i o ile towarzyszą mu bóle głowy i wymioty, jest ostrzeżeniem, by wstrzyknięcia dalsze stosować ostrożnie lub ich zaniechać chwilowo. Odczyn Herxheimera może wystąpić na skórze w otoczeniu wykwitów kiłowych, ale może też wystąpić w narządach wewnętrznych: w nerkach (białkomocz), wątrobie (żółtaczka), w mózgu (bóle głowy, wymioty, utrata przytomności, porażenie, zmiany w płynie mózgordzeniowym). Odczyn Herxheimera tłómaczyć można podobnie, jak podwyższenie ciepłoty, szybkim rozpadem krętków bladych i uwolnieniem większej ilości toksyn, albo wstrząsem miejscowym albo jak przypuszcza Ravaut, odczynem czysto chemicznym między środkiem leczniczym a podrażnionemi tkankami. b) Do odczynu miejcowego zalicza Ravaut przedewszystkiem t. zw. neurorecydywy i nawroty miejscowe nazywane często, niesłusznie i niewłaściwie, zakażeniami wtórnemi albo nowemi zakażeniami. Prócz znanych dotychczasowych tłómaczeń neurorecydyw i rzekomych wtórnych zakażeń (*reinfectio*) podaje Ravaut swoje własne tłómaczenie.

Według tego tłómaczenia małe dawki środka leczniczego wywołują skurcz najdrobniejszych naczyń krwionośnych, upośledzenie dopływu krwi, a więc i środka leczniczego do danej zmiany kiłowej, tem samem i niedostateczne zadziałanie tego środka w znaczeniu bakterjobójczem. Pozostałe przy życiu krętki blade są przyczyną neurorecydywy lub rzekomego wtórnego zakażenia. Za tem przypuszczeniem autora przemawiałoby to, że i neurorecydywy i zakażenia wtórne spotyka się najczęściej u osób leczonych małemi i niewystarczającemi dawkami, jakoteż i to, że tak neurorecydywy, jak i zakażenia wtórne występują wkrótce po pierwszem leczeniu zwykle niedostatecznem. Odkąd zaczęto stosować leczenie intenzywne, spadła znacznie ilość i neurorecydyw i wtórnych zakażeń, gdy przeciwnie wtórne zakażenia po winnyby raczej po intenzywnem leczeniu występować częściej. Ravaut nie przeczy wprawdzie możliwości wtórnego rzeczywistego zakażenia, ale uważa je za rzecz bardzo rzadką i wyjątkową. Wreszcie za przyczynę neurorecydyw uważa Ravaut także strąty (precypitacje) powstałe w samym leku arszenikowym. Wskutek zbyt wielkiej kwaśności starego salvarsanu (606), niedostatecznego zalkalizowania przy użyciu, mogły w ustroju wypadać strąty i po prostu mechanicznie zatykać naczynia wywołując przez to »blokadę krętków« zdolnych do dalszego rozwoju. Zbytnia zasadowość krwi, znamionująca się niejednokrotnie fosfaturją, może i przy użyciu neosalvarsanu spowodować strąty tego środka i być również przyczyną zatkania naczyń. Unikać zatem należy i zbyt dużych dawek leczniczych w początkach leczenia i zbyt długich przerw w leczeniu, a należy pilnie baczyć na wszelkie chorobowe objawy ze strony układu nerwowego, uciekając się w razie potrzeby do badania płynu mózgowordzeniowego. W przeciwieństwie do neurorecydyw, obecnie coraz rzadziej spostrzeganych, widzi się coraz częściej schorzenia wątroby i towarzyszącą im żółtaczkę. Zdaniem Ravaut tych schorzeń wątroby nie można tłómaczyć tak, jak chce Milian, który niemal wszystkie takie przypadki zalicza do miejscowych nawrotów kiłowych, stawiając je na równi z neurorecydywami. I tu trzeba wyróżniać dwie przyczyny: kiłę i zatrucie arsenem i odpowiednio do tego dobrać sposób leczenia. Jeśli żółtaczka wystąpi u chorego z odczynem Wassermanna dodatnim, u chorego dawno już przeciwkiłowo nie leczonego, można przypuszczać tło kiłowe i leczyć przetworami salvarsanu, jeśli jednak dostrzeżemy żółtaczkę w kilka tygodni po leczeniu przetworami arsenu, należy być ostrożnym i myśleć także o przyczynie innej, bardziej prawdopodobnej-o zatruciu arsenem. W tych przypadkach należy raczej rozpocząć leczenie rtęcią a dopiero po upewnieniu się, że przyczyną żółtaczki jest kiła, można przejść do leczenia salvarsanem.

3) Objawy wywołane zaburzeniami w sokach ustroju (objawy humoralne). Przyczyna ich jest dotąd nieznana. Znane są tylko objawy występujące bezpośrednio po wstrzyknięciu, takie, jak zaczerwienienie twarzy i spojówek, obrzęk twarzy, przyśpieszenie tętna, uczucie duszności i lęku, wszystkie, na szczęście, krótkotrwałe i przemijające. Szybkość ich ustępowania wskazuje na to, że przyczyny ich nie należy szukać w zatruciu, ale w chwilowej nadwrażliwości ustroju, tkwiącej być może w sokach ustroju. Objawy te mogą wystąpić: a) po pierwszem wstrzyknięciu tylko i nie powtarzać się przy wstrzyknięciach następnych albo b) powtarzać się stale przy każdem wstrzykiwaniu

Owo uporczywe i stałe powtarzanie się tych samych objawów w przypadkach grupy drugiej nasuwa przypuszczenie, że mogą to być objawy anafilaktyczne. Przyczyny objawów grupy pierwszej, a) objawów przemijających, nie znamy. Prawdopodobnie przyczyny mogą być różne: zależne bądź to od techniki wstrzykiwania, bądź od wartości środka leczniczego, bądź też od chwilowego stanu ustroju chorego. O ile nam się uda wykryć przyczynę objawów ubocznych, uwzględnienie jej objawy uboczne usuwa — często jednak przyczyny wykryć nie możemy i wówczas ograniczamy się do środków zapobiegawczych. Za takie środki zapobiegawcze uważa Ravaut między innemi podawanie 1-mg adrenaliny wewnętrznie lub podskórnie, bądź przed wstrzyknięciem salvarsanu bądź po wstrzyknięciu, gdy wystąpią objawy uboczne, wstrzykiwanie zapobiegawcze małych dawek salvarsanu bezpośrednio przed wstrzyknięciem pełnem, podanie 5—10 centgr. salvarsanu wewnętrznie, bardzo powolne wstrzykiwanie śródżylne dokonywane w przerwach, zmiana środka arsenowego na inny i t. p. Znamienne jest dla tej grupy objawów ubocznych to, że wstępują przygodnie i nie przy każdem wstrzykiwaniu.

Inaczej w przypadkach grupy drugiej, gdzie objawy b) stale się powtarzają. Znamienne jest dla tej grupy przypadków to, że przy każdem wstrzyknięciu pojawia się ten sam zbiór i ten sam typ objawów ubocznych w jednostce czasu stale jednakowej, u różnych osobników różnej. Przez obniżanie stopniowe dawki można dojść czasem do dawki takiej, którą wreszcie chory zniesie bez objawów ubocznych, ale granica ta jest nieprzekraczalna. Dawki te bywają zwyczajnie tak małe, że niemal pytać się trzeba, czy mogą być skuteczne. Ravaut sądzi jednak, że skoro ustrój reaguje tak silnie, to reaguje również i w znaczeniu leczniczem. Wiele przemawia za tem, że tą nadwrażliwość osobniczą, zależną od dawki, uważać należy za rodzaj anafilaksji.

4) Objawy zatrucia. Znamienną ich cechą jest to, że występują zwyczajnie nie bezpośrednio po wstrzyknięciu, ale po pewnym dłuższym czasie dopiero, często po kilku wstrzyknięciach lub w jakiś czas po ukończeniu leczenia. Tu-

zaliczyć należy owe schorzenia wątroby wyżej wspomniane, nie różniące się niczem od zaburzeń nieżytowych. Za tłem toksycznem przemawia między innemi i to, że występują serjami, okresowo przy użyciu pewnej serji salvarsanu lub neosalvarsanu. Niewątpliwie do zatruć zaliczyć należy także rozległe zapalenia skóry o typie rumieni rtęciczych, lub rozległe zapalenia skóry z następowem łuszczeniem. Do rzadszych objawów zatrucia należą zaburzenia ze strony nerek, lub zaburzenia w środkowym układzie nerwowym z towarzyszącemi im zmianami w płynie mózgowordzeniowym. Znajomość tych wszystkich objawów ubocznych, a przedewszystkiem znajomość ich przyczyn ma, zdaniem Ravauta, doniosłe znaczenie dla praktyka. Stwierdzenie przyczyny pozwoli w wielu przypadkach uniknąć jej następstw, stwierdzenie objawu ubocznego powinno skłonić do szukania jego przyczyny a tem samem i do wyjaśnienia wielu przyczyn dotąd niejasnych.

P. Noel. **Lichen simplex circumscriptus z torebkowatemi wzniesieniami przyskórka i guzami w okolicy stawów.** U 50-letniego murzyna spostrzegano zmiany istniejące od roku na wewnętrznej powierzchni obu ud i na skórze części płciowych. Skóra w tych okolicach zlichenifikowana, zgrubiała i szara, wykazała głębokie torby rozmiarów pięści, pod podniesionym przyskórkiem. W otoczeniu lichenifikacja skóry bez ostrych granic. Silny świąd, ślady drapania i powiększenie gruczołów pachwinowych towarzyszyły schorzeniu, jako objawy wtórne. Prócz tego w różnych okolicach ciała stwierdzono w pobliżu stawów rozsiane guzowate stwardnienia podskórne, niebolesne, przesuwalne, dochodzące do rozmiarów jaja kurzego. Przebieg choroby nie jest znany autorowi.

G. Pignet. **Przypadek kiły małżeńskiej mogący potwierdzać teorje Levaditi i Marie.** Opis przypadku, w którym tak mąż jak i żona, według ich zeznań, nic nie wiedzieli o tem, jakoby kiedykolwiek ulegli zakażeniu kiłowemu, bo nigdy nie zauważyli u siebie najmniejszych choćby zmian na skórze czy też na błonach śluzowych. Stałe bóle głowy, na jakie cierpiała żona i przedwczesny poród skłoniły lekarza do wykonania odczynu Wassermanna u obu małżonków. Odczyn u obu wypadł dodatnio, a badanie męża wykazało jedynie objawy ze strony układu nerwowego takie, jak utrudnienie w mowie, leniwe oddziaływanie źrenic na światło i wzmożenie odruchów kolanowych, natomiast nie zdołało wykryć żadnych śladów przebytej kiły na skórze lub błonach śluzowych. Podobnie ujemnie wypadło badanie w tym kierunku u żony. Zastosowanie leczenia przeciwkiłowego sprowadziło pewną poprawę stanu zdrowia obu małżonków. Autor wldzi w przytoczonym przypadku poparcie teorji Marie i Levaditiego o dwoistości krętka bladego, a w szczególności poparcie poglądu, że istnieje szczep krętka bladego tylko nerwozwrotny. *Lenartowicz* (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXIV. Posiedzenie naukowe z dnia 30. czerwca 1922.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 68.

1. Kol. Mikołajski wygłasza odczyt na temat „**Obecny stan walki z alkoholizmem w Małopolsce**".

W dyskusji Kol Sieradzki zauważa, że pomimo wykazanego przez prelegenta braku pewnych przepisów, uwzględniających stosunki w Małopolsce nie widzi przeszkody do wprowadzenia w życie ustawy o zwalczaniu alkoholizmu na terenie Małopolski i obwinia odnośne czynniki rządowe o opieszałość w tym względzie. Ustawa w całości mimo pewne usterki jest dziełem doniosłem, nie należy jednak łudzić się, że ona sama zdoła usunąć opilstwo z naszego państwa, konieczna natomiast jest w tym kierunku szeroka akcja społeczna, do której ustawa daje odpowiednią podstawę Akcję tę należy poprowadzić w myśl zasad ustalonych doświadczeniem innych krajów, oprzeć ją na szerokich podstawach i nie zrażać się chwilowemi trudnościami i małym początkowo wynikiem. Do akcji tej powołani są przedewszystkiem lekarze. Z biegiem czasu dojść będzie można do tego stanu, który obecnie zapanował w Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej, gdzie zakazana jest zupełnie produkcja i konsumcja alkoholu. Przeciw postawieniu u nas kwestji tej odrazu na tak radykalnem stanowisku przemawiały względy gospodarcze, gdyż wiadomo, że produkcja alkoholu jest u nas jednym z najlepiej rozwiniętych rodzajów przemysłu. Przy stopniowem ograniczeniu konsumcji stosunki gospodarcze zastosują się do tego bez silniej szych wstrząśnień ekonomicznych.

Następnie mowca omawia stanowisko alkoholizmu względem kwestji poczytalności karnej i rozporządzalności cywilnej na gruncie istniejących jeszcze obecnie u nas różnych kodeksów dzielnicowych i przyszłego wspólnego prawa polskiego. Mowca jest stanowczym zwolennikiem zasady, że zwykłe (nie t. z. patologiczne) **ostre upojenie alkoholowe nie powinno stanowić momentu wykluczającego ani zmniejszającego odpowiedzialność karną.** Zasada ta, aczkolwiek teoretycznie, wobec poważnych zmian psychicznych wywołanych nawet niewielkiemi dawkami alkoholu, niesłuszna, jest jednak konieczna ze stanowiska polityki kryminalnej; znalazła ona też wyraz w niektórych nowszych kodeksach karnych n. p. finlandzkim. Odpowiedzialność karną opilców nałogowych trzeba traktować indywidualnie, przyznając im bądź zmniejszoną bądź też zupełną niepoczytalność; przestępców tej grupy jednak należy przymusowo oddawać do leczenia w odpowiednich zakładach. Pod względem rozporządzalności cywilnej ustawa powinna dozwalać na wczesne ograniczenie lub pozbawienie własnowolności alkoholików przewleklych na wzór postanowień, jakie istnieją w t. z. ordynacji cesarskiej o pozbawieniu własnowolności z r. 1916, obowiązującej na obszarze Małopolski.(A.r.)

Kol Fels jest zdania, że ograniczenie ustawy idzie za daleko i przepisy są za ostre. U ludności wpojona jest myśl, że alkohol jest zdrowy, więc to długo będzie trwało, zanim alkohol da się wyrugować. Prelegent jest zdania, że nim się zamknie szynki, trzeba naprzód urządzić inne odpowiednie lokale n. p. czytelnie, a następnie trzeba myśleć o zastąpieniu alkoholu czemś innem n. p. herbatą.

Kol. Zalewski nie podziela zdania kol. Felsa, jakoby ustawa była za ostrą, lecz uważa, że ona jest dobrą. Przy zamykaniu szynków nie chodzi tak o alkohol, jak o lokale, w których się pija alkohol a które prowadzą do zgorszenia.

Kol. Krzemicki sen. nie zgadza się również ze zdaniem kol. Felsa.

Kol. Mikołajski w odpowiedzi zaznacza, że wprowadzenie w życie ustawy nie należy do zakresu wojewódzkiego urzędu zdrowia tylko zależy od wojewody.

Helena Schusterówna, zastępca sekretarza.

Towarzystwo lekarskie Łuckie.

Posiedzenie naukowe z dnia 3. marca 1922 r.

Przewodniczy kol Fr. Miłaszewski. Obecnych 15.

1. Kol M. Kubaszewski złożył szczegółowe sprawozdanie z **działalności Szpitala powiatowego w Łucku za rok 1921**, poczem toczyła się ożywiona dyskusja dotycząca spraw administracyjnych i przypadków leczonych na poszczególnych oddziałach szpitala

2. Kol. Wojnicz złożył sprawozdanie z delegacji swojej do Ministerstwa zdrowia Publicznego na konferencję w sprawie izb lekarskich

Ze sprawozdania Zarząd obwodowy Łucki Z. L. P. P. z przykrością dowiedział się, że samodzielnej Izby lekarskiej Wołyńskiej na razie nie będzie lecz Izba Wołyńsko-Lubelska.

Posiedzenie naukowe w szpitalu powiatowym z dnia 17. marca 1922 r.

Przewodniczy kol. Fr. Miłaszewski. Obecnych 15.

Kol. A. Wojnicz przedstawił dwóch chorych: jednego **z urazowem uszkodzeniem kości głowy**, drugiego **z postrzałowem uszkodzeniem czaszki i mózgu.** Obydwa przypadki leczone były konserwatywnie i zakończyły się wyzdrowieniem (Autoreferat). a) Iwan R, lat 27, były kozak orenburski, obecnie robotnik na tartaku pod Łuckiem, 8. lutego 1922 w czasie roboty uderzony gatrem (część składowa piły) po głowie, spadł z pierwszego piętra. Stracił przytomność, krwawienie z nosa i uszu. W godzinę oprzytomniał wymioty. Przeniesiony do Szpitala powiatowego w stanie następującym: Głowa w postaci bryły pokrytej guzami, w nozdrzach i uszach krew skrzepła, prawy łuk licowy zgruchotany, na czole we włosach rana do kości, $2^1/_2$ ctm długa, na ciemieniu mniejsza i wylew krwawy podskórny wielkości kartofla, w okolicy obydwu wyrostków sutkowych obszerne wylewy krwawe, opuszczające się aż na szyję. Chory bełkoce niewyraźnie, głową poruszyć nie może z powodu bólu w szyji (kręgi szyjne całe). Puls 68, T° 37 1°. Po opatrzeniu ran leczenie w ciągu pierwszych 10 dni polegało na stosowaniu okładów eterowych na głowę i ponad to pęcherza z lodem. W ciągu pierwszych dwóch dni wymioty i krwawienie z prawego ucha się powtarzały, T° nie przekraczała 37,5, tętno 62–68, później 76. Po 6 tygodniach chory opuścił szpital w dobrym stanie. Pozostało zgrubienie wyrostka sutkowego prawego i szum w uchu, a także zgrubienie kości łuku licowego prawego.

W danym przypadku krwawienie z uszu i nosa pozwala przypuszczać, że podstawa czaszki była uszkodzona, tembardziej że chory po wypadku przytomność stracił, wymiotował i tętno miał znacznie zwolnione.

b) Borys R., lat 28, urzędnik starostwa, nerwowej konstytucji, 16. marca w pozycji stojącej strzelił sobie z rewolweru (Brauning małego kalibru) w głowę, poczem runął na wznak na podłogę i stracił przytomność. W godzinę po wypadku przewieziony do szpitala powiatowego. Stan obecny: w okolicy prawej skroni mała okrągła ranka, $^1/_2$ cm w średnicy, brocząca, skóra do-

koła ranki czarna, włosy osmalone. Z przeciwległej strony ponad lewą skronią guz wielkości połowy jaja kaczego, skóra nad nim cała pokryta włosami. Podstawę guza stanowią nadłamane i wzniesione kości czaszki, które nie są swobodnie ruchome; na wierzchołku guza chełbący wylew krwawy i ruchome twarde ciało (kulka?). Chory przytomny, podnieść się, ani unieść głowy nie może, skarży się na ból głowy w okolicy potylicy, którą uderzył o podłogę i gdzie skóra uszkodzona, a największy ból czuje w szyi przy poruszaniu. W nosie trochę krwi skrzepłej, uszy czyste. T. 37,6; tętno 90, równe. Po opatrzeniu rany położono na głowę okład z eteru pod papierem woskowanym, na to pęcherz z lodem. Pod okładami eterowemi chory znakomicie się uspakajał i leczenie stopniowo doprowadziło do zupełnego wygojenia się, pomimo iż chory zaraz w pierwszym tygodniu przebywał lewostronne zapalenie włóknikowe górnego płata płuc. W pierwszym tygodniu leczenia obserwowano także tętnienie w guzie; z czasem objaw ten znikł zupełnie. 11. kwietnia chory wypisał się ze szpitala jako zupełnie zdrowy — przybyło go na wadze 12 funtów. Głowa wygoiła się dobrze, pozostała jednak deformacja zwłaszcza na miejscu wylotu kulki, którą wyczuwało się wyraźnie pod skórą i która żadnej przykrości choremu nie sprawiała. Godne uwagi, że chory przed zamachem samobójczym był nadzwyczaj nerwowy, wiecznie niezadowolony i kłótliwy, po wypadku stał się o wiele spokojniejszym i pogodniejszego usposobienia — słowem duchowo poprawił się.

W dyskusji zabierali głos kol. Miłaszewski i Mininson zaznaczając, że sposób zachowawczy w danym przypadku dał lepsze rezultaty, niż operacyjny, niestety tak często stosowany w czasie ubiegłych lat wojny. Nieraz podziwiać trzeba było pośpiech, z jakim chirurdzy starali się wydobyć każdą kulkę, co często bywało ze szkodą dla rannych, ponieważ otwierało wrota infekcji.

Kol. Bejlin stwierdza, że poprawa stanu nerwowego u chorego po silnym wstrząsie, jakiego doznał, jest możliwą; stosowanie okładów eterowych w danych przypadkach uważa za innowację. Kol. Wojnicz w odpowiedzi zaznaczył, że do eteru siarczanego uciekł się przypadkowo z powodu braku spirytusu, następnie zaś stosował eter stale, ponieważ chorzy dobrze się czuli pod eterem.

Posiedzenie publiczne poświęcone sprawom hygjeny z dnia 10. kwietnia 1922.

Obecnych członków 21, gości 50.

Przewodniczący kol. Miłaszewski zagaja posiedzenie i wita Dra J. Polaka z Warszawy.

Kol. Polak wygłasza odczyt na temat: „Znaczenie i organizacja zdrowia publicznego", który w streszczeniu podajemy. W odrodzonej Polsce wśród wielu zagadnień troska o poprawę zdrowia publicznego należy do najważniejszych zadań. Naród składający się z jednostek i rodzin tem mniej jest szczęśliwy i tem więcej cierpi, im więcej ma zachorowań i zgonów. Jak wielkie znaczenie ekonomiczne ma dla Państwa chorobowość i śmiertelność, dostatecznie ilustrują wyniki statystyczne zebrane przez prelegenta w czasach przedwojennych w b. Królestwie Polskiem. Przy ówczesnej śmiertelności 25 na 1000 koszta choroby i zgonów wynosiły 367 miljonów rubli rocznie. Zmniejszenie cyfry śmiertelności do 20 na 1000 dałoby oszczędności 70 miljonów rubli rocznie czyli około 70 miljardów obecnych marek polskich. Środki, wiodące do poprawy zdrowia publicznego, dzieli prelegent na dwie kategorje: przymus (szczepienia, izolacja chorych zakaźnych, konfiskata fałszowanych produktów spożywczych itd.) i zarządzenia twórcze (urządzanie stacji szczepień, budowa domów izolacyjnych, szpitali, wodociągów, łaźni, studzien i t. d.). Pierwszy środek nie daje pożądanych rezultatów. Zarządzenia twórcze winny odegrać decydującą rolę. W pierwszym rzędzie chodzi o odpowiednie prawodawstwo, którego oczekujemy od Sejmu, następnie o inicjatywę światłych jednostek; dalej zaś zrzeszenia, prasa i mądra administracja dokonują dzieł wielkich. Praca na polu zdrowotności winna być skoncentrowaną w rękach organów samorządowych, a rola rządu polegać winna na nadzorze, opiece, pomocy technicznej i finansowej. Społeczeństwo narzuca samorządom inicjatywę i posiada swój organ — Towarzystwo hygieniczne, związane z takąż samą centralną instytucją w stolicy.

Kol. Wojnicz zaznajamia zebranie z bardzo ciężkiemi warunkami, w jakich znajduje się między innemi szpital powiatowy, apeluje do społeczeństwa, aby się więcej interesowało sprawami zdrowotnemi i stawia wniosek zawiązania w Łucku Twa Hygjenicznego. Po zaznajomieniu zebranych, przez kol. Polaka, ze statutem Warszawskiego Twa Hygjenicznego i stosunkiem tegoż do Oddziałów, po przemówieniach kol. Miłaszewskiego i Mecenasa A. Siomy, wybrano członkami tymczasowego Zarządu Wołyńskiego Twa Hygjenicznego: Dra L. Radwańskiego, Starościnę Podoską, Dra M. Pietkiewicza, p. Helenę Godlewską, Dra A. Wojnicza, p. Annę Lipińską, inżyniera Fedorowicza, mecenasa A. Siomę, burmistrza J. Suszyńskiego, Dra Pasławskiego z Ostroga i Dra Weselskiego z Kowla.

Kol. Radwański w imieniu obranego Zarządu zwraca się z prośbą o poparcie Wołyńskiego Towarzystwa Hygjenicznego przez społeczeństwo i przez centralę warszawską.

Prezes *Miłaszewski*, Sekretarz *A. Wojnicz*.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 9 maja 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. W dyskusji z powodu odczytu prof. Orzechowskiego „O unerwieniu pozapiramidalnem" Higier stwierdza, że w rozumowaniu mówcy, opartem na teorji Ramsay Hunta jest dużo hypotetycznego i schematycznego. Trudno zrozumieć, czy pod układem kinetycznym należy pojmować jedynie mózg i ciała prążkowane, a pod układem statycznym jedynie móżdżek i jego tory, czy pod tonusem pozycyjnym autor pojmuje jedynie plastyczny, nadający postać, a pod tonusem postawy ciała wszystkie inne odmiany, jak skurcz adaptacyjny, fiksacyjny i poskurcz toniczny. Faktem jest, że skurcz mięśni poprzecznie prążkowanych jest szybki, jego okres utajony krótki, że czynność jego przebiega z ciepłotą i znużeniem, ale mniej pewnem jest, czy prąd elektryczny czynnościowy cechuje wyłącznie te mięśnie, gdyż i w sarkoplazmie są prądy napięciowe i deformacyjne. Czy przemiana glykogenu odbywa się w niej, nie wiemy dokładnie, jak również nic nam nie wiadomo o jej znużeniu. Różnice histologiczne inerwacyjne i w charakterze skurczu mechanicznego i elektrycznego są niewątpliwe. Jeżeli prof. O. rozumie pod ruchami inteligentnemi celowe i z wyładowaniem energji idące, to można się z nim zgodzić, ale trudniej już z definicją ruchów automatycznych, które usiłuje umiejscowić w ciele prążkowanem. Dotychczas znaliśmy mięśnie dowolne (kończyny, tułów, twarz) i gładkie (narządy wewnętrzne, skóra, naczynia) z działaniem bezwiednem, automatycznem i wzruszeniowem; znaliśmy narządy (przełyk, pęcherz, odbytnicę), w których uzupełniała się wzajemnie czynność mięśni poprzeczno-prążkowanych i gładkich. Współistnienie obu w każdym mięśniu obwodowym nie tłómaczy jeszcze ich współpracy. A może sarkoplazma jest zakończeniem obwodowem układu statycznego, jak myoplazma kinetycznego. W klasyfikacji prof. Orzechowskiego chorób układu prążkowanego i bladego uderza brak jednostki jednolitej, gdyż obok siebie panuje punkt widzenia patofizjologiczny i topograficzny.

Koelichen wspomina, że wśród zagadnień z dziedziny fizjologji układu nerwowego sprawa ośrodków ruchowych podkorowych i szlaków pozapiramidowych wysunęła się w ostatnich czasach na plan pierwszy dzięki badaniom i pracom małżonków Dejerinów i Vogtów oraz Wilsona i Ramsay Hunta wreszcie dzięki tak licznym w ostatnich czasach spostrzeżeniom dotyczącym stanów pozostałych po zapaleniu mózgu nagminnem. W wyniku tych badań i spostrzeżeń możemy uważać niemal za dowiedzione, że uszkodzenie tak zwanego paleostriatum, czyli globi pallidi sprowadza zaburzenia ruchowe o typie drżączki porażennej, zaś uszkodzenie neostriatum czyli ciała prążkowanego i putaminis powoduje występowanie mimowolnych ruchów bezładnych o typie pląsawicy, atetozy lub kurczów torsyjnych. Brak nam dotychczas dokładnego zrozumienia, jaki jest mechanizm powstawania tych zaburzeń i jaka jest rola ośrodków ruchowych podkorowych i szlaków pozapiramidowych. W przypuszczeniach, które wypowiada Foerster na ten temat, przypisuje on paleostriatum rolę filogenetycznie starszego od kory mózgowej ośrodka ruchowego wyższego rzędu, który rządzi afektywną reakcją ruchową, wyzwala zespoły ruchowe, które ongiś miały charakter ruchów celowych i tłumi czynność ośrodków móżdżkowych wzmagających napięcie mięśniowe. Dlatego też zniszczenie tego ośrodka zwiększa napięcie mięśniowe, zmniejsza grę reakcji uczuciowej i żywość ruchów. Neostriatum, według tych przypuszczeń, ma znaczenie ośrodka miarkującego czynność paleostriatum, wobec czego jego uszkodzenie zmniejsza napięcie w mięśniach i wyzwala niepohamowane zespoły ruchowe utajone zazwyczaj w paleostriatum. Mówca stara się wyjaśnić zaburzenia ruchowe zależne od uszkodzenia ośrodków ruchowych podkorowych wychodząc z zupełnie odmiennego i nowego założenia. Zdaniem mówcy w zespole parkinsonowskim, charakterystycznym dla uszkodzenia *globi pallidi*, ujawnia się przewaga skurczów powolnych i trwałych sarkoplazmy nad żywemi i szybkiemi skurczami istoty prążkowanej mięśni. Związek tych zaburzeń z uszkodzeniem *paleostriatum* wyjaśnia mówca w sposób następujący: Sarkoplazma jest unerwiona przez włókna nerwowe wegetacyjne, które posiadają ośrodki rdzeniowe w rogach bocznych istoty szarej rdzeniowej, zaś wyższe ośrodki mózgowe w paleostriatum. Otóż to zestawienie wzmożonej czynności sarkoplazmy ze zniszczeniem jej domniemanego ośrodka mózgowego w paleostriatum nie jest jasne dla Koelichena.

W odpowiedzi prof. Orzechowski przyznaje, że zamało podkreślił charakter hypotetyczny niektórych spraw poruszonych w odczycie. Prof. O. podnosi znaczenie hypotez dla neurologji i jako przykład przytacza poglądy nowsze na odruchy kolanowe, na niedowiedzione połączenie dróg piramidalnych z komórkami przednich rogów. Wyjaśnia różnicę pomiędzy sarkoplazmą i mięśniem poprzeczno prążkowanym. Sarkoplazma podczas skurczu nie pochłania tlenu nie wytwarza kwasu węglowego. Badania wykazały, że mięsień gładki zużywa ciała białkowe, produkuje kreatynę, a więc w moczu wydziela się większa ilość kreatyniny. Sarkoplazma trudno pobudza się z nerwu, przy pracy nie wytwarza ciepła, któreby można było określić za pomocą dostępnych metod. Dowiedzione jest, że sarkoplazma ma odrębne włókienko nerwowe bezrdzeniowe, po przecięciu nerwu ruchowego nie wyrodnieje.

Mięśnie prążkowane wytwarzają specjalne prądy elektryczne o 50 odchyleniach na sekundę Heidenhein wykrył, że po przecięciu nerwu kulszowego i po wystąpieniu zwyrodnienia nerwu, bezwładu, przy podrażnieniu nerwu kulszowego nie otrzymywał skurczu, przy podrażnieniu *rami communicantes albi nvi. sympatici* otrzymywał skurcz powolny. Następnie prof. O objaśnia 3 rodzaje tonusu i wpływ na niego nerwów współczulnych. Pewne stany przykurczowe zależą tylko od przykurczu sarkoplazmy, a nie mięśni poprzeczno-prążkowanych Na zwierzętach zatrutych jadem tężcowym w mięśniach ze stałem przykurczeniem wykryto, że nie wydziela się bezwodnik węgla, ciepłota nie podnosi się, mięsień taki nie daje prądów czynnościowych. Hoffman, Schaefer, Frank w stanach skurczowych wykrywali prądy czynnościowe, inni jak Meyer nie wykrywali, jednak na fotogramach widać bardzo nieznaczny rytm innego rodzaju prądów.

Prof. Czubalski uważa, że prof O. słusznie podkreślił, że na fotogramach w stanach skurczowych Hoffmana i jego uczniów są widoczne bardzo nieznaczne wahania rytmu, gdyż oprócz prądów czynnościowych, spoczynkowych, istnieją 3-ego rodzaju prądy — prądy deformacyjne, które wiążą z sarkoplazmą. Fotogramy Hoffmana dawały wahania prądów najprawdopodobniej związane ze stanem sarkoplazmy Prądy te według badań fizjologów francuskich należą do prądów deformacyjnych

II. Prof. A. Gluziński „Rozpoznanie kiły płuc". (Rzecz ukaże się w druku).

Prof A. Sokołowski w dyskusji przypomniał, że przed 40 laty poruszył ten temat. Wystarczało wtenczas aby ktoś przebył kiłę, a przy zajęciu przewlekłem płuc stosowano mu leczenie przeciwkiłowe, co w przypadkach gruźlicy pogarszało znacznie stan chorego. Temat poruszony wówczas wywołał ożywioną dyskusję. Prof. S. podkreśla, że najlepsze metody badania nie pozwalają jednak rozpoznać kiły płuc. Mówca wprowadził jeszcze jeden ważny objaw dla rozpoznania kiły, a mianowicie obecność dużej wątroby i dużej śledziony, co w znacznym stopniu ułatwia rozpoznanie. Sekretarz doroczny, *W. Kowalski.*

A. Chełmoński. Warszawa

Potrzeby duchowe chorych a szpital.

(Odczyt w Sekcji szpitalnictwa W. T. L. 29 kwietnia 1920 r.)

Mimo znaczne postępy wiedzy lekarskiej, czynniki natury psychicznej w leczeniu są zamało uwzględniane. Tymczasem nie ulega wątpliwości, że mają one w życiu naszem bardzo poważne znaczenie. Świadczy o tem dowodnie szereg faktów z dziedziny fizjologji i patologji. I tak: **Stwierdzono wpływ stanu duszy na sprawy odżywcze skóry,** na siwienie i wogóle na zmianę barwy włosów, na ich wypadanie, na występowanie pewnych wysypek skórnych itp.

Pod wpływem bólu wydzielanie soku żołądkowego zmniejsza się, pod wpływem gniewu błona śluzowa żołądka czerwieni się (Beaumond 1825 r.)

Wyobrażenie smacznego pokarmu sprowadza obfite wydzielanie soku żołądkowego (Pawłow). Przyjemne wrażenia potęgują ruchy żołądka, przykre hamują. (Caumon i Walter). Wiadomo powszechnie, że w powstawaniu wielu chorób narządu trawienia czynności duchowe odgrywają bardzo ważną rolę **(biegunki nerwowego pochodzenia, nerwice żołądka, żółtaczka ze wzruszenia).**

Wzruszeniom przyjemnym towarzyszy większy przypływ krwi do kończyn, przykrym mniejszy (Lehmann). Wyobrażenie ruchu kończyny wystarcza do wywołania przypływu krwi do tejże kończyny (Weber). Znane jest **występowanie rumieńca na twarzy** pod wpływem wstydu, **bladości skóry** pod wpływem strachu itp.

Przerost mięśnia sercowego, przedwczesne stwardnienie rozwijają się wielokrotnie pod wpływem częstych wzruszeń. Vessal po sekcji chorej, u której serce jeszcze drgało, ze wzruszenia zmarł. Sofokles podobno zmarł z radości, gdy na igrzyskach olimpijskich otrzymał nagrodę.

W pracy pt. „Stan układu nerwowego u suchotników i jego wpływ na przebieg gruźlicy"[1]) przytoczyłem szereg spostrzeżeń, świadczących o **niekorzystnym wpływie silnych wzruszeń na ciepłotę ciała** u suchotników.

Bardzo poważny jest udział czynników psychicznych w powstawaniu choroby cukrowej. W rodzinach obarczonych skłonnością do chorób umysłowych, często następuje cukrzyca.

Na powstawanie histerji, neurastenji, nerwic urazowych wreszcie wielu chorób umysłowych, wpływają czynniki psychiczne. Bardzo interesujący jest fakt występowania szeregu **zaburzeń somatycznych w przebiegu chorób umysłowych.** W ostrych postaciach paranoi zdarza się często nadmierne ślinienie, w melancholji zmniejszone wydzielanie śliny. W demencji spotyka się zmniejszone ilości kwasu solnego w soku żołądkowym. Po napadach padaczkowych występuje często białkomocz, w zadumie acetonurja. W porażeniu postępowem notowano znaczne obniżenie ciepłoty (poniżej 30_0 C). Jeżeli jeszcze przypomnimy, jak poważne ma znaczenie w patologji sugestja, to przyjść musimy do wniosku, że lekceważenie w leczeniu czynników psychicznej przyrody jest oczywistem nieuctwem. Słusznie powiada Nussbaum [2]), że „zaniedbywanie w patologji czynności duchowych równa się niemal zaniedbywaniu przez tyle wieków wiadomości o cyrkulacji krwi".

A teraz przypatrzmy się naszym szpitalom z punktu widzenia potrzeb duchowych chorego

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że o ile sprawa rozpoznania w szpitalach postawiona jest naogół dobrze, o tyle sprawa leczenia i pielęgnowania stoi jaknajgorzej. Poza leczeniem farmaceutycznem i chirurgicznem wszystkie inne metody postępowania są w zupełnem zaniedbaniu.

I tak: warunki w szpitalach, w których przebiegać ma dana choroba, często są nie tylko zupełnie nieodpowiednie, lecz wprost szkodliwe. A dalej cała djetetyka, wodolecznictwo i inne metody fizykalnego leczenia są powszechnie mało uwzględniane. Czyż wobec tego, wobec lekceważenia najistotniejszych wymagań lecznictwa można się dziwić, że nie pomyślano tu o potrzebach duchowych chorych? Z przykrością przyznać trzeba, że chorych w szpitalu często traktuje się jedynie jako mniej lub więcej interesujący materjał naukowy, a zapomina się, że chory jest to nieszczęśliwy człowiek i, że naszym obowiązkiem jest udzielanie mu pomocy i ulgi w cierpieniu.

Na wyróżnienie zasługują usiłowania tych lekarzy, którzy starają się, ile możności, zaspokajać duchowe potrzeby chorych: zakładają biblioteki dla chorych, ozdabiają oddziały obrazami, kwiatami, ułatwiają chorym korespondencję z rodziną, urządzają dla rekonwalescentów koncerty i deklamacje, wprowadzają zajęcia itp.

Wszystko to dowodzi, że wielu lekarzy zdaje sobie sprawę z ważności duchowych potrzeb chorych i usiłuje im zadość uczynić. Inicjatywa jednak prywatna nie jest w stanie zasadniczo stanu rzeczy zmienić. Sprawą tą zająć się powinny zarządy miast przy udziale lekarzy szpitalnych.

Potrzeby duchowe chorych szpitalnych podzielić można na dwie kategorje:

I) potrzeby, które uwzględnione być mogą dopiero przy budowie nowych szpitali, nowych sanatorjów i

II) potrzeby, które zaspokoić można i należy zaraz.

Co do pierwszego. Zacznijmy od budynków szpitalnych.

I). A. Budynki szpitalne. Wiemy dobrze, że jedne domy mieszkalne robią miłe wrażenie, miło na nie spojrzyć, miło w nich mieszkać. Inne wprost przeciwnie. Składa się na to bardzo wiele czynników. Chodzi tu o otoczenie, o kształt budynku, harmonję linji, kolor ścian, dostęp światła, wygodne wejście itp. Nie wmawiajmy w siebie, że takie wymagania mieć może jedynie człowiek inteligentny, mający pojęcie o pięknie, wreszcie tylko człowiek zdrowy. Pierwszy lepszy analfabeta mówi: „Tu jest wesoło, a tu niewesoło". A jeżeli na zdrowego oddziaływa wygląd zewnętrzny danego miejsca, to tembardziej na chorego, u którego podrażniony jest układ nerwowy.

B). Poczekalnie i pokoje kąpielowe. Do szpitali zapisują się dwie kategorje chorych: jedni schludni choć ubodzy, drudzy wstrętnie brudni, zawszeni. Zaraz przy wstępie do szpitala należałoby, licząc się z potrzebami duchowemi chorych, różniczkować te dwie kategorje.

[1]) Gaz. lek. i „Deutsch. Arch. f klin. Med." 1901 r.

[2]) H Nussbaum. O wpływie czynności duchowych na sprawy chorobowe. (Odczyt na VII. Zjeździe lekarzy we Lwowie 1894 r.)

Na ten cel potrzebne są dwie poczekalnie, duże łazienki itp. co też należałoby uwzględnić przy budowie szpitali.

Przechodzę do systemu budowania oddziałów.

C). Oddziały szpitalne. Gdy chodzi o znalezienie pomieszczenia dla chorego zamożniejszego na czas jego choroby, nikomu z nas niewydałoby się możliwe, aby pomieścić swego pacjenta na sali, gdzie oprócz niego znajdowałoby się jeszcze kilkudziesięciu innych chorych i te warunki otoczenia uznać za odpowiednie.

Dla chorego takiego poszukuje się oddzielnego pokoju.

Chory ubogi znieść musi wszystko: wyjawiać podczas zbierania wywiadów lekarskich najskrytsze tajemnice swego życia wobec licznych słuchaczy, wysłuchiwać jęki sąsiadów, patrzeć na konających, być niepokojonym przez chodzenie i nieodpowiednie zachowanie się chorych nerwowych, mieć ciągle świadków przy załatwianiu swych potrzeb fizjologicznych, przy ujawnianiu swych ułomności i kalectw, wysłuchiwać niewłaściwe żarty, uszczypliwe przycinki i wogóle ordynarne a nieraz nieprzystojne rozmowy.

Dlatego też sale wielkie, tak imponujące swym wyglądem, a wygodne jedynie dla obsługi i dozoru chorych, uważać należy za nieodpowiadające kardynalnym potrzebom fizycznym i duchowym, za złe, za przeżytek. W Anglji i w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej oddział szpitalny składa się najwyżej z 14—16 łóżek, które są oddzielone płóciennemi ścianami.

W nowym szpitalu w Berlinie „Nordend" Dosquet oddziela łóżko od łóżka drewnianemi przepierzeniami.

Pomysł oddzielania łóżek przegrodami nie może być uważany za szczęśliwy, gdyż wtedy z powodu braku ruchu powietrza chory z konieczności pozostawać musi w zaduchu.

Należałoby też mieć osobne pomieszczenie, dokąd możnaby niezwłocznie przenosić zmarłych i w ten sposób oszczędzić bardzo przykrego widoku dla otoczenia. A już za niezbędne uważać należy separatki dla ciężko chorych i chorych po operacjach, często wymiotujących. W szpitalu de la Croix Rouge w Ljonie każdy chory po operacji pomieszczany bywa na kilka dni w specjalnym oddziale.

Również niezbędne jest oddzielenie sali opatrunkowej i operacyjnej od danego oddziału chirurgicznego, a to w celu nie tylko przeprowadzenia aseptyki, lecz także w celu oszczędzenia chorym, znajdującym się na oddziale, przykrego wrażenia, na jakie narażeni są, wysłuchując krzyki i jęki chorych opatrywanych i operowanych.

Każdy większy szpital posiadać też winien pomieszczenie na czytelnię dla chorych, na salę rozrywek, w której znajdować się powinien fortepian, szachy itp., oraz gdzie mogłyby odbywać się co pewien czas koncerty, przedstawienia teatralne.

D). Potrzeba sanatorjów i przytułków. Chorych szpitalnych, znajdujących się obecnie na oddziałach terapeutycznych, pod względem ich potrzeb fizycznych i duchowych podzielić można na cztery kategorje: 1) chorych uwiądowych i nieuleczalnych, potrzebujących jedynie przytułku, 2) chorych gruźliczych: a) podlegających leczeniu i b) nieuleczalnych, 3) chorych obłożnych, potrzebujących leżenia, spokoju, ciszy i 4) chorych nieobłożnych, potrzebujących ruchu, ćwiczeń ciała, rozrywek.

Chorzy uwiądowi i nieuleczalni znaleźć powinni pomieszczenie w tanich przytułkach zamiejskich; w osobnych przytułkach, również zamiejskich, należałoby pomieścić gruźliczych chorych nieuleczalnych; dla suchotników podlegających leczeniu budować należy sanatorja zamiejskie, a dla chorych nieobłożnych budować sanatorja miejskie lub zamiejskie o typie nie szpitala, lecz sanatorjum.

Wtedy w szpitalach zostaliby jedynie chorzy obłożni, dla których miejsca w szpitalach dzisiejszych wystarczy. Trzeba więc myśleć nie o budowie nowych szpitali, lecz o budowie przytułków i sanatorjów. [3]).

[3]) A. Chełmoński. W sprawie reformy szpitalnictwa Gaz. lek. 1899 r., 1910 r. A. Chełmoński. W sprawie segregacji chorych. Pam. Klin. Szpit. Dz. Jezus 1918 r.

E). Oddziały i pokoje dla chorych I klasy. Mimo jaknajdalej idące demokratyczne poglądy nie da się zaprzeczyć, że potrzeby duchowe chorych, przyzwyczajonych do pewnych wygód są inne, aniżeli potrzeby ludzi, którzy, będąc więcej zahartowanymi do znoszenia niewygód życiowych, mniej je odczuwają.

Lekarzowi nie wolno wdawać się w ocenę, czy tak być powinno, jak jest, lecz należy, licząc się z istniejącemi faktami i mając na uwadze jedynie zdrowie danego osobnika, uwzględniać potrzeby jemu właściwe.

Stąd należałoby przy budowie lub przebudowie szpitali mieć na względzie różne potrzeby omawianych dwóch kategoryj chorych, bądź budując osobny pawilon dla chorych I. klasy, bądź przeznaczając dla tejże klasy osobne pokoje, gdzie za większą opłatą znajdowaliby pomieszczenie chorzy przyzwyczajeni do większych wygód. Potrzeba takich pomieszczeń jest tem większa, że odpowiednich zakładów prywatnych dla tej kategorji chorych nie posiadamy.

II). A. Urządzenia wewnętrzne. Co do 2) tj. potrzeb, które zaspokoić należy zaraz, niepodobna wyliczyć wszystkich braków pod względem urządzeń wewnętrznych, braków, oddziaływających szkodliwie na psychiczny stan chorego.

Wspomnę o niektórych: pierwsze wrażenie zwykle jest najsilniejsze. A jakież to wrażenie odczuwać musi chory, przybywający do niektórych szpitali.

Zabłocona posadzka w poczekalni, powycierane ławki, mniej lub więcej brudne ściany, wstrętne wycieraczki do nóg, na ścianach kilka suchych rozporządzeń urzędowych. Należałoby zatroszczyć się o to, aby poczekalnia była schludna, robiąca miłe wrażenie, pełna kwiatów, miłych obrazów na ścianach, słowem, żeby chory nie miał uczucia, że przybywa do urzędu śledczego lub do więzienia, lecz do miejsca, w którem znajdzie ukojenie.

W otoczeniu pawilonów winny być rozstawione ławki, urządzone altanki dla chorych i rekonwalescentów.

Salki, pokoiki i jadalnie należy również przyozdobić tak, aby chory doznawał wrażenia, jakie odczuwamy w miłem schludnem mieszkaniu prywatnem.

W szpitalu Broca w Paryżu ściany przyozdobione są freskami. Jeden z nich wyobraża zdrowie pod postacią kobiety rozdzielającej kwiaty i owoce wśród rzeszy chorych.

B. Towarzystwo opieki nad chorymi szpitalnymi. Idąc za przykładem Francji należałoby założyć stowarzyszenie, poświęcone odwiedzaniu chorych, pokrzepianiu ich na duchu, udzielaniu im pomocy. W 1636 r. św. Wincenty a Paulo założył towarzystwo pt. Dzieło odwiedzin szpitalnych (Oeuvre de la visite dans les hôpitaux); panie należące do tego stowarzyszenia dzieliły się na 3 grupy „odwiedzających", „pomagających" i „kollektorek". W 1867 r. powstało podobne stowarzyszenie protestanckie. W 1897 r. Straus założył tow. świeckie pt. „Patronage des Hôpitaux". Są też we Francji kasy pomocy dla chorych szpitalnych.

C. Lekarze, służba szpitalna. Wszystkie te jednak, choćby najlepsze, porządki nie będą miały żadnej wartości, o ile lekarze i cały personal szpitalny nie przejmą się głęboko zasadami miłosierdzia. Lekarz, mając za zadanie usuwanie dolegliwości fizycznych, w tym kierunku głównie ćwiczy swój umysł i nieraz zapomina o stronie duchowej, która, jak już wspominaliśmy, ściśle łączy się z zaburzeniami natury fizycznej.

A więc przedewszystkiem, jak wiadomo, lekarza cechować powinna życzliwość i ciągłe pamiętanie o tem, aby dodawać chorym otuchy i oszczędzać o ile można, przykrych wrażeń.

I tak: należy badać chorego po raz pierwszy bez świadków, unikać przy nim rozmów dla niego przykrych, nie wypisywać na tablicach nad łóżkiem nazwy choroby, nie wykonywać w obecności innych chorych choćby drobnych operacyj i przykrych rękoczynów jako to: przemywania żołądka, pakelenizacji, opatrunków itp. Unikać badań ginekologicznych wobec świadków, zwłaszcza też dzieci.

Chorych przywozić na salę operacyjną uśpionych, a przynajmniej po przygotowaniu wszystkiego do operacji itp.

Sprawa służby szpitalnej wymaga jak wiadomo, radykalnej reformy, ale na reformę tę poczekać musimy czas dłuższy. Tymczasem nie pozostaje lekarzom nic innego, jak w myśl powiedzenia „przykład idzie z góry“, zachowaniem swem pobudzić służbę do zrozumienia jej samarytańskich obowiązków w stosunku do chorych: żadne wykłady ani napomnienia tyle nie zdziałają, co dobry przykład. Więc zacznijmy od siebie.

Z tego krótkiego rysu wynika, że wymagania nasze w sprawach leczenia tak dalece wzrosły, że w bardzo wielu przypadkach szpitale nie czynią zadość potrzebom chorych, zwłaszcza duchowym. Jak widzieliśmy, wielkie sale, brak indywidualizacji w urządzeniach szpitalnych itp. błędy wymagają radykalnej reformy.

Szpitale w dzisiejszym stanie są już tylko przeżytkiem, anachronizmem.

Sprawy zawodowe.

Kilka uwag o praktyce felczerskiej w b. zaborze rosyjskim.

Jedną z największych plag, jaką pozostawił nam carat w zawodzie lekarskim i którą Sejm nasz ustawą z ub. r. udoskonalił, jest praktyka felczerska. Koledzy innych byłych zaborów nie łatwo sobie przedstawić mogą praktykę lekarską obok owej felczerskiej. Ludność miast, miasteczek i wsi uważa za zupełnie naturalną następującą procedurę leczenia. Na początku choroby używany jest felczer, który stwierdza chorobę i leczy chorego, zalecając oprócz swych środków felczerskich (bańki, lawatywy etc.) różnego rodzaju lekarstwa, przepisując je w formie recept zupełnie „doktorskich“. Za punkt swego honoru uważają, aby nie używać do pomocy lekarza, lecz samemu wyleczyć chorego. Jedynie od chorego lub otoczenia jego zależy, czy dana choroba ma być dalej przez felczera leczona, czy też lekarz ma być wezwany, gdyż sam felczer przeważnie nie podsuwa myśli, aby lekarza poprosić. Przeto lekarz zwykle zjawia się przy łóżku chorego dopiero po tygodniu a nieraz i później, nawet w takich chorobach, jak dur brzuszny, zapalenie płuc itp.

Mobilizacja lekarzy i nieuwzględnienie przez Ministerstwo Zdrowia publ. próśb reklamacyjnych miasteczek ogołociły je z jedynej zwykle pomocy lekarskiej i oddały zdrowie mieszczan i okolicznej ludności wyłącznie na łup felczerów. Korzystając z tego felczerzy, zwłaszcza w małych miasteczkach, tak się rozwielmożnili, że samo zaproponowanie przez chorego lub otoczenie, aby wezwać lekarza, uważają za ubliżające dla siebie Często chory jest tak terroryzowany przez felczera, że wzywa cichaczem do siebie lekarza, aby, broń Boże, nie obrażać „pana felczera“. Nie mówiąc już o tem, jak bardzo podkopuje taki stosunek stan moralny lekarzy, jak obniża ich autorytet i samodzielność, trzeba niestety stwierdzić, że szanujący się lekarz, widząc tę profanację nauki, sankcjonowaną przez sejm, jest zupełnie bezsilny wobec tych pod względem etycznym zwykle słabo rozwiniętych, jak ich na wsi nazywają „russkich dochtorów“. Lekarz po otrzymaniu dyplomu bierze na siebie odpowiedzialność i obowiązki, może z najcięższych, jakie się nakłada na człowieka. Aby te obowiązki sumiennie wypełnić, trzeba posiadać niemały zasób inteligencji i znajomości rzeczy. Niech więc Sejm nie zapomina, że te same prawie obowiązki i tę samą odpowiedzialność włożył na rzesze ludzi przeważnie tylko z „domowem wykształceniem“ i z bardzo problematyczną wiedzą fachową.

Dr. Henryk Makowski (Praszka).

Wydział Związku Lekarzy Małopolski i Śląska

wysłał do Prezydjum Sądu Apelacyjnego w Krakowie następujące pismo:

„Na pismo prezydjalne z dnia 27. czerwca b. r. praes: 12.876 i z 21. lipca br. praes: 14.372 w sprawie wstrzymania się lekarzy od czynności sądowych lekarskich uchwalił Wydział Związku następującą odpowiedź:

Jeżeli Ministerjum sprawiedliwości przyrzeknie nam, że nowa taryfa lekarska będzie od 15. września b r. wprowadzona w życie po myśli naszego memorjału, wniesionego w maju b. r. (300-krotne zwiększenie przedwojennej taryfy austr. i dalsze jej zwiększanie w miarę wzrastania drożyzny), a nadto, że lekarzom sądowym przy wprowadzeniu nowej taryfy będzie wypłacona różnica między dotychczasową taryfą, a nową — za lipiec, sierpień i połowę września b. r., Wydział Związku wezwie lekarzy, by wykonywali prawidłowo urząd znawców sądowych.

Dopóki takiego przyrzeczenia nie otrzymamy, uchwała nasza musi nadal obowiązywać. Wydział Związku musi dbać o to, by lekarzom nie działa się materjalna krzywda i dlatego musi niewzruszenie stać na raz zajętem stanowisku, prowadzącem do usunięcia tej krzywdy, tembardziej, że żądania nasze są nad wyraz skromne“.

Zawiadamiając o tem piśmie Szan. Kolegów, polecamy im, by nadal wstrzymali się od pełnienia czynności sądowych lekarskich aż do odwołania przez Wydział Związku.

W Krakowie, dnia 27. lipca 1922.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Żydłowicz*, wiceprezes.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Dziennik ustaw R. P. N. 51 z 11. lipca 1922 zawiera rozporządzenie Ministra zdrowia publ. z 17. czerwca 1922 w przedmiocie likwidacji Izb Lekarskich we Lwowie i Krakowie Dla dokonania likwidacji ustanawia się dla każdej z Izb komisarza, który ma objąć zarząd majątku Izby oraz przekazać akta i majątek zlikwidowanej Izby nowej Izbie Lekarskiej lwowskiej względnie krakowskiej, utworzonym rozporządzeniem Ministra zdr. publ. z 15. marca 1922 r.

Nowo utworzona Izba lekarska krakowska, z siedzibą w Krakowie, obejmuje obszar województw: krakowskiego i kieleckiego; nowo utworzona Izba lek. lwowska, z siedzibą we Lwowie, obszar województw: lwowskiego, tarnopolskiego i stanisławowskiego.

Komisarzem dla likwidacji Izby lekarskiej we Lwowie ustanowiło Ministerstwo dotychczasowego Prezydenta Izby dra Jana Papéego, dla Izby lekarskiej w Krakowie dotychczasowego Prezydenta Dr. Stefana Schoenguta-Strzemieńskiego.

Dla wyborów do Izb lekarskich wyznaczył Pan Minister zdrowia publicz. dzień 10. grudnia 1922, zaś dla ewentualnych wyborów powtórnych dzień 14. stycznia 1923.

Warszawa.

W. D. 21. b. m. odbyło się w siedzibie Stowarzyszenia Lekarzy Polskich zebranie lekarek w sprawie wzięcia udziału w II-im Międzynarodowym Kongresie Lekarek, jaki ma się odbyć w początkach września r. b. w Genewie.

Kongres ten organizuje Międzynarodowe Stowarzyszenie Lekarek, które zawiązało się w 1919 r., bezpośrednio po I-ym Międzynarodowym Kongresie Lekarek w Nowym Yorku, celem zbliżenia się lekarek różnych narodowości na gruncie społeczno-lekarskim.

Do Stowarzyszenia tego należą już przedstawicielki 15-tu państw, a mian. amerykanki, francuski, angielki, belgijki, dunki, szwedki, włoszki, hiszpanki, japonki i t. d. Komitet Organizacyjny II-go Międzynarodowego Kongresu zwrócił się do lekarek polek z propozycją uczestnictwa w powyższem przez wysłanie swojej delegatki oraz zgłoszenie referatów z dziedziny społeczno-lekarskiej. Jako delegatkę na Kongres w Genewie wybrano Dra Wojnównę Dla spraw związanych z udziałem polek w Kongresie wyłoniono Komisję, w skład której weszły lekarki: Garlicka, przewodnicząca, Korzonówna, Wojnówna, Dąbrowska i Szczodrowska.

Uprasza się Szan. Koleżanki o zgłaszanie referatów wraz z tłómaczeniem na język francuski lub angielski do d. 15. sierpnia pod adresem sekretarki Komisji Zjazdowej Dra M. Szczodrowskiej, Widok 11 m 1. Warszawa.

Dotychczas zgłosiły referaty:

1) Dr. Garlicka — Opieka nad matką i niemowlęciem w Polsce; 2) Dr. Rygier-Cękalska — Walka z chorobami wenerycznemi na ziemiach Polski; 3) Dr. Matusewiczówna — Hygiena w szkołach średnich; 4) Dr. Miklaszewska — Hygiena w szkołach powszechnych; 5) Dr. Grzywo-Dąbrowska — Lekarka w więziennictwie; 6) Dr. Szczodrowska — Udział państwa, samorządów oraz instytucji społecznych w organizacji nadzoru nad nierządem w Polsce; 7) Dr Wojnówna — Historja lekarki w Polsce.

Towarzystwo Lekarskie Polsko-Francuskie powiadamia, że dla członków Towarzystwa uzyskało następujące zniżki na książkach wydawnictwa firmy Gaston Doin w Paryżu, ważne do końca bieżącego roku. 1 frank = 175 marek polskich, do tej sumy należy dodać 15% na koszta przesyłki i opakowania. Zamówienia należy kierować pod adresem: Warszawa, Wspólna 60 m. 26. Dr Gauthier dla pani Kownackiej. Pieniądze zaś należy składać w Banku Zachodnim w Warszawie na conto firmy Gaston Doin w Paryżu; można przesyłać także na conto Banku Zachodniego w P. K. O. liczba 1.051, zaznaczając jednak jednocześnie na przekazie, że pieniądze są przeznaczone na rachunek firmy Doin.

Do zniżek, które od dawnego czasu daje Masson, przybywa obecnie Doin, a rokowania z firmą Baillière są w toku.

Redakcja otrzymała nr. 7 z lipca 1922 czasopisma zawodowego, wychodzącego od 44 lat w Zagrzebiu p. t. Liječnički Vjesnik (Wiadomości lekarskie).

Treść numeru następująca:

1. Utrzymanie chorych w szpitalach.
2. Projekt ustawy o Izbach lek. w Czecho-Słowacji.
3. Zebrania i Zjazdy.
4. Wiadomości różne (między innemi interesująca „Ustawa o lekarzach specjalistach).

Nr. 33. 13. sierpnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Zdzisław Michalski. Warszawa.

Metoda ilościowego określenia cholesteryny w surowicy krwi.

(Notatka tymczasowa).

Z II-giej kliniki chorób wewnętrznych Un. Warsz.
Kierownik prof. Dr. Rzętkowski.

Badania nad oznaczeniem we krwi cholesteryny w różnych stanach chorobowych nabierają w klinice coraz donioślejszego znaczenia. Niestety badania te, w warunkach pracy obecnych, w pracowniach naszych, stają się coraz mniej możliwe ze względu na brak odczynników, zwłaszcza takich, jak eter, bezwodnik kwasu octowego itp., których zużywa się stosunkowo duże ilości.

Z tego też względu poniżej podaję nową, znacznie prostszą od dotychczasowych, metodę kliniczną oznaczania cholesteryny wolnej w surowicy krwi, metodę, zużywającą znacznie mniej odczynników, względnie niekosztownych. Metoda ta, o ile z dotychczasowych badań sądzić mogę, posiada dostateczną ścisłość dla badań klinicznych i wymaga bardzo niewielkiej ilości surowicy (2 cm sześcienne).

Zasada tej metody jest następująca: Jak wiadomo, digitonina posiada bardzo silne własności hemolityczne, już w rozcieńczeniu 1 : 12.000. Dodana w roztworze wodnym do roztworu (ew. zawiesiny) w wodzie lub surowicy cholesteryny, digitonina łączy się z nią ekwimolekularnie. O ile cała digitonina nie zostanie związana przez cholesterynę, nadmiar digitoniny podziała hemolizująco na erytrocyty baranie, dodane do mieszaniny cholesteryna plus digitonina, jako wskaźnik. Oczywiście połączenie digitoniny z cholesteryną nie wywołuje hemolizy. W ten sposób znając ilość użytej digitoniny mamy możność obliczenia, ile w płynie badanym znajdowało się cholesteryny. Obliczenie opierać się będzie, jak w metodzie Windaus'a, na tem, że jedna drobina cholesteryny wiąże jedną drobinę digitoniny.

Wykonanie.

1. Do szeregu probówek wlewamy po 1 cm. sześć. surowicy badanej, rozcieńczonej kolejno 2, 5, 10, 20, 30-to krotnie itd. fizjologicznym roztworem soli kuchennej.

2. Do każdej z tych probówek dodajemy po 0,3 cm sześć. 1‰ roztworu digitoniny w roztworze fizjologicznym soli, nieco ogrzanego, aby był zupełnie klarowny.

3. Skłóciwszy dokładnie zawartość probówek, stawiamy je na godzinę do cieplarki, poczem do każdej probówki dodajemy po 0,3 cm sześć. 10% zawiesiny w roztworze fizjologicznym soli krwinek baranich dobrze przemytych. W szeregu probówek, gdzie jest nadmiar niezwiązanej digitoniny, występuje hemoliza. Ostatnie rozcieńczenie przy zaledwie rozpoczynającej się hemolizie, zawiera ilość cholesteryny, która całkowicie związała dodaną ilość digitoniny.

Obliczenie uskuteczniamy w następujący sposób. Jak wiadomo, ciężar drobinowy cholesteryny jest 386, digitoniny 1202. To znaczy, że jeden gram digitoniny wiąże 386/1202=0,321 cholesteryny. Stąd 0,3 cm. sześć. 1‰ roztworu digitoniny zwiąże 0,0000926 gm cholesteryny. W obliczeniach mych zaokrąglam tę cyfrę do 0,0001, co z niewielką szkodą dla ścisłości znakomicie ułatwia wyliczenia. Dajmy na to, że hemoliza rozpoczęła się w probówce, do której dodano 1 cm sześć. surowicy, rozcieńczonej 30-to krotnie. W tej probówce znajduje się ilość cholesteryny, wiążąca całkowicie dodaną ilość digitoniny, a więc 0,0001 gm cholesteryny; 1 cm sześć. przeto surowicy nierozcieńczonej zawierać będzie cholesteryny 30 razy tyle t. j. 0,003 gm. W obliczeniach więc na litr surowicy, jak to czyni Grigaut, otrzymamy 3‰ cholesteryny. Ogólnie przeto ilość cholesteryny pro mille w badanej surowicy (x) obliczamy według wzoru: x=y (stopień rozcieńczenia, w którem zaczyna się pojawiać ślad hemolizy) pomnożone na 0,0001 i na 1000 czyli x=0,1. y.

W naszym przypadku x=0,1. 30=3.

Przy pomocy metody powyższej oznaczać możemy tylko wolną cholesterynę, znajdującą się w surowicy badanej, albowiem estry cholesterynowe nie łączą się z digitoniną. Tu wszakże zaznaczyć winienem, że ilość wolnej cholesteryny, prawdopodobnie kosztem jej estrów, wzrasta, gdy zamiast odwirowywać krew dla otrzymania surowicy postawić ją dla odstania do cieplarki na 12 godzin. Wytwarzanie się wolnej cholesteryny zachodzi tu prawdopodobnie drogą niezbadanych jeszcze swoistych spraw autolitycznych. Dotychczasowe nieliczne moje badania w tym kierunku, nieukończone z powodu braku odczynników, ujawniły, że w tych warunkach różnica w ilości związanej przez digitoninę wolnej cholesteryny a całkowitą ilością cholesteryny, nie przekracza 20% całkowitej ilości. Jak to widać z poniższego zestawienia, porównawcze badania metodą własną i kolorymetryczną Grigaut, dają wyniki różniące się nieznacznie. Zaznaczyć wypada, że jak wiadomo, metoda Grigaut daje wyniki o 10% do 25% niższe od rzeczywistych.

	Płeć	Wiek	Rozpoznanie	Metoda własna	Kolorymetr Grigaut
1.	M.	28	Tbc pulmonum	0,7‰	0,75‰
2.	K	61	Icterus Cholelithiasis	8,0‰	6,0‰
3.	M.	46	Tbc pulmonum Pleuritis exsud	0,9‰	0,7‰
4.	K.	57	Carcinoma vesicae felleae	0,4‰	0,38‰
5.	K.	61	Anaemia perniciosa	0,8‰	0,68‰
6.	K.	48	Diabet. melit.	4.0‰	3,1‰
7.	M.	49	Phthisis pulm.	0,8‰	0,70‰
8.	K.	41	Typhus abdom. pod koniec choroby	2,9‰	1,7‰
9.	M.	34	Zdrowy	1,9‰	1,8‰
10.	K.	24	Zdrowa	1,0‰	1,6‰

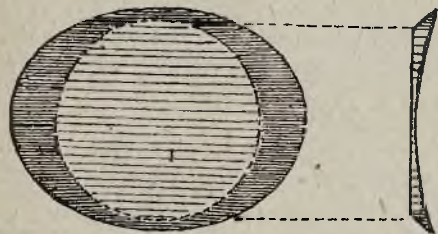
Tablica powyższa ujawnia, że podana metoda dorównywa pod względem ścisłości metodzie kolorymetrycznej Grigaut. To upoważnia mnie do podania tej metody w formie doniesienia tymczasowego do publicznej wiadomości. Dalsze badania stwierdzą rzeczywistą jej wartość w klinice.

Dr. Andrzej Lipka, lekarz szkolny. Ciechanów.

Kilka słów o t. zw. szkłach „lentikularnych".

W bardzo ciekawym artykule Dra K. Brudzewskiego o okularach, umieszczonym w Nr. 18 i 19 Polskiej

Gazety Lekarskiej, nie znalazłem wzmianki o szkłach, istniejących w handlu pod nazwą »lentikularnych«; właśnie sam od lat kilku używam takich do dalekiego patrzenia. Owalna soczewka składa się z dwu części: zewnętrznej (ramki) wypukło-wklęsłej i środkowej płasko-wklęsłej w kształcie prawidłowego kółka o średnicy 25 mm; pierwsza jest szkłem bardzo słabo zbierającem, druga — rozpraszającem, przeznaczonem do patrzenia. Całość zatem określić się daje, jako słabo zbierająca soczewka wypukło-wklęsła, której środek jest ścięty i odszlifowany na płasko. Mimo że środkową część jest optycznie bardzo silna (— 10 D), całość jest lekka i cienka, a linje krzywi mi bardzo nieznacznie, w każdym razie nie więcej od zwykłych moich soczewek periskopijnych, jakie noszę, o sile — 6 D.



Wymienionych zalet szkieł tych nie umiem wytłómaczyć sobie inaczej, jak tem, że oko, mając przed sobą małe okrągłe szkiełko (25 mm), zniewolone jest do stałego patrzenia przez nie mniejwięcej centralnie, gdyż w przeciwnym razie przeszkadza mu zaraz owa ramka optycznie nieczynna, pozatem i cienkość środkowej soczewki nie sprzyja powstawaniu aberacji sferycznej. Sporządzanie podobnych szkieł wywołane zostało dążeniem do nadania soczewkom, przy znacznej ich sile optycznej, cienkości resp. lekkości, co istotnie w zupełności zostało osiągnięte. Sądzę, iż szkła te nie przedstawiają nic nowego ani nadzwyczajnego: są to płasko-wklęsłe soczewki, a więc — optycznie stoją niżej nawet od periskopijnych, jednak są pożyteczne z innych względów. Natomiast pod względem kosmetycznym szkła te przedstawiają nieco do życzenia: refleksy świetlne na nich, zasłaniając rysunek oka, sprawiają na widzu niemiłe wrażenie.

Załączam rysunek omawianej soczewki w położeniu na płask i w profilu.

Dr. Henryk Hilarowicz, asystent kliniki. Lwów.

Drugi przypadek skrętu sznurka nasiennego.

(Dodatek do pracy w P. Gaz. lek. 1922 Nr. 18).

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie.

(Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm).

Jako dopełnienie opisanego niedawno skrętu sznurka nasiennego zasługuje na krótką wzmiankę drugi przypadek tego schorzenia, leczony w kilka miesięcy później na klinice chirurgicznej lwowskiej.

Dotyczył on chorego 16-letniego z obustronnem wnętrostwem pachwinowem, który zgłosił się z powodu bolesnego stwardnienia w okolicy pachwinowej lewej, powstałego przed 4-ma tygodniami z nieznanych choremu powodów. Badanie wykazało, że jądro prawe, jest dość ruchome, i leży tuż przy pierścieniu pachwinowym zewnętrznym; w tej samej okolicy po stronie lewej znajduje się guz, niewielki, nieruchomy, bolesny, o granicach rozlanych, pokryty skórą napiętą. Rozpoznano sprawę zapalną lub okręcenie lewego jądra pachwinowego. Wobec trwania sprawy chorobowej już od 4 tygodni i braku jakichkolwiek cięższych objawów, wykonano najpierw zabieg po stronie prawej, polegający na wydłużeniu szypuły jądra zapomocą cięcia Polyi, przenikającego przestrzeń między jądrem a przyjądrzem (por. P. G. lek. nr. 18. 1922 str. 356, Zentrbl. f. Chir. Nr. 48 1921 i Nr. 15 1922), ściągnięciu jądra do moszny i przyszyciu czasowem do wewnętrznej powierzchni uda (*Orchidopexia Longardta*). Po tygodniu odsłonięto guz po stronie lewej i znaleziono leżące wśród zbitych, ciemno-czerwonych zrostów, małe, kuliste jądro, okręcone u swej szypuły w pieścieniu pachwinowym zewnętrznym, które uwolniono od silnie zrośniętych z niem osłonek, jądro miało barwę brudno-zielono-szarą, było wiotkie i nie krwawiło. Czy skręt dotyczył również i osłonek, trudno było wobec zmienionych stosunków stwierdzić. Szypułę jądra odkręcono i pozostawiono je w ranie przez 24 godzin; ponieważ po czasie tym żadnej poprawy odżywienia nie okazywało, wycięto je, pozostawiając ranę w celu zagojenia się jej przy pomocy ziarniny.

Jądro wycięte, małe, o silnie zgrubiałej błonie białowej okazuje na przekroju barwę czarno-krwistą w częściach obwodowych, żółtawo-szarą w środkowych; przyjądrze przedstawia się jako wydłużenie jądra w kierunku szypuły.

Obraz drobnowidowy (zakład anat. patolog. we Lwowie): Otoczka wybitnie zgrubiała, wzdłuż jej naczyń liczne nacieki drobnokomórkowe zapalne; pod torebką rozległe starsze wylewy krwawe o porozpadanych ciałkach czerwonych. Wśród skrzepów stwierdza się pasemka tkanki łącznej włóknistej. Sama tkanka jądra, t.j. kanalików i tkanka podścieliskowa, zupełnie martwicza, przy dobrem jeszcze utrzymaniu zarysów kanalików.

W przypadku tym zasługuje na uwagę czas trwania skrętu około 6 tygodni oraz zmiany, którym jądro okręcone uległo, t. j. jałowa martwica dotycząca przedewszystkiem elementów gruczołowych i rozpoczynające się łącznotkankowe zwyrodnienie narządu. Zmiany te odpowiadają w zupełności zmianom, wywoływanym doświadczalnie u zwierząt przez podwiązywanie naczyń jądra a opisanym przez Miffleta i Vanvert'a. (Arch. f. kl. Chir. T. 24, Ann. des mal. des org. urogen. 1904).

Z praktyki.

Dr. Wincenty Puławski. Radziejów.

Leczenie płonicy surowicą.

Dalszy przyczynek [1]).

Jesienią 1921 spostrzegałem epidemję płonicy, którą wkrótce powiodło się umiejscowić. Ogólna ilość przypadków w miasteczku Radziejowie i najbliższej okolicy nie przewyższyła 25; część z nich nie była bliżej spostrzeganą.

Początek tej miejscowej epidemji, jak to później sprawdziłem, był dość niezwykły. W jednym domu na brzegu miasta zachorowała dziewczynka półtoraroczna, wnuczka kościelnego. Chora ta w okresie wystąpienia osutki, dość zresztą niewyraźnej, dostała drgawek, wśród których zmarła w piątym dniu choroby. Jednocześnie w tem samem mieszkaniu zachorowała ciotka zmarłej, córka kościelnego, dziewczyna 18-letnia, na ciężką błonicę gardła. W piątym dniu choroby wstrzyknąłem 2000 j. ochr. w 10 cm³ surowicy przeciwbłoniczej. Dawkę tę nazajutrz powtórzyłem z szybkim skutkiem dodatnim. Osutki płoniczej, ani objawów osutkowych posurowiczych nie dostrzeżono. Prawie współcześnie na tej samej ulicy, o kilka domów dalej, zachorowała dziewczyna, 21-letnia wśród objawów ciężkiego błoniczego zapalenia zgorzelinowego gardła z dużem obrzmieniem obustronnem gruczołów szyjnych, z następczym obrzękiem okołokrtaniowym oraz objawami ogólnej posocznicy. Zapalenie oskrzelikowe płuc wraz z ich ostrym obrzękiem spowodowało śmierć w piątym dniu choroby, która po dwóch dniach względnie łagodnego początku postępowała tak piorunująco szybko, że o pomoc lekarską zwrócono się już w okresie przedzgonnym. Żadnej surowicy nie zastosowano. Wysypki na ciele nie zauważono.

Po tych trzech wstępnych przypadkach zaczęły zjawiać się w różnych punktach miasteczka i jego przedmieść przypadki wyraźnie płonicze, z których dziesięć było leczonych surowicą przeciwpaciorkowcową wielowartościową (przeciwpłoniczą) i surowicą przeciwbłoniczą. Sześć z nich przebiegało nader ciężko od samego początku choroby; trzy zakończyły się śmiertelnie. Z pozostałych czterech dwa miały przebieg średni, a dwa lżejszy. Uważam za konieczne opisać tu w krótkości ich przebieg kliniczny.

A) Przypadki ciężkie.

I.) J. F., lat $3^3/_4$, synek fornala z najbliższego folwarku, dobrze zbudowany i odżywiony, chory trzeci dzień. Ciepłota 39·9°; tętno 140, małe, drobne; oddech zmienny, około 40 na minutę, powierzchowny, krótki. Chory apatyczny, bierny, mało przytomny; przy badaniu nie stawia oporu. Na piersiach, brzuchu i nogach już jest wyraźna drobnopunktowa osutka płonicza, ciemnoszkarłatna, miejscami zlewająca się, przybierająca odcień żółtaczkowo-siniczy. W gardle obfite naloty błonicowate na migdałkach, łukach, języczku i tylnej ścianie, krwawią przy dotknięciu, cuchną. Gruczoły podszczękowe i szyjne, bliższe i dalsze, silnie powiększone, stwardniałe, zlewają się po obu stronach w guzy wspólne. U brzegów otworów nosowych i w kątach ust nadżerki i zestrupiałe nadpęknięcia (rhagades). Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej (z dnia 8/I. 1921) oraz 2000 j. ochr. w 10 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 18/VII. 1921. Nr. kontr. państw. 419). Na trzeci dzień dawki te powtórzyłem, poczem zaczęła występować rzekoma poprawa przy osłabieniu objawów chorobowych wogóle. Po następnych dwóch dniach jednak stan pogorszył się, przyczem objawy posocznicze zaczęły występować na plan pierwszy i spowodowały śmierć 5-ego dnia po drugiem wstrzyknięciu, na 11-ty dzień choroby.

II. S P., $^3/_4$ roku, syn robotnika, dobrej budowy i odżywienia, chory drugi dzień. Ciepłota 40,2°; tętno 150, nitkowate; oddech zmienny, powierzchowny, około 40 na minutę. Osutka pło-

[1]) Patrz: Przegląd Lekarski 1910. Nr. 13. oraz: Medycyna i Kronika Lekarska 1917. Nr. 47—51.

nicza zaczyna się zjawiać na piersiach, brzuchu i nóżkach. W gardle silne zaczerwienienie ogólne; na migdałkach obustronnie zaczątki nalotów błonicowatych. Gruczoły szyjne miernie powiększone i stwardniałe. Chory żywo oddziaływa przy badaniu i opiera się. Chorobę przejął od bardzo ciężko chorej od tygodnia siostry (patrz Nr. IV.). Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej warszawskiej (z dnia 8/I. 1921) oraz 2000 j. ochr. w 7 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 18/VII. 1921 Nr 419). Do trzeciego dnia znaczna poprawa: spadek ciepłoty do 38°; tętno 120; zblednienie i wyraźne zmniejszenie się wysypki na skórze. Zjawiła się natomiast senność i apatja. Następnego dnia, czyli czwartego po wstrzyknięciu, znaczne powiększenie się i stwardnienie gruczołów szyjnych. W gardle objawy bez zmiany; ciepłota 38,5°; tętno 130, drobne, nierówne; ciągła senność i apatja, przytem krótkotrwałe drgawki przejściowe w mięśniach twarzy i szyji. Źrenice rozszerzone przy bardzo słabym i leniwym odczynie na ostre światło, chwilami zez zbieżny. Ponownie wstrzyknąłem takąż samą dawkę obu gatunków surowic; odczynu przytem prawie nie było. Śmierć nastąpiła nazajutrz przy objawach stałego zezu zbieżnego, zupełnej nieprzytomności i postępującego osłabienia działania serca.

III. W. W. 1¼ roku, lichej budowy i odżywienia, córka murarza, chora trzeci dzień; ciepłota 39,8°; tętno 136, śpiączka, apatja. Osutka płonicza zaczyna się zjawiać w postaci niezbyt licznych punkcikowatych plamek na piersiach, brzuchu i nóżkach. W gardle mocne zaczerwienienie z odcieniem siniczym; na migdałkach kilka ograniczonych szarożółtych plamek. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej warszawskiej (z dnia 8/I. 1921) oraz 2000 j. ochr. w 8 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 28/VIII. 1921. Nr. 549). Na drugi dzień wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej, przyczem dziecko zupełnie bierne bez odczynu, nieprzytomne, śpiące. Źrenice rozszerzone, bez odczynu na ostre światło. Następnego dnia osutka znikła: ciepłota 37,8°; tętno 140, nitkowate, nierówne. Wstrzyknięto kamforę i kofeinę; stan pozostał bez zmiany, źrenice zwężone do minimum, bez odczynu na ostre światło, stały zez rozbieżny. Śmierć na szósty dzień choroby.

IV.). M. P., 6 lat, córka robotnika, siostra Nr. II., budowa i odżywienie średnie. Chora trzeci dzień; ciepłota 39,5°; tętno 130, drobne, mało napełnione; oddechów około 30 na minutę. Osutka płonicza wyraźna, obfita, gęsta, szkarłatna, na piersiach, brzuchu i nogach. W gardle obustronne obfite naloty błonicowate; gruczoły szyjne obustronnie znacznie powiększone i stwardniałe. Dnia 5/X. 1921 wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej (z dnia 8/I. 1921). Dnia 6/X. 1921 pogorszenie się miejscowych objawów w gardle i powiększenie się gruczołów szyjnych. Wstrzyknięto 2000 j. ochr. w 7 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 18/VII. 1921 Nr. 319). Dnia 7/X. 1921. Stan o wiele gorszy; ciepłota 40,5°; tętno 150, nitkowate, chwilami nie dające się zliczyć. Oddech powierzchowny, utrudniony wskutek bardzo obrzękłego gardła, powyżej 40 na minutę. Gruczoły szyjne powiększone i stwardniałe znacznie więcej. Zaczerwienienie skóry ciemno-czerwone, prawie bordo, z odcieniem siniczym. Wstrzyknięto powtórnie 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej i na trzeci dzień, czyli 9/X. 1921, dawkę tę jeszcze raz powtórzono. Dnia 11/X. 1921, czyli dziewiątego dnia choroby, objawy zaczynają słabnąć. Ciepłota 38,8°; tętno 140, wyraźniejsze i równiejsze: oddech nieco głębszy, do 30 na minutę. Ciemno-czerwony (bordo) kolor skóry zaczyna przechodzić w jasno-czerwony. Dnia 14/X. 1921 bardzo obfite łuszczenie się skóry, która zbladła, tracąc zabarwienie osutkowo-płonicze. Ciepłota 37,8°; tętno 96, równe, wyraźne; oddech głębszy, spokojny, do 22 na minutę. W gardle obrzęk znacznie się zmniejszył, naloty prawie zupełnie znikły; stan gruczołów szyjnych bez zmiany. Odtąd stopniowe zdrowienie, powikłane obustronnem zropieniem gruczołów szyjnych, ze samoistnem pęknięciem ich pod ciągłemi ciepłemi okładami z 1% płynu Burowa pomiędzy 30 a 40 dniem choroby, a także obustronnym surowiczo-ropnym wyciekiem z uszu. Zupełne wyzdrowienie w dziewiątym tygodniu choroby: surowiczy wyciek z uszu, nieco cuchnący, w małej ilości trwał dłużej.

V.) J. R., lat 2, syn robotnika, dobrze odżywiony i zbudowany, chory trzeci dzień przy objawach błonicowatego zapalenia gardła z obustronnem wydatnem powiększeniem i stwardnieniem gruczołów szyjnych. Ciepłota 39,6°; tętno 136, małe, drobne; oddech około 30 na minutę. Osutka płonicza drobnopunktowa, dość gęsta, zaczyna się zjawiać na piersiach, brzuchu i udach. Dnia 15/X. 1921 wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej i 1000 j. ochr. w 5 cm³ surowicy przeciwbłoniczej. Dnia 16/X. 1921, wobec pogorszenia się wszystkich objawów powtórzono obydwie dawki surowic. Dnia 17/X. 1921 ciepłota i tętno bez zmiany. Osutka obfita, szkarłatna, na całem ciele z odcieniem siniczym na kończynach. W gardle naloty błonicowate powiększyły się, krwawią i cuchną; gruczoły duże i twarde, zwłaszcza po stronie prawej. Oddech krótki, chrapliwy, rzężący, do 44 na minutę; senność i silne osłabienie ogólne, niemożność poruszania się, sprawiająca wrażenie zupełnej prostracji. Wstrzyknięto kamforę i kofeinę. Dnia 19/X. 1921 złagodzenie i zmniejszenie się wszystkich groźnych objawów. Ciepłota 38,6°; tętno 120, równiejsze, wyraźniejsze i silniejsze; oddech równiejszy, głębszy około 26 na minutę. Osutka na całej powierzchni skóry zbladła, stała się różową, siniczy odcień znikł; miejscami zaczyna się łuszczenie skóry. W gardle ilość nalotów zmniejszyła się, obrzęk mniejszy. Raz puza wykrztusza chory gęstą plwocinę błoniastą. Nadżerki u skrzydeł nosa oraz na wargach i w kątach ust zsychają się i schodzą. Gruczoły szyjne z lewej strony znacznie mniejsze, z prawej bez zmiany, bolesne. Odtąd powolne zdrowienie, powikłane obfitym wyciekiem ropnym z prawego ucha i zropieniem prawych gruczołów szyjnych. Ropień ten w dniu 21/XI. 1921 przepękł sam pod ciepłemi okładami z 1% płynu Burowa. Potem zdrowienie szybsze przez trzy tygodnie bez powikłań. Zupełne wyzdrowienie w dziewiątym tygodniu choroby. Wyciek z ucha, lekko cuchnący trwał znacznie dłużej.

VI). S. P., lat 5, córka gospodarza małorolnego, doskonale zbudowana i odżywiona, chora czwarty dzień. Ciepłota 40,2°; tętno 136, drobne, łatwo znikające; oddech krótki, powierzchowny do 36 na minutę. Osutka silnie czerwona, obfita, drobnopunktowa, zlewająca się w rozległe plamy na szyi, piersiach, brzuchu i kończynach. W gardle obustronne obfite naloty błonicowate, grube, cuchnące, krwawiące przy dotykaniu wacikiem. Gruczoły obustronnie bardzo powiększone twarde i bolesne. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej (z dnia 8/I. 1921) oraz 2000 j. ochr. w 8 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 30/IX. 1921 Nr. 563). Przez następne dwa dni, z powodu pogarszania się wszystkich objawów, dawki te obu surowic powtórzono dwukrotnie, czyli razem przez trzy doby zastosowano 60 cm³ surowicy przeciwpłoniczej i 6000 j. ochr. w objętości 24 cm³ surowicy przeciwbłoniczej. Trzeciego dnia po ostatniem wstrzyknięciu, czyli na 9. dzień choroby, złagodnienie wszystkich objawów, zarówno ogólnych, jak miejscowych. Odtąd zdrowienie z każdym dniem postępowało bez powikłań; gruczoły szyjne po dwu tygodniach zmniejszyły się prawie do rozmiarów prawidłowych, wysięku z uszu nie było. Zupełne wyzdrowienie na początku szóstego tygodnia choroby.

B) Przypadki o przebiegu średnim.

VII) R. R., 5 lat, brat Nr. V. dobrze zbudowany i odżywiony, chory drugi dzień. Ciepłota 39,6°; tętno 136, średnie; oddech 28 na minutę. Częste wymioty, po przyjęciu jakiegokolwiek napoju, uparcie trwają drugą dobę. Osutka zaczyna się zjawiać na piersiach i brzuchu. W gardle zaczerwienienie ogólne i zarysy nalotów na migdałkach, język suchy, malinowy. Gruczoły szyjne miernie powiększone i nieco stwardniałe. Wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej (z dnia 8/I. 1921), oraz 1000 j. ochr. w 4 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 30/IX. 1921 Nr. 563). Przez dwa dni następne pogorszenie się wszystkich objawów, lecz już nazajutrz potem, czyli piątego dnia choroby, osutka zaczęła stopniowo blednąć. W gardle naloty zaczęły zmniejszać się i znikać; przełykanie stało się łatwiejszem. Ciepłota 38,0°; tętno 110, mocniejsze. W dwa dni potem ciepłota 37,5°; tętno 96; oddech 18 na minutę; zaczyna się łuszczenie skóry, niezbyt obfite. Odtąd dość szybkie zdrowienie, powikłane w końcu trzeciego tygodnia zjawieniem się, rzekomo bez powodu przy ciągłem leżeniu w łóżku, obrzęków na twarzy, tułowiu i brzuchu. Białkomocz przeszło 1,5‰ (według uczulonego Essbacha). Te popłonicze zmiany nerek trwały około 10 dni, przebiegały łagodnie, bez gorączki, i ustąpiły przy djecie mlecznej i ciągłych okładach rozgrzewających na okolicę nerek. Zupełne wyzdrowienie na początku szóstego tygodnia.

VIII). S. R., lat 7, siostra poprzedniego, dobrze zbudowana i odżywiona. Chora od dwu dni przy objawach zupełnie takich samych, jak u brata, oprócz upartych wymiotów, które były tylko dwukrotnie i krótko. Ciepłota 39,5°; tętno 120, średnie. Osutka zaczyna się zjawiać na piersiach, brzuchu i udach. Jednocześnie z chorym Nr. VII. wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej (z dnia 8/I. 1921) oraz 1000 jed. ochr. w 4 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 20/IX. 1921 Nr. 563). Przez następne dwa dni pogorszenie; zwiększenie się osutki, bardziej czerwonej, rozlanej. W gardle zwiększenie się nalotów błonicowatych i odgraniczanie się ich od powierzchni błon śluzowych. Trzeciego dnia zmniejszenie się i złagodzenie wszystkich objawów chorobowych; ciepłota 38,0°; tętno 96, mocniejsze; oddech równy, głębszy, do 20 na minutę. Wysypka zaczyna znikać, a naskórek łuszczyć się; w gardle obrzęk zmniejszył się, naloty znikają. Odtąd dość szybkie zdrowienie, powikłane zropieniem prawego gruczołu szyjnego. Ropień przeciąłem w końcu trzeciego tygodnia choroby. Zupełne wyzdrowienie w końcu piątego tygodnia; wycieku z ucha prawego nie było.

C) Przypadki o przebiegu lżejszym.

IX). W. O., 6 lat, synek handlarza, dobrze zbudowany i odżywiony, chory trzeci dzień. Ciepłota 39,0°; tętno 120; oddech 26 na minutę. Osutka lekko czerwona zaczyna zjawiać się w różnych miejscach ciała. W gardle zaczerwienie ogólne oraz zarysy nalotów błonicowatych na migdałkach; gruczoły szyjne z obu stron miernie powiększone i stwardniałe. Dnia 30/X. 1921 wstrzyknięto 20 cm³ surowicy przeciwpłoniczej (z dnia 8/I. 1921) oraz 1000 j. ochr. w 4 cm³ surowicy przeciwbłoniczej (z dnia 30/IX. 1921 Nr. 563). Do dnia 2/XI. 1921 zmiana na lepsze. Ciepłota 38,0°; tętno 100; oddech 18. W gardle zapalenie błonicowate ograniczyło się; naloty znikają; gruczoły szyjne mniejsze i niebolesne. Na miejscu wstrzyknięcia surowicy przeciwpłoniczej, w tkance podskórnej lewego podżebrza, nacieczenie niebolesne wielkości średniego orzecha laskowego, które pod ciepłemi okładami z 1% płynu Burowa samoistnie przepękło w dniu 14/XI. 1921. Odtąd szybkie zdrowienie bez powikłań. Zupełne wyzdrowienie na początku czwartego tygodnia choroby. Jednocześnie rodzony brat chorego, lat 4, zachorował na błonicę gardła bez śladów wysypki. Zastosowano

tam surowicę przeciwbłoniczą w ilości 2000 j. ochr. w 8 cm^3 z szybkim skutkiem dodatnim. Przypadek ten wliczyłem do szeregu błonicy (Patrz: „Polska Gazeta Lekarska" 1922 Nr. 11).

X). S G., lat 10, syn młynarza, doskonale zbudowany i odżywiony, chory trzeci dzień. Ciepłota 39,0°; tętno 120; oddech 28; wysypka płonicza występuje wyraźnie, dość obficie na piersiach, brzuchu i udach. W gardle na migdałkach, silnie zaczerwienionych, zarysy nalotów błonicowatych z obu stron; gruczoły szyjne miernie powiększone i stwardniałe. Wstrzyknięto 20 cm^3 surowicy przeciwpłoniczej i 1000 j. ochr. w 4 cm^3 surowicy przeciwbłoniczej. Nazajutrz wstrzyknąłem powtórnie 20 cm^3 surowicy przeciwpłoniczej. Do trzeciego dnia potem poprawa wyraźna i odtąd szybkie zdrowienie bez powikłań. Zupełne wyzdrowienie w ciągu 16 dni. Jednocześnie zachorowała siostra chorego, dziewczynka lat 8, doskonale zbudowana i odżywiona, przy objawach podobnych, jak u brata, tylko znacznie słabszych, tak, że surowicy nie zastosowano. Zdrowienie i wyzdrowienie współczesne z bratem.

Przed przystąpieniem do zestawienia danych wytycznych w każdym poszczególnym przypadku uważam za konieczne nadmienić co następuje: 1) Wobec powikłania wszystkich opisanych przypadków płonicy przez mniej lub więcej rozlane błonicowate zapalenie gardła, a przy jednocześnie spostrzeganych przypadkach czystej błonicy, panującej w miasteczku, nie można było wyłączyć współistnienia zakażenia także i prątkiem Löfflera. Dlatego też wszędzie zastosowałem oba gatunki surowic, t. j. przeciwpaciorkowcową wielowartościową przeciwpłoniczą i przeciwbłoniczą. 2) Ilość wstrzykiwanej surowicy przeciwpaciorkowcowej była wogóle mała, a przynajmniej niedostateczna. Przyczyną tego był głównie brak surowicy przeciwpłoniczej, której miejscowa apteka w październiku i listopadzie nie mogła otrzymać z państwowego Instytutu surowic w Warszawie, prawdopodobnie wskutek wielkiego zapotrzebowania jej w samej stolicy i w innych miejscowościach naraz. To też zużyłem kilkadziesiąt flakonów sprowadzonych jeszcze wiosną 1921 z wyrobu styczniowego. 3) Dzień choroby, w którym po zbadaniu chorego dokonałem pierwszego wstrzyknięcia surowicy, określałem na zasadzie wywiadów, zebranych od najbliższego otoczenia. Być może, że w kilku przypadkach kilkodniowy okres zwiastunów uszedł uwagi otoczenia, liczącego początek choroby od chwili zjawienia się już groźnych i ciężkich objawów.

Zestawiając dane wytyczne, otrzymamy następujące ugrupowanie:

I.) Trzy przypadki śmiertelne.

1) Chłopiec, lat $3^3/_4$, otrzymał w dwóch dawkach, na trzeci i piąty dzień choroby, razem 40 cm^3 surowicy przeciwpłoniczej i 4000 j. ochr. w objętości 20 cm^3 surowicy przeciwbłoniczej. Śmierć nastąpiła na jedenasty dzień choroby, na ósmy dzień po pierwszem, a na piąty dzień po drugiem wstrzyknięciu.

2) Chłopiec, $^3/_4$ roku, otrzymał w dwóch dawkach, na drugi i szósty dzień choroby, razem 40 cm^3 s. przeciwpł. i 4000 j. ochr. w 14 cm^3 s. przeciwbł. Śmierć nastąpiła na dziewiąty dzień choroby, na siódmy dzień po pierwszem, a na drugi dzień po drugiem wstrzyknięciu.

3) Dziewczyna, $1^1/_4$ roku, otrzymała w dwóch dawkach, na trzeci i czwarty dzień choroby, razem 40 cm^3 surow. przeciwpł. i 2000 j. ochr. w 8 cm^3 s. przeciwbł. Śmierć nastąpiła na szósty dzień choroby, na trzeci dzień po pierwszej, a na drugi dzień po drugiej dawce.

Uwagi: Wszystkie te trzy przypadki od początku wystąpiły jako bardzo ciężkie, beznadziejne; przyczem w pierwszym były objawy septyczne ogólne, a w pozostałych dwóch oponowo-mózgowe. Surowica w dawkach zastosowanych pozostała bez żadnego zgoła wpływu dodatniego.

II.) Trzy przypadki ciężkie z wyzdrowieniem.

4) Dziewczyna, lat 6, otrzymała w czterech dawkach, na trzeci, czwarty, piąty i siódmy dzień choroby, razem 60 cm^3. s. przeciwpł. i 2000 j. ochr. w 7 cm^3 s. przeciwbł. Zdrowienie powikłane obustronnem zropieniem gruczołów szyjnych i wyciekiem z obu uszu. Wyzdrowienie po upływie dziewięciu tygodni.

5) Chłopiec, lat 2, otrzymał w dwóch dawkach, na trzeci i czwarty dzień choroby, razem 40 cm^3 s. przeciwpł. oraz 2000 j. ochr. w 10 cm^3 s. przeciwbł. Zdrowienie powikłane zropieniem prawego gruczołu szyjnego i wyciekiem z prawego ucha. Zupełne wyzdrowienie po dziewięciu tygodniach.

6) Dziewczyna, lat 5, otrzymała w trzech dawkach, na czwarty, piąty i szósty dzień choroby, razem 60 cm^3 s. przeciwpł. i 6000 j. ochr. w 24 cm^3 s. przeciwbł. Zupełne wyzdrowienie bez powikłań po pięciu tygodniach.

Uwagi: Te trzy przypadki ciężkie, zakończone wyzdrowieniem zupełnem po 9 i 5 tygodniach, zdawały się podlegać dodatniemu działaniu surowic. Najwięcej odczućby się to dało na przypadku szóstym, który dał względnie szybkie wyzdrowienie ad integrum zgoła bez żadnych powikłań.

III.) Przypadki o przebiegu średnim i lżejszym.

7) Chłopiec, lat 5, na drugi dzień choroby otrzymał 20 cm^3 s. przeciwpł. i 1000 j. ochr. w 4 cm^3 s. przeciwbł. Zdrowienie, powikłane przez względnie lekkie zajęcie nerek, doszło po pięciu tygodniach ad integrum.

8) Dziewczyna, lat 7, na drugi dzień choroby, otrzymała 20 cm^3 s. przeciwpł. i 1000 j. ochr. w 4 cm^3 s. przeciwbł. Powikłanie ropniem gruczołu szyjnego prawego. Zupełne wyzdrowienie w końcu piątego tygodnia.

9) Chłopiec, lat 6, na trzeci dzień choroby otrzymał 20 cm^3 s. przeciwpł i 1000 j. ochr. w 4 cm^3 s. przeciwbł. Powikłanie przejściowe niewielkim ropniem w miejscu wstrzyknięcia. Wyzdrowienie ad integrum na początku czwartego tygodnia.

10) Chłopiec, lat 10, otrzymał w dwóch dawkach, na trzeci i czwarty dzień choroby razem 40 cm^3 s. przeciwpł. i 1000 j. ochr. w 4 cm^3 s przeciwbł. Wyzdrowienie zupełne bez powikłań w ciągu szesnastu dni.

Uwagi: Wszystkie te cztery przypadki zdawały się dawać zupełnie zadawalniające wyniki przy szybkiem zdrowieniu bez powikłań, lub z powikłaniami o charakterze tylko łagodnym. Żaden z nich nie dał objawów posurowiczych, ani osutkowych ani żadnych innych. Toż samo dotyczy tych trzech przypadków ciężkich, które zakończyły się wyzdrowieniem.

Przy tak małej ilości spostrzeżeń nieodpowiednie byłoby obliczanie stosunków odsetkowych oraz uogólnianie wniosków. Pozwolę sobie natomiast przypomnieć niektóre dane, zebrane przezemnie w epidemjach, przedtem spostrzeganych. Przeszłoroczna umiejscowiona epidemja płonicy zjawiła się znów po upływie lat sześciu od przedostatniej (1914—1916), która również prawie po takimże samym okresie nastąpiła po bezpośrednio poprzedzającej ją (1904—1909). W ostatniej mej pracy o płonicy (patrz: Medycyna i Kronika Lekarska 1917 Nr. 47—51) mylnie podałem rok 1907 jako zakończenie poprzedniej epidemji (1904—1907), gdyż właściwie jeszcze w latach 1908 i 1909 ciągnął się jej ogon, liczebnie dość poważny, o czem w odnośnych pracach sprawozdania opublikowałem. (Patrz niżej: Wykaz odnośnych prac, opublikowanych poprzednio).

W okresie lat 1904—1909 miałem spostrzeżeń płonicy, leczonej surowicą przeciwpaciorkowcową przeciwpłoniczą, 112, w tem 15 śmiertelnych, czyli 13%; wśród nich było 60 ciężkich, co stanowiło 54% liczby ogólnej, dały one zatem 25% śmiertelności. Jednocześnie przypadków, nie leczonych surowicą, było 80, w tem 37 śmiertelnych czyli 46%; wśród nich było 51 ciężkich, czyli 64%, dały one zatem 72% śmiertelności. W wielkiej epidemji spostrzeganej w latach 1914 do 1916 było wogóle 612 przypadków, w tem 79 śmiertelnych, czyli 13% liczby ogólnej; wśród nich przypadków ciężkich było 231 czyli 38%, dały one zatem 35% śmiertelności. Z powodu braku surowicy przeciwpłoniczej i niemożności otrzymania od okupantów surowic, wzbudzających zaufanie, przypadków płonicy, leczonej surowicą, w epidemji tej miałem tylko osiem, w tem 5 ciężkich, z których 4 śmiertelne. Prócz tego w 23 przypadkach płonicy, powikłanej rozległem błonicowatem zapaleniem gardła, z powodu przypuszczenia, że równocześnie istnieje zakażenie prątkiem Löfflera, zastosowano surowicę przeciwbłoniczą. Wśród nich były bardzo ciężkie przypadki w liczbie sześciu, z których cztery śmiertelne. W ubiegłym roku 1921, na sześć przypadków ciężkich zmarło 3 chorych. Czy troje pozostałych przy życiu wyzdrowiałoby bez zastosowania surowic, trudno orzec. Również nie możnaby twierdzić, że pozostałe dwa średnie i dwa lżejsze przypadki przebiegałyby równie pomyślnie bez leczenia ich surowicą. Jak zwykle rozstrzygaćby tu mogły do pewnego stopnia tylko liczne spostrzeżenia, czynione w różnorodnych warunkach. Otrzymane 13% śmiertelności w wielkiej epidemji 1914—1916 roku, wśród warunków bardzo niekorzystnych i bez stosowania surowicy, nie powinnoby wzbudzać zbytniej obawy wobec braku dotąd surowicy przeciwpłoniczej, ściśle swoistej. Nie mniej jednak praktyka lekarska, zwłaszcza ogólna prywatna, nie szpitalna, wymaga od nas koniecznie interwencji za wszelką cenę dla ocalenia beznadziejnie chorego na ciężką płonicę lub dla zapobieżenia, aby przypadek lżejszy nie stał się ciężkim lub beznadziejnym. Pozostaje wówczas w płonicy surowica przeciwpaciorkowcowa wielopostaciowa jako deska ratunku, której odpychać lekkomyślnie nie można i nie należy.

O płonicy i leczeniu jej surowicą w warunkach ogólnej praktyki prowincjonalnej opublikowałem przedtem następujące prace:

1) Czasopismo lek. 1904 Nr. 8 i 9. 2) Tamże 1905 Nr. 2 i 3. 3) Tamże 1911 Nr. 11. 4) Deut. med. Wocheuschr. 1908 Nr. 5. 5) Przegląd lek. 1909 Nr. 22. 6) Tamże 1910 Nr. 13. 7) Medycyna i Kronika lekarska 1917 Nr. 47—51.

Sprawozdania poglądowe

Doc. Dr. Jan Grek. Lwów.

O durze osutkowym.

Ze Szpitala wojskowego L. 2. (epidem.) we Lwowie. (Dowódca ppłk. lek. dr. Grek) i Kliniki lekarskiej Uniw. J. K. (Dyrektor Prof. Dr. Rencki).

Ciąg dalszy.

Dobrym środkiem pomocniczym przy rozpoznawaniu jest odczyn dwuazowy w moczu, który występuje dość wcześnie, gdyż już w połowie pierwszego tygodnia i utrzymuje się w czasie całego okresu gorączkowego.

Nie można również odmówić pewnej wartości rozpoznawczej i odczynowi Wienera, który wykonuje się w sposób następujący: 4 cm³ moczu wstrząsamy w eprowetce z taką samą ilością eteru; do drugiej eprowetki, do 2 cm³ wody przekroplonej dodaje się 10 kropel 1‰ nadmanganianu potasu i 3 krople barwika Jennera lub May-Grünwalda, a następnie obie te mieszaniny zlewamy razem. Wybitne zielone zabarwienie wskazuje na wynik dodatni, zabarwienie niebieskie — wynik ujemny. Odczyn ten wypada dodatnio nietylko w durze osutkowym, lecz także w durze powrotnym, płonicy, ospie, zapaleniu płuc i gruźlicy. Powtarzający się wynik ujemny tego odczynu, przemawia przeciw durowi osutkowemu, ma więc w ten sposób pewną wartość rozpoznawczą.

Największem rozpowszechnieniem a także uznaniem jako środek pomocniczy przy rozpoznawaniu duru osutkowego cieszy się obecnie odczyn agglutynacyjny Weil-Felixa, odkryty w roku 1915, a polegający na własnościach agglutynujących surowicy chorych na dur osutkowy pewnych szczepów prątka typu odmieńca (proteus). Najlepiej agglutynujący szczep został wyhodowany przez Weila i Felixa z moczu chorego na dur osutkowy i oznaczony X 19. Obaj autorowie na podstawie licznych badań doszli do wniosku, że odczyn ten wypada dodatnio prawie we wszystkich przypadkach duru osutkowego już z końcem pierwszego tygodnia. W miarę rozwoju sprawy chorobowej miano agglutynacyjne wzrasta, dochodząc do szczytu bezpośrednio po ustąpieniu gorączki, znika zaś w kilka tygodni po spadku ciepłoty. W niektórych przypadkach, zresztą bardzo nielicznych, surowica zatrzymuje w ciągu dłuższego czasu te własności agglutynacyjne, jak w przypadkach Szyfmanna, gdzie w rok po przebyciu duru osutkowego odczyn Weil-Felix'a, w jednym 1:100, w drugim 1:50, wypadł dodatnio. O tem pamiętać należy, aby uchronić się przed ewentualnym błędem djagnostycznym. Liczne badania wielu autorów potwierdziły wkrótce wielkie znaczenie rozpoznawcze odczynu Weil-Felix'a, co stwierdzają również bardzo liczne badania i na naszym materjale. Za miano rozpoznawcze my jednak uważać musimy przynajmniej rozcieńczenie 1:100; w rozcieńczeniu 1:50 występuje nie rzadko i u ludzi zdrowych. Szybkie wzrastanie początkowo niskiego miana w ciągu paru dni pozwala już na rozpoznanie duru osutkowego. Ujemne występowanie odczynu Weil-Felix'a spotykaliśmy w przebiegu ciężkich zakażeń. Otrzymywanie ujemnych wyników przez niektórych autorów, a między nimi i przez Karwackiego, a tem samem odmawianie temu odczynowi znaczenia rozpoznawczego, tłumaczyć chyba można tem, że może badania były robione w bardzo wczesnym okresie choroby. Zresztą szczep X 19, zależnie od źródeł, skąd pochodzi, niejednakowo agglutynuje, wielokrotne zaś przeszczepianie osłabia znacznie własności agglutynujące szczepu.

Specjalne znaczenie miał odczyn Weil-Felix'a dla nas w szpitalach wojskowych, skąd żołnierze po przebyciu duru osutkowego jako uodpornieni, przeznaczani bywają często do służby, podczas której w wielkim stopniu bywają narażeni na zakażenie, n. p. w szpitalach epidemicznych, pociągach, kolumnach epidemicznych itd. W przypadkach, gdzie lekka poronna forma duru nie pozwalała na stanowcze rozpoznanie, gdy chory dostanie się do szpitala późno, już po ustąpieniu skąpej osutki, wreszcie u ewakuowanych ze szpitali frontowych jako ozdrowieńcy, bez dostatecznych zapisków w karcie choroby, dodatni odczyn Weil-Felix'a pozwalał zawsze na skwalifikowanie takich ozdrowieńców jako uodpornionych przeciw durowi osutkowemu.

Nadzwyczaj rzadkie w chorobach zakaźnych zapalenie nerwu wzrokowego występuje często, prócz w zapaleniu opon mózgowych, także i w durze osutkowym. Arnold, który pierwszy zwrócił na to uwagę, stwierdził je na swym licznym materjale przeszło w połowie badanych przypadków. Pierwsze zmiany zauważyć można nie wcześniej, jak w 8 lub 9 dniu choroby, najwyższy rozwój przypada na początek spadku gorączki. Z ustąpieniem sprawy chorobowej zmiany na tarczy mogą szybko ustąpić, czasem utrzymują się 2—3 tygodni a nawet do 2-ch miesięcy. Stan ten zapalny mija bez śladu.

Histologiczne badanie różyczki duru osutkowego, której obraz mikroskopowy jest tak swoisty, należy również do bardzo pewnych pomocniczych środków rozpoznawczych. Sposób ten przez niemieckich lekarzy często używany, zaleca bardzo Grzywo-Dąbrowski. Technika przeprowadzania tego badania jest bardzo łatwa. Za pomocą ostrych nożyczek, jednak bez znieczulenia miejscowego, wycina się kawałeczek skóry, mieszczącej różyczkę, wkłada do słoiczka z 5% formaliną i przesyła do pracowni histologicznej Rozpoznanie może być dokonane w ciągu kilku godzin, rozumie się w przypadku, gdy się ma do rozporządzenia pracownię anatomo-patologiczną.

Odczyn opaskowy opisany przez francuskich autorów w *peliosis rheumatica*, zalecany przez autorów niemieckich, przy rozpoznawaniu płonicy, jak również odry, oddaje czasem ważne usługi w zróżnicowaniu tego cierpienia od duru brzusznego, powrotnego lub influency, a więc chorób utrudniających często w początkach rozpoznanie duru osutkowego.

Technika tego odczynu jest następująca: kończynę górną przewiązuje się opaską gumową lub też bandażem powyżej łokcia tak, aby przy utrzymanem tętnie wywołać zastój żylny. Po 15—30 minutach opaskę się zdejmuje, rękę chorego unosimy do góry, aby wywołać odpływ krwi i w razie dodatniego wyniku widzimy, szczególnie po stronie zginaczy, w większej lub mniejszej ilości wybroczyny wielkości kropek, główki od szpilki i większe. Jeżeli przed wykonaniem tej próby na ręku była już różyczka, to wewnątrz plamek występują drobne wybroczynki. Niekiedy te wybroczyny występują dopiero w pewien czas później np. w pół godziny. Przypadki duru osutkowego, w których odczyn ten wypada ujemnie, należą do rzadkich, pamiętać jednak należy, że występuje on również w płonicy, odrze, a nawet w pewnych przypadkach duru brzusznego. Ujemny wynik duru osutkowego nie wyklucza. Odczyn ten nie należy do objawów wczesnych, występuje bowiem zazwyczaj dopiero na szczycie choroby i utrzymuje się 2—3 tygodni po spadku gorączki.

Silne potarcie skóry palcem w przebiegu choroby, częściej jednak w okresie zdrowienia, powoduje na miejscach potartych, zaczerwienionych, drobniutkie łuszczenie się, podobnie jak przy potarciu papieru gumką. Objaw ten, opisany i nazwany przez Brauera „Radiergummiphänomen", nie ma wybitnej wartości djagnostycznej dla duru osutkowego, nie występuje bowiem w każdym przypadku, a najczęściej zjawia się dopiero w okresie zdrowienia.

Przy możliwości ewentualnego wykorzystania wszystkich wyżej przytoczonych środków pomocniczych nie natrafi lekarz na trudności przy rozpoznawaniu duru osutkowego. Tam jednak, gdzie przeprowadzenie tych badań pomocniczych z jakiegokolwiek względu jest utrudnione, rozpoznanie często staje się trudne. Na trudności rozpoznawcze w pierwszym rzędzie natrafić możemy przy różniczkowaniu duru brzusznego i plamistego tem łatwiej, że obie te epidemje często przebiegają obok siebie, a nawet zdarzać się mogą przypadki podwójnej infekcji. Przeważnie nagły początek, eksplozyjny często niejako charakter wybuchu epidemji przy durze osutkowym, zachowanie się ciepłoty i tętna, czas i sposób występowania, umiejscowienie i wygląd wysypki, także pod względem histologicznym, wygląd języka, nastrzykanie spojówek, bolesność i kruczenie w okolicy ileocoecalnej, zachowanie się śledziony, objawy nerwowe, czas wystąpienia odczynu dwuazowego, odczyn Weil-Felix'a względnie Widala, posiew krwi, zachowanie się ilości i jakości ciałek białych, to wszystko momenta, których uwzględnienie ułatwi trafne rozpoznanie.

Na trudności rozpoznawcze natrafić możemy również przy durze wrzekomym A i B, w przebiegu których to chorób wystąpić może wysypka tak obficie, jak przy durze osutkowym, przybierając nawet charakter krwotoczny, a zjawić się ona może nawet w pierwszych dniach choroby. Wykazanie jednak prątków paratyfusowych we krwi i w stolcach, brak odczynu Weil-Felix'a, silne zaburzenia jelitowe, a także wynik histologicznego badania osutki, pozwoli na dobre rozpoznanie.

Podczas obecnej epidemji i z durem powrotnym liczyć się bardzo musimy, tu jednak wyraźny obrzęk śledziony, pewne swoiste żółtaczkowe zabarwienie skóry, brak osutki, a obecność krętka Obermeiera we krwi, umożliwi pewne i wczesne rozpoznanie. Pamiętać musimy jednak i o tem, że dur powrotny nie rzadko komplikuje osutkowy. Przypadków takich podczas obecnej epidemji mieliśmy bardzo wiele.

Nagminne zapalenie opon mózgowych szczególnie przypadki przebiegające z wysypką, nastręczać

mogą duże trudności rozpoznawcze, tembardziej że wysypka ta wyglądem i umiejscowieniem może być bardzo podobną do wysypki w durze plamistym. Gdy jednak wysypka w durze osutkowym rzadko zjawia się w dniu trzecim, najczęściej między 4 a 6 dniem choroby, to w nagminnem zapaleniu opon mózgowych występuje ona już z początkiem choroby, a więc pierwszego lub drugiego dnia. Sztywność karku, ten charakterystyczny objaw nagminnego zapalenia opon mózgowych, nie będzie nigdy tak wyraźnym w durze osutkowym. Zresztą badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, względnie odczyn Weil-Felix'a będzie pomocnym w rozpoznawaniu. W późniejszym okresie choroby, różniczkowe rozpoznawanie tych dwóch chorób, nie będzie nastręczało trudności.

W początkowych okresach odra, wyjątkowo także i płonica, mogą sprawiać trudności rozpoznawcze, dalszy jednak przebieg schorzenia, a z nim inne objawy kliniczne, charakterystyczne dla danej sprawy chorobowej, wyjaśnią wątpliwości.

Podobieństwo ospy do duru osutkowego może być w początkowych okresach dość duże. Nagły początek choroby, bóle mięśni, wysoka gorączka, 3. lub 4. dnia zjawiająca się wysypka, czasem nawet guzkowa, to objawy, które przemawiać mogą tak za ospą, jakoteż za durem osutkowym. Przemiana jednak guzków ospowych w krosty usuwa wątpliwości.

Prócz wyżej wymienionych chorób grypa, nieżytowe zapalenie gardła przebiegające z gorączką, ogólne zakażenie krwi, nietypowe przypadki zimnicy, wreszcie kiła w okresie wysypkowym, powikłana jakiemś innem cierpieniem, przebiegającem z gorączką, nastręczają w początkowych okresach trudności rozpoznawcze. Utrudniać mogą również często rozpoznanie pewne cierpienia skórne lub też wprost ciemne zabarwienie skóry nie pozwalające na dokładne obejrzenie skóry, a tem samem stwierdzenie, względnie skwalifikowanie ewentualnej wysypki. W tych wszystkich przypadkach możemy dopiero prawdziwie ocenić wartość wyżej przytoczonych środków pomocniczych.

Śmiertelność w durze osutkowym, podawana w licznych statystykach, z rozmaitych epidemji, waha się w szerokich granicach, gdyż w cyfrach od kilku do kilkudziesięciu procentów. To wysokie wahanie się cyfr śmiertelności tłumaczyć musimy albo opieraniem się na ogólnikach, albo obliczeniem odsetków śmiertelności z nielicznego materjału, lub też, co może najważniejsze, ze spostrzeżeń dotyczących osobników różnego wieku.

W rzeczywistości śmiertelność z duru osutkowego, aczkolwiek nie mała, nie osiąga wogóle tak wysokich liczb, jakby się przy pobieżnem przeglądaniu różnych statystyk wydawać mogło. Na odsetek śmiertelności ma wpływ cały szereg czynników. Odgrywa tutaj ważną rolę ciężkość danej epidemji, ów *genius epidemicus*, wpływający nietylko na śmiertelność, lecz także na częstość i jakość występujących powikłań, o czem przekonać się mogliśmy na naszym materjale. Bardzo ważnym momentem, od którego zależną jest śmiertelność, jest wiek chorych. Podczas, gdy we wieku dziecięcym lub młodzieńczym dur plamisty daje bardzo małą śmiertelność, to śmiertelność ta zwiększa się bardzo wyraźnie z wiekiem, tak, iż powyżej lat 40-tu choroba ta staje się bardzo niebezpieczną, tem groźniejszą, im więcej lat dany chory liczy. Cięższy przebieg choroby, a zarazem znacznie wyższy odsetek śmiertelności, spotykamy u ludzi inteligentnych w porównaniu do śmiertelności, między ludem wiejskim i wogóle ludźmi pracującymi fizycznie. Zwrócili na to uwagę już dawni lekarze angielscy, a w nowszych czasach potwierdza to Jürgens i Schwajcer, o czem zresztą każdy z lekarzy, mający sposobność leczenia większej ilości przypadków duru plamistego, dowodnie mógł się przekonać. Ta właśnie okoliczność tłumaczyć nam może wysoką śmiertelność pośród lekarzy zapadłych na dur osutkowy.

Ogólna śmiertelność w naszym szpitalu wynosiła 5·5%, jeżeli jednak obliczymy oddzielnie śmiertelność między oficerami, to wzrasta ona wybitnie, gdyż wynosi 13·3%, u lekarzy już 20%, najniekorzystniejszą zaś była dla sanitarjuszek, gdyż wynosiła 29%. Ta ogólna śmiertelność 5·5% nie jest zbyt wysoką, jeżeli się uwzględni tę okoliczność, iż olbrzymia większość chorujących, to żołnierze przywiezieni z frontu, a więc ludzie przez trudy wojenne pod względem fizycznym i nerwowym ogromnie wyczerpani, a tem samem mało odporni.

Rokowanie w przebiegu duru osutkowego opiera się głównie na wieku chorego, ogólnym stanie jego zdrowia, a wreszcie ciężkości zakażenia, które uzależnione jest od mniej lub więcej złośliwego charakteru panującej epidemji. Nigdy na podstawie początkowego przebiegu choroby nie możemy sądzić o jej dalszym rozwoju. Poszczególne objawy chorobowe same przez się nie mogą nam dać żadnych pewnych danych prognostycznych. Nie jest miarodajnem samo zachowanie się ciepłoty, gdyż przypadki ze stale utrzymującą się bardzo wysoką gorączką mogą mieć przebieg korzystny w przeciwstawieniu do innych, kończących się śmiercią, w których ciepłota w czasie całej choroby nie przekraczała n. p. 39° C. Także jakość i ilość wysypki nie świadczy o stopniu zakażenia. Przypadki o skąpej wysypce mogą mieć przebieg bardzo ciężki i kończyć się śmiercią, jak z drugiej strony z obfitą wysypką przebiegają niekiedy względnie łagodnie. Na ogół jednak skąpa wysypka przemawia raczej za lekkim przebiegiem choroby w przeciwieństwie do przypadków z obfitą wysypką o charakterze petociowym. Zawsze rokować powinniśmy poważnie w przypadkach skazy krwotocznej, gdzie obok obfitej wysypki krwotocznej tworzą się od najmniejszego nawet ucisku duże wylewy krwawe w skórze, tkance podskórnej lub też w narządach wewnętrznych.

Wielką wartość w rokowaniu ma zachowanie się układu krwionośnego. Silne przyśpieszenie i niemiarowość tętna, złe i nierównomierne wypełnienie tętnic, nagły spadek ciśnienia krwi, a wreszcie zjawiająca się sinica — to wszystko objawy, wskazujące na poważne uszkodzenie układu krwionośnego a tem samem każące rokować niepomyślnie. I w takich przypadkach jednak szczególnie pod wpływem środków nasercowych, nastąpić może poprawa.

Ciężkie objawy mózgowe tak częste przy durze osutkowym, nie muszą wpływać ujemnie na prognozę. Głęboka jednak nieprzytomność, ruchy pląsawicze, drżenie, *„flexibilitas cerea"*, złe oddziaływanie źrenic na światło, a szczególnie zwężenie źrenicy, to wszystko objawy niepomyślne, świadczące o ciężkiem zakażeniu, nie muszą jednak prowadzić do zgonu.

Poważnie rokować każą wszelkie powikłania ze strony płuc, jak również ze strony nerek, szczególnie u osób starszych, powyżej lat 40-tu.

Widzimy więc, że rokowanie w durze osutkowym jest bardzo trudne. Przypadki, o przebiegu względnie łagodnym, szczególnie w ciągu drugiego tygodnia, mogą w kilku lub kilkunastu godzinach uledz gwałtownemu pogorszeniu, a wreszcie skończyć się katastrofą. To też, jak wspomniałem, z poszczególnych objawów wniosków prognostycznych wyciągać nie powinniśmy. Tylko wszystkie objawy razem wzięte, dobry ogólny wygląd i zachowanie się chorego pozwalają nam rokować korzystnie, chociaż i w tych przypadkach przygotowani być musimy na ewentualne przykre niespodzianki.

Zapobieganie: Z chwilą stwierdzenia przez Nicola bez wszelkich wątpliwości faktu, iż wesz, jak to już poprzednio przypuszczano, jest jedynym przenosicielem zarazka duru osutkowego z jednego człowieka na drugiego, wszelkie środki zapobiegawcze muszą iść w tym kierunku, aby się zabezpieczyć przed temi pasorzytami.

Nie będę tu mówił o profilaktyce ogólnej, społecznej, wspomnę tylko o postępywaniu i środkach ostrożności, jakie zastosować należy w szpitalach i zakładach sanitarnych. W pierwszym rzędzie rozchodzi się tu o lekarzy i personal sanitarny, którzy przedewszystkiem mając ciągłą a bezpośrednią styczność z chorymi, narażeni są ustawicznie na niebezpieczeństwo zakażenia. Tutaj znowu sprawa przedstawia się różnie, zależnie od tego, czy mamy do czynienia z chorymi oczyszczonymi, bezwzględnie odwszonymi, czy też z chorymi mniej lub więcej zawszonymi.

W pierwszym przypadku jakieś środki ostrożności są do pewnego stopnia zbędne. Lekarz przy pomocy odpowiednio wychowanego personalu musi jedynie zwracać uwagę na to, by na salach chorych panowała idealna czystość, by często

zmieniano pościel i bieliznę, by wietrzono i odkażano materace a zwłaszcza sienniki, by podłoga była często zmywana jakimś płynem odkażającym. Wszystkie te środki ostrożności będą w możności zapobiedz pojawieniu się wszy u chorych w tych przypadkach, w których wskutek niezupełnego odwszenia dostały się przecież one na salę chorych. Pamiętać bowiem musimy, że dokładne odwszawienie, oczyszczenie chorych, jak doświadczenie nas pouczyło, nie zawsze jest rzeczą łatwą. Zawszawienie dochodzić może w pewnych warunkach do nieprawdopodobnych wprost granic. Przychodziły czasem do naszego szpitala większe transporty chorych, idące wprost z frontu, a przedewszystkiem jeńcy ukraińscy lub bolszewiccy, z pomiędzy których niektóre osobniki (a liczba takich bywała nieraz dość znaczna) były na skórze, bieliźnie jak również wierzchniem ubraniu pokryte niejako szarawą warstwą, składającą się z niezliczonych egzemplarzy wszy i gnid. Jednorazowe oczyszczenie chorych, jednorazowa kąpiel w takich przypadkach absolutnie nie wystarcza.

Przy tworzeniu naszego szpitala, który urządzony został na 1400 łóżek, starania szły w pierwszym rzędzie w tym kierunku, aby urządzić celowi odpowiadającą łazienkę i zakład dezynfekcyjny. Chorzy przysłani do szpitala dostają się do niego osobną bramą, prowadzącą wprost do budynku mieszczącego łazienki. Tu chorego rozbiera się, strzyże maszynką włosy na głowie, wzgórku łonowym i pod pachami, a w razie silniejszego zarostu, na tułowiu i na kończynach dolnych, następnie kąpie się go w ciepłej wodzie, używając obficie mydła i szczotki. Po kąpieli przenosi się chorego do ubikacji już »czystej«, gdzie skórę chorego w całości naciera się naftą, przedewszystkiem skórę głowy, okolicę wzgórka łonowego i pach, aby ewentualnie zniszczyć lub mechanicznie usunąć wszy lub też gnidy, pozostałe na chorym pomimo kąpieli. Ze wszystkich środków polecanych w tym celu, nafta okazała się najlepszą, przytem ma i te zalety, iż jest środkiem tanim i łatwym do otrzymania. Po tych wszystkich zabiegach, chory ubrany w świeżą czystą bieliznę, przeniesionym zostaje na oddział chorych, bielizna zaś jego i ubranie poddawane ścisłemu odkażeniu parowemu, zaś części ubrania ze skóry odkażeniu przez ogrzanie suche powietrze.

Pomimo tych wszystkich zabiegów, pomimo pewnego i wyszkolonego personalu, chorych silnie zawszonych nie zawsze udawało się jednorazową kąpielą bezwzględnie odwszawić. To też personal pielęgniarski pouczany był i upominany w tym kierunku, aby w pierwszym rzędzie pilną zwracał uwagę na czystość świeżo przyjętych chorych, by módz po stwierdzeniu u nich pojedyńczych okazów wszy, natychmiast powtórzoną kąpielą odwszawienie uzupełnić.

Pomimo ścisłego przestrzegania tych wszystkich prawideł, mieliśmy cały szereg zachorowań pomiędzy personalem sanitarnym, wypadki te były jednak następstwem niemożności wypełnienia zawsze tych warunków, o których powyżej wspomniałem.

Od kwietnia 1919 roku, tj. od czasu kiedy celowo zbudowana łazienka i urządzona odwszalnia, pozwalała na oczyszczanie i odwszawianie chorych przysłanych do szpitala, zapadło na dur osutkowy przez cały czas istnienia szpitala trzech studentów medycyny pełniących służbę w szpitalu i jedenaście sanitarjuszek. Studenci medycyny zakazili się w izbie przyjęć, mając do czynienia z chorymi jeszcze nieodwszawionymi, sanitarjuszki uległy zakażeniu pełniąc służbę na sali chorych, powód więc tego zakażenia należałoby wyjaśnić.

Dziewięć sanitarjuszek zachorowało w ciągu miesiąca grudnia 1919 roku i to w pierwszej połowie miesiąca. Dur osutkowy wystąpił niejako epidemicznie wśród naszych pielęgniarek. Przyczyna tego była widoczna. Z końcem listopada i początkiem grudnia, na przeciąg prawie dwóch tygodni stanęła z powodu braku węgla, pralnia wojskowa, w następstwie czego szpital pozostał bez czystej bielizny. Napływ chorych był w tym czasie bardzo silny, zaś zmiana bielizny mogła się odbywać w minimalnych tylko rozmiarach. Staraliśmy się złemu zaradzić przez częste odkażanie sienników i materaców, a nawet przez odkażanie używanej bielizny, rozdzielanej znowu pomiędzy chorych, środki te pomocnicze nie wystarczały jednak w zupełności, gdyż wszy tu i ówdzie poczęły się zjawiać na salach chorych. Na złe skutki braku potrzebnej ilości czystej bielizny długo nie potrzebowaliśmy czekać. W przeciągu około trzech tygodni zachorowało dziewięć sanitarjuszek. Endemia ta skończyła się z chwilą otrzymania większej ilości czystej bielizny po uruchomieniu pralni, gdy zawszawienie chorych dało się w zupełności usunąć.

Od grudnia 1919 roku po koniec kwietnia 1921 roku zachorowały tylko dwie sanitarjuszki, nawiasowo zaś dodać muszę, że procent uodpornionych między naszemi pielęgniarkami był bardzo mały.

Lekarze jednak, którzy stykać się muszą z chorymi zawszawionymi, jak również personal sanitarny zajęty przy rozbieraniu, strzyżeniu i kąpaniu chorych, a także przy dezynfekcji ubrań i bielizny, zabezpieczać się muszą w ten sposób, aby wszy nie mogły się dostać do ich skóry. Do tego celu służą rozmaite rodzaje kostjumów, polecane przez wielu lekarzy francuskich i niemieckich, których zadaniem jest ścisłe osłonięcie ciała i przeszkodzenie w ten sposób dostaniu się wszy do skóry danego człowieka. Te rozmaite rodzaje kostjumów odpowiadają następującemu typowi: ubranie w rodzaju worka, podobne do ubrania nurków sporządzane z materjału gumowanego lub też z batystu Billrotha, w które wsuwa się obute nogi, na głowie zaś ubranie to kończy się ściśle przylegającym kapturem. Niektórzy zalecają prócz tego maskę na twarz. Nogawki nad kostkami powinny ściśle przylegać, jak również rękawy nad napiąstkiem. Na nogi ubiera się wysokie kalosze lub, co lepiej, wysokie buty gumowe, na ręce gumowe rękawiczki. W razie braku podobnego ubrania dobre usługi może oddać również płaszcz gumowy z materjału gładkiego, lśniącego; na gładkiej powierzchni bowiem płaszcza wesz utrzymać się, względnie wędrować nie może. Do kostjumu tego należałyby i długie buty.

Polecano również, w celach zabezpieczenia się przed ukąszeniem wszy, noszenie na szyji woreczków, wypełnionych rozmaitemi olejkami eterycznemi, naftaliną, kamforą wcieranie sproszkowanej siarki w bieliznę, lub też posypywanie ciała naftaliną, nacieranie olejkiem anyżowym, maścią, octem lub nalewką sabadilli i wiele innych tego rodzaju środków, których wyliczać nie będę. Najwięcej skutecznym miał okazywać się p a r a d i c h l o r b e n z o l jakoteż p u d e r t r i k r e s o l o w y polecany przez H e r x h e i m e r'a, używanie tych środków bowiem miało zmniejszyć wybitnie liczbę zachorowań między personalem sanitarnym w pociągach infekcyjnych. Środki te mogą w pewnych warunkach być pomocne, gdyż, aczkolwiek nie są w stanie zabić, to jednak zmusić wesz do opuszczenia atakowanego osobnika.

Najwięcej jednak odpowiadającem celowi będzie używanie do pracy przy chorych zawszonych, o ile możności, personalu uodpornionego przeciw durowi osutkowemu, jak my czynimy w naszym szpitalu, gdyż wtedy niebezpieczeństwo zakażenia odpada, co zarazem odbija się dodatnio na pracy.

Szereg autorów, a między nimi K l e m p f n e r i P e č i r k a starali się zabezpieczyć osoby, mające styczność z zawszawionymi chorymi na dur osutkowy, przed ukąszeniem wszy a tem samem przed zakażeniem, zmieniając krew danych osób w ten sposób , aby ona nie smakowała temu pasorzytowi. Do tego celu używano chininy, a podając ją przez dni 20 po 0·20 grama lub też przez dni 12 po 0·50 gr osiągano ten rezultat, iż wszy, którym krew zmieniona przez chininę nie nadawała się na pokarm, opuszczały niegościnnego gospodarza. Na osiągnięte w ten sposób wyniki, na podstawie dotychczasowych doświadczeń, patrzeć należy może jednak sceptycznie.

Uodpornienie czynne, zapomocą zinaktywowanej surowicy krwi chorych lub też surowicy ozdrowieńców, stosowane w armji tureckiej, miało dawać również dobre wyniki, dotychczasowe jednak doświadczenia nie uprawniają do dalej idących wniosków.

Możność uzyskania dziś Rickettsji Prowazeki w znaczniejszych, ściśle oznaczyć się dających liczbach, za pomocą sztucznego zakażania wszy, co zastępuje w pewnym stopniu sztuczną hodowlę, pozwala dziś na sporządzanie szczepionek.

Próby wykonane dotychczas ze szczepionką, w ten sposób sporządzoną, na świnkach morskich, dały wyniki niezgodne, jednak zachęcające. Rozumie się, że wyniki, otrzymane ze stosowania szczepionki u świnek morskich, nie mogą stanowić o wartości tych szczepionek u człowieka. Tylko doświadczenia na człowieku mogą rozstrzygać o wartości szczepionki ochronnej, sporządzonej z Rickettsji Prowazeki. Dotychczas doświadczenia te są bardzo nieliczne, a wykonane zostały szczepionką sporządzoną przez Rocha Limę i Marlini'ego, jakoteż przez Weigla; wyniki zachęcają do dalszych doświadczeń w tym kierunku.

Prócz prac i doświadczeń nad szczepionkami ochronnemi za pomocą Rickettsji, prowadzone są intenzywne badania nad uzyskaniem surowicy leczniczej ze zwierząt uodpornionych Rickettsjami, o ile mnie jednak wiadomo, to badania te nie wyszły jeszcze po za granicę doświadczeń.

Leczenie: Jakiegoś specyficznie działającego środka w durze osutkowym dotychczas niestety nie znamy. Już wielka ilość i różnorodność sposobów i środków polecana przez różnych autorów, a mająca dawać dobre wyniki lecznicze w durze osutkowym, świadczy dowodnie o niepewności ich działania. Ideałem byłoby leczenie oparte na własnościach drobnoustrojów wywołujących to cierpienie i w tym też kierunku idą obecnie badania, na razie jednak jak dotychczas bez dodatnich wyników.

Nicolle i Blaizot z instytutu Pasteur'a w Tunisie wykorzystali możność wywołania doświadczalnego duru osutkowego u zwierząt, aby uzyskać surowicę swoistą. Surowicę tę przygotowano z osła i z konia, którym zastrzykiwano zawiesinę ze śledziony i nadnerczy świnek morskich zakażonych durem osutkowym. Opublikowane spostrzeżenia leczenia tą surowicą nie upoważniają do wysnuwania żadnych wniosków co do dodatniego swoistego działania tej surowicy, raczej dojść można do wniosków ujemnych — w każdym razie spostrzeżenia te pozostały, jak dotychczas, w ramach doświadczeń.

Stwierdzenie doświadczalnie, iż jad duru osutkowego krąży we krwi, nasunęło przypuszczenie, czy we krwi ozdrowieńców po durze osutkowym nie znajdują się jakieś ciała ochronne, które mogłyby być praktycznie wyzyskane bądź to w celach leczniczych, bądź to zapobiegawczych. Przeprowadzone w tym kierunku badania Nicolle'a jakoteż Hamdi'ego wykazały, że surowica ozdrowieńców po durze osutkowym tak zwierząt jakoteż i ludzi posiada własności zapobiegawcze, brak jej jednak własności leczniczych.

Escluse i Legrain, a niezależnie od nich Kabelik, polecają leczenie za pomocą wstrzykiwań krwi ozdrowieńców po durze osutkowym. W tym celu Kabelik wstrzykuje wśródżylnie choremu na dur osutkowy 20 ccm krwi, uzyskanej od ozdrowieńca, z dodatkiem 2 ccm 4% rozczynu *natrium citricum*. Leczenie tego rodzaju, zastosowane u chorych z początkiem choroby przed wystąpieniem osutki, ma powodować szybkie ustąpienie stanu gorączkowego, jak autor się wyraża jako *„therapia magna sterilisans"*; rozpoczęcie tego rodzaju leczenia w późniejszym okresie choroby, po wystąpieniu osutki, czyni przebieg łagodniejszym jakoteż skraca czas choroby.

Dobre działanie surowicy widział w swoich przypadkach Nordt, stosując ją dożylnie w ilości 60 do 80 gr., natomiast Mathes nie miał żadnych wyników, nawet stosując większe dawki, mianowicie po 100 gr, dożylnie lub wśródmięśniowo.

Rösler zaleca leczenie własną surowicą chorego, a więc autoseroterapję. Wstrzykując wśródżylnie 1 ccm własnej surowicy chorego, uzyskiwał po każdem wstrzyknięciu wystąpienie potów, poprawę stanu podmiotowego, poprawę akcji serca. Po wykonaniu 5-ciu wstrzykiwań miał następować stan bezgorączkowy. Liczba leczonych przez niego w ten sposób przypadków była bardzo skromna, gdyż leczenie to stosował tylko u trzech chorych.

Dobrych wyników dopatruje się Roubitschek przy stosowaniu wstrzykiwań podskórnych surowicy końskiej w dawkach 1—3 ccm. Stosując tego rodzaju leczenie u 25 chorych, widział, w połowie przypadków, dodatni wpływ na przebieg ciepłoty i ciężkość ogólnych objawów, jakoteż skrócenie trwania choroby do dni 14-tu. Wobec tego, iż dur osutkowy przeciętnie trwa nie dłużej jak dni 14, trudno uważać ten objaw jako dodatni wynik działania surowicy.

Mollo miał mieć dobre wyniki lecznicze przy użyciu uczulonej szczepionki durowej Besredki, którą w ilości 0·4 gr stosował podskórnie, a także i dożylnie. (Dok. nast.).

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Archives of Internal Medicine.
T. 29. Nr. 3. Marzec 1922.

F. W. Peabody i C. C. Sturgis. **Badania kliniczne nad oddychaniem.** (C. d. p. Nr. 27. P. G. L.). Dla zrozumienia mechanizmu duszności przy chorobach serca, oznaczyli autorzy u 11 zdrowych i 11 chorych z wyrównanemi wadami sercowemi przemianę materji, stosunki ilościowe przy oddychaniu i zachowanie się tętna podczas spokoju i podczas prac fizycznych różnego nasilenia. Okazało się, że w spokoju chorzy zużywają o 12% więcej tlenu niż zdrowi, ogólna przemiana materji jest więc nieco zwiększona, autorzy tłumaczą ją większą pracą mięśni oddechowych i nerwowością chorych; po wysiłkach zaś przemiana materji zdrowych i chorych naogół już była jednakowa. Iloraz oddechowy w spoczynku u obu grup był niski, po rozpoczęciu pracy spadał i po przerwaniu jej jeszcze pozostawał niski, odmiennie, niż w doświadczeniach Krogha i Linharda, którzy znaleźli znaczny wzrost po rozpoczęciu ciężkiej pracy i tłumaczą to nie zwiększeniem przemiany materji, ale nadmiernie zwiększoną wentylacją. Różnica polega może na tem, że K. i L. oznaczali iloraz oddechowy po bardzo ciężkiej pracy.

Ilość powietrza na minutę wdechiwanego wynosiła o37% więcej u sercowo chorych na m^2 powierzchni ciała; po wysiłkach wzrost względnie jednakowy w obu grupach; w pierwszej chwili spoczynku po pracy ilość powietrza dalej wzmożona połączona z uczuciem duszności; po dłuższym spoczynku ilość powietrza spada nagle u zdrowych, u chorych daleko wolniej.

Ilość oddechów w minucie jest u chorych naogół daleko większa (17.26 średnio, u zdrowych 12.20 śr.) chorzy pozatem oddychają głęboko (mn. w. o25% płytszy oddech w obliczeniu na powierzchnię ciała). Wysoka ilość powietrza w min. wdechiwanego łączy się z szybkiemi a płytkiemi oddechami; zwiększenie się martwej przestrzeni w górnych odcinkach oddechowych podczas płytkiego oddychania zmusza chorego do szybszych oddechów, a tem powoduje zwiększoną ilość w minucie wdechiwanego powietrza.

Ilość tętna u chorych jest naogół większa, wzrasta u obu grup po pracy (u chorych nieco więcej), po przerwaniu pracy spada szybciej u zdrowych do normy; po silniejszym wysiłku ilość tętna u zdrowych zachowywała się jak u chorych po słabym wysiłku, bardziej powoli spadała do normy, podczas gdy u chorych jeszcze dłużej utrzymywała się na wyższym poziomie.

Powstaje pytanie, dlaczego u chorych są płytsze oddechy, gdyż pojemność życiowa płuc jest u nich naogół niezmniejszona. Można to tłumaczyć przekrwieniem naczyń płucnych (Drinker, Peabody i Blumgart), utrudniającem głębokie wdechy. Wielką duszność, utrzymującą się jeszcze po przerwaniu pracy, tłumaczy równocześnie niski iloraz oddechowy niedostatecznem usuwaniem CO_2 z organizmu. Ponieważ płuca są najzupełniej zdolne do usuwania CO_2, o czem świadczy wzmożenie się ilości powietrza przez płuca przechodzącego, przyczyna leży w niedomodze krążenia, zatrzymującej zbyt długo w ustroju pewne toksyny, później zaś drogą działania na ośrodek współczulny wywołującej przyśpieszenie tętna, a tem pewne wyrównanie w wydalaniu CO_2.

J. F. Weir, E. E. Larson i L. C. Rowntree. **Badanie nad moczówką prostą, równowagą wodną i zatruciem wodnem.** Autorzy zbadali dokładnie 15 przypadków moczówki prostej, z tego 9 przypadków z etjologją nieznaną, 4 o podłożu kiłowem, 2 z guzami mózgowemi. W dwóch przypad-

kach sprawa zaczęła się nadmiernem pragnieniem, w innych najpierw okazała się poliurja. Wpływy miejscowej suchości w gardle i niewydzielania gruczołów ślinowych na powstawanie pragnienia (Cannon) starano się bez skutku usuwać kokainizacją gardła i pilokarpiną, widocznie czuciowe unerwienie obwodowe nie gra tu roli. W narządzie moczowym anatomicznie i czynnościowo nie znaleziono żadnych zmian. We wszystkich przypadkach wyciąg tylnego płatu przysadki wywarł kilka dni trwający znaczny wpływ, w lekkich przypadkach obniżając ilość moczu do normy, w ciężkich znacznie ją zmniejszając. Równocześnie wzrastał c. g. i zaczęło się pocenie, dotąd nieobecne; chorzy zaczynali nieznosić wody i po szklaneczce już odczuwali wrażenie pełni w brzuchu, wprost przeciwnie jak przed leczeniem, kiedy to chorzy wodę łatwo spijali litrami. Histamina, nakłucie lędźwiowe (przez niektórych polecane), ani leczenie przeciwkiłowe w odpowiednich przypadkach nie wywarło żadnego wpływu. Powstrzymanie się od picia wody wywarło wpływ tylko w jednym przypadku, naogół przynosi chorym tylko ogromne cierpienia. Badanie przemiany materji i krwi nie wykazało charakterystyczniejszych zmian, ani przed ani po podawaniu pituitryny. Widocznie przemiana wodna nie odbija się na krwi, a pituitryna kieruje wodę do tkanek. Celem lepszego zrozumienia sprawy poczyniono eksperymentalne badania na psach. Okazało się, że pituitryna zmniejsza diurezę, a to niezależnie od unerwienia nerek, wycięcie bowiem obustronne nerwów trzewnych nerek nie wywiera żadnego wpływu. Częste podawanie wody może znów znacznie zwiększyć diurezę.

Okazało się dalej, że bardzo częste podskórne wstrzykiwanie pituitryny i równoczesne podawanie wody mogą doprowadzić do zbioru objawów »zatrucia wodnego«: osłabienia, niepokoju, częstego moczenia, drgawek, wymiotów, biegunek, ślinienia, kurczów padaczkowatych, niemiarowości, śpiączki, i zgonu. Najprawdopodobniej pochodzą drgawki i ślinienie wprost od działania wody, inne od pituitryny. (Podobne objawy widzieli już Cohnheim i Lichtheim po dożylnem wstrzyknięciu soli fizjologicznej w ilości odpowiadającej 90% wagi ciała. Amberg widział drgawki u człowieka po wypiciu 2,3 litr. wody, a Schäfer i Vincent widzieli objawy porażenia po wstrzyknięciach p. pod skórę małych ssaków). Objawy powyższe powstawały też po odnerwieniu nerek. Pośmiertne zmiany polegały tylko na przekrwieniu wątroby i nerek. Mózg był prawidłowy, tkanki bez obrzęków. Na razie nie można jeszcze oznaczyć mechanizmu tych objawów, ani pituitryna ani woda sama objawów tych nie wywołuje. Zjawiska są podobne jak przy mocznicy, niema jednak podwyższenia azotu niebiałkowego. Obrzęk mózgu jest możliwy, nie stwierdzono go jednak autoptycznie. Wzmożone przy zatruciu wodnem ciśnienie krwi jest ciekawe, nie tłumaczy jednak objawów. Można raczej myśleć o stanie eklampsji, lub odruchu z przewodu pokarmowego, gdyż czasem wybijają się na pierwszy plan odbijania i stranguria.

G. Fahr i E. Ronzone. **Wyrównawcze krążenie przy niedomodze tlenowej krwi w ciężkiej niedokrwistości.** Autorzy zastanawiali się nad zagadnieniem, dlaczego chorzy ze złośliwą niedokrwistością, mając tak mało oksyhemoglobiny, nie odczuwają duszności, i nie mają innych objawów anoksemji, jak kwaśnicy, przyśpieszenia tętna i zwiększonej przemiany materji. Obliczenia wykazały, że niską ilość tlenu we krwi wyrównywa wzmożona o 250% ilość krwi w minucie ze serca wyrzucona, zmniejszenie lepkości, a z tem szybszy ruch krwi i zwężenie naczyń włosowatych (widziane w kapillaromikroskopie), powodujące mniejszy przepływ krwi przez obwód, przyczyniając się tem do znacznej bladości skóry. Spostrzeżenia zaś pewne pozwalają wnosić o znacznie zwiększonem krążeniu w tętnicach wieńcowych, tak jak przy ciężkiej pracy. Serce pracuje wtedy w sposób dość nasilony, a każdy większy wysiłek może spowodować zaburzenie w wyrównaniu i anoksemję mięśnia. Zmiany pośmiertne w mięśniu sercowym tak częste można tedy tłumaczyć niedotlenieniem tkanki sercowej.

G. R. Herrmann i M. T. Burrows. **Dotąd nieopisany guz na podstawie tętnicy głównej.** Opis ciekawego przypadku spostrzeganego klinicznie i autoptycznie. Za życia chory z anamnezą kiłową wykazywał postępującą niedomogę mięśnia sercowego (naprzemian trzepotanie, migotanie i blok) z głównem upośledzeniem czynności przedsionków. Rentgenem stwierdzono w 5 międzyżebrzu cień okrągły szeroki na 11 cm. od linji środkowej, od aorty niezależny; inne objawy wskazywały też na guz w górnej części śródpiersia. Podczas sekcji znaleziono guz wielkości i kształtu pomarańczy koło ujścia lewej tętnicy wieńcowej, uciskający przedsionki; obraz anatomiczny przemawiał za tętniakiem nieprawidłowo umiejscowionej tętniczki sercowej. Guzy sercowe tego rodzaju są bardzo rzadkie, częstsze są zastawkowe, wśródmięśniowe, wśródkomorowe i osierdziowe. Rozpoznanie ma pewne znaczenie praktyczne, gdyż czasem można wykonać zabieg chirurgiczny. Ostatnio wyciął Tuffier dermoid (przez Vaqveza rozpoznany jako torbiel) wielkości dwóch pięści, przylepiony do aorty, a sprawiający objawy dusznicy bolesnej, które po operacji zniknęły. Etjologja przypadku autora jest ciemna, prawdopodobne jest podłoże zapalne na tle kiłowem.

L. F. Rettger i H. A. Cheplin. **Prątek kwasochłonny (b. acidophilus) i jego stosowanie lecznicze.** »B. acidophilus«, opisał po raz pierwszy Moro w r. 1900. Jest to duży prątek podobny do »b. bulgaricus« Massol'a. Według Moro znajduje się on w jelitach dzieci, żywionych tylko mlekiem matczynem, prawdopodobnie razem z »b. bifidus« Tisiera. Dodany do mleka krowiego powoduje fermentację kwaśną, wytwarza jednak mniej kwasu (1%), niż b. bulgaricus. W odróżnieniu od tego, może stale mieszkać w jelitach, a przy sprawach chorobowych, w których inne drobnoustroje zajmują jego miejsce i powodują ciężkie zaburzenia t. zw. »autointoksykacji«, można go wprowadzić z mlekiem lub laktozą i wykazywać potem stale we florze jelitowej. Najlepszym preparatem okazał się mleczny. (Szczegółowy opis przyrządzania dodany). Autorzy otrzymali bardzo dobre wyniki podając 1000 ccm. mleka przy przewlekłem zaparciu z autointoksykacją, przewlekłych biegunkach poczerwonkowych, nieżycie okrężnicy i wypryskach na tle zastoiny jelitowej. Stwierdzono wszędzie zmianę flory jelitowej w kierunku przewagi *bac. acidophilus*.

W. H. Olmsted i L. P. Gay. **Badania nad krzywemi cukru we krwi po spożyciu oznaczonej ilości cukru gronowego.** Autorzy przy wszystkich próbach podawali 1.75 gm. cukru na 1 kg. wagi ciała i oznaczali ilość cukru we krwi przed, i w 1, 2, 3 godz. po spożyciu cukru. Prawidłowo ilość cukru podnosi się po 1 godz. do 0.14 — 0.19%, w 2 g. spada do 0.08 — 0.12%, w trzeciej wraca do normy. Krzywe nieprawidłowe mogą być hiperglikemiczne, a nawet hipoglikemiczne, które mogą powstać z powodu opóźnionej resorbcji cukru (prawdopodobnie przy niedomodze przysadki) lub zwiększonej glikogenezy (przy niedomodze tarczycy). Hiperglikemiczne krzywe widziano przy rakach przewodu pokarmowego z przerzutami, wstrzykiwaniu obcego białka i różnego rodzaju zatruciach. Jady działają prawdopodobnie na zaczyny w wątrobie i mięśniach, nadnercze lub wprost na ośrodki mózgowe. Przy nadczynności tarczycy krzywa podnosi się bardzo wysoko i szybko spada. Wysokość jej nie idzie równolegle ze wzrostem przemiany materji (Janey). Nagły spadek jest uwarunkowany szybkiem spaleniem cukru. Wynikają z tego dwie zasady dla djetetyki ch. Basedowa: 1) podawać dużo węglowodanów celem zaoszczędzenia białka, ale 2) podawać je w małych ilościach, a za to często, celem uniknięcia hiperglikemji. Przy niedomodze tarczycy krzywe są niskie i podnoszą się po leczeniu tyreoidyną. Przy akromegalji krzywa jest wysoka, odwrotnie przy niedomodze przysadki. Przy lekkiej cukrzycy krzywa podnosi się i przez długi czas się utrzymuje dość wysoko. Łatwo odróżnić cukrzycę nerkową, przy której krzywa jest bardzo niska, tak jak przy ch. Addisona. Ponieważ według Cannona ból, podniecenie i obawa powodują u zwierząt cukromocz drogą przez nadnercze, autorzy badali też szereg umysłowo chorych i znaleźli średnio wysokie, powoli spadające krzywe u chorych z hipochondrją i maniakalną depresją. Przy histerji znaleziono mniej więcej prawidłowe, przy neurastenji i dementia praecox zaś różnego rodzaju krzywe. Naogół można stwierdzić, że do glikogenezy potrzebny jest hormon trzustki (może

i ciałek przytarczycznych), glikogenolizę zaś powodują: 1) zwiększenie się ilości zaczynów w mięśniach, wątrobie lub krwi, np. w kwaśnicy nerkowej i głodowej, 2) zwiększenie się ilości hormonu tarczycy, 3) hormonu części nerwowej przysadki, 4) czynności układu chromo-chłonnego jakoto: a) odruchy z mózgu, obwodu i trzewi, b) obecność we krwi pewnych jadów np. przy zakażeniach, nowotworach złośliwych, niedokrwistości złośliwej, białaczce, 5) pojawienie się jadów wymienionych pod 4b) we krwi, a działających wprost na magazyny glikogenu w wątrobie i mięśniach.

Ziemilski. (Lwów).

La Presse Médicale.
Nr. 72. 1921.

Paulian i Bagdasar. **Przyczynek do leczenia objawów parkinsonizmu.** W przebiegu nagminnego zapalenia mózgu *(encephalitis)* autorzy w klinice prof. Marinesco stosowali z dobrym wynikiem bromek skopolaminy przeciwko objawom parkinsonizmu. Stosowali ten środek podskórnie w dawce $1/2$ miligrama. W jednym przypadku chora miała silną rwę kulszową, drgawki rytmiczne w szczęce dolnej, wygląd parkinsonowski, mimowolne ruchy zginania i prostowania stopy lewej. Zastrzykiwania morfiny nie przynosiły ulgi. Skopolamina prawie natychmiastowo usuwała powyższe objawy. W innym przypadku skopolamina w ciągu 20 minut usunęła objawy parkinsonizmu połączone z pląsawicą połowiczną bardzo bolesną. Działanie trwa od 3—12 godzin, rzadko należało powtarzać zastrzykiwania w ciągu doby. Autorzy przytaczają jeszcze trzy szczegółowe historje przypadków, w których skopolamina okazała się skuteczną, nie wywołując żadnych nie pożądanych objawów ubocznych. Należy przypomnieć, że hyoscjamina (skopolamina) oddawna była stosowaną w chorobie Parkinsona (Charcot). Babiński uważa hyoscinę jako środek swoisty. Tenże autor ogłosił niedawno (Soc. de Neurol. 5/V. 1921) przypadek wyleczenia za pomocą skopolaminy dziecka, dotkniętego zespołem parkinsonowskim w następstwie nagminnego zapalenia mózgu.

Nr. 87. 1921.

J. Rouillard. **Podobieństwo jadów opryszczkowego i nagminnego zapalenia mózgu.** *(Virus herpétique et v. encéphalique).* Doświadczenia Grutera (1913), Löwensteina (1919) oraz Doerr'a i Vöchtinga nad jadem, zawartym w pęcherzykach opryszczków *(herpes)*, a także badania Levaditi i Harviera nad jadem nagminnego zapalenia mózgu *(encephalitis)*, otrzymanym z zawiesiny mózgów ludzi, zmarłych na *encephalitis epidemica*, doprowadzają do wniosków, że jady te są identyczne. Aczkolwiek wytwórcy tych jadów (wzgl. bakterje) są nam dotychczas nieznani, to jednak własności biologiczne samych jadów są już o tyle zbadane, że warto się z niemi zapoznać. Wyżej wymienieni badacze stwierdzili, że zawartość pęcherzyków opryszczkowych *(herpes* z wyjątkiem *herpes zoster)*, przeniesiona na rogówkę królika, wywołuje nietylko objawy miejscowe *(keratitis herpetica)*, lecz i ogólne, jak gorączka, ruchy maneżowe, szczękościsk, bezwład kończyn, śpiączkę i śmierć. G. Blanc i Caminopetros przenosili zawartość opryszczków dziecka, skądinąd zdrowego, na rogówkę królików, wywołując zapalenie rogówki i łącznicy. Jad ten (jałowy), zaszczepiony pod oponę twardą królika, po 4 dniach wywoływał u tegoż objawy, podobne do śpiączki letargicznej ludzkiej. Przez szereg szczepień z mózgu na mózg udało się otrzymać jad stały *(virus fixe)* bardzo czynny. Za pomocą szczepień można otrzymać odporność *(immunité)* miejscową i ogólną. Levaditi i Harvier (1920) szczepili do opon mózgowych królików zawiesinę otrzymaną z ośrodków nerwowych osób zmarłych na *enc. epid.* i otrzymywali objawy podobne do śpiączki letargicznej z zejściem śmiertelnem. Ten sam jad wywoływał zapalenie rogówki u królików oraz objawy ogólne (jak wyżej). Własności obu jadów są identyczne — są to jady przechodzące przez filtry *(v. filtrant)*, nie ulegające zniszczeniu przez wysuszenie, przechowujące się w próżni, ginące od żółci. Oprócz tych 2 jadów udało się wykryć dwa inne, do nich podobne (Levaditi, Harvier i Nicolas), jeden z plwociny ludzi, którzy się stykali z chorymi na *enc. ep.*, drugi z plwociny ludzi zdrowych. Pierwszy z tych jadów, przeniesiony na rogówkę królika, wywołuje charakterystyczne zapalenie, a niekiedy *encephalitis* śmiertelną, drugi sprowadza zapalenie rogówki *(keratoconjunctivitis)* takie, jakie bywa po zaszczepieniu jadu stałego, otrzymanego z mózgu zmarłych na *encephalitis*, nie sprowadzając nigdy choroby ogólnej. Tym sposobem autorzy rozróżniają 4 jady, należące do grupy jadów nagminnego zapalenia mózgu: jad keratogenny ślinowy, jad nosicieli zdrowych, jad opryszczkowy i jad nagminnego zapalenia mózgu. Levaditi, Harvier i Nicolas zbadali dokładnie odczyny uodporniania *(réactions d' immunité)*, które najlepiej charakteryzują stosunki tych jadów do siebie: pierwszy najsłabszy nie zabezpiecza od trzech pozostałych, drugi mocniejszy — wywołuje odporność miejscową na jad stały zapalenia mózgu. Co się tyczy 2 pozostałych jadów (opryszczk. i zap. mózgu), to króliki, uodpornione na jeden z nich, są odporne na drugi oraz na jady ślinowe. Wszystkie 4 jady są tejże samej natury, ale posiadają różną jadowitość, a właściwie różne powinowactwo *(affinité dissemblable)*.

Dane powyższe, według zdania Levaditi i Harvier'a, rzucają pewne światło na epidemiologię nagminnego zapalenia mózgu. Przed wybuchem epidemii jad choroby istnieje w plwocinie i w niektórych wydzielinach chorobowych *(herpes, angina herpetica)* w postaci łagodnej, pozbawionej powinowactwa nerwowego *(affinité neurotrope)*. Wskutek zwiększenia swej jadowitości, jad, który dotychczas posiadał tylko powinowactwo nabłonkowe *(affinité epithéliotrope)*, nabiera nowych własności — atakuje komórki nerwowe śródmóżdża *(affinité neurotrope)*.

W stosunku do patologji ogólnej badania powyższe pozwoliły Levaditi'emu zbudować następującą hypotezę: istnieje pewna grupa jadów nerwowych *(virus neurotrope)*, do której należą: zapalenie nagminne mózgu, wścieklizna, *polyomyelitis* a prawdopodobnie i ospa. Jady te, niewidzialne, przechodzące przez filtry, nie dają się hodować inaczej, jak tylko w związku z elementami komórkowemi. Mają one powinowactwo z wyboru *(affinite elective)* z tkankami ektodermy: rogówką, skórą, układem nerwowym, śluzówką nosa, gardzieli i policzków. Cierpienia, przez te jady wywołane, zasługują na nazwę ektodermoz. Nie posiadają zaś wyraźnego powinowactwa do tkanek pochodzenia mezodermowego — zaszczepione pod skórę, do otrzewnej lub do krwi nie okazują żadnego działania lub bardzo słabe. Jad *polyomyelitis* posiada własności zbliżone do jadu *encephalitis epidemica* — jest wyłącznie jadem nerwowym *(neurotrope)*. Jad wścieklizny ma wybitne powinowactwo do osi mózgowo-rdzeniowej i niejakie powinowactwo do skóry i rogówki. Jad ospy ma stałe powinowactwo do skóry i rogówki, a słaby tylko tropizm do mózgowia. Z punktu widzenia klinicznego należałoby oczekiwać *a priori*, że *herpes* powinien się zdarzać często w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. Tak jednak nie jest. Oto w najświeższem doniesieniu Nettera (21/VII. 1921 w Bull. Soc. med. d. Hôp.) czytamy, iż podczas ostatniej epidemii na 180 przypadków przez niego spostrzeganych, tylko w 2 znalazł opryszczki — raz na twarzy, drugi raz na udzie. Carnot i Gardin na 94 przypadków widzieli *herpes* tylko raz jeden. Poisot za to spostrzegał trzy przypadki opryszczek w zapaleniu mózgu nagminnem. Levaditi i Harvier w przypadku, który im posłużył do przyrządzenia jadu stałego z ośrodków nerwowych, spostrzegali *herpes* rozsiany w różnych miejscach na prawym policzku.

Nr. 90. 1921.

R. Lutembacher. **Leczenie ostrego gośćca stawowego salicylanem sodu.** Uderzający jest fakt, że pomimo, iż posiadamy lek swoisty przeciwko gośćcowi, tak często zdarzają się nawroty tej choroby. Zależy to, według autora, od niedostatecznego leczenia, i to nie tyle od niedostatecznych dawek, ile od zbyt krótkiego ich stosowania. Ostry gościec stawowy należy traktować, jak uporczywą posocznicę, którą trzeba zwalczać szybko i zapobiegać nawrotom. Tylko w ten sposób można zabezpieczyć serce od groźnych powikłań, które przyprawiają chorych o kalectwo. Podobnie jak w przymiocie,

skuteczność kuracji zależy od wczesnego rozpoznania, intensywności i długotrwałości leczenia. Wczesne rozpoznanie gośćca w pewnych okolicznościach nie jest rzeczą łatwą, nie posiadamy bowiem ścisłego sprawdzianu laboratoryjnego w przypadkach wątpliwych. Ileż to razy n. p. u dzieci bierze się przemijające bóle w kończynach — zwiastuny gośćca — za nic nie znaczące objawy, zależne od rośnięcia (*douleurs de croissance*), za gościec wrzekomy. Zaniedbuje się wtedy leczenia salicylowego, dopóki nie zjawią się objawy groźne: wysoka ciepłota, szmery w sercu i t. d. Powszechnie przyjętą jest metoda, że osobnikom w wieku od 15—20 lat należy dawać 6—8 grm. salicylanu sodu na dobę. Lek powinien być czysty, najlepiej w roztworze, podawany w różnych odstępach czasu (nawet i w nocy). Salicyl wydziela się szybko z ustroju, a chodzi o to, żeby organizm znajdował się stale przez czas dłuższy pod jego wpływem. Ponieważ dość często chorzy salicylu nie znoszą wskutek zaburzeń żołądkowo-kiszkowych, przeto L. zaleca zastrzykiwanie dożylne tego środka, do czego używa roztworu 1 : 30 preparatu bardzo czystego (poddanego powtórnej krystalizacji); do tego dodaje kilka cm³ roztworu fizjologicznego soli. Zastrzykuje w ten sposób po 3 gm salicylanu sodu 2 razy dziennie. Zwykle autor wykrywał ślady salicylu w moczu po poprzedniem zastrzyknięciu. Można kombinować zastrzykiwania dożylne z użyciem wewnętrznem (na noc). Autor leczył tą metodą 8 chorych z dobrym wynikiem. Taką samą opinię wydali A. Gilbert, A. Coury i H. Bénard (Soc. de Biologie 23/VII. 1921). Leczenie powinno trwać 15—20 dni (dawki pełne); w ciągu następnych 3—4 tygodni zmniejszyć dawki do 3-4 grm dziennie. Po zakończeniu leczenia autor w ciągu 12—18 miesięcy zaleca chorym w ciągu 10 dni zażywać co miesiąc po 2—3 grm salicylu dziennie. L. kładzie nacisk na długotrwałość leczenia, gdyż to jedynie może zabezpieczyć chorych od nawrotów i powikłań. *A. Puławski.*

Chirurgja.

Bull. de la Societé de chir. de Paris.
N. 12. 1922. Kwiecień.

M. Sauvè. **O wtórnem usuwaniu odłamków pocisku z mózgu.** Autor podaje 5 przypadków, w których miał sposobność usuwać ciało obce z mózgu. Wskazania do operacji były następujące: 1) zupełna niemota, 2) padaczka Jacksona, 3) porażenie połowiczne oraz przetoka mózgowa w miejscu wejścia kuli, 4) znaczne zaburzenia wzrokowe. Operował swych chorych w czasie od 13 dni do 10 miesięcy po wypadku. Technika operacji była zawsze ta sama: znieczulenie ogólne; jak najmniejsza trepanacja średnicy 3 ctm.; przecięcie opony twardej i szybkie wyjęcie ciała obcego za pomocą peanu pod kontrolą Roentgena. Ciało obce znajdowało się najgłębiej 5 ctm. od powierzchni. Wszyscy chorzy wyzdrowieli po operacji, wyjąwszy jednego z porażeniem połowicznem, który bez poprawy opuścił szpital.

W pracy tej podniesiono też sprawę wskazania do operacji, sprawę, która była dyskutowana na posiedzeniu wspólnem neurologów i chirurgów paryskich w 1916 r. Podczas gdy jedni, jak neurolog Marie, twierdzą, że mózg jest to narząd, który znakomicie znosi ciało obce, pod warunkiem, że jest ono aseptyczne, małych rozmiarów tak, iż nie wywołuje ucisku i podrażnienia, to drudzy, jak chir. Quenu, powiadają, że ciało obce tak długo zachowuje się obojętnie w mózgu, aż pewnego dnia wystąpią nagle objawy, sprowadzające śmierć i tutaj podaje kilka przykładów.

Wskazanie do operacji będzie bezwzględne, jeżeli mamy do czynienia z ciałem obcem, które nie jest obojętne dla mózgu. Również duże odłamki, kule karabinowe, rewolwerowe, powinno się usuwać szczególniej wtedy, gdy znajdują się w pobliżu ośrodków nerwowych. Jeżeli ciało obce jest usadowione głęboko, u podstawy czaszki, to lepiej zaniechać jego wyjęcia.

Journal de Chirurgie.
T. XIX. N. 5. Kwiecień 1921.

Lecène. **O cięciu tylnem ponad grzebieniem kości biodrowej w pewnych postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego.** Autor zwraca uwagę na trudności rozpoznawcze zapalenia wyrostka robaczkowego, usadowionego poza jelitem ślepem lub nazewnątrz wzdłuż jelita wstępującego. Głównie uwagę należy zwrócić i szukać objawów w okolicy lędźwiowej; gorączka, dreszcze, ból uciskowy i przeczulica skóry w okolicy lędźwiowej pozwalają rozpoznać cierpienie.

Rozpoznanie w pierwszych dniach choroby bywa trudne, nieraz nawet z chwilą zebrania się ropy. Chorego należy badać w położeniu na lewym boku: tuż powyżej grzebienia kości biodrowej i przyczepu mięśnia biodrowego skośnego wewnętrz. i poprzecznego trzeba szukać obrony mięśniowej; wypuklenie w tem miejscu, ograniczona bolesność, stłumienie wypukowe, pozwala stwierdzić chorobę. Chełbotanie w razie zebrania się ropy rzadko daje się stwierdzić, gdyż tym postaciom zapalenia towarzyszy zazwyczaj małe nagromadzenie się ropy.

Zachodzi pytanie, jaką drogą najlepiej jest dostać się do wyrostka lub ropnia usadowionego poza jelitem ślepem lub nazewnątrz jelita wstępującego.

Autor ilustruje to przykładem Gambety, o którym Lanelongue pisze w 1901 r.; Lanelongue rozpoznał u Gambety w 1881 ropień poza jelitem ślepem i proponował cięcie tylne dla usunięcia ropy. Narada innych, zresztą znanych, chirurgów paryskich, nie podzieliła jego zdania. Chory zmarł, a sekcja wykazała ropień poza jelitem ślepem.

L. uważa za błąd otwarcie jamy brzusznej od przodu dla usunięcia wyrostka lub ropnia ułożonego poza jelitem ślepem lub nazewnątrz od jelita wstępującego. Podaje przypadek, który operował w ten sposób, a który zakończył się śmiercią. Od tego czasu t. j. od 3-ch lat, z chwilą, gdy są objawy wskazujące, że wyrostek będzie znajdował się od tyłu, postępuje w następujący sposób: chory znajduje się w położeniu na l. boku, cięcie skórne 8 — 10 ctm. długości, 2 ctm. powyżej grzebienia przedniego kolca kości biodrowej, przecięcie powięzi; mięśnie skośny wewn. i poprzeczny rozsuwa na tępo i dochodzi do tkanki tłuszczowej przedotrzewnowej, która jest w tych wypadkach zwykle naciekła. Otrzewnę odchylamy nieco ku przodowi i wreszcie nacinamy ją i otwieramy ropień lub usuwamy wyrostek, jeżeli ten bez większych manipulacji daje się odnaleźć.

Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.
T. 168, zeszyt 3—6 z lutego 1922.

Dr. F. Mandl. **O raku odbytnicy.** W obszernej i wyczerpującej rozprawie omówiono 779 przypadków raka odbytnicy, leczonych w klinice prof. Hochenegga. Wynosiły one 16% wszystkich raków i pojawiały się przeważnie w 6-ym dziesiątku życia, choć trafiły się dwa przypadki poniżej 20 lat. Mężczyzn zapada dwa razy tyle, co kobiet. Zwrócono uwagę na związek ciąży z rakiem odbytnicy, która wpływa korzystnie na powstanie i rozwój raka, operacja jednak nie oddziaływa szkodliwie na poród. Dziedziczne obciążenie da się wykazać w 10.7%. Nie można ustalić, który z pierwszych objawów występuje stale. Jako pierwsze objawy podawano: nieregularności w oddawaniu stolca 223 razy, krwawe lub śluzowate odchody 175, boleści w odbytnicy przy oddawaniu stolca 171, parcie na stolec 60, boleści w krzyżach 18, wychudzenie 11. Chorzy zgłaszali się przeważnie między 5 a 18 miesiącem trwania choroby. Przy badaniu nie posługiwano się próbnem wycinaniem ze względu na możliwość krwawienia i niepewność obrazu histologicznego, który może pochodzić z wyciętej błony śluzowej. Mało stosowanym jest Roentgen. Przy wysoko usadowionych guzach spotyka się rozdęcie ampullae recti i wygładzenie fałdów śluzówki, objaw opisany i wyjaśniony przez Hochenegga. Poruszalność guza bada się palcem przy parciu dokonywanem przez chorego; w 31,7% guz był zupełnie nieruchomy. Raki znajdujące się w odległości ponad 10 cm od odbytu klasyfikuje się jako wysoko umiejscowione i tych było 20%.

Jako stanowcze przeciwwskazanie do zabiegu uznane są przerzuty rakowe w innych narządach lub zupełne charłactwo chorego. W wypadkach nie nadających się do zabiegu radykalnego stosuje się kolostomję.

69 wypadków z rozmaitych względów nie operowano; przeciętny okres życia tych chorych wynosił 12 miesięcy,

jednak połowa z nich umierała w pół roku po pobycie w klinice.

Kolostomje zakładano 184 razy; z tego w 38 przypadkach objawów niedrożności, z 44% śmiertelności. Wogóle po kolostomji w I. roku umierało 72.5%, a po trzech latach żyło 5%. Przyczyną śmierci było najczęściej zapalenie otrzewnej, wychodzące z rozdętej pętli doprowadzającej, to też celem zapobieżenia temu poleca autor pokrywać ją siecią.

508 przypadków operowano doszczętnie, a w tym 469 razy wykonano zabieg sakralnie. W przygotowaniu przedoperacyjnem, przy zwężeniach daleko posuniętych nie stosuje się leczenia przeczyszczającego dlatego, że stolec wodnisty łatwiej powoduje nacieczenie tkanki, niż zbity. Przy znieczuleniu posługiwano się głównie uśpieniem eterowem w ułożeniu bocznem przez cały ciąg operacji. U tych operowanych założono 234 *anus sacralis*, wykonano 227 resekcji z planem zachowania funkcji zwieracza odbytu. Po zabiegach ogólna śmiertelnosć wynosiła 11,1%; resekcje dawały mniejszą ilość śmierci (9.2%), aniżeli amputacje i wyłuszczenia (14.1%).

Wyleczeń po założeniu »*anus sacralis*« było do 3 lat 30,5%, po 5 latach 25,3%, przyczem chorzy koło roku po operacji uzyskiwali poczucie stolca, lub przez rozszerzenie odcinka odbytnicy, czy odpowiednią djetę zastępowali sobie brak zwieraczy.

Przy stosowaniu resekcji leczenie trwa wprawdzie dłużej, ale śmiertelność jest mniejsza; z operowanych przypadków wypuszczono 58,3% ze zdolnością utrzymywania stolca w zupełności, a 10% — z niezupełną. Wyleczenia po trzech latach wynosiły 37%, po pięciu 26.2%.

Operacje kombinowane polegające na udostępnieniu odbytnicy przez kość krzyżową i otwarcie brzucha, czy na odwrót, dają wyniki złe, bo 50% śmierci i żaden chory w ten sposób operowany nie dożył 3 lat po zabiegu.

Zabiegi w nawrotach pooperacyjnych, nawet kolostomje, są źle znoszone i nie dają prawie żadnych rezultatów. Bezowocne były próby leczenia raka odbytnicy, w rozmaitych stadjach, radem i promieniami Roentgena.

Nowicki. (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

XIX. Zjazd chirurgów polskich w Warszawie.

(29. VI, 30. VI i 1.VII. 1922).

Pomimo to, że od zjazdu poprzedniego upłynęło niespełna 9 miesięcy, i że można było się obawiać, że ilość zgłoszeń nie będzie duża, program zjazdu obejmował 90 bez mała odczytów, a więc więcej, niż potrzeba dla wypełnienia trzech dni obrad. Po powitaniu obecnych przez prezesa Towarzystwa Chirurgów polskich prof. Sawickiego i po przemówieniu wstępnem prezesa zjazdu prof. Ziemackiego obrady rozpoczął prof. Jurasz odczytem na temat programowy: **Wrzód żołądka i dwunastnicy.** Na zasadzie swego obfitego, bo obejmującego prawie 300 spostrzeżeń, materjału mowca wypowiada się za możliwie szerokiem stosowaniem wycięcia żołądka i dwunastnicy, gdyż samo zespolenie żołądka z jelitem czczem nie zapobiega następczym krwawieniom, przedziurawieniom, zrakowaceniu wrzodu i innym powikłaniom. Koreferentka Dąbrowska, oświetlając przedmiot z punktu widzenia anatomji patologicznej, powołuje się na szereg zbadanych przez siebie wrzodów, w których zmiany w naczyniach i nerwach, o ile występują, mają charakter zwian wtórnych, stałym natomiast objawem jest znaczny przerost śluzówki żołądka. Często spostrzegany nieprawidłowy układ nabłonka we wrzodzie, bujanie nadmierne lub wyodrębnianie się wysepek komórek nabłonkowych usprawiedliwiałyby, zdaniem D., bardziej doszczętne metody operowania ze względu na możliwość powstawania raka, a stwierdzane zmiany wtórne w wątrobie, trzustce i nerkach, zniewalają do zwrócenia uwagi na czynność tych narządów w leczeniu wrzodu.

W związku z tematem programowym Glatzel wygłosił odczyt **o dziurawiącym wrzodzie żołądka**, prof. Michejda zaś — **o niezwykłych postaciach wrzodu dwunastnicy.**

W ożywionej dyskusji, jaka się wywiązała na ten temat, prof. Hornowski i prof. Gluziński oświetlają przedmiot z punktu widzenia anatomo-patologicznego i klinicznego. Z chirurgów, jedni, jak Sławiński i Nowakowski, wypowiadają się za stosowaniem zespolenia żołądkowo-kiszkowego, jako zabiegu mniej obrażającego, a dającego jednak wyniki dobre, inni, jak prof. Schramm, Slęk, prof. Węgłowski, są zwolennikami wycięcia żołądka, uzależniając zresztą ten zabieg od umiejscowienia wrzodu i od stanu chorego. Prof. Radliński mówi o rozszerzeniu żołądka porażonnem po operowaniu wrzodu, Ciechomski zwraca uwagę na to, że w porównaniu z Zachodem operuje się u nas bardzo mało wrzodów i że często spotyka się przypadki zaniedbane i trudne techuicznie. Przyczyna leży nie tylko w niskim poziomie kultury chorych, ale i w tem stanowisku, jakie zajmuje pod tym względem wielu z naszych internistów.

Następne, poobiednie, posiedzenie zaczyna szereg odczytów z zakresu chirurgji ogólnej. Mossakowski mówi **o wpływie usypiania na bakterjobójcze własności surowicy krwi**, Wertheim — **o wydolności wątroby w związku z usypianiem**, Zaorski — **o znieczulaniu rdzeniowem**, Rodziński — **o badaniach nad znieczulaniem miejscowem**, Uspiński — **o znieczulaniu nerwów trzewnych.** Szerszyński szeregiem wykresów, uzmysławiających wahanie ciśnienia krwi podczas zabiegów brzusznych, oraz licznemi tablicami z krzywemi tętna wykazuje **zaburzenia w układzie sercowo-naczyniowym**, jakie występują podczas zabiegu skutkiem podrażnienia urazowego, po części zaś pod wpływem toksycznego działania narkotyku. W wyniku swych badań S. stwierdza dodatni wpływ pod tym względem siarczanu magnezu, morfiny, atropiny, a przedewszystkiem znieczulenia miejscowego oraz potrzebę stosowania tych środków jednocześnie w uśpieniu. Dalej, Mossakowski, Nowicki, Pomper i St. Zawadzki zdają sprawę ze **stosowania szczepionek w różnych sprawach zakaźnych**, wreszcie prof. Węgłowski opisuje stosowany przez siebie sposób **operowania nowotworów złośliwych kości**, polegający na wywoływaniu obumarcia kości za pomocą pary wodnej pod ciśnieniem, po uprzedniem usunięciu zwykłym sposobem samego nowotworu. Kość taka podobnie, jak przeszczepiona kość martwa, ulega stopniowemu wessaniu i zastąpieniu tkanką kostną, wytworzoną przez otaczającą kość żywą lub okostną.

Posiedzenie ranne drugiego dnia wypełniły obrady nad zawsze żywotną sprawą **leczenia gruźlicy kości i stawów** (temat programowy). Referent doc. Ostrowski wypowiada się w zasadzie za leczeniem zachowawczem, zwłaszcza u dzieci, u których zabieg jest wskazany w razach wyjątkowych. U dorosłych wskazania do zabiegu bywają częstsze i zależą nie tylko od umiejscowienia sprawy, ale i od ogólnego stanu chorego i warunków społeczno-ekonomicznych. Prócz leczenia miejscowego niezbędne jest, jak zawsze w gruźlicy, leczenie ogólne. Koreferent doc. Łapiński mówi o **leczeniu sanatoryjnem gruźlicy chirurgicznej** na Zachodzie i o usiłowaniach w tym kierunku u nas. Na wniosek mówcy zjazd jednogłośnie uchwalił zwrócić się przez pośrednictwo Zarządu Towarzystwa Chirurgów polskich do władz państwowych i samorządowych z motywowanym wnioskiem rozpoczęcia energicznej akcji w tym kierunku. Prof. Węgłowski na zasadzie swych badań nad unaczynieniem kości i nad topografją ognisk gruźliczych przyszedł do wniosku, że wbrew przyjętym poglądom kości nie posiadają naczyń końcowych, że gruźlica usadawia się w nich nie drogą tworzenia się zawału, ale skutkiem osiadania w rozszerzonych naczyniach bądź to samych laseczników, bądź to fagocytów z lasecznikami wewnątrz. Prof. Ziemacki tłómaczy powstawanie ropni opadowych przedziurawieniem naczynia chłonnego i nagromadzeniem się chłonki w przestrzeniach międzytkankowych.

Następne odczyty poświęcone były **chirurgji układu nerwowego.** Parczewski, a po nim Zawadzki A. referują przypadki z zakresu chirurgji mózgu, Biske i Skubiszewski opisują przypadek operowanych kilaków mózgu. Glatzel oraz Byszewski zdają sprawę z szeregu spostrzeżeń, dotyczących wycinania nerwu współczulnego okołonaczyniowego. Jako interesujący przyczynek do **chirurgji naczyń krwionośnych** przedstawił prof. Węgłowski chorego, któremu na miejsce wyciętego tętniaka urazowego tętnicy udowej wszył odcinek żyły udowej. Wreszcie, specjalne posiedzenie poświęcone zostało **pokazom radjologicznym**, między innemi z zakresu radiodiagnostyki wrzodu żołądka i dwunastnicy (Sabat, Grudziński) i ostitis fibrosa (Judt, Sabat).

Trzeci dzień zjazdu wypełnił cały szereg luźnych odczytów, z których wspomnę tylko o wybitniejszych. A więc prof. Kryński porusza sprawę rzadkich nowotworów kłębka tętnicy szyjnej, prof. Sawicki — sprawę żeber nieprawidłowych. Większe zainteresowanie wzbudził odczyt prof. Rutkowskiego o wytworzeniu przełyku nie z jelita czczego, jak proponował Roux, lecz z przepołowionego podłużuie żołądka. Prof. Leśniowski omawia kliniczną i anatomo-patologiczną stronę zbliznowacenia krezki esicy oraz operowanie takich chorych sposobem, polegającym na nacinaniu, rozprostowywaniu krezki i pokrywaniu nacięć płatem sieci. Zakrzewski Z. poddaje szczegółowej krytyce sposoby operowania skrętu esicy. Ambrożewicz porusza sprawę licznych sposobów operowania przepukliny udowej. Prócz tego, trzy odczyty poświęcone były sprawom lekarsko-społecznym: Rechniowski domaga się utworzenia stanowisk asystentów chirurgów w szpitalach prowincjonalnych, Pomorski mówi o konieczności zakładania oddziałów klasowych w szpitalach, głównie na prowincji, gdzie chirurg nie ma możności operowania chorych poza szpitalem, wreszcie prof. Sawicki rzuca myśl wszczęcia starań u władz celem ułatwienia szpitalom prowincjonalnym przesyłania pocztą do miast uniwersyteckich prób dla badań laboratoryjnych.

Staraniem Zarządu Towarzystwa Chirurgów polskich zarządzona została na czas zjazdu przez znane firmy warszawskie wy-

stawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, aparatów ortopedycznych i sprzętów szpitalnych.

Obfity plon naukowy zjazdu oraz liczny udział Kolegów ze wszystkich stron Rzeczypospolitej dowiódł potrzeby odbywania corocznych zjazdów chirurgicznych, uchwalono więc zjechać się i w przyszłym roku (w końcu września), tym razem — na zaproszenie prof. J u r a s z a — w Poznaniu. *Br. Szerszyński.*

Medycyna społeczna.

Prym. Dr. E. Artwiński. Kraków

O celach i zadaniach instytutu dla badania pracy w Polsce.

Śmiało rzec można, że głównem zagadnieniem okresu powojennego jest w szerokiem tego słowa znaczeniu zagadnienie pracy. Nigdy może jeszcze zagadnienie to nie wystąpiło z taką wyrazistością, jak dziś.

Zagadnienie pracy omawiane jest w Europie przez najtęższe głowy z różnych punktów widzenia: w parlamentach, pismach naukowych i w prasie codziennej. U nas doniosłość i ważność tego zagadnienia jest większą jeszcze, niż w innych krajach. Nic więc dziwnego, że ludzie jasno patrzący i dobrej woli na całym obszarze Polski rzucają hasło: „Do pracy“. Jako odzew na to hasło zawiązała się w Warszawie Liga Pracy dla krzewienia prawidłowo zorganizowanej i wydajnej pracy. Stawia sobie ona za cel: „Wzmożenie wydajności pracy i popieranie prawidłowej organizacji, jako podstawy dobra ogólnego“.

Liga Pracy między innemi rozległemi zadaniami, jakie sobie wytknęła, zamierza zorganizować instytut:

a) dla prowadzenia badań i doświadczeń nad pracą ludzką we wszystkich zawodach, celem uzgodnienia metod pracy z wymaganiami mechaniki, fizjologji i psychologji ludzkiego ustroju;

b) badania wyników fizjologji i psychologji doświadczalnej w zastosowaniu do szkolnictwa;

c) utrzymania stałego kontaktu ze wszystkiemi działami pracy zawodowej, mogącemi zastosować wyniki prac instytutu.

Celem tego szkicu będzie ogólnikowe omówienie powyżej wytkniętych zamierzeń. Z góry zaznaczyć należy, że chodzi nietylko o maksimum ilości i jakości naszej produkcji, ale, zupełnie równorzędnie z tem, o zdrowie naszych pracowników.

W polskiem piśmiennictwie na znaczenie badań warunków życia klasy pracującej, zarówno fizycznych jak i duchowych, zwraca uwagę prof. A l f r e d S o k o ł o w s k i w swoich wykładach o chorobach proletarjatu i podkreśla nasze upośledzenie w tym kierunku w stosunku do Europy zachodniej, gdzie dokładne zbadanie warunków pracy pozwoliło na wprowadzenie racjonalnych przepisów prawodawczych, które poprawiły dolę robotnika, jak o tem świadczą dane statystyczne, wskazujące na zmniejszenie się śmiertelności, a wzrost długowieczności. U nas niestety, powiada S o k o ł o w s k i, otwarcie powiedzieć można, że prawie nie mamy prac w tym kierunku“. Dokonane już prace W a ś n i e w s k i e g o, B i e g a ń s k i e g o, C z a j k o w s k i e g o, W a s s e r c u g a i innych stanowią zdaniem prof. S o k o ł o w s k i e g o drobne przyczynki do powyższego zagadnienia. Widzimy więc, że pole badań jest bardzo rozległe i leży dotychczas odłogiem i dalej, że jak z wyżej przytoczonych słów prof. S o k o ł o w s k i e g o wynika, badania te nie są li tylko czysto akademickiem i laboratoryjnem zagadnieniem, ale przedstawiają interes praktyczny nadzwyczajnej wagi i doniosłości.

Wielką ilość pytań, wiążących się z zagadnieniem pracy, można rozbić na dwie grupy, a temi są według mnie:

1. zagadnienia, dotyczące człowieka samego, jako wytwórcy, a więc zagadnienia biologiczno-psychologiczne i

2. środki produkcji czyli zagadnienia techniczno-ekonomiczne.

O zagadnieniach technicznych mówić nie mogę i ograniczę się tu tylko do jego ogólnikowego zaznaczenia, które było potrzebne dla całości planu, i zwracam uwagę, że całokształt tych zjawisk z punktu widzenia techniczno-ekonomicznego ujmuje prof. H a u s w a l d w swojej rozprawie pod tytułem „Produktywizm“.

Przechodzę do zagadnień biologicznych i psychologicznych, tworzących oddzielną i rozległą dziedzinę.

Prof. S o k o ł o w s k i, kończąc swe wykłady o chorobach proletarjatu, wymienia jako najgłówniejsze czynniki, szkodliwe dla zdrowia ludności pracującej „nadmierną pracę, szkodliwy zawód, złe mieszkanie, niedostateczne odżywianie, a wreszcie odzież“.

Walkę tym szkodnikom wypowiedziała, pierwsza z krajów europejskich, Anglja, prowadziła ją dotychczas najracjonalniej i najpomyślniejsze osiągnęła też już wyniki praktyczne. Anglja była i jest nadal pod tym względem wzorem dla kontynentu.

Badanie tych czynników szkodliwych i racjonalna walka z niemi jest jednem z zadań Ministerstwa Zdrowia. Na tak zarysowanem tle możemy już dokładniej ująć cele i zadania przyszłego instytutu pracy. Jeżeli Ministerstwo Zdrowia, opierając się na danych statystycznych, organizuje i kładzie podwaliny pod przyszłe warunki zdrowotne całego kraju, to obejmuje ono tak rozległe dziedziny życia społecznego i nie wchodzi, bo już z natury swojej wchodzić nie może, w zakres działania indywidualnego. Badanie, dotyczące życia indywidualnego różnych gałęzi pracy, stanowi zadanie naszego przyszłego instytutu, zamierzającego w ten sposób uzupełnić te szczerby i pola nietknięte, których Ministerstwo Zdrowia nie jest w stanie objąć w swój zakres działania.

Instytut ten przez badania swoje może dzielnie wspierać Ministerstwo Zdrowia, gdyż niejedne z jego wyników mogą być cenną podstawą dla szeregu rozumnych przepisów społeczno-zdrowotnych, jak się to już dzieje na Zachodzie, gdzie wyniki badań laboratoryjnych są brane pod rozwagę przy uchwałach dotyczących ustaw pracy, że wspomnę tu tylko dla przykładu o mowie prof. H. D e n i s'a, członka sejmu belgijskiego, który występując w lutym 1909 przed Izbą belgijską za ograniczeniem ilości godzin pracy dla górników, powołuje się stale na wyniki badań naukowych prof. I m b e r t a, J o t e y k ó w n y i N u e l Niezmiernej wagi jest według mnie fakt, na który zwraca uwagę jeden z pierwszych i wybitniejszych badaczy w tym kierunku prof. A. I m b e r t z Montpellier, że przy stale wzrastającym zatargu między pracą a kapitałem bezstronne i objektywne badanie jest rękojmią sprawiedliwości i prawdy, która musi się stać punktem wyjścia do zgody dla powaśnionych.

Nie mogę tutaj kreślić szczegółowego planu działania przyszłego instytutu pracy i muszę się ograniczyć do przykładów raczej, niż do zarysów przyszłej budowli.

Instytut pracy musi posługiwać się metodami ściśle naukowemi, gdyż to tylko pozwoli mu dojść dalej, niż to może uczynić powszednia obserwacja. Musi on się opierać i posługiwać w swoich badaniach metodami psychologji i fizjologji, a w granicach już chorobowych metodami klinicznemi. Weźmy za punkt wyjścia pierwszy z czynników chorobotwórczych, zacytowanych przez prof. S o k o ł o w s k i e g o: nadmierną pracę.

Międzynarodowy kongres higjeny i demografji w Berlinie w 1907 r. po dyskusji przyjmuje, „że chroniczne zmęczenie czyli przeciążenie, istniejące zwłaszcza w fabrykach, w których natężenie pracy reguluje maszyna, zwiększa dla tych robotników prawdopodobieństwo chorób i nieszczęśliwych wypadków już to dla tego, że obniża ich zdolność do pracy i odporność, już to, że stają się niedbali względem środków zabezpieczających“. Powstaje oczywiście pytanie, jak stwierdzić przedmiotowo, czy jakaś praca jest już nadmierną, czy nie? „Ażeby stwierdzić, czy w pewnem środowisku, w pewnym rodzaju pracy, lub zawodzie, istnieje przeciążenie, jako fakt ogólny i powszechny, należałoby dokładnie określić, jaką jest ta ilość pracy, którą większość osobników w danych warunkach i w danym zawodzie jest zdolna wykonać, nie wykazując skutków przemęczenia; przewyżka ponad tę, dla większości normalną ilość pracy,

stanowiłaby dopiero przeciążenie". Tak ujmuje tę sprawę z punktu widzenia psychologicznego Władysław Dawid.

Zadanie to dotychczas nie zostało wykonane, a danie ściślej odpowiedzi na powyższe zapytanie powinno być jednem z pierwszych zadań przyszłego instytutu dla badania pracy.

Nie da się tutaj przenieść badań dokonanych w innych krajach, gdyż jest to rzeczą zrozumiałą, że temat ten wymaga indywidualnego traktowania. Każda gałąź pracy musi być w tym kierunku badana oddzielnie, aby wyniki tego teoretycznego doświadczenia miały istotnie wartość i aby mogły przez racjonalne postawienie sprawy zmęczenia wpłynąć dodatnio na podniesienie sił pracowników i wydajność ich pracy.

W Związku ze sprawą zmęczenia powstaje pytanie, jak należy badać pracę i wywołane przez nią zmęczenie? Zależnie od jakości pracy możemy ją badać różnemi sposobami. Jeżeli praca jest jednorodna i poddaje się mierzeniu, to badać ją możemy bezpośrednio, a z ilości i jakości jednostek otrzymanych będziemy mogli wnioskować o podniesieniu się jej, lub zmniejszeniu. Według Imberta metoda bezpośrednia jest jedynie racjonalnym sposobem badania pracy zawodowej. Nie badany ma być wprowadzony do pracowni psychologicznej, ale badający musi wejść do warsztatu pracy, aby tam w określonych warunkach mierzyć bezpośrednią pracę ludzką i zmęczenie przez nią wywołane. W wypadkach, kiedy praca nie jest jednostajna i nie da się mierzyć, musimy używać sposobów pośrednich. Możemy ją badać zmianami i wahaniami pracy wymiernej przed, podczas i po wykonaniu pracy istotnej.

Zmęczenie może być badane sposobami fizjologicznemi i psychologicznemi. Fizjologiczne pomiary zmęczenia mogą być dokonywane z pomocą dynamometru i ergografu, lub też zapomocą mierzenia tak zwanego „progu przestrzennego", badanego estezjometrem, gdyż pod wpływem zmęczenia próg przestrzenny podnosi się, czyli, mówiąc innemi słowami, nóżki cyrkla muszą być szerzej rozsunięte, aby były odczute jako dwa dotknięcia.

Badać też można zmęczenie i psychologicznie za pomocą sposobów podanych przez różnych badaczy. Do metod psychologicznych należą: metody kombinacyjne (Ebbinghaus) i metody pracy ciągłej, podane przez szkołę Kraepelina. Nie mogę tu wchodzić bliżej w omawianie tych sposobów, gdyż jest to już temat specjalny z zakresu psychologji doświadczalnej.

Prócz badania pracy samej i zmęczenia przez nią wywołanego, drugim niezmiernie ważnem zadaniem jest badanie wpływu różnorodnych warunków na pracę. I tak nie ulega najmniejszej wątpliwości, że praca górnika dobrze zabezpieczonego w kopalni przed możliwemi katastrofami, górnika świadomego swego bezpieczeństwa, jest wydatniejsza, niż praca górnika pracującego w niepokoju i niemogącego należycie skupić uwagi.

Dalszy zespół zagadnień, które powinny być podjęte i rozwiązane, dotyczy psychologji zawodowej. O ile jest rzeczą już oddawna znaną i nie wymagającą tłómaczenia, że różne zawody stawiają różnorodne wymagania co do sił fizycznych (kowalstwo, drukarstwo), o tyle niedocenia się jeszcze powszechnie tych wymagań w stosunku do psychiki pracownika. A człowiek nie jest przecież maszyną i nie można go oceniać jedynie z punktu mechaniki i energetyki z pominięciem psychologji. Prace Muensterberga, Lepmanna, Sterna, Bernays i innych, kładą podwaliny pod psychologję różnych zawodów. Praktycznie zadanie polega na tem, aby wykazać, jakich właściwości psychicznych wymaga dany zawód od poświęcających mu się pracowników. Badania te są dopiero w zaczątkach i zostały przeprowadzone dla nielicznych zawodów. Bodźcem dla powstawania psychologji zawodowej była czysto kupiecka kalkulacja. Z końcem ubiegłego wieku amerykańskie towarzystwo telefoniczne zwróciło się do Muensterberga z zapytaniem, czy nie mógłby za pomocą badań psychologicznych wykazać, które z pań zgłaszających się do szkoły telefonistek rokują nadzieje, że będą kiedyś dobremi telefonistkami, a które nie? Nadmieniłem, że była to czysto kupiecka kalkulacja, gdyż uczenice te były utrzymywane i opłacane przez czas szkolenia (okres półroczny) z funduszów towarzystwa. Muensterberg podjął się tego zadania i, analizując pracę telefonistki, wykazał konieczność czterech następujących właściwości psychicznych dla sprawnego wykonywania zawodu:

1. Dobrego zapamiętywania liczb.
2. Uwagi.
3. Szybkości w wykonywaniu.
4. Dokładności w trafianiu w otwory tablicy rozdzielczej.

Z kandydatek więc należało wyszukać takie osoby, któreby cechy te posiadały w stopniu najwyższym. Muensterberg badał u zgłaszających się każdą z tych poszczególnych funkcji z osobna. Zapamiętywanie liczb badał sposobem bardzo prostym przez odczytywanie liczb o coraz to większej ilości cyfr, które na dany sygnał polecał napisać. Z ilości liczb, dobrze zreprodukowanych wnioskował o pamięci do liczb. Uwagę badał metodę Bourdon'a, polecając z artykułu jakiegoś dziennika wykreślać którąś z liter. Szybkość w wykonywaniu mierzył ilością czasu, zużytego na ułożenie w grupy kart do gry według kolorów i wreszcie celność w trafianiu mierzył ilością dokładnie przekłutych miejsc na papierze porysowanym krzyżującemi się linjami.

Nie ulega chyba wątpliwości, że w ten sposób wybrane kandydatki dają lepszą rękojmię, niż gdyby były wybierane na chybił trafił. I istotnie dalsze życie wykazało, że wybór Muensterberga był słuszny.

Od motorowego, prowadzącego tramwaj wśród ruchliwej i pełnej zgiełku ulicy, wymagamy nietylko bystrych oczu, ale szybkiej orjentacji i błyskawicznej decyzji, bo o te cechy właśnie chodzi przy nagłych i niespodziewanych przeszkodach, a więc, jak widzimy oprócz pewnych właściwości fizjologicznych (bystrość wzroku, pole widzenia, dobre rozróżnianie barw) wymagamy też i pewnych właściwości psychicznych.

W związku z badaniem motorowych chciałem podać inny jeszcze sposób badania zdolności do pracy zawodowej. W badaniach Muensterberga widzieliśmy, że badał on poszczególne funkcje psychiczne każdą z osobna. E. Stern w swoich badaniach nad motorowymi tramwajowymi obrał zupełnie inną drogę. Starał on się w doświadczeniu laboratoryjnem stworzyć surogat życia i postawić badanego mniej więcej w takie warunki, w jakich ma pracować w życiu. Kandydata na motorowego sadza on przed taflę ze szkła mlecznego, położoną poziomo i podzieloną na trzy pola, z których najbliższe od badanego jest najmniejsze, a najdalsze największe. Pod płytą rozwija się w kierunku do badanego taśma, na której są zawieszone różnokolorowe lampki. Przed doświadczeniem poucza się osobę badaną, że najuważniej ma ona obserwować pierwsze pole; w obrębie drugiego, ma zwracać uwagę tylko na niektóre zjawiska i wreszcie trzecie pole ma być najsłabiej i ogólnikowo obserwowane. Kolor lampki ma symbolizować różne przedmioty, a więc: wozy naładowane, posuwające się wolno, szybko mknące automobile, pieszych przechodniów itd. Lampki zapalają się w różnym porządku i ugrupowaniu. I podobnie, jak motorowy, zależnie od szybkości poruszającego się przedmiotu, który mu drogę przecina, musi normować szybkość biegu swego wozu, tak też i osoba badana ma wykazać swoją zdolność orjentacji i właściwej sobie reakcji przez pociągnięcie za umówiony hebel, który znowu symbolizuje zwolnienie, przyśpieszenie lub też nagłe zatrzymanie wozu itd. Próba taka trwa z pół godziny, można ją dowolnie zmieniać i wprowadzać jeszcze inne ogniwa do doświadczenia, jak np. jakieś niespodziewane, nagłe wrażenia i w tych warunkach obserwować reakcje badanej osoby. Podobnie, jak w doświadczeniach Muensterberga tak i tu liczymy ilość reakcji dobrych i błędnych oraz czas reakcji od zadziałania pobudki, aż do chwili pociągnięcia za odpowiedni hebel. I na tem polu wojna wycisnęła swoje piętno, bo uczeni niemieccy oddali swoje usługi armji,

a psychologja zawodowa w czasie wojny zajmowała się pilnie badaniem lotników. Pracowali w tym kierunku Kronfeld, Benary i E. Stern. Stern badał lotników sposobem bardzo podobnym do badania motorowych z tą tylko różnicą, że tu stosownie do zmiany warunków, w jakich lotnik pracuje, bodźce nie leżą już na jednej płaszczyźnie, ale imitując rzeczywiste otoczenie lotnika, są trójwymiarowe. Zapalano lampki, pod nim, nad nim i z boków, przyczem znowu kolor lampki miał imitować aparat własnej lub też wrogiej armji, na które osobnik badany miał reagować pociągnięciem za ten lub ów hebel.

Lippmann przeprowadził badanie nad składaczami trzcionek, a Marja Bernays opracowała psychologję zawodową tkaczy.

Piórkowski na podstawie psychologicznej analizy dzieli zawody na cztery grupy:

1. Zawody niewykwalifikowane t. z. takie, które wymagają bardzo nizkiego stopnia ogólnej inteligencji i nie wymagają żadnych specjalnych uzdolnień (E. Stern podnosi, że te właśnie zawody są szczególnie interesujące dla psychiatry, gdyż i one wymagają wprawdzie nie teoretycznej, ale za to „praktycznej" inteligencji, i że chodzi o wypracowanie metod, któreby pozwoliły i niedorozwiniętych klasyfikować do odpowiednich dla nich zawodów i uczynić z nich ludzi społecznie wartościowych).

Zawody wymagające specjalnej kwalifikacji dzieli Piórkowski znowu na trzy grupy: niższe, średnie i najwyższe.

2. Dla grupy pierwszej poziom inteligencji ogólnej jest rzeczą drugorzędną, ale chodzi tu już o pewne funkcje umysłowe, a szczególnie uwagę, gdyż ta jest niezbędną dla robotników pracujących przy różnych maszynach np. przędzalniczych i tkackich. Przyczem, jak z dalszych badań Piórkowskiego wynika, różne gatunki maszyn wymagają jakościowo różnej uwagi od pracujących niemi.

3. Do średnich zawodów zalicza Piórkowski: telefonistów, zecerów, motorowych itp. jednem słowem zawody, które już wymagają pewnego poziomu ogólnej inteligencji i pewnych specjalnych właściwości psychicznych, o jakich wyżej mówiłem.

4. Zawody najwyższe (akademickie, wyższe techniczne i handlowe), wymagają według Piórkowskiego: „Zdolności do szybkiej decyzji, zdolności organizacyjnych, badawczych, twórczych i wreszcie zdolności rozróżniania rzeczy mniej od więcej ważnych".

Z osobistego doświadczenia każdemu z nas wiadomo, jak różnorodnych właściwości psychicznych wymagają wyższe zawody.

Nie posiadamy obecnie jeszcze tak dokładnej analizy zawodów wyższych, jak te, które podałem dla telefonistek i motorowych. Analiza ta musi być oczywiście znacznie trudniejszą; to też w tym kierunku dopiero pracę rozpoczęto.

Mimo to już od 1909 roku istnieje w Bostonie biuro porad dla szukających pomocy przy wyborze zawodu. Podstawy dla tego badania stworzył prof. Fr. Parsons. Prof. Parsons wychodzi z trzech założeń:

1. Badany musi znać siebie samego, swoje zdolności i zainteresowanie.

2. Konieczną jest też znajomość właściwości wymagań i warunków, jakie stawiają różne zawody, i wreszcie

3. ustalenie związków między czynnikami z pod p. 1 i 2.

Celem odpowiedzi na punkt 1. Parsons wymaga wypełnienia rozległego kwestjonarjusza obejmującego 116 pytań, które zapytują o stosunki rodzinne, siły fizyczne i zdrowie dadanego, o jego zainteresowania, lekturę, zachowanie się w różnych sytuacjach życiowych, nawet o jego marzenia i pragnienia i wreszcie o stosunek do innych ludzi. Po wypełnieniu tego kwestjonarjusza szukający porady może ją otrzymać. Biuro to ma na celu nie tylko udzielanie porad w wyborze zawodu, ale badanie i popularyzowanie zagadnień wiążących się z tym tematem. Takie biuro porad istnieje i w Berlinie.

Badania psychologji różnych zawodów są zatem dalszym tematem prac naszego instytutu. Praktycznym celem tych badań jest dobierania właściwych zajęć dla odpowiednich ludzi. Rozszerzenie badań nad nowowstępującymi do jakiejś gałęzi pracy poza badaniami cielesnemi i w kierunku niezbędnych w danym zawodzie właściwości psychicznych zaoszczędzi niewątpliwie wiele rozczarowań i częstych zmian zawodu, oraz wpłynie wydatnie na wzmożenie dzielności w danym kierunku pracy. Pozornie projekt ten może się wydać niepraktycznym, ale tylko pozornie, bo tak, jak już dzisiaj kierownicy różnych przedsiębiorstw (koleje, tramwaje itp.) wymagają orzeczenia lekarskiego od nowowstępującego, podobnie przy dobrej organizacji należałoby uzupełnić jeszcze to badanie i badaniem psychologicznem. Odpowiednio wyszkoleni lekarze fabryczni na kursach lub w samym instytucie pracy z łatwością podołają temu zadaniu.

Na tem kończę i nie będę już mnożył dalszych przykładów przyszłych prac; chodziło mi tylko o wykazanie na przykładach, nad czem i jak mógłby pracować ten instytut. Cytowałem do tej pory jedynie zwolenników psychologji zawodowej.

Na zakończenie podnieść muszę, że w piśmiennictwie niemieckiem z ostatnich miesięcy dają się słyszeć głosy sceptyczne (Schakwitz), że badania te nie mają jeszcze wartości praktycznej.

Kraepelin w jednej z ostatnich prac w tym kierunku powiada, że badania w zakresie psychologji pracy są dopiero niepewnemi i chwiejnemi krokami na nietkniętym prawie terenie badań.

Wreszcie odwołuję się do powagi prof. Lepin'a, który w swoim szkicu z roku 1906 „l'evolution de la Médecine à la fin du XIX siecle" omawiając wyniki badań nad pracą zawodową prof. A. Imberta podkreśla, że są one jednem z najważniejszych zagadnień medycyny społecznej i mimo to, że są zaledwie w zaczątkach, zdaniem prof. Lepin'a, nie są mniej ważne, niż kwestja gruźlicy, alkoholizmu i mieszkań niezdrowych, sprawy, które do tej pory były najważniejszemi zagadnieniami medycyny społecznej. Zdaniem prof. Lepin'a od badań tych zależy dobra organizacja pracy.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska

Protokół 218 posiedzenia Wydziału d. 17. czerwca 1922.

Wiceprezes Dr. Żydłowicz odczytuje odezwę do Związku lekarzy Państwa Polskiego w Warszawie celem przyśpieszenia złączenia się Związku Małopolski z Warszawą.

Z obecnym na posiedzeniu Drem Hinzem z Rzeszowa omawiano sprawę taryfy za czynności sądowo-lekarskie. Związek wysłał odpowiedni memorjał do Ministerstwa zdrowia i Minist. sprawiedliwości. Od 1 lipca 1922 w razie odmownej odpowiedzi co do podwyższenia wyżej wymienionych taks mają wszyscy lekarze stosować bierny opór.

Sprawę nadania firmy niekoncesjonowanemu technikowi dentystycznemu przez Dra W. z Krakowa, kapitana W. P., odstąpiono Izbie lekarskiej w Krakowie.

Uchwalono popierać przetwory aptekarza Matuli i wodę krościeńską Inż. Dziewolskiego. Firmy te opodatkowały się na fundusz śp. Dra Jordana na rzecz wdów i sierot po lekarzach.

Protokół 219 posiedzenia Wydziału 1 lipca 1922.

Podniesiono wkładkę do Kasy pogrzebowej na 1200 Mk za każdego zmarłego członka. Przy 500 przeszło członkach będzie obecnie premja pogrzebowa wynosiła 500.000 Mk.

Doniesienie o partactwie lekarskiem, uprawianem przez położną Popiołkową w Budziejowicach ad Słomniki, przekazano Izbie lekarskiej w Krakowie.

Przyjęto do wiadomości pismo prezydenta Sądu Apelacyjnego w Krakowie w sprawie podniesienia taks za czynności sądowo-lekarskie Prezydent Sądu Apelacyjnego poczynił w Ministerjum sprawiedliwości starania, by podnieść taksę. Prosi o wpłynięcie na lekarzy, aby nie uchylali się od obowiązków znawców sądowych.

Odczytano poufne pismo Prezydjum sądu karnego w Krakowie L. 181/14/22 z dnia 25 maja b. r., pouczające sądy powiatowe, jak mają postępować z opornymi lekarzami sądowymi, przy użyciu nawet przepisów procedury karnej, celem zmuszenia ich do czynności sądowo-lekarskich. Związek lekarzy Państwa polskiego w Warszawie donosi, że pośredniczył w Ministerjum zdrowia i Ministerjum sprawiedliwości celem podniesienia taks za czynności sądowo-lekarskie.

Dr. S. z Mielca przyjął, pomimo ostrzeżenia, posadę lekarza funkcjonarjuszy państwowych. Uchwalono zwrócić się do Dra S. w Mielcu, aby posadę natychmiast wypowiedział i zaprzestał pełnić czynności z posadą tą związane.

Odczytano pismo Dra Malinowskiego i Czernichowa, który do szczepienia przeciw ospie musiał jeszcze dopłacić. Rachunek ten uchwalono wydrukować w „Polskiej Gazecie lekarskiej".

Koledze Drowi Fechterowi z Jarosławia dziękuje Związek za trudy w organizowaniu Kolegów w powiecie jarosławskim, i za utworzenie tam Koła Związku. Wszyscy tamtejsi koledzy przystąpili bez wyjątku do Kasy pogrzebowej.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Żydłowicz*, wiceprezes.

Wezwanie.

Wydział Związku wzywa Członków, by członków Zrzeszeń funkcjonarjuszy państw. Województwa Lwow. leczyli za 50% zniżką zwyczajnego honorarjum, pobieranego obecnie od chorych, a w wypadkach godnych uwzględnienia nawet bezpłatnie. Członkowie mają być zaopatrzeni w legitymacje Związku Zrzeszeń F. P. Nie członkowie mają być uważani za ściśle prywatnych chorych. Wydział Związku ma nadzieję, że taksamo będą koledzy czynić i w innych województwach Małopolski i Śląska.

Wobec takiego rozwiązania sprawy Wydział wzywa jeszcze raz Członków Związku lekarzy, by pod żadnym pozorem nie przyjmowali posad lekarzy dla udzielania porady lekarskiej urzędnikom państwowym na rachunek rządu, choćby rząd podwyższał co pewien czas mizerne wynagrodzenie dla tych lekarzy. W końcu Wydział Związku wzywa Członków, piastujących takie posady, by je bezzwłocznie złożyli.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Żydłowicz*, wiceprezes.

Związek lekarzy Małopolski i Śląska przesłał następujące pismo do Ministerjum zdrowia publicznego i do Wydziału lekarskiego w Krakowie, Lwowie i Warszawie.

Na mocy ustawy, uchwalonej przez Sejm, wydaje Ministerstwo zdrowia publicznego zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej osobom, które przybyły z Rosji i wykazały się dyplomem lekarza lub doktora medycyny, wydanym przed rokiem 1917 na jednej zrosyjskich wszechnic. Pewną sławą cieszą się takie dokumenty, wystawione rzekomo przez Instytut lekarski żeński w Piotrogrodzie. Znamy wypadek, gdzie jeden z takich rzekomych lekarzy rosyjskich, właśnie z tego Instytutu, mianowany został w wojsku polskiem lekarzem porucznikiem. Byłby nim do dziś dnia, gdyby nie śledztwo, wytoczone przeciw niemu przez władze wojskowe o zbrodnię gwałtu publicznego i wymuszanie pieniędzy groźbą. Okazało się, że ów rzekomy lekarz „ukończył" pierwsze półrocze pierwszej klasy gimnazjalnej (sic!) z postępem niedostatecznym!! Osobnik ten zgłosił się nawet do Izby lekarskiej w Krakowie z prośbą o zapisanie w poczet lekarzy wolno praktykujących, wykazując się dyplomem lekarskim, mającym cechy prawdziwości, a w rzeczywistości podrobionym Jeśli oszust taki wprowadził w błąd Izbę lekarską, to tosamo może stać się i w Ministerstwie zdrowia publicznego.

Na wiadomość, o osiedleniu się lekarza (lekarki) z Rosji w jakiejś miejscowości w Małopolsce, czy na Śląsku, zwraca się Związek lekarzy zawsze do odnośnego starostwa z prośbą o wyjaśnienie. Na to otrzymuje zawsze jednakową, stereotypową odpowiedź, że odnośny lekarz (lekarka) trudni się praktyką lekarską na podstawie zezwolenia Ministerstwa zdrowia publ. Wobec tego osoba ta ma prawo do wykonywania praktyki lekarskiej.

Nie mamy nic przeciw temu, aby praktykowali u nas w Polsce obywatele polscy, którzy ukończyli studja w Rosji. Chodzi nam jedynie o to, by rozmaici oszuści, od jakich się roi dziś w Polsce, nie podszywali się na podstawie podrobionych świadectw pod miano lekarza i nie uprawiali w ten sposób partactwa lekarskiego ze szkodą dla lekarzy i cierpiącej ludności.

Niech nam wolno będzie zwrócić uwagę, że zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej na podstawie przedłożonych świadectw wydaje Ministerstwo zdrowia publ. w czasie, kiedy wobec panujących dzisiaj stosunków w Rosji nie można stwierdzić prawdziwości świadectwa wzgl. dyplomu. Dlatego prosimy uprzejmie Wysokie Ministerjum (Swietny Wydział lekarski), by zechciało porozumieć się w tej sprawie z Wydziałami lekarskimi (z Min. zdr. publ) celem wprowadzenie przepisu, że każdy lekarz (lekarka) z Rosji, chcący praktykować w Polsce, naturalnie obywatel polski, ma być zawsze i bezwarunkowo poddany kolokwjum lekarskiemu na jednej z naszych wszechnic przed wyznaczoną do tego komisję lekarską (oprócz przedłożenia świadectwa lub dyplomu lekarza). Nie chodzi tu o ścisły egzamin, wymagający długiego i mozolnego przygotowania, nie chodzi o jakieś szykany, utrudniające rodakom wzgl. obywatelom polskim z Rosji praktykę lekarską w Polsce. Komisja, do kolokwjum wyznaczona, z łatwością stwierdzi po krótkiem przepytaniu, czy kandydat jest rzeczywiście lekarzem Celem wyrugowania oszustów należałoby poddać takiemu kolokwjum i tych lekarzy, którzy już praktykują w Polsce na podstawie zezwolenia ministerjalnego. Nie wątpimy, że znajdzie się pomiędzy nimi spory odsetek pospolitych oszustów i partaczy.

Program kursów uzupełniających dla Lekarzy na Wydziale lekarskim im. Jana Kazimierza we Lwowie w czasie od 21 do 30 września 1922 r.

1) Prof. Dr. Rencki. (Kl. wewnętrzna. Pijarów 4. od 8-9; 21, 23, 25, 27 i 29/IX). a) O koloido- i proteinoterapji w medycynie wewnętrznej. b) Nowe poglądy w chorobach krwi i ich leczenie.

2) Doc. Dr. Grek. (Kl. wewnętrzna. Pijarów 4. od 8—9; 22, 26 i 30/IX). Wczesne rozpoznanie i leczenie wrzodu żołądka.

3. Prof. Dr. Cieszyński. (Inst. dentystycz. Zielona 5 a) a) (od 8—10; 21 i 22/IX). O znieczulaniu miejscowem i wykluczającem przewodnictwo nerwu do zabiegów stomatologicznych;

b) (od 8—10; 23 i 25/IX). Postępowanie operacyjne w trudnych przypadkach wyjmowania zębów z pokazem chorych;

c) (od 8—10; 26, 27, 28, 29 i 30/IX). Ćwiczenia w znieczulaniu i wyjmowaniu zębów.

4) Prof. Dr. Wiczkowski. (Szpital powszechny) a) (od 9—10; 22 i 26/IX). Nowe poglądy na gruźlicę płuc i jej leczenie; b) (od 9—10; 28 i 30/IX). Nowe poglądy na kamicę żółciową i jej leczenie.

5) Prof. Dr. Franke. (od 9—10; 21, 23, 27 i 29/IX). Nowoczesne sposoby leczenia w chorobach serca i nerek.

6) Prof. Dr. Bednarski. (Szpital św. Zofji od 9—10; 22, 26, 28 i 30/IX) Djagnostyka i leczenie chorób ocznych u dzieci.

7. Doc. Dr. Reis. (Kl. okulist. Szpital pow. od 9—10; 21, 23 i 25/IX). Jaglica i jej leczenie.

8) Doc. Dr. Sochański. (Kl. wewn. Pijarów 4. od 9—10; 27 i 29/IX). O czynnościowem badaniu nerek z uwzględnieniem współczesnego podziału chorób nerkowych wraz z uwagami leczniczemi.

9) Prof. Dr. Schramm. (Kl. chir. Pijarów 4. od 10—11; 21, 23, 25, 27 i 29/IX) Nowsze sposoby leczenia ran.

10) Doc. Dr. Ostrowski. a) (Szpital św. Zofji od 10—11; 22, 26. 28 i 30/IX). Leczenie gruźlicy chirurgicznej;

b) (Kl. wewn. Pijarów 4. od 6—7½ p. p. 25, 27 i 29/IX). Ćwiczenia w badaniu układu moczowego.

11) Prof. Dr. Zalewski. (Polikl. oto-lar. Hausnera 9. od 10—11; codz. prócz 24/IX). Otoskopja i laryngoskopja.

12) Doc. Dr. Rotfeld. (Amb. neur. Hausnera 9. od 9—11, 24/IX i od 8—9, 28/IX). Nagminne zapalenie mózgu i jego następstwa.

13) Dr Progulski. (Kl. chorób dzieci. Głowińskiego 3, od 11—1; 24/IX i od 12—1; 26/IX) O żywieniu niemowląt.

14) Doc. Dr. Bocheński. (Kl. położ. Pijarów 4)

a) od 11—12 codz. prócz 24/IX). Omyłki rozpoznawcze w położnictwie i ginekologji;

b) (od 6—7 p. p.; 21, 22 i 23/IX). Praktyka położnicza w zakładzie i w domu prywatnym.

15) Prof. Dr. Łukasiewicz. (Kl. chor. skórnych. Piekarska 81. od 12—1, 21, 23, 25, 27 i 30/IX). Leczenie wyprysku.

16) Doc Dr. Leszczyński. (Szpital powszechny od 12—1; 22, 26, 28 i 29/IX). Przegląd nowszych sposobów badania i leczenia w syfilidologii.

17) Prof. Dr. Nowicki. (Zakł. anatomii pat. od 12—1½; 22/IX. Piekarska 52). Twardziel pod względem anatomicznym.

18) Dr. Lehm. (Polikl. oto-lar. Hausnera 9. od 12—1½; 28/IX). Twardziel pod względem klinicznym.

19) Dr. Sabatowski. (Kl. wewn. Pijarów 4. od 12 1½; 29/IX). O naszych zdrojowiskach.

20) Doc. Dr. Steusing. (Zakład higjeny. Piekarska 52. od 4—5 p. p. 21, 23, 26 i 28/IX). Nowsze zagadnienia z dziedziny bakterjologji i serologji.

21. Prof. Dr. Sieradzki. (Zakł. med. sąd. Piekarska 52. od 4—6 p. p.; 22, 25, 27, 29 i 30/IX). Sekcje sądowo-lekarskie.

22) Dr. Chania. (Pańska 18. od 4—6 p. p., 24/IX). Zasadnicze wiadomości z radjologji.

23) Prof. Dr. Beck. (Zakł. fizjol. Piekarska 52. od 5—7 pp.; 26 i 28/IX). Zajmujące demonstracje i doświadczenia z fizjologji.

24) Prof. Dr. Parnas. (Zakł. chemji lek. Piekarska 52, od 5—6 p. p.; 21 i 22/IX i od 6—7 p. p. 25, 27 i 29/IX). a) Poglądy współczes. w nauce o przemianie materji. b) Analiza krwi i moczu

25) Dr. Wyrzykowski. (Batorego 38. od 6—7 p. p. codz. prócz 24/IX). Gimnast. lecznicza i ortopedja dla potrzeb praktyki.

Opłata za dowolną ilość wykładów wynosi 15000 mkp. Fundusz zebrany przeznacza się na stypendja dla medyków.

Pomieszczenie znajdą uczestnicy kursu w klinice chorób wewnętrznych ewentualnie w innych.

Zgłoszenia przyjmuje do dnia 5 września Prof. Dr. Zalewski, Lwów, Sykstuska 49.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Minister zdrowia publ. Dr. Chodźko zwiedził w pierwszych dniach b. m. uzdrowiska Truskawiec i Morszyn. Pan Minister okazał żywe zainteresowanie zdrojami Małopolski, wyraził podziw dla ich skarbów naturalnych i nie szczędził uznania dla zarządów. Mamy pewność, że Ministerstwo będzie nadal otaczało nasze zdrojowiska życzliwą opieką.

Konferencja w sprawie zapobieżenia rozszerzeniu się cholery azjatyckiej odbyła się 3 bm. w Województwie. Jako naczelny postulat postawiono zgłaszanie pierwszych przypadków zachorowań wzbudzających podejrzenie cholery, wychodząc ze słusznego zapatrywania, że nie będzie niebezpieczeństwa epidemji, jeżeli pierwsze przypadki zostaną ujęte przez powołane władze. Ogólne było mniemanie, że przedewszystkiem w tym kierunku powinny iść usiłowania władz, z oparciem o szczegółowe przepisy art. 5 ustawy w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych.

Jako niezbędne podniesiono dalej przygotowanie po gminach lokalów izolacyjnych, środków desinfekcyjnych, niższego personalu sanitarnego.

W sprawie szczepień ochronnych uważano za wskazane przeprowadzać je przymusowo w miejscowościach nawiedzonych cholerą, pozatem zaś w miastach większych dokonywać szczepień u osób, które się zgłoszą dobrowolnie; środek ten należy zalecić głównie tym, którzy udają się w okolice zakażone.

Konferencję dyrektorów Woj. Urzędów zdrowia i kierowników Ekspozytur NNK. zwołał Naczelny Nadzw. Komisarz do spraw walki z epidemjami na dzień 10 bm. do Warszawy.

Nr. 34. 20. sierpnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Jan Glatzel. Kraków.

Wrodzone zdwojenie dolnego odcinka przewodu pokarmowego.

Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza. (Prym. Prof Dr. M. Rutkowski) i z zakładu anatomji opisowej (Dyr. Prof. Dr. K. Kostanecki).

W maju 1920 roku przybyła na oddział Ch. W., córka wyrobnika, izraelitka 12 letnia, uskarżając się, że od urodzenia odchodzi jej kał równocześnie drogą naturalną oraz przez pochwę. Dziewczyna dobrze rozwinięta bez jakichkolwiek dostrzegalnych wad rozwojowych, odbyt prawidłowy. Toż samo odnosi się do krocza. Błona dziewicza nienaruszona, w postaci bardzo wąskiego sierpu, nie przeszkadza wglądnięciu w głąb. Wejście do pochwy wypełnione kałem. Na tylnej ścianie pochwy w linji środkowej, 2 cm. poza błoną dziewiczą otwór okrągły o gładkich równych brzegach, z łatwością przepuszczający narzędzie o średnicy 8 mm. Badanie kombinowane, palcem przez odbytnicę i narzędziem wprowadzonem przez opisaną przetokę, a wchodzącem wysoko ku górze, nie wykrywa żadnej łączności pomiędzy pochwą a prostnicą na całej temu badaniu dostępnej przestrzeni. Domniemany kanał przebiega więc pomiędzy tylną ścianą pochwy, a przednią ścianą odbytnicy. Po nad spojeniem łonowem i na lewym talerzu biodrowym wyczuwa się bardzo duże nagromadzenie mas kałowych, mimo że wypróżnienia są prawidłowe. Masy te usunięto środkami przeczyszczającemi przy wzmożonem wydalaniu przez pochwę.

Wykonane otwarcie jamy brzusznej w linji środkowej odsłoniło dokładny obraz anatomiczny. Esica średnich wymiarów, tuż poniżej szczytu o zwiększonej objętości. Pęczek przedni mięśni podłużnych w temże samem miejscu rozwidla się i biegnie dalej w postaci dwóch smug, nieco zaś niżej zatraca swój rysunek w sposób zresztą prawidłowy. Płytki zupełnie rowek, zaznaczający się między ramionami opisanego rozdziału podłużnego pęczka mięśniowego, wskazuje, że mamy tu dwa obok siebie leżące przewo y o jednakowym przekroju, nieco tylko mniejszym od przekroju prawidłowej kiszki. Najwyraźniej występuje to w dolnej części esicy oraz w odbytnicy, gdzie w linji środkowej widocznym się staje pewien rozstęp, mimo, że ściana dzieląca oba kanały jest wspólna. Krezka esicy bez zmiany, schodzi dosyć nisko, przez co występuje dość długa t. zw. okrężnica miednicza (*colon pelvinum*). Od przodu natomiast z odcinka, leżącego już w miednicy małej, biegnie fałd otrzewny w postaci półksiężyca ku dołowi i gubi się na tylnej ścianie macicy, dzieląc dno jamy Douglasa na dwa płytkie zresztą uchyłki, lewy i prawy. — W dolnym odcinku układają się obie cewki w ten sposób, że prawa biegnie ku tyłowi, lewa natomiast poprzed nią ku przodowi. Nacięcie podłużne ściany jelita w miejscu rozdziału pęczka mięśniowego odsłoniło na tejże wysokości ostry sierpowaty brzeg ściany, dzielącej światła obu kanałów. (Rys. 1).

Rys. 1.

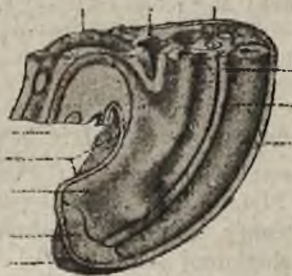


Jest to więc niewątpliwy przypadek wrodzonego zdwojenia ograniczonego odcinka przewodu pokarmowego u osobnika pojedyńczego, a więc wady, której istnieniu zaprzecza cały szereg autorów. Podwójnem jest już ramię dolne esicy, a następnie i odbytnica. Cewka grzbietowa prawa otwiera się na zewnątrz w sposób prawidłowy jako odbyt, cewka przednia lewa do pochwy, tworząc t. zw. odbyt nieprawidłowy pochwowy (*anus anomalus vaginalis*).

Do wytłumaczenia stanu takiego cofnąć się musimy do rozwoju zarodkowego przewodu pokarmowego. Pewne światło rzuca znajomość bardzo wczesnych obrazów jego kształtowania się. Pierwszy Filimowski, a nieco później Tandler i Forssner stwierdzili, że na granicy żołądka i dwunastnicy u zarodka długości 12—14 mm. napotykamy przejściową niedrożność, wywołaną wypełnieniem światła przewodu pokarmowego bujnie rozmnożonym nabłonkiem. Wkrótce jednak, częścią, wskutek wzrostu, komórki te ulegają rozsunięciu, częścią rozpłynięciu, (na przekroju w świetle otrzymujemy obraz siatki) w następstwie czego powstałe małe wolne przestrzenie łączą się ze sobą, tworząc z powrotem jedno światło kanału. Przejściowa taka niedrożność powstaje niekiedy także w górnych częściach jelita czczego, oraz w końcu przewodu pokarmowego, w późniejszej odbytnicy. Jeżeli zanikanie tych wybujałych komórek nieco się przewleka, wówczas może się wydarzyć, że tkanka łączna zarodkowa, wrastająca w głąb nabłonka, która w ten sposób w warunkach zwykłych wywołuje tworzenie się fałdów błony śluzowej jelita, wrośnie jeszcze głębiej przez zachowane i sklejone beleczki nabłonkowe i trwale rozdzieli światło na dwa odcinki lub, co częściej, całkiem go zamknie (*atresia congenita*).

W dolnym odcinku przewodu pokarmowego zarodka napotykamy obfite fałdy na powierzchni błony śluzowej. Fałdy te, które na przekroju prawie w całości wypełniają światło jelita, później zanikają. Uprzytomnijmy sobie ponadto, że światło dolnej części kiszki grubej w tymże okresie rozwoju ma kształt jak gdyby niezupełnej ósemki (8) (Rys. 2). Do sklejenia więc wyżej opisanych fałdów dojść może tem łatwiej, im owa ósemka bardziej zupełna, im ściany zagłębione bardziej się zbliżą do siebie.

Rys. 2.



Model zarodka o długości 3 mm. (Według Keibela — Veits Handb. d. Gynäk. B d. V).

Wyżej opisany rozdział przedniego pęczka mięśni podłużnych najdowodniej zaświadcza o tak wczesnem powstaniu omawianego zboczenia. Mięśnie te tworzą się u zarodków o długości 70 mm. Jeżeli więc pęczek uległ rozdwojeniu, to tylko dlatego, że już przed okresem jego tworzenia został do-

konany podział przewodu. — Tylne ramię rozwijało się prawidłowo i przez zanik błony kloacznej (*membrana cloacalis*) zyskało zewnętrzne ujście (*anus*).

Co się tyczy ujścia ramienia przedniego na tylnej ścianie pochwy, to podobnego przypadku w piśmiennictwie nie spotykamy. Opisane są przypadki t. zw. odbytu nieprawidłowego pochwowego (*anus anomalus vaginalis*), w których cała odbytnica, nie mając ujścia na zewnątrz, otwierała się do pochwy. Bardeleben przytacza trzy pewne przypadki takiej wrodzonej niedrożności odbytnicy. Natomiast Schröder, a za nim Ahlfeld i inni, nie mogąc wytłumaczyć obrazu rozwojowo, nie wierzą w możliwość istnienia takiego stanu i sądzą, że wszystkie opisane przypadki dotyczyły nie dokładnie spostrzeganego odbytu nieprawidłowego przedsionkowego (*anus anomalus vestibularis*), a więc przetoki poprzed błoną dziewiczą.

W naszym przypadku ujście znajdowało się ponad wszelką wątpliwość w pochwie, a więc poza błoną dziewiczą. Było to ujście jednego tylko ramienia odbytnicy, mianowicie przedniego.

Złączone przewody Müllera, dające później w końcowej swej części pochwę wraz z zakończeniem, które tworzy wewnętrzną blaszkę błony dziewiczej, w stanie rozwojowym nie mają w prawidłowych warunkach połączenia z przewodem pokarmowym. — Jeżeli więc połączenie takie, tak jak w naszym przypadku, noworodek na świat przynosi, to nabyć go musiał wtórnie. Odbytnicę od zawiązka pęcherza (*allantois*) oddziela u zarodka przegroda z tkanki łącznej zarodkowej t. zw. przegroda moczowo-odbytnicza (*septum uro-rectale*). W przegrodę tę wrastają od góry ślepe przewody Müllera, torując sobie drogę ku przodowi i ku dolnemu odcinkowi, owodu (późniejsza zatoka moczowo-płciowa – *sinus uro-genitalis*). W przypadku naszym złączone już przewody, z powodu obecności nadliczbowej cewki przewodu pokarmowego, zajmującej część przegrody odbytniczo-pęcherzowej, zostały wciśnięte w dole pomiędzy owodnię (*allantois*) a nadliczbową odbytnicą (która nie wytworzyła sobie ujścia zewnętrznego w błonie kloacznej), skleiły się niezawodnie zarówno z owodem jak i z przednią cewką rozdwojonego kanału pokarmowego i z obydwoma uzyskały połączenie. — O tem, że przegroda moczowo-odbytnicza (*septum uro-rectale*) odegrała w zaburzeniu pewną rolę, świadczy jej pozostałość w postaci wyżej opisanego fałdu.

W dostępnem mi piśmiennictwie przypadku podobnego nie napotkałem.

U chorej naszej przez przecięcie i obszycie na przestrzeni 3 cm ściany dzielącej, stworzono połączenie pomiędzy końcem nadliczbowej odbytnicy, a odbytnicą właściwą. Już sam ten zabieg wystarczał do skierowania kału z opisanego zbiornika do odbytnicy. Gdy po trzech tygodniach zamknięto chorej i przetokę pochwową, bez dolegliwości opuściła oddział.

Piśmiennictwo:

1. Broman: Normale und Abnorme Entwicklung des Menschen 1911.—2. Filimowski: Bul. de l'Acad. des sc. de Cracovie. Avril 1900. — 3. Keibel-Mall: Handbuch der Entwicklungsgeschichte des Menschen-1911. — 4. Schwalbe. Die Morphologie der Missbildungen des Menschen und der Tiere. 1909

Dr. Mściwój Semerau, adjunkt kliniki. Warszawa.

Studja nad zaburzeniami w układzie krwiotwórczym.

Z II. Kliniki Lekarskiej Uniwersytetu Warszawskiego.
(Kierownik: Prof. dr. Kazimierz Rzętkowski).

I. Przyczynki do patogenezy żółtaczki hemolitycznej i fizjologji patologicznej śledziony.*)

Szczegółowe poznanie stanu chorobowego, zwanego żółtaczką hemolityczną, którego zasadnicze ujęcie i wyodrębnienie od innych zaburzeń w wydzielaniu żółci zawdzięczamy Minkowskiemu i szkole francuskiej, reprezentowanej przez Chauffard'a, Vaquez'a, Widal'a i ich uczniów, dla nowoczesnej hematologji posiada niesłychaną doniosłość; umożliwiło ono bowiem głębszy wgląd w zawiły mechanizm tworzenia się i rozpadania się pojedyńczych składników krwi i uwypukliło w tych dwóch kierunkach zwróconą działalność niektórych narządów lub układów, o których czynności nader niejasne do niedawna panowały pojęcia. Dotyczy to przedewszystkiem śledziony, gruczołów hemolimfatycznych, komórek Kupffera i układu nabłonkowosiateczkowego.

Okoliczności te sprawiły, że przypadki żółtaczki hemolitycznej poczęto poddawać różnym badaniom celem wyświetlenia poszczególnych objawów, a także celem wniknięcia w cały szereg spraw o znaczeniu więcej fizjologicznem. W ten sposób zebrała się w ciągu około 20 lat dość znaczna liczba spostrzeżeń tego bądź co bądź raczej rzadkiego zachorzenia, spostrzeżeń rozrzuconych w piśmiennictwie całego świata, zwłaszcza francuskiem i niemieckiem.

W polskiem piśmiennictwie liczba kazuistycznych spostrzeżeń żółtaczki hemolitycznej przedstawia się, jak dotąd, bardzo skąpo. Pierwszą notatkę o tem, ogłoszoną w roku 1907, zawdzięczamy Starkiewiczowi, który, przytoczywszy znane do tego czasu piśmiennictwo, opisał przypadek wrodzonej odmiany tego zachorzenia. Dotyczył on 15-letniego ucznia o znamionach ogólnego niedorozwoju fizycznego, u którego poza żółtaczką acholuryczną stwierdzono obrzmienie śledziony, ogromnie zmniejszoną odporność krwinek (H_1=70, H_3=46) i urobilinurję. Niesłychanie wysoki punkt zamarzania krwi odwłóknionej, bo wynoszący — 0,87°, zamiast — 0,56°, autor skłonny jest uważać za reakcję obronną krwi, zapobiegającą silniejszej hemolizie. U tego samego chorego Starkiewicz stwierdził w dwa lata później przy zastosowaniu przyżyciowego barwienia 10% ziarnistych krwinek, podobnie jak to stwierdził Chauffard i inni.

Drugi przyczynek podał w roku 1915 Szokalski. Zajmuje się on 30-letnią chorą, która od 8 lat cierpiała na dynamiczną żółtaczkę, z objawów podobną do kamicy żółciowej. Z 8-orga rodzeństwa brat jeden chorował od 6 lat na żółtaczkę, powtarzającą się co rok, zwykle jesienią. Przy badaniu stwierdzono powiększenie wątroby i śledziony, mierną anemję, zmniejszoną wyraźnie odporność krwinek (H_1=54, H_3=42), przy braku izolizyn, autohemolizyn i autoaglutynin, i lekką acholuryczną żółtaczkę. Wobec dodatniego odczynu Wassermanna i pewnej poprawy po leczeniu antyluetycznem autor skłania się do przypuszczenia, że przymiot posiada tu etjologiczne znaczenie. Mimo to nazywa on swój przypadek wrodzonym.

Poza temi dwoma spostrzeżeniami wymienić wypada bardzo staranną monografię Hertza i Sterlinga, która uwzględnia zebrane do roku 1912 piśmiennictwo, nie rozporządza wszakże własnym materjałem klinicznym.

Do tego względnie szczupłego dorobku rodzinnej naszej nauki w dziedzinie żółtaczki hemolitycznej jestem w stanie dołączyć 4 dalsze spostrzeżenia, zebrane w ciągu kilkunastu ostatnich miesięcy.

Przypadek I. 16-letnia robotnica. Ojciec chory na suchoty, pozatem w rodzinie wszyscy zdrowi. W dzieciństwie chorowała na płonicę, 4 miesiące temu rzekomo na nerki. Obecna choroba miała się rozpocząć na dwa tygodnie przed przyjęciem do naszej kliniki gorączką, ogólnem osłabieniem, brakiem apetytu i wymiotami żółciowemi. Do tego dołączyły się w ciągu następnych dni niewyraźne dolegliwości w obu bokach, zwłaszcza w lewym, na które chora nie zwracała uwagi. Żółtaczki chora nie zauważyła.

Badanie przedmiotowe ujawniło pewien ogólny niedorozwój. Skóra i spojówki zabarwione żółto. Narządy klatki piersiowej bez wyraźnych zmian chorobowych. Brzuch miękki, niebolesny, wątroba niewyczuwalna, okolica woreczka żółciowego wrażliwa. Śledziona wystaje na 1 palec z pod łuku żebrowego lewego, nieco twardsza, wyraźnie macalna. Stolec normalny, nieodbarwiony. Mocz nie zawiera barwików ani kwasów żółciowych, urobilinogen w zmiennych, niewielkich ilościach.

Krew: Ilość krążków czerwonych podczas pobytu chorej wahała się od 4.1 do 4.6 milionów w milim. sz., ilość hemoglobiny od 86 do 76% (Sahli), wskaźnik barwny około 0·9 Wygląd krwinek poza nieznaczną anizocytozą, niezmieniony. Odporność krwinek przemytych, badana sposobem Widal'a, dawała w górnych granicach (H_1) odchylenia od 60—48, w dolnych (H_3) od 36—32, była zatem wyraźnie obniżona. Przyżyciowo barwiących się ziarnistości nie znaleziono.

Surowica: zawiera białka 8·6—8·7% (refraktometrycznie); bilirubiny ślady; odczyn pośredni Hijmans van den Bergh'a słabo dodatni, bezpośredni ujemny; cholesteryny 0.8—0.9‰ (Gri-

---

*) Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Warsz. Towarzystwa Lekarskiego z dnia 31. I. 1922.

g a u t); auto- i izohemolizyn brak; odczyn na autoaglutyniny wyraźnie dodatni, słaba izoaglutynacja z krwinkami jednego chorego.

Reakcja W a s s e r m a n n a we krwi ujemna.

P ł y t e k 280—300.000 w milim sz (modyfikowany Fonio).

B i a ł y c h c i a ł e k 8.600—11.500; z tego
49% neutrochłonnych,
37% limfocytów,
11% przejściowych,
2% wielkich jednojądrzastych,
1% zasadochłonnych.

W czasie miesięcznego swego pobytu w klinice chora po lekkich nawrotach żółtaczki, połączonych z kolkowemi dolegliwościami w obu bokach i obrzmieniem śledziony, wypisana została zdrowa. Ciekawe jest, że najsilniejszy taki nawrót, któremu towarzyszyło ponowne obniżenie odporności krwinek, nastąpił po próbnym zastrzyku wody przekroplonej dożylnie. Do tego zjawiska powrócimy przy ostatnim z naszych przypadków.

W powyższem spostrzeżeniu ma się przed sobą przypadek poronnej, choć dość typowo przebiegającej żółtaczki hemolitycznej, który z racji swych, z zachorzeniem tem związanych, objawów znalazł się w szpitalu. Być może, że tu jakaś niewiadoma sprawa zakaźna uruchomiła całą sprawę i wyprowadziła ją ze stanu utajenia, tak, jak w jednem miejscu wyrażają się G ö t z k y i I s a a c. W przeciwieństwie do tego rozpoznania podobne zaburzenia w układzie krwiotwórczym u następnej chorej rozpoznano więcej przygodnie.

P r z y p a d e k II. 29-letnia krawcowa, przywieziona została do naszej kliniki z powodu lekkiego w skutkach otrucia sublimatem. Przy spisywaniu wywiadów okazało się, że już w 19-tym roku miała pierwszy atak kolek wątrobowych wraz z lekką żółtaczką. Atak ten wyprzedziły od dłuższego czasu trwające niewyraźne dolegliwości w górnych częściach brzucha. Podobne dolegliwości powtarzały się od czasu pierwszych kolek kilkakrotnie w mniejszem lub większem natężeniu.

Przy badaniu stwierdzono kobietę szczupłą, niskiego wzrostu, o organach wewnętrznych naogół niezmienionych. Tylko śledziona wystawała o jeden palec mniej więcej z pod lewego łuku żebrowego i była wyraźnie macalna. Okolica woreczka żółciowego przedstawiała się natomiast prawidłowo i nie wykazywała żadnej wrażliwości. Wobec tego, że wystąpienie pierwszego ataku żółtaczki i wyprzedzających go dolegliwości wydało się nam nieco wczesne, a i stałe powiększenie śledziony wzbudzało pewne wątpliwości co do rozpoznania kamicy żółciowej, zbadaliśmy jej krew. Stwierdzono:

Czerwonych krążków 4,200.000,
hemoglobiny 78% (Sahli),
wskaźnik barwny 0.93,
białych ciałek 8.800,
z tych 38% limfocytów,
56% obojętnochłonnych,
5% przejściowych.

Odporność czerwonych krążków:
$H_1 = 60$, $H_2 = 40$, $H_3 = 28$.

W a s s e r m a n n we krwi: ujemny.

Ilość cholesteryny w surowicy 1‰ (G r i g a u t). W moczu nic osobliwego, poza śladami białka, uwarunkowanemi zatruciem rtęcią, i niewielkiemi ilościami urobilinogenu.

Tak więc i tu wynik badania zmusza nas do rozpoznania poronnej postaci żółtaczki hemolitycznej. Za taką koncepcją a przeciw przyjęciu kamicy żółciowej przemawia, jak już wspominaliśmy, młody wiek, w którym wystąpił pierwszy atak, obrzmienie śledziony, brak miejscowych boleści przy uderzeniu w okolicę woreczka żółciowego — w naszej klinice nazywamy to ujemnym objawem Dr. Chełmońskiego, który zjawisko to wyzyskuje djagnostycznie — a przedewszystkiem zmniejszona odporność krwinek przy normowzględnie lekkiej hypocholesterynemji.

O ile w wymienionych dwóch spostrzeżeniach można było żółtaczkę hemolityczną rozpoznawać jedynie przy specjalnie na to zwróconej uwadze i przy uwzględnieniu specjalnych badań, o tyle w dwóch dalszych spostrzeżeniach prawdopodobieństwo takiego cierpienia wynikało już z wywiadów i narzucało się samo przez się wskutek klinicznego obrazu zachorzenia.

P r z y p a d e k III. Szczegóły dotyczące tej chorej zawdzięczamy wielkiej uprzejmości prof. Radlińskiego i jego asystenta dra Sokołowskiego; chora bowiem, po krótkim pobycie na oddziale dra Pawińskiego, rychło przepisana została na II. klinikę chirurgiczną Uniw. Warsz. Ja sam oglądałem ją tylko przygodnie w przeddzień wykonania splenektomji.

Wywiady od chorej są tak charakterystyczne i ciekawe, że pozwolę je sobie przytoczyć in extenso z karty klinicznej. Chora podaje, że w 7. roku życia zapadła na jakąś przewlekłą chorobę, z powodu której była w opiece lekarskiej. W dzieciństwie źle się rozwijała, była wątła i niedokrwista: lekarze mówili wówczas „że jest chora na śledzionę“. W 9-tym roku życia pamięta, że w szpitalu dziecięcym przy ul. Kopernika badano jej krew, że leczono ją chininą, że miała ból w okolicy nadbrzusza, oraz że pod łukiem żebrowym prawym pokazywał się guzek wielkości ptasiego łebka. Guzek ten występował podczas napadu bólów, potem chował się. Bóle te trwały przez kilka tygodni: chora leżała wówczas w łóżku i miała pierwszy raz w życiu żółtaczkę.

W 10-tym roku życia była badana przez prof. Kosińskiego w szpitalu Św. Ducha, przyczem chorą usypiano. Prof. Kosiński proponował wówczas operację, lecz rodzice chorej nie zgodzili się. Pomiędzy 10-tym a 19 tym rokiem życia czuła się względnie dobrze. W 19-tym roku życia leżała w szpitalu Św. Ducha przez 5 miesięcy. Wówczas czuła silne osłabienie ogólne, była blada, straciła apetyt i dostała żółtaczki po raz drugi w życiu. Przytem miała obrzęki dolnych kończyn, ale nie miała bólów. Leczono ją wtedy żelazem, winem chininowem i zastrzykami. Ze szpitala wypisała się z poprawą, a stan jej polepszył się potem tak dalece, że w tym okresie przybyło jej 15 funtów na wadze. Niekiedy odczuwała jednak bóle w podżebrzu prawem, które ustępowały po gorących okładach.

W 23-im roku życia wyszła za mąż i czuła się wówczas dobrze, aczkolwiek zupełnie zdrową nie była. Jeszcze przed zamążpójściem pojawiała się okresowo żółtaczka, ile razy, chora nie pamięta, gdyż było to często. Czasem tylko spojówki były zażółcone, a bóle oraz wymioty lub mdłości napadom żółtaczki towarzyszyły niestale. Opierając się na tych objawach lekarz w Ostrowiu Łomżyńskiem, u którego się chora w r. 1916 przygodnie leczyła, oświadczył jej, że cierpi na kamicę żółciową.

W roku 1921 ataki żółtaczki z kolkami w prawym boku i wymiotami były wyjątkowo częste, czasem kilka razy w tygodniu. Po bezskutecznem leczeniu się w domu, gdzie z przepisów lekarskich przyjmowała oliwę, chora udała się do szpitala Przemienienia Pańskiego, gdzie ją przez cztery miesiące leczył Dr. Bronowski. Proponowano jej wtedy ponownie operację, lecz żółtaczka znikła, bóle minęły i chora nie zgodziła się na wykonanie zabiegu. Żółtaczka nie ustąpiła jednak zupełnie i od tego czasu utrzymywała się stale. Z powodu ponownych nawrotów zachorzenia chora w latach 1915—1920 leczyła się kilkakrotnie na oddziałach Dr. Chrostowskiego, Prof. Erbricha i Dr. Bronowskiego. Leczono ją bądźto objawowo, bądź też stosowano arszenik, raz nawet w postaci salwarsanu, wszakże bez wyraźnego skutku. W styczniu 1921 r. zgłosiła się, tym razem jakoby tylko z powodu kaszlu, na oddział Dra Pawińskiego, skąd po kilkomiesięcznym pobycie przepisana została na klinikę prof. Radlińskiego, celem wykonania operacji.

O stosunkach rodzinnych nie napotyka się w karcie klinicznej na wyraźną wzmiankę, natomiast powtarza się tu fakt, wielokrotnie już przez innych podnoszony, że pierwszy perjod rozpoczął się w 14-tym roku życia i był zawsze skąpy, a podczas nasilenia choroby ginął.

B a d a n i e chorej w klinice chirurgicznej wykazało wątłą budowę, konstytucjonalny niedorozwój i liche odżywienie. Skóra i spojówki bladawe z wyraźnie żółtym odcieniem. Na szyji i w dole podszczękowym kilka drobnych twardych gruczołów. Narządy klatki piersiowej bez zmian chorobowych. Brzuch wysklepiony, w górnych jego częściach, zwłaszcza po lewej stronie, wyraźne guzowate wypuklenie, występujące z pod lewego łuku żebrowego i sięgające ku linji środkowej. Wątroba nie powiększona. Okolica pęcherzyka żółciowego nieco bolesna. Śledziona bardzo silnie powiększona, o powierzchni twardej, guzowatej, na ucisk bardzo wrażliwa. Wielkość jej odpowiada granicom wyżej opisanej guzowatej wyniosłości o kształcie podłużnego bochenka chleba. Mocz chorej nie wykazuje nic chorobliwego.

K r e w: Ilość czerwonych krążków 2,900.000
Hemoglobiny (Sahli) 35%
Wskaźnik barwny 0·6.

W rozmazie barwnym krwinki przedstawiają się prawidłowo poza nielicznemi mikro- i poikilocytami, oraz bardzo nielicznemi normoblastami. Odporność przemytych czerwonych krwinek wykazuje znaczne zmniejszenie; H_1 wynosi bowiem 64, $H_2=60$ a $H_3=40$. Ilość białych ciałek wynosi 24.000, z tego 52% przypada na obojętnochłonne, 47% na limfocyty i 1% na przejściowe.

Wychodząc z założenia że zachodzi tu prawdopodobnie choroba Banti'ego lub też może inna sprawa chorobowa, mająca swe siedlisko w śledzionie, wykonano w tydzień po przyjęciu chorej do kliniki splenektomję. Niestety wskutek niezwykle ciężkich warunków operacyjnych, które przedłużyły narkozę i które zarazem skutkiem rozległych zrostów z przeponą powodowały trudne do opanowania krwiotoki, chora zmarła nazajutrz po zabiegu, wśród objawów osłabionej akcji serca i porażenia jelit. Wycięta śledziona ważyła 2 kg 205 g. Badania jej nie dokonano.

Jeśli się teraz zastanowimy, z czem w niniejszym przypadku mamy do czynienia, to rozważania nasze mogą iść w potrójnym kierunku, tj. albo w kierunku kamicy żółciowej, albo choroby Banti'ego, względnie tej odmiany marskości wątroby, której towarzyszy splenomegalja, albo wreszcie żółtaczki hemolitycznej. Przeciwko przypuszczeniu kamicy żółciowej przemawia bezwzględnie i ostatecznie nekroptyczne stwierdzenie prof. Przewóskiego, że woreczek i przewody żół-

ciowe są zupełnie niezmienione i wolne od jakichkolwiek złogów. Również upada możliwość jakichś zaburzeń cyrotycznych wątroby, czy to w sensie choroby Banti'ego, czy też zwykłej marskości, albowiem miąższ wątrobowy, poza pewną kruchością, okazał się chorobliwie niezmienionym, a i wywiady, obraz hematologiczny i przebieg kliniczny przeczyły takiemu rozpoznaniu. Jedynie koncepcja żółtaczki hemolitycznej daje, nietylko po wykluczeniu innych stanów patologicznych, ale na skutek rzeczowej oceny takich objawów, jak: wybitnie zmniejszona odporność krwinek, acholuryczna żółtaczka, kryzy śledzionowe w wywiadach itp., zadowalające wytłómaczenie wszystkich uprzednio przytoczonych faktów.

Dotychczas przytoczone spostrzeżenia*), mimo licznych zajmujących szczegółów, przedstawiają się nieco fragmentarycznie; nie mogły być bowiem wszechstronnie opracowane z powodów od nas niezależnych, przeważnie skutkiem nadto krótkiego pobytu chorych w szpitalu. Zastrzeżenia te upadają wobec ostatniego naszego przypadku, który mieliśmy możność trzymać kilkakrotnie przez miesiące całe w naszej klinice. Chora ta przebyła w tym czasie ze wskazań leczniczych dwa zabiegi operacyjne, splenektomję i cholecystektomję, których wyniki w szczęśliwy sposób uzupełniły nasze badania kliniczne. Zwłaszcza splenektomja, która bodaj poraz pierwszy w Polsce świadomie wykonana została przy żółtaczce hemolitycznej, pozwoliła nam nie tylko makroskopowo i drobnowidowo oglądać wycięty organ, ale także śledzić zachowanie się niektórych czynności ustrojowych pod wpływem jego braku w zespole innych narządów. Wreszcie przeprowadzone na chorej próby z wodą przekroploną przed i po wycięciu śledziony dały nam dalsze wskazówki, które przyczynić się mogą do wyjaśnienia patogenezy całego zachorzenia. Z tych powodów zajmiemy się niniejszą chorą szczegółowiej.

Przypadek IV. Matka chorej cierpiała przez całe życie, jak chora podaje, na „kamienie żółciowe". Czy stany te były połączone z żółtaczką, nie wie. Ojciec był na ogół zdrów i w późniejszym wieku umarł na zapalenie płuc. Starsza zamężna siostra, licząca lat 29, cierpi często i od dłuższego czasu na boleści w prawym i lewym boku i w krzyżu, jakby miała żółciowe kamienie. Dolegliwości przebiegają bez widocznej żółtaczki. Stolce jej są prawidłowo zabarwione. Z trojga dzieci tej siostry dwoje jest zdrowych, natomiast średnia 10-letnia dziewczynka zapada od paru lat na żółtaczkę, połączoną z boleściami w obu bokach. Druga, dwudziestokilkoletnia, siostra chorej już od dzieciństwa zapada na żółtaczkę wraz z napadowo występującemi dolegliwościami w nadpępczu. Chora siostry tej już dawno z powodu jej wyjazdu z Warszawy nie widziała i nie może powiedzieć, jak ona się obecnie czuje. Matka jednak mówiła chorej, że u tej siostry pojawiała się już kilkakrotnie żółtaczka. Co się tyczy chorej samej, to była ona zawsze wątła i słabowita. Z chorób zakaźnych przechodziła jedynie ciężką ospę czarną, po której kilka miesięcy leczyła się z powodu zapalenia nerek. W 10-ym roku życia poczęła cierpieć na boleści w prawym boku i krzyżu, którym pierwotnie towarzyszyły mdłości, wszakże bez żółtaczki. Niekiedy w odstępach kilkotygodniowych pojawiały się same mdłości. Dolegliwości te nie musiały być wielkie, gdyż chora przytem chodziła. Dopiero w 15-ym roku życia, jak chora mówi, wskutek zmartwienia wywołanego śmiercią rodziców zauważyła, że te same boleści połączone były z przelotną żółtaczką. Robiło się jej przytem słabo, miała nudności, wszakże mocz i stolec były podobno normalne. Z tego powodu udała się do szpitala Karola i Marji, gdzie badano jej krew i leczono arszenikiem oraz chininą, ale bez skutku. Wprawdzie żółtaczka znikła, ale boleści pozostały bez zmiany Powtarzały się one co kilka tygodni w zmiennem natężeniu, trwały 3—4 godziny. Zwykle rozpoczynają się one w prawem, rzadziej w lewem podżebrzu, a następnie przechodzą na cały brzuch i przenikają na wskróś do krzyża i pod łopatki. Podczas takiego ataku chora wymiotuje, gorączki jednak ani dreszczy nie miewa Zwykle po takim ataku następuje mniejsza lub większa żółtaczka. Powyższy stan chorobowy bardzo chorą osłabia i czyni niezdolną do żadnej pracy, tembardziej, że po każdej próbie powrotu do zajęcia bóle stają się częstsze. Mocz zawsze bywa jasny, stolec o prawidłowej barwie. Powyższe dolegliwości, nie ustępujące pod wpływem żadnego leczenia sprowadzały chorą na naszą klinikę. Co się tyczy perjodu, to rozpoczął się on w 12-ym roku życia, krótko przed przyjęciem do kliniki. Był zawsze skąpy i bezbolesny. Już naprzód możemy zaznaczyć, że po operacji stał się obfity i bolesny, trwał 5—6 dni i powtarzał się co 2—3 tygodni.

Badanie przedmiotowe przy pierwszych oględzinach przedstawia się jak następuje: Chora wzrostu nieco poniżej średniego, budowy dość drobnej, o odżywieniu dobrem, robi wrażenie, jak na 17-ty rok życia, niedorozwiniętej. Waga 45.4 kg.

Skóra dobrze ukrwiona, wszędzie, zwłaszcza na tułowiu, z wyraźnym odcieniem żółtawym. Śluzówki różowe, też trochę zażółcone. Uwłosienie w pachach skąpe, na częściach rodnych bardzo słabo rozwinięte. Gruczoły chłonne na szyji nieznacznie powiększone Obrzęków niema. Narządy głowy bez zmian chorobowych. Twardówki żółtawo zabarwione. Szyja normalnej grubości, gruczoł tarczowy niepowiększony. Grasica wypukowo również niepowiększona. Płuca w stanie zupełnie prawidłowym. Serce normalnej wielkości; stłumienie względne $\frac{3.6 \times 7.8}{12}$. Nad koniuszkiem krótki i cichy szmer skurczowy. Tętno około 86 na minutę, miarowe, miernie wypełnione. Ciśnienie krwi $^{115}/_{75}$ mm. rtęci. Brzuch niewzdęty, powłoki normalnie napięte Lekka bolesność w prawem podżebrzu w okolicy woreczka żółciowego. Wątroba nieco powiększona, sięga na palec poniżej łuku żebrowego, niebolesna. Dolny jej brzeg wystaje z pod łuku żebrowego na jakie 4 palce w przedniej linji pachowej i sięga aż nieco poza linję środkową. Kończyny i system nerwowy bez zmian chorobowych. Mocz kwaśny, bez domieszki białka, cukru i jakichkolwiek morfotycznych składników w osadzie; ciężar właściwy 1020. Za to bardzo duże ilości urobilinogenu, określonego odczynnikiem Ehrlicha i urobiliny, określonej octanem cynku. Stolec zupełnie prawidłowej barwy i spoistości.

Badanie krwi dało wyniki następujące:

Hemoglobina (Sahli): 80%.
Czerwone ciałka: 4.000.000.
Wskaźnik barwny: 0.99.

Na rozmazie leciutka anizocytoza, miejscami także wielobarwliwość. Brak jądrzastych postaci. Czerwone ciałka chorej porównane z czerwonemi ciałkami innych zdrowych osobników, wydają się wyraźnie mniejsze; średnica ich wynosi podług mikrometru Leitz'a $5-6^{1}/_{2}$ μ.

Białe ciałka: 13.000;

z tych: 78%=10.608 obojętnochłonych,
9%=1224 jednojądrzastych,
9%=1224 limfocytów,
3%=408 kwasochłonnych,
1%=136 przejściowych.

Płytki w prawidłowej ilości, około 250.000.

Badanie odporności we krwi żylnej odwłóknionej: $H_1=70$, $H_2=52$, $H_3=46$.

Ilość bilirubiny w surowicy wzmożona; próba pośrednia Hijmans van den Bergh'a wyraźnie dodatnia, barwa surowicy żółtaczkowa. Ilość białka w surowicy 7.85% ilość mocznika w surowicy 0,32‰. Reakcja Wassermanna we krwi ujemna.

Wobec tego wszystkiego rozpoznanie żółtaczki hemolitycznej narzuca się samo przez się. Przemawia za tem stwierdzenie silnie powiększonej śledziony, następnie napadowe obostrzanie się żółtaczki acholurycznej połączone z dolegliwościami podobnemi do kolek żółciowych, obraz krwi, a przedewszystkiem bardzo wyraźne zmniejszenie odporności czerwonych ciałek na roztwory hypotoniczne.

Jak wiadomo rozróżnia się dwie odmiany żółtaczek hemolitycznych: wrodzoną (typ Chauffard-Minkowskiego) i nabytą (typ Hayem'a); tak przynajmniej czyni jeszcze autor tak kompetentny jak Eppinger, w książce, która się ukazała w roku bieżącym. Nie przesądzając na razie tego, czy takie rozgraniczenie jest słuszne i dostatecznie uzasadnione, wykonaliśmy u naszej chorej kilka dodatkowych badań, których dodatni wynik niektórzy

*) Przed paru dniami miałem, dzięki uprzejmości Dr. Bychowskiego, za co mu i na tem miejscu szczerą wyrażam podziękę, sposobność badać w naszej klinice 55-letniego mężczyznę, cierpiącego już od wczesnej młodości, wyraźniej od 20-go roku życia, na okresowo występującą żółtaczkę z dolegliwościami napadowemi w lewej jak również i w prawej stronie nadbrzusza i dającą się w lewem podżebrzu wymacać zmiennie wielką guzowatością. Guzowatością tą okazała się, jak już wielokrotnie przez lekarzy zostało dawniej stwierdzone, bardzo znacznie powiększona i dość bolesna śledziona. W moczu stwierdzono nieco urobilinogenu, żadnego barwika ani kwasów żółciowych Stolec normalny.

Badanie krwi ujawniło: czerwonych ciałek 2.770.000, hemoglobiny 80% (Sahli) wskaźnik barwny 1.45; białych ciałek 6000, z tych 74% neutrochłonnych, 15% limfocytów, 6% eozynofilów i 5% przejściowych. Lekka poikilocytoza, wyraźna anizocytoza z wielką ilością makrocytów, 1 megaloblast, 1 normoblast, brak polichromatofilji. Bilirubiny w surowicy, badanej bezpośrednią reakcją Hijmans van den Bergh'a, ślad, bezpośrednią reakcją bardzo znaczna ilość. Odporność: $H_1=0{\cdot}74$, $H_2=0{\cdot}44$, $H_3=0{\cdot}20$. Żadnej auto- i izoaglutynacji, żadnej auto- i izohemolizy. Cholesteryny w surowicy (Grigaut) 0·7‰. Około 2—3% barwiących się przyżyciowo w czerwonych krwinkach granulacji. Wassermanna reakcja w surowicy ujemna Zajmujący jest fakt, że z siedmiorga żyjących dzieci troje cierpi na te dolegliwości, co ojciec.

Nowy ten przypadek wraz z kilku dalszemi będzie opisany in extenso w późniejszej pracy.

badacze, zwłaszcza francuscy, uważają za swoiste znamiona jednego lub drugiego typu.

1) Działanie surowicy normalnej na krwinki chorej pozostaje bez skutku; nie daje się zauważyć wyraźnej hemolizy (30 kropli surowicy na 1 kroplę krwi — metoda Widal'a i Philibert'a).

2) Działanie surowicy chorej na krwinki normalne: nie daje się również zauważyć; brak wszelkiego hemolizującego wpływu.

3) Badanie na aglutynację daje następujący wynik:

ciałka żółtaczkowej + osocze ikteryczki z żyły łokciowej
ciałka normalne + osocze normalne (kontrola)
ciałka żółtaczkowej + osocze z żyły śledzionowej
ciałka żółtaczkowej + sok śledzionowy
} aglutynacja ujemna.

Natomiast:
ciałka normalne + osocze ikteryczki: aglutynacja słaba,
ciałka ikteryczki + osocze normalne: aglutynacja bardzo wyraźna.

4) Badanie krwinek na ziarnistość przyżyciowo barwioną wykazuje przy pomocy barwików Pappenheim'a, wielobarwnego błękitu metylowego Unny i brylantowego błękitu metylowego, 3—5% zmienionych krwinek.

Powyższe badania stwierdziły zatem brak wyraźniejszego działania surowicy na odporność krwinek u chorej, brak auto- i izohemolizyn w surowicy, brak autoaglutynacji, wszakże wyraźną aglutynację krwinek chorej pod wpływem normalnego osocza i wreszcie niewielką zawartość krwinek z przyżyciową barwiącą się ziarnistością. Jeżeli wyniki te rozpatrywać będziemy w związku z poprzedniemi danemi klinicznemi, w których podkreśliliśmy jeszcze obecność wyraźnego infantylizmu, to dojdziemy do przekonania, że mamy w tym wypadku do czynienia z odmianą wrodzoną żółtaczki hemolitycznej. Przemawia za takiem ujęciem sprawy względnie niewielka hypoglobulja, dobry stosunkowo wygląd i samopoczucie, odpowiadające określeniu Chauffard'a *»plus ictérique que malade«* i wybitnie zmniejszona odporność, przekraczająca granice, spotykane naogół w formach nabytych.

Co się tyczy odczynów krwi aglutynacyjnych i hemolitycznych, to przedstawiają się one wieloznaczniej, niż to przypuszczali Chauffard, Widal, Abrami i Brulé, Vaquez i inni, którzy w nich widzą znamiona specyficzne pewnych stanów chorobowych. Wątpliwości co do patognomicznej ich wartości spotykamy coraz częściej w literaturze francuskiej, a takie same zastrzeżenie czyni w swojej bardzo zajmującej książce Eppinger. W tym jednakże przypadku zachowanie się tych zjawisk odpowiada naogół schematowi, przyjętemu przez Francuzów dla odmiany wrodzonej. Zgadza się nawet szczegół podany przez Dudgeon'a, że normalna surowica potrafi spowodować w stanach podobnych do naszego aglutynację czerwonych krwinek.

Mniej natomiast harmonizuje z obowiązującemi dotąd poglądami ilość spostrzeganych u naszej chorej krwinek z przyżyciowo barwiącą się ziarnistością; podczas bowiem gdy w podręczniku Castaigne'a i Chiray'a (str. 819) ilość ich podają w odmianie wrodzonej jako bardzo znaczną, to w spostrzeżeniu niniejszem nie przekraczała ona w najlepszym razie 5—8%, a kilkakrotnie nawet opadała do zera. Taki przejściowy zanik tych tworów stanowiłby reakcję spotykaną raczej w nabytej żółtaczce hemolitycznej. Wobec tego wszakże, że, jak to podkreślają Starkiewicz, Ryszard Hertz, Luzzato-Ravena, Eppinger i i., ziarnistość krwinek towarzyszy różnym zachorzeniom krwi i stanom zbliżonym do normalnych, z drugiej zaś strony, zdaniem Jolly'ego, Hertz'a i Sterlinga i innych, sprawa granulacji, przyżyciowo się barwiącej, pozostaje w ścisłym związku z towarzyszącą żółtaczce hemolitycznej niedokrwistością, tutaj nieznaczną, nie należy okoliczności tej przypisywać większego znaczenia.

Jedynie wywiady, wedle których sprawa chorobowa ujawniła się pacjentce i jej otoczeniu mniej lub więcej koło 10-tego roku życia, sprzeciwiały się nieco przedstawieniu całego procesu jako żółtaczki hemolitycznej wrodzonej. Zdawałoby się bowiem, że stan tego rodzaju winien się zaznaczyć w pierwszych miesiącach albo już najpóźniej w pierwszych latach życia, tak jak naprzykład w przypadkach Guizetti'ego, Chauffard'a, Sabrazès'a i Bennet'a. Tymczasem spotykamy w piśmiennictwie spostrzeżenia zupełnie pewne, w których zachorżenie stało się widocznem znacznie później. Tak n. p. znajdujemy w pracy Aschenheim'a opis przypadku, w którym ojciec był podobno żółty od urodzenia, a u dziecka żółtaczka wystąpiła dopiero w 5-ym roku życia; w innym przypadku opracowanym przez Benjamin'a i Sluka ojciec zauważył żółtaczkę w 25-tym roku życia, u syna wystąpiła w 6-tym roku życia, a u wnuczki w 3-cim miesiącu. Dwie te obserwacje podajemy za Hertzem i Sterlingiem jako przykład zmiennego rozpoczęcia się zachorzenia. Wobec tego termin, podany przez naszą chorą, jako początek dzisiejszego stanu, nie jest w możności zachwiać rozpoznaniem. Z drugiej strony oświadczenie chorej, że matka jej cierpiała przez całe życie na podobne dolegliwości, to samo zaś daje się powiedzieć w większym jeszcze stopniu u drugiej rzędu siostry i u dziecka najstarszej siostry, poronnie bodaj także i u najstarszej siostry samej, utwierdza nas w przekonaniu że mamy tu do czynienia ze sprawą wrodzoną i dziedziczną[1]).

Trudniej natomiast, względnie zupełnie niemożliwie, jest rozstrzygnąć tę kwestję w poprzednich przypadkach. W dwóch pierwszych spostrzeżeniach poronny przebieg zachorzenia i krótki pobyt chorych w klinice z powodu niewielkich dolegliwości uniemożliwiły dalsze anamnestyczne i rzeczowe dochodzenia. W przypadku spostrzeganym i operowanym u prof. Radlińskiego brak również odpowiednich danych dotyczących dziedziczności stanu jak też pewnych różniczkowych badań. Wszakże przebieg zachorzenia, ciężkość całego stanu, wysunięcie się na pierwszy plan anemii (*»plus pâle qu' ictérique«)*, wzmożona czynność szpiku kostnego w postaci leukocytozy do 24.000 i pewnej normoblastozy, przemawiają tu raczej za postacią nabytą, stojącą może w związku z przewlekłą chorobą zakaźną (zimnicą?), którą chora przechodziła w 7-ym roku życia.

Rozważania te stałyby się może zbyteczne, gdyby chcieć ująć obie odmiany żółtaczki hemolitycznej jako jedną jednostkę chorobową o niewielkich zasadniczych odmianach. Nie brak też zapędów w tym kierunku, zwłaszcza w nowem piśmiennictwie francuskiem od czasu, jak nawet Chauffard i Widal doszli do przekonania, że zaliczenie niektórych przypadków żółtaczki hemolitycznej do pewnej grupy napotyka poważne trudności, a Macaigne i Valéry-Rodot opisali odmiany pośrednie.

W naszem piśmiennictwie już Szokalski zwracał uwagę na ten zwrot w pojęciach, powołując się na spostrzeżenia Fournier'a i Chauffarda, w których jako czynniki etjologiczne żółtaczki hemolitycznej wrodzonej występowały gruźlica i kiła, ten ostatni raz nawet stwierdzony w trzeciem pokoleniu. Jako dalsze potwierdzenie takiego poglądu przytoczył Szokalski opis jednego własnego poprzednio już wymienionego spostrzeżenia, w którem wrodzona odmiana żółtaczki hemolitycznej powstała jakoby na tle przymiotu, gdyż odczyn Wassermanna był dodatni, a napady żółtaczki i powiększenie śledziony pod wpływem leczenia antyluetycznego wykazały zmianę ku lepszemu. Naszem zdaniem jednak spostrzeżenie to, mimo zainteresowania, jakie budzi, nie może służyć jako poparcie konieczności unitarnego ujęcia żółtaczki hemolitycznej; wbrew bowiem mniemaniu Szokalskiego, który spostrzeżenie swoje w nagłówku rozprawy ogłoszonej z p. Drosio-Aleksandrowiczem nazywa odmianą wrodzoną żółtaczki hemolitycznej, uważać ją raczej trzeba z racji przebiegu i hematologji z jednej strony, i z racji ogromnego podobieństwa do przypadków opisanych przez Gauchez'a i Giroux'a z drugiej, jako odmianę nabytą, występującą na tle drugorzędnej kiły. Ale i dla innych przyczyn nie należałoby zbyt pochopnie odbiegać od obowiązującego dotąd podziału, gdyż jak słusznie zaznacza Eppinger, ścisłe rozgraniczenie między wrodzoną a nabytą formą, dyktowane jest względami etjologicznemi, a w większej mierze co do rokowania. Sprawa zaś rokowania nie tylko posiada zna-

[1]) Podobnie ma się rzecz z chorym przysłanym nam przez Dr. Bychowskiego (por. str. 672, notatka u dołu), względnie z niektórymi członkami rodziny tego chorego.

czenie dla dotkniętej zachorzeniem jednostki, ale w niemniejszym stopniu i dla jej potomstwa, któremu w przeciwieństwie do nabytej formy może być z prawdopodobieństwem 50% przekazana jako dominująca właściwość zawiązka, powstała samorzutnie z nieznanych nam dotąd przyczyn u dzieci zupełnie zdrowych rodziców wskutek mutacji. Tak przynajmniej twierdzi duński badacz Melengracht na podstawie około 50 przypadków, należących do 7 rodzin, a śledzonych przez 3—4 pokolenia.

Wracając teraz do naszego przypadku nr. IV pokrótce tylko jeszcze wspomnimy o jego przebiegu, nie odbiegającego od podanych już wielokrotnie opisów, by przejść następnie do badań, stojących w związku ze splenektomją. Operacja ta bowiem okazała się konieczną, gdyż chora, mimo korzystnych djetetycznych i ogólno-higjenicznych warunków, jakiemi się cieszyła w naszej klinice, co pewien czas skarżyła się na dość nagle występujące ogólne i miejscowe dolegliwości. Ogólne zaznaczały się mniej lub więcej silnemi dreszczami połączonemi niekiedy z bardzo lekkiem podniesieniem ciepłoty, zawrotami głowy, ogólnem osłabieniem i brakiem łaknienia. Miejscowe zaś dolegliwości zwykle występowały, jako stałe, czasem napadowo wzmagające się, bóle w okolicy żołądka i prawego podżebrza, promieniujące ku krzyżowi i prawej łopatce, tak silne, że nawet dość znaczne dawki morfiny z atropiną zaledwie były w stanie je uśmierzyć. Podobne senzacje w okolicy śledziony rzadziej występowały i były mniej wyraźne. Objektywnie dawało się w tych okresach stwierdzić napięcie powłok brzusznych i obolałość ich przy lekkim nawet dotyku, silne powiększenie śledziony, które w ciągu 2—3 dni znów znikało, mniej silne powiększenie wątroby i wyraźna żółtaczka. Mocz zawierał wtedy bardzo znaczne ilości urobiliny i urobilinogenu, w surowicy większe niż poprzednio ilości bilirubiny. Całość robiła wrażenie ataków kamieni żółciowych, niezupełnie typowych i, jak później zobaczymy, przypuszczenie takie było poniekąd istotnie uzasadnione.

Przyczyn takich ataków, których w ciągu 5-iu miesięcy spostrzegano około 7, trudno się było doszukać. Niekiedy wydawało się, że wpływy cieplne (n. p. ostudzenie ciała) lub podrażnienie nerwowe, łatwe do wywołania u kapryśnej i pobudliwej chorej, odgrywało jakąś rolę. Wyraźnego związku z nieregularnie i słabo powtarzającemi się perjodami nie można było zauważyć. Natomiast udało się spowodować typowe napady bardzo prostym zabiegiem Wychodząc z założenia, że nasilenie zachorzenia wywołane jest wzmożonem z jakiejkolwiek przyczyny napadowym rozpadem czerwonych krwinek, wstrzykiwaliśmy jej, nie chcąc stosować toluolendiaminy i fenylhydrazyny, wodę przekroploną dożylnie w dawkach od 20 do 30 cm sz. Za każdym razem wystąpił zwykły atak, raz po 20 cm. sz. bezpośrednio, ale krótkotrwale, drugi raz, po 30 cm. sz., nieco później, ale o dłuższym przebiegu. Podobnie zachowała się po zastrzyku wody przekroplonej chora Nr. I. Przytem śledziona była zawsze bardziej powiększona niż poprzednio, a równocześnie urobilinogen w moczu i bilirubina we krwi znacznie się wzmogły. Zajmujące jest, że po splenektomji ataki, wywołane u chorej Nr. IV zastrzykami dożylnemi wody przekroplonej, występowały wprawdzie, ale bardzo poronnie.

Spostrzeżenia te, które, o ile nam wiadomo stanowią pierwsze potwierdzenie na człowieku doświadczeń, podejmowanych swego czasu przez Hayem'a, Lesné i Ravault'a i Widal'a, Abrami i Brulé'go na zwierzętach, dowodzą ponownie, że punkt ciężkości całego zespołu objawów, przedstawiających się klinicznie jako atak, leży nietyle w chorobliwej czynności śledziony i pokrewnych narządów, ile w nagłym rozpadzie krwinek z nieznanej dostatecznie przyczyny, nadmiernie osmotycznie czułych. Równocześnie skłoniły nas one do studjowania systematycznie wpływu zastrzyków wody przekroplonej w różnych stanach fizjologicznych i chorobliwych, które to badania może dadzą nam możność określania sprawności narządów krwiotwórczych i krwiobójczych. Z wyników pierwszej części tych naszych badań, podjętych wespół z p. Dr. Milewskim, spodziewamy się niedługo zdać sprawę.*)

*) Pierwsze doniesienie wygłoszone dnia 28. VI. 1922. na zebraniu Warsz. Tow. Biologicznego. (Przyp. przy kor.).

Mimo powyższe poglądy na patogenezę żółtaczki hemolitycznej, które później jeszcze rozważymy, zaleciliśmy jej poddanie się splenektomii, po której różni autorowie zagraniczni widzieli znaczną poprawę. Daliśmy się do tego spowodować faktem zupełnego zawiedzenia wszelkich zabiegów leczniczych i ogólno-higjenicznych. Wprawdzie p. prof. Leśniowski, którego zdania zasięgaliśmy w tej sprawie, radził nam poprzednio, podobnie jak to zaleca świeżo Moynihan, spróbować naświetlania roentgenowskiego śledziony, ale ze względu na możliwość wynikających z tego zrostów perysplenitycznych, któreby utrudniły ewentualną późniejszą operację, zaniechaliśmy takiej próby. Wobec tego prof. Leśniowski wykonał w marcu zeszłego roku wycięcie śledziony, które chora, pominąwszy drobne komplikacje ze strony płuc, doskonale zniosła.

Wycięta śledziona przedstawiała się jako kilkakrotnie w stosunku do normy powiększony narząd, ogromnie przekrwiony o zgrubiałej, pomarszczonej otoczce i wybitnie embrjonalnej zrazikowatości. Absolutne wymiary wynosiły 22 cm długości, 12 szerokości, 6,5 grubości (zamiast według Orth'a normalnie 13×8.5×3,5). Waga, natychmiast po operacji, z zachowaniem całkowitej w niej zawartej krwi przy pomocy podwiązania naczyń śledzionowych, okazała się czterokrotnie większa niż u normalnego człowieka t. j. 887 gr zamiast według Krause'go 221,5.

Rozbiór drobnowidowy śledziony zamierzano pierwotnie przeprowadzić możliwie dokładnie i w szczególności stwierdzić w usuniętym narządzie zawartość żelaza, rozwój tkanki łącznej i sprężystej, zachowanie się układu endotelio-retykularnego, a wreszcie zmiany ścian tętniczych, względnie ich otoczenia. Niestety trzeba było z przyczyn od nas niezależnych od tego planu odstąpić. Wszakże na podstawie protokółu badania mikroskopowego L. 137/1920 z zakładu p. prof. Hornowskiego badania wykonanego na kawałku narządu przesłanego nazajutrz po operacji, jako też z oględzin użyczonego nam łaskawie przez Dra Paszkiewicza skrawka zabarwionego hematoksyliną i eozyną budowa śledziony przedstawia się w naszym przypadku następująco:

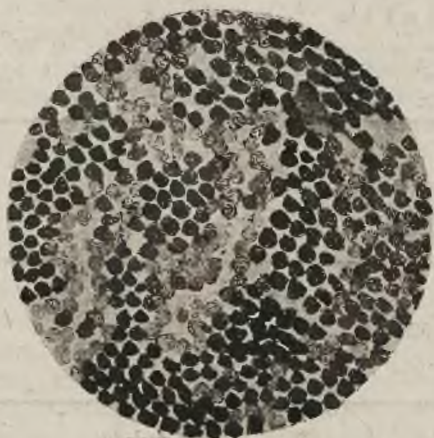
Torebka śledziony zgrubiała. Beleczki również dość grube: przy małem powiększeniu znajduje się ich w polu widzenia 1—2—3. Ciałka Malpighiego niezbyt liczne, choć dobrze zachowane Są pola, gdzie widać po 1—2—3 ciałka, obok nich wszakże szereg sąsiednich pól, gdzie tych ciałek zupełnie brak. Miąższ śledzionowy w stanie prawie zupełnego zaniku. Przestrzenie między beleczkami i drobnemi rozgałęzieniami beleczek („zręby") wyraźnie zgrubiałe i wypełnione czerwonemi ciałkami w nadmiernej ilości, br. nierówno. Zatoki spłaszczone, niekiedy nieledwie widoczne, wyłożone dość dużemi komórkami nabłonkowemi, w których daje się stwierdzić ziarenka barwika. We wnętrzu zatok stosunkowo mało krwinek, często wylugowanych. W miąższu, zwłaszcza wśród wylewów krwi, tu i ówdzie dość duże komórki o wyglądzie makrofagów, zawierających mniejsze lub większe ziarenka barwika. Pozatem między komórkami złogi barwika krwi (hemosyderyny). Zmian w naczyniach niema. Całość mówi o wybitnej długotrwałej zastoinie w śledzionie (p. rycina Nr. 1).

Powyższy obraz przypomina więc bardzo wyniki dawniejszych badaczy jak Minkowski, Guizetti, Vaquez i Aubertin, Gandy i Brulé, Eppinger i wreszcie niedawno opisany przypadek Pennato'a. Charakterystycznem znamieniem przeobrażeń śledziony jest, jak i tam, ogromne przekrwienie narządu, które dotyczy prawie wyłącznie miąższu, zaciera wszelkie ślady budowy i powoduje dość znaczne niekiedy wylewy. Przekrwienie to pozostawiające dość wolne zatoki, odpowiada raczej, jak słusznie zaznaczają Ménétrier i Gauckler, nadmiernej czynności, niżli biernemu zastoinowemu stanowi narządu. Przemawiają za tem również złogi barwikowe i obecność niebardzo licznych makrofagów.

Zachodzi teraz pytanie: jaki skutek wywarła splenektomia na stan naszej chorej i jak na nią zareagował ustrój i jego pojedyncze części składowe. A więc, o ile chodzi o pierwszą sprawę, to jest o wpływ na samopoczucie i przebieg zachorzenia, to należy stwierdzić stanowczą poprawę; ataki bólowe bowiem, na które się chora dawniej bardzo często skarżyła, stały się rzadsze i nie występowały już zwykle z wymiotami, dreszczami i ogólnem osłabieniem. Wszelako kolki w pierwszych miesiącach wciąż jeszcze chorą trapiły, choć zmieniły nieco swój charakter i umiejscowione były wyłącznie w prawem podżebrzu. W pół roku po zabiegu chora, poza dziwnemi okresami rozwolnienia, których poprzednio

nie znała, wróciła prawie zupełnie do zdrowia, tak że wyszukała sobie jakieś zajęcie.

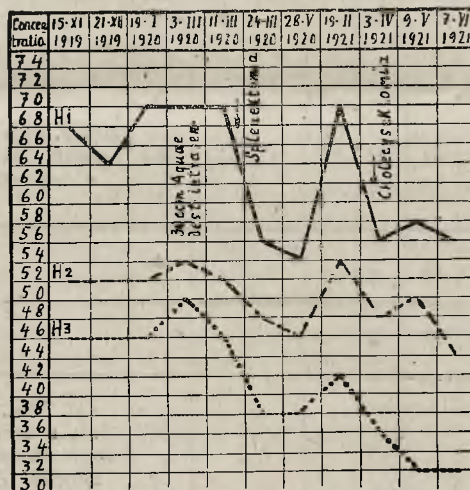
Rycina Nr. 1



Chora Nr. IV. Skrawek drobnowidowy z wyciętej śledziony barwiony hematoksyliną i eozyną. Optyka: Leitz, objektyw Nr. VI, okular kompens. Nr 12. Rycina wykazuje brak wszelkiej budowy w śledzionie i ogromne jej przekrwienie, które naogół nie dotyczy zatok, spłaszczonych i zawierających zaledwie pojedyńcze czerwone krążki.

Również na stan przedmiotowy wyjęcie śledziony nie pozostało bez widocznego wpływu, jak widać z załączonej na str. 676 tablicy przedstawiającej wyniki hematologicznego badania. Dotyczy to przedewszystkiem zachowania się odporności odwłóknionych i przemytych czerwonych krwinek, które graficznie

Rycina Nr. 2.



Chora Nr. IV. Zachowanie się odporności czerwonych krążków na roztwory hypotoniczne w czasie $1\frac{1}{2}$-rocznej obserwacji. Z ryciny wynika, że odporność krążków po splenektomji wprawdzie się powiększyła, ale wcale jeszcze nie powróciła do zwykłych granic.

w ciągu przeszło półtorarocznej obserwacji ilustruje rycina Nr. 2. Wynika z niej, że początek hemolizy, który początkowo wahał się między rurką 64 a 70, wkrótce po operacji opadł do rurki 56a nawet 54. Wprawdzie przy ciężkim ataku żółtaczki stan ten się znów pogorszył, ale tylko przejściowo, gdyż ostatnie badania wykazywały H_1 już w rurce 56. Jeszcze wyraźniej zaznaczyło się polepszenie w stosunku do zupełnej hemolizy, która z 46 opadła do 32. Jednakowoż tak pod względem H_1 jak i amplitudy odporności, wynoszącej zwykle 30 (od 42—12) nie nastąpił wcale powrót do normy. Najmniejszą amplitudę przy wielkiem H_1 (70) stwierdzono u chorej po zastrzyku wody przekroplonej. Wreszcie podkreślić należy, że różnicy między odpornością krwinek z żył obwodowych i żyły śledzionowej jak też i między działaniem obu osoczy nie stwierdzono.

W związku z wzmożoną odpornością zmniejszyła się także ilość bilirubiny we krwi. Wobec braku odpowiednich odczynników nie mogliśmy różnicy tej uwydatnić liczbowo; wszakże już rezultat jakościowej reakcji Hijmans van den Bergh'a, na początku bardzo wyraźnej, a w końcu zaledwie widocznej, wystarcza zupełnie do wyrobienia sobie pojęcia w tej mierze. Równolegle ze zmniejszeniem się zawartości bilirubiny w surowicy odczyn na urobilinę i urobilinogen z nadzwyczajnie silnego stał się słabym. (D. n.)

Z praktyki.

Dr. H. Allerhand. Lwów.

Sól morszyńska jako doskonały środek pomocniczy w higjenie jamy ustnej *).

Pragnąłbym podzielić się z Szan. Kolegami spostrzeżeniami, poczynionemi przezemnie w ostatnich czasach nad działaniem soli morszyńskiej przy stanach zapalnych jamy ustnej. Pozostawiając teoretyczne opracowanie i uzasadnienie na później, przedstawię tylko pokrótce na podstawie swych dotychczasowych wyników, wskazania do leczenia solą morszyńską i sposób leczenia.

Korzystne działanie soli kuchennej na błonę śluzową jamy ustnej znane było oddawna; wśród ludu rozpowszechniony jest zwyczaj »czyszczenia zębów« solą za pomocą palca wskazującego. Ostatnie czasy przyniosły olbrzymi rozwój dentystyki i wskazały jej należne miejsce wśród innych specjalności lekarskich, z któremi ściśle jest związana, uczyniły też uzasadnionem zdanie, brzmiące w pierwszej chwili nieco paradoksalnie, iż: »dentysta winien więcej, niż o zęby chorego, dbać o części miękkie jamy ustnej«. Szczegółowe staranne badania, przeprowadzone na bardzo znacznym materjale, pochodzącym ze wszystkich warstw społecznych, wykazały, iż stany zapalne śluzówki ustnej są nadzwyczaj rozpowszechnione. Naturalnie, iż zachodzą tu wielkie różnice ilościowe, obejmujące zapalenie, ograniczone do bardzo małego odcinka śluzówki n. p. jednej lub niewielu brodawek dziąsłowych międzyzębowych lub zjawiające się pod postacią obwódek zaczerwienionych dookoła pojedyńczych zębów (*gingivitis marginalis*), aż do najcięższych postaci rozlanego wrzodziejącego zapalenia jamy ustnej (*stomatitis ulcerosa*). Pomiędzy obu schorzeniami znaleść można cały szereg postaci przejściowych, różnych co do nasilenia, umiejscowienia, czasu trwania i rozległości, lecz przedstawiających tylko ogniwa jednego łańcucha. Wspólną im jest też i etjologja: przewlekły uraz mechaniczny, powodujący podrażnienie i rozpulchnienie śluzówki i ułatwiający temsamem wtargnięcie drobnoustrojów, w jamie ustnej posorzytujących. Czynnikiem urazowym jest nader często kamień zębowy, a pozatem ostre brzegi korzeni lub odłamanych zębów, próchnicze zęby ze zniszczonemi powierzchniami stycznemi, złe wypełnienia, nieodtwarzające należycie rzeczywistych kształtów zęba, niedokładnie przystosowane zęby ćwiekowe, korony, mostki i dostawki płytkowe i i.

Stan zapalny śluzówki może przez długi czas pozostać umiejscowionym na bardzo małej przestrzeni i nie sprawiać choremu dolegliwości podmiotowych, lecz z chwilą pojawienia się przyczyny wywołującej, może wzmódz się bardzo, rozprzestrzenić się na znaczny obszar śluzówki ustnej i spowodować objawy podmiotowe i przedmiotowe o znacznem nasileniu. Przyczynę wywołującą stanowić może zmniejszenie odporności wskutek unieruchomienia pogotowia obronnego ustroju, jako wynik ciężkich chorób lub złego stanu odżywienia. Wojna światowa i stan powojenny przyniosły olbrzymie wzmożenie się częstości tych schorzeń, zwłaszcza w krajach, cierpiących przewlekły głód, n. p Niemcy, Austrja. Podobnie, jak zapalenia dziąseł były zjawiskiem nadzwyczajnie rozpowszechnionem wśród wojsk biorących udział w wojnie światowej, zwłaszcza w oddziałach znajdujących się w niekorzystnych warunkach higjenicznych, n. p. w okopach, i to nawet w armjach najlepiej zaopatrzonych, n. p. w armji amerykańskiej (»*trench mouth*«), tak też równie rozpowszechnione jest zapalenie jamy ustnej wśród ludności cywilnej, dotkniętej pośredniemi skutkami wojny, a przedewszystkiem niedoborem żywnościowym, czyli poprostu głodem. Czynniki zakaźne,

*) Doniesienie tymczasowe, podane na Zebraniu Delegatów Lwowskiego Towarzystwa lekarskiego do Towarzystwa lekarzy polskich b. Galicji, dnia 9. VII. 1922.

TABLICA Nr. 1.

Przypadek IV. Marta K., hematologiczne badania.

Data	Hgbl. %	Czerw. ciałka (miliony)	Wskaźnik	Białko w surowicy	Mocznik w surowicy	Odporność krwinek	Bilirubina w surowicy	Białe ciałka: Ilość	Li. %	P. %	Mo. %	N. %	E. %	B. %	My. %	Mocz: Ub.	Ubg.	UWAGI
15/XI. 1919	80	4.060	0.99	7.85	0.32‰	H_1 68 H_2 52 H_3 46	++	13.600	9	1	9	78	3	—	—	+	++	
21/XII. 1919	62	4.120	0.76	—	—	H_1 64 H_2 52 H_3 46	—	12.500	22	5	7	62	³/	—	—	(+)	++	
9/I. 1920	40	4.050	0.49	—	—	—	+	11 400								+	++	
1[illegible]/I. 1920						H_1 70 H_2 52 H_3 46										+	++	Kryoskopia 22/II. δ= —0,595.
3/II. 1920						H_1 70 H_2 54 H_3 38	+++									++	++	Po ataku.
11/III. 1920	65	3.430	0.95	8.2	0.52‰	H_1 70 H_2 52 H_3 46	+	16.800	23	3	7	64	3	—	—	+	++	
29/III. 1920	65	3.600	0.9	—	—	H_1 56 H_2 48 H_3 38		8.200	28	1	6	64	0	0	1	(+)	+	20/III. Splenektomia potem lekka broncho-pneumonia.
I/V. 1921	72	37.30	0 96					20.000	30	3	8	56	2	1			+	
21/V.	90%	4.190	1.1	8.2	0.40			24.900	33	1	6	56	3	1				
28/V.						H_1 54 H_2 46 H_3 38	(+)											Od 7/IV. prawie stale uporczywe rozwolnienie. Kryoskopia: δ= 0,58.
18/VI.	95	4.850	0.98					22.700								—	+	
11/II. 1921	75%	3.980	1.03	8.0				15.400	24	4	6	63	3	—	—	(+)	++	Od 31/VI. 1920 do 7//II. 1921 poza kliniką. Kryoskopia: δ= —0,575.
19/II.						H_1 70 H_2 56 H_3 44	+									—	+	Ciężki atak żółtaczki.
3/IV.						H_1 56 H_2 50 H_3 36												Przechodziła lekką szkarlatynę.
9/V.					0 42	H_1 58 H_2 52 H_3 32												Przechodziła cholecystektomię i apendektomię, δ= —0,575.
13/IV.	105%	6.010	0.88	8.4			(+)	33.600	34	6	12	46	2	—	—	—	+	
7/VI.	108%	6 030	0.9			H_1 56 H_2 48 H_3 32	?	21.300	38	6	11	42	3	—	—	—	(+)	

odgrywające przytem znaczną rolę i powodujące rozpowszechnianie się cierpienia, nie są jeszcze dokładnie znane, niemniej jednak, choć w zrozumieniu etjologji są jeszcze pewne luki, to jednak zapobiegawczo winniśmy działać energicznie, tembardziej, iż posiadamy środki zapobiegawcze i lecznicze, nader skutecznie działające.

Jednym z tych środków jest według mych dotychczasowych spostrzeżeń sól morszyńska, środek łatwo przystępny i względnie tani. Stosowanie go jest przytem nader proste: do celów leczniczych należy wyjąć z oryginalnego słoika na szkiełko zegarkowe suchą łyżeczką nieco kryształków, słoik szczelnie zamknąć napowrót (ze względu na hygroskopijne własności soli morszyńskiej), i następnie wacikiem wcierać kryształki soli w chore dziąsła. Przez to uzyskuje się działanie tonizujące i odwadniające na obrzmiałą i zapalnie zmienioną błonę śluzową i wzmaga się jej własności obronne. Po kilkakrotnem stosowaniu można spostrzec, iż przekrwienie i obrzęk ustępują, dziąsło obciąga się prawidłowo dookoła szyjek zębowych, brodawki wracają do stanu prawidłowego, krwawienie ustaje i znika nieprzyjemny odór z ust. Prócz stosowania soli morszyńskiej przez lekarza, winien chory sam też współdziałać, używając soli morszyńskiej do codziennego czyszczenia zębów obok zwykle używanych proszków i past. W tym celu poleca się przesypanie soli z oryginalnego słoika o dość wąskiej szyjce do pudełka aluminiowego lub celuloidowego, szczelnie zamykalnego, (w rodzaju pudełek na mydło), nabieranie zeń suchą szczotką do zębów odpowiedniej ilości i czyszczenie zębów ruchami poprzecznemi i równoległemi do osi długich zębów, przez co sól zostaje wtarta w dziąsła, a wszystkie zaułki oczyszczone. Do oczyszczenia mechanicznego szkliwa zębowego można użyć kredy dobrze sproszkowanej, a do płukania obfitej ilości czystej wody, w której reszta soli się rozpuści. Takie czyszczenie zębów winno być też stosowanem codziennie nietylko jako leczenie zapaleń już istniejących, lecz wogóle jako środek zapobiegawczy, przez wszystkie osoby o »słabych dziąsłach«, skłonne do krwawienia z dziąseł, osadu kamienia i ropotoku zębodołowego. Wogóle u każdego, a zwłaszcza u dzieci, taka codzienna higjena ustna przy użyciu soli morszyńskiej jest wskazana ze względu na przyjemne uczucie świeżości, które pozostawia w jamie ustnej, a dla lekarzy otwiera się wdzięczne pole do popularyzacji higjeny ustnej, tak zagranicą rozpowszechnionej, przy użyciu środków swojskich a niedrogich, czyniących zbędnemi niezliczone drogie preparaty, cieszące się dzięki szumnej reklamie u publiczności wziętością, nie znajdującą uzasadnienia w jakości i w działaniu.

Sprawozdania poglądowe.

Doc. Dr. Jan Grek. Lwów.

O durze osutkowym.

Ze Szpitala wojskowego L. 2. (epidem.) we Lwowie. (Dowódca ppłk. lek. dr. Grek) i Kliniki lekarskiej Uniw. J. K. (Dyrektor Prof. Dr. Rencki).

(Dokończenie).

Rozporządzając w naszym szpitalu tak obfitym materjałem i będąc w możności uzyskania dowolnej ilości surowicy krwi ozdrowieńców po durze osutkowym, stosowaliśmy tę surowicę również jako środka leczniczego w szeregu przypadków, a uwagi, jakie mi się mogły nasunąć przy tem leczeniu, w krótkości tutaj przedstawię.

Krew celem uzyskania surowicy pobieraliśmy od ozdrowieńców, u których dur osutkowy był poprzednio bezwzględnie stwierdzony, tak na podstawie przebiegu i objawów klinicznych, jakoteż na podstawie dodatnich wyników odczynu Weil-Felix'a. Pobieraliśmy krew, zachowując ściśle aseptykę, z żyły łokciowej w ilości 20—100, a nawet i więcej ccm od jednego osobnika, w okresie 7—12-dniowym, licząc od spadku gorączki. Z krwi tej przygotowaną została surowica w Zakładzie higjeny tut. Uniwersytetu przez Prof. Dra Kučerę. Przed oddaniem tej surowicy do użytku badaną ona była bakterjologicznie, a także i na odczyn Wassermanna, celem możności zaś utrzymania jej czas dłuższy w stanie niezmienionym, zaprawioną została 0·5% fenolem.

Surowicę tę zastosowaliśmy u 10-ciu chorych na dur osutkowy, a staraliśmy się użyć jej w jaknajwcześniejszym okresie choroby, gdy tylko zjawiające się na skórze pierwsze plamki występującej osutki pozwoliły nam na pewne rozpoznanie. Specjalnie chorych do tego leczenia nie wybierano, braliśmy ich tak, jak nam się nadarzali, starając się przytem, o ile to było możliwe, unikać przypadków, które mogłyby się zapowiadać jako w przyszłości specjalnie ciężkie lub lekkie.

Ilość surowicy, stosowana w poszczególnych przypadkach u rozmaitych chorych, była bardzo różna, gdyż wynosiła 2—50 ccm, a stosowaną była dożylnie, także i wśródmięśniowo.

Z tych 10-ciu przypadków u jednego chorego zastosowaliśmy tę surowicę dwukrotnie po 2 ccm dożylnie, poraz pierwszy z chwilą ukazania się osutki, poraz wtóry, w dwa dni później, przy osutce zupełnie rozwiniętej; w drugim przypadku użyliśmy surowicy więcej, gdyż 5 ccm również dwukrotnie, w tych samych okresach, wstrzykując ją wśródmięśniowo. W następnych 4-ch przypadkach ilość wstrzykniętej dożylnie surowicy wynosiła 5 ccm. w okresie pojawiania się osutki; u jednego chorego w tym samym okresie wstrzyknęliśmy 20 ccm surowicy. U tych 7-miu chorych bezpośrednio po wstrzyknięciu żadnych widocznych zaburzeń ani też jakiegokolwiek następczo dodatniego wyniku działania surowicy tak pod względem uczucia podmiotowego chorego, jakoteż objawów przedmiotowych zauważyć nie mogliśmy. Przebieg i długość choroby, u tych w ten sposób leczonych chorych, był zupełnie podobny do przebiegu cierpienia u innych chorych, pozostających w tym czasie w szpitalu, na tym samym oddziele, lub na tych samych salach. Bardzo obfitej krwotocznej wysypki, ciężkich zaburzeń mózgowych i ciężkiego ogólnego przebiegu choroby, jaki mieliśmy u dwóch naszych chorych, którym wstrzyknięto po 5 ccm surowicy dożylnie, nie chcę przypisywać ujemnemu działaniu surowicy, gdyż, jak nas doświadczenie dowodnie pouczyło, często w przebiegu tej samej epidemji, przy zakażeniach z tego samego źródła pochodzących, występuje rozmaity, co do natężenia i szczegółów, przebieg, a zresztą podobnie ciężkie przebiegi mieliśmy wówczas i u innych chorych leczonych symptomatycznie.

Trzy ostatnie w ten sposób leczone przypadki zasługują więcej na uwagę, ich też historję przebiegu choroby w krótkości tu przytoczę.

Przypadek I.

B. J., l. 22, szeregowiec 18. VIII. W wywiadach podaje, że chory jest od pięciu dni i skarży się na silne bole głowy i gorączkę. S t a n o b e c n y: Dobrze zbudowany i odżywiony, twarz pełna, jakby nalana Gruczoły podszczękowe i szyjne powiększone, niebolesne. Na skórze tułowia nieliczna osutka. Spojówki nastrzykane. Język obłożony, błona śluzowa gardła i migdałków lekko obrzękła, zaczerwieniona. Płuca bez zmian. Tony serca czyste, tętno dość dobrze napięte, 112 uderzeń na minutę. Śledziona macalna jako opór. Ciepłota 39·8° C. R o z p o z n a n i e: Dur osutkowy. 19. VIII. Osutka na tułowiu i kończynach górnych znacznie wyraźniejsza. Ciepłota 40·5° C. 20. VIII. Osutka rozleglejsza jak poprzednio, pojawiła się również i na dłoniach, obu pachwinach, kończynach dolnych, sięgając aż do stóp. Na tułowiu i kończynach górnych plamki nie znikają już pod uciskiem. Ciepłota waha się między 40·1° C a 40·6° C, tętno zmienne między 96 a 120, dobrze napięte. Wstrzyknięto dożylnie 40 ccm surowicy ozdrowieńców. Chory spokojny, śpi. 21. VIII. Chory niespokojny, ucieka ciągle z łóżka, uskarża się na ból w brzuchu Język silnie obłożony, lekkie wzdęcie brzucha. Osutka obfita, częściowo krwotoczna. Ciepłota około 40° C, tętno 128. 22. VIII Chory spokojniejszy nieco, uskarża się na gniecenie w dołku podsercowym. Osutka zaczyna przyjmować zabarwienie żółtawo-bronzowe. Ciepłota między 39·6 a 40° C. 23. VIII. Chory bardzo niespokojny, z trudnością daje się utrzymać w łóżku. 24. VIII. Zupełnie nieprzytomny, jednak spokojny, leży nieruchomo. Pokarmów nie przyjmuje, mocz i kał oddaje pod siebie. Silniejsze nastrzykanie spojówek, silne poty twarzy i górnej części klatki piersiowej. Ciepłota 38·5° C. Tętno 126. 25. VIII. Nieprzytomny, jednak spokojny, blady z odcieniem sinawym. Źrenice wązkie. Osutka wyraźnie sina. Język podsychający. Drżenie rąk i całego ciała. Ciepłota spadła na 36·8° C przy tętnie drobnem, słabo napiętem, w ilości 140 na minutę. 26. VIII. Wybitne wycieńczenie, ogólny wygląd gorszy. Twarz z początkiem choroby pełna, okrągła, obecnie wyciągnięta, wychudzona, sina. Tętno miękkie, nierówne, 160 na minutę. Ciepłota 38·8° C. Jeszcze wczoraj ani śladu odleżyn, dziś sine rozlane plamy w okolicy *malleolus externus* i po wewnętrznej stronie stopy lewej. Na obu pośladkach rozległa sinawa odleżyna. 27. VIII. Chory zmarł.

Przypadek II.

M. H., lat 44., internowany. Przyjęty do szpitala 21. VIII. rwieczorem. 22. VIII. Chory w wywiadach podaje, iż chory jest od

dni 5-ciu, skarży się na gorączkę, silne bole głowy i nóg. Stan obecny: dobrze zbudowany, średnio odżywiony. Twarz zaczerwieniona, spojówki nastrzykane. Język obłożony, wilgotny, o brzegach zaczerwienionych. Na skórze tułowia w okolicy barków i na ramionach nieliczne plamki i guzki. Płuca bez zmian. Tony serca nieco głuche, tętno dobrze napięte, 110 uderzeń na minutę. Śledziona macalna jako opór. Rozpoznanie: dur osutkowy. 23. VIII. Obfitsza wysypka w okolicy barków i przedramienia po stronie wewnętrznej. Ciepłota 39·5° C. Tętno 120. Odczyn Weil-Felix'a 1/50+, 1/100—. Wstrzyknięto wśródmięśniowo surowicę krwi ozdrowieńców w ilości 50 ccm. 25. VIII. Chory lekko zamroczony. Bardzo obfita osutka na tułowiu, częściowo krwotoczna. Ciepłota 39·2° C. Tętno 116, dość miękkie. Odczyn Weil-Felix'a 1/50 ++, 1/100 ++, 1/500 +. 27. VIII. Chory przytomniejszy, śpi spokojnie. Ogólny wygląd dobry. Ciepłota 39·5° C. Tętno 120. 29. VIII. Chory nieprzytomny. Na skórze wiele świeżych plamek. Ciepłota 39·5° C. Tętno 150, małe. Mocz oddaje pod siebie. 31. VIII. Ciepłota 38·5° C. Tętno 120. Lekka sztywność w karku, oddech Cheyne-Stokes'a. 2. IX. Chory nieco przytomniejszy, spokojny. Objaw Cheyne-Stokes'a znacznie słabszy. Silne drżenie rąk i nóg. Stolce wolne oddaje pod siebie, jak również mocz. Ciepłota 37·3° C. Tętno 114. 4. IX. Po rannym spadku, ciepłota 39·2° C przy tętnie 160, miękkiem. Bolesny obrzęk w okolicy gruczołu przyusznego lewego. Chory apatyczny, zamroczony, mocz i kał oddaje pod siebie. 6. IX. Bardzo silny bolesny obrzęk zapalny gruczołu przyusznego lewego. Chory zupełnie nieprzytomny, blady z odcieniem sinawym. Ciepłota 39° C. Tętno 150. Wyciek ropny z ucha lewego. 8. IX. Chory zmarł.

Przypadek III.

H. J., lat 21., szeregowiec, przyjęty do szpitala dnia 17. IX. w wywiadach podaje, iż przed 4 laty chorował na serce. Obecnie chory jest od tygodnia skarży się na ból głowy. Stan obecny: Średnio zbudowany i odżywiony. Język silnie obłożony, na końcu podsychający. Na skórze tułowia i kończyn górnych plamista osutka. Płuca bez zmian. Granice serca prawidłowe, tony czyste. Wątroba i śledziona macalne, niebolesne. Ciepłota 39·6 C, tętno 108, dość dobrze napięte. Rozpoznanie: dur osutkowy. 18/IX. Stan jak dnia poprzedniego. Wstrzyknięto dożylnie 5 ccm surowicy ozdrowieńców. 19. IX. Osutka bardzo rozległa, wielko- i drobnoplamista, nie znikająca pod uciskiem palca. Ciepłota 39·8° C, tętno lekko dwubitne, 100 uderzeń na minutę. 20 IX. Chory przytomny, wyraźnie apatyczny. Osutka zachowuje się jak dnia poprzedniego. Język podsychający. W płucach w partjach dolnych z tyłu, bardzo szorstkie szmery pęcherzykowe, nieliczne furczenia i świsty. Ciepłota 39·5° C, tętno 100. 21. IX. Chory zamroczony. Obfite wybroczyny do osutki. Po prawej stronie powyżej miednicy, po prawej stronie klatki piersiowej i okolicy obu barków wyraźny obrzęk na dość rozległych przestrzeniach o zabarwieniu sinem. 22. IX. Na kończynach dolnych, na skraju stóp, rozległe wystające nad powierzchnię plamy sino-czerwone. Chory prawie zupełnie nieprzytomny. Ciepłota 40·2° C. Tętno 120, małe. 25. IX. Wybroczyny i obrzęki bledsze, odgraniczają się ściśle. Tony serca głuche. Tętno dość miękkie, 110. Ciepłota 38·2° C. 28. IX. Chory zupełnie przytomny i swobodny. Ciepłota prawidłowa. Tętno 90. 2. X. W miejscach poprzednich wybroczyn i obrzęków powstają powierzchowne zgorzele, które odgraniczają się od otaczającej tkanki zdrowej. Po odpadnięciu tkanki, dotkniętej zgorzelą, pozostają powierzchowne ubytki, pokryte granulacjami. Po wygojeniu miejsc dotkniętych powierzchowną zgorzelą, chory zdrów opuścił szpital.

Przypadek pierwszy, który zakończył się śmiercią, jak równie przypadek trzeci, mają w przebiegu swoim pewne cechy podobieństwa. W przypadku pierwszym na dzień przed śmiercią, na kończynach dolnych w okolicy stóp, jak równie na obu pośladkach wystąpiły rozległe odleżyny, barwy sinej, w przypadku trzecim, tak na tułowiu jak również na kończynach dolnych, pojawiły się rozległe odgraniczone obrzęki, o zabarwieniu sinem, będące następstwem krwawych wylewów wśródskórnych. Miejsca te, później odgraniczając się ściśle od zdrowej tkanki, uległy powierzchownej zgorzeli. Powikłania tego rodzaju, aczkolwiek w bardzo rzadkich, wyjątkowych przypadkach, spotykaliśmy poprzednio i u innych chorych; u chorych, leczonych w tym czasie w szpitalu i w tym okresie epidemji, były one jedynemi. To też mimo woli nasuwa się myśl, czy powikłania te nie były następstwem szkodliwego zadziałania zastosowanej surowicy na ustrój chorych. W przypadku drugim, który zakończył się śmiercią, surowica nie potrafiła zapobiedz wystąpieniu ciężkiego powikłania pod postacią ostrego zapalenia gruczołu przyusznego.

Na dziesięć przypadków stosowania surowicy, mieliśmy dwa przypadki śmierci, a więc 20% śmiertelności. Tak wykiej śmiertelności u innych naszych chorych przez cały czas istnienia szpitala nie mieliśmy. A chociaż obliczanie śmiertelności z nizkiej liczby chorych może nam dawać błędne wyniki, to jednak sam przebieg choroby, u naszych surowicą leczonych chorych, zniechęcił nas zupełnie do takiego leczenia, nasuwając przekonanie, iż surowica ozdrowieńców nietylko nie ma żadnego dodatniego działania, lecz owszem sprowadzić może raczej złe następstwa. Dalszego więc stosowania tej surowicy zaniechaliśmy w przyszłości, pomimo, iż rozpoczynając doświadczenia w tym kierunku, mieliśmy początkowo zamiar wypróbować jej działalność na większej liczbie przypadków i w tym celu przygotowaliśmy już sobie naprzód większą ilość tej surowicy.

Nie lepsze wyniki lecznicze dał szereg preparatów chemicznych polecanych i stosowanych przez różnych lekarzy.

Chininę w dużych dawkach, z równoczesnem podawaniem alkoholu i stosowaniem kąpieli, poleca Murchison, o dobrych wynikach przy stosowaniu chininy wspomina również Mosler, podczas gdy Lebert używa tego środka tylko przy bardzo wysokiej ciepłocie. Wiener podaje chininę 3 razy dziennie po 0·5 gr, Hirsch radzi dawać choremu czas dłuższy małe dawki chininy, 5—6 razy dziennie po 0·20—0·25 gr, aby sprowadzić »trwałe chininizowanie«.

Optochinę polecali Meyer, Klink i Schlesies a także Mathes w dawkach po 0·25 gr, 6—8—10 razy dziennie, także podskórnie, a nawet dożylnie, jednak w mniejszych już dawkach i widzieli dodatni wpływ w poprawie podmiotowej i lżejszym przebiegu choroby. Przed stosowaniem optochiny przestrzega jednak Nordt. Stosując środek ten w dawce po 0·25 gr 6 razy dziennie w ciągu 3 dni, na 20 przypadków w ten sposób leczonych miał jeden przypadek zupełnej utraty, a 2 przypadki uszkodzenia wzroku. Brauer uważa optochinę w durze osutkowym jako środek zupełnie bezwartościowy. Hampel przez podawanie salicylu, zaś Pal aspiryny w małych dawkach od 0·10 do 0·25 gr, 4 razy dziennie, prócz przejściowego obniżenia ciepłoty nie mieli żadnych korzystnych wyników.

Wogóle stosowanie antipyretyków zostało dziś już zupełnie zarzucone, jako nieprowadzące do celu. Rosiewicz stosował kwas mleczny dożylnie w ilości $1-1^1/_2$ ccm 1%-wego wodnego rozczynu w odstępach jedno i dwudniowych. Prócz przejściowego spadku ciepłoty nie miał żadnych dodatnich wyników. Teichmann i Töpfer przy dożylnem podawaniu »fulmarginy« (kolloidalny rozczyn srebra) osiągali poprawę ogólną i lżejszy przebieg choroby. Coglievina stosując w pięciu przypadkach duru osutkowego podskórnie »dispargen« — preparat kolloidalny srebra otrzymany na drodze chemicznej — widział już po pierwszem wstrzyknięciu poprawę stanu podmiotowego, ustępowanie bolów głowy i zniżkę ciepłoty.

Bouygues zaleca preparaty kolloidalne złota i srebra, zaś Żółtowski widział w ciężkich przypadkach krwotocznych polepszenie dzięki wstrzykiwaniom elektraurolu i elektrohydrargolu. Munck, stosując dożylnie »nucleo-hexyl« w ilości 10 ccm, uzyskiwał spadek ciepłoty bez skrócenia trwania choroby. Środek ten zaleca również i Levy. Coglievina jak również Nordt mieli ładne wyniki stosując urotropinę i dochodząc stopniowo do 5 gr. tego preparatu dziennie. Przeciwnikiem stosowania urotropiny jest Lövy, zaś Sterling, stosując ten środek w kilkudziesięciu przypadkach, nie mógł się dopatrzeć żadnych dodatnich wyników. Również i my stosując urotropinę nie mogliśmy zauważyć jakiegoś korzystnego wpływu. »Neohexal« (dwie cząsteczki urotropiny z jedną cząsteczką kwasu sulfosalicylowego), stosowany przez Coglievinę w 19 przypadkach, miał mu przynosić poprawę stanu ogólnego, skrócenie czasu chorobowego itp. Krause stosował »tryposafrol« (*methylsaures Saffranin*), co do wartości tego środka wyraża się jednak Sterling bardzo sceptycznie. Polecany przez innych autorów błękit metylowy, jod pod postacią jodku potasu, lub nalewki jodowej, jakoteż atophan, nie dały nam u naszych chorych zachęcających wyników, jak również i wśródmięśniowe wstrzykiwania mleka.

Jak z przytoczonego powyżej wynika, brak nam jest dotychczas jakiegokolwiek specyficznie działającego środka leczniczego w durze osutkowym, jednak przestrzegając ściśle pewnych warunków higjenicznych, otaczając chorego celową opieką lekarską, a wreszcie stosując w miarę potrzeby cały szereg zabiegów i środków leczniczych w większości przy-

padków wpłynąć możemy na złagodnienie objawów chorobowych, a tem samem uratować życie chorego.

Najważniejszym warunkiem odpowiedniego leczenia jest pozostawienie chorego, nawet w lekkich przypadkach, w łóżku i to nietylko w okresie gorączkowym, lecz także w okresie zdrowienia, przez czas conajmniej dwóch tygodni, licząc od spadku gorączki. Obrzęki stóp i zakrzepy żylne występujące w rekonwalescencji, są bardzo często następstwem przedwczesnego opuszczenia łóżka przez chorego i nadmiernego ruchu. Zbyt wczesne wstawanie przedłuża okres zdrowienia, odbija się niekorzystnie na ogólnym stanie chorego, a także na układzie krwionośnym, wyczerpanym w mniejszym lub większym stopniu w czasie całej choroby.

Już Curschmann, na podstawie swoich doświadczeń z berlińskiej epidemji z 1870 roku, zaleca jaknajgoręcej pozostawianie chorego na wolnem powietrzu w odpowiednich porach roku, zaś w zimie w pokoju, przy stale otwartych oknach, przy równoczesnem opalaniu pokoju. Zapatrywanie to Curschmanna, może nie tak skrajne, utrzymało się dotychczas, zyskując między lekarzami wielu zwolenników. Dobre przewietrzanie pokoju chorego, a w odpowiednich porach roku stale otwarte okna, wpływają niewątpliwie dodatnio i na zachowanie się ciepłoty, a jeszcze może skuteczniej na układ nerwowy, zmniejszając dolegliwe bóle głowy, niepokój i bezsenność. Bezpośrednie wystawianie chorego na działanie promieni słonecznych, ma według Wertheimera, wpływać dodatnio na obniżanie ciepłoty, jakoteż szybkie znikanie osutki.

Szczególniejszą uwagę zwrócić nam należy na narząd krążenia, który w przebiegu duru osutkowego często tak bardzo bywa atakowany. Środki nasercowe, odpowiednio dobrane i dość wcześnie stosowane, czynią często przebieg choroby łagodniejszym, chronią w wielu wypadkach od powikłań a tem samem zmniejszać mogą procent śmiertelności.

Ze stosowaniem środków nasercowych nie należy jednak czekać zbyt długo; podane za późno, w czasie zupełnego wyczerpania chorego, podczas powtarzających się zapadów, spowodują może chwilową poprawę, nie potrafią jednak podtrzymać czas dłuższy coraz bardziej wyczerpującego się układu krwionośnego. To też u naszych chorych uciekamy się do pomocy środków nasercowych dość wcześnie, gdy tylko wystąpią pierwsze objawy zaburzeń w układzie krwionośnym, a więc zbyt przyśpieszone tętno, spadek ciśnienia, niemiarowość itp. Na czele tych środków stoi koffeina, oddziaływująca tak wybitnie na układ krwionośny obwodowy, którą podajemy, może najwcześniej, na wewnątrz lub też podskórnie, w dawkach zależnych od stanu chorego.

Drugim często przez nas używanym środkiem jest olejek kamforowy, który stosujemy podskórnie w niektórych przypadkach już z końcem pierwszego tygodnia, jakoteż w ciągu drugiego tygodnia a nawet w pierwszych dniach rekonwalescencji u chorych bardzo osłabionych, o upośledzonej akcji serca, niskiem ciśnieniu krwi itp. Do stale używanych przez nas środków w odpowiednich przypadkach należy także i naparstnica pod postacią czy to naparu czy też preparatów patentowych, między innemi digalen wśródmięśniowo lub dożylnie. Adrenalina, w dawkach $^1/_2$—1 cm podskórnie, powtarzana nawet w odstępach 2—3-ch godzinnych, przynosiła u naszych chorych tylko przejściowe polepszenie. Niepoślednią rolę odgrywa także i strychnina a wreszcie alkohol szczególnie pod postacią win wytrawnych lub też szampańskich, szczególnie w stanach silnego wyczerpania, grożącego zapadem.

Pilną uwagę winniśmy zwracać na jamę ustną i utrzymywać ją jaknajczyściej przez pilne płukanie środkami dezynfekcyjnemi, jakoteż oczyszczanie obłożonego języka. Tam, gdzie chory, wskutek stanu nieprzytomnego, sam nie może nam pomódz w czystem utrzymywaniu jamy ustnej, starania w tym kierunku, to jeden z pierwszych obowiązków pracy pielęgniarskiej. Częste zmiany w położeniu chorego, czasem pozycja na wpół leżąca, zapobiedz nieraz może powikłaniom ze strony płuc. Częste ogólne zmywanie chorego wodą z octem lub spirytusem, wpływają dodatnio nietylko na zniżkę ciepłoty, lecz również i na objawy mózgowe. U ciężko nieprzytomnych chorych, szczególnie oddających mocz i kał pod siebie, pamiętać winniśmy o możliwości odleżyn, którym odpowiedniem postępowaniem często możemy zapobiedz. Podczas całej pielęgnacji i wszystkich zabiegów, winniśmy zwracać pilną uwagę, aby chory nie wykonywał niepotrzebnych ruchów, aby w ten sposób nie wpływał ujemnie na działalność serca.

Djeta podczas wysokiej gorączki powinna być płynną, lecz posilną. A więc mleko w każdej postaci, rosół, kleiki, winna polewka itp. Wraz ze spadkiem gorączki, chory o ile tylko ma apetyt, powinien otrzymywać obficie potrawy pożywne, jak jaja, mięso, masło itp. Wogóle zachowywanie jakiejś specjalnej djety jest niepotrzebne, dbać jednak należy, aby chorym podawać szczególnie w czasie wysokiej gorączki, jak najwięcej płynów np. pod postacią słabej herbaty, lemoniady, wody z winem lub sokiem, lekkiego wina itd. Występująca czasem biegunka mija zwykle samoistnie, gdy się przewleka lub zbyt męczy chorego, zastosowanie odpowiednich środków, jak bizmut, tannalbina, a także opium, przynosi dobry efekt. Towarzyszące durowi osutkowemu w większości przypadków zaparcie stolca usuwamy najlepiej zapomocą lewatyw.

Wobec silnego podrażnienia chorych w przebiegu duru osutkowego, konieczne jest zachowanie ze strony osób pielęgnujących jak największego spokoju, jak najdelikatniejszego obchodzenia się z chorym. Doskonale uspokaja często osobniki podrażnione zwykły zimny okład, a nawet lodowy na głowę, lub też, co lepsze chłodnik Leiter'a, kojący czasami bardzo dobrze i dokuczliwe bóle głowy. U chorych silnie podnieconych, zrywających się, dobre wyniki dają nam zawijania w mokre prześcieradła lub też kąpiele, ciepłota tych kąpieli nie powinna być jednak niższą, jak 34—35° C. Zabiegi te jednak przeprowadzać można tylko przy personalu pielęgniarskim dobrze wyszkolonym, lekarz musi zwracać uwagę na układ krążenia, aby zamiast ulgi, nie przynieść choremu szkody. U osób bardzo niespokojnych, majaczących i zrywających się, u których z jakichkolwiek względów stosowanie środków wodoleczniczych nie jest wskazane, uspokojenie a nawet sen osiągnąć możemy przy pomocy 0.0005 gr. skopolaminy, wstrzykniętej podskórnie, którą to dawkę, ewentualnie w razie potrzeby możemy powtarzać. W przypadkach o ciężkich objawach mózgowych korzystne wyniki osiągał Liebermann przez nakłucie lędźwiowe i wypuszczenie około 20 cm^3 płynu mózgo-rdzeniowego. Zabieg ten stosował w szeregu przypadków Rosiewicz i Margulis z korzystnym wynikiem, przyznając mu dodatni wpływ na objawy nerwowego podniecenia. Nieliczne nasze doświadczenia w tym kierunku nie potrafiły nas zachęcić do częstszego stosowania tego zabiegu.

Dokuczliwe bóle głowy, o ile wyżej wspomniane zabiegi nie przynoszą ulgi, łagodzić możemy podawaniem małych dawek aspiryny, fenacetyny, pyramidonu i tp., uważając jednak, aby przy stosowaniu tych środków nie wywoływać zbyt silnego obniżenia ciepłoty, a tem samem nie działać ujemnie na serce.

W wielu przypadkach środków zaradczych wymaga bezsenność, która tak często przez szereg nocy bardzo dokucza chorym. Jeden ze środków nasennych, a najczęściej używany przez nas, veronal w dawce 0.50 gr., czysty lub też w połączeniu z morfiną, codeiną lub pantoponem w ilości 0.01 gr., usuwał zwykle tę przykrą dla chorych dolegliwość.

Polecane w okresach grożącego zapadu podskórne wlewania rozczynu soli fizjologicznej w ilościach 500—1000 gr., nawet przez parę dni z rzędu, stosował Merunowicz jako metodyczne leczenie w durze osutkowym. Począwszy od 7 lub 8 dnia choroby, względnie zaraz po ustaleniu rozpoznania, wstrzykuje on u swoich chorych, w każdym cięższym przypadku, co dzień po 250 gr. fizjologicznego rozczynu soli kuchennej (6 gr. chlorku sodowego na 1000 gr. wody destylowanej) przy zachowaniu aseptyki, w pośladki lub w powłoki brzuszne, u kobiet w sutki. W bardzo ciężkich przypadkach wlewania powtarza dwa razy dziennie. Postępowanie to daje mu bardzo dobre wyniki, a mianowicie: obniżenie ciepłoty, zwolnienie i poprawę w napięciu tętna, podniesienie parcia krwi, ustąpienie bólów głowy, rzadkie występowanie

podniesień nerwowych, euforyę, a wreszcie brak powikłań. Procent śmiertelności wynosił przy tego rodzaju postępowaniu zaledwie jeden. Dzięki temu leczeniu środków nasercowych, jak kamfora, koffeina, digalen i tp. używa tylko wyjątkowo.

Wymioty wikłające czasem przebieg duru plamistego łagodzimy podawaniem kawałeczków lodu do połykania, paru kroplami nalewki jodowej, validolu i tp. Męczącą bardzo chorego, szczególnie wskutek swej uporczywości, jest czkawka, trwająca nieraz bez ustanku po całych dniach i nocach, wobec której często jesteśmy bezradni. Morfina i jej pochodne potrafią tylko czasami przynieść ulgę.

Obrzęk gruczołów na szyji i następowy ucisk na tchawicę, wymagać może w pewnych przypadkach zabiegu operacyjnego. Zaburzenia ze strony oczu, zresztą dość rzadkie, jakoteż często występująca jedno lub obustronna głuchota, nie wymagają żadnego leczenia, gdyż ustępują samoistnie. Poczynającą się zgorzel leczymy okładami z płynu Burowa, dłużej trwającemi częściowemi letniemi kąpielami, lub też ciepłemi okładami, starając się w razie zaburzeń w krążeniu, wyrównywać je zapomocą środków nasercowych. Dalej posunięte zgorzele wymagają zabiegu chirurgicznego.

Zdrowienie po durze osutkowym trwa nieraz bardzo długo, upływają tygodnie, a nawet miesiące, zanim chory powróci do pełni swych sił fizycznych i umysłowych. Spokój fizyczny i psychiczny, dobre żywienie się, pobyt na świeżem powietrzu, w górach lub nad morzem, usuwa zwykle bez śladu przykre następstwa przebytego cierpienia. Zwracać należy przedewszystkiem uwagę na rekonwalescentów z dawną, nawet nieczynną gruźlicą, u tych bowiem osobników, zaostrzenie się sprawy chorobowej nie należy do rzadkości.

Przebycie duru osutkowego zabezpiecza człowieka od powtórnego zakażenia na przeciąg około 5-ciu lat, a prawdopodobnie i na dłużej. U chorych, którzy w naszym szpitalu przebyli dur plamisty, powtórnego zakażenia nigdy nie stwierdziliśmy. Przy powtórnem zapadnięciu na tę chorobę, liczyć się musimy jednak także i z tym momentem, czy poprzednie schorzenie, o którem chory twierdzi w wywiadach, że było durem osutkowym, w rzeczywistości, ponad wszelką wątpliwość, nie było jakiemś innem cierpieniem. W czasie bowiem panujących silnych epidemji łatwo zdarzyć się może, iż inna choroba zakaźna, jak influenza, dur wrzekomy, powrotny i tp. pójść może na karb duru osutkowego.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Bulletin de la Soc. Méd.
Nr. 30. 1921.

E. Rist i M. Weiss. **Objawy przemijającego basedowizmu w następstwie tracheobronchoskopji.** Autorzy zauważyli niejednokrotnie, że u chorych, badanych za pomocą endoskopji krtaniowej, podczas samego badania i przez pewien czas po niem, występują objawy, przypominające w wysokim stopniu chorobę Basedowa, a mianowicie: rozszerzenie szczeliny ocznej, wysadzenie gałki ocznej *(exophthalmus)*, objaw Graefego, tachykardja i drżenie rąk — objawy te po upływie 24 godzin znikają bez śladu. W 2 przypadkach zanotowano bardzo szczegółowo te wszystkie objawy (w szpitalu Laenneca). W przypadku 1-szym, u 30 letniego mężczyzny, natychmiast po wyjęciu bronchoskopu zauważono rozszerzenie szczeliny ocznej, exophtalmus (wytrzeszcz), objaw Graefego bardzo wyraźny. Tętno 164. Drżenie palców rąk szybkie, o drobnych oscylacjach. W godzinę później tętno 84, ciepłota 37.8, drżenie nieznaczne, wytrzeszcz, objaw Graefego słabszy. Objawy te trwały do wieczora. Nazajutrz tętno 96, drżenie nieznaczne. Wytrzeszczu i objawu Graefego niema. Dni następnych wszystkie objawy zniknęły. W przypadku 2-gim, u 9 letniego chłopca, w 6 godzin po bronchoskopji znaleziono rozszerzenie szczelin ocznych, wybitny wytrzeszcz i objaw Graefego. Tętno 108. Drżenia niema. Nazajutrz rano objaw Graefego ustąpił; na drugi dzień — reszta objawów przeszła. W przypadku 2-gim badanie było wykonane w uśpieniu chloroformowem, co usuwa w danem spostrzeżeniu czynnik psychiczny. Zastanawiając się nad przyczyną powyższych zjawisk, autorzy odrzucają przypuszczenie, że zachodzi tu podrażnienie nerwu współczulnego szyjnego, gdyż ten jest zanadto oddalony od tchawicy i krtani; byłoby to raczej możliwe przy wykonywaniu endoskopii przełyku. Zresztą wiadomo, że drażnienie nerwu współczulnego (doświadczenie Claude Bernarda) wywołuje tylko wytrzeszcz, nie wywołując objawu Graefego, ani rozszerzenia szczeliny ocznej, ani drżenia. Wydaje się prawdopodobnem, że zachodzi tu wpływ mechaniczny na tarczycę: przez ucisk gruczołu pewien nadmiar wydzieliny tegoż dostaje się do obiegu krwi, powodując przemijające objawy hypertyreoidyzmu. Nie dość na tem. Krtań i tarczycę łączy wspólne pochodzenie w życiu płodowem oraz wspólność naczyń krwionośnych, chłonnych i nerwów w narządach już dojrzałych. Nic więc dziwnego, że schorzenie lub zaburzenia czynnościowe jednego z tych narządów może się odzywać na drugim. Uderzająca jest n. p. częstość objawów lekkiego basedowizmu (rozszerzenie szczeliny ocznej, objaw Graefego) u osób, dotkniętych gruźlicą krtani. Być może, iż pewien uraz, któremu ulega błona śluzowa krtani podczas endoskopii, odbija się na czynności tarczycy i powoduje w sposób ostry, lecz przemijający, wyżej opisane objawy. Warto, ażeby laryngolodzy zwrócili uwagę na ten fakt, który może mieć doniosłe znaczenie dla fizjologa i klinicysty.

A. Puławski. (Warszawa).

Choroby dzieci.

Zeitschrift für Kinderheilkunde.
T. 32. Z. 1 i 2.

Rothgiesser. **O zwalczaniu grypy w zakładach dla dzieci za pomocą leczenia na wolnem powietrzu.** Pod wpływem wystawiania dzieci małych w zakładach na działanie słońca i powietrza spadał wskaźnik zakaźny (wyrażający się stosunkiem częstości zakażeń grypowych do ilości dzieci w danym zakładzie) z każdym miesiącem, zwolna od 0.6—0.1, co ostatecznie odpowiadałoby jednemu zakażeniu na rok. Skuteczność wyników przypisać należy zapewne działaniu ultrafioletowych promieni.

Zimmermann. **W sprawie gruźlicy dziecięcej.** Wynikiem badań kilkuset chorych na gruźlicę dzieci są następujące wnioski: dzieci z lekką gruźlicą miewają częste, nieraz długotrwałe nieżyty oskrzeli, niemające zresztą nic wspólnego z gruźlicą. Gruźlica szczytów lub dolnych płatów należy do rzadkości (7%). Zajęcie okolicy trójkąta podobojczykowego miało około 10% dzieci. Pierwotne ognisko dało się wykazać w 6% W przypadkach wykazywalnych zmian w wnęce płuc, zaledwie w 1/3 można było napewne stwierdzić gruźliczy ich charakter. Próby tuberkulinowe często zawodziły. Zmiany gruźlicze gruczołów szyjnych bywają dość częste. Przypadki gruźlicy ciężkiej, nieuleczalnej, pochodzą właśnie z grupy niegdyś lekkiej. Przebycie w dziecięcych latach zakażenia zabezpiecza do pewnego stopnia ustrój na później. Zupełnie pewne rozpoznanie gruźlicy wnęki płuc nie należy do rzeczy łatwych, cennemi dla rozpoznania objawami są nierówność źrenic, objaw D'Espina i inne.

Frankenstein. **W sprawie czynnego uodporniania niemowląt** (odporność po szczepieniu przeciw ospie). F. posługiwał się różnemi metodami w celu stwierdzenia, czy niemowlę, które uchodzi za złego wytwórcę niweczników, uzyskuje po szczepieniu przeciw ospie odporność soków. Ani za pomocą precypitacji, ani wiązaniem dopełniacza, ani wreszcie doświadczeniem jadobójczem, nie można było stwierdzić obecności niweczników we krwi. Szczepiąc doświadczalnie wstrzykiwał F. surowicę szczepionych dzieci wraz z limfą królikom śródskórnie. Ujemne wyniki mają świadczyć o odporności tkankowej a nie humoralnej, jaką około 20 badanych dzieci po szczepieniu przeciw ospie uzyskało.

(Uw. sprawozdawcy. Śródskórne wstrzykiwanie jak i inne wyżej wymienione metody nie nadają się do tego rodzaju stwierdzeń).

Bernheim-Karrer. **Kliniczne i radjologiczne spostrzeżenia u dzieci przeżuwających.** U niemowląt, najczęściej chłopców, wymiotujących nawykowo, wytwarza się z czasem umie-

jętność z pomocą różnych drobnych sztuczek (napinanie mięśni brzusznych, przepony, łykanie powietrza i t. p.) częściowego zwracania pokarmu do ust. To przeżuwanie, sprawiające im wielką przyjemność, robią dzieci chowane w zakładach, z czasem oduczają się tej nawyczki, gdy inne nowe wrażenie przesłania im pamięć sposobu wykonywania jej. Zdjęcia rentgenolog., jakie udało się, po nakarmieniu papką barową dokonać, wykazują mechanikę tego cierpienia.

Lehndorff i Leiner. **Erythema annulare. Typowa wysypka w zapaleniu wsierdzia.** U dzieci z zapaleniem wsierdzia spostrzegać się daje drobno zarysowana osutka tylko na tułowiu, składająca się z plamek okrągłych, obrączkowatych, wielkości 1—3 mm., różowo-sinawych, nie wystających ponad skórę. Z wyglądu może przypominać rumień wielopostaciowy, pokrzywkę obrączkowatą, nigdy jednak nie sprawia świądu, nie zjawia się na twarzy, ani nie pozostawia łuszczenia i plam barwikowych. Krew w tych przypadkach bywa jałowa. Jako objaw zapalenia wsierdzia jest znamienną.

Lazar i Tremel. **Wyzyskanie kliniczne pedagogicznych badań dzieci w szkole dla umysłowo nierozwiniętych.** Doświadczalne badania psychologiczne mają wtedy znaczenie kliniczne, gdy są klinicznie prowadzone, t. j. gdy nie ograniczamy się do jednego badania, lecz porównywamy więcej badań i bierzemy pod uwagę związek między niemi zachodzący. Tak buduje Rossolimo swoje krzywe, inni znów odnajdują ciągle nowe dane, mogące sprawę wyświetlić.

L. i T. opierają się na pracy Berz'ego, kwalifikują swój materjał odnośnie do dwóch grup życia umysłowego: impresji (wrażenia) i intencji (woli, aktywności psychicznej). W tym celu z pośród istniejących szablonowych pytań (testów) Bineta wybierają takie, które się wzajemnie uzupełniają, a które mają pewną granicę nawet u ludzi normalnie rozwiniętych. Pozatem cały szereg badań, przeprowadzonych wedle schematów, dostosowanych do stopnia rozwoju inteligencji dzieci. Ostateczne wyniki są indywidualne, wyrażone krzywemi.

Z ogólnych pytań, nieprzystosowanych zupełnie do stopnia rozwoju umysłowego dziecka, używają: układania figur geometrycznych, wypukiwania pewnych znaków, zdolności zapamiętywania liczb i zdań. Wyniki grupują wedle stopni. Jako szczególne pytania wchodzą w grę pytania dla dzieci, które się nigdy niczego nie uczyły (Vorstufe) i pytania dla dzieci szkolnych, wzięte z życia codziennego i szkolnego. Dla dzieci nieuczonych n. p. porównywanie linji powierzchni, układanie nieznanych liter abecadła, badanie poczucia światła, znajomości barw. U dzieci szkolnych 1—5 stopnia: czytanie, pisanie, opowiadanie i t. p. Przeprowadzają kilka badań u jednego dziecka, porównują i stawiają rozpoznanie. Niema wedle ich badań dwóch jednakowych wyników, ale są braki w tych samych niekiedy sferach: albo w sferze wzroku i słuchu albo w sferze woli. Na te dwie grupy dzielą wszelkie zaburzenia.

Wnoszą z tych badań, że wszelkie usiłowania schematycznego opisu i jednej nazwy dla rozmaitych postaci niedorozwoju umysłowego (oligophrenia), jak to czyni Kraepelin i inni, są chybione. Tylko przy pomocy dokładnego określenia każdego pojedyńczego przypadku można będzie dojść do właściwego ugrupowania.

Wetzel. **O działaniu jonu potasowego na spazmofilię u dzieci.** Wobec najnowszych odkryć, przypisujących jonom K w mleku krowiem niekorzystny wpływ na skłonność do skurczów, poddał autor badaniom wpływ ich na stan pobudliwości tak u dzieci z objawami spazmofilji jak i bez niej. Badano dzieci przed, podczas i po podawaniu soli. Wyniki wypadły następująco: 1) Podawanie soli potasu nie podwyższa pobudliwości. 2) Szkodliwy wpływ mleka krowiego na skazę skurczową nie zależy od większej ilości soli K. 3) Czynnikiem ujawniającym spazmofilję bywają gorączkowe choroby zakaźne. 4) Objawy zwiększonej pobudliwości występować mogą nawet u dzieci zdrowych wskutek zakażeń i przy parnem powietrzu. 5) Wogóle objawy powyższe nie występują z żadną regularnością i bardzo często znikają częściowo lub zupełnie. 6) Również solom potasowym nie można przypisać wpływu wzmagającego fermentację.

Neurath. **O dziedzicznych brakach skostnień w kościach ciemieniowych.** Do ogłoszonych w piśmiennictwie 36 przypadków wad rozwojowych symetrycznych w obu kościach ciemieniowych, połączonych zwykle jeszcze z innemi znamionami zwyrodnienia, dodaje autor swoich pięć, w których głównie zwraca uwagę na rodzinne i dziedziczne ich występowanie. Trzy przypadki dotyczyły matki, brata i siostry, u których można było stwierdzić nos grecki i wzajemne wielkie podobieństwo, drugie dwa u matki i u dziecka głuchoniemego. *Progulski.* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Dermatologische Zeitschrift.

T. 73 Nr. 37. 1921.

Oelze. **O wziernikowaniu pęcherza i moczowodów.**

Deussen. **Kubebiec lekarski.**

Burckas. **O leczeniu wiewióra szczepionką własną.** Przebieg wiewióra zależy od biologji szczepów dwoinek, które dostały się do ustroju. Szczepy są mniej lub więcej jadowite i od stopnia ich jadowitości zależy przebieg kliniczny wiewióra. Rzeżączka nie jest chorobą miejscową ale ogólną, a surowica tworzy pod wpływem rzeżączki substancje dające się serologicznie wykazać. Autowakcyna jest skuteczna, ale w połączeniu z leczeniem miejscowem. Wstrzykiwania autowakcyn stosuje śródmięśniowo co 2—6 dni, początkowo 20—25 miljonów zarazków, do 150—200 miljonów zarazków.

Kloeppel. **Ropień wiewiórowy w mięśniu piszczelowym przednim.**

Rille. **Fryderykowi Schaudinnowi przy sposobności 50. letniej rocznicy urodzin (*1871+1906).**

T. 73 Nr, 38 1921.

Flehme. **Przypadek liszaja czerwonego pęcherzycowatego z zajęciem błon śluzowych.** Obecność pęcherzy przy liszaju czerwonym płaskim na skórze opisali Kaposi, Lavergne, Rona, Finger itd. W przypadku Flehmego pojawiły się pęcherze na błonach śluzowych warg sromowych.

Wertheim. **O leczeniu trądzika olejowego lampą rtęciową.** Autor stosował na klinice prof. Ehrmanna z zadowalającym skutkiem leczenie lampą rtęciową przy trądziku olejowym.

Schumacher. **Jak wyjaśnić działanie mieszaniny Linserowskiej.** Autor tłómaczy histochemiczne działanie mieszaniny Linsera w ten sposób, że z sublimatu wydzielają się wolne jony rtęci (za czem przemawiają *stomatitis mercurialis*) a salvarsan łączy się z kwasem nukleinowym jąder komórkowych, co w doświadczeniu stwierdził.

T. 74 Nr. 3 1922.

Bergman. **Znaczenie antigenu Deycke-Much przy rozpoznawaniu gruźlicy skóry.**

Lipschütz. **Badania nad etjologją schorzeń grupy opryszczkowej.** Jad półpaśca można przeszczepić na rogówkę królika. W wykwitach skórnych półpaśca u człowieka i w wykwitach półpaśca przeszczepionych na zwierzęta można stwierdzić ciałka półpaścowe (*Zosterkörperchen*). Opryszczka na częściach rodnych (*Herpes genitalis*) jest schorzeniem zakaźnem, w wykwitach skórnych można stwierdzić »β ciałka opryszczkowe (*β Herpeskörperchen*). W opryszczkach gorączkowych stwierdzić można »α ciałka opryszczkowe« (*α Herpeskörperchen*). Nośnikiem jadu jest jądro i to nie tylko przy opryszczkach, ale także brodawczakach (*Condyloma acuminatum*) i brodawkach.

Thim. **O leczeniu figówki.** Autor stosuje przy figówce przez dni 8 roztwór karbolo-boraksowo-formalinowy o następującym składzie:

Acidi carbolici
Boracis aa 3,0—4,0
Formaldehydi soluti (40%) 10,0—20,0
Glycerini 25,0
Aq destill. ad 300,0

i puder siarkowo cynkowy wedle przepisu:

Sulfur. praecipitati 10,0
Zinci oxydati 20,0
S. Puder

Po 8 zaś dniach wciera maść siarkowo-salicylową:
Acidi salicyl. 1,0
Sulfur. praecip. 5,0
Olei ricini 3,0
Lanolini
Vaselini flavi aa ad 50,0
przyczem usuwa włosy sporządzonemi przez siebie szczypczykami epilacyjnemi.

T. 74, Nr. 4, 1922.

Wagner. **Dwa przypadki symetrycznego rogowca skóry** (*keratodermia symmetrica*). Opis dwóch przypadków rogowca, opornych na leczenie Roentgenem.

Rubin i Szentkiralyi. **Doświadczalne badania nad wpływem rozmaitych metod leczenia na żywotność krętka bladego.** Cz. I. *Mierzecki* (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 16-go maja 1922 r.

Obecnych członków 18.

I. Kol. Purski w dłuższem przemówieniu uzasadnia potrzebę otwarcia w Częstochowie przychodni przeciwgruźliczej w myśl odezwy miejscowego oddziału Tow. Czerwonego Krzyża. Po krótszej dyskusji powołano komisję, złożoną z kolegów: Rozenfelda-Rożkowskiego Stawnickiego, E. Kona, Batawji, Wrześniowskiego i Okuszki, która ma się zająć sprawą przychodni i powołać kierownika tej placówki.

II. Kol. Okuszko odczytał pracę: **„Wyniki własne leczenia krztuśca szczepionkami swoistemi“.** Mowca leczył 34 chorych szczepionkami swoistemi; zastrzykiwał co 3 dni (po ustąpieniu reakcji) u 1-rocznych, 2- i 3-letnich po 0,3, 0,3 i 0,4; u 4-letnich i 5-letnich po 0,3, 0,4 i 0,5; u starszych od 8 do 15 lat po 0,5, 0,6 i wreszcie u dorosłych 0,6, 0,7, 0,8. Szczepioka przeciwkrztuścowa pochodziła z pracowni Dra Serkowskiego, była mieszaniną kilku szczepów bakterji Bordet-Gengou, i zawierała 100 miljonów bakterji w 1 c. c. Odczyn po szczepieniu był wyłącznie miejscowy, czasem bardzo nieznaczny. W jednym tylko przypadku ciepłota podniosła się do 38·5°. Z leczonych chorych było 5 jednorocznych i troje poniżej lat 2, reszta od 2 do 15 lat. Leczono wyłącznie chorych bez powikłań w płucach, z gorączką nie wyżej 37·5. Wynik dodatni osiągnięto w 32 przypadkach, z których 24 wyzdrowiało zupełnie, u reszty stwierdzono znaczną poprawę, w 2 przypadkach leczenie pozostało bez wyniku. Najlepsze wyniki otrzymano w przypadkach świeżych od 7 do 14 dni. Z leczonych przez mowcę przypadków 10 miało przebieg ciężki; należą tu chorzy, u których napady kaszlu powtarzały się częściej, niż 2 razy na godzinę, i u których napadom towarzyszyły wymioty, krwotoki, wynaczynienia podskórne oraz brak łaknienia, osłabienie i złe samopoczucie. (Autoreferat).

W dyskusji przemawiali koledzy: Batawia, stosował szczepionkę w 2 przypadkach szpitalnych z wynikiem pomyślnym. Szaniawski, w 2 przypadkach na 4 znaczna poprawa. Kol. Rozenfeld-Rożkowski zachęca do szerszego stosowania szczepionek wobec zawodności innych środków; zaleca stosowanie szczepionek mieszanych. Kol. Koniecpolski omawia powstawanie fazy negatywnej w myśl teorji Ehrlicha; sądzi, iż należałoby w każdym przypadku stosować swoistą autowakcynę.

III. Kol. Bram pokazał chorego 29-letniego żołnierza: w r. 1920 **rana postrzałowa w okolicy prawego barku**; kula uwięzgła pod obojczykiem, raniąc tętnicę podobojczykową i żyły sąsiednie; w następstwie duży tętniak, a obecnie głębokie zmiany troficzne całej kończyny górnej (słoniowatość), którą wypadnie odjąć. Pokaz kilku radjogramów, uwidoczniających obecność i położenie kuli.

IV. Koledzy Purski i Rozenfeld-Rożkowski pokazują chorego o rozpoznaniu niepewnem. Kol. Purski przed 2 laty rozpoznawał objawy paraluetyczne; stosował rtęć i neosalwarsan; po miesiącu objawy bezładu; zalecił NaJ; odczyn Wassermanna był niepewny ±. Obecnie obok utrudnionego chodu, szczególnie kończyny lewej, objaw Romberga, wzmożenie odruchu kolanowego po stronie lewej i ścięgna Achillesa (objawu Babińskiego niema), źrenice szerokie, na światło oddziałują słabo, oczopląs przy bocznem ustawieniu gałek (kol. Batawia), zaburzeń czucia niema; odczyn Wassermanna ujemny. Kol. Rozenfeld-Rożkowski wyłącza wiąd rdzenia i sądzi, iż mamy tu zajęcie dróg móżdżkowych z uciskiem dróg piramidalnych, zaleca obserwację szpitalną i zbadanie płynu mózgowo-rdzeniowego.

V. Koledzy E. Kon i Rozenfeld-Rożkowski omówili przypadek chorego 63-letniego z objawami **dusznicy bolesnej**. W dalszej obserwacji zauważono, że bóle mają charakter stały, zależne są od ruchów ręki i głowy. Przypuszczenie guza śródpiersia zostało stwierdzone badaniem rentgenograficznem. Kol. Bram: Zdjęcie wykazało obecność guza śródpiersia, uciskającego tętnicę główną.

W dyskusji kol. Stawnicki podnosi wartość rozpoznawczą przypadku. *Łokczewski*, sekretarz.

Towarzystwo lekarskie polsko-francuskie w Warszawie.

Posiedzenie ogólne dnia 22 czerwca 1922 r.

Przewodniczy prof Dr. Jan Mazurkiewicz.

1. Prof. Orzechowski: **O postępach neurologji francuskiej w czasie wojny.** Z powodu swoistych warunków czasu wojny przebogaty materjał wojenny nie został w tej mierze wyzyskany, jakby to dla celów nauki było pożądane. Najmniej ten zarzut dotyczy neurologów francuskich, chociaż pracowali oni w warunkach o wiele trudniejszych, niż uczeni innych narodowości walczących. Do najważniejszych etapów, na których zatrzymywała się z powodzeniem myśl neurologów francuskich w tych niedawno minionych czasach, należą prace nad indywidualnością kliniczną nerwów obwodowych (P. Marie i Benisty), epokowe prace nad nowotworzeniem się nerwów po urazach Nageotte'a i rozwiązanie przez tegoż autora sprawy leczenia chirurgicznego ran nerwów. — Z zakresu schorzeń rdzeniowych — prace nad ostrą urazową zgorzelą rdzenia, nad semiologją i kliniką zupełnego przecięcia rdzenia piersiowego (Lhermitte). Z prac nad mózgowiem wysuwają się na pierwszy plan usiłowania P. Marie'a ustalenia topografji czaszkowo-mózgowej, doprowadziły one do świetnego wyniku, o ile chodzi o umiejscowienie ośrodków i torów wzrokowych dla pola widzenia, rozstrzygając ostatecznie tę sporną dotychczas sprawę. Do najcenniejszych należą atoli prace, w których neurologja francuska zapoczątkowuje niemal samodzielnym, własnym wysiłkiem rozbudowę semiologji i patologji klinicznej schorzeń układu współczulnego. Tu należą studja nad kauzalgjami i synestezyalgjami Souques'a i Tinel'a, wskrzeszenie starego obrazu i pojęcia chorobowego, mianowicie porażeń odruchowych Vulpiana-Charcota, i wyposażenie go w bogactwo szczegółów, które ledwie w części dostrzegł równocześnie w Niemczech Oppenheim, przez Babińskiego i jego współpracowników, wśród tych, przedewszystkiem Fromenta. Zamyka ten szereg wspaniałych prac monografja A. Thomas'a zajmująca się odczynem włosoruchowym, jego znaczeniem klinicznem i wartością dla celów umiejscowiania. W tej pracy podstawowej, której doniosłość dla przyszłych badań już teraz można przewidywać, opiera się Th. na materjale zbieranym przez lata wojny, o którego zdobyciu w takiej rozległości w czasach pokojowych nie byłoby można marzyć. Prace tu wymienione wyposażają neurologję w środki i sposoby badania układów współczulnych, których do niedawna brakowało, wykrywają wpływ układu współczulnego na czynności ruchowe także mięśni kośćca, każą domniemywać się udziału tegoż układu nawet w unerwieniu czuciowem skóry. Także w kierunku tym zmierzają prace Leriche'a, znane i nieneurologom, które choć praktycznie może przeceniane, mają duże znaczenie teoretyczne dla patologji układu sympatycznego. (Autoreferat).

2. Dr. W. Janowski zdawał sprawę z usiłowań Towarzystwa **stworzenia organu w języku francuskim.** Po usunięciu trudności natury finansowej Towarzystwo przystępuje do wydawania w tym roku w języku francuskim miesięcznika, w którym oprócz oryginalnych artykułów, sprawozdań z ruchu lekarskiego polskiego i t. p., będą mogły być umieszczone prace, wygłoszone przez autorów tak francuskich, jak i polskich, na Zjeździe Lekarskim polsko-francuskim w roku ubiegłym.

3. Po omówieniu sprawy obchodu w roku przyszłym **setnej rocznicy urodzin Pasteur'a**, wybrano komitet polski, do którego weszli pułk. lek. Bujwid, pułk. lek. Leon Karwacki i prof. Nitsch.

Dr. Gauthier zawiadomił o uwieńczeniu pomyślnym skutkiem usiłowań otrzymania dla członków Towarzystwa zniżek (30%) na cenach książek francuskich, wydawanych przez firmy Doin'a i Baillière'a. Zebranie jednomyślnie wyraziło swe uznanie drowi Gauthier za jego pracę, mającą na celu umożliwienie nawiązania bliższego zetknięcia z nauką i medycyną francuską. *Dr. Stefanowski.*

Medycyna społeczna.

A. Kuhn. Lwów.

W sprawie szpitali epidemicznych.

Od 3 lat jest czynna w Polsce osobna instytucja państwowa do zwalczania epidemij, najpierw Centralny Komitet do zwalczania duru osutkowego (t. zw. Cekadur), potem Nadzwyczajny Komisarjat do spraw walki z epidemjami (N. N. K.). Instytucja ta ma osobną organizację, osobny personal, osobne kredyty. Główną jej działalnością było, a po części jest i obecnie, utrzymywanie tymczasowych szpitali epidemicznych.

Nie wdając się narazie w szczegółowe omówienie organizacji i działalności Cekaduru i N. N. K., chcę pokrótce rozpatrzyć jedno tylko zagadnienie: czy koniecznie potrzebne jest obecnie utrzymywanie nadal tymczasowych szpitali epidemicznych N. N. K. nietylko na granicy wschodniej, ale także w głębi Państwa?

Niewątpliwie olbrzymi wysiłek pracy i kosztu, połączony z zorganizowaniem i prowadzeniem Cekaduru i Komisarjatu, a skierowany, jak już wspomniano, głównie ku tworzeniu tymczasowych szpitali epidemicznych, przyczynił się w pe-

wnej mierze do opanowania epidemij w latach 1919 i 1920, kiedy Polska była nawiedzona w wysokim stopniu durem osutkowym i powrotnym. Przyjmujemy także, że jak długo trwać będzie ruch repatrjacyjny, na granicy wschodniej będą potrzebne specjalne urządzenia sanitarne, a wśród nich szpitale epidemiczne, umyślnie ad hoc urządzone, przynajmniej w części jako zakłady tymczasowe. Ale w Państwie od przeszło roku niema prawie większych epidemij, i szpitale Komisarjatu, w głębi Państwa istniejące, stoją przeważnie pustką. Tą drogą idą duże sumy bez naglącej potrzeby, a nadto powstaje jeszcze i ten niepożądany skutek, że personal szpitali zbyt mało zapełnionych, skazany na bezczynność, ulega demoralizacji, zwiększając zastępy tych pracowników, którzy przyzwyczaili się brać pieniądze państwowe za darmo, a którzy w braku innego zajęcia, mogą z łatwością wpaść w sidła agitatorów.

Jako uzasadnienie istnienia szpitali epidemicznych Komisarjatu poza pasem granicznym, nawet w czasie wolnym od epidemij, słyszy się twierdzenie, że musimy być przygotowani na wypadek wybuchu jakiejś groźnej epidemji, który niewiadomo, kiedy nastąpi. I obecnie grozi nam cholera. Sądzę, że, pomimo istnienia szpitali N. N. K., w zakresie odosobniania chorych nie jesteśmy przygotowani na wypadek większej epidemji cholery: szpitale N. N. K. są zbyt rzadko rozsiane, aby w danym razie mogły wystarczyć, szczególniej wobec tego, że chorych na cholerę tylko wyjątkowo będzie można przewozić na większe odległości. A więc upada nawet ten aktualny dzisiaj argument, jakim jest grożąca cholera.

Jakże więc wyjść z tego dylematu: z jednej strony potrzeba nam szpitali epidemicznych, ale tylko w pewnych, nie dających się przewidzieć, ani co do terminu, ani co do czasu trwania, okresach czasu; potrzeba nam ich w miejscach nie dających się naprzód oznaczyć — z drugiej strony utrzymanie szpitali epidemicznych, o ile możności najgęściej rozsianych, choćby tylko na kresach wschodnich, pochłania takie sumy, na jakie nas nie stać.

Istnieje tylko jedno wyjście, które prowadzi stosunkowo łatwo i szybko do celu, bez większych kosztów. Oto w czasie pojawienia się groźnej epidemji w jakiejś okolicy Minister zdrowia publicznego uznaje szpital znajdujący się w danej okolicy, czy to powszechny czy prywatny, w części lub w całości — zależnie od stosunków miejscowych —, za epidemiczny na czas zachodzącej potrzeby, a zatem idzie, że personal lekarski i niższy sanitarny takiego szpitala spełnia służbę epidemiczną, jak długo tego potrzeba.

Prawda, że będzie to połączone z uszczerbkiem chorych niezakaźnych danej okolicy, którzy w czasie »zajęcia« szpitala będą potrzebowali opieki szpitalnej — ale walka przeciw epidemji, to wojna, a w wojnie interesa osobiste muszą ustępować interesom publicznym; zresztą »zajęcie« szpitala z reguły nie będzie trwało długo. Niewątpliwie także lekarze i personal szpitala uznanego za epidemiczny mogą czuć się niemile dotknięci zmianą swojej pracy i niebezpieczeństwem, na jakie ich naraża czasowe przeznaczenie szpitala. Poza względem na interes publiczny, który już powyżej podniosłem, trzeba wskazać na to, że będzie to pewnem analogon do postanowienia art. 16. ustawy z 2 grudnia 1921, mocą którego każdy lekarz posiadający uprawnienie do wykonywania praktyki lekarskiej, do lat 40, może być powołany do publicznej służby zdrowia w wypadkach wyjątkowych, wywołanych koniecznością zwalczania groźnych chorób zakaźnych nagminnych lub innych gromadnych zachorzeń.

Myśl tę poddaję pod rozwagę czynników miarodajnych.

Sprawy zawodowe.

Związek lekarzy Małopolski i Śląska w Krakowie nadesłał następujące pismo z prośbą o umieszczenie:

Wzywamy Kolegów, by nie przyjmowali żadnych posad czyto systemizowanych, czy kontraktowych, opłacanych przez Rząd za leczenie urzędników państwowych i ich rodzin, jak również nie robili umów z Rządem co do ich leczenia za poszczególne wizyty i zabiegi operacyjne, gdyż cała ta akcja rządowa dąży do szybkiego sproletaryzowania stanu lekarskiego. Nie wolno nam kopać grobu pod własnemi nogami.

Natomiast prosimy i wzywamy Kolegów, zamieszkałych w Województwie krakowskiem, którzy godzą się na leczenie urzędników i ich rodzin za 50% opustem, o podanie swych dokładnych adresów z oznaczeniem godzin ordynacyjnych, ewentualnie i specjalności wprost pod adresem Kol. Dra Żydłowicza (Kraków, Florjańska 22).

Nikogo w tym spisie w własnym naszym interesie braknąć nie powinno. Ta zniżka ma trwać tak długo, dopóki Rząd nie podniesie swym pracownikom płac odpowiednio do panującej drożyzny.

Zawiadamiamy Kolegów, że uchwała Wydziału Związku, obowiązująca lekarzy Małopolski i Śląska do zaprzestania czynności sądowo-lekarskich od 1-go lipca b. r. obowiązuje nadal. Są wszelkie oznaki, że gdy solidarnie przy tej uchwale wytrwamy, załatwioną zostanie nowa taryfa w myśl naszych żądań (300-krotne zwiększenie austr. taryfy przedwojennej i zastosowanie mnożnika drożyźnianego w przyszłości) do dnia 15 września b. r.

Tymczasem nie ustępować, a stać wytrwale przy raz zajętym stanowisku, a zwyciężymy. Kraków w lipcu 1922.

Za Wydział Związku:

Sekretarz *Dr. Kostecki*, mp. Wiceprezes *Dr. Żydłowicz*, mp.

Od Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie.

Głos w sprawie izb lekarskich. Zbliża się chwila powstania w Państwie Polskiem izb lekarskich. Doniosłość tej instytucji samorządnej, w obszerną kompetencję opatrzonej, doskonale rozumieją koledzy z zaboru pruskiego i austrjackiego, bo tam izby już były czynne; to też ich nie potrzeba nawoływać do utworzenia tej instytucji. W zaborze rosyjskim izb nie było, to też musimy tu zabrać się szczerze do roboty i przejąć się wielką wagą sprawy.

Już ustawa o praktyce lekarskiej nie mogłaby być prawidłowo wykonywana bez powstania izb, bo najważniejsze w nich artykuły powołują się wyraźnie na izby lekarskie. Jeszcze bardziej uwydatni się rola izb lekarskich, gdy sięgniemy do ustawy o nich. Już art. 1. powiada, że izby powstają: „dla samorządnego uporządkowania spraw dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, jego zadań i celów przy wykonywania obowiązków lekarskich względem społeczeństwa i w stosunkach lekarzy między sobą, jak również strzeżenia jego praw, godności i sumienności", a nadto „dla współdziałania z urzędami państwowemi i samorządowemi w sprawach zdrowia publicznego".

Jeśli zastanowić się uważnie nad powyższem określeniem kompetencji izb, to bez trudu można dojść do wniosku, że obejmuje ona nieomal całokształt interesów naszych jako stanu. Jak powinno być w państwie demokratycznem i postępowem, Państwo Polskie przekazuje samemu stanowi pieczę o jego dobro i przystosowanie tego dobra do wymagań i potrzeb społeczeństwa. Zrobiono nawet nieśmiały krok naprzód w art. 7 w kierunku przekazywania przez Państwo — zazwyczaj o swą kompetencję niezmiernie zazdrosne — pewnych czynności państwowych izbom lekarskim.

Zupełnie wyraźnie art. 4 zastrzega dla izb możność ubezpieczania swych członków na wypadek choroby, starości, niezdolności do pracy i śmierci.

Wreszcie art. 28 i nast. omawia sprawę sądu Izby Lekarskiej. O niezmiernej doniosłości tej instytucji, mającej być regulatorem etyki zawodowej i stróżem godności stanu, niema chyba co mówić.

Nie należy przeoczyć, że polska ustawa o izbach lekarskich stanowi znaczny postęp w porównaniu z ustawą niemiecką i austrjacką. Usunięto z niej zapędy policyjne, a wprowadzono zasady demokratyczne. Trzeba było do tego walki, którą podjęły zrzeszenia lekarskie, walki, która się odbyła na terenie Sejmu i została częściowo uwieńczona znacznem zwycięstwem naszem. Utrudniono wreszcie zapędy odśrodkowe jakiejkolwiek natury i pochodzenia przez stworzenie Izby Naczelnej, powstałej z przedstawicieli wszystkich izb lekarskich. Przy zagwarantowanej wszystkim izbom autonomji Izba Naczelna utrudni działanie na szkodę stanu lub Państwa, natomiast ułatwi obronę praw lekarzy-urzędników, czy to w instytucjach państwowych, czy społecznych, czy wreszcie w przedsiębiorstwach prywatnych.

Niema wątpliwości, że od wyniku wyborów będzie zależał charakter izb. Ten charakter rozstrzygnie, może na czas dłuższy, o działalności izb, a zarazem o tem, czy stan lekarski zechce pójść dotychczasową drogą wolnej konkurencji, która go postawiła wśród czoła inteligencji zawodowej, która go wyniosła na szczyty etyczne, która zdobyła mu szacunek i uznanie, czy też z tej drogi zejdzie.

Pierwszym krokiem, do którego wszystkich kolegów nawołujemy, jest sprawdzenie na ogłoszonej liście urzędowej lekarzy uprawnionych do głosowania, czy nazwisko (i imię!) nie zostało pominięte lub przekręcone, a w takim przypadku jak najszybsze zareklamowanie z żądaniem sprostowania. *A. Żurakowski.*

Dyrektor Wojewódzkiego Urzędu zdrowia w Białymstoku nadesłał z prośbą o ogłoszenie następujący:

Wyrok.

W Imieniu Rzeczypospolitej Polskiej. Dnia 25 kwietnia 1922 roku, Sąd Pokoju II Okr. w Białymstoku rozpoznawał na posiedzeniu publicznem sprawę z oskarżenia Dra Szmirheldta Jakóba z art. 138 K. K. i zważywszy: iż w dniu 20 lutego r. b. został powołany do zwalczania epidemji duru osutkowego Dr. Szmirheldt Jakób, zarejestrowany lekarz wolnopraktykujący w Białymstoku; że powołanie zostało podpisane przez wojewodę Białostockiego w myśl reskryptu Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dnia 19 grudnia 1921 r. Nr. 37140/1508 i na zasadzie art. 228 ust. lekarskiej b. ces. ros. (Zb. Ust. t. XIII wydanie 1905); że powołanie zostało doręczone Dr. Szmirheldtowi w dniu 24 lutego 1922 r., który dotychczas nie zgłosił się do objęcia obowiązków u lekarza powiatowego w Wołkowysku, ani też nie uzasadnił przyczyn niewykonania legalnego rozporządzenia władzy; że Wojewódzki Urząd Zdrowia prosił o pociągnięcie Dra Szmirheldta do odpowiedzialności z art. 138 k. k.; że na przewodzie sądowym oskarżony Dr. Szmirheldt, nie odpierając czynionych mu zarzutów, oświadczył, iż on jako człowiek słabego zdrowia nie mógł przyjąć danego mu polecenia; że oświadczenie oskarżonego jako gołosłowne i niczem nie stwierdzone nie może być przyjęte pod uwagę, tem bardziej że z wyjaśnień oskarżonego wynika, że praktyką lekarską on jednak zajmuje się; że uznając winę oskarżonego Dra Szmirheldta w wykroczeniu przeciw rozporządzeniom legalnym za udowodnioną i wyznaczając mu za takowe karę w myśl art. 138 K. K. skazuję go również na uiszczenie opłat sądowych zgodnie z art. 61 Tymcz. Przep. o koszt. sądowych.

Na zasadzie art. 119 U. P. K. art. 138 K. K. i art. 61 Tymcz. przep o koszt. Sąd postanawia Dra Szmirheldta Jakóba skazać do aresztu na dwa tygodnie, oraz na uiszczenie opłat sądowych marek ośmdziesiąt.

Sąd Okręgowy w Białymstoku w Wydziale Odwoławczym Karnym przy udziale Podprokuratora Reinhardta dn. 24 czerwca 1922 r. postanowił wyrok Sądu Pokoju 2 Okręgu zatwierdzić, skargę apelacyjną Jakóba Szmirheldta oddalić i zasądzić od niego tytułem opłat sądowych mk. 40 za drugą instancję.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

Kursa dokształcające dla lekarzy zamierza urządzić także Wydział lekarski Uniwersytetu warszawskiego. Komisja, w tym celu wybrana, uprasza kolegów, chcących uczestniczyć w kursach warszawskich, o przesłanie tej komisji pod adresem prof. dr. Leśniowskiego (Szpital Dz. Jezus) informacji, w jakich mianowicie dziedzinach wiedzy lekarskiej odczuwają oni największe braki, ułatwi to bowiem zorganizowanie zamierzonych kursów.

Wilno.

Zjazd Internistów polskich. W myśl inicjatywy i uchwały Zarządu Towarzystwa Internistów Polskich, grono lekarzy wileńskich z całą gotowością podjęło się urządzenia kolejnego, piątego, Zjazdu w Wilnie. Ze względu na przedwojenne polityczne warunki świat lekarski Wilna mógł tylko biernie brać udział w Zjazdach, wszelka akcja czynna była niewykonalna. Tem chętniej lekarze m. Wilna podjęli propozycję Zarządu T. I. P i na walnem organizacyjnem zebraniu, które odbyło się w lipcu r. b., postanowili urządzić Zjazd w drugiej połowie czerwca 1923 r., wyłaniając Komitet Wileńskiej Filji T. I. P., w skład którego weszli: przewodniczący prof. Dr. A. Januszkiewicz, zastępca przewodniczącego Dr. W. Zahorski, sekretarz Dr. M. Świda i skarbnik Dr. W. Bądzyński. Do współpracy w zorganizowaniu Zjazdu zostali zaproszeni: Dr. Hłasko, Dr. Minkiewicz, Dr. Rudziński i Dr. Szukiewicz, jako przedstawiciele poszczególnych sekcji w Komitecie Gospodarczym Zjazdu.

Komitet Gospodarczy w trosce o powodzenie Zjazdu zwraca się do Kolegów z gorącą prośbą, aby swym licznym udziałem i zgłaszaniem prac naukowych zechcieli przyczynić się do uświetnienia tego pierwszego na ziemi wileńskiej Zjazdu Internistów Polskich. Przytem Komitet prosi o możliwie wczesne podawanie tytułów projektowanych wykładów, szczególnie zaś tych, któreby Koledzy chcieli wysunąć jako referaty główne. Tematy tych ostatnich wraz z nazwiskami referentów mają być ustalone na podstawie zebranego materjału przed 1. X. 1922 po porozumieniu z Zarządem. Bliższe szczegóły i informacje co do terminu Zjazdu będą podane po ostatecznem porozumieniu się Komitetu Wil F. T. I. P. z Zarządem w Warszawie

Komitet prosi Kolegów o zgłaszanie swego udziału na ręce sekretarza, Dra M. Świdy, Wilno, ul. Wileńska 29/3.

Prof. Dr. A. Januszkiewicz, przewodn. *Dr. M. Świda*, sekr.

Sprostowania:

W Nr. 26. P. Gaz. Lek. strona 538, 1. szpalta, wiersz 19. od góry, zamiast „z Purolina“ ma być „z Turobina“.

W Nr. 31. str. 623., 2. szpalta, wiersz 16. od dołu, zamiast „micropomphus“ ma być „micropomphus“; strona 630, 1. szpalta wiersz 13. od dołu, zamiast „Presse médical“ ma być „Paris médical“; str 634, 1. szpalta, 13. wiersz od góry, zamiast „Dalbeta“ ma być „Delbeta“.

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych w Państwie za czas od 23 kwietnia do 20 maja 1922 r.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Ospa	Dur brzuszny	Dur osutk.	Dur powrotny	Czerwonka	Płonica	Błonica	Nagminne zapalenie opon	Zimnica	Gruźlica	Pokąsania (i wodowstręt)
Warszawa miasto	ch.	(3) 0	13 (0)	43 (5)	4 (0)	3 (0)	11 (4)	7 (2)	1 (0)	16 (0)	64 (85)	0 (1)
	ż.	—	4 (1)	6 (1)	1 (0)	1 (0)	5 (0)	2 (1)	0 (2)	4 (0)	22 (13)	—
Białostockie	ch.	7 (0)	29 (0)	597 (39)	476 (2)	13 (4)	53 (4)	5 (0)	1 (0)	30 (0)	0 (14)	34 (0)
	ż.	—	5 (0)	48 (2)	14 (0)	—	14 (0)	1 (0)	—	1 (0)	—	—
Kieleckie	ch.	56 (7)	90 (6)	217 (12)	14 (0)	2 (0)	21 (1)	21 (0)	1 (1)	8 (0)	3 (0)	2 (0)
	ż.	1 (0)	8 (2)	20 (1)	2 (0)	—	—	4 (0)	—	—	—	—
Krakowskie	ch.	10 (2)	110 (17)	88 (14)	13 (1)	7 (3)	113 (20)	13 (1)	1 (0)	—	0 (88)	2 (0)
	ż.	—	—	—	—	—	7 (0)	—	—	—	—	—
Lubelskie	ch.	33 (1)	85 (5)	723 (59)	294 (18)	3 (3)	28 (2)	5 (1)	12 (2)	90 (0)	37 (1)	39 (0)
	ż.	—	13 (0)	37 (5)	10 (0)	—	1 (0)	3 (1)	—	10 (0)	4 (0)	—
Lwowskie	ch.	2 (0)	87 (10)	239 (33)	10 (1)	2 (0)	136 (25)	23 (3)	—	3 (0)	47 (152)	87 (2)
	ż.	—	3 (1)	13 (1)	—	—	8 (0)	2 (0)	0 (1)	1 (0)	4 (24)	6 (0)
Łódzkie	ch.	18 (6)	88 (4)	103 (6)	3 (0)	5 (0)	33 (0)	11 (2)	3 (7)	5 (0)	18 (146)	—
	ż.	1 (0)	27 (1)	50 (4)	1 (0)	2 (1)	6 (0)	3 (0)	3 (4)	1 (0)	0 (29)	—
Nowogrodzkie	ch.	63 (2)	130 (2)	1400 (40)	732 (21)	30 (0)	35 (1)	24 (3)	3 (0)	329 (0)	35 (1)	1 (0)
	ż.	—	13 (1)	66 (3)	41 (0)	4 (0)	1 (0)	5 (0)	—	51 (0)	5 (0)	—
Poleskie	ch.	7 (0)	280 (30)	463 (30)	1006 (19)	30 (0)	23 (0)	29 (1)	2 (0)	860 (0)	79 (0)	9 (0)
	ż.	—	6 (0)	83 (3)	61 (2)	1 (0)	2 (1)	5 (0)	1 (0)	43 (0)	15 (0)	—
Pomorskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Poznańskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż											
Śląsk Cieszyński	ch.	14 (0)	7 (0)	—	—	4 (0)	1 (0)	2 (0)	—	—	—	—
	ż.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stanisławowskie	ch.	124 (41)	59 (5)	281 (34)	10 (0)	1 (0)	192 (31)	5 (0)	2 (0)	1 (0)	13 (24)	11 (1)
	ż.	38 (14)	2 (0)	9 (2)	1 (0)	—	7 (3)	—	—	—	4 (8)	—
Tarnopolskie	ch.	20 (4)	36 (2)	161 (24)	8 (1)	3 (1)	52 (11)	10 (0)	1 (1)	1 (0)	28 (31)	51 (0)
	ż.	—	9 (1)	3 (0)	—	1 (0)	6 (1)	—	2 (0)	—	1 (1)	1 (0)
Warszawskie	ch.	2 (0)	87 (7)	92 (4)	4 (0)	—	15 (4)	15 (2)	—	10 (0)	15 (21)	3 (0)
	ż.	5 (0)	1 (0)	9 (0)	—	—	1 (0)	—	—	3 (0)	0 (5)	—
Wołyńskie	ch.	18 (2)	89 (2)	399 (16)	475 (5)	12 (0)	76 (1)	22 (0)	1 (1)	729 (0)	20 (0)	1 (0)
	ż.	—	6 (1)	37 (2)	15 (1)	—	1 (0)	2 (0)	—	32 (0)	3 (0)	—

Ch = chrześcijanie, ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych.

Nr. 35. 27. sierpnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. Tomasz Kożuchowski. Lublin.

Kilka uwag w sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego.

W sprawie leczenia wyrostka robaczkowego przyjmujemy za zasadę, iż z chwilą stwierdzenia napadu należy dokonać operacji; im wcześniej zabieg będzie dokonany, tem mamy lepsze wyniki pooperacyjne. W razach, gdzie do wczesnej operacji nie doszło, co się dotychczas niestety zdarza, przedewszystkiem nasuwa się pytanie, czy dać choremu środek przeczyszczający, czy też odwrotnie — środki, powstrzymujące ruch robaczkowy jelit. Przeciwnicy podawania środków przeczyszczających twierdzą, że środek przeczyszczający 1) zwiększa ciśnienie wewnątrzkiszkowe, 2) wzmaga ruchy robaczkowe. Według nich zwiększone ciśnienie wewnątrzkiszkowe może spowodować przedziurawienie wyrostka, znajdującego się w stanie zapalnym. Zwiększony zaś ruch robaczkowy jelit może doprowadzić do rozerwania powstających zrostów, ograniczających ropień, co ze swej strony może wywołać zakażenie ogólne otrzewnej. Lecz przedziurawienie wyrostka, żołądka, jelit, zależy nie tyle od ciśnienia wewnątrzjelitowego, ile od samej sprawy zapalnej, która się toczy w danej okolicy, od szybkości rozpuszczania się tkanek — czyli od peptonizacji tkanek przez bakterje.

Obawa przed podawaniem środków przeczyszczających jest przesadzona wskutek tego, że nie zwracamy należytej uwagi na fizjologję jamy brzusznej. Wypadków, w których możnaby stwierdzić, że przedziurawienie nastąpiło wskutek podania środków przeczyszczających, jest ilość mała, a i te nasuwają poważną wątpliwość, czy zostały dokładnie zbadane. Natomiast na setkach wypadków ostrych zapaleń wyrostka robaczkowego możemy stwierdzić, iż zastosowanie środków przeczyszczających nie tylko nie dało powikłań, lecz przeciwnie znacznie złagodziło przebieg choroby. Nie pamiętam przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego z mojej praktyki, w którymby przed mojem przybyciem nie podano raz lub kilka razy środka przeczyszczającego, a mimoto nie spostrzegałem specjalnego pogorszenia; to zastanowiło mnie i zacząłem się krytycznie zapatrywać na ów surowo przestrzegany zakaz podawania środków czyszczących i zalecanie makowca.

Drugą sprawą sporną jest podawanie makowca.

Istnieje długi szereg zwolenników podawania makowca podczas napadu; zwolennicy ci tłómaczą swoje postępowanie tem, iż należy znieść ruch robaczkowy jelit, aby zabezpieczyć się przed rozerwaniem tworzących się zrostów i pozostawić kiszki w największym spokoju. Rozpatrzmy drugą stronę medalu. Makowiec istotnie poraża kiszki, znosi ich czynność ruchową i dlatego właśnie jest szkodliwy. Doświadczenie uczy, że przebieg ataku, w którym udało się opróżnić jelita, jest bez porównania łagodniejszy. Jeżeli powstaje rozerwanie zrostów naokoło ropnia lub samego wyrostka, to tylko dzięki czynnej sprawie w ropniu lub wyrostku t. j. cavité close. Każdy ropień zamknięty powiększa żywotność drobnoustrojów, jak często bywa w wyrostku, gdzie znajdujemy jamę zamkniętą.

Ale nie we wszystkich przypadkach daję na przeczyszczenie; a mianowicie w tych przypadkach, gdzie już są objawy zapalenia otrzewnej, gdzieby nasz zabieg był daremny i zwiększał cierpienie chorego podczas napadu, daję codziennie sól gorzką; kiedy zaś nie pomagają środki przeczyszczające, to w celu ulżenia choremu zalecam lewatywy syfonowe (przy bezwładzie kiszek) 2—3 razy dziennie, po 2—3 szklanki na raz. Często podczas napadów stosuję ciepło lub lód; należy jedno lub drugie indywidualizować zależnie od stanu, w jakim chory się znajduje. Ciepło wywołuje przekrwienie, to znaczy zwiększenie leukocytozy, która przedstawia samo obronę organizmu, zwiększenie odporności w danem miejscu a więc, stosując ciepłe okłady wilgotne, dajemy pomoc organizmowi, który podjął walkę z chorobą. I dlatego ciepło należy stosować zawsze w tych napadach, w których objawy nie są zbyt groźne, a chodzi nam o to, aby sprawę umiejscowić.

Lód ma inne działanie: wywołuje zwężenie naczyń krwionośnych, zmniejsza ilościowo obieg krwi, i, co najważniejsze, działa znieczulająco: a więc jest on cennym środkiem wtedy, kiedy występują objawy bardzo groźne (zapalenie otrzewnej), albo też kiedy nastąpiło zbyt silne przekrwienie i duży obrzęk, a więc gdzie mamy do czynienia z objawami zapalenia otrzewnej, znaczną bolesnością brzucha i porażeniem jelit. Mając przed oczyma działanie obu tych czynników: ciepła i zimna — będziemy odpowiednio ich używali, obserwując uważnie stan chorego, i w miarę potrzeby przechodzili od jednego do drugiego.

Następne napady są znacznie gorsze, gdyż zmiany w wyrostku już są inne; dlatego, o ile chory nie chce się poddać operacji, należy przynajmniej się starać o to, aby uniknąć drugiego napadu. Zabrania się choremu spożywania mięsa i ryb, poleca się djetę roślinną, jako mniej sprzyjającą bakterjom chorobotwórczym. Dowodami tego są Arabi, Japończycy i nasi włościanie, którzy bardzo rzadko chorują ua zapalenie wyrostka robaczkowego; przeciwnie zaś — ludność miejska wogóle, dalej Anglicy, którzy spożywają przeważnie mięso, zapadają daleko częściej. Z tego nie wynika, aby djeta roślinna zupełnie zabezpieczała przed napadami, lecz w każdym razie statystyka notuje znacznie mniejszą ilość zachorowań. Tyle na razie o leczeniu wewnętrznem pierwszych napadów zapaleń wyrostka robaczkowego.

Pozostaje do omówienia droga operacyjna.

Leczenie operacyjne dzielimy na trzy okresy, a mianowicie:

I. Operacja dokonana w pierwszych 24 godzinach.

II. Operacja dokonana na zimno.

III. Operacja dokonana w warunkach złożonych — powikłanych.

Jak już wspomniałem na wstępie referatu, im wcześniej od początku napadu dokonamy zabiegu, tem pewniejszy jest wynik: nie znajdziemy powikłań, niema wielkich, daleko idących zmian zapalnych, któreby nam zwiększały niebezpieczeństwo. W miarę upływu godzin od ataku znajdziemy już zmiany w wyrostku i otoczeniu. Wyrostek obrzękły, naloty włóknikowe, czasami przedziurawienie, zrosty mogą być, ale bardzo luźne, kątnica obrzękła, chociaż uie w tym stopniu, jak po 24 godzinach. Zazwyczaj po otwarciu jamy brzusznej widzimy w okolicy wyrostka i kiszki ślepej lekkie zrosty, które łatwo dają się odsunąć (prawidłowiej można nazwać to nie zrostami, lecz zlepami włóknikowemi, gdyż zazwyczaj pod słowem zrosty rozumiemy zorganizowane i mocne, łącznotkankowe spojenia). Idziemy wprost w okolicę jamy biodrowej ku wyrostkowi. Wyrostek bezwarunkowo powinien być usunięty; w przypadkach, gdy mamy przedziurawienie, należy mechanicznie oczyścić miejsce zropiałe. Jamę otrzewnej zaszywa się całkowicie i zalecamy następnie środki, mające powrócić czynności ruchowe kiszkom, jako to: lewatywy syfonowe, lód, zimne okłady na brzuch, powodujące odchodzenie gazów. Pierwszego dnia chory pozostaje na zupełnie ścisłej djecie; przez następne 2—3 dni na płynnej; 5—6 dnia dajemy kotlet, jaja. Chory wstaje 7 — 8 dnia po operacji.

Najbardziej powikłany i trudny jest okres III, gdy mamy do czynienia z objawami zapalenia otrzewnej ograniczonego lub rozlanego. W tych przypadkach musimy dokładnie zdawać sobie sprawę z przebiegu choroby i stanu cho-

rego, aby przystąpić do operacji. Ropnie dokoła lub pod kątnicą, kiedy długo trwają przy wysokiej ciepłocie o charakterze hektycznym; wysięki, które się nie zmniejszają, lecz przeciwnie zwiększają ku górze lub ku dołowi; dreszcze, a najważniejsze — leukocytoza powyżej 12—13 tysięcy, przy objawach postępujących i nie mających dążności zmniejszania się, są wskazaniami do operacji.

Zabiegi operacyjne w tym okresie dają największy odsetek śmiertelności i często wobec ciężkiego stanu chorego wahamy się, czy wogóle dokonywać operacji? Co więc skłania nas do wykonania zabiegu?

Prawda, wiemy, że w jamie brzusznej przeważająca część ropni ulega zanikowi, dzięki znacznej odporności otrzewnej, która posiada naczynia krwionośne, oraz znaczną ilość naczyń chłonnych i z każdą sprawą zapalną ma możność walczyć tak energicznie, że tylko w stosunkowo rzadkich przypadkach ropnie nie zanikają; ale w warunkach, gdzie żywotność drobnoustrojów jest znaczna lub odporność otrzewnej jest za słaba, sprawa ropna posuwa się naprzód. Powstaje więc obawa peptonizacji i przedziurawienia otaczających ścian i dostania się ropy do jakiegokolwiek narządu, jako to: jelita, pęcherza, do wolnej jamy otrzewnej, lub też rozlania się jej w luźnej tkance poza otrzewną, około trzustki, wątroby. Przedostanie się ropnia do jelit skończyć się może wyzdrowieniem, lecz może się kał dostać do jamy otrzewnej, do pęcherza i wywołać ogólne zakażenie. Te właśnie możliwe powikłania zmuszają do zabiegu operacyjnego, w tych warunkach bardzo niepożądanego. Zabieg sam polega na tem, że otwieramy ropień w miejscu odpowiadającem środkowi nacieku; jeżeli podczas operacji otworzyliśmy wolną jamę otrzewnej, to przed otwarciem ropnia należy bezwarunkowo podszyć sieć i doszczętnie zamknąć jamę otrzewnej i dopiero wtedy przystąpić do otwarcia ropnia. Przy odsłanianiu ropnia nożem pracujemy tylko do otrzewnej, następnie idziemy na tępo, aby nie otworzyć kiszki, zrośniętej z otrzewną. Podczas tego zabiegu, o ile spotkamy wyrostek, to go usuwamy, lecz specjalnych poszukiwań nie robimy, gdyż łatwo naderwać zrosty ochraniające i ułatwić ropie dostanie się do wolnej jamy brzusznej, co w następstwie prowadzi do ogólnego zapalenia otrzewnej. Na taki ropień w jamie otrzewnej powinniśmy patrzeć, jak na ropień w każdem innem miejscu w ustroju — to znaczy, że ściana jego jest wyłożona ziarniną, która, jak nam wiadomo z patologji chirurgicznej, powinna przejść typowy okres. Zaszycie takiego ropnia byłoby ciężkim błędem, ponieważ ziarnina produkuje nowe masy ropy, któraby szukała nowego dla siebie ujścia, a więc anulowałaby zabieg operacyjny. Ranę tę goimy, jak ranę otwartą, dotąd, dopóki się nie zagoi samoistnie.

Na podstawie powyższego dochodzę do wniosków:

1) Operować każdy przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego jak najwcześniej.

2) Podczas napadu nie bać się podawania środków przeczyszczających (sól), które oczyszczają jelita od zawartości, łagodzą przebieg ataku, a w żaden sposób nie przyczyniają się do przedziurawienia wyrostka i nie mają żadnej dążności do zwiększania ciśnienia wewnątrz-kiszkowego.

3) Wstrzymać się od podawania makowca, który zwiększa ciśnienie wewnątrzkiszkowe, znosi tak pożądaną dla nas czynność jelit, a wcale nie zabezpiecza przed rozerwaniem zrostów*).

*) Do pracy powyższej, będącej wynikiem bacznego spostrzegania przypadków — jesteśmy zmuszeni dodać kilka zastrzeżeń opartych na doświadczeniu większości chirurgów.

Zapalenie wyrostka robaczkowego jest chorobą nazbyt częstą i nadto złośliwą, by nad jej leczeniem nie zastanawiali się oddawna wszyscy chirurdzy. Leczenie nieoperacyjne nęci każdego: tak lekarza jak i chorego; podawanie środków czyszczących, jako metodę, wprowadził przed laty bodaj 20-tu Sonnenburg, lecz on sam przekonał się wkrótce o szkodliwości metody. Później przez pewien czas odzywały się głosy w obronie przeczyszczeń, przyczem jeden ze zwolenników „purgansów“ użył słusznego aforyzmu, iż trzymając w jednej ręce łyżkę z olejem, w drugiej należy mieć nóż. Kolega K. nie uznaje wprawdzie metody czyszczącej za metodę wyboru, gdyż zupełnie słusznie jest zwolennikiem operacji wczesnej, lecz za to, szczęśliwym zbiegiem okoliczności dla jego chorych, nie widział nigdy szkodliwych następstw po przeczyszczeniu, i w tym właśnie względzie różni się krańcowo od większości chirurgów: pomimo wszelkie teoretyczne rozważania środek przeczyszczający, podany w napadzie wyrostkowym, częściej szkodzi aniżeli pomaga. Autor sam zastrzega się, że nie wolno czyścić w tych razach, gdzie istnieje zapalenie otrzewnej. Otóż to właśnie stanowi najdrażliwszy punkt sprawy, albowiem nikt zaręczyć nie może — zwłaszcza w pierwszych godzinach choroby, czy i na ile jest zajęta otrzewna. Wnioskować można nawet w taki sposób, że przeczyszczenie działa dobrze tam, gdzie napad jest lekki, a więc gdzie wszystko poszłoby dobrze i bez przeczyszczań.

Cel uwag niniejszych jest jedynie ten, by czytelnik, nie mający jeszcze wyrobionego poglądu na sprawy, o których mowa, nie zechciał zbyt pochopnie i bez zastrzeżeń stosować metodę, którą zaleca autor, oczywiście też z zastrzeżeniami. (Przyp. Redakcji warszawskiej).

Dr. Mściwój Semerau, adjunkt kliniki. Warszawa.

Studja nad zaburzeniami w układzie krwiotwórczym.

Z II. Kliniki Lekarskiej Uniwersytetu Warszawskiego.
(Kierownik: Prof. dr. Kazimierz Rzętkowski).

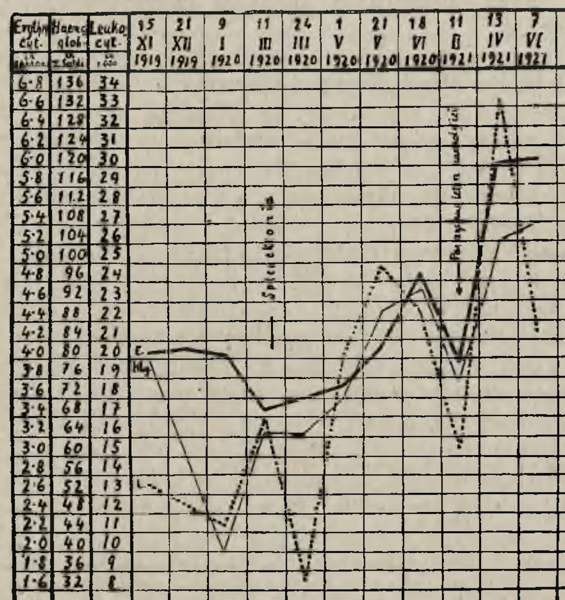
I. Przyczynki do patogenezy żółtaczki hemolitycznej i fizjologji patologicznej śledziony.

(Dokończenie).

Inne badania surowicy, mianowicie na zawartość białka, mocznika i obniżenie punktu zamarzania nie ujawniły większych różnic między cyframi notowanemi przed wycięciem śledziony i po niem. Ilość białka wprawdzie nieco się wzmogła (z 7.85% na 8.4%), ale jeszcze w granicach fizjologicznie spostrzeganych. Pewne wahania w ilości mocznika także nie przekraczają większych rozmiarów i podobnie, jak w spostrzeżeniu innych autorów, wydają się być zależne od natężenia zachorzenia. Czy wreszcie drobne obniżenie się δ z —0,595 przed operacją na —0,575, zaobserwowane przed 5 miesiącami, potwierdzają koncepcję Starkiewicza, który w tem widzi dążność ustroju do podniesienia stężenia cząsteczkowego surowicy w celu uchronienia krwinek od rozpadu, trudno w tym przypadku dla niewielkiego odchylenia osądzić; wobec tego, że obniżenie δ nastąpiło po wzmożeniu odporności i zmniejszeniu się procesów hemolitycznych, należałoby może razem z Troisier uważać to nie za zjawisko celowe, ale za objaw towarzyszący uszkodzeniu krwinek.

Natomiast stosunkowo silnie odbiła się splenektomja na obrazie hematologicznym, tak jak wykazuje djagram w rycinie Nr. 3. Pierwotnie niewielka hypoglobulia czerwonych krwinek, która pod wpływem powolnego pogorszenia stanu ogólnego jeszcze się zmniejszyła do $3^1/_2$ miljonów w mm sz.,

Rycina Nr. 3.



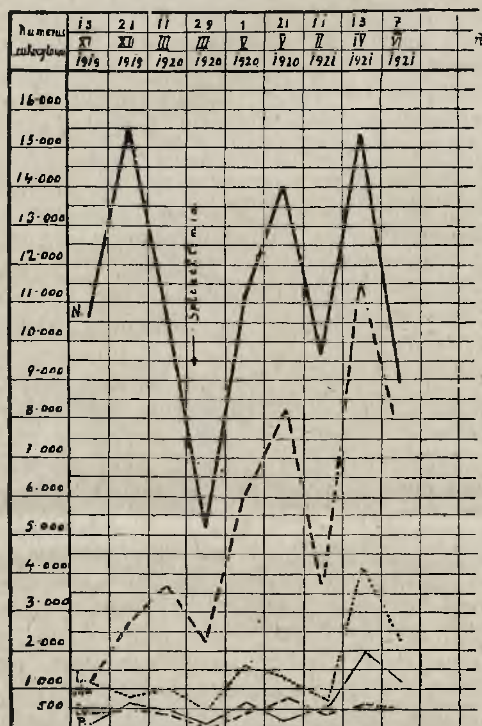
Chora Nr. IV. Zachowanie się ilości czerwonych krążków (E), hemoglobiny (Hbg) i białych krążków (4) przed i po wykonaniu splenektomji.

zaraz po zabiegu zaczęła się poprawiać i, pominąwszy pewną remisję podczas silnego ataku żółtaczki, ustąpiła miejsca nad-

miernemu wytwarzaniu krążków, które prawie zbliża się do erytremii i poniekąd uwydatnia się obecnie na twarzy chorej zwykle nieco obrzękłej i zaczerwienionej. Ciekawe jest przejściowe pojawienie się ciałek Howell-Jolly'ego w pierwszych 2—3 miesiącach po wycięciu śledziony, prawdopodobnie jako objaw żywszej odnowy krwi. Innych znamiom takiej żywszej odnowy, jak jądrzaste postacie i polichromatofilia, nie stwierdzono, drobne zaś zmiany w wyglądzie samych krążków wróciły do normy. Mniej więcej współmiernie z poliglobulją wzrosła także i hemoglobina krwi, tak że wskaźnik barwny wynosił ostatnio około 0.9.

Ciekawie przedstawia się zachowanie białych ciałek. Ilość ich wahająca się przed zabiegiem od 13—16 tysięcy w parę dni po splenektomii opadła do 8.200, by potem stale wzrastać, tak, że w czerwcu bieżącego roku doszła do 33.600 w mm sz. (por. rycinę Nr. 4). Na tę hyperleukocytozę składa się jedynie, jak wynika z ryciny Nr. 4, znaczny przyrost

Rycina Nr. 4.



Chora Nr. IV. Zachowanie się różnych postaci białych krążków przed i po splenektomji. Nie zmieniają się obojętnochłonne (N) i kwasochłonne (E) leukocyty, narastają br. wyraźnie limfocyty (L), w mniejszym stopniu jednojądrzaste (M) i „przejściowe" (P) postacie leukocytów.

jednojądrzastych komórek, specjalnie limfocytów (z 1224 na 8044), choć i jednojądrzaste leukocyty (z 1224 na 4032) i t. zw. przejściowe formy (z 136 na 2010) ilościowo kilkakrotnie się wzmogły. W przeciwieństwie do tego wszelkie granulocyty pozostały mniej lub więcej niezmienione. Taki odczyn ustroju po utracie śledziony odpowiada w zupełności doświadczeniom Kurłowa, Michajłowa i Fofanowa, Pont'a, Dubois'a i in. z jednej strony i niektórym klinicznym badaniom, jak Noguchi'ego, Blauel'a, Mathew'a i Mile'a, Roughton'a i innych, z drugiej strony. W polskiej literaturze znajdujemy potwierdzenie tego w krótkiej notatce Szokalskiego. Wszyscy oni podkreślają wystąpienie mniej lub więcej wyraźnej, względnie wczesnej limfocytozy. Opisywana zaś przez niektórych autorów eozynofilja (Andibert i Valette, Roughton, Balance, Hartmann i Vaquez) występowała w późniejszych okresach — u Kurłowa n. p. po 2 latach — i wobec tego nie mogła się u naszej chorej jeszcze zaznaczyć. Natomiast takież same wzmożenie się jednojądrzastych leukocytów napotykamy w pracach Küttner'a, Monnier'a, Heaton'a i innych.

Wycięcie śledziony wpłynęło więc tutaj na krew chorej najprzód w tym sensie, że się kruchość czerwonych krążków znacznie zmniejszyła i to prawdopodobnie zarówno starszych, bo wcześniej się rozpadających, jak i młodszych, odporniejszych tworów, trudniej podlegających hemolizie. Pozatem ujawniła się po wycięciu śledziony policytemja zabarwionych ciałek przy zachowaniu normalnej zawartości hemoglobiny, a wreszcie wybitna leukocytoza wywołana silną produkcją limfocytów. Jeśliby na mocy takiej reakcji chcieć sądzić o zwykłych czynnościach śledziony, to możnaby z tego wnioskować:

1) że śledziona posiada własności zmieniające fizykochemiczną budowę pewnych, może bardziej już zużytych, czerwonych krwinek i przygotowuje je w ten sposób do rozpadania się w komórkach układu endotelio-retykularnego;

2) że stanowi ona przy pomocy tego mechanizmu a może i innych czynników, w prawidłowych warunkach jeden z najważniejszych narządów służących »erytroftenji«, jak tę czynność krwiobójczą wyrównującą nadmiar w tworzeniu się erytrocytów nazywa prof. Rzętkowski;

3) że przy normalnej producji leukocytów czynność jej niszcząca te ciałka nie zaznacza się tak silnie, by nie mogła być przyjęta przez inne narządy tego samego układu n. p. gruczoły krwiste (»Haemolymphdrüsen«), albowiem przyrost białych ciałek należy uważać za skutek przeholowanego działania gruczołów chłonnych kompenzujących brak grudek chłonnych śledziony;

4) że nie jest ona miejscem powstawania leukocytów jednojądrowych, jak tego chcą niektórzy autorzy, przedewszystkiem Türk, gdyż po jej usunięciu nietylko nie znikają, ale pojawiają się w ilości powiększonej.

Zapewne, że odczyn zanotowany w jednym przypadku zupełnie nie uprawnia do żadnych ugólnień, tembardziej że chodzi tutaj o wycięcie narządu chorobowo zmienionego. Wobec tego jednak, że takież same wyniki notowano po splenektomiach u zwierząt zupełnie zdrowych, a także u ludzi z różnemi sprawami chorobowemi narządu krwiotwórczego, wnioski takie nie wydają się za daleko idące.

W powyższem dlatego nieco bliżej zajęliśmy się niektóremi spostrzeżeniami dotyczącemi fizjologii patologicznej śledziony, ponieważ głębsze wniknięcie w mało dotąd znaną czynność tego gruczołu może się przyczynić do wyjaśnienia patogenezy żółtaczki hemolitycznej. A patogeneza ta nietylko w szczegółach, ale w zasadzie swojej stanowi przedmiot dość upartych sporów. Nie miejsce tu naturalnie na przedstawienie i ocenę wszystkich koncepcji, które próbują zagadkę tę rozwiązać. Zaznaczymy tylko, że teorji Hayem'a, która w zadowalający sposób tłómaczy mechanizm powstawania żółtaczki, brak odpowiednich danych, które wskazywałyby wątrobę jako punkt wyjścia zachorzenia. Także pogląd Minkowskiego i Gilberta, choć przekonywująco uwydatnia wybitną i czynną rolę śledziony w całej sprawie, nie posiada dostatecznej doświadczalnej podstawy; wykryte bowiem przez Gilbert'a i jego szkołę w śledzionie »hemolizyny« nie zostały przez innych badaczy, między innymi i polskich, jak Hertz, Oczesalski i Sterling, potwierdzone. Pozatem kwestja zmniejszonej odporności krwinek nie znalazła w ramach wzmiankowanego poglądu odpowiedniego wyjaśnienia. Hipoteza Widal'a wreszcie uwzględnia wprawdzie należycie wpływ nadmiernej kruchości i rozpadu krwinek, w których to objawach widzi wadliwą wytwórczość szpiku kostnego, na wywołanie żółtaczki, niedocenia jednak klinicznie udowodnionej inicjatywy powiększonej śledziony, którą przedstawia tylko jako bierny wynik wzmożonej hemolizy.

Dla wyrównania zawartych w tych trzech głównych koncepcjach braków późniejsi autorowie próbowali eklektycznie ten czy inny pogląd uzupełniać i pośrednie a zgodne z większością faktów zająć stanowisko. Tak powstały teorje Chauffard'a, Parkes-Webera, Vaquez'a i Ambertin'a i Eppinger'a. Według Eppingera, który na podstawie długotrwałych badań, ostatni w tej sprawie zabierał głos, patogeneza żółtaczki hemolitycznej przedstawia się w krótkości następująco: skutkiem nieznanych jeszcze bliżej czynników chorobowych występują zaburzenia i zmiany w czynności śledziony, tak, że krew w znaczniejszym stopniu przepływa przez miąższ tego narządu. Przez bliższą styczność z nabłonkami miąższu śledziony czerwone krwinki w większej ilości

niż zwykle ulegają pewnym fizyko-chemicznym zmianom, które je czynią łatwiejszym łupem komórek Kupfferowskich i komórek miąższu wątrobowego. Wynikiem tego jest większa ilość barwika żółciowego, która powoduje nietylko polycholję, ale i zgęszczenie żółci, tak, że dochodzi do zakrzepów w obrębie kanalików żółciowych i przedostawania się stagnującej żółci do ogólnego krwiobiegu. Możliwe jest, zdaniem Eppingera, że do tego momentu dołącza się nadmiar barwika żółciowego, czynnościowa niedomoga wydzielnicza komórek miąższu wątroby, oraz tworzenie się bilirubiny poza wątrobą n. p. w śledzionie.

Nakreślona w krótkości teorja Eppingera wykazuje istotnie dużo zalet. Nawiązuje ona do niedających się zaprzeczyć przeobrażeń śledziony, stoi w zgodzie z pierwszorzędnym objawem klinicznym powiększonej śledziony, wyjaśnia leczniczy wpływ splenektomii i tłómaczy niewymuszenie mechanizm żółtaczki. Podkreślając tak, podobnie jak to czyni Gilbert, czynną rolę śledziony, nie ucieka się przytem do nieudowodnionych dotąd i zasadniczo problematycznych hemolizyn. Natomiast nie zajmuje Eppinger, jak sam przyznaje, żadnego ścisłego stanowiska wobec drugiego, można prawie powiedzieć patognomonicznego, a przez siebie samego wysoko cenionego, zjawiska zmniejszonej odporności krwinek i niekompletnej poprawy tejże odporności po wycięciu śledziony.

Jak więc widzimy, akta w sprawie patogenezy żółtaczki hemolitycznej nie są jeszcze wcale zamknięte. To nam daje pochop do wypowiedzenia własnego zapatrywania w tej mierze. Naszem zdaniem zachorzenie dotyczy wszystkich składowych części narządu krwiotwórczego i przedstawia się jako wynik rozkojarzenia czynności układu erytropoietycznego i erytroftenicznego. Punktem wyjścia całego procesu, zdaje się, jest pewien wrodzony niedorozwój albo stopniowo nabyte zahamowanie funkcji szpiku kostnego, które pociąga za sobą nietyle zmniejszenie ogólnej liczby w milimetrze sześciennym, ile upośledzenie jakości czerwonych krwinek. Przemawia zatem, poza częstem spotykaniem granulacji w krążkach, ich widoczna kruchość, przejawiająca się w ich zmniejszonej odporności na hypotoniczne roztwory soli kuchennej. Kruchość ta po wycięciu śledziony wprawdzie się zmniejsza, jak to wykazują spostrzeżenia innych autorów i nasze, jednakże w tym zmniejszonym rozpadzie krwinek nie następuje nigdy albo prawie nigdy powrót do normalnych warunków. Zapewne przypuścić można w celu wytłómaczenia tego zjawiska, że po wycięciu śledziony inne narządy przejmują częściowo jej czynność i dlatego poprawa w zachowaniu się odporności nie jest zupełna. Ale na to brak ścisłych dowodów. Natomiast wiemy z badań autorów, jak Grigaut, Eppinger, Strauss, Bürger i Beumer, Rosenthal i Holzer, że przy żółtaczce hemolitycznej zawartość cholesteryny we krwi jest na ogół wyraźnie zmniejszona. I my w dwóch*) pierwszych przypadkach (Nr. I. i II.), w których badano zawartość cholesteryny we krwi, zauważyliśmy zawsze hypocholesterynemię, mianowicie 0,8 0,9, wzgl. 1,0 gr. zamiast jak zwykle 1.5 gr. w 1000 cm sz. surowicy. Wobec tego zaś, że czerwone ciałka, jak tego dowodzą doświadczenia ostatnich lat, łatwo absorbują cholesterynę ze środowiska, w którem się znajdują, wobec tego również, że odporność krwinek, jak sami zdołaliśmy się przekonać, stoi w prostym stosunku do ilości cholesteryny zawartej w surowicy, należy przyjąć, że to jakościowo gorsze wytwarzanie się krwinek w szpiku kostnym zależne jest w pewnej mierze od zaburzenia w gospodarce tego ważnego lipoidu. Podobne poglądy wypowiadali już Kalvie i Rosenbloom oraz Chauffard, Laroche i Grigaut.

Gdyby zatem pierwotne upośledzenie jakości krwinek na skutek hypocholesterynemji okazało się czemś stałem, to wtedy powiększenie śledziony oraz różne jej morfologiczne i czynnościowe zmiany przedstawiałyby się jako zjawisko następcze. Naturalnie nie w sensie Widal'a, który, jak już wzmiankowaliśmy, uważa splenomegalję za bierny wynik nadmiernej hemolizy w krwiobiegu, ale raczej w sensie Eppingera, który w tem widzi samodzielną akcję śledziony. Ta akcja uwydatniała się w odpowiedniem przygotowaniu znacznej ilości krwinek do rozpadu, który następuje przeważnie w komórkach Kupffer'owskich wątroby i jest przyczyną znamionującej zachorzenie żółtaczki.

Jak z powyższego wynika, pogląd nasz odbiega w tym zasadniczym punkcie od teorji Eppingera, że punkt wyjścia zachorzenia widzi w wadliwej budowie krwinek, a nie w pierwotnych zmianach śledziony. Zbliża się on zatem do zapatrywania Vaqueza i Ambertin'a, a posiada przed koncepcją Eppingera tę dogodność, że obejmuje wszystko pod jednym kątem widzenia i nie stoi bezradnie wobec takiego pierwszorzędnego objawu, jakim jest zmniejszona odporność krwinek. W ten sposób jeszcze bardziej może, niż to wypływa z nadzwyczaj ciekawej książki Eppingera, zbiega się mechanizm powstawania żółtaczki hemolitycznej i hemolitycznej odmiany złośliwej anemji. Tu i tam pewna abiotrofja układu krwiotwórczego, tu i tam, jak sami niedawno w naszej klinice mogliśmy stwierdzić, mniejsza lub większa bilirubinemja i hypocholesterynemja, tu i tam zaburzenia w odporności krwinek, tu i tam wreszcie podobne histologiczne przekształcenie śledziony. Cała różnica między obu obrazami klinicznemi polega na tem, że gdy przy żółtaczce hemolitycznej przeważa czynnik erytrofteniczny przy względnie dobrze zachowanej czynności szpikowej, przy hemolitycznej odmianie złośliwej anemji na pierwszym planie stoi funkcjonalne upośledzenie układu erytropoietycznego.

W końcu parę słów w sprawie leczenia żółtaczki hemolitycznej. Wiadomo z dotychczasowych doświadczeń, że stosowanie środków, przepisywanych zwykle w zachorzeniach układu krwiotwórczego, albo zawodzi, albo nie daje żadnych wyraźnych wyników. Opoterapja, w postaci podawania pretworów szpiku kostnego, tak jak to próbowali Widal i Abrami, nie zyskała sobie żadnego rozgłosu. Z punktu widzenia teoretycznego zasługiwałoby może na wypróbowanie kilka koncepcji będących wynikiem doświadczeń na zwierzęciu. Najprzód zastrzyki drobnych dawek toluylendiaminy. Wprawdzie trucizna ta na ogół powoduje, poza innemi objawami, niedokrwistość i zmniejszenie odporności, ale przy oględnem dawkowaniu Rysz. Hertz i Marta Erlichówna spostrzegali niekiedy odwrotny skutek t. j. poliglobulję i wzmożenie rezystencji. Wobec tego, że środek ten był już przez Eppingera, choć w odmiennem zachorzeniu i z odmiennego wskazania, stosowany bez szkody dla ustroju, ostrożna próba z toluylendiaminą w razie zawiedzenia innych zabiegów podlegałaby dyskusji.

W ostatnich czasach niektórzy autorzy niemieccy zwłaszcza A. W. Fischer rzucił myśl leczenia żółtaczki hemolitycznej za pomocą dożylnych zastrzyków koloidalnych roztworów srebra. Wychodzi on przytem z założenia, że skoro według prac szkoły Aschoff'a wzmożona czynność układu endotelio-retykularnego w śledzionie i innych podobnych narządach odgrywa zasadniczą rolę przy powstawaniu nadmiernej erytroftenji, to porażenie tego układu przez wybiórcze nasycenie danych komórek kolargolem i koloidalnemi roztworami innych metali mogłoby rozpad krwinek i wynikającą z tego dynamiczną żółtaczkę zmniejszyć. Czy koncepcja ta, teoretycznie uzasadniona, da w praktyce jakieś wyniki, muszą pouczać dalsze obserwacje.

Co do mnie, skłaniałbym się najbardziej do podawania cholesteryny. Już dawniej widziałem w nieopublikowanych dotąd przypadkach hemolitycznych anemji (jednego żółtaczki hemolitycznej i dwóch złośliwej anemji typu hemolitycznego) bardzo wyraźną poprawę po doustnem podaniu 10%-ej zawiesiny cholesteryny w oliwie[1]). Wtedy myślano o neutrali-

*) Do tego przychodzi przypadek pokrótce opisany w notatce u dołu strony 672. Pol. Gazety lek.

[1]) Już po zakończeniu niniejszej pracy spotykam w literaturze wzmiankę, że Oulmont i Boidin już w roku 1912 próbowali podawania cholesteryny przy żółtaczce hemolitycznej i stwierdzali dodatni jej wpływ nietylko na ogólny przebieg zachorzenia, ale także na zwiększenie odporności krwinek.

zującem działaniu tego lipoidu na krążące w ustroju jady krwiobójcze. W świetle dzisiejszych pojęć dodatni taki wpływ dałby się raczej wytłómaczyć usunięciem podkreślanej poprzednio hypocholesterynemji, a może także tem, że jak to stwierdzili Eppinger, Chałatow i inni, cholesteryna wykazuje podobnie, jak pewne metale i barwiki, wybitne powinowactwo do komórek układu nabłonkowo - siateczkowego i przepojeniem ich zmniejsza do minimum ich chorobliwą działalność. Zapewne, że stosowanie dziś cholesteryny larga manu napotyka na nieprzyzwyciężone trudności, może by się jednak dało zastąpić ją środkami spożywczemi, w których cholesteryna znajduje się w większych ilościach n. p. w móżdżku, maśle, tranie i t. p.

Wszystkie jednak dotąd wymienione propozycje posiadają znaczenie dodatkowych zabiegów i nie dają się nawet w przybliżeniu przyrównać do działania splenektomji. Od czasu kiedy około 1910 r. Micheli po raz pierwszy świadomie w przypadku nabytej żółtaczki hemolitycznej zalecił wycięcie śledziony, operacja została już w podobnych stanach wielokrotnie wykonana z najlepszym skutkiem. Stwierdzają to liczne prace autorów francuskich, niemieckich, amerykańskich i włoskich. Ze pogląd ten nie jest wynikiem przejściowego entuzjazmu, tego dowodem, zdania w ostatnich dwóch latach wygłaszane, nie przez internistów ale przez chirurgów.' Tak n. p. podkreśla Voelcker z Halli na zeszłorocznym zjeździe chirurgów niemieckich, że »splenektomia prędko prowadzi tu do wyzdrowienia«. Ranzi z Wiednia, który operował większość przypadków Eppingera, mówi w swej monografji dosłownie, »że można w przypadkach żółtaczki hemolitycznej być nadzwyczajnie zadowolnym z wyników wycięcia śledziony«. Jeszcze bodaj bardziej zdecydowanie podnosi to głośny chirurg amerykański Berkeley Moynihan, który oświadcza w swojej niedawno ogłoszonej rozprawie, że »żadna operacja w chirurgji nie daje tak szybkich wyników jak wycięcia śledziony w żółtaczce hemolitycznej«. Operowany przez prof. Leśniowskiego przypadek Nr. IV, zdaje się pierwszy w piśmiennictwie polskiem, rezultatami swojemi zupełnie odpowiada ogólnie podkładanym w tej operacji nadziejom.

Śmiertelność przytem jest bardzo nieznaczna. W statystyce Ranzi'ego, obejmującej 9 przypadków, wszystkie pozostały przy życiu i dobrem zdrowiu; w statystyce Kanavel'a (cyt. podług Moynihana) na 48 przypadków znajdują się 2, a w zestawieniu Mayo (cyt. podług Moynihana) na 32 operacje jeden przypadek śmierci. Trzecia z naszych chorych, operowana na klinice prof. Radlińskiego zmarła jedynie skutkiem zbiegu nieprzewidzianych okoliczności.

Nie można wszakże zataić, że nawet po splenektomji następują niekiedy, jak u jednej z naszych chorych, lekkie nawroty dawnego zachorzenia. Zależy to zapewne od tego, że na tle wspomnianej skazy układu krwiotwórczego zaznacza się w pewnych warunkach wzmożona czynność narządów, które skutkiem nagromadzonej w nich fizjologicznie tkanki siateczkowo - śródbłonkowej przejmują funkcję śledziony po jej wycięciu. Gromadzące się wobec nadmiernego rozpadu krwinek złogi barwikowe w komórkach Kupffer'owskich powodują poza żółtaczką ostre dolegliwości w okolicy wątroby. Kolki te mogą jednakże być w związku z prawdziwą kamicą żółciową, tak jak to już nieraz dowodnie zostało stwierdzone.

I my mieliśmy sposobność zauważyć takie powikłanie u tej pacjentki, która się z dobrym wynikiem poddała splenektomji. Mimo polepszenia cierpiała ona jednakże na objawy cholelitiazy, połączone z żółtaczką o typie mechanicznym. Stan taki zmusił nas do zalecenia jej cholecystektomji, którą wykonał prof. Radliński. Operacja ujawniła worek żółciowy nieco może zgrubiały, wypełniony wielką ilością kamieni o charakterze czysto barwikowym. Po zabiegu chora wróciła już prawie zupełnie do zdrowia.

Streszczenie. 1) W niniejszej rozprawce przedstawiono szczegółowo 4 przypadki żółtaczki hemolitycznej. Dwa pierwsze przebiegały poronnie. Ostatnie, z tych, jeden o typie nabytym, drugi o typie wrodzonym i dziedzicznym, wykazywały zwykłe charakterystyczne cechy tego stanu.

2) U wszystkich poza mniej lub więcej uwydatnioną splenomegalją i innemi objawami spostrzegano wybitnie zmniejszoną odporność krwinek. Pozatem stwierdzono w dwóch pierwszych przypadkach, czasowo najpóźniej badanych, wyraźną hypocholesterynemję.

3) Wykonana u jednej z dwóch ostatnich obserwacji (Nr. III.) splenektomja doprowadziła skutkiem ciężkich warunków operacyjnych do zejścia śmiertelnego. Natomiast osiągnięty w drugim przypadku (Nr. IV.) przez wycięcie śledziony wynik leczniczy uważać należy za bardzo zadowalający.

4) Odczyn ustroju po splenektomii polegał subjektywnie na wielkiej poprawie samopoczucia, prawie zupełnym zaniku dawniejszych bólów, objektywnie na wyrównaniu anemji aż do lekkiej hyperglobulji, na wzmożeniu się odporności czerwonych krążków, wszakże bez osiągnięcia normalnego poziomu, i na wybitnej leukocytozie, wywołanej prawie wyłącznie produkcją limfocytów. Takie zachowanie się układu krwiotwórczego po wycięciu śledziony daje pewne pojęcie o jej czynności.

5) Niedostateczne wyjaśnienie wszystkich szczegółów w mechanizmie powstawania żółtaczki hemolitycznej przez dotychczasowe teorje daje pochop do poddania dyskusji nieco odmiennego poglądu. Podług niego żółtaczka hemolityczna jest wynikiem zachwianej równowagi między układem erytropoietycznym a układem erytroftenicznym (Rzętkowski), przyczem punkt wyjścia stanowi pewna skaza aparatu erytropoietycznego, polegająca na niedostatecznem zaopatrzeniu krwinek w cholesterynę przez szpik kostny, a przejawiająca się w wzmożonej kruchości czerwonych krążków. Niezaprzeczona aktywność śledziony, która pociąga za sobą wzmożony rozpad krwinek i nadmiar w tworzeniu barwika żółciowego, jest zjawiskiem wtórnem, z przesunięciem się tej równowagi związanem przyczynowo. Dlatego też usunięcie śledziony nie zmienia zasadniczo tła, na którem powstaje zachorzenie, choć w znakomity sposób zmniejsza jego przejawy w ustroju.

6) W myśl powyższej koncepcji zaleca się z wewnętrznych środków leczniczych podawanie cholesteryny albo w zawiesinie oleistej, albo w pokarmach, które ją zawierają w większej ilości, a to celem poprawienia zaburzonej gospodarki tego lipoidu. Poza próbą takiego przyczynowego leczenia wchodzi głównie w grę splenektomja, jako zabieg nadzwyczaj skuteczny i mało na ogół ryzykowny.

Piśmiennictwo.

1. Aschenheim Münch. med. Wochenschr. 1910, 1282. — 2. Benjamin u. Sluka. Berl. Klin. Woch. 1907, 1065. — 3. Bennech et Sabrazès. Gaz. hebd. d. Sc. méd. d. Bord. 1909, 3. Oct. — 4. Bürger und Beumer. Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther. 1913. Tom 13. 5. — Castaigne et Chiray. Manuel d. mal. du foie et des vaisseaux biliaires, Paris, Masson 1910. — 6. Chałatow. Virch. Arch. 217, 351, 1914. — 7. Chauffard. Semaine méd. 1907, Nr. 3. — 8. Tenże. Laroche et Grigaut. Compt. rend. Soc. Biol, 70, 20, 1911; 74, 1903, 1913. — 9. Tenże. Annales de Méd. 1914, 1. — 10. Dudgeon. Proc. of Roy. Soc. of Biol. 80, 531, 1908. — 11. Eppinger. Die hepatolienalen Erkrankungen, Berlin, Springer, 1920. — 12. Fischer. A. W. Deutsche med. Wochenschr. 1920, Nr. 7, 173. — 13. Gaucher et Giroux. Annales de mal. vener. 1900, 481. — 14. Grigaut. Le cycle de la cholesterinémie. Paris 1913, str. 98. — 15. Guizetti. Zieglers Beitr. 52, 15, 1912. — 16. Hertz Rysz. Medycyna 1912 Nr. 23. 17. — Tenże. Arch. d. mal. du coeur et des vaiss. 1912. — 18. Tenże i Stef. Sterling. O przewlekłej żółtaczce hemolitycznej Warszawa 1912. — 19. Tenże i Marta Erlichówna Gaz. lek. 1913, Nr. 48, 1072. — 20. Jolly. Arch. d. mal. du coeur et des vaiss. 1908, 288. — 21. Kelvie u. Rosenbloom Biol. Zeitschr. 1911, 30, 160. — 22. Luzzetti e Ravena. Fol. haematol. 1912, 13, 102. — 23. Macaigne et P. Valéry-Radot Gaz. d. hop 1011, 15/VII. — 24. Meulengracht. Deutsch. Arch. f. klin. Méd. 136. zesz. 1 i 2 1921. — 25. Micheli e Bozzolo. La splenomegalia primitiva. Torino 1910. — 26. Minkowski. Congr. f. inn. Med. Wiesbaden 1900, 316. — 27. Moynihan Berkeley, The surgery of the spleen. Lancet 1921, vol. 1. Nr. 4. — 28 Oczesalski i Sterling. Gaz. Lekarska 1912. — 29. Pennato. Rif. med. 1921, XXXVII, Nr. 20, 459—461. — 30. Ranzi. Die Operationen an d. Milz bei den hepato-lienalen Erkrankungen, Berlin, Springer, 1920. — 31. Rosenthal und Holzer. Deutsch. Arch. f. klin. Méd. 1921. Tom 135. str. 276. — 32. Starkiewicz Wł. Gazeta Lekarska 1907, Nr. 30—31. — 33. Tenże Revue de méd. 1909, 29, Nr. 1. — 34. Tenże. Gazeta Lekarska 1909. — 35. Straus. Mediz. Klinik. 1921, Nr. 2. — 36. Szokalski K. Gaz. Lekarska 1916, Nr. 25—26. — 37. Tenże. Zeitschr. f. klin. Med. 1916, 83, 3—4. — 38. Tenże.

Sprawozdanie z pos. Warsz. Tow. Naukowego 26/IV. 1917, rok X, zeszyt 4. — 29. Troisier. Arch. d. mal. du coeur et d. vaiss. 1910, Nr. 2. — 40. Vaquez et Giroux. Bull. et mém. Soc. méd. d. Hop de Paris 1907, 1184. — 41. Tenże i Aubertin. Arch. d. mal. du cour et des vaiss. 1908, str. 69. — 42. Voelcker. 44 Kongr. chirurg. niem. 1920, (ref. Deutsch. med. Wochenschr. 1920, Nr. 18, 502). — 43. Widal et Philibert. Gaz. d. Hopit. 1907, 19/IX. — 44. Tenże, Abrami et Brulé. Arc. d. mal. du coeur et des vaiss. 1908, 193. — 45. Tenże. Bull. d. la soc. des Hop. d. Paris 1907, 29/XI. — 46. Tenże. Bull. de la Soc. d. Hop. d. Paris 1907, 8/XI.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. S. Baley. Lwów.

Leczenie ciałami koloidowemi i nieswoistemi białkami na podstawie własnych spostrzeżeń.

Według dyskusji na posiedzeniu Lwowskiego Tow. lekarskiego.

Dodatnie wyniki, jakie osiągnęliśmy na II. wewn. oddziele Państw. Szpitala (prof. Rencki) stosowaniem zastrzykiwań mleka przy rozmaitych schorzeniach, wyliczonych poprzednio przez prof. Renckiego, skłoniły nas już w roku 1920 do rozszerzenia naszych doświadczeń i na gruźlicę płucną.

Teorja Weicharda, tłumacząca działanie białka nieswoistego podniesieniem ogólnej żywotności tkanek, dawała specjalnie przy gruźlicy, której przebieg w tak wysokim stopniu zależy od odporności organizmu, nadzieję dobrych wyników. Na oddziele naszym mieliśmy do dyspozycji przeważnie przypadki gruźlicy dość posuniętej, co tłumaczy się tem, że chorzy z początkami gruźlicy rzadko się zgłaszają z prośbą o przyjęcie do szpitala; jeżeli jednak zważymy, że doświadczenia Schmidta, Lewina i Klemperera dotyczyły przeważnie początkowych, lekkich przypadków gruźlicy, możemy tę okoliczność uważać poniekąd za zaletę naszych doświadczeń. Zastrzykiwania mleka w ilości 2·5—10 cm³ stosowaliśmy w 41 wypadkach; poszczególne wstrzyknięcia następowały po sobie w odstępach czasu 3—4 dniowych, gdyż takie uważaliśmy według własnego doświadczenia za najodpowiedniejsze. Trzy injekcje tworzyły serję, po której robiliśmy dłuższą przerwę, i dopiero, jeżeli stan chorych poprawił się, dawaliśmy serję następną. Staraliśmy się zwrócić uwagę na następujące szczegóły: 1) Czy i jak często po zastrzykiwaniu następowała reakcja miejscowa. 2) Jak często występowała reakcja w miejscu affekcji gruźliczej (ogniskowa). 3) Na zachowanie się ciepłoty po wstrzyknięciu. 4) Na dreszcze, poty, kaszel i plwocinę po injekcji, podczas wzniesienia i po spadku ciepłoty. 5) Wreszcie notowaliśmy stan chorych po jednej lub dwu serjach.

Szczupła ilość sił lekarskich na naszym oddziele jest przyczyną, że obserwacje nasze nie dorównują dokładnością obserwacjom klinicznym; może wystarczają one jednak do wyrobienia sobie sądu o działaniu zastrzykiwań mleka przy gruźlicy płucnej, jak też o wartości tychże dla jej leczenia.

Przechodząc z kolei do opisu zaznaczamy, że po zastrzyknięciu mleka nie stwierdziliśmy w naszych przypadkach gruźlicy żadnej reakcji lokalnej w postaci zaczerwienienia lub obrzęku, prócz chyba niekiedy dłużej trwającej bolesności.

Po wstrzyknięciu mleka, w 2 - 3 godziny, w większości przypadków (73%) występowały dreszcze, pocenie, ciepłota szybko wznosiła się ponad normę, ale dopiero w 5-tej lub 6-tej godzinie dochodziła do maximum. Podwyższenie ciepłoty utrzymywało się przez czas 7—8, a nawet więcej godzin, poczem, wśród potów (75·6%), ciepłota spadała do normy. Maximum wynosiło zwykle około 39°, często jednak ciepłota dochodziła do 40° i wyżej, niekiedy znowu zaledwie do 38° i mniej (12·2%) i to bez względu na stadjum chorobowe. Mogliśmy również zauważyć, że podczas gdy u jednych chorych wszystkie trzy wzniesienia ciepłoty jednej serji były mniejwięcej równe (60%), u innych ciepłota była najwyższa po drugiej lub nawet po trzeciej injekcji, wreszcie u innych pierwsza reakcja była najsilniejsza, następne po kolei coraz słabsze (9·8%). Bardzo często ciepłota po spadku jeszcze następnego dnia wznosiła się ponad normę, u niektórych jeszcze i trzeciego, tworząc w ten sposób niejako typ *remittens descendens*. Tego rodzaju zachowanie się ciepłoty po injekcji mleka widywaliśmy, zdaje się, częściej jedynie przy gruźlicy.

Reakcję w miejscu zmiany gruźliczej stwierdziliśmy w 34·4% wypadków, wątpliwą w 7%. Polegała ona na zaostrzeniu szmerów oddechowych (27·1%), bolów i kłucia w klatce piersiowej (14·6%), kaszlu i na zwiększeniu ilości plwociny. Tutaj należy wspomnieć, że w trzech przypadkach następnego dnia po zastrzyknięciu mleka wystąpiło krwioplucie, o niezbyt zresztą dużem nasileniu, które wkrótce ustało.

Większość chorych podawała, że dnia następnego po injekcji kaszel był mniejszy, również i ilość plwociny była mniej obfita. Specjalnej euforji, o której mówi Schmidt, nie zauważyliśmy.

W celu zebrania ogólnych wyników pozwolę sobie podzielić przypadki leczone zastrzykiwaniami mleka na 4 grupy: 1) Przypadki, w których można było stwierdzić niewątpliwe polepszenie. 2) Bezpośrednio po jednej serji był stan nieco lepszy, lecz później proces gruźliczy posuwał się w dalszym ciągu. 3) Leczenie pozostało bez żadnego dodatniego wpływu. 4) Wreszcie do czwartej grupy należy zaliczyć przypadki, w których leczenie mlekiem miało wpływ wprost ujemny.

Na podmiotowy stan chorych, względnie ich podawania, nie kładliśmy zbyt wielkiej wagi, jest to bowiem zbyt dowolne, by z tego jakieś poważniejsze wnioski wysnuwać, zwłaszcza jeżeli weźmiemy pod uwagę optymizm właściwy chorym gruźliczym.

Nawet w przypadkach, które zaliczamy do grupy pierwszej (5 przypadków = 12%), nie można ani w jednym mówić chociażby o klinicznem wyleczeniu. Przypadki te były spostrzegane na oddziele przez czas dłuższy (2—3 miesiące), wystarczający niewątpliwie do skonstatowania poprawy, jednak i u tych pojedyńcze rzężenia, od czasu do czasu małe wyskoki ciepłoty, plwocina, wskazywały na to, że proces gruźliczy nie ustał w zupełności.

Przytoczę tu dla przykładu dwa przypadki:

I. Karolina Ł. legionistka l. 19. Kaszle od roku, od tygodnia wysoka gorączka, duszność, kłucie w prawym boku. 7/XII. 1920 r. Stan obecny: Lekka sinica na twarzy, duszność, ciepłota 38·6, tętno 100. Gruczoły limf. macalne. Wypuk na kl. piers. po prawej przytłumiony w szczycie i na obojczyku, poniżej bębenkowy, od 4-go żebra i w pasze od 5-go przytłumiony, granica nieruchoma. W tyle po prawej przytłumiony do grzeb. łopatki, poniżej jawnieje, od ½ łopatki w dół znowu przytłumiony, drżenie wzmożone Przysłuchem po prawej w szczycie drobne rzężenia dźwięczne, w dole w miejscu przytłumienia mnóstwo drobnych dźwięcznych rzężeń. Badanie plwociny wykazało czystą kulturę prątków Kocha (K ++++).

9/XII, 13/XII. i 16/XII. injekcje mleka. 10/XII. Ciepłota opadła do 36·8, tętno poniżej 80. Wypuk i przysłuch bez zmian. 14/XII. Oddechy wolne, kaszel mały, plwocina skąpa. Nieco mniej rzężeń poniżej kąta łopatki prawej. 20/XII. Wypuk po prawej w dole tępy, drżenie słabo wyczuwalne, szmery osłabione. Nakłucie z wynikiem ujemnym. 30/XII. Bez zmian. K +. 20/I. Ciepłota prawie stale poniżej 37, tętno około 80. Odżywianie poprawia się, łaknienie doskonałe. Wypuk jak przedtem, przysłuchem nieco drobnych rzężeń w okolicy kąta łopatki, poniżej szmery słabo słyszalne. Roentgen: Przyćmienie prawego szczytu, zrosty opłucnowe po prawej, górna granica do kąta łopatki. 6/II. Stan chorej dobry, odżywienie poprawiło się znacznie, regularność wróciła.

Plwociny nie badano z powodu zupełnego braku wykształszania.

II. Michalina M. l. 20, wolna, zarobnica. Od kilku miesięcy kaszle, od 6 dni kaszel wzmógł się, bole w okolicy obu łopatek, krwioplucie. Przebyła leczenie przeciwluetyczne na oddziele kiłowym. 24/XII. 1920. Odżywienie liche, bladość, dołki nadobojczykowe wybitnie zapadnięte, zwłaszcza prawy. Ciepłota dochodzi do 38. Tętno 108, K—, Pirquet +++. Wypuk w lewym szczycie przytłumiony, rzężenia dźwięczne przy oddechu i wydechu. 31/XII, 4 i 8/I. 1921 3 injekcje mleka. Już po pierwszem wstrzyknięciu obniżenie ciepłoty i szybkości tętna. Chora kaszle i odpluwa mniej, przedmiotowo stan, jak przedtem. 10/I. t. j. po 3 injekcjach ciepłota normalna, odżywienie poprawiło się; chora kaszle i odpluwa bardzo mało, tętno 90. Przysłuchem pojedyńcze rzężenia w lewym szczycie przy głębokim wdechu. K—. 1/II. Bez zmian. 1/III. t. j. w dwa miesiące po przybyciu na oddział wewnętrzny, odżywienie doskonałe. Pacjentka czuje się zupełnie zdrową, kaszle bardzo mało, nie odpluwa wcale, ciepłota normalna, tętno 80.

Lekkie przytłumienie w lewym szczycie i pojedyńcze drobne rzężenia utrzymują się. Regularność wróciła po 5-ciomiesięcznej przerwie.

Dość trudno jest określić ilość przypadków, w których injekcje mleka wywołały przemijającą poprawę. Wprawdzie

poważna większość chorych po 2—3 wstrzyknięciach podawała, że czuje się ogólnie lub bodaj częściowo lepiej, częstokroć jednak badanie przedmiotowe nie wykazywało żadnej różnicy objawów.

A przecież w wielu przypadkach można było stwierdzić bodaj przemijające obniżenie ciepłoty [31·7%], zmniejszenie ilości plwociny, zmniejszenie się duszności i kaszlu, tu i ówdzie nawet poprawę zmian przysłuchowych, a przy biegunkach niekiedy zmniejszenie się ilości stolców (w 3 przypadkach na 12 przypadków enteritis).

Ogółem w wielu przypadkach, przynajmniej początkowo, nie można było oprzeć się wrażeniu, że w zastrzykiwaniu mleka mamy nowy środek, mogący w szybkim stosunkowo czasie wywołać poprawę przy gruźlicy płucnej. Niestety jednak dłuższe spostrzeganie nie potwierdziło naszych przypuszczeń. W krótkim czasie ustępowało uczucie podmiotowej poprawy, ciepłota wracała do dawnego typu, a badanie przedmiotowe wykazywało dalsze posuwanie się procesu gruźliczego.

W 39 procentach wstrzyknięcia mleka nie wywarły żadnego dodatniego wpływu na proces gruźliczy, 29·4 procent chorych nie czuło nawet podmiotowej ulgi. Typ ciepłoty nie zmieniał się, badanie fizykalne nie wykazywało żadnych zmian na lepsze, lecz owszem objawy nieprzerwanego postępu choroby. Doświadczenia nasze wykazały wreszcie, że injekcje mleka mogą mieć na proces gruźliczy wpływ wprost ujemny. Są to niewątpliwie przypadki nieliczne (7·3%), obniżają one jednak znacznie wartość zastrzykiwań mleka przy leczeniu gruźlicy płucnej. W przypadkach tych zwykle po silnej reakcji ogólnej i ogniskowej objawy choroby nie ustępowały, lecz owszem wzmagały się gwałtownie; ciepłota przybierała charakter gorączki hektycznej, badanie fizykalne wykazywało rozszerzanie się szybkie procesu gruźliczego na sąsiednie partje płuc, stan ogólny i odżywienie pogarszało się widocznie.

Zbierając opisane wyniki dochodzimy do następujących wniosków:

1) Zastrzykiwania śródmięśniowe mleka przy gruźlicy płucnej nie wywołują z reguły reakcji miejscowej, zaś wyraźną reakcję ogniskową, dającą się stwierdzić badaniem fizykalnem tylko w mniejszej ilości przypadków.

2) Wielkość reakcji ogólnej po injekcji mleka nie da się wcale przewidzieć, nie zależy ona bowiem od stanu chorobowego, zaś z wielkości tejże reakcji nie można wnosić, jaki wpływ wywrze ona na przebieg gruźlicy.

3) Zastrzykiwania mleka mogą w nielicznych początkowych przypadkach gruźlicy płucnej sprowadzić trwalsze polepszenie stanu, w większości jednak przypadków, zwłaszcza dalej posuniętej gruźlicy, sprowadzają tylko krótko trwającą remissję, polegającą głównie na spadku ciepłoty, zmniejszeniu się kaszlu i ilości plwociny i uczuciu subjektywnej ulgi, poczem jednak proces gruźliczy posuwa się naprzód.

4) Mogą wreszcie, chociaż w rzadkich przypadkach, wywołać pogorszenie stanu chorobowego.

Dochodzimy zatem do wniosku, że zastrzykiwanie mleka przy gruźlicy płucnej jest środkiem nie dość pewnym, którego działania nie jesteśmy w stanie dostatecznie przewidzieć i opanować. Obniża to znacznie jego wartość leczniczą, przynajmniej na tak długo, póki nie znajdziemy wskaźnika, któryby w każdym przypadku pozwolił, już po pierwszem wstrzyknięciu, oznaczyć bodaj w przybliżeniu, w jakim kierunku wpłynie terapia mlekiem na proces gruźliczy, lub, co jeszcze lepsze, pozwoliła z góry wybrać przypadki nadające się do leczenia zastrzykiwaniem mleka, a wykluczyć te przypadki, przy których to leczenie mogłoby mieć wpływ ujemny.

Z tego też powodu zasługuje na uwzględnienie praca Weichsla. Doświadczenia jego tyczą się wprawdzie kazeoranu, wnioski jednak są natury ogólnej, które równie dobrze do mleka odnieść można. Nie wdając się w szczegóły powiem odrazu, że za wskaźnik tego rodzaju, o jakim wspomniałem wyżej, uważa autor obraz cytologiczny krwi. Do leczenia zastrzykiwaniem białka nieswoistego nadają się jego zdaniem jedynie przypadki z leukocytozą nie przenoszącą 10.000 c. białych, i to z przewagą limfocytów. W przypadkach, w których wynik leczenia jest dodatni, limfocytoza powinna wzrastać, natomiast zwiększenie się ilości wielojądrzastych, zwłaszcza nagłe, uważa za zły prognostyk.

Z doświadczeń swoich wysnuwa w dalszym ciągu następujące wnioski: 1) Do leczenia białkiem nieswoistem nadają się tylko przypadki lekkie. 2) Dawki należy stosować, przynajmniej z początku, bardzo małe. 3) Nawet przy ostrożnem dawkowaniu zdarzyć się może, że reakcja ogniskowa po injekcji jest zbyt silna i proces gruźliczy łagodny zamienia się na czynny, szybko postępujący.

U nas zajmował się leczeniem gruźlicy zastrzykiwaniami mleka Dr. Jeż w przypadkach lekkich bardzo małemi dawkami. Doświadczenia swoje jednak opiera na zbyt małej ilości przypadków, nie podaje też czasu trwania obserwacji.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Kurskij wraczebnyj żurnał.
Nr. 8—9 1921.

Sz. Tenenbaum. **W sprawie etjologji gnilca.** (Autoreferat). W 1917 r. obserwował autor na froncie rumuńskim wśród żołnierzy rosyjskich epidemję gnilca. Szczególną uwagę zwrócił na rozwój i przebieg tej choroby w jednym z oddziałów wojskowych, gdzie mimowoli nasuwała się myśl o zakaźnem pochodzeniu tej choroby. Wśród 120 żołnierzy parku artyleryjskiego tylko 5 szoferów, odżywiających się dobrze dzięki pobocznym zarobkom, zachorowało na gnilec. Przebieg tej małej ogniskowej epidemji (chorowało tylko 5 żołnierzy, mieszkających razem) przedstawiał się następująco: zgłosił się jeden, po 13 dniach drugi, brat pierwszego, który z nim jadał z jednego naczynia, po dwóch tygodniach trzeci itd. Dwóch z nich, gdzie przebieg choroby był łagodny, leczono ambulatoryjnie; trzech odesłano do szpitala dywizyjnego. Na podstawie tej obserwacji i spostrzeżeń innych autorów (jeden z autorów rosyjskich opisuje epidemję gnilca wśród jeńców w 1915 r., gdzie lekarze i młodszy personal lekarski, mający styczność z chorymi, zarazili się gnilcem) T. przypuszcza, że gnilec jest chorobą zakaźną, wywołaną przez nieznany nam dotychczas drobnoustrój.

«Wraczebnoje Dieło».
Nr. 12—20 1920.
(Poświęcony nowym zdobyczom wiedzy o durze osutkowym).

Kriczewski. **Pierwotniaki w płynie mózgowo-rdzeniowym przy durze osutkowym.** Zarazek duru osutkowego znajduje się we krwi, co zostało stwierdzone przez cały szereg autorów. Jednak dotychczas nie udało się go wykryć. Autor tłomaczy to tem, że zarazek duru osutkowego zmienia swoją postać we krwi pod wpływem przeciwciał i czynnego zachowania się komórek. Zdaniem autora możliwe są następujące przypuszczenia: 1) zarazek znajduje się we krwi w takiej postaci, która nie daje się wykryć za pomocą naszych przyrządów optycznych; 2) nie da się wykryć sposobami barwienia współczesnej techniki mikroskopowej; 3) trudno odróżnić kształt jego od ziarnistości komórek prawidłowych lub patologicznych. Aby uniknąć trudności, które spotykamy przy badaniu krwi, gdzie pasorzyt zmienia swoją postać pod wpływem ciał ochronnych, autor przystąpił do badania płynu mózgowo-rdzeniowego. Płyn ten w zdrowym ustroju nie zawiera przeciwciał, które znajdujemy w surowicy krwi; w stanach chorobowych nie zawiera ich lub zawiera je we względnie małej ilości w porównaniu z zawartością ich w surowicy krwi. Autor na 31 przypadków duru osutkowego tylko w 7 stwierdził obecność aglutynin w płynie mózgowo-rdzeniowym (odczyn Weil-Felix'a). Normalne hemolizyny krwi stwierdził w płynie mózgowo-rdzeniowym tylko w 6 przypadkach (odczyn Weil-Katka). Na tej podstawie uważa K., że jedynem miejscem w ustroju, gdzie niema przeciwciał, lub gdzie one znajdują się we względnie małej ilości, jest płyn mózgowo-rdzeniowy. O ile zatem czynnika chorobotwórczego (protozoon) nie można odnaleść we krwi, gdzie przyjął postać obronną, to w płynie mózgowo-rdzeniowym powinienby

dać się łatwiej wykryć. Zarazek duru osutkowego może przejść ze krwi do płynu mózgowo-rdzeniowego tylko w tym przypadku, kiedy są dotknięte chorobą opony mózgowe. Wskaźnikiem schorzenia opon mózgowych jest pleocytoza. Zatem tylko w tych przypadkach duru osutkowego możemy liczyć na obecność zarazka w płynie mózgowo-rdzeniowym, gdzie przy nakłuciu lędźwiowem stwierdzamy pleocytozę. Z 31 przypadków duru osutkowego tylko w 4 znalazł Kr. w płynie mózgowo-rdzeniowym pierwotniaki. Na 31 przypadków w dwóch, gdzie pleocytoza była bardzo silnie zaznaczona, znaleziono pierwotniaki w dużej ilości; w dwóch z pleocytozą średniego stopnia pierwotniaki pojedyńcze. Wykrytego piewotniaka nazwał autor »*Nicollia aggregata*«. K. odróżnia dwie postacie *Nicollia*. Czy są to osobniki męzkie i żeńskie, autor na razie, z braku większego materjału, wypowiedzieć się nie może. *Nicollia* mają postać podłużną (długość 1,8 μ) z otoczką jasno zaznaczoną; pierwoszcze ich jest delikatnie różowo-niebiesko zabarwione; jądro pałeczkowate, okrągłe lub owalne, leży prostopadle do długości komórki, pośrodku lub na obwodzie jej, o zabarwieniu fioletowo-czerwonem. Przy podziale komórki, który odbywa się prostopadle do jej długości, jądro grubieje, pęcznieje i dzieli się równolegle do większego wymiaru, na dwie części. Prócz tej postaci opisuje K. postacie o grubej otoczce i długości do 2 μ. Między jedną a drugą postacią opisuje cały szereg postaci przejściowych z coraz więcej zgrubiałą otoczką. *Nicollia aggregata* uważa K. za jedynego realnego pierwotniaka opisanego przy durze osutkowym. Jednakże niedostateczna ilość przypadków, w których pierwotniaka stwierdzono, nie daje K. możności twierdzić o tem stanowczo.

Gluzman i Kandyba. **W sprawie etjologji duru osutkowego.** Autorowie postawili sobie za zadanie sprawdzić badania Plotz'a. Na podstawie badań przyszli do wniosków następujących: 1) z krwi chorych na dur osutkowy już w pierwszych dniach choroby udaje się za pomocą sposobu Plotz'a w 60% przypadków wykazać pałeczkę, która posiada właściwości opisane przez Plotz'a, Popowa, Paneta i Przygodę; 2) pałeczka Plotz'a jest beztlenowcem, można ją jednak hodować i wobec przystępu tlenu, ale tylko po licznych przeszczepieniach w ciągu dłuższego czasu, co w zasadzie nie przemawia przeciw jej podstawowemu charakterowi beztlenowemu (Rozental); 3) pałeczka, zależnie od podłoża, przyjmuje wszystkie postacie przejściowe od koków do nitek (wielopostaciowość). Wytwarza formy inwolucyjne Dla uzyskania hodowli niezbędna jest większa ilość materjału; 4) barwi się dobrze barwikami analinowemi i sposobem Grama; z niewiadomych przyczyn i w wyjątkowych przypadkach, sposobem Grama się nie barwi; jest nieruchoma, zarodników nie wytwarza; żelatyny nie rozpuszcza, mleka nie strąca; niektóre postacie rozkładają cukier z wytwarzaniem kwasu, ale bez gazu; 5) wiązanie dopełniacza z surowicą chorych na dur osutkowy występuje w 50% do do przełomu i 70% po przełomie; 6) pałeczka, przyjmując właściwości hodowania wobec dostępu tlenu i zmieniając się postaciowo, nie traci swoich cech biologicznych i serologicznych.

Gluzman i Kandyba. **Pałeczka Plotz'a w stosunku do duru osutkowego.** Na podstawie badań przeprowadzonych w charkowskim instytucie bakterjologicznym autorowie wyprowadzają następujące wnioski: 1) W 60% przypadków udaje się ze krwi chorych na dur osutkowy otrzymać beztlenową pałeczkę, opisaną przez Plotza; 2) nie udaje się otrzymać pałeczki tej ze krwi chorych sposobami, opisanemi przez innych autorów; 3) pałeczka nie wywołuje duru osutkowego u świnek morskich i nie jest patogeniczną dla nich, jak również i dla innych zwierząt (królik); 4) przy innych chorobach zakaźnych pałeczki Plotz'a dotychczas nie wykryto; 5) we krwi ozdrowieńców po durze osutkowym odczynem Bordet-Gengou stwierdzono przeciwciała na pałęczkę Plotz'a w 66—70%; 6) te same przeciwciała stwierdzono w 40%, w surowicy krwi ludzi, którzy na dur osutkowy nie chorowali. Surowica krwi tych ludzi w większości przypadków daje odczyn W—F; 7) pałeczka Plotz'a występuje prawdopodobnie wtedy, kiedy przy durze osutkowym mamy silniejsze zakażenie; 8) dotychczas nie mamy dostatecznej ilości danych, aby osądzić, czy pałeczka Plotz'a wywołuje dur osutkowy; 9) koncentracja tej pałeczki i produktów jej przemiany materji we krwi chorych jest, prawdopodobnie, nieznaczna; 10) doświadczalnego duru osutkowego u świnek morskich, określanego za pomocą mierzenia ciepłoty w odbytnicy, nie można uważać za fakt stwierdzony.

Gluzman i Kandyba. **Uodpornianie pałeczką Plotz'a.** Wątpliwe jest uodpornianie przeciw durowi osutkowęmu przez szczepienie pałeczką Plotz'a. Szczepienie nie jest szkodliwe.

Muratowa. **O specjalnych tworach w naczyniach mózgowych przy durze osutkowym.** Badając mikroskopowo najcieńsze rozgałęzienia naczyń mózgowych u 15 zmarłych na dur osutkowy stwierdziła autorka we wszystkich przypadkach w komórkach śródbłonka i w przestrzeniach międzykapilarnych obecność specjalnych tworów różnokształtnych wielkości od 1—2 μ do wielkości czerwonego ciałka krwi. Twory drobne przedstawiają się w postaci kropki silnie zabarwiającej się barwikiem na ciemno-fioletowo; większe, okrągłe, owalne i nieprawidłowe z obwodowo leżącą masą (»jądro«), zabarwiającą się sposobem Giemzy na ciemno-fioletowo. Niekiedy twór taki zawiera dwa „jądra«. Jeszcze większe twory o kształcie nieprawidłowym z wypustkami o »jądrze« typu kariosomy. Autorka na podstawie nieznacznego materjału uważa, że nie może twierdzić o swoistości tych tworów dla duru osutkowego. Przypuszcza nawet, że to mogą być produkty zwyrodnienia komórek tkankowych i ciałek krwi. O ile by to miały być pasorzyty, to trzebaby dowieść, że twór wyżej opisany przedstawia sobą komórkę, i prześledzić cykl rozwojowy tego tworu, choćby tylko oddzielne fazy rozwoju. Decydujące znaczenie miałoby odnalezienie tych tworów w naczyniach mózgowych zarażonych zwierząt, co wchodzi w dalszy plan pracy autorki.

Kocewałow i Kogan. **O ochronnych szczepieniach przeciw durowi osutkowemu.** Szczepienie przeciw durowi osutkowemu było stosowane w 1919 r. w Moskwie i Petersburgu przez Marcinowskiego, Rozentala i Złotogorowa. Szczepiono 6176 osób. Autorzy stwierdzili zmniejszoną ilość zachorowań i zmniejszoną śmiertelność wśród szczepionych w porównaniu z nieszczepionymi. Stosowali oni szczepionkę przygotowaną w Charkowskim instytucie bakterjologicznym w następujący sposób: Krew brano od kilku chorych w okresie osutki i mieszano z równą ilością 3% roztworu cytrynianu sodu, następnie rozlewano do buteleczek, do których dodawano 1—2 krople chloroformu i ogrzewano na łaźni wodnej do 60° w ciągu godziny. Pierwsze szczepienie 5 cm^3 szczepionki, drugie — 6 cm^3, trzecie — 7 cm^3; przerwy 3—4 dniowe. Szczepiono lekarzy i pomocniczy personal, który pracował w szpitalach z durem osutkowym. Na 411 szczepionych zachorowało 34, nie chorowało 320, o 57 danych niema. Na podstawie tych szczepień autorzy sądzą że: 1) szczepienia są nieszkodliwe; w większości przypadków po szczepieniu reakcja nie następowała lub była nieznaczna. Na szerszą skalę stosować szczepienia nie było można z braku możności otrzymania dużej ilości krwi durowych. Aby rozporządzać materjałem w nieograniczonej ilości trzebaby korzystać z krwi zwierząt chorych na dur osutkowy, t. j. doświadczalnie otrzymać dur osutkowy, co dotychczas nie udało się; 2) szczepionka może być przechowana tylko w ciągu 2 tygodni a najdłużej miesiąc; 3) uodpornienie szczepionką trwa krótko (3 miesiące).

Derman. **Komórki Türk'a przy durze osutkowym.** Maksimow określa komórki Türk'a jako atypowe formy leukocytów; genetycznie są to komórki plazmatyczne, rozwijające się z limfocytów, które znajduje się, we krwi w postaci t. zw. komórek Türk'a. Derman ze 180 preparatów krwi, wziętej u chorych na choroby zakaźne i niezakaźne, w 90 widział komórki Türka. U 33 chorych na dur osutkowy już 4 dnia choroby D. widział pojedyńcze (do 10%) komórki Türk'a. W $^1/_5$ przypadków zupełnie ich nie znalazł. Komórki Türk'a znajdują się we krwi częściej i w większej ilości, (4—10%) wostrych zakaźnych chorobach osutkowych

(dur osutkowy, ospa, odra, płonica, róża), w durze brzusznym rzadko, a w powrotnym prawie nigdy. Na podstawie swoich badań D. uważa, że rozpoznawcze znaczenie komórek Türk'a przy durze osutkowym jest nieznaczne.

Sztefko. **O morfologicznych i niektórych biologicznych właściwościach płynu mózgowo-rdzeniowego chorych na dur osutkowy.** Zrobiono 21 badań. Pierwsza grupa badań do 9—10 dnia, a drugą — po upływie 11—12—14 dni choroby. Grupa I (8 preparatów) — mikroskopowo normalny płyn mózgowo-rdzeniowy. Limfocytów małych nie więcej, niż 3—5 w preparacie. W końcu drugiego i z początkiem trzeciego tygodnia choroby (13 preparatów) — pleocytoza. W 10 preparatach — większa lub mniejsza ilość erytrocytów, które leżą pojedyńczo lub grupami, po 10—15 w grupie. Limfocytoza od słabo dodatniej (6—20) do dodatniej (60—70). Wśród limfocytów postacie małe i duże. Duże — pojedyńczo; przewaga małych. Wielojądrzaste postacie neutrofilów bardzo rzadkie (w 2 preparatach). W pierwoszczy leukocytów, poczęści i w jądrach ziarenka barwiące się sposobem Giemzy i Löffler'a na niebiesko. Kniazkow widzi w nich zwyrodnienie białkowe, które spostrzegał i w leukocytach krwi przy zapaleniu płuc krupowem, a szczególnie przy durze osutkowym. W późniejszych okresach Sztefko znajdował w płynie mózgowo-rdzeniowym zwakuolizowane, plazmatyczne i śródbłonkowe komórki; eozynochłonnych we wszystkich preparatach nie znajdował.

Co do biologicznych właściwości płynu, zrobiono tylko nieliczne spostrzeżenia. Tylko w jednym przypadku (dur osutkowy z ostrą psychozą) stwierdził obecność hemolizyn w stosunku do czerwonych ciałek krwi barana. Przeźroczysty płyn mózgowo-rdzeniowy, wstrzykiwany świnkom morskim, nie wywoływał żadnych objawów chorobowych. Mętny płyn wstrzykiwany świnkom morskim (2 doświadczenia) dawał podniesienie ciepłoty w ciągu 7—8 dni. Aglutynacja z proteus X_{19} następowała wtedy, kiedy płyn mózgowo-rdzeniowy zawierał dużo składników morfologicznych.

Piett. **W sprawie patologicznej morfologji duru osutkowego.** Kliniczny przebieg duru osutkowego tylko w nieznacznym stopniu można wytłómaczyć przez ziarniniaki, wytwarzające się w narządach w tej chorobie. Dla klinicznego przebiegu duru »mózgowego« mają prawdopodobnie wielkie znaczenie zmiany degeneracyjne w komórkach zwojowych środkowego układu nerwowego. Objawy mózgowe w durze osutkowym można tłumaczyć: 1) zwyrodnieniem tłuszczowem komórek zwojowych; 2) wytworzeniem się ziarniniaków w szarej substancji i na oponach mózgowych, *perivasculitis plexus chorioidei*, wywoływającą wzmożone ciśnienie śródmózgowe (*hydrocephalus*). Znikanie ziarniniaków w pierwszych dniach prawidłowej ciepłoty po durze osutkowym przejawia się klinicznie odzyskaniem swiadomości; powoli przebiegające »zdrowienie« komórek zwojowych z degeneracji tłuszczowej daje dobrze znaną nam klinicznie u ozdrowieńców psychikę infantylną i przejawia się słabą działalnością ośrodków hamujących, osłabieniem pamięci i t. d. Dur osutkowy o ciężkim przebiegu, ze znacznym zanikiem komórek zwojowych, może spowodować zejście śmiertelne lub też następuje wyzdrowienie niecałkowite (inwalidność). — Co do zmian w obwodowym układzie nerwowym autor przytacza Ceelen'a, który w przypadku porażenia ręki przy durze osutkowym stwierdził ziarniniaki w epi i perineurji.

Zmiany w układzie krwionośnym przy durze osutkowym mogą być spowodowane: 1) zmianami w ośrodkach; 2) zmianami w naczyniach krwionośnych i w narządach, przez które dane naczynia przechodzą (*granulomata*); 3) zmianami w mięśniu sercowym i jego aparacie nerwowym. — Wpływ nadnerczy na skład krwionośny w znaczeniu morfologicznym jest nieznaczny, nadnercza, morfologicznie, rzadko i w nieznacznym stopniu zostają dotknięte w durze osutkowym.

Eleniewski. **W sprawie anatomji patologicznej duru osutkowego.** 1) Dur osutkowy wywołuje głębokie zmiany, pozostające w ustroju przez dłuższy czas po wyzdrowieniu nawet w tych przypadkach, kiedy choroba przebiegała bez powikłań. 2) Najcharakterystyczniejsze zmiany stwierdzamy w osutce skórnej i środkowym układzie nerwowym. 3) Stany zapalne układu krwionośnego we wszystkich tkankach i narządach. 4) Naciek zapalny powstaje wskutek toksycznego działania jadu durowego na ścianki drobnych naczyń i kapilarów z dodatnim hemotaktycznem działaniem na limfocyty. Umieszczone głównie w śledzionie komórki limfocytarne zmieniają się na komórki plazmatyczne i Türk'a. 6) Emigracja tych komórek, jak i słaba reakcja składników łącznotkankowych nadaje naciekom, powstającym w durze osutkowym, osobliwe właściwości, polegające na tem, że przy ich zaniku nie wytwarzają się blizny. 7) Zmiany destrukcyjne mogą powstać w przypadkach ostro przebiegających z emigracją nietylko limfocytów ale i granulocytów. 8) Zmiany zgorzelinowe w tkankach i kończynach powstają w toku samej choroby, jak i po chorobie wskutek zamknięcia światła naczynia przez zakrzep. 9) *Colitis i enterocolitis* z dyfterytecznemi zmianami w durze osutkowym, spostrzegane w Petersburgu i Kronsztadzie, powstają w tych przypadkach, w których chorzy przy niedostatecznem odżywianiu znajdują się w złych higjenicznych warunkach.

Piett. **O łączności między zmianami anatomo-patologicznemi, a objawami klinicznemi w durze osutkowym.** Wskazanie zupełnej analogji między zmianami morfologicznemi a objawami klinicznemi należy do przyszłości. Zmiany morfologiczne znajdują się głównie w środkowym układzie nerwowym; zmiany w układzie krwionośnym rzadziej mają większe znaczenie, Zmiany układu nerwowego są wielorakie; najgłówniejszą jest zwyrodnienie tłuszczowe komórek zwojowych. W durze osutkowym widzimy mniejszy lub większy zanik tych komórek. Psychiczne urazy, spowodowane życiem obecnem w Rosji, zmniejszyły odporność wysoko zróżnicowanej tkanki mózgowej przeciw czynnikom zakaźnym.

Ermiłowa. **Doświadczalny dur osutkowy u świnek morskich.** Autorka na podstawie doświadczeń wyprowadza następne wnioski: 1) średnia ciepłota świnki morskiej nie jest wielkością stałą i znajduje się w zależności od pory roku. 2) Przy wprowadzeniu krwi chorych na dur osutkowy względnie niewielka ilość świnek morskich reaguje podniesieniem ciepłoty, której typ przypomina krzywą ciepłoty przy durze osutkowym u człowieka. 3) Dawka wprowadzonej krwi nie wpływa na przyśpieszenie i spotęgowanie reakcji. 4) Podniesienie ciepłoty nie może służyć za jedyny dowód zakażenia świnki morskiej durem osutkowym. 5) Dane serologiczne, jak i cały szereg odczynów z alkoholowemi wyciągami nadnerczy dają niejakie dowody, że świnki morskie mogą zapaść na dur osutkowy. 6) Aby stwierdzić doświadczalny dur osutkowy u świnek morskich, trzeba przeprowadzić dokładne badania ciepłoty posiłkując się wszystkiemi znanemi nam sposobami, stosowanemi przy badaniach duru osutkowego u człowieka; w przeciwnym razie dur osutkowy u świnek morskich pozostanie sprawą nie rozstrzygniętą.

Grigorowicz, Gołotina i Frejfeld. **Odczyn Weil-Felix'a w durze osutkowym.** 1) Odczyn W. F. jest pewnym djagnostycznym środkiem tylko w 6—7 dniu choroby. 2) Odsetek dodatnich wyników odczynu W. F. zwiększa się z 4—11 dnia choroby; maximum dodatnich wyników autorowie spostrzegali od 11 dnia do przełomu; w późniejszym okresie odsetek ten zmniejsza się. Dodatni odczyn W. F. utrzymuje się przez kilka miesięcy po wyzdrowieniu. 3) W durze brzusznym i powrotnym % dodatnich wyników W. F. jest bardzo nieznaczny. 4) Dodatni odczyn W. F. w durze osutkowym przyjmują autorzy wtedy, kiedy następuje aglutynacja przy rozcieńczeniu surowicy 1:100, a nawet 1:200. 5) Przy przegrzaniu hodowli proteus X największe miano aglutynacji dają hodowle przegrzane przy 60^0 i 80^0, słabsze przy 100^0, a najsłabsze przy $55-56^0$. Ostatnie niekiedy zupełnie nie dają aglutynacji. 6) Przy odczynie W. F. najlepiej posługiwać się świeżo otrzymanemi hodowlami. 7) Surowica krwi chorych na dur osutkowy daje często bardzo wysokie miano aglutynacji z proteus X_{19}. 8) U osobników szczepionych krwią chorych na dur osutkowy odczyn W. F. wypada ujemnie.

Erlich. **Odczyn Wiener'a w durze osutkowym.** Znaczenie tego odczynu jest zdaniem autora względne. Nie jest odczynem swoistym dla duru osutkowego. G. opisuje przypa-

dek ciężkiej zimnicy z silną intoksykacją, gdzie odczyn Wiener'a był dodatni. W dwóch przypadkach duru powrotnego, z tych wjednym o zakażeniu mieszanem (dur powrotny + osutkowy), otrzymał odczyn dodatni, w drugim ujemny. Zdaniem autora nie jest to odczyn swoisty dla duru osutkowego, a występuje przy ostrych chorobach zakaźnych, gdzie mamy objawy toksemji.

Dychno. **Ciśnienie krwi w durze osutkowym.** Na podstawie 400 badań u 35 chorych autor wyciąga następujące wnioski: 1) Ciśnienie krwi u wszystkich badanych obniża się w 9.—10. dniu choroby; 2) środki nasercowe należy stosować przy obniżeniu najwyższego ciśnienia poniżej 100 przy tętnie 120. Dalsze obniżenie ciśnienia staje się niebezpiecznem. 4) Znając ciśnienie krwi możemy spokojnie śledzić za czynnością serca i uchronić się od bezkrytycznego stosowania środków sercowych.

Trinkler. **Przypadek zgorzeli płuc i duru osutkowego.** W 1918 r. u chorego na hiszpankę na 3 dzień choroby pojawił się kaszel z wydzielaniem cuchnącej plwociny. Mikroskopowe badanie plwociny wykazało: leukocyty, śródbłonek pęcherzyków płucnych, włókna elastyczne, brak kryształów Charcot-Leyden'a. Przy opukiwaniu przytłumienie z lewej strony od przodu między 2 a 3 żebrem, bliżej mostka, na dwa palce na poprzek. W późniejszym okresie rozwoju choroby w plwocinie znaleziono łańcuszkowca, dwoinki Fraenkel'a, różne bakterje gnilne i leptothrix buccalis. Badanie promieniami Roentgena wykazało nacieczenie lewego płuca w okolicy wnęki. Przypuszczano nowotwór. Po upływie pewnego czasu dopełniającem zdjęciem stwierdzono: u szczytu lewego płuca zaciemnienie wielkości monety 50 kop. a przy niem kilka drobniejszych plam. Rozpoznano gruźlicę. Następnie na naradzie rozpoznano kiłę płuc. Po upływie $1^1/_2$ roku chory zachorował na dur osutkowy. Zaraz po chorobie plwociny mniej, ciepłota normalna, kaszlu niema, plwocina bez zapachu, bakteryj nie ma. Przypadek ten jest bardzo ciekawy ze względu na to, że pod wpływem duru osutkowego proces w płucach o charakterze zgorzelinowym uległ samowyleczeniu.

Burłakow. **Dur osutkowy u kobiet.** Autor streszcza swoje spostrzeżenia w sposób następujący: 1) Układ współczulny ma duże znaczenie zapobiegawcze i obronne przy powstaniu zakażenia. 2) Zmiany sympatikotonji, związane ze swoistą funkcją ustroju żeńskiego — menstruacją —, określają ten lub ów stopień indywidualnej odporności i decydują, caeteris paribus, o formie przebiegu duru osutkowego. 3) Ciąża, która zwykle przebiega z podniesionem napięciem układu współczulnego, wpływa korzystnie na przebieg duru osutkowego. 4) Przy leczeniu duru osutkowego trzeba pamiętać o podwyższonem napięciu układu współczulnego, aby uchronić mięsień sercowy od przedwczesnego wyczerpania energji. 5) Dla kobiety w okresie klimakterjum, t. j. wtedy, kiedy ona jest pozbawiona regulatora — układu współczulnego —, dur osutkowy jest bardzo niebezpieczny.

Lifszyc. **O różnicy w klinicznym przebiegu duru osutkowego u mężczyzn i kobiet.** Na podstawie własnych spostrzeżeń w praktyce szpitalnej i prywatnej autor twierdzi, że u kobiet dur osutkowy przebiega łagodniej i daje znacznie mniejszy odsetek śmiertelności, niż u mężczyzn. Szczególnie ta różnica się uwydatnia w wieku od 15—40 lat. Łagodność przebiegu i mniejszą śmiertelność tłómaczy autor wpływem jajników na ciśnienie krwi, rzadziej spotykaną miażdżycą naczyń, rzadszemi u kobiet kiłą i alkoholizmem.

Sz. Tenenbaum (Piotrków).

Gruźlica.

Revue de la Tuberculose.
T. II. Nr. 6. 1921.

J. Bertier. **Uwagi krytyczne o sposobach mierzenia ciśnienia wewnątrzopłucnowego w przebiegu odmy sztucznej. Dobre strony manometru z oliwy.** Zamiast określania ciśnienia minimalnego i maksymalnego autor proponuje określanie ciśnienia średniego, które odpowiada średniej arytmetycznej ciśnienia maksymalnego i minimalnego. Ciśnienie średnie można określić za pomocą manometru z oliwy. Lepkość oliwy sprawia, że ciśnienie nie ulega wahaniom oddechowym; wyniki łatwo odczytywać.

R. Burnand. **O rokowaniu i rozwoju różnych anatomiczno-klinicznych postaci gruźlicy płuc.** Podaną w roku 1901 przez Bard'a klasyfikację gruźlicy płuc autor uważa za najlepszą z pośród istniejących; posługuje się nią w swych sprawozdaniach z sanatorjum ludowego w Leysin. Klasyfikacja Bard'a przyczyniła się do postępu ftizjologji; dzięki niej możemy z większą pewnością mówić o rokowaniu w poszczególnych przypadkach gruźlicy płuc.

Dane z sanatorjum w Leysin za czas od 1. I. 1912 do 1. I. 1921 autor przedstawia w 2 tablicach. W pierwszej mówi o wynikach bezpośrednich pobytu w sanatorjum. Klasyfikacja, którą posługuje się autor w swych tablicach, nieco różni się od klasyfikacji Bard-Piery'ego.

Classificatio Bard-Piery modificata.
I. Tuberculosis abortiva.
II. Tub. parenchymatosa: 1. Caseosa: a) lobaris. b) extensiva et bronchopneumonica tuberculosa.
2. Fibro-caseosa: a) communis sive extensiva I, II et III. gradus gravitatis.
b) congestiva,
c) cavitaris localisata.
d) ulcero-fibrosa chronica.
d) ulcero fibrosa cachectisans.
3. Fibrosa: a) fibrosa per sclerosim densam.
b) sclerosis cicatrisata fere complete.
c) fibrosis diffusa cum bronchitide et emphysemate.
III. T. interstitialis: 1. Miliaris gravis.
2. Bacillosis subfebrilis sine localisatione definita. Status bacillaris chronicus.
IV. T. bronchitica: 1. Bronchitis tuberc. superficialis.
2. Bronch. tuberc. profunda.
V. T. pleuralis et pleurogenes.
1. T. pleuro-corticalis communis.
2. T. pleuro-corticalis superficialis cum seu sine peritonitide discreta.

W drugiej tablicy autor przedstawia wyniki późne leczenia w sanatorjum w Leysin; na zasadzie kwestjonarjusza, rozesłanego chorym leczonym w czasie od r. 1912 do 1917, autor otrzymał 644 odpowiedzi (696 nie odpowiedziało).

Na zasadzie swego doświadczenia, autor uważa, że każda grupa, wydzielona i opisana przez Bard'a, ma własne charakterystyczne cechy i ma swój właściwy przebieg; leczenie tylko wyjątkowo może radykalnie zmienić przebieg choroby; często rola lecznicza ogranicza się do tego, że przeszkadza, by dany przypadek przeszedł z grupy początkowo łagodnej do grupy o przebiegu cięższym.

Rokowanie ogólne gruźlicy płuc powinno opierać się na dwóch podstawowych momentach: 1) na obecności lub braku podwyższonej ciepłoty i 2) na obecności laseczników Kocha lub ich braku.

Z 280 przypadków autora różnych postaci gruźlicy z ciepłotą podwyższoną żyje wzgl. pracuje 87 (31%), zmarło 193 (66%); z 364 przypadków, przebiegających bez podwyższonej ciepłoty, pracuje wzgl. żyje 244 (67%), zmarło 120 (33%). Znaczenie obecności laseczników w plwocinach widzimy z następujących danych: z 234 przypadków różnych postaci gruźlicy zamkniętej pracuje wzgl. żyje 206 (88%), zmarło 28 (12%); z pośród 376 przypadków różnych postaci gruźlicy płuc otwartej pracuje wzgl. żyje 100 (26%), zmarło 276 (74%). Na zasadzie swych danych, jakoteż i innych statystyk, autor dochodzi do wniosku, że $^2/_3$ wszystkich przypadków, niezależnie od leczenia, t. j. przypadki gruźlicy otwartej w drugim okresie, kończą się źle.

Sanatorja angielskie, w których przebywają chorzy ze sfer zamożniejszych mają wyniki podobne. Pobyt w sanatorjum daje poprawę czasową. Zwykłe leczenie sanatoryjne nie jest wystarczające; z metod leczniczych autor wyróżnia stosowanie odmy piersiowej sztucznej.

Pomimo znacznej śmiertelności autor uważa, że przy poświęceniu dużego okresu czasu oraz wielkiej energji, gruźlica może być uleczona, nawet w okresie daleko posuniętym;

niestety, mało jest ludzi energicznych i wytrwałych; ludziom energicznym często znowu brak środków materjalnych.

A. Boquet. **Stosunek wzajemny laseczników gruźlicy typu ludzkiego i bydlęcego podług prac autorów włoskich.** Prace doświadczalne szeregu autorów (Gosio, Jatta, Cosco, Pergola i innych) potwierdzają zdanie Koch'a i Schütza o istnieniu dwu odrębnych typów laseczników. Szereg zwierząt, jak królik, kot, owca, jagnię, świnia, cielę, ciężko chorują po szczepieniach lasecznikami typu bydlęcego; szczepienie typem ludzkim wywołuje u tych zwierząt nieznaczne zmiany miejscowe lub brak zmian wogóle. Autorzy nie widzą żadnych dowodów jedności laseczników. Gruźlica wśród ludzi szerzy się przez zakażenie od człowieka do człowieka, wśród bydła szerzy gruźlicę chore bydło.

Rozpoznanie różniczkowe obu typów opiera się na różnicy działania laseczników na królika. Gosio opisał rozwój gruźlicy doświadczalnej bydlęcej i ludzkiej u królika. W przeciągu 30—40 dni po szczepieniu pod skórę, zarówno typem ludzkim, jak bydlęcym, królik przybiera na wadze; następnie króliki szczepione typem bydlęcym szybko chudną i giną; nie widać natomiast żadnego wpływa na utratę wagi u królików, szczepionych typem ludzkim. Hodowle obu typów różnią się również; laseczniki typu bydlęcego, dodane do pożywki z buljonu z dodatkiem 3—5% gliceryny lekko zakwaszonej, czynią te pożywki zasadowemi; typ ludzki zmniejsza z początku kwasotę pożywki, lecz wkrótce znowu ją zwiększa. Przy dodaniu do pożywki 0,2% arbutiny typ bydlęcy zmienia kolor pożywki po miesiącu na czarny, typ ludzki — dopiero po 3-ch miesiącach. We wszystkich przypadkach gruźlicy płuc u ludzi zawsze znajdowano laseczniki typu ludzkiego; w 15 przypadkach gruźlicy skóry zawsze typ ludzki; raz tylko wyhodowano laseczniki typu bydlęcego u weterynarza z wykwitów na skórze, powstałych pod skaleczeniu się zanieczyszczonym nożem. To spostrzeżenie pozwala wnioskować, że typ bydlęcy, szczepiony człowiekowi pod skórą, wywołuje zmiany miejscowe, gojące się, a także, że lasecznik bydlęcy, pozostający w tkankach ludzkich przez czas dłuższy, nie zmienia się i pozostaje nadal zjadliwym dla bydła.

Badania epidemjologiczne w Sardynji i Lombardji wykazały, że gruźlica jest najbardziej rozpowszechniona wśród ludzi tam, gdzie gruźlica śród bydła jest rzadka; przeciwnie, tam gdzie dużo jest gruźlicy śród bydła, gdzie ludność zajmuje się rolnictwem i hodowlą bydła, gdzie pijają mleko surowe, gruźlica wśród ludzi jest mniej rozpowszechniona niż pośród ludzi zamieszkałych w dzielnicach przemysłowych, gdzie gruźlica wśród bydła jest nieznaczna. Śmiertelność od gruźlicy jest największa wśród klasy robotniczej w ośrodkach przemysłowych i dochodzi do 10 na 1000, najmniejsza — bo 0,22 na 1000 — wśród ludności wiejskiej, ciągle stykającej się z bydłem zakażonem. Stosunek śmiertelności wskutek gruźlicy narządów brzusznych do śmiertelności od wszystkich postaci gruźlicy jest większy wśród dzieci w krajach przemysłowych, niż w rolniczych i większy tam, gdzie gruźlica wśród bydła nie jest tak rozpowszechniona. U 19 chorych pasterzy stwierdzono w płucach laseczniki typu ludzkiego. Autorzy nie odrzucają absolutnie możliwości przeniesienia gruźlicy z bydła na ludzi, głównie na dzieci, ale z punktu epidemjologicznego sprawa ta jest małego znaczenia. Tem nie mniej należy, spożywając mleko i mięso, uwzględniać znane przepisy higjeny. *A. Tenenbaum* (Łódź).

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Ginekologja Polska. 1922. Z. II.: K. Łuniewski. Niezwykły przypadek włókniaka dolnej części szyji macicznej. — K. Bocheński. Przerwanie ciąży z punktu widzenia społecznego. — G. Drozdowicz. Elektywność działania promieni X jako podstawa rentgenoterapji raka.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachjum (J. F. Lehmann) 1922. Zeszyt lipcowy, (Cena 24 Mk. niem.) Treść: 1) Prof. Freund. Zmiany w ginekologji. — 2) Prof. Jerschke. Położnictwo. — 3) Prof. Siegel. Złagodzenie bólu przy porodach prawidłowych. — 4) Saenger. Ze Zjazdu ginekologów.

Medycyna społeczna.

W. Grzywo-Dąbrowski. Warszawa.

Organizacja orzecznictwa sądowo-lekarskiego na ziemiach byłego zaboru rosyjskiego.

Według artykułu 337 i następn. Ustawy Postęp. Karnego, obowiązującej na ziemiach byłego zaboru rosyjskiego, w razie potrzeby wzywania lekarzy w charakterze biegłych sędzia śledczy przedewszystkiem winien wzywać lekarzy powiatowych, o ile zaś ci z jakichbądź powodów stawić się nie mogą, może być wezwany inny lekarz urzędowy lub lekarz prywatny. Wzywając biegłych lekarzy na rozprawy sądowe, sąd nie jest jednak skrępowany artykułem wyżej wymienionym i może wzywać tego lekarza, którego uzna w danym wypadku za najodpowiedniejszego. Nas przedewszystkiem zajmuje obecnie wykonywanie orzecznictwa lekarskiego podczas śledztwa pierwiastkowego i tylko tą stroną orzecznictwa tymczasem zajmować się będziemy. Za czasów okupacji rosyjskiej lekarz powiatowy względnie policyjny był urzędnikiem bardzo źle płatnym, wobec tego musiał wyszukiwać sobie najrozmaitszych źródeł utrzymania, a przedewszystkiem zajmować się praktyką prywatną. Oczywistą jest rzeczą, że lekarz taki nie miał możności, ani czasu, a przeważnie i chęci, zagłębiać się i studjować medycynę sądową, nie śledził postępów tej gałęzi wiedzy, nie interesował się nią wcale, co pociągało za sobą często bardzo niedostateczne lub wręcz wadliwe wykonywanie czynności sądowo-lekarskich. Ponieważ sędzia śledczy ustawowo musiał wzywać lekarzy powiatowych do czynności sądowo-lekarskich, wobec tego oczywiście, lekarz powiatowy, bez względu na swą wiedzę i doświadczenie sądowo-lekarskie, do czynności tych był wzywany i prawie nikt nie kontrolował jego wiadomości z tego zakresu. Tylko w miastach uniwersyteckich czasami kierownik zakładu medycyny sądowej był wzywany do czynności sądowo-lekarskich, lecz nie zawsze, gdyż przymusu prawnego pod tym względem nie było, a profesor medycyny sądowej nigdy oczywiście nie był lekarzem powiatowym. Ten stan rzeczy odbił się fatalnie na samem orzecznictwie sądowo-lekarskiem za czasów okupacji rosyjskiej i na dorobku naukowym z tej dziedziny wiedzy. We wrześniu 1917 r., gdy wprowadzono sądownictwo polskie, w obrębie okupacji byłej niemieckiej zostały stworzone w Łodzi i w Warszawie stanowiska lekarzy sądowych. Lekarze ci byli etatowymi urzędnikami VI kategorji płacy, zależnymi służbowo od Minist. Zdrowia Publicznego, i mieli za zadanie wykonywanie czynności sądowo-lekarskich, wchodzących w zakres dochodzenia sądowego; z powodu nawału pracy w Warszawie w roku 1919 zostało utworzone stanowisko pomocnika lekarza sądowego; stanowiska sądowych lekarzy w Lublinie i w Zagłębiu Dąbrowskiem nie były obsadzone, ponieważ nie znaleziono odpowiednich kandydatów; w innych częściach okupacji niemieckiej czynności lekarzy sądowych pełnili lekarze powiatowi niemieccy, względnie ich zastępcy, Polacy. Po usunięciu okupacji niemieckiej stan taki trwał i nadal aż do stycznia r. 1922, z tą różnicą, że dawni zastępcy lekarzy powiatowych zostali zamianowani etatowymi lekarzami powiatowymi. Należy zaznaczyć, że pewna część lekarzy powiatowych, którzy objęli swe stanowiska w r. 1917 i w r. 1918, uczęszczała na kursy kilkatygodniowe, specjalnie dla nich urządzone, gdzie w r. 1917 prowadzony był wykład techniki sekcyjnej, w r. 1918 teoretyczny kurs skrócony medycyny sądowej. Pozatem jednak większość lekarzy powiatowych, jak się zdaje, tego rodzaju kursów nie przechodziła. Z powyższego już widać, że lekarze powiatowi, obecnie czynni, nie są dostatecznie przygotowani do wykonywania czynności sądowo-lekarskich; potem są oni ogromnie obciążeni bieżącą robotą sanitarno-administracyjną, i stosunkowo mało stykając się z rozmaitemi zagadnieniami z dziedziny medycyny sądowej, nie mogą mieć ani rutyny, ani odpowiedniego doświadczenia w tym kierunku; wiadomości nabyte podczas studjów, często są niewystarcza-

jące, gdyż wogóle medycyna sądowa w uniwersytetach traktowana jest, jak dotąd, trochę po macoszemu, co prawda nie tylko u nas; podczas studjów praktycznym zajęciom poświęca się stosunkowo mało czasu, lub wcale się tych zajęć nie odrabia, chociaż cała czynność lekarza, jako lekarza sądowego, jest ściśle czynnością praktyczną. Dla zapoznania lekarzy powiatowych z praktyczną medycyną sądową należy urządzić dla nich kursa uzupełniające, gdzieby mogli oni zapoznać się z rozmaitemi czynnościami, wchodzącemi w zakres działalności lekarzy sądowych, a przedewszystkiem z wykonywaniem sekcji sądowo-lekarskich, wydawaniem opinij i t. d. W naszej praktyce dotychczasowej nieraz mieliśmy możność przeglądać protokoły sekcyjne, sporządane na prowincji przez lekarzy powiatowych oraz wolno praktykujących, często musieliśmy wydawać opinję na podstawie tych protokołów, które czasami były sformułowane tak niedokładnie, że ścisłej opinji na ich podstawie wydać nie było można.

Nie chcę tu obwiniać lekarzy, bo wadliwe sporządzenie protokołu sekcji miało przeważnie swe źródło nie w niedbalstwie, lecz w braku doświadczenia, czemu się wcale dziwić nie można, a raczej należy w zupełności to zrozumieć, bo lekarze w ogromnej większości przypadków przez cały czas studjów nie wykonali ani jednej sekcji sądowo-lekarskiej, nie przeprowadzili ani jednego badania w przypadku dochodzenia zgwałcenia i t. d., i odrazu byli zmuszeni samodzielnie spełnić czynność, wymagającą specjalnych wiadomości, pewnej wprawy i rutyny. Nie zapominajmy o tem, że według prawa, sędzia śledczy może wezwać do czynności sądowo-lekarskich każdego lekarza, i ten odmówić nie ma prawa, chyba że on lub ktoś z jego rodziny jest niebezpiecznie chory. Często się zdarza, że do sekcji sądowo-lekarskiej wzywa się położnika, lub lekarza wolno-praktykującego, który może nigdy nie miał w ręku noża sekcyjnego. Jedyną radą na to, by podnieść stopień orzecznictwa sądowo-lekarskiego, jest żądanie od kandydatów na lekarzy powiatowych gruntownego przygotowania z zakresu medycyny sądowej i psychjatrji sądowej oraz utworzenie większej liczby stanowisk lekarzy sądowych, od których, oczywista, wymagania muszą być jeszcze większe; dla czynnych lekarzy powiatowych zorganizować należy wyżej wymienione kursy uzupełniające, corocznie powtarzane. Dla kandydatów na lekarzy powiatowych należałoby wprowadzić egzaminy fizykackie.

Od stycznia r. 1922. władze nasze zniosły stanowiska lekarzy sądowych, przez co cofnęły całą sprawę orzecznictwa sądowo-lekarskiego do czasów przedwojennych i wprowadziły stosunki, jakie istniały podczas okupacji rosyjskiej. Przedewszystkiem reforma ta odbije się szkodliwie na pracy sądowo-lekarskiej w dużych ośrodkach, jak Lódź, Lublin i t. d., gdzie pracy tej bywa dosyć dużo i gdzie lekarz sądowy, specjalista, jest bezwzględnie potrzebny. Zapewne te czynności będą tam pełnili lekarze wojewódzkich urzędów zdrowia, którzy mają nawał roboty administracyjnej, sanitarnej i specjalistami w dziedzinie medycyny sądowej oczywiście być nie mogą. Trudno zrozumieć, czem się powodowały władze nasze, kasując stanowiska lekarzy sądowych; o ile chodziło o oszczędności, skasowanie tych stanowisk nie będzie żadną oszczędnością dla skarbu, gdyż lekarzom, wzywanym do czynności sądowo-lekarskich, trzeba będzie płacić za każdą poszczególną czynność według taksy, uchwalonej niedawno przez Min. Sprawiedliwości, Min. Zdrowia i Min. Skarbu, i tego rodzaju opłata w sumie będzie wynosiła więcej, niż poprzednie pensje lekarzy sądowych (w każdym razie dotyczy to miast dużych, jak Warszawa); jeśli nawet w niektórych przypadkach zaoszczędzi się w ten sposób kilka tysięcy miesięcznie, to oczywiście, nie da się obliczyć strat i szkód, jakie mogą wyniknąć wskutek wykonywania czynności sądowo-lekarskich przez niespecjalistów, lekarzy przygodnych.

Gorzej jeszcze może się odbić ta reforma na pracy zakładów medycyny sądowej Uniwersytetów, gdyż o ile materjał sądowo-lekarski będzie omijał te zakłady, studenci i prawnicy nie będą mieli możności w sposób odpowiedni studjować medycyny sądowej.

Pozatem brak odpowiednich stanowisk lekarzy sądowych etatowych spowoduje, że młodsi lekarze nie będą się garnęli do katedr medycyny sądowej, ponieważ nie będą widzieli możności znalezienia pracy w zakresie swej specjalności, co znów wytwarza błędne koło: brak odpowiednio przygotowanych ludzi nie pozwoli na objęcie ewentualnie otwierających się stanowisk.

Mam jednak nadzieję, że Władze nasze zrozumieją zgubne skutki skasowania stanowisk lekarzy sądowych dla orzecznictwa sądowo-lekarskiego i przywrócą te stanowiska od roku 1923.

Przychodzę do wniosków następujących:

1) Stanowiska etatowych lekarzy sądowych powinny być utrzymane tam, gdzie istniały dotychczas, oraz utworzone tam, gdzie ich jeszcze niema, a zachodzi potemu potrzeba.

2) W miastach uniwersyteckich kierownik zakładu medycyny sądowej oraz ewentualnie jego asystenci powinni być nieetatowymi (kontraktowymi) lekarzami sądowymi, przez co zakład będzie miał materjał dydaktyczny, a sądy gwarancję, że badania sądowo-lekarskie będą dokonywane przez specjalistów.

3) Dla obecnie czynnych lekarzy powiatowych od czasu do czasu muszą być urządzane przy zakładach medycyny sądowej obowiązkowe kursy uzupełniające z zakresu medycyny sądowej.

4) W najbliższej przyszłości należy zorganizować stałe kursy uzupełniające dla tych lekarzy, którzy będą starali się o stanowiska lekarzy powiatowych, i na kursach tych powinna być szeroko uwzględniona medycyna sądowa, a przedewszystkiem jej strona praktyczna; psychjatrja sądowa również powinna być wykładana na tego rodzaju kursach.

J. Szmurło. Warszawa.

W sprawie nauczania w Polsce otolaryngologji w stosunku do potrzeb państwowych i społecznych.

Odczyt wygłoszony na Walnem Zgromadzeniu Polskiego Towarzystwa Otorynolaryngologicznego w dniu 20. maja 1922 r.

Żaden otorynolaryngolog, uważnie spostrzegający działalność naszych Wydziałów lekarskich oraz nasze stosunki szpitalne, a jednocześnie obeznany z tem, co się dzieje na Zachodzie w zakresie naszej specjalności, nie może oprzeć się wrażeniu, że choroby uszu, nosa i gardła uważane są u nas, w świecie lekarskim za dział drugo, a nawet trzeciorzędny pośród wszystkich innych działów medycyny klinicznej. Dla uwydatnienia powodów, wywołujących to wrażenie, wystarczy przytoczyć kilka przykładów. Podczas kiedy w miastach Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych widzimy, jak powstają i działają całe szpitale, przeznaczone wyłącznie dla chorych na nos, gardło i uszy, kiedy tam równocześnie każdy wielki szpital posiada specjalny oddział otolaryngologiczny, u nas, nawet w stolicy Polski, największe szpitale, jak np. szpital Dzieciątka Jezus lub szpital Przemienienia Pańskiego, pozbawione są takich oddziałów, a myśl wybudowania specjalnego szpitala dla chorych na ucho, nos i gardło wywołałaby napewno protesty ze strony wielu lekarzy, zarówno internistów, jak i chirurgów. Kiedy w samym Londynie z jego prawie 7-miljonową ludnością, istniały w roku 1913, według obliczeń M. H e r t z a, przytoczonych w artykule »Sprawa Oddziałów otolaryngologicznych w szpitalach miejskich«, 2 szpitale specjalne oraz liczne oddziały w szpitalach ogólnych, razem na 275 łóżek, u nas było w tym samym czasie w całej Kongresówce, liczącej wówczas 12,5 miljonów ludności, 57 łóżek dla tego rodzaju chorych. W roku 1922 stosunki u nas zmieniły się nieco na lepsze; ale i w chwili obecnej musimy stwierdzić, że dla ludności cywilnej całej Polski, liczącej około 30 miljonów ludności, nie mamy jeszcze nawet połowy liczby łóżek, które posiada jedna tylko stolica Anglji dla chorych na nos, gardło i uszy.

Każdy uniwersytet zachodnio - europejski z wydziałem lekarskim posiadał w chwili wybuchu wojny europejskiej dobrze wyposażoną pod względem rozpoznawczym i leczniczym klinikę otolaryngologiczną, a uniwersytety miast stołecznych: Berlina, Londynu, Wiednia, Paryża, Monachjum i innych,

miały nawet po dwie, trzy a nawet cztery takie kliniki; u nas w tym czasie jeden tylko Kraków posiadał niewielką i dość ubogą klinikę, większe zaś miasta, jak Warszawa i Lwów, musiały się obywać tylko przyjęciami poliklinicznemi chorych na uszy, nos, usta i gardło. Po wojnie, kiedyśmy sami poczęli się rządzić, warunki zmieniły się nieco na lepsze, przybyła bowiem Warszawie klinika otolaryngologiczna, a Lwów korzysta dla celów klinicznych z oddziału w szpitalu wojskowym, ale zato Poznań musi poprzestawać na poliklinice, a niewiadomo, czy podobny los nie spotka wydziałów lekarskich w nowopowstałych uniwersytetach wileńskim i lubelskim.

Nie może ujść uwagi bacznego spostrzegacza fakt, że nasze Wydziały lekarskie niedość życzliwie, rzekłbym po macoszemu, traktują tak ważny dział medycyny, jak choroby uszne. Z czterech uniwersytetów obecnie funkcjonujących jeden tylko Lwów ma profesora otolaryngologji, który obok laryngologji specjalnie poświęcał się studjom otjatrycznym, w Krakowie obok katedry laryngologji istnieje tylko docentura otjatrji, w Warszawie katedra otolaryngologji obsadzona jest przez laryngologa internistę, w Poznaniu przez najwybitniejszego polskiego laryngologa; obie katedry nie mają do tej pory docentów otjatrji. Taka przewaga laryngologji nad otjatrją w naszych Uniwersytetach, dająca się doskonale objaśnić z punktu widzenia historycznego, z punktu widzenia spółczesnej wiedzy lekarskiej jest anachronizmem wielce szkodliwym pod względam społecznym i państwowym. Odnosi się wrażenie, jak gdyby nasze Wydziały lekarskie nie były należycie poinformowane, czem jest w obecnej chwili otjatrja i jakie mają znaczenie choroby uszne w patologji ustroju ludzkiego, jak gdyby dla wydziałów nie istniał fakt niezmiernych zdobyczy, jakie zbogaciły wiedzę lekarską w ostatniem czterdziestoleciu w dziedzinie zarówno fizjologji narządu słuchowego, jak i leczenia chorób ucha i ich powikłań. Tymczasem ze specjalności niegdyś lekceważonej, która znała tylko budowę i czynności ucha zewnętrznego i środkowego, względnie dokładne wiadomości o budowie i czynności ślimaka, a zgoła nie posiadała żadnych wiadomości lub fałszywe o czynnościach przedsionka i przewodów półkolistych, która umiała sprawić ulgę tylko w cierpieniach ucha zewnętrznego i po części środkowego, a stała bezradna przed powikłaniami związanemi z ropieniem ucha środkowego lub przed cierpieniami błędnika, specjalności, która w leczeniu ograniczała się tylko do przemywań, wkraplań, przedmuchiwań i drobnych zabiegów chirurgicznych, jak przekłucie ropnia przewodu słuchowego, przekłucie błony bębenkowej, usunięcie polipów przewodu zewnętrznego, czasami kostek usznych, wyrosła, dzięki pracom całej plejady uczonych otjatrów Niemiec, Francji, Anglji, wielka gałąź wiedzy lekarskiej. Wyjaśniła ona dziś rolę błędnika, ustaliła znaczenie przedsionka i kanałów półkolistych, jako narządu statycznego, wyjaśniła budowę i przebieg włókien nerwu słuchowego, rzuciła jaskrawe światło na wiele dotychczas cennych zagadnień w dziedzinie neurologji; otjatrja wreszcie, wypracowawszy metody operacyjne i wskazania do operacji spraw ropnych wyrostka sutkowego, ucha środkowego i wewnętrznego, do powikłań zewnątrz i wewnątrz-czaszkowych, niesie życie i zdrowie tysiącom istnień ludzkich, skazanych przedtem w podobnych przypadkach na śmierć niechybną. Wszystkie te prace możliwe się stały tylko w klinice, gdzie chorzy znajdowali się pod stałem spostrzeganiem. Tylko w klinice mógł B a r a n y uczynić swoje doświadczenia, uwieńczone odkryciem funkcji przedsionka i przewodów półkolistych, za co uwieńczony został nagrodą N o b l a, tylko w klinice mogli S c h w a r t z e, S t a c k e, J. Z a u f a l, J a n s e n, P o l i t z e r, K ö r n e r i szeregi innych obmyślać i dokonywać operacji, które odkryły nowe widnokręgi w chirurgji czaszki i mózgu i rozstrzygnęły o stanowisku otjatrji, jako specjalności *par excellence* chirurgicznej, nie mogącej istnieć i rozwijać się bez kliniki i stałych oddziałów szpitalnych.

Zdobycze naukowe w dziedzinie otjatrji i wnioski praktyczne, jakie z nich wyprowadzono za Zachodzie, nie znalazły i, obawiam się, nie znajdują dotychczas odgłosu w naszych Wydziałach lekarskich, które po staremu zadowalniają się poliklinikami, pozostawiając dla otjatrji leczenie przedmuchiwaniami, wkraplaniem lekarstw, drobnemi wreszcie zabiegami chirurgicznemi, zabiegi duże oddając do wykonania chirurgom, niedość uświadomionym pod względem budowy ucha, jego właściwości, sposobów jego badania i leczenia. Wydziały lekarskie tworzą kliniki uszne tylko pod przymusem i starają się odkładać zawsze ich budowę, jako rzeczy zbytku, do czasów szczęśliwszych, pomyślniejszych.

W ten sposób słuchacze medycyny nie mogą poznać, czem jest w istocie w dobie obecnej otjatrja, widzą tylko to, co stanowi w niej rzecz drugorzędną, a pierwszorzędnej nauki klinicznej ocenić nie są w możności, tembardziej, że mogą nawet nie słuchać tego przedmiotu, jako nieobowiązkowego przy egzaminach. Wychodząc więc w świat, nie są w możności dalszego szerzenia wiedzy otjatrycznej, propagowania idei specjalnych klinik i oddziałów szpitalnych usznych. Nic więc dziwnego, że w tym czasie, kiedy na Zachodzie powstała wielka propaganda w kierunku tworzenia takich oddziałów w większych szpitalach, a nawet specjalnych szpitali i klinik, u nas w całej Polsce panowało głuche milczenie. Zresztą pod tym względem jedna Warszawa stanowiła pewien wyjątek, gdyż tu, wobec istnienia uniwersytetu rosyjskiego, panował wbrew wszelkim przeszkodom ze strony rządu zaborczego, głęboki prąd wśród lekarzy, popierania i rozwijania nauki rodzimej. Studjom nad chorobami usznemi w uniwersytetach zagranicznych poświęciło się wielu zdolnych lekarzy, którzy zdobycze Zachodniej Europy przeszczepiali na grunt rodzimy. Prace ich, bądź co bądź, wywarły pewien wpływ i spowodowały otwarcie oddziałów dla chorób usznych i gardlanych w nowo-zbudowanym szpitalu żydowskim, w szpitalu ewangielickim, w szpitaliku dziecięcym. Wydziały lekarskie jednak w tym czasie nic nie uczyniły, albo zaledwie bardzo niewiele, dla rozpowszechnienia otjatrji wśród ogółu lekarzy.

Pozostawać dalej na stanowisku z przed lat trzydziestu Wydziałom lekarskim i Uniwersytetom nie wolno. W nauczaniu medycyny otjatrja, która stała się obecnie jedną z najbardziej opracowanych specjalności, traktująca o chorobach narządu, wywierającego przemożny wpływ na rozwój umysłowy człowieka, musi być traktowana jak okulistyka i inne obowiązkowe specjalności, musi posiadać dla wykładów specjalny warsztat, jakim jest klinika ze stałemi łóżkami, musi posiadać specjalnego nauczyciela, profesora lub docenta, który wtajemniczać będzie słuchaczy w trudne studja nad narządem słuchowym. Przemawiają za tem, oprócz nadzwyczajnego w dobie obecnej rozwoju otjatrji, jeszcze następujące względy ogólne, wykazujące nadzwyczajną doniosłość znajomości chorób usznych dla każdego lekarza.

Choroby uszne dają dość znaczny odsetek śmiertelności. Według statystyki K ö r n e r a [1]) przeciętnie 5% zejść śmiertelnych przypada w okresie życia od lat 10 do 30 na choroby uszne. Co zaś do osesków, to pod tym względem spostrzeżenia ostatnich miesięcy, poczynione przez M a u r i c e'a R e n a u d [2]) w paryskim szpitalu, oraz dawniejsze sekcje dzieci, u których stale dokonywano otwarcia narządu słuchowego, dają wyniki niespodziewanie i wielce niepomyślne. R e n a u d np., który zajął się badaniem dokładnem narządu słuchowego u 70 osesków, przyniesionych do szpitala z powodu objawów ciężkich i groźnych dla życia, czy to w zależności od cierpień żołądka, czy też jakichkolwiek innych narządów, we wszystkich przypadkach stwierdzał ropę, i to jak wykazała potem autopsja, przeważnie w obu jamach bębenkowych, a także w większości przypadków stwierdzał ognika zapalenia ropnego szpiku kostnego w kości skalistej. Wyniki te skłoniły R e n a u d a do wypowiedzenia tezy, że zapalenia ucha środkowego były pierwotne, zmiany zaś w innych narządach były wtórne i stanowiły wynik sprawy ropnicowej pochodzenia usznego. Wyniki R e n a u d a zgodne są z wynikami V e i l l a r d a, P o n f i c k a, B a r t h a i in-

[1]) O. K ö r n e r. Die Otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute u. Bluleiter.

[2]) M. R e n a u d. Les Otites et les Suppurations du rocher chez les nourrissons. Bulletin et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris Nr. 28. 1921.

nych, którzy na autopsjach osesków i dzieci w pierwszym roku życia stwierdzali w 70% do 100% zajęcie ropne lub śluzowo-ropne ucha środkowego. Spostrzeżenia te rzucają nowe światło na nadzwyczaj doniosłe znaczenie otjatrji dla lekarzy pedjatrów.

Dalej, należy pamiętać o wielkiej częstości spraw zapalnych w uchu środkowem w przebiegu chorób zakaźnych, zwłaszcza płonicy, najczęściej występujących w wieku dziecięcym. Statystyki różnych autorów wykazują je jako powikłanie płonicy w stopniu rozmaitym, lecz zawsze wysokim, gdyż od 30% do 50% (Henoch). Nie tak często, aczkolwiek w znacznej liczbie przypadków, powikłanie ropniem ucha środkowego zdarza się i w odrze, w durze brzusznym, w błonicy, a nawet w śwince. Powikłania te bardzo często, gdyż w płonicy w 18—20%, a w innych chorobach zakaźnych razem wziętych, według statystyki Bezolda[3]) w 13%, doprowadzają do głuchoty, która poniżej lat 7 »zawsze pociąga za sobą utratę mowy». Z tego łatwo wyciągnąć wniosek, jak niebezpieczne są ropienia ucha w wieku dziecięcym i jak niezbędna jest znajomość spraw ropnych ucha środkowego u każdego lekarza. Wczesne rozpoznanie zapalenia ucha środkowego i wczesne dokonanie przekłucia błony bębenkowej, którego każdy lekarz powinien umieć dokonać, może uratować słuch, a często i życie choremu dziecku.

Jeszcze przed laty słynny otolog niemiecki v. Tröltsch dowiódł, że 1/5 część głuchoniemych można było ustrzec przed ich strasznem kalectwem przez odpowiednie leczenie. Według Konczyńskiego[4]) Polska Kongresowa w r. 1897 liczyła 13844 głuchoniemych. Przenosząc więc powiedzenie v. Tröltscha na nasze stosunki obecne, mielibyśmy prawo utrzymywać, że można byłoby ocalić 2766 dzieci od głuchoniemoty, gdyby były należycie i wcześnie leczone. Jeżeli zważymy, że z roku na rok choroby zakaźne wytwarzają zastępy głuchoniemych, będących ciężarem dla społeczeństwa, łatwo wyprowadzimy wniosek, jak wielka dzieje się krzywda społeczeństwu przez brak należytego wykształcenia naszych lekarzy w zakresie chorób usznych.

Dalej istnieją różne zawody, rzemiosła i zajęcia, wymagające doskonałego słuchu, jak np. zajęcia na kolejach, przy telefonach, telegrafach, w lotnictwie i wiele innych. Pracownicy, wstępujący do tych zawodów, są zwykle przez lekarzy badani pod względem dokładności słuchu i stanu narządu słuchowego. Naturalnie technikę badania słuchu badający lekarze powinni posiadać w zupełności, czego o dzisiejszych naszych lekarzach nie można powiedzieć. Nie ich to wina, bo Wydział lekarski nie dał im możności w swoim czasie nauczenia się tej techniki.

Tak samo muszą być doskonale obznajomieni z techniką badania słuchu, określania jego siły oraz zmian, jakie w uchu istnieją, wszyscy lekarze szkolni i lekarze, pozostający na służbie państwowej cywilnej i wojskowej. Lekarzy tych potrzebuje państwo bardzo dużo. I znowu nauczyć tych lekarzy techniki badania słuchu i narządu słuchowego może i powinien profesor otjatrji.

W końcu jednym z dowodów ważności otjatrji i konieczności otwierania specjalnych oddziałów i klinik otjatrycznych jest tworzenie takich oddziałów w szpitalnictwie wojskowem. Zarówno w życiu cywilnem, jak i w wojsku człowiek cierpiący na chorobę ucha wymaga leczenia w specjalnych oddziałach. Władze wojskowe odrazu tę prawdę zrozumiały i sprawę ostatecznie rozstrzygnęły tworząc w szpitalach wojskowych specjalne oddziały uszne. Wątpliwości zaś tylko mają u nas Wydziały lekarskie uniwersytetów i miejskie wydziały szpitalnictwa.

Widzimy więc, że każdy lekarz, czy to praktyk, czy lekarz pracujący w służbie państwowej, czy w szkole, a przedewszystkiem ten, który ma w opiece dzieci i niemowlęta, musi doskonale być obeznany zarówno z techniką badania, jak i z zasadami leczenia chorób usznych. Wszystkie te wiadomości powinien on zdobywać na Wydziale lekarskim w odpowiedniej klinice otjatrycznej lub otolaryngologicznej. Nie chodzi bowiem o to, czy te dwie specjalności, bardzo sobie pokrewne, są połączone, czy też nie, w jednej klinice i w osobie jednego nauczyciela. Chodzi zaś o to, że każda z nich musi być uwzględniana jednakowo. Bezstronny spostrzegacz, który wziął pod uwagę wszystkie powyżej przytoczone względy, przyzna napewno, że nie wolno zaniedbywać wykładów chorób usznych bez szkody wielkiej dla państwa i społeczeństwa.

Przechodzimy teraz do sprawy, jakie powinny być kliniki otolaryngologiczne. Zdaje się, że nikt z otolaryngologów w obecnej chwili nie wątpi o konieczności istnienia kliniki, jako niezbędnego warsztatu pracy naukowej i pedagogicznej. Czy mają istnieć dwie odrębne kliniki, laryngologiczna i otjatryczna, na modłę Berlina i jeszcze przed kilkoma laty Wiednia, czy też jedna lub dwie wspólne otolaryngologiczne, jak je w ostatnich czasach przekształcono w Wiedniu, jest to, jak wspomniałem przed chwilą, rzecz w zasadzie obojętna, zależna wyłącznie od środków, jakiemi Państwo rozporządza. W każdym razie muszą one uwzględniać obie specjalności, muszą być zaopatrzone we wszystkie środki, jakie potrzebne są dla kliniki chirurgicznej, na której dokonywane są wielkie operacje. Z chwilą bowiem, kiedy kliniki otolaryngologiczne powstały, odrazu został przesądzony ich charakter, jako specjalności chirurgicznych, obejmujących dział chirurgji czaszki i szyji. Jest rzeczą charakterystyczną, że wszystkie tak zwane większe operacje chirurgji ucha i chirurgji krtani i nosa opracowane zostały przez otjatrów i rhinolaryngologów, a więc operacja otwarcia błędnika, otwarcia opuszki żyły szyjnej, a nawet ropni mózgu i móżdżku pochodzenia usznego. W dziedzinie laryngologji specjaliści nie poprzestają na usunięciu polipów wewnątrzkrtaniowych, a nawet laryngofissurach i laryngostomjach, ale dokonywują obecnie i opracowują metody doszczętnego usunięcia krtani, czego dowodem są metody operacyjne laryngectomji, podane przez laryngologów Sebileau, Boteya, Moure, Portmana, Chiariego i innych. Tak samo metody doszczętnego operowania zatok dodatkowych nosa i usuwania doszczętnego nowotworów złośliwych podane przez Moure'a, Denkera, Killiana i innych otorynolaryngologów.

Jednem słowem otolaryngologja idzie w kierunku wielkiej chirurgji, obejmującej prawie całą czaszkę, a zwłaszcza jej część twarzową i skroniową oraz szyję. Otolaryngolog musi być obecnie chirurgiem specjalistą w dziedzinie chirurgji czaszki i szyji. Dawny związek chorób klatki piersiowej z laryngologją, którego propagatorem był przed laty przeważnie prof. v. Schrötter z Wiednia, ograniczył się obecnie do umiejętności wspólnej wszystkim lekarzom badania i rozpoznawania chorób tej okolicy. W każdej klinice powinien być, czy to w charakterze profesora czy docenta, otorynolaryngolog, dobrze obeznany z zasadami chirurgji ogólnej i doświadczony chirurg w dziedzinie górnego odcinka dróg oddechowych, oraz najbliższego ich sąsiedztwa. Kliniki nasze mogą się wtedy podnieść do wyżyn, na jakich znajdują się kliniki zachodnio-europejskie.

Przechodzę teraz do wykładów laryngologji, protegowanej na uniwersytetach naszych przez Wydziały lekarskie. Otóż stwierdzić należy, że i w dziedzinie laryngologji wykłady uniwersyteckie nie obejmują wcale całokształtu wiedzy laryngologicznej. W wykładach tych również pozostaliśmy w tyle za Europą Zachodnią, zwłaszcza za Francją, Niemcami i Austrją; uwzględnialiśmy i uwzględniamy nos, gardło i krtań, jako drogi oddechowe i zajmujemy się ich patologją i terapią, uwzględniając tylko ten punkt widzenia, natomiast zapomnieliśmy zupełnie o krtani, gardle i nosie, jako narządach przeznaczonych do tworzenia dźwięków, głosu (phonologja) i mowy (logologja). Sprawę głosu i mowy w dotychczasowych wykładach uwzględniało się tylko mimochodem i to tylko o tyle, o ile pewne sprawy chorobowe, jak zapalenia, nowotwory, porażenia nerwów krtaniowych, wpływają na zmianę głosu, chrypkę lub bezgłos. Nauka o górnym odcinku dróg oddechowych, jako miejscu powstawania dźwięków głosowych, śpiewnych tonów, mowy rozdzielnej, strona fizjologiczna tej sprawy oraz patologja zaburzeń głosu, śpiewu, mowy, które znalazły oddawna szerokie uwzględnienie w pra-

[3]) Bezold. Lehrbuch der Ohrenheilkunde.

[4]) Konczyński. Statystyka śmiertelności m. Warszawy.

cach fizjologów francuskich Marey'a i Marage'a, laryngologów Joala, Faure'a, Lermoyez'a, Jacques'a, Foy i innych, laryngologów niemieckich Flatau'a, Gutzmanna, Fröschelsa, Sterna i wielu innych, u nas pozostała niemal zupełnie w zapomnieniu. I gdyby nie prace jedynego lekarza W. Ołtuszewskiego, który poza uniwersytetem, zabrał się do studjowania logologji, w tych działach wiedzy lekarskiej, pomimo istnienia u nas przed laty trzech, a obecnie już 5-u wydziałów lekarskich, świecilibyśmy zupełną nieobecnością. W rocznikach lekarskich, za okres czasu dwudziestokilkoletni, spotykamy zaledwie kilka poważnych prac tego jedynego, aż do ostatnich czasów, specjalisty, oraz jednę pracę interesującego się phonologją, specjalnie śpiewem, zmarłego przed rokiem laryngologa Zięciakiewicza. Nasze Wydziały lekarskie nie dały w tym kierunku żadnych prac, zresztą jedyny wyjątek pod tym względem stanowi wykład wstępny w uniwersytecie Poznańskim prof. A. Jurasza, który poświęca w nim uwagę bardzo ciekawej sprawie zmiany głosu pod wpływem dojrzewania i pokwitania. Nasi profesorowie laryngologji nie wytworzyli polskiej szkoły logologów, oraz phonologów, nie przygotowali lekarzy specjalistów, leczących choroby i zboczenia mowy i głosu.

Zastępy dzieci jąkających się, bełkocących, szepleniących, w szkołach naszych powszechnych i średnich oczekują napróżno na lekarzy, którzyby ich od tych wielce w życiu przykrych wad i zboczeń wyleczyli, narazie zaś muszą zadowalniać się metodami leczenia mniej lub więcej niewykwalifikowanych nauczycieli laików. I kiedy jedyny, do ostatnich czasów w Warszawie, specjalista Dr. W. Ołtuszewski zachorował, trzeba było leczony przez niego zbiorowo oddział dzieci jąkających się, wybranych ze szkół powszechnych, zamknąć, bo nie było komu zastąpić go i prowadzić dalej rozpoczęte dzieło leczenia.

Uwzględnienie więc działu chorób mowy w wykładach laryngologji i ich leczenia jest pilną potrzebą społeczną, której nie można odkładać *ad feliciora tempora*. Wielką doniosłość praktyczną takich wykładów poznano już oddawna zagranicą. Uniwersytety Berlina, Monachjum, Wiednia, Paryża, mają docentury, a nawet profesury poświęcone tej gałęzi laryngologji. W ostatnich czasach nawet uniwersytety mniejszych miast zaprowadzają wykłady logo- i phonopatologji i tworzą specjalne katedry lub docentury tych przedmiotów; nasze tylko uniwersytety nic o tem słyszeć nie chcą. A leczyć jest kogo; jak bowiem dane statystyczne wykazują, dzieci z wadami wymowy stanowią 1% wszystkich dzieci w wieku szkolnym: w samej przeto Warszawie mamy ich około 1500.

Ogromny zakres wiedzy, jaki obejmuje otorynopharyngo-laryngologja w wykładach profesora tego przedmiotu, może znaleźć tylko pobieżne uwzględnienie. Profesor może zwrócić uwagę tylko na zasadnicze punkty wytyczne, poddać analizie tylko najważniejsze zagadnienia, przedstawić słuchaczom kazuistykę najważniejszych i najczęstszych cierpień i zatrzymać się na metodach leczenia. Zagadnienia szczegółowe, nauka sposobów badania, głębsza analiza poszczególnych działów, jak rynologja z pharyngologją, bronchoskopja z esophagoskopją, nauka logologji i phonologji i t. p., mogą być należycie wykładane tylko przez poszczególnych docentów. W ten sposób słuchacz uniwersytetu może dopiero otrzymać całkowity obraz otolaryngologji, może studja swoje w tej dziedzinie pogłębić i rozszerzyć. Siłą rzeczy docentury w obecnych czasach stają się niezbędne tam, gdzie przedmiot studjów jest obszerny, nie dający się pomieścić w ramach wykładów jednego profesora. Wykładając poszczególne działy docenci sami mogą je zgłębić, przestudjować szczegółowiej, oni to właśnie są głównymi pjonierami wiedzy, ich praca i przyczynki tworzą fundamenty wspaniałego gmachu wiedzy obecnej, zarówno w otolaryngologji jak i w innych gałęziach medycyny. Docenci zresztą, to materjał, z którego uniwersytety mają możność wybierać profesorów z szeregu wybitnych pracowników i pedagogów. Docentura, to szkoła nietylko dla słuchaczy ale i dla uczącego. Ucząc innych, sami uczymy się i zdobywamy praktycznie wiedzę pedagogiczną, praktykę nauczania. Dotychczas u nas panuje przesąd, że profesorowi uniwersytetu potrzebna jest tylko wiedza; tymczasem życie stale zadaje kłam temu przesądowi i oczywiście wykazuje, że oprócz wiedzy profesor musi posiadać i zdolności pedagogiczne, musi być wtajemniczony w technikę i metodykę nauczania. Bez tej znajomości największy uczony będzie marnym pedagogiem, którego wykłady będą przynosiły zaledwie bardzo nieznaczną korzyść słuchaczom. I znowu w Zachodniej Europie, a zwłaszcza w Niemczech doskonale zrozumiano doniosłość wielką instytucji docentów i jej rozwojowi wszelkiemi siłami pomagano. W Berlinie i w Wiedniu w zakresie jednej tylko otolaryngologji naliczyć można dziesiątki docentów, mających prawo wykładów. Studjują u nich nietylko studenci ale i lekarze, chcący uzupełnić swą wiedzę w dziedzinie danej specjalności. Niestety i w tej dziedzinie pozostaliśmy w tyle za Zachodem. Wydziały ciężar zbyt wielki, przelania całej wiedzy z danej dziedziny w umysły słuchaczów, zwalają na profesora, docentur nie tworzą, następstwem zaś tego jest u nas powierzchowność wykształcenia, brak sił profesorskich, brak kandydatów fachowo wyrobionych na przyszłych siewców wiedzy lekarskiej. Brak docentów daje się najlepiej odczuwać w chwili tworzenia nowych Wydziałów lekarskich. Uniwersytety lwowski i krakowski mogły były w swoim czasie wytworzyć zastępy docentów, którzy później mogliby wejść w skład nowych wydziałów lekarskich. Niestety zrobiły to zaledwie w bardzo szczupłym zakresie. Wskutek tego daje się odczuwać w naszym świecie naukowym wielki brak sił, zdolnych do wykładania w wyższych zakładach naukowych. Cierpi na tem wraz z innemi i otolaryngologja. Dlatego też mamy prawo i obowiązek żądać tworzenia docentur dla pogłębienia polskiej otolaryngologji i dla przygotowania przyszłych profesorów.

Analiza warunków nauczania u nas otolaryngologji wskazała nam wielkie potrzeby i braki. Braki te zwiększają się jeszcze wskutek tego, że większość naszych szpitali, nawet wielkich, nie posiada specjalnych oddziałów otolaryngologicznych, które służą na Zachodzie nauce otolaryngologji, dając możność lekarzom uzupełniać studja specjalne na tych oddziałach. Na początku wskazywałem, jak znikomą jest liczba łóżek w całej Polsce, które są do rozporządzenia chorych na nos, gardło i uszy. Reforma pod tym względem jest również paląca i niezbędna. W zakończeniu pozwalam sobie postawić następujące wnioski streszczające najważniejsze potrzeby w dziedzinie nauczania u nas otolaryngologji.

1) Każdy słuchacz, kończący medycynę, powinien się wykazać umiejętnością badania ucha dorosłego i dziecka.

2) Każdy Wydział lekarski powinien posiadać klinikę otolaryngologiczną, której kierownictwo powinno być powierzone specjaliście, w jednakiej mierze obeznanemu z chorobami uszu i gardła. Tam, gdzie na kierownika kliniki powołany został laryngolog, powinien niezwłocznie również zostać powołany profesor otjatra do prowadzenia wykładów otjatrji i zarządzania połową uszną kliniki i odwrotnie.

3) Ponieważ otolaryngologja jest specjalnością *par excellence* chirurgiczną, należy na katedrę oraz do prowadzenia kliniki otolaryngologicznej powoływać otolaryngologów posiadających dostateczną biegłość w zakresie nietylko małej, ale i większej chirurgji.

4) W wykładach laryngologji powina być należycie uwzględniona fizjologja i patologja mowy.

5) W celu ułatwienia słuchaczom medycyny studjów w dziedzinie otolaryngologji, należy utworzyć przy katedrze przynajmniej trzy docentury: otjatrji wieku dziecięcego, rynologji i logologji; wydział lekarski w Warszawie, liczący obecnie 1683 słuchaczy medycyny, a więc jeden z najliczniejszy w Europie, poczynający przyciągać do siebie młodzież innych ziem słowiańskich, powinien tych docentów mieć jeszcze więcej.

6) Konieczne jest zaprowadzenie dorocznych kursów dokształcających dla lekarzy w dziedzinie otolaryngologji.

7) Należy zwrócić się do władz komunalnych i państwowych, specjalnie zaś do Ministerstwa Zdrowia, ażeby we wszystkich większych szpitalach otwierane były oddziały dla chorych na nos, gardło i uszy. Pozatem każde województwo

powinno mieć w szpitalu jeden oddział dla chorych otolaryngologicznych.

Wnioski te składam pod rozwagę Walnego Zgromadzenia Polskiego Towarzystwa Otorinolaryngologicznego, jako ciała najbardziej kompetentnego i najlepiej poinformowanego, którego głos musi znaleźć posłuch zarówno w wydziałach lekarskich, jak i w Ministerstwach Zdrowia Publicznego i Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego.

Jestem głęboko przekonany, że od stanowiska, jakie w tej sprawie zajmie Towarzystwo, zależeć będzie dalszy rozwój naszej specjalności w Polsce i mniejszy lub większy wpływ na poprawę zdrowetności u nas, w zależności od chorób uszu, nosa i gardła.

Od Redakcji.

Zdarza się dość często, że Kol. Autorowie nie odsyłają z drugą korektą rękopisów. Utrudnia to pracę Redakcji i powoduje niekiedy, że artykuł w druku nie odpowiada ściśle intencjom Autora.

Dlatego upraszamy **usilnie** Kol. Autorów, aby rękopisów nie zatrzymywali i **bezwarunkowo** zwracali je Redakcji wraz z drugą korektą.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

W sprawie **twardzieli (scleroma)** Ministerstwo zdr. publ. wydało do Województw Małopolski, Województwa kieleckiego, lubelskiego i poleskiego następujące zarządzenie: „W celu zebrania danych statystycznych, dotyczących liczebności i ciężkości przypadków twardzieli, oraz stwierdzenia ewentualnych jej ognisk w poszczególnych terytorjach kraju, poleca się dostarczyć do Ministerstwa, za pośrednictwem lekarzy powiatowych ze szpitali i od lekarzy prywatnych, danych dotyczących liczby chorych i postaci chorobowej w poszczególnych przypadkach. Nadesłane informacje winny uwzględnić następujące dane: 1) Imię i nazwisko, wiek i płeć; 2) miejsce zamieszkania; 3) wyznanie i narodowość; 4) jak dawno trwa choroba; 5) jak dawno chory jest pod obserwacją lekarską; 6) w jakim stopniu utrudnione jest oddychanie nosem i oddychanie wogóle: 7) czy są zmiany zewnętrzne (stwardnienie nosa, widzialne guzy i t. d.); 8) czy są zmiany w gardzieli i jamie nosowej oraz krtani (nacieki, guzy, zgrubienia i t. d.)? 9) Uwagi szczególne. Wyszczególnienie powinno dotyczyć całego roku 1921. i pierwszej połowy 1922 roku. O ileby lekarz nie spostrzegał przypadków twardzieli w przeciągu tego okresu, ale spostrzegał je uprzednio, należy zaznaczyć w uwagach liczbę spostrzeganych przypadków i bliższe szczegóły względnie ich brak.

Najgłówniejsze objawy choroby stanowi w okresie początkowym cuchnąca wydzielina nosa, następnie wytwarzanie się początkowo miękkich, później zaś bardzo twardych, guzowatych albo bardziej rozlanych, nacieków, które drążą stopniowo w głąb nosa i prowadzą wreszcie do mniej lub więcej zupełnego zatkania światła nosa i przechodzą również na skrzydła nosa, powodując guzowate obrzmienie i wybitne zniekształcenie twarzy. Sprawa przejść może również i na górną wargę, dziąsła, podniebienie, na łuki podniebienne i ściany boczne gardzieli, przyczem, wskutek zbliznowacenia nacieków, powstają zrosty i zwężenie światła. Objawy ze strony krtani polegają początkowo na rozlanem ropieniu błony śluzowej, następnie zaś na swoistem nacieczeniu zapalnem, przechodzącem również na tchawicę i oskrzela, i prowadzącem wskutek zbliznowacenia do zrostów i zwężeń. Dotychczas najwięcej przypadków twardzieli spostrzegano u nas we wschodniej Małopolsce oraz we wschodnich i wschodnio-południowych powiatach ziemi lubelskiej i siedleckiej. Dane należy nadesłać do 1 października b. r."

Ponieważ Polska ma smutną sławę jako główne ognisko twardzieli, choroby, która przeważnie nagabuje młode osobniki i prowadzi je do długotrwałego kalectwa i do śmierci, przeto polecamy powyższe zarządzenie Ministerstwa bacznej uwadze P. P. Kolegów. Musimy rozpocząć jaknajrychlej energiczną walkę z twardzielą, walkę, która bez współdziałania ogółu Kolegów nie może się powieść.

Warszawa.

Komitet organizacyjny pierwszego Zjazdu Pedjatrów Polskich przypomina, że 8 i 9 września r. b. odbędzie się w Warszawie 1 Zjazd Pedjatrów Polskich. Zgłoszenia przyjmuje i o kwaterunki stara się kol. Cieszyński (Warszawa, Szopena 10. m. 21), a składki uczestnictwa w wysokości 3000 mk. zbiera skarbnik kol. Łyskawiński (Warszawa, Żelazna 81. m. 4).

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych w Państwie za czas od 21 maja do 17 czerwca 1922 r.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Ospa	Dur brzuszny	Dur osutk.	Dur powrotny	Czerwonka	Płonica	Błonica	Odra	Zimnica	Gruźlica	Pokąsania (i wodowstręt)
Warszawa miasto	ch.	1 (2)	26 (8)	35 (5)	9 (1)	12 (2)	33 (5)	11 (0)	61 (2)	57 (1)	175 (138)	—
	ż.	0 (2)	11 (0)	27 (1)	9 (0)	4 (0)	7 (2)	11 (2)	7 (3)	5 (0)	40 (27)	—
Białostockie	ch.	3 (0)	37 (1)	439 (6)	371 (1)	4 (2)	52 (2)	9 (1)	207 (8)	39 (0)	6 (5)	2 (0)
	ż.	—	6 (0)	42 (2)	3 (0)	—	4 (0)	1 (0)	39 (0)	—	0 (2)	—
Kieleckie	ch.	8 (0)	59 (3)	81 (13)	4 (0)	7 (0)	19 (1)	8 (0)	87 (7)	15 (0)	6 (0)	3 (0)
	ż.	—	12 (0)	4 (0)	—	—	1 (1)	1 (0)	1 (0)	2 (0)	—	—
Krakowskie	ch.	15 (2)	66 (7)	78 (11)	1 (0)	13 (1)	77 (12)	6 (0)	88 (0)	5 (0)	3 (80)	2 (0)
	ż.	—	1 (0)	2 (0)	—	—	2 (0)	—	—	1 (0)	0 (10)	—
Lubelskie	ch.	25 (0)	83 (4)	736 (59)	382 (18)	9 (2)	28 (2)	11 (0)	148 (0)	202 (0)	49 (2)	13 (0)
	ż.	—	9 (0)	14 (0)	7 (0)	2 (0)	—	—	46 (1)	3 (0)	7 (0)	1 (0)
Lwowskie	ch.	—	99 (8)	139 (15)	7 (0)	1 (1)	112 (16)	4 (0)	286 (5)	—	38 (151)	85 (1)
	ż.	2 (1)	10 (1)	9 (2)	—	—	5 (0)	2 (0)	—	—	2 (14)	1 (0)
Łódzkie	ch.	18 (3)	92 (10)	79 (3)	1 (0)	14 (5)	26 (0)	10 (1)	23 (3)	10 (0)	12 (138)	3 (0)
	ż.	—	23 (2)	26 (1)	—	3 (0)	4 (0)	5 (0)	6 (0)	1 (0)	0 (15)	—
Nowogrodzkie	ch.	48 (4)	126 (0)	694 (30)	582 (9)	13 (0)	34 (1)	11 (0)	293 (5)	441 (1)	26 (4)	5 (0)
	ż.	—	3 (0)	39 (3)	22 (0)	—	4 (0)	—	8 (0)	42 (0)	2 (0)	—
Poleskie	ch.	21 (3)	151 (2)	216 (12)	571 (14)	20 (0)	27 (1)	16 (0)	134 (0)	1320 (0)	76 (1)	—
	ż.	—	3 (0)	48 (1)	116 (1)	7 (0)	—	3 (0)	35 (0)	91 (0)	20 (0)	—
Pomorskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Poznańskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Śląsk Cieszyński	ch.	—	7 (0)	1 (0)	—	1 (0)	7 (0)	4 (0)	2 (0)	—	—	—
	ż.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stanisławowskie	ch.	86 (22)	21 (3)	145 (14)	20 (1)	1 (1)	101 (24)	4 (1)	293 (8)	—	4 (23)	1 (0)
	ż.	1 (0)	1 (0)	—	2 (0)	—	10 (3)	—	—	—	1 (5)	—
Tarnopolskie	ch.	24 (0)	19 (1)	85 (16)	9 (0)	1 (0)	23 (1)	5 (1)	49 (0)	—	15 (15)	38 (0)
	ż.	—	6 (0)	1 (0)	5 (0)	—	3 (0)	—	4 (0)	—	1 (1)	1 (0)
Warszawskie	ch.	8 (1)	79 (8)	98 (10)	1 (0)	3 (0)	43 (2)	12 (2)	60 (2)	30 (0)	16 (25)	4 (0)
	ż.	1 (1)	3 (1)	5 (1)	—	—	5 (0)	1 (0)	6 (0)	7 (0)	0 (2)	—
Wołyńskie	ch.	23 (0)	53 (3)	317 (19)	256 (6)	18 (1)	69 (3)	18 (0)	112 (0)	1066 (0)	33 (2)	—
	ż.	—	7 (1)	12 (1)	65 (1)	—	1 (0)	—	4 (0)	34 (0)	2 (0)	—

Ch = chrześcijanie, ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych.

Nr. 35. 36 27. sierpnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. W. Janusz, asystent Zakładu. Lwów.

Pęknięcie macicy ciężarnej z pierwotnym rakiem pochwy.

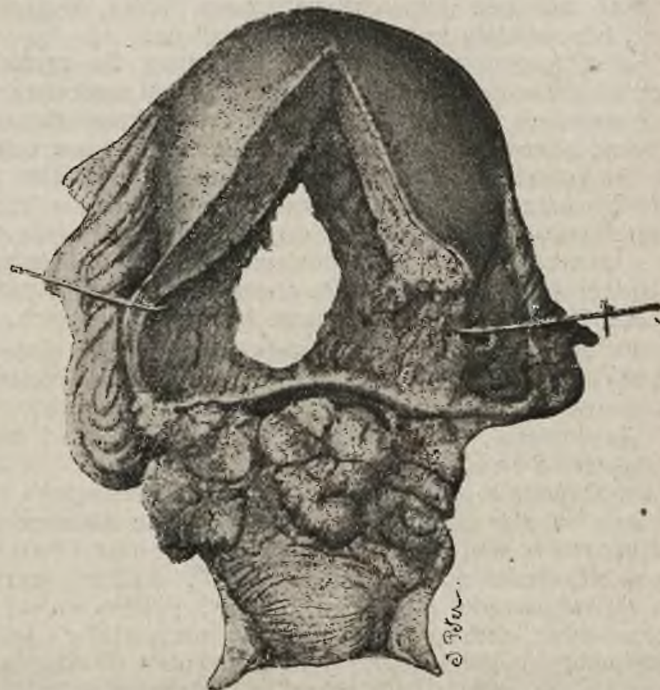
Z instytutu anatomji patologicznej U J. K. (Dyrektor Prof. Dr. Nowicki.)

Niezwykły zespół zmian, t. j. pierwotnego raka pochwy, i to u kobiety 24 letniej, i pęknięcia zupełnego macicy ciężarnej skłania mię do opisania sekcjonowanego przezemnie przypadku oraz wypowiedzenia kilku uwag odnośnie do mechanizmu tego pęknięcia Przypadek dotyczy 24 letniej izraelitki, która przywieziona już w bardzo ciężkim stanie do tutejszej kliniki ginekologicznej zmarła w kilka godzin po przybyciu. Doraźne badanie wykazało u niej niewątpliwego, bardzo rozległego raka pochwy i ciążę 7 miesięczną oraz zapalenie otrzewnej. Sekcja wykazała, co następuje:

Zwłoki kobiety wzrostu niskiego, budowy wątłej, o delikatnym kośćcu i lichem odżywieniu; skóra i błony śluzowe od zewnątrz widzialne są wybitnie blade; nie stwierdza się plam pośmiertnych. Głowa i twarz są umiarowe, źrenice miernie szerokie i równe. Szyja długa, klatka piersiowa dobrze wysklepiona. Oba sutki silnie rozwinięte, na skórze ich i na skórze brzucha liczne białe i sinawe rozstępy skórne, linja zaś środkowa na brzuchu ciemno-brunatna, podobnie jak obwódki i brodawki sutkowe. Z sutków za uciskiem wydobywa się żółtawa siara.

Oględziny wewnętrzne: Po otwarciu klatki piersiowej brzegi płuc oddalone są od siebie mniejwięcej o 2 palce. W śródpiersiu przedniem widoczna jest dość duża grasica o wyraźnych 2-ch płatach, na przekroju soczysta i blado czerwona. Opłucna po obu stronach niezmieniona. Płuca są silnie obrzękłe i blade Oskrzela o błonie śluzowej przekrwionej, pulchnej, podłużnie prążkowanej i pokrytej grubszą warstwą śluzu. Osierdzie jest bez zmian. Serce jest wielkości odpowiedniej, tętnice duże bez zmian widocznych. Mięsień sercowy wybitnie blady, jędrny. Górne drogi oddechowe są przekrwione, chrząstki tchawicy zaś wielokrotnie rozwidlone. Gruczoły okołooskrzelowe są częściowo zwapniałe, częściowo pylicowo zmienione. Po otwarciu jamy brzusznej uderza wolnoleżący w niej płód po stronie prawej, po stronie zaś lewej łożysko, około którego są owinięte pętle jelit. Wśród pętli jelit i w głębi miednicy stwierdza się surowiczy płyn zmieszany ze świeżą krwią i nielicznemi świeżemi żywowiśniowemi skrzepami. Ilość tego płynu dochodzi do 2 1/2 litra Z miednicy małej wystercza znacznie powiększona macica, dochodząca swem dnem do pępka Jelita są zepchnięte ku górze. Śledziona jest powiększona, o toreb e pomarszczonej, na przekroju blado-wiśniowa, nadzwyczaj krucha. Nadnercza są wielkości odpowiedniej, ale ich istota rdzenna jest wąska i wybitnie biada. Wątroba na przekroju szaro-brunatna z ogniskami żółtawemi. Woreczek i drogi żółciowe są bez zmian. Nerki są odpowiedniej wielkości, o płatowej budowie, wybitnie blade i jędrne. Moczowody drożne.

Język, gardło i przełyk są wybitnie blade; w żołądku stwierdza się skąpą ciągnącą się, szarawą treść, śluzówka zaś jego blada i gładka, w dnie rozmiękła. Błona śluzowa całego przewodu pokarmowego jest wybitnie blada. Gruczoły krezkowe są miękkie, soczyste i blade. Wydobyte narządy płciowe wraz ze sromem zewnętrznym i pęcherzem okazują, co następuje: Srom zewnętrzny rozpulchniony, pochwa jest znacznie rozszerzona przez kalafiorowatą guzowatość, w obwodzie krągławą, usadowioną na szerokiej szypule na tylnej ścianie pochwy. Guzowatość ta, mająca w średnicy około 10 cm., sterczy do światła pochwy, zwęża ją w znacznym stopniu i ściśle jest odgraniczona od ścian macicy, w szczególności od brzegu jej zewnętrznego ujścia. Powierzchnia guzowatości grzybiastej jest nierówna, brzegi jej są miękkie i soczyste, w środku zaś guzowatość ulega rozpadowi. Macica jest znacznie po-



większona, 21 cm. długa, a 16 cm. szeroka, o zmętniałej otrzewnej, pokrytej tu i ówdzie świeżemi skrzepami krwi. Na jej tylnej ścianie, więcej po stronie prawej, stwierdza się w niej podłużne pęknięcie, o brzegach nierównych, biegnące od jej szyjki aż do dna w kierunku jajowodu prawego. Brzegi tego pęknięcia, długiego na 10 cm. a szerokiego na 4 cm., są postrzępione. Część pochwowa jest rozszerzona wiotka, ujście zaś zewnętrzne drożne dla dwóch palców. W jamie macicy znajdują się wiotkie, ciemno-czerwone skrzepy krwi; błona wewnętrzna macicy jest rozpulchniona, nierówna, brudno-czerwono zabarwiona. Trąbki i jajniki nie wykazują zmian widocznych.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne: *Carcinoma fungosum exulcerans parietis posterioris vaginae. Ruptura completa corporis uteri gravidi (VII menses) subsequente partu foetus in cavum abdominis, haemorrhagia in cavum peritoneale. Tumor lienis. Anaemia gravis acuta.*

Badanie drobnowidowe guza pochwy i ścian macicy wykazuje, co następuje:

Guz pochwy: Zasadniczo guz składa się z cienkich pasm tkanki łącznej o dość obfitych wydłużonych jądrach, nacieczonej bardzo obficie drobnemi komórkami o charakterze limfocytów, miejscami leukocytami. W tych pasmach spotyka się przeważnie porozszerzane i krwią wypełnione naczynia. Powierzchnia pasm tkanki łącznej pokryta jest komórkami o charakterze komórek nabłonkowych, o różnej postaci i wielkości, o jądrach silniej się barwiących, bardzo często hyperchromatycznych. Komórki te tworzą po kilkanaście warstw i są względem siebie zupełnie dowolnie, atypowo ułożone, nie pozostają zaś w ścisłym związku z tkanką łączną. Odgraniczenie tych komórek od pasm łącznotkankowego podścieliska jest pozacierane do tego stopnia, iż w samej tkance stwierdza się również dowolnie rozmieszczone komórki nabłonkowe. Głębiej, w tkance łącznej, stanowiącej szeroką podstawę tego guza, uderzają świeższe nacieczenia zapalne. Całość odpowiada niewątpliwie utkaniu

brodawczaka o wielowarstwowym nabłonku, wybitnie atypowo, rakowo zachowującym się.

Ściana macicy: Mięsień macicy jest o wyglądzie spotykanym w macicy ciężarnej, a między pasmami włókien mięsnych stwierdza się liczne świeższe nacieczenia zapalne, złożone przeważnie z ciałek białych, wielojądrzastych, szczególnie obficie nagromadzone około większych i mniejszych naczyń krwionośnych. Nadto stwierdza się i wśród tych nacieków poszczególne lub grupami ułożone komórki, względnie jądra o charakterze komórek rakowych, na ogół jednak jest ich niewiele. Obok nich wśród mięśniówki można zauważyć duże kańciaste, czasem wprost ogromnych rozmiarów o jądrze wybitnie hyperchromatycznem, które wyglądem swoim odpowiadają komórkom syncytjalnym.

W opisanym przypadku ma się zatem do czynienia ze zwłokami kobiety z zaznaczonemi cechami niedorozwoju, na co wskazuje: zachowana grasica, rozwidlone chrząstki tchawicy, płatowe nerki i wogóle delikatna budowa całego ciała. U kobiety tej stwierdzono raka pochwy daleko posuniętego oraz ciążę 7 miesięczną. Niewątptiwie w czasie transportu do Lwowa przyszło do zupełnego pęknięcia macicy i w następstwie do przedostania się płodu i łożyska do wolnej jamy brzusznej. Przyczyną śmierci była utrata znacznej ilości krwi i podrażnienie błon otrzewnowych.

W opisanym przypadku należy podnieść kilka godnych uwagi szczegółów. Przedewszystkiem rak pierwotny pochwy jest sprawą naogół rzadko spotykaną.

Zestawienia Nowickiego, Jaworskiego i moje, z obcych Schmidlechner'a, Eppingera i Bastian'a zgodnie podkreślają tę rzadkość pierwotnego usadowienia raka w pochwie, w przeciwieństwie do nierzadko spotykanych w niej przerzutów. Według Schottländera przypada na raka pochwy zaledwie 1,6% — 2,5% wszystkich raków narządu płciowego kobiety; podaje on w statystyce swej szczegółowy opis 6 przypadków wśród 24446 chorych ginekologicznych. Schlund w rozprawie fryburskiej w roku 1913 zebrał z całego piśmiennictwa wszechświatowego zaledwie 273 przypadków pierwotnego raka pochwy. Niemniej uderza w naszym przypadku i wiek młody, przy tak rozległej i daleko posuniętej sprawie rakowej. W piśmiennictwie spotykamy opisane przypadki raka pochwy w bardzo młodym wieku, i tak: Brejski opisał przypadek pierwotnego raka u 9 letniej dziewczynki, Falk u 19 letniej, nasz przypadek dotyczy kobiety lat 24.

Wiadome jest, że szczególnie częstem miejscem usadowienia raka pochwy jest jej ściana tylna: występuje on tutaj w postaci zbitych mas nowotworowych albo też pod postacią brodawkowatych płaskich wybujałości, ulegających chętnie rozpadowi, rzadziej zdarzają się w pochwie raki gruczolakowe, wobec zupełnego pozbawienia ściany jej gruczołów.

Mają one powstawać, według niektórych, z pozostałych resztek zachowanych kanalików Wolffa, lub, jak inni tłómaczą, z odsznurowanych tworów nabłonkowych. Przerzuty z raka pochwy najczęściej spotykamy w prostnicy, rzadziej w pęcherzu moczowym. Przyczyny powstawania raka pochwy dopatrują się niektórzy autorowie, jak Schmidt, Hegar, Kaltenbach, Schwarz, Maly i Schlund, w noszeniu krążków macicznych, Linke zaś, Zipold, Gebhard, Veit i inni widzą w wypadnięciach pochwy i macicy główną przyczynę pojawienia się w niej raka. W naszym przypadku drobnowidowe badanie skrawków nowotworowych wykazuje utkanie brodawczaka, które świadczą, że pierwotnie znajdował się w pochwie polip, który następnie uległ zrakowaceniu

Obecny stan anatomji patologicznej ujmuje wszelkie zmiany, dotyczące całości macicy w trzy grupy. Do pierwszej należą pęknięcia, powstałe w następstwie urazu, do drugiej wszelkie przebicia, zrobione narzędziami chirurgicznemi, t. j. to, co Francuzi nazywają *„acouchement forcé“*, do trzeciej grupy zaś należą właściwe samoistne pęknięcia macicy, które powstają w czasie kurczów porodowych, albo podczas samego porodu, lub nawet w czasie wyjścia łożyska.

Dla udowodnienia możliwości pęknięcia macicy z powodu zadziałania jakiegoś bodźca z zewnątrz, mogą służyć przytoczone przykłady, które zaczerpnąłem z bieżącego piśmiennictwa. Schwendener opisuje pęknięcie macicy u 32 letniej kobiety, rodzącej po raz drugi, u której stosowano sposób Crédé'go, celem usunięcia łożyska. Podobne przypadki opisują Schröder i Hildebrandt. Olshausen zaś podaje ciekawy przypadek, który dnia 13 marca 1903 roku pokazał w towarzystwie ginekologicznem w Berlinie, w którym płod 7-mio miesięczny, w następstwie pęknięcia macicy, dostał się do jamy brzusznej i tam pozostawał 12 miesięcy; w przypadku tym rozpoznano mięśniak macicy.

W piśmiennictwie francuskiem Tissier opisał przypadek pęknięcia macicy u młodej kobiety, która uległa nieszczęśliwemu wypadkowi, doznając mnogiego uszkodzenia kończyn i zadrażnienia otrzewnej podczas pierwszej ciąży w 7 miesiącu. Po upływie 4 tygodni od nieszczęśliwego wypadku powróciła regularność, połączona z silnemi bólami. Dopiero po upływie 8 miesięcy chora udała się do lekarza, który na stole operacyjnym stwierdził wolno leżący płód w jamie brzusznej i nieco powiększoną macicę z widoczną blizną w samem dnie.

Przypadki drugiej grupy, tak nierzadkie w praktyce codziennej lub na stole sekcyjnym, są ogólnie znane.

Natomiast w tłómaczeniu powstawania samoistnych pęknięć przyjmuje się różne czynniki i warunki. Pęknięcia tej grupy zdarzają się też stosunkowo dość rzadko. Weber, w sprawozdaniu swojem z monachijskiej kliniki, podaje zaledwie 53 całkowitych pęknięć macicy na 54528 porodów. Przeważnie były to pęknięcia samoistne, w mniejszej ilości spowodowane zabiegiem, wykonywanym przy porodzie. Według francuskich autorów, jak n. p. u Scipiades'a, pęknięcia zdarzają się w 7% ogółu porodów, według Iwanowa wypada jedno pęknięcie na 961, a Ingaham oblicza nawet jedno pęknięcie na 4000 porodów. Od czasów Bandl'a aż po dziś utrzymuje się w nauce jego teorja, według której do prawidłowego postępu i ukończenia porodu potrzebny jest pewien stosunek w zachowaniu się górnej, wydalającej części macicy (*Hohlmuskel*), do biernego odcinka dróg porodowych (*Dehnungsschlauch*); z chwilą gdy dolny odcinek nadmiernie się rozciąga, mięsień górnego odcinka napina się i pęka. Autor ten wogóle uważa pęknięcie macicy za naturalne następstwo istniejącej przeszkody w dolnym odcinku dróg porodowych, najczęściej w miednicy małej. W ostatnim czasie wystąpił Wierbow przeciw tej teorji mechanicznej; zdaniem jego nie tłómaczy ona sposobu powstawania pęknięcia w tych przypadkach, w których następuje ono przed rozpoczęciem czynności porodowej, a więc w tym okresie porodu, w którym o nadmiernem rozszerzeniu dolnego odcinka macicy nie ma mowy. Według Wierbowa w takich razach powodem samoistnego pęknięcia macicy jest wyłącznie kruchość tkanki macicznej, nie wytrzymująca bardziej wzmożonego ciśnienia wewnątrzmacicznego. Jest ona prawdopodobnie w większości przypadków wynikiem nadmiernej pracy w czasie poprzedniego porodu wywołanej niestosunkiem porodowym. Zmiany, powstałe w ścianie macicy, są zależne od właściwości nowych włókien mięsnych, prócz kruchości ulegają one łatwiej niedomodze czynnościowej, czego wyrazem są słabe skurcze od początku porodu. Ta kruchość i niedomoga czynnościowa prowadzą według Wierbowa do najrozmaitszych postaci pęknięcia macicy.

W naszym przypadku mechanizm pęknięcia macicy możnaby tłumaczyć oboma przytoczonemi poglądami. Rak pochwy przedstawia w pojęciu Bandla mechaniczną przegrodę trudną do przebycia. Drobnowidowe badanie skrawków wyciętych z macicy z najbliższej okolicy pęknięcia, wykazuje nacieczenie przeważnie drobnokomórkowe umiejscowione dookoła znacznie rozszerzonych naczyń i nadto w niektórych przestrzeniach chłonnych już zawleczone komórki rakowe jużto po jednej, jużto w grupach. Wobec tych zmian w mięśniu macicy łatwiej, w myśl tłumaczenia

Wierbowa, następuje pęknięcie. Zmiany zapalne i nowotworowe w mięśniu macicy również mogły spowodować odklejenie łożyska. To też odklejenie było niewątpliwie powodem skurczów macicy. Wydalenie jednak jaja płodowego napotkało na przeszkodę w postaci rozległego raka pochwy, dochodzącego do samej szyjki macicy. Zwiększające się ciśnienie wśródmaciczne doprowadziło do ścieńczenia jej ściany, zmienionej i kruchej, i ostatecznie sprowadziło pęknięcie macicy. Przewóz z oddalonej miejscowości do stacji kolejowej końmi miał niewątpliwie poważne znaczenie w powstawaniu pęknięcia.

Usposobiającemi czynnikami do powstania pęknięć, według Halbana, mogą być także miejscowe naczyniaki w ścianie macicy, według Zaborowskiego blizny po zbyt energicznem wyłyżeczkowaniu (sprawozdanie z posiedzenia Towarzystwa ginekologicznego warszawskiego z dnia 31. V. 1912), według Endelmana (sprawozdanie z tegoż warszawskiego Towarzystwa z dnia 30 maja 1913) blizna po cesarskiem cięciu i to głównie wówczas, jeżeli rana maciczna zagoiła się *per secundam*, według Sołowija zrosty macicy z otoczeniem mogą w niektórych przypadkach ułatwiać powstanie pęknięcia macicy.

W opisanym przez nas przypadku ani wywiady, ani też macica nie wskazywały na istnienie dawniejszych zmian w mięśniu macicy, które można było uważać za zmiany usposabiające do pęknięcia. Nacieczenia zapalne są w opisanym przypadku sprawą świeżą, pochodzącą z rozpadającego się raka pochwy, który był znakomitem podłożem dla rozwoju najrozmaitszych drobnoustrojów.

Również i zmiany nowotworowe powstały w mięśniu macicy niewątpliwie nie tak dawno. Zmiany te były tu czynnikami usposabiającemi, lecz dość świeżemi, które przyczyniły się z jednej strony do przedwczesnego porodu, z drugiej zaś do pęknięcia macicy,

Piśmiennictwo.

Weber. Beitr. z. Geb. u Gyn. T. XV. Z. 1., Wierbow. Żurnal akuszer. i żeńsk. bol. 1911, październik i listopad; Olshausen: Indikation zu Myomoperationen. Gesellsch. f Geb. u. Gyn. zu Berlin. Zentralbl. f Gyn. 1907; Scipiades: Gynekologja 1907; Iwanow: Annales de gyn. et d'obstétr. 1903 z. V. Ingraham: Cbltt. f. Gyn. 1899; Tissier: Soc. d'obstétrique de Paris 1906. Maly: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1903. Meyer: Virch. Arch. Bd. 174. Schlund. Diss. 1913. Schmidlechner: Arch. f. Gyn. Bd. 75. Bandl: Über die Ruptur der Gebärmutter und ihre Mechanik. 1875. Halban: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1912. Rouffart i Delporte: Ruptures de l'uterus gravide. 1907.

M. Konopacki. Warszawa

O nowszych zapatrywaniach w morfologji komórki.

Odczyt w warsz. Tow. lekarskiem.

Zadanie moje, jako jednego z wykładających w zamierzonej serji o komórce, jest o tyle trudne, że mam mówić o rzeczach większości Panów zapewne w ogólnych zarysach dobrze znanych, a z drugiej strony jest to za obszerny temat, aby go można było w jednogodzinnym wykładzie szczegółowiej rozwinąć.

Dzisiejsza bowiem cytologja, jako nauka o komórce, nie jest już tylko nauką morfologiczną, zajmuje się ona również fizjologją i biologją komórki, które są tak ściśle związane, że prawie żaden z przejawów życiowych, znajdujących swój wyraz w pewnych zmianach morfologicznych, nie da się oddzielnie, jedynie z tego punktu, traktować. To też badacz, oddający przewagę metodzie morfologicznej, stając przed tak skomplikowanym aparatem, jakim się nam dziś przedstawia komórka, bez znajomości mikrochemji, bez znajomości i zrozumienia techniki mikroskopowej, jest raczej człowiekiem idącym po omacku, a nie świadomym celu uczonym.

W rozwoju nauki o komórce musimy odróżnić dwa okresy: jeden od czasów Schleidena i Schwanna, gdy komórkę wyobrażano sobie, jako pęcherzyk wypełniony płynem, w którym najważniejszą część stanowiła błona komórkowa, i okres drugi, rozpoczynający się od lat sześćdziesiątych, gdy Max Schulze, Leydig, Remak i Virchow uznali, że komórka jest grudką protoplazmy, posiadającej jądro z jąderkiem i obdarzonej własnościami życiowemi.

Ten zasadniczy zwrot w pojęciu o komórce wpłynął niewątpliwie na dalszy kierunek badań cytologicznych, wskazując im drogę ku mikromorfologji komórki tj. ku dalszemu szczegółowszemu poznaniu komórki, jako cząstki substancji, jako też budowy protoplazmy i jądra, jako jej głównych składników. Zrozumiałą staje się rzeczą, że dalszy postęp badań w tym kierunku stał w ścisłej zależności od rozwoju techniki mikroskopowej i mikrochemii. Nie wystarczało już samo badanie komórek in vivo, a musiano się zwrócić do innych metod, jak barwienie komórek i ich poszczególnych części czy to za życia, czy też na preparatach utrwalanych. Znaczenie tej strony technicznej w badaniu komórki uważam za tak ważne, że, zanim przejdę do opisu nowszych zdobyczy w jej morfologji, postaram się dać krótki rzut oka na rozwój techniki mikroskopowej.

Muszę się jednak zastrzec, że wobec rozległości materjału nie mogę zastanawiać się tutaj nad różnemi rodzajami komórek, lecz ograniczę się tylko do ogólnego schematu komórki.

Najpewniejszą metodą poznania żywej substancji byłoby badanie jej *in vivo*, lecz grubość odosobnionych sztucznie tkanek lub pierwotniaków, jako też zbyt mała różnica w załamywaniu światła przez poszczególne części komórki uniemożliwiają poznanie subtelniejszej ich struktury. Metoda Carrela pozwoliła na dłuższe przechowywanie żywych tkanek poza organizmem i dokładniejsze ich izolowanie, nie dała ona jednak dla morfologji komórki większych rezultatów w kierunku badania jej *in vivo*. Dziś badanie komórek za życia służyć może zaledwie jako metoda kontrolna dla innej, polegającej na utrwalaniu i barwieniu komórek nieżywych.

Utrwalanie, krajanie na cienkie skrawki tkanek i następne ich barwienie jest najpospolitszą drogą badania morfologji komórki. I niewątpliwie droga ta dała do dziś największe rezultaty. Musimy sobie jednakże jasno zdawać sprawę, że nie daje nam ona właściwej budowy substancji żywej, lecz w dużej mierze obrazy sztuczne, powstałe pod wpływem utrwalacza na żywą istotę.

Mając jednakże na uwadze to zastrzeżenie, morfolog może przystąpić do badania utrwalonej komórki i wyciągnąć z tych badań możliwie prawdopodobne wnioski.

Technika mikroskopowa przechodziła różne fazy rozwoju. W pierwszym okresie posługiwano się jedynie prawie alkoholem i solami kwasu chromowego, jako utrwalaczami. Dopiero Flemming w latach osiemdziesiątych wprowadził do techniki mikroskopowej szereg kwasów, jak osmowy, octowy, chromowy i skombinował je z solami kw. chromowego, co dało nam znakomite utrwalacze, do dziś powszechnie używane. Jego też niespożytą zasługą jest wprowadzenie do techniki utrwalania metody porównawczej, polegającej na utrwalaniu kilkoma utrwalaczami różnych tkanek lub narządów. Na tej podstawie mógł on wykazać, co w obrazie mikroskopowym jest sztucznem, powstającem pod wpływem niektórych utrwalaczy.

Wielkie znaczenie dla dalszych badań morfologicznych miało wprowadzenie kwasu osmowego. Jest to, jak wiemy, znakomity i prawie jedyny utrwalacz dla lipoidów i tłuszczów, co pozwoliło na przeprowadzenie pewnej analizy substancyj lipoidalnych od białkowych.

Dziś, po krytycznych pracach Fischera, Manna, Berga, Tellesnitzky'ego i innych nad techniczną stroną samego utrwalania, wchodzimy w okres trzeci, który nazwać można chemicznym, gdy badacz morfolog z całą świadomością może posługiwać się tą lub inną metodą utrwalania lub barwienia dla otrzymania takich a nie innych obrazów mikroskopowych. Dzisiaj technika mikroskopowa wchodzi w ścisły kontakt z mikrochemią, którą musi się również częściowo posługiwać nowoczesny morfolog. Dziś jest on w stanie zabarwić komórkę nie tylko jako całość, ale i wyróżniać w niej jej części składowe, jak jądra, centrosomy, aparat siateczkowy, mitochondria; jest w stanie

również różnie zabarwić różne tkanki, jak mięsną i nerwową, wśród łącznej wyróżnić włókna sprężyste i klejorodne itd. Dziś badacz analizować może nie tylko budowy komórkowe, ale i ich skład chemiczny mikroskopem.

Za pomocą metody analitycznej wyróżnić możemy substancje białkowe, lipoidy i węglowodany, a zatem przeprowadzić analizę chemiczną wszystkich nieomal składników morfologicznych komórki.

Unna w jednej z ostatnich prac nad chemją komórki przeprowadził analizę budowy chemicznej jąderek. Działając wodą, kwasami i rozczynami soli, stwierdził, że składają się one z różnych ciał białkowych, które zależnie od tego, czy rozpuszczają się w tych odczynnikach, czy też nie, dają odmienne zabarwienie.

Podobną metodę zastosowała van Herwerden w stosunku do substancyj chromatynowych, składających się z nukleoproteidów. Działając nukleozą, wydobytą ze śledziony, stwierdziła autorką, że chromidia cytoplazmatyczne rozpuszczają się wcześniej, niż chromatyna jądrowa w jajach jeżowców, podobnie jak ciałka Nissla w komórkach nerwowych, a więc jakkolwiek te substancje barwią się jednakowo, muszą być różne pod względem chemicznym. Ostatnio zastosowała autorka tę metodę do analizy główek plemników różnych gatunków zwierzęcych. Do wykazania węglowodanów, a więc glykogenu mamy dziś kilka metod. Najwygodniejszą metodą jest barwienie karminem Besta i daje ono najlepsze rezultaty.

Ciała tłuszczowate, czyli lipoidy stanowią jeden z ważniejszych składników komórkowych, lecz pod tą ogólną nazwą kryje się szereg ciał, różnych pod względem chemicznym. Tak więc spotykamy tłuszcze obojętne, czyli trójglicerydy kwasów tłuszczowych, wolne kwasy tłuszczowe i ich połączenia z Na, Ca i K, czyli mydła, cholesteryny, lecytynę, cerebrozydy i inne, różniące się obecnością w nich azotu względnie fosforu Kwas osmowy, dwuchromian potasu według metody Ciacio, wreszcie użycie barwików sudanu III, błękitu nilu, czerwieni obojętnej, pozwolą nam przeprowadzić analizę mikrochemiczną tych ciał.

Metoda barwienia przyżyciowego wysuwa się dziś coraz bardziej, jako metoda badania nie tylko struktur komórkowych, ale i czynności komórki, a nawet czynności całych narządów. Prace Fischla, Arnolda, Gurwitscha, Höbera, a głównie prace, wydane w czasie wojny Schulemanna, Suzukiego i Möllendorfa, nad zachowaniem się barwików zasadowych i kwaśnych w komórkach kanalików nerkowych wskazują na wielką przyszłość tej metody. Również znaczną zdobyczą jest zastosowanie promieni ultrafioletowych do analizy budowy komórki. Prace Marcusa z 1919 roku nad budową mięśni prążkowanych i główek plemników wykazały, że zapomocą promieni ultrafioletowych możemy zobaczyć rzeczy nowe, które dotychczas uchodziły przed okiem badacza.

Nie chcę wchodzić w sprawę zastosowania ultramikroskopu, gdyż musiałbym za daleko odbiec od naszego tematu. Ten krótki szkic rozwoju techniki mikroskopowej wskazuje nam wyraźnie, w jakim kierunku szedł rozwój morfologji komórkowej, tak ściśle zależny od stanu techniki. Szedł on w kierunku analizy budowy komórki, jako grudki żywej substancji i szczegółowszego poznania delikatnej budowy jej części składowych. Zasadnicze pojęcie komórki dziś pozostało to samo, jak za czasów Leydiga i Schulzego. Heidenhain naprzykład w swej wielkiej monografii mówi, że komórka jest pewną żywą całością, złożoną z różnych części składowych, które w niej pełnią różne funkcje. Jednakże od czasu Leydiga poznano różne nowe części składowe komórki, jak centrosom, aparat siateczkowy, a także w protoplazmie szereg struktur, jak mitochondria, chromidia itp.

Przechodząc do szczegółowszego opisu nowszych zdobyczy w morfologji komórki za ostatnie lat dwadzieścia kilka, zacznę od centrosomu, jako części składowej, która pierwsza przybyła do Leydigowskiego pojęcia komórki.

Centrosom został odkryty przez Flemminga (1891 r.) w leukocytach i nabłonkach otrzewnej, dzięki wprowadzeniu potrójnego barwienia (Orange, Gentianaviolett, Safranin).

Wprowadzenie dopiero barwienia hematoksyliną żelazistą według Heidenhaina pozwoliło wykazać jego obecność we wszystkich innych komórkach. Składa on się ze zmienionej nieco protoplazmy, (archo, albo kinoplazma), otaczającej dwa małe ziarenka — centriole lub ciałka środkowe (diplosom). Rola i znaczenie centrosomu w czasie podziału została wyjaśniona przez prace van Benedena, Boveriego, Heidenhaina, Kostaneckiego i wielu innych. Dłuższy czas jednakże sądzono, że wytwarza się on jedynie podczas podziału komórki, lecz dopiero późniejsze prace Heidenhaina i Zimmermanna wykazały jego obecność, lub samych tylko centriolów, jako diplosomu we wszystkich prawie komórkach spoczynkowych. W czasie podziału komórki rozchodzą się centrosomy do komórek potomnych, gdzie centriole dzielą się znowu na dwa. Widzimy więc, że centriole są to twory stałe, których ciągłość utrzymuje się przez podział; podobnie jak to się dzieje z plazmą i jądrem.

Gdy poznano morfologję procesu zapłodnienia, wywiązał się spór co do tego, który z centrosomów odgrywa wtedy rolę czynną. Prace Boveriego, br. Hartwigów, Siedleckiego, a wreszcie Kostaneckiego wyświetliły, że podczas zapłodnienia centrosom żeński ginie, męski natomiast obejmuje rolę czynną przy podziale jądra, a centriole przechodzą do potomnych blastomerów.

Badania doświadczalne nad sztuczną partenogenezą i zapłodnieniem, przeprowadzone przez Morgana, Loeba, Wilsona i innych, rzuciły nowe światło na znaczenie centrosomu żeńskiego i wogóle centrosomu, jako organu komórkowego. Przekonano się bowiem, że w jajach, pobudzonych sztucznie do rozwoju dzieworodnego, a więc w braku centrosomu męskiego, żeński może obejmować rolę czynną i przechodzi do potomnych blastomerów (Herlant). W doświadczeniach tych stwierdzono jeszcze, że i centrosomy żeńskie można usunąć sztucznie z jaja, a także jajo, pobudzone do rozwoju zapomocą płynów hypertonicznych, może wytworzyć centrosom de novo z protoplazmy. Fakt ten zdawał się zachwiać podstawą stałości centrosomu. Są i dziś jeszcze wybitni biologowie, jak Loeb, którzy stoją na tem stanowisku, że centrosom jest tylko morfologicznym wyrazem zmian chemicznych, jakie zachodzą w komórce przed jej podziałem.

Zdaje mi się jednakże, że fakt powstawania de novo struktur, odgrywających rolę centrosomów, w warunkach doświadczalnych, zmienić może nasze zapatrywanie tylko na znaczenie centrosomu, jako samodzielnego narządu komórkowego, ciągłości jego istnienia w warunkach normalnych, jak to wykazały prace Zimmermanna i Heidenhaina, obalić jednak nie może.

Aparat siateczkowy został opisany przez Golgiego w 1898 r. w komórkach nerwowych zwojowych dzięki zastosowaniu metody redukcji soli srebrowych. Przedstawia się on w kształcie splotu włókienek różnej grubości, niekiedy połączonych ze sobą i otaczających jego komórki w postaci pustej kuli. Kształt całego aparatu zależy od kształtu komórki — w komórkach okrągłych bywa okrągły, w wydłużonych zaś (kom. Purkinjego) przyjmuje kształt gruszki. Leży on w protoplazmie między jądrem i błoną, tak, iż wewnątrz i zewnątrz niego znajduje się pewna część protoplazmy. W niektórych komórkach rozpada się on na poszczególne grudki. W komórkach zwierząt młodych jest on stosunkowo prostszy i mniej rozgałęziony, z wiekiem coraz bardziej się rozgałęzia, tak że u zwierząt starszych wypełnia niemal całą komórkę, z wyjątkiem ektoplazmatycznej jej części. W komórkach nerwowych rdzenia aparat sięga nawet w głąb dendrytu i kończy się tam drobnemi zgrubieniami.

Te odkrycia Golgiego zostały potwierdzone przez szereg jego uczni, jak Verrati i Gemelli i innych autorów jak Retzius, Holmgren, Kopsch, Bergen, Sjövall, Suchanow, Peroncito, a z polskich autorów Jaworski i pracownicy śp. prof. Nusbauma ze Lwowa:

Weigl, Białkowska, Kulikowska, Hirschler i Poluszyński..

Aparat ten początkowo opisywany był tylko w komórkach nerwowych, potem jednak zaczęto znajdować go i w innych komórkach, tak że obecnie już z całą pewnością przyjąć możemy, że istnieje on we wszystkich komórkach zwierzęcych. Duże znaczenie w badaniach tych miało wprowadzenie przez Kopscha nowej metody, a mianowicie użycia kwasu osmowego, jako utrwalacza. Metoda ta, później zmodyfikowana nieco przez Sjövala, Cajala i innych, pozwoliła na przeprowadzenie głębszej analizy kształtu i chemicznej budowy tegoż aparatu.

W roku 1912 Deineka i Peroncito opisali aparat w wielu rodzajach komórek w czasie spoczynku i podziału, przyczem stwierdzili, że w czasie karyokinezy ulega on zmianom, podobnym do zachowania się chromosomów i przechodzi do komórek potomnych (*Diktokinesis, diktosomy*). W czasie podziału amitotycznego tj. samych tylko jąder — aparat zmianom tym nie ulega. Porównując położenie aparatu w komórkach różnego rodzaju autor przychodzi do przekonania, że w komórkach zdolnych do podziału układa się biegunowo w postaci kłębka, położenie zaś okołojądrowe przyjmuje on tylko w komórkach, które już tę zdolność utraciły, jak np. komórki nerwowe.

W związku z aparatem Golgiego stoi kwestja trofospongiów Holmgrena. Autor ten opisał w roku 1899 i 1900 w komórkach nerwowych królika i kota cały system kanalików wchodzących do wnętrza komórki od strony komórek torebki. Kanaliki te stoją w łączności z przestrzeniami limfatycznemi okołokomórkowemi. Oprócz tych wewnętrznych kanalików Holmgren opisał twory analogiczne do aparatu Golgiego, znajdujące się wewnątrz komórki, jakoby stojące w łączności z kanalikami zewnętrznemi. Cały ten system kanalików ma odgrywać według autora rolę odżywczą dla komórek szczególniej dużych, jak komórki nerwowe i dlatego nazwał je trofospongiami.

Późniejsze jednak badania Bergena, wśród których duża zasługa przypada też szkole lwowskiej, głównie Weiglowi, stwierdziły, że mamy tutaj do czynienia z dwiema zupełnie różnemi rzeczami. Jedna to aparat wewnętrzny Golgiego, jako stała składowa część komórki, druga to kanaliki trofospongialne zewnętrzne, które istotnie przedstawiają wpuklenia się wypustek neuroglji do wnętrza komórek nerwowych. Co się tyczy kanalików wewnętrznych, to jak wykazały doświadczenia Weigla, składają się one z dwóch substancyj myelinotwórczych: lecytyny w głównej mierze i drugiej jakiejś substancji białkowej. Substancje te w wodzie pęcznieją, rozpadają się na szereg kuleczek i stąd niekiedy różne kształty aparatu i różna grubość samych nitek, które czernią się kwasem osmowym. Substancje te utrwalają się tylko kwasem osmowym, natomiast w innych utrwaleniach pęcznieją i częściowo rozpuszczają się; pozwalają się jednak zabarwić fukseliną.. Kanaliki więc nie zaczernione kwasem osmowym, a mające ten sam kształt i umiejscowienie, co aparat Golgiego, są według Sjövalla, Weigla i innych tylko negatywem aparatu zaczernionego i według szkoły lwowskiej nie stoją w żadnym związku z trofospongjami zewnętrznemi.

Jaką rolę odgrywa aparat w życiu komórki, dotychczas nie wiadomo. Golgi, jego odkrywca, uważa, że aparat przedstawia tylko widoczną na razie cząstkę bardziej subtelnych i zawikłanych właściwości budowy komórki, możliwem jednak wydaje mu się przypuszczenie, że aparat stoi w pewnym związku z odżywianiem się komórki. Holmgren, wychodząc z założenia, że kanaliki, leżące wewnątrz komórki, stoją w związku z kanalikami zewnętrznemi limfatycznemi, przypisywał im również rolę dróg limfatycznych wewnątrzkomórkowych. Sjövall uważa, że mamy tutaj do czynienia z utworem pierwszorzędnej wagi, z organem, analogicznym do jądra i rządzącym przemianą materji.

Inna grupa autorów, jak Niemiłow, Duesberg i inni uważają, że aparat pełni rolę nie odżywczą, lecz podpierającą; w wrastaniu natomiast neuroglji do wewnątrz komórek widzą cel powiększenia powierzchni odżywczej komórki.

Co się tyczy kanalików zewnętrznych, to jednak wielu autorów, jak Studnička, Legendre, nie uznają ich za urządzenia typowe, raczej widzą w nich pewne objawy patologiczne. Z tem też zapatrywaniem zgadzają się autorowie, zajmujący się patologją komórki, którzy tego rodzaju wrastanie elementów, otaczających komórki nerwowe, do ich wnętrza obserwowali w wielu przypadkach patologicznych.

Pomimo tych różnic w zapatrywaniach, większość autorów przyznaje dziś i za tem też przemawiają wszystkie ostatnie prace, że wewnętrzny aparat siateczkowy jest tworem stałym i istniejącym we wszystkich komórkach Bierze on czynny udział w rozmaitych czynnościach komórki, a podczas jej podziału dzieli się, wyprzedzając podział jądra, i przechodzi do komórek potomnych. Znajduje się nie tylko w komórkach somatycznych, ale jak wykazują Weigl i Hirschler, i w komórkach rozrodczych Nieznaną natomiast jest rola jego podczas zapłodnienia i zachowanie się w blastomerach podczas pierwszych okresów rozwojowych. Ale trudności techniczne, które stoją tutaj na przeszkodzie, miejmy nadzieję, w przyszłości zostaną również przezwyciężone.

Co się tyczy trzeciej części składowej tj. jądra, to ona została stosunkowo wcześnie zbadaną pod względem morfologicznym. Substancje wchodzące w skład jądra, chromatyna i plastyna, posiadają wielką zdolność barwienia się pospolitemi barwikami zasadowemi i kwaśnemi i jedne z pierwszych zwróciły uwagę badaczy cytologów. Stosunkowo mało natomiast zbadane są jeszcze dziś te substancje, które barwią się słabo tj. linina i sok jądrowy.

W ostatnich latach jądro było najczęściej rozpatrywane jako całość, jako pewien narząd w komórce; jako przykład posłużyć może teorja Boveriego i R. Hertwiga o stosunku ilościowym jądra do plazmy w różnych fazach czynnościowych komórki (t. zw. *Kernplasmarelation*). Wiele prac poświęcono również stosunkowi jakościowemu substancji jądrowej do cytoplazmy i odwrotnie; a więc rola jądra w produkcji gruczołowej (Maziarski); wytwarzanie się substancyj jądrowych we wczesnych okresach procesów rozwojowych (Godlewski). Rzeczy te jednak tylko ubocznie nas obchodzą i im w dzisiejszym odczycie miejsca poświęcać więcej nie mogę.

Również ubocznie wspomnieć mogę o zagadnieniach opierających się w dużej mierze na danych morfologicznych, wchodzących jednak w zakres biologji, jak o hypotezie indywidualności chromosonów. Rabl, twórca tej hypotezy, utrzymywał, że chromosomy, występujące w czasie podziału jądra, utrzymują swą indywidualność w okresie spoczynkowym. Boveri rozwinął tę hypotezę i oparł na szeregu doświadczeń.

Ścisłe badanie jakości chromosomów (Baitzer, Erdmann) wykazało, że różnią się one między sobą dość znacznie, bądź to wielkością, bądź kształtem. Badania amerykańskich uczonych Wilsona, Morgana, Foat i Strebel, z Polaków Baera i szeregu innych w ostatnich kilku latach stwierdziły, że w jądrach komórek rozrodczych niedojrzałych różnica ta występuje bardzo wyraźnie. Niektóre z nich, jako tak zw. heterochromosomy, w czasie podziału jądra nie dzielą się, lecz przechodzą w całości do jednej z potomnych komórek. Zachowaniu się tych różnych chromosomów w czasie podziału przypisują dzisiejsi biologowie duże znaczenie w kwestji określania płci potomstwa.

Przechodząc obecnie do cytoplazmy tj. czwartej i najważniejszej części składowej komórki, zajmiemy się głównie jej budową morfologiczną z dzisiejszego punktu widzenia.

Znane są wszystkim teorje budowy protoplazmy — włókienkowa, ziarnista i piankowa, wprowadzone do nauki przez Flemminga, Altmanna i Bütschlego. Każda z tych teorji ma i dziś swoich zwolenników, gdyż każda ma swe podstawy istnienia; lecz wszystkie one grzeszą jednostronnością, opierają się bowiem na stosunkowo ograniczonej liczbie obserwacyj i na jednostronnem używaniu utrwa-

laczy. Nie uwzględniają też one jednej zasadniczej cechy żywej komórki, która już z racji tej, że jest żywa, musi być zmienną i budowa jej cytoplazmy w zależności od stanu czynnościowego nie tylko może, ale i musi ulegać ciągłym zmianom. To też późniejsze badania porównawcze Reinkego, Helda i Fischera wykazały, że nie tylko różne utrwalacze mogą w jednym i tym samym materjale dawać inne budowy plazmy, ale że jedna i ta sama komórka w różnych stanach czynnościowych wykazuje różną budowę. Na tej podstawie Fischer zamiast jednopostaciowości cytoplazmy wprowadza jej wielopostaciowość.

Badania Ružički nad pierwotniakami żywemi i barwionemi *in vivo*, a także dane z piśmiennictwa zarówno morfologicznego, jak i eksperymentalnego, doprowadziły go do stworzenia teorji t. zw. metabolizmu morfologicznego, który da się zastosować nie tylko do cytoplazmy, ale i do substancji jądrowej (karyoplazmy).

Na podstawie swych spostrzeżeń, jak i porównania trzech wyżej wspomnianych teorji budowy, rozróżnia Ružička dwie zasadnicze postacie protoplazmy: protoplazma jednorodna, niezróżnicowana, to co francuscy autorowie, Prenant, nazwali protoplazmą zwykłą, i zróżnicowana w postaci ziaren. włókien i innych skombinowanych postaci, protoplazma wyższego rzędu. Postacie te nie są stałe, mogą przechodzić jedna w drugą i tę to właśnie zdolność nazwał Ružička zdolnością morfologicznej przemiany. Postać protoplazmy bezkształtna jest istotą podstawową (macierzystą), a z niej i w niej różnicują się elementy uformowane.

Teorje Flemminga, Altmanna i Bütschlego dotyczą w wielu razach i budowy jądra, choć już ci autorowie wspominali o większej rozmaitości i zmienności tej budowy w związku z podziałem jądra i jego stanem spoczynkowym. To też Ružička i w substancji jądrowej widzi tę zdolność przekształcania swej budowy i mówi o metabolizmie jądra.

W ostatnich kilkunastu latach zjawia się szereg prac nad budową cytoplazmy, które stanowią cały nowy rozdział w tej dziedzinie. Arnold, Benda, Meves, Duesberg, Renaut, Fauré-Fremiet i wielu innych.

Benda zapomocą własnej bardzo skomplikowanej metody utrwalania i barwienia wykazał w plazmie obecność mnóstwa drobnych ziarenek, barwiących się krystalvioletem i nazwał je mitochondrjami. Przeważnie spostrzegał on te ziarenka w elementach rozrodczych tj. jajach i plemnikach. Pierwsze te prace Bendy, wykonane jeszcze w 1899 i 1900 latach, przeszły prawie bez echa. Dopiero, gdy Meves i Duesberg opisali je w komórkach somatycznych zarodka kurczęcia i innych, kwestja ta wzbudziła wielkie zainteresowanie cytologów.

Zaczęto porównywać mitochondria z ziarnistościami, opisanemi już poprzednio przez Altmanna, Arnolda, van Benedena i innych, i przekonano się, że są to te same ziarnistości, choć opisywane pod różnemi nazwami. Były one spostrzegane też w komórkach żywych przez braci Zoja i na preparatach barwionych in vivo przez Arnolda i Tschaschina i dają się wykazać barwieniem zielenią Janusa. Te uformowane elementy mogą występować pod postacią luźno porozrzucanych ziaren, lub też jako uszeregowane w kształcie paciorków, albo też jako jednolite pałeczki i nitki różnej długości. W jednej komórce mogą występować wszystkie kształty obok siebie.

Różni autorowie nadawali im różne nazwy, jak: mitochondria, plastidule, bioblasty, plasmosomy, mikrosomy. Meves wreszcie wprowadził nazwę chondriosomy, chondriomity i chondriokonty, albo plastosomy.

Mnóstwo faktów i olbrzymia literatura z tej dziedziny pozwoliły twórcom tego działu cytologji tj. Bendzie i Mevesowi zbudować całą teorję co do znaczenia i roli, jaką mitochondrja odgrywają w komórce. Altmann w swych bioblastach widział jednostki życiowe, które mogą żyć samodzielnie poza komórką (autobiasty), lub też tworzyć kolonje w istocie jednorodnej międzyziarnistej (cytoblasty). Natomiast Benda, Meves i inni zwolennicy teorji mitochondrjów widzą w nich tylko uformowane elementy protoplazmy, odgrywające w niej bardzo ważną rolę. Gdy badania tegoż Mevesa i Samsonowa stwierdziły całkowitą tożsamość między mitomą Flemminga, a chondrjokontami i między bioblastami Altmanna a chondriosomami, teorja ta zyskała jeszcze na znaczeniu.

Liczne prace ostatnich lat wykazały, że mitochondrja znajdują się we wszystkich komórkach somatycznych zarówno dorosłego, jak i embrjonalnego organizmu; również znajdują się w komórkach rozrodczych męskich i żeńskich dojrzewających i dojrzałych Podczas zapłodnienia, mitochondria męskie wraz z jądrem i centrosomem plemnika wnikają do jaja gdzie rozmieszczają się po całej plazmie i układają obok mitochondriów żeńskich. Podczas bruzdkowania przechodzą one mniej więcej w równych częściach do komórek potomnych.

Podczas okresu różniczkowania się komórek i wytwarzania się tkanek służą one jako materjał do wytwarzania różnych struktur definitywnych komórki (włókna mięsne, nerwowe, podporowe), jak również do wytwarzania wielu elementów paraplastycznych, jak włókien tkanki łącznej, żółtka, glikogenu i innych. W komórkach gruczołowych udział mitochondrjów w wytwarzaniu produktów wydzielniczych jest też stwierdzany i przez wielu autorów przyznawany (Hoven). Obok wyżej opisanego znaczenia mitochondrjów Meves widzi w nich jeszcze podłoże cech dziedzicznych, znajdujące się w cytoplazmie i porównywuje je z idjoplazmą Naegelego.

Kwestją sporną pozostaje do dziś pochodzenie mitochondrjów. O ile bowiem zwolennicy teorji mitochondrjów widzą w nich stale istniejące uformowane elementy cytoplazmy, rozmnażające się przez podział w myśl reguły *omne granulum e granulo*, to inna grupa pochodzenie ich wyprowadza z jądra, z wydzielonej substancji chromatynowej i łączy je z t. zw. chromidiami, opisywanemi przez R. Hertwiga i jego szkołę.

R. Hertwig po raz pierwszy w 1898 r. spostrzegł, że w protoplazmie pierwotniaka Actinosphaerium Eichhornii pewne ziarnistości barwią się barwikami jądrowemi i dlatego nazwał je chromidiami. Występują one w postaci ziarenek, nitek lub sieci. W różnych stanach czynnościowych ilość ich może się zwiększać lub zmniejszać. Podobne twory opisali u pierwotniaków i inni autorowie, jak Schaudinn.

Dopiero w 1904 r. Goldschmidt opisał w komórkach mięsnych glisty cały szereg włókienek różnej grubości, barwiących się barwikami zasadowemi. Nazwał on je sznurami chromidialnemi i spostrzegł, że znikają one po wzmożonej czynności komórek. Według Goldschmidta mają one pochodzić z jądra i są rezerwową chromatyną w protoplazmie. Autor ten w tej sprawie zajął bardzo jednostronne stanowisko, gdyż wszystkie twory, opisywane dotychczas jako mitochondria, aparat siateczkowy i trophospongia, utożsamił z chromidiami i twierdził, że wszystkie one pochodzą z jądra. Na tej podstawie autor zbudował teorję o dwujądrowości komórki, tj. że komórka posiada dwa jądra, rozrodcze i somatyczne. Jedno służy do czynności rozrodczych i przenoszenia cech dziedzicznych, drugie natomiast odgrywa rolę przy przemianie materji komórki. Obydwa rodzaje chromatyny, idjochromatyna i trophochromatyna, są zazwyczaj zjednoczone w jednem jądrze (amphinucleus), mogą jednak występować mniej lub więcej oddzielnie; wtedy jądro somatyczne tworzy aparat chromidialny. Praca G. uległa z wielu stron surowej krytyce. Vejdowsky, Bilek, Hirschler wyrażali duże wątpliwości co do istoty samych sznurów chromidialnych; a głównie co do pochodzenia ich z jądra Chromidia były opisywane w protoplazmie później przez grupę autorów, jak Popoff, Buchner, Moroff, Jörgenson, Schaxel, z polskich Godlewski, Burówna, Konopacki i inni. Nie wszyscy oni jednak zgadzali się na stanowisko Goldschmidta co do tożsamości chromidiów z mitochondriami i aparatem siateczkowym.

Schaxel opisał chromidia u ascidii i jeżowców w czasie owogenezy i pierwszych stadjach rozwojowych i przy.

znawał im rolę twórczą w wytwarzaniu się struktur komórkowych, tj. tę rolę, jaką zwolennicy teorji mitochondriów przypisywali tym ostatnim. Odróżniał on w życiu blastomerów okres chromazji i achromazji protoplazmy, które stoją w zależności od emisji chromatyny z jądra lub jej zużycia się. W późniejszych jednak pracach i Schaxel i Kemmitz zmienili swoje pierwotne stanowisko i rozróżniają mitochondria, chromidia i aparat siateczkowy jako twory zupełnie osobne.

Fauré-Fremiet i Hirschler starają się pogodzić tę różnicę zapatrywań. Ten ostatni przyjmuje, że mitochondria składają się z dwóch substancyj: jedna z nich tworzy niejako powłoczkę i barwi się barwikami specyficznemi, druga natomiast jest substancją zmienną. Z niej się mogą wytwarzać rozmaite ziarnistości pochodne, ona też może w pewnych razach barwić się barwikami zasadowemi (jądrowemi).

Na podstawie wyżej przytoczonych danych widzimy, jak wielkie panują w dziedzinie morfologji komórki różnice zapatrywań nietylko co do ich znaczenia, ale i co do samych faktów. Jest to jednakże zrozumiałe, jeśli się uwzględni trudności techniczne, z jakiemi cytologowie mają do czynienia.

W tem tak krótkiem streszczeniu nie mogłem Panom przedstawić ani zbyt szczegółowego opisu faktów, ani też rozwinąć całości literatury co do poruszanych zagadnień; chciałem raczej wskazać tylko na te zagadnienia, jakie dziś stają przed morfologją komórkową. Z drugiej strony chciałbym dać Panom pewien rzut oka na różnicę co do struktury komórki z punktu widzenia dzisiejszej morfologji, a tej z czasów przed 50 laty tj. z czasów Leydiga, Schulzego i Virchowa, gdy komórka przedstawiała się tylko, jako grudka prawie jednorodnej protoplazmy z jądrem. Zarówno zasób obecnie posiadanych faktów morfologicznych, jako też dane z mikrochemji pozwalają nam ustalić zasadę, że komórka jest nader złożonym mikromorfologicznym zespołem i że stajemy tedy wobec komórki w położeniu takiem, jak gdybyśmy mieli do czynienia z organizmem wielokomórkowym. „Innemi słowy, jak powiada Eismond, analogicznie do histologji organizmów wielokomórkowych, nastręcza się nieodzowność wysunięcia na porządek dzienny mikromorfologji komórki, jako podstawowego tła, na którem analogicznie do histogenezy organów odbywa się proces drobiazgowego wtórnego kształtowania się budynku komórkowego kosztem i przy udziale elementarnych mikroorganizacji jego materjału".

Jasną wobec tego jest rzeczą, że zadanie dzisiejszego cytologa staje się coraz trudniejsze. Nie może on być już tylko morfologiem, lecz musi być fizjologiem i chemikiem komórkowym jednocześnie. Zagłębiając się coraz bardziej w strukturę komórki i żywej substancji wogóle, posługiwać się też musi coraz subtelniejszemi i coraz różnorodniejszemi metodami badania.

L. Paszkiewicz. Warszawa.

W sprawie doświadczalnego wywoływania nowotworów przez drażnienie smołą pogazową (*pix lithanthracis*).

(Z Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego).

W Nr. 25. „Polskiej Gazety Lekarskiej" z r. b. prof. Browicz umieścił pracę: „W sprawie rakowacenia tkanek", w której wypowiada szereg refleksji, jakie nasunęły mu ostatnie badania doświadczalne nad wywoływaniem nowotworów.

Inicjatywa nowego kierunku w pracach doświadczalnych nad nowotworami należy do Fibigera i Yamagiwy. Pierwszemu udało się wywołać raki żołądka u szczurów przez karmienie ich karaluchami, w których pasorzytują obleńce (*spiroptera*), drugiemu raki skóry — przez uporczywe drażnienie istotą chemiczną, smołą pogazową (*pix lithanthracis*). Każda nowa zdobycz w nauce nabiera wagi, gdy zostanie sprawdzoną przez innych badaczów, którzy dojdą do tych samych wyników, wykonując doświadczenia w innych nieco warunkach, na innym materjale. Szczególnie jest to ważne w naukach przyrodniczych, a z nich w medycynie. I jak to zwykle bywa, że gdy ten, kto pierwszy wpadł na pomysł, jest bardzo ostrożny, długo zwleka, zanim zdecyduje się ogłosić wynik swych dociekań, następcy jego są znacznie pochopniejsi we wnioskach i już w krótkim czasie ogłaszają wyniki mniej lub więcej entuzjastyczne. Praca Yamagiwy ukazała się we wrześniu 1921 roku. Już w grudniu tegoż roku ukazały się prace (Bierich i Moeller, Münch. med. Woch. Nr. 42; Lipschütz, Wien. klin. Woch. Nr. 51), które opiewają o dodatnim wyniku w 60% przypadków. Nieco później inni otrzymali wynik dodatni jakoby w 100%.

W celu sprawdzenia sztucznego wywoływania nowotworów zapomocą smoły pogazowej przystąpiłem do doświadczeń przed pół rokiem. Użyłem do tego białych szczurów. Połowę stanowią osobniki starsze, połowę młode. Jako środki drażniące stosowałem pierwotnie dziegieć zwykły, smołę pogazową sprzedażną i smołę pogazową apteczną, używaną w praktyce lekarskiej. Obecnie używam tylko tego ostatniego środka. Drażnienie wykonywam co drugi, trzeci dzień. Jednym zwierzętom wcieram smołę bezpośrednio w skórę grzbietu, innym wcieram po uprzedniem nakłuwaniu skóry w kilkunastu miejscach na raz, innym wreszcie wstrzykuję bądź pod skórę, bądź w skórę, zapomocą zwykłej strzykawki małe ilości smoły. Samiczkom wstrzykuję w gruczoł piersiowy lub wcieram w skórę ponad gruczołem. Przed rozpoczęciem doświadczeń skórę w polu operacyjnem starannie wystrzygłem.

Podczas gdy Lipschütz u szarych myszy otrzymał brodawki i brodawczaki, niekiedy na nóżce, na 88 125 dzień, Bierich i Moeller w trzecim i w pierwszej połowie czwartego miesiąca, ja po pełnych sześciu miesiącach nie otrzymałem jeszcze żadnego wyniku. Nie spostrzegłem nawet wydatniejszych zmian, o których mówią dwaj ostatni autorzy, jak nadmierne rogowacenie naskórka (już w pierwszym miesiącu), wybujałość nabłonka (mniej więcej w końcu drugiego miesiąca). Tylko u niektórych, zresztą nielicznych, zwierzątek zauważyłem skąpe łuszczenie się i to przez krótki czas. Z tych miejsc grzbietu, gdzie zwierzątka mogą dostać łapkami, bądź pyszczkiem, już przy końcu pierwszej doby oczyszczają one sobie skórę ze smoły. Niejednokrotnie widziałem jak jedne szczury czyszczą drugie. To oczyszczanie robią niezmiernie dokładnie, starają się usunąć najmniejsze cząsteczki smoły. Naskórek wskutek tego często ulega uszkodzeniu, a ponieważ to powtarza się stale, więc przybywa jeszcze jeden czynnik drażnienia — uraz (Ribbert). Przy następnem wcieraniu nie omijam miejsc, gdzie naskórek został uszkodzony. Jeżeli tylko nie przerywać wcierania, powtarzać je co parę dni, daje się zauważyć jakgdyby wyłysienie w polu operacyjnem. Skoro zaś przerwać zabieg na 5—6 dni, miejsce drażnienia obficie porasta włosem, który zdaje się nawet bardzo szybko rośnie. Dotychczas nie straciłem ani jednego z użytych do doświadczeń zwierząt. Ogólny stan ich jest zupełnie dobry. Jedzą chętnie. Są bardzo ruchliwe. Dbają o czystość sierści, starannie czyszczą ogony, co jest oznaką zupełnego zdrowia. Szczur chory zaniedbuje swój ogon.

Doświadczeń nie uważam za skończone, a to w myśl spostrzeń Yamagiwy, który drażnił niektóre zwierzęta prawie do dwóch lat, aż wreszcie u niektórych udało mu się otrzymać pożądany wynik. Dotychczasowe jednak spostrzeżenia utwierdzają mnie w przekonaniu, że przy powstawaniu nowotworów nie wystarcza jedynie drażnienie danego miejsca, chociażby ono było stałe i miało ciągle ten sam charakter, że odgrywają tu rolę warunki bytowania, że być może, rodzaj odżywiania nie jest obojętny, że nie są bez wpływu cechy indywidualne i rasowe, że nie można utożsamiać wyników otrzymanych doświadczalnie na zwierzętach z powstawaniam nowotworów prawdziwych. Bo jeżeli u zwierzęcia trzeba drażnić dane miejsce przez 135—180 dni, co stanowi $^1/_4$—$^1/_5$ części długości życia jego, i drażnić mocno i bez przerwy, to czyż można wyobrazić sobie istnienie takich samych warunków w życiu zwykłem.

Piszą, że nowotwory (raki, mięsaki) smołowe można przeszczepiać, że dają one przerzuty To byłoby dowodem że rzeczywiście guzy wywołane są nowotwarami w dotychczasowem pojmowaniu. Bez względu na autorytet autorów trzeba na razie postawić pod znakiem zapytania, czy rzeczywiście były to przerzuty z guzów doświadczalnych. Czy guzy te z czasem nie okażą się jedynie wytworem zapalnym? Widziałem guz wielkości pięści dorosłego mężczyzny, usunięty ze ściany brzucha ponad pępkiem przez Dra Rauma. Dotyczyło to osobnika czterdziestokilkoletniego. Utkanie guza upoważniało do rozpoznania mięsaka okrągłokomórkowego. Dokładne oględziny gołem okiem wykazały w środku guza dużą ość rybią. Wywiady wyjaśniły, że przed kilku laty osobnik ten połknął ość, że chorował czas jakiś wśród objawów silnych bólów w dołku. Do zabiegu operacyjnego skłoniła go jedynie obecność guza który go niepokoił ze względu na umiejscowienie. Guz ten był niewątpliwie wytworem zapalnym.

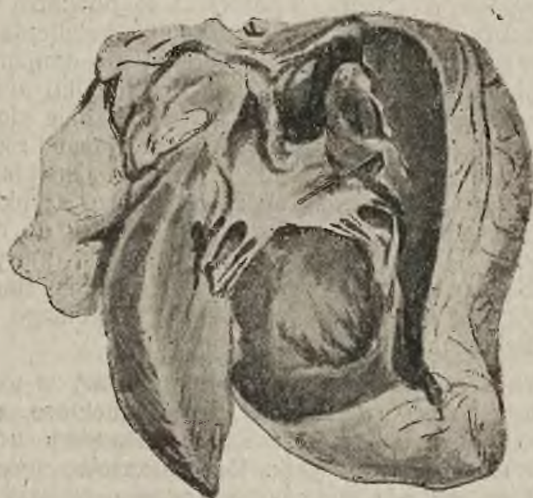
W. Czarnocki. Warszawa.

Drucik z igły strzykawki w lewej połowie serca.

Z kazuistyki Zakładu Anatomii Patologicznej Un. Warszawskiego.

Obecność ciała obcego w sercu, czy to w jego jamach czy też w samej ścianie, zawsze wzbudza zainteresowanie z dwu względów: 1-o Spostrzegamy je stosunkowo rzadko; 2-o nie zawsze, a nieraz wprost niemożliwe jest wytłumaczenie dostania się ciała obcego do ustroju i mechanizm wędrowania do serca W czasie wojny europejskiej i rosyjsko-japońskiej udawało się stwierdzać przyżyciowo obecność ciał obcych w sercu. Powodować one mogły szereg mniej lub więcej ciężkich objawów lub też mogły nie dawać wcale lub tylko objawy przejściowe. W pierwszym przypadku były one przyczyną zabiegów operacyjnych nieraz udatnych (Lewenstern). Ciałami takiemi były bądź rozmaitego rodzaju kule, bądź też odłamki pocisków armatnich.

Przypadek, który opisuję, jest bodaj jedynym w swoim rodzaju, a po za tem może nasuwać pewne uwagi praktyczne. W przypadku tym stwierdziłem obecność drucika mosiężnego długości 5 cm, grubości około 0,3 mm, który przebijał ścianę komory lewej w kierunku skośnym od strony boczno-tylnej i biegł ku przodowi i środkowi, jak to widać na załączonym rysunku.



Wolną swą połową tkwił on w świetle komory lewej. Drucik ten swym wyglądem i rozmiarami odpowiadał drucikom używanym do dużych igieł strzykawkowych Miejsce wkłucia tego drucika znajdowało się zaledwie w odległości paru mm od dużych gałązek lewej tętnicy wieńcowej. Wskutek nie wyjęcia z igły strzykawki drucik ten został wypchnięty przez płyn (adrenalina+digalen) wstrzykiwany w czasie ciężkiego zapadu pooperacyjnego. Nieznaczne zboczenie igły strzykawkowej mogło wywołać uszkodzenie gałązek tętnicy wieńcowej i przez to spowodować śmiertelny krwotok. Wątpię, czy opracowanie techniki nakłucia serca mogłoby usunąć te możliwości, ze względu na to, że przy wkłuciu serce jest w ruchu i że taki zabieg jest wykonywany zwykle in extremis, gdy niema zbyt wiele czasu na określenie miejsca wkłucia. Połączone jest ono z wielkiem niebezpieczeństwem dla chorego, które może równoważyć się przez jego groźny stan, ale powinno być stosowane jako ostateczny zabieg dopiero wtedy, gdy inne zabiegi nie pomogą.

Sprawozdania poglądowe.

Leczenie ciałami koloidowemi i nieswoistemi białkami na podstawie własnych spostrzeżeń.

Według dyskusji na posiedzeniu Lwowskiego Tow lekarskiego.

(Ciąg dalszy).

II.

Dr. Witołd Ziembicki, prym. Państw. Szpit. pow. Lwów.

Sprawozdanie odnosi się do spostrzeżeń, poczynionych z proteinoterapią na oddziale wewn. II. szpit. państw., w ciągu roku, t. j. od 1. V. 1921, do 1. V. b. r. Leczono ogółem 70 przypadków, nadających się, t. j. z pominięciem tych wszystkich cierpień, w których, na podstawie dotychczasowego doświadczenia, nie można się było spodziewać wyników. Z wymienionej liczby przypada 45 przypadków na gośćcowe schorzenia stawowe. W tem 25 przypadków ostrego zapalenia stawów, 10 przypadków podostrego, 10 przypadków przewlekłego. Wyniki należy podzielić na: bardzo dobre, dobre, wątpliwe i niewidoczne. I tak: ostry gościec dał 66% wyników bd., 30% d., 4% w., 0% przypadków bez wyniku. Podostry: 50% bd., 20% d., 20% w., 10% bez wyniku. Przewlekłe zmiany: 10% bd., 30% d., 40% w., 20% bez wyniku. Szczególnie interesujące są właśnie wyniki w dwu ostatnich grupach, pomimo bowiem przypadków opornych stwierdzamy tu znaczny stosunkowo odsetek poprawy lub wyleczenia, tam, gdzie dotychczas byliśmy bezradni i gdzie preparaty salicylowe zawodzą. Preparaty te, co należy podkreślić, podaje się obok proteinoterapii, która, jak stwierdzono, jest w tych stanach czynnikiem jedynie znakomicie wspomagającym. Co do przypadków ostrego zapalenia stawów, odnosi się wrażenie, że proteinoterapja skraca przebieg, co nie jest obojętne ze względu na grożące powikłania sercowe. Przyszłe statystyki wykażą, czy przypadki leczone w ten sposób odpowiedzą tej nadziei. Z innych spraw chorobowych nie osiągnięto żadnego wyniku: w zniekształcającym reumatyzmie stawowym (1 przyp.), w ogólnem zapaleniu stawowem po czerwonce (1 przyp.), w ogólnem zapaleniu stawowem na tle gonokokowem (2 przyp.), w zapaleniu stawu kolanowego gruźliczem (1 przyp.). Bardzo dobry wynik uzyskano w okołochrząstkowem zapaleniu u osoby dotkniętej gruźlicą płuc, bardzo dobry w przypadku *purpurae rheum.*, jakoteż w zapaleniu stawowem śródręcza na tle gonokokowem (przy równoczesnem stosowaniu szczepionki z państw. Zakładu epidem.). Korzystny wpływ zdawało się spostrzegać w twardzinie skóry. W białaczce (*experimenti causa*) wykazano w obu postaciach odczyn gorączkowy i podwyższenie odsetka wielojądrzastych, co zwłaszcza w limfoidalnej wyraźnie na jaw wystąpiło. Co do preparatów, stosowano wyłącznie mleko. Obecnie prowadzone doświadczenia z *phlogetanem* (preparatem, zawierającym nie białko, ale produkty jego rozpadu: patrz Fischer, *Med. Klin.* 1922.) zdają się nie potwierdzać nadziei Fischera i Wiechowskiego. Na uwagę zasługują objawy zapadu, czasem bardzo nieprzyjemnego, które mówca spostrzegał przy stosowaniu mleka w wymienionej ilości przypadków 3-krotnie: raz przy drugiem, raz przy siódmem, raz przy ósmem wstrzykiwaniu. Jak się autorowie zgadzają, jest to prawdopodobnie *shock* anafilaktyczny. Radzą więc każde następne wstrzyknięcie zaczynać bardzo ostrożnie od wprowadzenia kilku kropli i przeczekania.

Mówca omawia następnie przypadek przewlekłej posocznicy popołogowej, gdzie po bezskutecznem stosowaniu rozmaitych środków, ciężki stan zmienił się raptownie na korzystny po jednorazowem wprowadzeniu 5 cm^3 krwi (własnej).

Najpierw ustąpiły uporczywe dreszcze, po 24 godzinach zaczęła spadać ciepłota, tętno zmiękło, ilość moczu wzmogła się, chora zaczęła szybko przychodzić do zdrowia i opuściła szpital uleczona. Mówca dalekim jest od wysnuwania wniosków z tego przypadku, ale przytoczył go ze względu, że o spostrzeżeniach podobnych donoszą inni (patrz n. p.: Lauze »O autohemoterapji w przewlekłych stanach zakaźnych« *Sté Méd. des Hôp.* 31 marca b. r.). Mówca stosuje technikę Ramonda, która polega na wprowadzeniu 2 — 5 cm³ czystej krwi z żyły w bezpośrednie jej sąsiedztwo pod skórę. O ile po dwu takich zabiegach niema wyniku, dalsze są bezcelowe.

W końcu opis przypadku dotyczącego chorej, wyleczonej wstrzykiwaniami mleka z ciężkiego, pourazowego, zapalnego cierpienia oka. (*Iridocyclitis*, złogi na rogówce, wysięk w przedniej komórce, uraz przed 2 laty, pęknięcie torebki soczewkowej, operacja z wynikiem chwilowym, obecnie stan rozpaczliwy, oko przeznaczone do wyłuszczenia). Już po pierwszem wstrzyknięciu (5 cm³) ustąpiły, gwałtowne poprzednio, bóle. Chora otrzymała 10 wstrzyknięć w odstępach 2-dniowych. Po każdem przychodziło do chwilowego odczynu miejscowego (Schmidtowska »*Unspecifische Herdreaction*«), coraz to słabszego, aż wreszcie znikł on zupełnie, nastrzykanie spojówkowe i rzęskowe ustąpiło, rogówka wyjaśniła się zupełnie. Wzrok poprawił się o tyle, o ile pozwalały na to pierwotne uszkodzenia, bezpośrednie następstwo urazu. Chora opuszcza szpital, uleczona. Prócz mleka nie stosowano żadnego innego środka leczniczego.

Na uwagę zasługuje, że odczyn Pirqueta, ujemny u tej chorej przed wstrzyknięciem mleka, wystąpił wyraźnie po wstrzyknięciu. Nacięcie kontrolne pozostało niezmienione. Dowodzi to najlepiej »*ergotropowego*« sposobu działania t. zw. proteinoterapji na czynności ustroju w ogóle.

III.

Dr. Marcin Selzer. Lwów.

W »Przeglądzie Lekarskim« 1921 Nr. 4 i 6 znajdujemy uwagi Sokołowskiego przy sprawozdaniu ze sanatorjum w Zakopanem o dobrych wynikach, otrzymanych tym sposobem leczenia, i pracę T. Jeża, która opisuje jeden szczęśliwy przypadek gruźlicy wyleczony wstrzykiwaniami mleka. Obaj autorzy zapowiadają dalsze prace z tej dziedziny, co się jednakowoż dotychczas nie stało, przypuszczam że nie z winy autorów. Wyniki ich wobec pojedyńczych przypadków nie mogą być miarodajne.

Proteino-terapja mało ma dotychczas zastosowania w gruźlicy płuc. Już sam przewlekły stan choroby nie nadaje się do tego; trudna ocena wyników jakiegokolwiek sposobu leczenia gruźlicy i już od lat 30 stosowana aktywna terapia w postaci wstrzykiwań rozmaitych przetworów prątków gruźliczych ludzkich i zwierzęcych, nie rokowały proteino-terapji wielkiego powodzenia. Znajduje ona w literaturze mało zwolenników w przeciwieństwie do bardzo licznych prac w tej materji w innych chorobach. Schmidt i Kraus zastosowali ją w 16 przypadkach gruźlicy i przypisują wstrzykiwaniu mleka działanie conajmniej równe działaniu tuberkuliny, t. zn. obok ogólnego i działanie swoiste na samo ognisko chorobowe. Natomiast Lewin zaprzecza mleku działania swoistego; powtarza się więc ta sama polemika co do swoistości działania białka mlecznego, jak w leczeniu błonicy. W ostatnich czasach Nowaczyński z kliniki Orłowskiego w Krakowie ogłasza w tymczasowem doniesieniu wyniki stosowania mleka w 10 przypadkach zapalenia wysiękowego błon surowiczych na tle gruźliczem: wyniki niejednostajne i nierówne w ocenie. Z pracy tego autora odnosi się wrażenie, że leczenie mlekiem nie wpływa dodatnio, lub bardzo mało, czasem nawet ujemnie na przebieg danej choroby, nie broni on też działania swoistego białka, podanego nie drogą przewodu pokarmowego.

W tymsamym czasie zaczęto też stosować wstrzykiwania mleka u chorych z gruźlicą płuc w sanatorjum Hołosko Wielkie. Wstrzykiwano mleko podskórnie; dawka wynosiła 0,5 kb. centmtr. i stopniowo powiększała się; najwyższa dawka wynosiła 4 kb. centmtr. Wstrzykiwano powoli i ostrożnie, w 3 dniowych odstępach, w dawkach stale zwiększających się, o ile chory nie okazywał znaczniejszych zaburzeń z powodu wstrzyknięcia w postaci podwyższonej ciepłoty ciała lub ogólnego niedomagania. W tych przypadkach powtarzano dawki, zmniejszano, lub nawet wogóle zaprzestawano wstrzykiwań. Przy wstrzykiwaniach mlecznych stosowano wogóle zasadę, używaną przy injekcjach tuberkuliny. W tym też duchu nie ograniczano się, jak to inni robili, do kilku dawek; ilość injekcji u naszych chorych dochodziła do 23. Mleko gotowano dwukrotnie przez kilka minut przed injekcją. Odczyn skórny w miejscu wstrzyknięcia przy najwyższych nawet dawkach był nieznaczny: bolesność i niewielki obrzęk, trwające kilka godzin.

Przyzwyczajenie się do dawek wyższych następowało zwykle u chorych bardzo szybko, ciepłota ciała podwyższała się najwyżej o kilka dziesiętnych stopnia. Przystępując do szczegółowego omówienia wyników, otrzymanych tym sposobem leczenia u chorych z gruźlicą płuc, wspomnę, że ilość chorych tych jest 9, więc mniej więcej taka sama, jaką miał Nowaczyński w Krakowie. Chorzy nasi jednakowoż to przeważnie chorzy z początkową gruźlicą płuc (takich było 7), jeden chory miał znaczny wysięk surowiczy opłucnej, a jeden gruźlicę gruczołów szyjnych.

1) Chory M. W. lat 22, rozpoznanie: Naciek gruźliczy pr. górnego płatu, ciepłota ciała stale około 38⁰. Stan taki trwał przez 8 tygodni, następnie wstrzykiwano przez 2 miesiące (od dn. 28. X. do dn. 2. I.) mleko, w ilości od 0,5 do 2 kb. centmtr.; wstrzykiwań było 19. W początkach ciepłota ciała podnosi się po każdem wstrzyknięciu około 0,2 Celzjusza, następnie nie podnosi się wcale, a w ogólności zaczyna spadać i w ostatnim tygodniu dochodzi do stanu prawidłowego. Kaszel i plwocina bardzo mierna, przybytek na wadze przez czas leczenia mlekiem 2 kg.; zmiany przysłuchowe jednak nad prawym płatem w postaci licznych drobnych rzężeń, nie zmieniają się ani jakościowo ani ilościowo.

2) Chory W. F., przybył dn. 16. VIII. 1921 r., lat 22, rozp: Wysięk surowiczy lewostronny i nieżyt szczytów gruźliczy. Ciepłota ciała stale około 38⁰, bez potów i bez dreszczów. Po 2 miesiącach leczenia sanatoryjnego ciepłota obniża się, wysięk się cofa. Przy temp. przeciętnej 37,6⁰ zaczynam stosować injekcje mleczne (dn. 22. X. 1921 r.) od 0,5 kb. do 2 kb centmtr. (15 injekcyj). Z początku ciepłota podnosi się po każdej injekcji o kilka dziesiętnych, aby przy końcowych wstrzykiwaniach przejść do st nu prawidłowego. Ubytek na wadze w czasie wstrzykiwań mlecznych wynosi 2 kg. W chwili opuszczenia zakładu (dnia 30. XII. 1921 r.) po 4¼ miesiącach kuracji, sprawa w szczytach prawie bez zmian, w miejscu wysięku zrost opłucnowy, który jednakowoż począł się tworzyć już w okresie przed wstrzykiwaniami.

3) Chory Z. J. (przybył dn. 2. XII. 1921 r.) lat 23, rozp: Znaczne powiększenie gruczołów szyjnych natury gruźliczej; ciepłota ciała stale podwyższona. Po 2 injekcjach tuberkuliny, (dn. 11. I. 1922 r.) w najmniejszych dawkach, gorączka podnosi się o cały stopień, następuje obrzęk i bolesność pakietu gruczołów. Dn. 30. I. 1922 r., gdy ciepłota dochodzi do prawidłowego stanu, 2 injekcje mleka po 0,5 kb. centmtr., poczem ciepłota podnosi się ponownie do tej samej wysokości, co po tuberkulinie; po za miejscowym jednak lekkim obrzękiem nie następuje owo powiększenie się gruczołów szyjnych, jak po injekcji tuberkuliny. Z powodu za silnych reakcji zaprzestano wstrzykiwań.

4) U chorego z dość znacznym wysiękiem opłucnowym i ciepłotą około 38⁰, ustąpił wysięk po 23 injekcjach, ciepłota stała się prawidłową. Czas leczenia wynosił 3 miesiące. Czy wysięk ten nie byłby w tym samym czasie i bez leczenia proteinowego ustąpił, przy zwykłem leczeniu sanatoryjnem, pozostaje kwestją otwartą. U reszty chorych, którym wstrzykiwano mleko również przez czas dłuższy (najmniejsza ilość wynosiła 9 injekcji) nie dał się stwierdzić wpływ dodatni na przebieg choroby.

Skromne to doświadczenie na małej ilości przypadków nie przemawia za wprowadzeniem leczenia proteinowego przy gruźlicy płuc. Należy jednak wspomnieć, że i inni autorzy zachwalający ten sposób nie rozporządzali również o wiele większym materjałem. W jednym z naszych przypadków (3) udało się ponad wszelką wątpliwość wykazać, że mleko stosowane podskórnie niema swoistego działania na ognisko chorobowe, jak to chcą Schmidt i Kraus. Wybitny odczyn ogniskowy w postaci powiększenia się pakietu gruczołów po wstrzyknięciu tuberkuliny, nie wystąpił, gdy w dłuższy czas potem wstrzyknięto mleko. A zasadą każdego leczenia swoistego gruźlicy jest na razie wywoływanie choćby najdrobniejszych odczynów ogniskowych w postaci przekrwienia z następowym procesem gojenia. W przypadku 1 i 2 obniżyła się wprawdzie ciepłota ciała i zmniejszyło się uczucie choroby po kilkunastu wstrzykiwaniach, zmiany jednak chorobowe podmiotowo nie wykazały poprawy. Reasu-

mując można twierdzić: leczenie poteinowe nie nadaje się przy gruźlicy płuc: 1) z powodu każdorazowego podniesienia się ciepłoty ciała po injekcji, co jako stale działające trauma nie może być obojętnem dla chorego organizmu; przy leczeniu tuberkuliną unikamy najdrobniejszych nawet odczynów gorączkowych; 2) mleko nie działa swoiście na zmiany gruźlicze, jak to czyni tuberkulina, która wywołuje odczyn miejscowy w postaci przekrwienia ogniska chorego; w końcu 3) mleko nie daje się ściśle dawkować, ilość zawartego w niem białka jest zmienna, a więc i odczyny nie będą ściśle. W innych chorobach, gdzie jest wskazane leczenie mlekiem, nie należy używać zwykłego mleka, tylko gotowe preparaty białka mlecznego.

IV.

Dr. S. Ruff, prymarjusz Szpitala żydowskiego. Lwów.

Do tak obszernie i wszechstronnie opracowanego referatu prof. Renckiego, który obejmuje po części i choroby chirurgiczne, trudno jest coś nowego dodać. Wyniki proteinoterapji, osiągnięte przezemnie na materjale obejmującym z górą 400 przypadków, nie licząc wielkiej ilości przypadków z prywatnej praktyki, odpowiadają mniejwięcej wynikom, przedstawionym przez prof. Renckiego. Nie będę mówił o koloidoterapji, którą stosowałem od wielu lat, szczególniej w przypadkach ropnicy i posocznicy, w postaci kollargolu i elektrargolu, podskórnie i dożylnie — gdyż z tego leczenia w podanych powyżej chorobach, doprawdy nigdy nie widziałem pożytku.

Proteinoterapję stosuję od kilku lat w całym szeregu chorób chirurgicznych, dawniej w dawkach 5—10—15 cm^3, od pewnego zaś czasu w dawkach znacznie mniejszych. Wyniki w przypadkach rejestrowanych i dokładnie obserwowanych przedstawiają się w szczególności następująco:

1) W ostrem zapaleniu szpiku kostnego: przypadków 8, wstrzykiwanie mleka prawie bez skutku, w 1 przypadku, który zakończył się śmiercią, odniosłem wrażenie, że stan chorej po drugiem wstrzyknięciu szybko się pogorszył. U niektórych chorych zdawało się, że sprawa łagodnieje, ale było to tylko polepszenie przemijające. Nie miałem ani jednego przypadku, o którym mógłbym powiedzieć, że widziałem stanowczą zmianę przebiegu choroby skutkiem wstrzykiwań mleka.

2) Przy róży stosowałem wstrzykiwanie mleka w 9 przypadkach. Dwa razy odniosłem wrażenie, że przebieg był krótszy i łagodniejszy, w 7-miu przebieg nie doznał zmiany.

3) Przy ropowicy przedramienia i dłoni (przypadków 11) w początkowym okresie nacieku, nie spostrzegałem pomyślnych wyników proteinoterapii, natomiast w okresie późniejszym, gdy pomimo szerokich nacięć sprawa pogarszała się i chorzy gorączkowali, w 3 przypadkach spostrzegałem, po jednorazowem wstrzyknięciu mleka, widoczne zmniejszenie się wydzieliny i zatrzymanie procesu chorobowego.

4) W ropniach i karbunkułach, bez objawów zakażenia ogólnego, wyniki na ogół mało zachęcające, natomiast przy zakażeniu ogólnem, przy rozwiniętej ropnicy lub posocznicy, działanie wstrzykiwań mleka jest wprost szkodliwe. W moich przypadkach (4) odniosłem wrażenie, że każda injekcja mleka przyśpieszała wprost zwyrodnienie mięśnia sercowego. Korzyści, nawet przemijającej, nie spostrzegałem w żadnym z tych przypadków.

5) W zapaleniu ropnem opłucnej po wykonanej thorakotomji (przypadków 8), gdy chorzy gorączkowali a wydzielina była bardzo obfita, wstrzykiwania mleka wpływały niejednokrotnie na obniżenie ciepłoty i zmniejszenie wydzieliny. Wybitnego wpływu jednak na ogólny przebieg nie spostrzegałem.

6) W chorobach stawów natomiast, miałem podobnie jak prof. Rencki, szereg bardzo pięknych wyników. Istotnie zdarzają się wypadki ostrego zapalenia stawów, gdzie po jednem a najwyżej dwu wstrzyknięciach mleka obraz choroby zmienia się odrazu, bóle ustają, wysięki znikają szybko, ruchomość wraca. Dotyczy to wszelkich rodzajów zapaleń stawów, począwszy od zwykłych gośćcowych aż do najboleśniejszych rzeżączkowych, z wyjątkiem zapaleń gruźliczych. Tu chciałbym zwrócić uwagę, że wstrzyknięcie mleka może służyć jako środek pomocniczy do rozpoznania różniczkowego między zapaleniem stawu gruźliczem a przewlekłym wysiękiem stawowym (*hydrarthros*) na innem tle. Zdarzyło mi się kilka razy, że w tego rodzaju wątpliwych wypadkach po injekcji mleka wysięk szybko znikał, wobec czego mogłem wykluczyć gruźlicę stawu. Przy zapaleniach stawów na tle rzeżączki (6 przypadków) widziałem bardzo dobre wyniki, jeżeli jednocześnie leczyło się cewkę moczową, względnie pochwę, pierwotnie rzeżączką dotknięte. W tych przypadkach, gdzie zaniechano leczenia tego, wyniki były gorsze. Również dobre wyniki widziałem po zastosowaniu surowicy normalnej, co jest niczem innem jak proteinoterapią, przy krwotokach.

Streszczając wyniki moich spostrzeżeń, przyłączam się do zdania prof. Renckiego, że w proteinoterapji posiadamy środek, działający często pomyślnie w chorobach stawów, czasem wpływający dodatnio na przebieg chorób zakaźnych, środek, który obok innych można i należy stosować, nie zaniedbując innych sposobów leczenia Rzeczą przyszłych badań będzie dokładne ograniczenie wskazań i dawkowania.

Przechodząc teraz do teoretycznego objaśnienia zjawisk występujących przy stosowaniu proteinoterapji, nie mogę się zgodzić z zapatrywaniem prof. Gröera, że przez wprowadzenie do ustroju ciał białkowych wywołujemy niejako zapalenie, które prowadzi do odnowy organizmu, do zdrowienia. Zapatrywanie to, jakkolwiek bardzo ponętne, nie obejmuje jednak całokształtu zjawisk. Zapalenie jest wszakże wynikiem dwóch czynników, działania materjału zakaźnego z jednej strony, a siły życiowej (odpornej) z drugiej. Zapalenie jest wynikiem walki tych obu czynników i prowadzi nieuchronnie do zniszczenia jednego z tych czynników. Ozdrowienie jest dopiero następstwem zwycięstwa siły życiowej, podobnie jak odbudowa po wojnie, i jest właśnie funkcją tej siły życiowej. Jeżeli tedy po wprowadzeniu ciał białkowych do ustroju, widzimy wzmożenie się siły życiowej, objawiające się szybszem zniszczeniem jadu zakaźnego i rychłem ozdrowieniem, to nie możemy mówić o zapaleniu, ale o mobilizacji rezerw siły życiowej, o bodźcu, który wydobywa z ukrycia resztki siły życiowej, nie ujawnionej dotąd przez ustrój. I w tym sensie rozumiem określenie Weichardta o uczynnieniu pierwoszczy (*Activierung des Protoplasmas*) W jakich narządach i w których procesach biologicznych tkwi ten zapas siły życiowej, to zdaje mi się, przekracza na razie granice naszego poznania, podobnie, jak wogóle nasze pojęcie o życiu.

Przegląd piśmiennictwa.

Anatomja patologiczna.

Virchows Archiv.

T. 232. 1921.

H. Zimmermann. **Obustronna niedrożność ujść moczowodów.** U niedonoszonego, urodzonego w 7 mies., noworodka znaczne zwężenie ujść obu moczowodów i to głównie w zakresie ich przebiegu śródściennego w pęcherzu moczowym. W związku z nią znaczne rozszerzenie obu moczowodów, wypełnionych wodojasnym płynem. Wada ta jest następstwem nienależytego rozwoju samej ściany moczowodów w ich odcinku pęcherzowym. Nagromadzenie płynu w rozszerzonych moczowodach świadczy dowodnie o czynności nerek u płodu, a następnie powstrzymanie względnie tak wysokiego stopnia utrudnienie wydalaniu moczu świadczy także o tem, że wydzielanie moczu w życiu płodowem nie jest sprawą bezwzględnie konieczną dla życia płodu.

T. 233. 1921.

Th. Naegeli. **Wrodzone niewytworzenie się woreczka żółciowego.** Dwa przypadki operacyjne z objawami kolki żółciowej. W jednym obok braku woreczka stwierdzono rozszerzony przewód wątrobowy prawy i wspólny, a w nim ka-

mień; w drugim, z licznemi zrostami w okolicy nadbrzusza, zapalenie dróg żółciowych, zdaniem autora, w następstwie zastoju żółci, wywołanego uciskiem przez zrosty. Stąd bóle. (W drugim przypadku b. wątpliwy brak wrodzony, raczej zmiany pozapalne, prowadzące do zupełnego zarośnięcia i ściągnięcia się woreczka. Ref.)

A. Hartwich. **Bakterjologiczne i histologiczne badania tłuszczowego szpiku kości długich (uda) w niektórych ostrych chorobach zakaźnych.** Nieliczne i niedostateczne badania szpiku kostnego w chorobach drobnoustrojowej przyrody skłoniły autora do przeprowadzenia szeregu badań w tym kierunku. Na podstawie nich przekonał się o różnicach w działaniu różnych rodzajów drobnoustrojów na szpik kości udowej. I tak odnośnie do dwoinki Fränkel-Weichselbauma stwierdził ją na 15 zapaleń płuc grypowych 8 razy w szpiku kostnym, na 12 zapaleń włóknikowych płuc, i to w okresie zwątrobienia szarego, 7 razy. Zarazki te albo nie wywoływały żadnych zmian w szpiku kostnym, lub też wybroczynki. — W 2 przypadkach zapalenia wsierdzia na tle łańcuszkowca zieleniejącego (*strept. viridans*) stwierdził go także i w szpiku.

Co do łańcuszkowca w innych zakażeniach, jak połogowych i róży, to stwierdzał go stosunkowo często w szpiku kostnym, i to częściej w górnej części uda, niż w dolnej. Jedynie łańcuszkowiec hemolityczny prowadził do tworzenia się ognisk martwiczych w szpiku kostnym, inne jego odmiany nie uszkadzały szpiku. W nielicznych przypadkach wykazał w szpiku także gronkowca, który jednak nie wywołał w nim zmian widocznych, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym stwierdził wybroczynki. Obecność nieznacznych zmian lub niepowstawanie ich w szpiku kostnym przy stosnnkowo często stwierdzanych w nich drobnoustrojach należy chyba tłómaczyć tworzeniem się w nim obfitych ciał obronnych. *W. N.* (Lwów).

Higjena i Bakterjologja.

Annales de l'Institut Pasteur.
T. XXXV. 1921. N. 5. 8 i 10.

Tehahotine. **Wpływ promieni pozafjołkowych na komórkę.** Promienie pozafjołkowe działają przedewszystkiem na otoczkę komórkową; ścinając jej koloidy czynią ją bardziej przepuszczalną. Dzięki temu pewne jony ze środowiska zewnętrznego przenikają w głąb komórki. Jony te ścinają lub wytrącają koloidy białkowe cytoplazmy, przyczem kropelki lecytynowe mieszają się ze sobą, tworząc jednolitą masę szklistą, silnie załamującą światło, która przechodzi w cholinę lub inną zasadę. Przy rozkładzie lecytyny powstają wolne jony OH, wywołujące pęcznienie koloidów białkowych, co prowadzi do rozpadu komórki. Pęcznienie komórki jest zjawiskiem, które stale poprzedza i towarzyszy cytolizie, powstałej pod działaniem promieni pozafjołkowych.

Klarenbeck. **Doświadczenia nad krętkiem, znalezionym u królika, przypominającym krętki blade.** Krętkami, wykrytemi na owrzodzonych organach rozrodczych królików, można zakazić inne króliki przez wprowadzenie tych zarazków pod skórę, do oka, lub do organów rodnych; drogą dożylną nie udało się dotychczas wywołać zakażenia. Króliki zdrowe, przebywające razem z choremi, zarażają się samorzutnie. Wobec tego, że krętki te niczem się nie różnią od krętków bladych, autor jest zdania, że można używać królików do doświadczeń nad kiłą tylko w tym przypadku, gdy je uprzednio poddano ścisłej obserwacji w ciągu 2 — 3 miesięcy.

Kapsenberg. **Rola globulin w odczynie Wassermanna.** Pierwsza część pracy, w której autor podaje wskazówki co do sposobu przyrządzenia odczynników i wykonania próby Wassermanna, nie nadaje się do zreferowania. Wyniki drugiej części pracy są następujące: Globuliny surowic kiłowych, wyodrębnione zapomocą siarczanu amonowego według metody Kauder-Hofmeistra, dają zawsze odczyn dodatni, albuminy — ujemny. Globuliny surowic normalnych reagują przeważnie ujemnie, czasami dają odczyn dodatni; zależy to, zdaniem autora, prawdopodobnie od obecności dużych ilości drobnoustrojów, które nadają globulinom własności przeciwdopełniaczowe. Albuminy surowic normalnych reagują ujemnie nawet wówczas, gdy odnośne globuliny dają wynik dodatni. Wyodrębnianie globulin zapomocą djalizy lub siarczanu magnezowego według metody Denis-Hammarstena jest nie wskazane, gdyż część globulin pozostaje we frakcji albuminowej. — Surowica luetyczna zawiera znacznie więcej globulin, niż normalna, ale nie stosunki ilościowe nadają surowicy własności swoistych, gdyż, jak się okazało, albuminy, zawierające minimalne ilości globulin, także dają dodatnią próbę Wassermanna; fakt ten przeczy teorji Friedemanna o wpływie hamującym albumin. Globuliny czyste dają reakcję o większem natężeniu, niż surowica; możliwe, że decyduje tu stopień zasadowości globulin, znacznie mniejszy, niż surowicy; potwierdziłoby to teorję Sachsa i Altmanna o wpływie hamującym zasad na próbę odchylenia dopełniacza. Przez połączenie surowic kiłowych i normalnych z ciałami o dużych własnościach adsorbcyjnych, jak np. kaolina i węgiel, nie udało się autorowi zmienić własności surowic w kierunku próby Wassermanna. Pomimo wszystkich danych nie jest autor w możności wytłómaczyć, na czem polega różnica między globulinami surowicy normalnej i syfilitycznej; prawdopodobnie pod wpływem krętków bladych zachodzą w surowicy zmiany natury chemicznej lub fizykochemicznej, dotychczas bliżej nie poznane.

Limousin. **Sposób Petrofa wyodrębnienia laseczników gruźlicy z plwociny.** Plwocinę, zmieszaną w równych ilościach z 4% ługiem sodowym, wstawić na godzinę do cieplarki, odwirować i z osadu zakwaszonego kwasem solnym zrobić posiew na pożywce Petrofa, przyrządzonej w sposób następujący: 250 gr. mięsa wołowego, 212 gr. wody destylowanej, 37.5 gr. gliceryny jałowej, wstawić na noc do lodowni, przesączyć przez gazę; rozbić 20 jaj, przesączyć przez gazę i 400 ctm^3 tej zawiesiny zmieszać z 200 ctm^3 wyciągu mięsnego i na każde 100 ctm^3 tej mieszaniny dodać 1 ctm^3 roztworu 0.5 fjoletu goryczkowego w 50 ctm^3 95% alkoholu; pożywkę tę rozlać i ściąć w cieplarce
w temp 85° — 30 min. I dnia
„ 75° — 30 „ II „
„ 75° — 30 „ III „

Gengou. **Ciała bakterjolityczne leukocytów i ich stosunek do dopełniacza.** Przez działanie rozcieńczonego kwasu solnego lub mlecznego można z leukocytów wielojądrowych świeżych i wysuszonych otrzymać wyciąg, który in vitro wywołuje rozpad ziarnisty zarazków cholery, duru, wąglika i td. Wyciągu dokonać można tylko w środowisku kwaśnem; czas działania kwasu jest obojętny, natomiast ciepłota gra bardzo ważną rolę: najbardziej sprzyja temp. 5—20°, mniej 25—37°; im wyższa ciepłota, tem mniejsza siła bakterjolityczna otrzymanego wyciągu. Bakterjolizyny te, aczkolwiek dotychczas nie wyodrębnione, należą niewątpliwie do związków białkowych; nie djalizują one w obecności soli fizjologicznej. Ciała te są bardzo odporne na działanie ciepła: w środowisku zasadowem ulegają zniszczeniu w 100° po 30', a w środowisku kwaśnem nawet i w tej temperaturze nie zatracają swych własności. Bakterjolizyny z leukocytów nie są swoiste, gdyż zmieszane z jednym gatunkiem bakterji zostają całkowicie zaabsorbowane i już nie działają na inne; funkcja ta, jak każda absorbcja, przebiega tylko w środowisku obojętnem. Nie działają one na bakterje, uczulane surowicą swoistą; nie posiadają własności hemolitycznych nawet po dodaniu ogniwa środkowego lub końcowego dopełniacza, lepiej są absorbowane przez krwinki uczulone, niż normalne; tracą swoje własności bakterjolityczne w obecności surowicy inaktywowanej i płynu z wysięku brzusznego. Z krwinek, płytek, komórek śledziony, z leukocytów jednojądrowych i z wielojądrowych, ogrzanych w 55°, substancji bakterjolitycznych otrzymać nie można. Wyodrębnione pod działaniem kwasów zaczyny proteolityczne leukocytów wykazują wiele cech wspólnych z bakterjolizynami, ale i zasadnicze różnice, a mianowicie: 1) Działanie kwasem dłużej, niż w ciągu 2 godzin, niszczy własności proteolityczne, 2) żelatynę rozpuszczają tylko w temp. 37°, 3) ulegają zniszczeniu w 60°.

Bakterjolizyny z leukocytów nie są więc identyczne ani z dopełniaczem, ani z zaczynem proteolitycznym leukocytów.

Wanda Halberówna. (Warszawa).

Choroby wewnętrzne.

Archives of Internal Medicine.

A. Gibson. **Stan dziecięcy mięśniowy.** (*Infantilismus muscularis*). Autor uważa, iż podział cierpień, w których mamy do czynienia z zanikiem mięśni, na atrofje lub dystrofje, jest niewystarczający i nie uwzględnia etjologji. Badania w tym kierunku należy pogłębić Warto np. określić, czy kreatyna zawsze jest obecna w mięśniach, skąd mięsień ją otrzymuje, jak przetwarza się ona w kreatyninę. G. podaje opis przypadku niedorozwoju mięśniowego u 26-letniego młodzieńca o budowie dosyć wysokiej, o kościach drobnych, otyłego, z pręgami na brzuchu i łydkach. Głównem niedomaganiem chorego był brak siły mięśniowej. Badanie przysadki mózgowej i ciśnienia krwi nieprawidłowości nie wykryło. W moczu zawsze stwierdzano obecność kreatyny. Djeta bezmięsna zmniejszała jej ilość, podawanie tyreoidyny zwiększało do 0,9 na dobę. Autor odrzuca w danym przypadku takie choroby, jak zanik mięśniowy postępujący, myasthenia gravis, amyotonia congenita, paral. pseudohypertrophica. Sądzi, iż przyczyną cierpienia jest wadliwa przemiana materji, głównie kreatyny, choć ustalić jej stosunku do kreatyniny nie może. Kreatyna prawidłowo znajduje się w moczu u dzieci, dlaczego znika u dorosłych, nie wiadomo.

T. Raphael, N. Eldrige. **Współczynnik kreatyninowy w gruźlicy płuc.** Autorowie podzielili 15 badanych przypadków na 3 grupy. Do pierwszej włączyli przypadki z gruźlicą umiarkowaną, ambulatoryjną. Do grupy drugiej należeli chorzy lekko gorączkujący, zmuszeni do pokładania się do łóżka od czasu do czasu. Wreszcie grupę trzecią stanowili chorzy leżący stale i gorączkujący. W okresie badania chorym stosowano djetę ściśle bezmięsną. Trzykrotnie, dzień po dniu, określano współczynnik kreatyniny, t. j. dobową ilość azotu kreatyninowego w miligramach na kilogram wagi. Prawidłowo współczynnik ten wynosi 8,1 mlgr.

Klinicznie niepowikłana gruźlica płuc grupy pierwszej wykazywała obniżenie przeciętnej współczynnika do 5.50 mlgr. Liczby najwyższe (przeciętnie 6.80) otrzymywano w gruźlicy o natężeniu średniem wskutek wzmożenia się rozkładu, zależnego od rozwijania się choroby, gdy nie było jeszcze nadmiernej utraty tkanek oraz obniżenia żywotności ogólnej. W okresie choroby rozpadowym współczynnik wynosił przeciętnie 5.84 mlgr.

L. Newburgh, Ph. Marsch. **Stosowanie djety tłuszczowej w cukrzycy. Część druga. Cukier we krwi.** W pracy poprzedniej autorowie podnosili korzyści stosowania wybitnie tłuszczowej djety w chorobie cukrowej. Aby podtrzymać energję życiową, wystarczał dodatek odpowiedniej ilości białka oraz bardzo małej ilości węglowodanów. Unikało się przytem cukromoczu i kwaśności. Praca obecna stanowi dalszy ciąg badań w celu wykazania, jak zachowuje się ilość cukru we krwi przy djecie tłuszczowej. Zbadano 45 przypadków. Pierwsze 3 grupy wskazują na dodatni wpływ djety tłuszczowej, pomimo, iż na 40 przypadków 7 było powikłanych przewlekłem zapaleniem nerek. Jedynie grupa 4-ta (pięć przypadków) nie dała wyników pożądanych, prawdopodobnie wskutek poważnych powikłań innemi chorobami. *I. Drac.* (Warszawa).

La Presse Médicale. 1921.

Cheinisse. **Wstrzykiwania dosercowe w celu przywrócenia do życia świeżo zamarłego serca.** Na zasadzie podanego piśmiennictwa autor ustala, że ostatnim terminem, w którym zabieg ten może jeszcze liczyć na powodzenie, jest 10 minut od początku zatrzymania się serca. Po tym czasie serce traci wszelką pobudliwość, a tkanka mózgowa podlega już zmianom, nie dającym się odrobić. Oczywiście, na skutek tego zabiegu liczyć można tylko w przypadkach nagłego zatrzymania serca wskutek idjosynkrazji do chloroformu, w przypadkach asfiksji podczas usypiania i w zapadach wskutek wszelkich bardzo obfitych krwotoków. Kamfora, kofeina, ani naparstnica nie dają w tych przypadkach skutków pożądanych. Otrzymuje się je najpewniej, (Vogt) 9 razy na 15 przypadków, przez dosercowe wstrzyknięcie 1 cm^3 roztworu adrenaliny 1:1000. Technika jest prosta. Igłę 10 cm. długą, o średnicy 2 mm., wbija się w czwartą przestrzeń międzyżebrową, na palec 1 lub 2 w lewo od lewego brzegu mostka. Pochylając igłę lekko (około 10°) ku linji pośrodkowej, posuwa się ją zwolna w głąb, powtarzając często lekkie ruchy aspiracyjne tłokiem strzykawki. Na głębokości 3.5 do 4.5 cm. ustaje uczucie oporu. Jednocześnie można wciągnąć trochę krwi do strzykawki. Wtedy jest się w jamie komorowei, do której dokonywa się wstrzyknięcie adrenaliny.

Beuhamon, Jahier i Berthelemy. **Nadmierna zawartość azotu we krwi i płynie mózgowo-rdzeniowym w zimnicy.** Z Algieru zwracają uwagę, że cechą znamienną najcięższych przypadków zimnicy jest, między innemi, nadmiernie wielka zawartość azotu we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym. Przypadki zimnicy z przebiegiem pomyślnym cechują się ilościami azotu we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym mniej więcej zbliżonemi do normy: 0.27 do 0.52 na litr, przyczem ilość azotu w samym napadzie jest nieznacznie powiększona (naprz. o 0.03) w stosunku do ilości azotu przed napadem i po napadzie. Natomiast w przypadkach zimnicy bardzo złośliwej autorowie stwierdzali we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym od 1.3 do 2.7 azotu. Zdaniem autorów systematyczne badanie krwi na zawartość azotu ma znaczenie pierwszorzędne dla rokowania i leczenia ciężkich przypadków zimnicy, gdyż stwierdzenie we krwi zawartości ponad 2.0 azotu daje rokowanie śmiertelne. W przypadkach ciężkiej zimnicy o wielkiej hyperazotemii można stawiać pomyślne rokowanie tylko wtedy, gdy następuje nagły spadek zawartości azotu we krwi, jak naprz. w przypadkach autorów z 1.7 na 0.37 azotu, lub z 0.88 na 0.33. Zdaniem autorów wszystkie przypadki zimnicy z hyperazotemią wymagają jak najenergiczniejszego leczenia.

Wł. Janowski.

Bull. de l'Academie de méd.

N. 3. 1921.

A. Chauffard. **Ochronne szczepienie przeciw durowi u ludności cywilnej.** Z zestawień cyfrowych autora wynika, że w latach 1918—1920 zachodzi znaczna różnica odnośnie do wieku i ilości schorzeń na dur brzuszny u mężczyzn i kobiet. U mężczyzn z powodu powołania do wojska i wielokrotnego szczepienia wystąpiła odporność, tak że obecnie wśród chorych znacznie przeważają liczebnie kobiety oraz płeć męska poniżej lat 20. Autor uznaje potrzebę ochronnego szczepienia ludności cywilnej i proponuje pierwsze szczepienie w 15 roku życia, drugie w 18, a trzecie w 21 roku tj. w wieku poborowym. Autor przypuszcza, że w ten sposób ustrój nabędzie stałej odporności przeciw durowi brzusznemu.

L. Achard. **Dur u obu płci po wojnie. Wpływ szczepienia.** Spostrzeżenia autora zgodne są z wnioskami Chauffarda, który proponuje szczepienie ochronne ludności cywilnej. Według Acharda liczba mężczyzn chorych na dur przed wojną znacznie przewyższała liczbę chorych kobiet, a po wojnie stosunek ten zupełnie się odwrócił. Nadto na 21 chorych nieszczepionych były 4 przypadki śmierci, a przebieg był ciężki i powikłany, natomiast u trzech szczepionych dur przebiegał poronnie, z czego wynika, że szczepienie zmniejsza skłonność do zakażenia i łagodzi przebieg. Takie same spostrzeżenia poczynił Vincent.

Wiener Klin. Woch.

Nr. 2. 1921.

A. Arnstein. **Półpasiec jako jedyny objaw zresztą utajonej choroby wewnętrznej.** Półpasiec występuje w pewnej liczbie przypadków jako jedyny jawny objaw choroby wewnętrznej utajonej. Przy dokładnem badaniu w takich przypadkach stwierdzamy niejednokrotnie chorobę wewnętrzną towarzyszącą, przebiegającą zresztą bez objawów. Przeważnie chodzi tu o schorzenie narządów, odpowiadających skórnemu usadowieniu półpaśca lub też znajdujących się w najbliższem sąsiedztwie. W ośmiu przytoczonych przez A. przypadkach chodziło o półpaśca, towarzyszącego schorzeniu wątroby i płuc. Sprawy te wytłumaczyli swego czasu Head i Campbell. Schorzenie narządu wewnętrznego jest źródłem dla bodźców w łuku odruchowym trzewno-czuciowym. Bodziec taki wywołuje w odpowiednim zwoju międzyżebrowym miejsce słabszego oporu wobec jadu lub zakażenia. Powstaje ostre krwotoczne

zapalenie w zwoju międzyżebrowym, które według Schlesingera może przechodzić dość daleko w głąb szarej substancji, a zwłaszcza w tylne rogi. *Blassberg* (Kraków).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
Nr. 2. r. 1922.

M. Pautrier. **Przyczynek do nauki o niezwykłych zliszajowaceniach. Zliszajowacenie ograniczone, guzkowe przewlekłe.** W rozwoju nauki o liszaju *(lichen)* i zliszajowaceniu *(lichenificatio)* skóry możemy wyróżnić historycznie trzy epoki. W epoce pierwszej, zapoczątkowanej głównie przez dermatologów francuskich i angielskich, grupa liszaja względnie chorób liszajowych nie była jeszcze dokładnie i ściśle zdefinjowana i obejmowała, ze względu na pewne pokrewne cechy kliniczne, jednostki chorobowe zgoła różne, jednostki, którychby dziś z pewnością nie zaliczono do grupy liszaja.

Wprowadzenie pewnego porządku, wyłączenie z tej nieuporządkowanej i chaotycznej, dawnej grupy liszaja, pewnych jednostek chorobowych jako do niej nie należących, jest głównie zasługą szkoły wiedeńskiej: Hebry i Kaposiego. Obok nazwy liszaja *(lichen)* wprowadzono nazwę zliszajowacenia *(lichenificatio)*, obejmując tą ostatnią nazwą te sprawy chorobowe skóry, które charakteryzują się zgrubieniem skóry w całości, wybitniejszem zaznaczaniem się jej bruzd i rowków, znaczniejszą suchością warstw rogowych przyskórka i rozsianiem guzków z wejrzenia podobnych do guzków liszaja a przecie różnych, opisanych dokładnie przez Basina i Casenave'a. Szkoła wiedeńska popełniała jednak ten błąd, że zliszajowacenie utożsamiała niemal z wypryskiem, uważając je za prostą odmianę wyprysku.

Przeciw tym poglądom szkoły wiedeńskiej wystąpił dopiero Vidal, zawracając poniekąd po poglądów dawnych i wyosobniając typ odrębny liszaja zwykłego (*lichen simplex chronicus* Vidal), a Brocq, Jacquet i Pautrier rozwijają dalej poglądy Vidala i udowadniają, że zliszajowacenie skóry może się rozwinąć także na skórze przedtem chorobowo niezmienionej i przedstawiać się podobnie jak zliszajowacenie wywołane jakąkolwiek swędzącą chorobą skórną. W tem tkwi cała różnica pojęć szkoły wiedeńskiej i nowszej francuskiej. Zdaniem autora teorji tej nie przyswoiła sobie jeszcze nawet teraz większość dermatologów. Skutkiem tego miesza się jeszcze dziś ze sobą i pojęcia i jednostki chorobowe zasadniczo różne. Oprócz zliszajowacenia klasycznego w tej postaci, jak je opisał Brocq, istnieje niewątpliwie zliszajowacenie nietypowe i na to zwracał już oddawna uwagę bądź Brocq sam bądź też wspólnie z autorem. Zalicza się i dziś jeszcze pewne jednostki chorobowe do liszaja czerwonego płaskiego, gdy cechy kliniczne i cechy histologiczne powinnyby nas skłonić do zaliczenia ich raczej do nietypowego zliszajowacenia.

Przykładem takiego niesłusznego grupowania i łączenia w jedno dwu jednostek chorobowych różnych jest, zdaniem autora, zaliczanie (tak częste) liszaja rogowego płaskiego *(lichen obtusus corneus)* do liszaja czerwonego płaskiego *(lichen ruber planus)* i uważanie go za odmianę liszaja czerwonego. Że tak być nie powinno, stara się autor udowodnić na podstawie spostrzeganego przez siebie przypadku, rozbierając szczegółowo jego cechy kliniczne i histologiczne.

Przypadek dotyczył kobiety, która od 23 lat okazywała zmiany typowe dla liszaja rogowego płaskiego (*lichen obtusus corneus*): liczne guzki i guzy wielkości okrągłego grochu, wiśni lub orzecha laskowego, usadowione głównie na odnóżach górnych i dolnych, na pośladkach i tułowiu, guzki półkuliste, twarde, pokryte łuskami zrogowaciałego i zgrubiałego przyskórka. Prócz tych guzów i guzków, okazujących w otoczeniu skórę zliszajowaconą, mógł autor spostrzegać pierwsze początki powstawania zmian chorobowych na czole i twarzy. Tu guzki były drobne, barwy żywo-czerwonej, a jakkolwiek wejrzeniem przypominały guzki liszaja czerwonego, przecie różniły się od niego brakiem cech dla liszaja czerwonego znamiennych. Te właśnie guzki świeże, jako początek zmian chorobowych stały się dla autora podstawą do wykazania klinicznego i histologicznego, że guzków liszaja rogowego płaskiego (*lichen obtusus corneus*) nie można utożsamiać z guzkami liszaja czerwonego. Szczegółowy opis kliniczny tego przypadku jak również przytoczony dla porównania klasyczny opis wykwitów znamiennych dla liszaja czerwonego płaskiego uwydatnia dostatecznie różnice kliniczne i histologiczne obu cierpień. Z różnic podmiotowych podnosi autor z naciskiem głównie tę, że wykwitom *lichen obtusus corneus* towarzyszy nieznośny napadowy świąd, w tej postaci w liszaju czerwonym płaskim nienapotykany, co więcej świąd ten poprzedza wystąpienie wykwitów na skórze, jest wprost przyczyną wykwity wywołującą.

Wykwity *lichen obtusus corneus* są dla autora jedynie szczególniejszą i nietypową odmianą zliszajowacenia skóry, zresztą zdrowej, a nie odmianą liszaja czerwonego płaskiego, odmianą guzków doszłych stopniowo do tak wielkich rozmiarów. Guzki liszaja czerwonego płaskiego, klinicznie różne, mogą się zlewać i tworzyć ogniska gromadne mniej lub więcej rozległe, ale nie tworzą nigdy guzków i guzów tej wielkości. W sąsiedztwie ognisk większych można zawsze wykazać w liszaju czerwonym płaskim guzki drobne dla tego cierpienia znamienne. Tu w sąsiedztwie guzków i guzów można jedynie stwierdzić zliszajowacenie skóry, a guzy i guzki *lichen obtusus corneus* są jedynie szczególniejszą postacią zliszajowacenia skóry, a nie odmianą guzków liszaja czerwonego płaskiego. Wykwity liszaja czerwonego płaskiego rozwijają się szybko, i po krótkim stosunkowo czasie trwania okazują zmiany wsteczne, w *lichen obtusus corneus* trwają niemal bez zmiany całych lat szeregi (w przypadku przytoczonym 23 lat!) Niemniej wybitne różnice znalazł autor w badaniu histologicznem. Badanie histologiczne świeżych guzków *lichen obtusus corneus* wykazuje raczej podobieństwo do zwykłego zliszajowacenia skóry, niż do guzków liszaja czerwonego płaskiego. W guzkach liszaja czerwonego płaskiego widzimy utkanie histologiczne typowe i to typowe dla tej tylko choroby, a zupełnie różne od budowy guzków *lichen obtusus corneus.* *W lichen obtusus corneus* widzimy nadmiernie zgrubiałą warstwę rogową przyskórka ze śladami nieprawidłowego rogowacenia (*parakeratosis)*, przerosłą warstwę ziarnistą przyskórka i bujanie warstwy kolczastej *(hyperakanthosis)*. Warstwa brodawkowa skóry występuje tu wybitnie, brodawki wydłużają się lub grubieją, w skórze właściwej w jej warstwach środkowych i głębokich widać objawy stwardnienia włókien klejorodnych, a wśród nich rozrzucone wysepki komórek limfocytarnych i łącznotkankowych, niema zatarcia ciała brodawkowego i odklejania się warstw przyskórka, jak w liszaju czerwonym płaskim, a są cechy niemal te same, jakie napotykamy w zwykłem zliszajowaceniu skóry. Zatem tak budowa histologiczna, jakoteż cechy kliniczne skłaniają autora do podniesienia z naciskiem poglądu już dawniej wyrażonego, że *lichen obtusus corneus* nie można uważać za odmianę liszaja czerwonego płaskiego, ale za szczególniejszą odmianę zwykłego zliszajowacenia skóry, odmianę rzadką, dla której autor proponuje nazwę wyróżniającą: „zliszajowacenia guzkowatego przewlocznego i ograniczonego«.

Cestan i Riser. **O rozbieżności patologicznych odczynów płynu mózgowo-rdzeniowego w kile nerwów.** Autorowie zestawiają na wstępie znane dotąd z piśmiennictwa przypadki rozbieżnych odczynów płynu mózgowo-rdzeniowego, zaznaczając, że ta rozbieżność nie jest rzadkością. Spostrzeżenia własne i wnioski stąd wysnute opierają na 200 przypadkach dotyczących chorych kiłowych. We wszystkich przypadkach odczyn Wassermanna we krwi był dodatni. Płyn mózgowo-rdzeniowy badali na zawartość białka jakościowo i ilościowo (uważając ilość białka 0,3‰ za patologiczną), na ilość limfocytów (granica patologiczna 4—5 limfocytów w 1 mm^3) i na odczyn Wassermanna. Zauważyli przytem, że na 200 badanych przypadków wszystkie trzy odczyny równocześnie mogli stwierdzić w 157 przypadkach (78·5%) natomiast rozbieżność odczynów stwierdzili w 37 przypadkach (18·5%). We wszystkich badanych przypadkach odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym był dodatni, w 6-ciu tylko ujemny, ale tych sześciu nie uwzględniają jako przypadków nadających się do ich zestawień. Z owych 37 przypadków, w których odczyny nie były zgodne, zestawiają trzy odrębne grupy.

Grupa I. obejmuje te przypadki, w których stwierdzili wyraźne zwiększenie ilości białka, wybitnie dodatni O. W. (= odczyn Wassermanna), a natomiast nie stwierdzili zwiększenia się ciałek białych (limfocytozy). Wśród 200 badanych przypadków ten rodzaj rozbieżności odczynów stwierdzili w 31 przypadkach (15·5%). Tego rodzaju rozbieżność napotykali tak u chorych nie leczonych, a więc przed rozpoczęciem leczenia przeciwkiłowego (23 przypadki), jak też u chorych leczonych. U leczonych limfocytoza, przed leczeniem wybitna, znikała pod wpływem leczenia. Nie stwierdzili w tej grupie limfocytozy mimo dodatnich dwu innych odczynów w 4 przypadkach porażenia postępującego, w 3 przypadkach wiądu rdzenia i w 5 przypadkach paraplegji. Nie stwierdzili jej również w 3 przypadkach niewątpliwej kiły przebytej, ale bez żadnych klinicznych objawów schorzenia środkowego układu nerwowego. Z tej grupy przypadków wysnuwają autorowie następujące wnioski: 1) niema niejednokrotnie równoległości między odczynem cytologicznym płynu mózgowo-rdzeniowego a stopniem schorzenia układu nerwowego. Można nie stwierdzić tego odczynu zarówno w schorzeniach szybko postępujących ,jak też i w schorzeniach daleko posuniętych. Odczyn ten nie ma też wartości prognostycznej. 2) Leczenie przeciwkiłowe może usunąć limfocytozę przejściowo lub na stałe, ale nie wpływa lub bardzo nieznacznie na dodatni O. W. i na zwiększoną ilość białka. 3) Można nie stwierdzić zwiększenia ilości limfocytów w niedowładzie postępującym, w wiądzie rdzenia, w paraplegji. W kile przebytej, bez jakichkolwiek objawów klinicznych, mogą istnieć dwa inne odczyny (O. W. i wzmożona ilość białka) bez limfocytozy.

Do grupy II. zaliczają autorowie te przypadki z rozbieżnemi odczynami, w których stwierdzili dodatni O. W. i wyraźną limfocytozę, a nie stwierdzili wzmożonej ilości białka. Spostrzegali tylko jeden taki przypadek (0·5%) i to przypadek, w którym klinicznie rozpoznawali ogniska rozmiękczynowe. Te ogniska rozmiękczynowe ulegające wessaniu mogłyby być przyczyną limfocytozy, ale dziwić musi równoczesny brak zwiększenia się białka. W grupie III. zestawiają autorowie te przypadki, w których stwierdzili dodatni O. W. przy ujemnej równocześnie limfocytozie i ujemnym odczynie białkowym. Taki wynik badania stwierdzili w 5 przypadkach (2·5%). Te przypadki dowodzą, że do dodatniego O. W. nie jest koniecznie potrzebną ani hyperalbuminoza ani hyperglobulinoza. Przypadki grupy I i III. (razem 36) stwierdzają, że samej »acytozie« (brakowi zwiększenia liczby limfocytów) jako odczynowi odosobnionemu (bez uwzględnienia innych odczynów) nie można przypisywać większego znaczenia rozpoznawczego.

L. Chatellier. **Zanik skóry w postaci ognisk rozsianych pochodzenia gruźliczego.** Opis przypadku dotyczący 20-letniego mężczyzny, u którego na piersiach i brzuchu spostrzegał autor liczne ogniska zanikowe skóry różnej wielkości od wielkości srebrnej monety dwufrankowej do wielkości dwu lub trzy razy większej. Niektóre wykwity guzkowe, okazujące skłonność do rozpadu i przechodzące w blizny zanikowe wyżej opisane, zmiany chorobowe w płucach, stwierdzone przysłuchem i badaniem promieniami Röntgena, podwyższenie ciepłoty i krwioplucie, skłaniają autora do przypuszczenia, że i zmiany na skórze uważać należy za zmiany gruźlicze a bliznowate zaniki skóry za ich ostateczne zejście chorobowe. Badanie histologiczne skrawków wykazało obraz zaniku skóry bez cech właściwych zmianom gruźliczym.

P. Ravaut i Rabeau. **Odczyn Bordet Wassermanna przejściowo dodatni i wahający w przebiegu t. zw. podostrej limfogranulomatozy gruczołów chłonnych pachwinowych.** Wiadomo, że odczyn Wassermanna dodatni zdarza się nietylko w kile i stąd przy braku innych objawów kiły odczyn dodatni należy oceniać bardzo krytycznie i ostrożnie, co więcej wykonać go należy kilkakrotnie, by stwierdzić, czy utrzymuje się stale, czy też jest objawem przejściowym tylko. Odczyn Wassermanna przejściowy, ustępujący bez leczenia przeciwkiłowego, należy uważać za nieswoisty. Do grupy odczynów nieswoistych należy zaliczyć dodatnie odczyny Wassermanna czy też odmiany tego odczynu, występujące czasem w chorobie opisanej przez Nicolas, a nazwanej »podostrą limfogranulomatozą gruczołów chłonnych pachwinowych.«

Autorowie badali 23 przypadki tej choroby i w 3 przypadkach stwierdzili dodatni wynik odczynu Wassermanna lub odczynu Hechta. Nadmienić należy, że we wszystkich trzech przypadkach można było z całą stanowczością wykluczyć kiłę badaniem klinicznem, mikroskopowem i dłuższem spostrzeganiem przebiegu choroby. W chorobie tej w przeciwieństwie do kiły dodatni odczyn Wassermanna pojawia się tylko przejściowo i to najczęściej w okresie zaostrzenia się objawów chorobowych, okazuje samoistne wahania i ustępuje samoistnie bez swoistego leczenia przeciwkiłowego. Autorowie nie opisują szczegółowo objawów choroby w tytule wymienionej, podnoszą jedynie zachowanie się O. W., bo celem ich pracy jest wykazanie, że: 1) w limfogranulomatozie o przebiegu podostrym zdarzyć się może przejściowo dodatni O. W. lub jego odmiana. Że odczyn ten ustępuje sam przez się i powraca z chwilą zaostrzenia się procesu chorobowego. 2) Że powiększenie gruczołów chłonnych w pachwinie i towarzyszący im dodatni O. W. nie wystarczają same przez się do rozpoznania kiły. 3) Że w przeciwieństwie do kiły odczyn wykazuje wahania i ustępuje samoistnie bez leczenia. 4) Że wreszcie tem łatwiej otrzymujemy nieswoiste odczyny, im czulszych używamy odczynników lub odmian odczynu Wassermanna.

Lenartowicz (Kraków).

Dr. Maksymiljan Blassberg. Kraków.

Medycyna a Esperanto.

(Podług wykładu wygłoszonego w Krakowskiem Towarzystwie Lekarskiem dnia 6. IV. 1921).

Aby praca naukowa była jak najbardziej wydajną, powinna istnieć należyta organizacja pracy naukowej. Jak wiadomo, Niemcy doszli do wybitnych wyników pracy naukowej nie tylko dlatego, że są pracowici, lecz także dlatego, że celują w organizacji pracy naukowej. Perjodyczna prasa naukowa i czasopisma referatowe o nowych odkryciach naukowych oszczędzają pracującemu naukowo wiele czasu, którego musiałby użyć dla poszukiwań w rozmaitych zagranicznych wydawnictwach, chcąc zebrać piśmiennictwo w interesującej go sprawie. Takie czasopisma nie rozwiązują jednak istotnej potrzeby istnienia między-narodowych czasopism naukowych, u zwłaszcza sprawozdawczych. Ideałem i wzorem byłyby takie czasopisma, w którychby sami autorowie umieszczali swoje prace lub autoreferaty swoich prac w języku jednym, jednolitym, wyłącznym i wspólnym na terenie międzynarodowej nauki, zupełnie zrozumiałym równocześnie dla uczonych rozmaitych narodowości. Musiałby to być język, którym uczeni wszelkich narodowości mogliby tak swobodnie władać jak swoim rodowitym.

Dawniej posługiwali się uczeni językiem łacińskim jako międzynarodowym. Wszelako język ten, jako martwy, coraz mniej nadawał się do roli języka międzynarodowego uczonych, aż musiał zupełnie ustąpić miejsca językom narodowym. Przynosiło to jednak wielkie szkody i nieraz ważne odkrycia pozostawały nieznane ogółowi. Cierpiała na tem także polska medycyna. I tak np.: 1) Krakowski prof. medycyny wewnętrznej Edward Korczyński oraz Dr. Wernicki poczynili spostrzeżenia kliniczne, stanowiące istotę tak zwanej cytodjagnostyki klinicznej, które ogłosili po polsku w »Zbiorze prac z Kliniki Lekarskiej Krakowskiej«. Później znany uczony francuski Widal ogłosił podobne spostrzeżenia i sprawa przyjęła się w nauce pod nazwą Cytodjagnostyki Widala. Wyniknął z tego spór naukowy o prawo pierwszeństwa na łamach pisma francuskiego »La Presse Médicale« w którym krakowski prof. Lewkowicz dochodził prawa pierwszeństwa dla Korczyńskiego i Wernickiego. 2) Podobnie, były docent krakowskiego Uniwersytetu, obecny profesor w Poznaniu, Dr. Mayer, wynalazł sposób badania dwunastnicy zapomocą specjalnego zgłębnika i ogłosił go po polsku w krakowskim »Przeglądzie Lekarskim«. Sposób ten figuruje w międzynarodowej literaturze lekarskiej

jako sposób Amerykanina Einhorna. który oczywiście o wynalazku ogłoszonym w polskim języku nie wiedział. 3) Podobnie ogłosił prof. Lewkowicz w r. 1917 w polskim »Przeglądzie Lekarskim« metodę swojego ówczesnego asystenta, obecnie docenta, Bujaka, dodawania surowicy świeżej jako dopełniacza do surowicy przy leczeniu zapalenia opon mózgowych. Metoda ta znaną i cytowaną jest jako metoda Kolmera, Toyamy i Matzunami, pomimo, że po angielsku przez powyższych autorów została ogłoszoną w rok później, bo w r. 1918.

Jak zatem widać, zachodzi praktyczna a konieczna potrzeba jednego i jedynego wspólnego języka międzynarodowego w nauce, która w całym świecie daje się coraz bardziej odczuwać i staje się bezwzględną koniecznością wobec olbrzymiego rozwoju stosunków międzynarodowych i silnej wzajemnej zależności, zwłaszcza po ostatniej wojnie światowej. Jeden wspólny język międzynarodowy dałby bardzo liczne korzyści. I tak: 1) Oszczędziłoby się dużo pracy i energji, którą traci się bardzo nieproduktywnie na przymusowe dokładne uczenie się kilku języków obcych, n. p. w Polsce głównie niemieckiego, francuskiego, rosyjskiego i angielskiego. 2) Możnaby znakomicie zorganizować międzynarodowe wydawnictwa naukowe. 3) Międzynarodowe Zjazdy naukowe mogłyby przynosić istotną i wielką korzyść. Na Kongresach międzynarodowych bowiem panuje dotąd wielojęzyczność, a przemawianie i porozumiewanie się w obcych językach stanowi na ogół ogromną trudność. 4) Znikłaby nierówność i krzywda językowa, ustałyby przywileje pewnych narodów, a powstałaby bezwzględna kulturalna sprawiedliwość. N. p. Polacy w świecie nauki nie należeli do narodów uprzywilejowanych. Z tego powodu dorobek literacki i naukowy polski często ginął za granicą lub figuruje nieraz pod obcą firmą. A przecież w literaturze lekarskiej polskiej są dzieła cenne i jedyne w swoim rodzaju w całej literaturze światowej, że wspomnę n. p. »Logikę Medycyny« i inne dzieła Biegańskiego oraz prace Biernackiego, Dunina, Jaworskiego, Kramsztyka, Pieniążka, Sokołowskiego i wielu innych, które n. p. dla świata lekarskiego angielskiego, francuskiego, włoskiego i innych prawie że zupełnie nie istnieją.

Potrzebie wspólnego międzynarodowego języka pomocniczego mógłby zaradzić tylko taki język, któryby był bardzo łatwy do nauczenia się dla każdego i któryby nadawał się do takich samych celów, do jakich nadają się języki narodów cywilizowanych. Takim pomocniczym językiem międzynarodowym nie może być żaden z istniejących języków narodowych, lecz musi nim być język sztuczny. Z różnych projektowanych języków sztucznych nieco szerzej rozpowszechnił się »Volapück«, który nie utrzymał się długo, bo był zbyt skomplikowany. Po upadku Volapücku wystąpił lekarz warszawski Dr. Ludwik Zamenhof w r. 1887 ze swoim językiem »Esperanto». Język ten zdobył sobie świat prawie całkowicie, gdyż cieszy się olbrzymiem uznaniem i rozpowszechnieniem, a liczba osób rozprószonych po świecie, władających tym językiem, liczy się dziś na miljony. Powodem, dla którego Esperanto z dnia na dzień bardziej się rozpowszechnia, jest przedewszystkiem jego nadzwyczajna łatwość. Gramatyki można się nauczyć w całości w ciągu 2—3 godzin i już po tak krótkim czasie możliwe jest czytanie ze słownikiem w ręku i wprawianie się w zupełnem opanowaniu języka. Po trzech do czterech tygodniach nauki język ten może być bezwarunkowo zupełnie opanowany.

Lekarze różnych narodowości dość wcześnie uznali znaczenie i wartość Esperanta. Do r. 1912 było na świecie około 2500 lekarzy-esperantystów, między którymi wcale pokaźną liczbą członków cieszył się japoński związek esperancki. Lekarze tworzą odrębną organizację fachową, na której czele stoi obecnie prof. Vanverts. Przytem do esperantystów należą liczni wybitni lekarze o znanem nazwisku. I tak prezydentem francuskiej grupy medycznej był znany prof. Bouchard, członek Akademji Paryskiej, który w r. 1906 wydał czterojęzykowy słownik anatomiczny w języku łacińskim, francuskim, angielskim i esperanckim. Prócz Boucharda zwolennikami gorącymi tego języka są w Paryżu: Roux, dyrektor Instytutu Pasteura w Paryżu, profesorowie członkowie Fakultetu i Akademji lekarskiej: Widal, Broca, A. Gautier, D'Arsonval, Chauveau, Achard, André, Fourier i Gariel oraz znany okulista paryzki Emil Javal. Także i poza stolicą cieszy się Esperanto wybitnymi zwolennikami we Francji wśród lekarzy. Na czele grupy liońskiej stał członek Instytutu francuskiego prof. Lepine, a wiceprezesem był prof. okulistyki Dor, a nadto Dr. Soulier. Prócz tego do esperantystów liczą się prof. Grasset (Montpellier), prof. Bergonié (Bordeaux) i Vanverts (Lille). Do zwolenników Esperanta w świecie lekarskim należą dalej prof. chirurgji w Dublinie Johnston, prof. Forel (Zurich), prof. Vierordt (Tübingen), prof. Demosthen (Bukarest), doc. Christensen (Berno), doc. Rosenberg (Berlin) i docenci Denikin i Kabanow (Moskwa). Z polskich lekarzy zwolennikiem Esperanta jest profesor w Poznaniu Wrzosek, który w swojej »Propedeutyce Lekarskiej« poleca studentom medycyny naukę Esperanta, a nadto ogłosił po polsku specjalną rozprawę pod tytułem »Esperanto i jego znaczenie dla nauki«. Nadto prof. Bujwid który ogłosił kilka prac lekarskich po esperancku*). Profesor Fakultetu Paryskiego Karol Richet, obecnie członek Komitetu lekarskiego franko-polskiego, poleca gorąco uczyć się obok macierzystego także języka Esperanto, jako jasnego i łatwego, a ze stanowiska teoretycznego wolnego od zarzutów. Psychjatra francuski Toulouse uważa przyjęcie Esperanta, jako języka pomocniczego dla wszystkich ludów, za korzystne dla Francji, gdyż wyraża obawę, że w konkurencji języków, przy której liczba musi zadecydować, język francuski nie mógłby zwyciężyć.

Obecnie Esperanto coraz częściej bywa dopuszczany jako język oficjalny w lekarskich zjazdach międzynarodowych. Był on na równi z innemi uznany jako oficjalny na zjeździe lekarskim w Lizbonie (1905), a na międzynarodowym zjeździe dla Fizjoterapji w Liège (1905) Szwed Krikortz ze Sztokholmu wygłosił po esperancku na plenarnem posiedzeniu swój referat: »O leczeniu ciepłem«. Używanie Esperanta dopuściły lub poleciły międzynarodowe kongresy: Dentystów w Genewie (1906), antyalkoholiczny w Sztokholmie (1907), farmaceutów w Cambrigde (1907), lekarzy i przyrodników w Budapeszcie (1909), okulistów w Berlinie (1913) oraz lekarzy i przyrodników rosyjskich w Tyflisie (1913). Związek lekarzy rosyjskich imienia Pirogoffa na wniosek kazańskiego Towarzystwa lekarskiego polecił (1907) komitetowi organizacyjnemu dla zjazdów lekarskich podjęcie inicjatywy celem przyjęcia Esperanta jako pomocniczego języka międzynarodowego, a na 14-tym kongresie dla higjeny i demografji w Berlinie (1907) prof. Demosthen z Bukaresztu postawił wniosek o dopuszczenie i przyjęcie Esperanta. Czwarty kongres lekarski amerykański w Rio de Janeiro zalecił używanie Esperanta w książkach, doniesieniach i międzynarodowych pracach. Na zjeździe w Bukareszcie (1909) esperanckie doniesienia i przemawiania odbywały się na osobnem posiedzeniu, a liczba obecnych wynosiła około 300 uczestników.

Należy dodatkowo zaznaczyć, że z ogólnemi zjazdami esperantystów są także zazwyczaj połączone międzynarodowe zebrania lekarzy-esperantystów. Są to jedyne zjazdy międzynarodowe, na których wszyscy uczestnicy z łatwością porozumiewają się ze sobą tym językiem i na których panuje atmosfera równości międzynarodowej.

Niektóre pisma lekarskie, a mianowicie francuskie »Archives de Therapeutique« i »Archives générales d'Hydrologie et de Climatologie« oraz greckie »Psichiatriki kaj Neurologiki Epitheorisis« drukowały już artykuły w tym języku. Wyszły też bardzo liczne prospekty kąpielowe po esperancku. W pismach lekarskich esperanckich przeprowadzano międzynarodowe ankiety o pojedynku, o karze śmierci, o obowiązkowem donoszeniu o gruźlicy i t. p.

Z polskich prac lekarskich wyszła po esperancku rozprawa prof. Święcickiego z Poznania: »O estetyce w medycynie«. Nadto w pismach lekarskich esperanckich były drukowane liczne referaty z polskich pism lekarskich a mia-

*) Dr. Mikołajski wydawał w latach 1908 — 1911 we Lwowie miesięcznik p. t. Vocho de kuracistoj. (Przyp. Redakcji).

nowicie z Przeglądu lekarskiego, Nowin lekarskich, Przeglądu pedjatrycznego, Neurologji polskiej, Medycyny i Kroniki lekarskiej, Przeglądu chirurgicznego i ginekologicznego i innych.

Poza medycyną ścisłą, Esperanto z powodu ogromnego znaczenia praktycznego wkracza także w inne dziedziny, związane z medycyną. Został on przyjęty jako oficjalny język w międzynarodowem Stowarzyszeniu Czerwonego Krzyża oraz na międzynarodowym zjeździe Stowarzyszeń ratunkowych dla udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach. Międzynarodowy Instytut Bibljograficzny w Brukseli i Biuro międzynarodowych stowarzyszeń w Brukseli przyjęły Esperanto jako język porozumiewawczy dla komunikacji z zagranicą. Język ten wykładany jest na uniwersytetach w Paryżu, w Saksonji i w Budapeszcie. W Czechosłowacji dopuszczony jest do wszystkich szkół publicznych jako nadobowiązkowy, a bolszewicy wprowadzili go obowiązkowo do szkół w Rosji. Również w Ameryce Południowej, Anglji, we Włoszech, w Niemczech i Szwajcarji wprowadzono w niektórych miastach (po wojnie) język ten do szkół, w policji, na kolejach i t. p. Akademja umiejętności budapeszteńska i praska po wojnie polemizowały ze sobą w języku esperanckim na terenie międzynarodowym, a w r. 1921 — 11-tu członków francuskiej Akademji Umiejętności ogłosiło gorącą odezwę polecającą powszechne wprowadzenie Esperanta. Odezwę tę. z lekarzy członków Akademji podpisali profesorowie D'Arsonval, Richet i Widal.

W Polsce język Esperanto jest stosunkowo mniej rozpowszechniony niż w reszcie świata, gdzie mimo wojny rozwój jego coraz szersze zatacza kręgi i opiera się na coraz silniejszej podstawie. Sprawdza się tu przysłowie o proroku we własnej ojczyźnie. Wszystkie jednak zarzuty i wątpliwości sceptyków rozbijają się o fakt, że Esperanto istnieje, żyje, rozwija się i potężnieje od lat 35-iu, a mimo wojny światowej liczba zwolenników tego języka nie maleje, lecz wzrasta. Kto śledzi dzieje tego języka, dostrzega z łatwością, że z dniem każdym coraz bardziej, choć powoli, wnika on w różne dziedziny i zdobywa sobie w świecie coraz silniejszą pozycję. Wobec naglącej potrzeby jednego wspólnego języka międzynarodowego w nauce, staje on do walki o pierwszeństwo i wyłączność na tem polu, i próbę tę, jak się zdaje, przejdzie zwycięsko, mimo trudności, jakie ma do zwalczenia. Należy zatem bez uprzedzenia dokładnie sprawę przemyśleć i rozpatrzyć oraz dość wcześnie przewidzieć, że propagowanie i przyjęcie tego języka na międzynarodowym terenie nauki medycyny przyniesie olbrzymią korzyść dla medycyny w ogólności, a dla medycyny polskiej i jej stanowiska w świecie w szczególności.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Dr. Franciszek Lenart, lekarz w Chicago, przesłał Redakcji odpis listu, który wystosował do redakcji czasopisma „The International Digest of Organotherapy". W czasopiśmie tem pomieszczane bywają prace lekarzy rozlicznych narodów, nieobecne są tylko prace lekarzy słowiańskich. Dr. Lenart wskazuje na przyczynę tego, którą jest brak tłómacza, i na szkody, jakie stąd wynikają dla nauki lekarskiej, wobec tego, że np. literatura lekarska polska jest bardzo bogata, jak i poziom wiedzy lekarskiej w Polsce bardzo wysoki.

Polacy przed wojną nie mogli dostatecznie szerzyć wiadomości o swoich pracach naukowych, gdyż prace ich szły z reguły na rachunek państw zaborczych. Wskutek wojny powstała Polska niepodzielna, po 150 latach niewoli. Czas obecnie sprostować mylne mniemania i wynagrodzić krzywdy, choćby z niewiadomości zrządzone.

Polscy lekarze zdecydowali się wydawać wspólny organ „Polska Gazeta Lekarska", która jest organem nietylko wszystkich polskich Towarzystw lekarskich w kraju, ale także i za granicą, a między temi Towarzystw w Chicago i Detroit. Szkoda by była, gdyby obfity dorobek nauki polskiej, zebrany w P. Gazecie Lek., przepadł dla nauki międzynarodowej.

Idąc po myśli Dra Lenarta, Autorowie nasi mogliby dostarczać tłómaczeń, a przynajmniej streszczeń (angielskich) ważniejszych swoich prac, Redakcja zaś chętnie podejmie się kierowania takich tłómaczeń tam, gdzie należy.

Chorobliwość i śmiertelność z chorób zakaźnych w Państwie za czas od 18 czerwca do 15 lipca 1922 r.

Zestawił Dr. A. Zakrzewski.

Województwo		Ospa	Dur brzuszny	Dur osutk.	Dur powrotny	Czerwonka	Płonica	Błonica	Odra	Zimnica	Gruźlica	Pokąsania (i wodowstręt)
Warszawa miasto	ch.	1 (0)	33 (6)	22 (8)	2 (0)	33 (6)	31 (6)	12 (2)	50 (3)	51 (0)	148 (139)	0 (1)
	ż.	—	12 (2)	14 (2)	4 (0)	1 (0)	23 (1)	8 (2)	8 (0)	11 (0)	28 (15)	—
Białostockie	ch.	8 (1)	37 (0)	233 (6)	322 (8)	38 (5)	38 (2)	13 (0)	226 (0)	53 (0)	6 (6)	—
	ż.	—	4 (0)	10 (0)	9 (0)	2 (0)	8 (0)	3 (0)	13 (1)	2 (0)	—	—
Kieleckie	ch.	10 (1)	82 (5)	78 (9)	5 (0)	26 (2)	3[illegible] (1)	21 (0)	67 (0)	20 (0)	14 (1)	9 (0)
	ż.	—	5 (0)	6 (0)	—	—	—	1 (0)	—	8 (0)	—	—
Krakowskie	ch.	8 (2)	49 (6)	16 (4)	1 (0)	63 (13)	73 (10)	7 (1)	62 (1)	2 (0)	1 (52)	23 (0)
	ż.	—	5 (1)	4 (0)	1 (0)	—	—	1 (0)	—	—	0 (3)	1 (0)
Lubelskie	ch.	7 (1)	54 (0)	184 (11)	163 (7)	8 (0)	54 (2)	2 (0)	58 (2)	94 (0)	12 (3)	3 (0)
	ż.	1 (0)	6 (0)	6 (0)	2 (0)	2 (0)	4 (0)	1 (0)	40 (0)	5 (0)	1 (0)	—
Lwowskie	ch.	4 (1)	85 (6)	98 (20)	8 (0)	22 (7)	115 (21)	8 (1)	191 (0)	—	31 (109)	50 (1)
	ż.	—	10 (0)	5 (1)	—	1 (0)	3 (1)	—	20 (1)	—	4 (9)	2 (0)
Łódzkie	ch.	8 (1)	101 (8)	27 (3)	—	55 (10)	43 (8)	13 (4)	84 (6)	33 (0)	12 (109)	8 (0)
	ż.	—	15 (4)	6 (0)	—	9 (0)	4 (0)	—	2 (0)	6 (0)	0 (13)	—
Nowogrodzkie	ch.	8 (0)	83 (0)	303 (7)	417 (11)	63 (5)	51 (0)	1 (0)	64 (2)	518 (0)	21 (4)	—
	ż.	—	1 (0)	10 (0)	14 (0)	9 (2)	8 (0)	—	3 (0)	11 (0)	1 (0)	—
Poleskie	ch.	5 (3)	80 (5)	143 (5)	416 (4)	54 (0)	27 (1)	26 (2)	57 (0)	1385 (0)	56 (2)	—
	ż.	—	11 (0)	32 (0)	74 (0)	2 (0)	3 (0)	—	6 (0)	109 (0)	19 (0)	—
Pomorskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż.											
Poznańskie	ch.	Wykazów nie nadesłano.										
	ż											
Śląsk Cieszyński*	ch.	3 (0)	10 (0)	—	—	17 (0)	9 (0)	2 (1)	—	0 (5)	15 (16)	—
	ż.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stanisławowskie	ch.	43 (15)	25 (1)	117 (31)	2 (0)	3 (2)	202 (56)	2 (1)	208 (13)	—	6 (39)	10 (0)
	ż.	—	2 (0)	4 (1)	—	—	3 (0)	—	1 (0)	—	1 (6)	—
Tarnopolskie	ch.	4 (0)	17 (0)	76 (6)	2 (0)	—	41 (8)	10 (2)	60 (0)	4 (0)	16 (16)	47 (0)
	ż.	—	3 (0)	2 (0)	—	2 (0)	14 (0)	2 (0)	11 (0)	—	0 (1)	1 (0)
Warszawskie	ch.	10 (0)	82 (4)	92 (2)	4 (0)	23 (4)	34 (0)	22 (0)	52 (0)	31 (0)	15 (23)	1 (0)
	ż.	—	5 (0)	6 (0)	—	2 (0)	11 (0)	1 (0)	12 (0)	5 (0)	0 (3)	—
Wołyńskie	ch.	—	50 (0)	228 (8)	276 (10)	60 (3)	144 (2)	24 (0)	120 (1)	696 (0)	42 (2)	6 (0)
	ż.	—	9 (0)	15 (0)	20 (0)	3 (1)	4 (0)	—	11 (2)	43 (0)	—	—

Ch = chrześcijanie, ż = żydzi. Liczby w nawiasach oznaczają zmarłych.

Na cholerę azjatycką chorowało 5 chrześćjan, zmarło 3 chrześćjan w Województwie Wołyńskiem.

* Od 1 lipca Województwo Śląskie.

Nr. 37. 10. września 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. W. Puławski. Radziejów (ziemia Warszawska).

O reinjekcji surowicy przeciwbłoniczej*).

Na zasadzie spostrzeżeń własnych w ciągu lat 27 (1895—1922).

Pozostawanie stale w jednem i tem samem miejscu praktyki lekarskiej wśród ludności, podlegającej względnie nieznacznym zmianom fluktuacyjnym odpływu i przypływu coraz to nowych mieszkańców, ułatwia i umożliwia sprawę spostrzegania reinjekcji surowicy przeciwbłoniczej u jednych i tych samych osobników, podlegających z biegiem lat ponownym zachorzeniom. Przed wybuchem ostatniej wojny spostrzeżeń takich zebrałem 68 (patrz Przegląd lekarski 1914 Nr. 29—33); od wybuchu wojny zebrałem nowych 31 przypadków, o których w pracy niniejszej chcę dać bliższe sprawozdanie. Przedewszystkiem więc podam ile możności krótki opis klinicznego przebiegu przypadków, zwracając uwagę na najgłówniejsze dane wytyczne.

Rok 1914. (od 1. VII.)

69. K., lat 7, córka kupca zbożowego, dobrej budowy i znakomitego odżywienia. Chora czwarty dzień przy objawach błonicy gardła z obfitemi, szaro-żółto- zielonemi, krwawiącemi przy ścieraniu nalotami na języczku, łukach, migdałkach i tylnej ścianie. Gruczoły szyjne z obu stron znacznie powiększone i stwardniałe. Wstrzyknąłem 3000 jedn. ochr. surowicy warsz. Tow. Nauk. w jednej dawce objętości 15 ccm ze skutkiem dodatnim szybkim. Pokrzywka następcza wystąpiła dziewiątego dnia po wstrzyknięciu, była mierna i z przerwami trwała przez dwie doby. Dziewczynie tej w r. 1910, mającej wówczas lat 3, z powodu błonicy gardła w zaczątku, wstrzyknięto w pierwszym dniu choroby 1000 jedn. ochr. surowicy Palmirskiego w objętości 6 ccm z dobrym i szybkim skutkiem bez objawów posurowiczych

70. K., córce robotnika, lat 4³/₄, budowy i odżywienia średniego, na czwarty dzień błonicy gardła przy miernych obustronnych nalotach i gruczołach szyjnych miernie twardych i średnio powiększonych, oraz przy powikłaniu krtaniowem, trwającem dobę, wstrzyknięto surowicę przeciwbłoniczą z Höchst w ilości 2000 j. ochr. w jednej dawce objętości 5 ccm (400-krotna Nr. II. w 2 flakonach po 2·5 ccm) z szybkim skutkiem dodatnim bez następczych objawów posurowiczych. Tej samej dziewczynie w r. 1911, mającej wówczas 1¹/₂ roku, z powodu błonicy gardła i krtani, wstrzyknięto na trzeci dzień choroby 2000 j. ochr. surowicy Palmirskiego w jednej dawce objętości 10 ccm. Szybki skutek dodatni bez objawów posurowiczych.

71. M., lat 3³/₄, budowy i odżywienia dobrych, na drugi dzień choroby, przy objawach obustronnej błonicy gardła z obfitemi nalotami i przy gruczołach szyjnych średnio powiększonych i stwardniałych, otrzymał 3000 j. ochr. surowicy z Höchst w jednej dawce objętości 7,5 ccm (400-krotna Nr. II. w 3 flakonach po 2,5 ccm). Szybki skutek dodatni bez następczych objawów posurowiczych. Ten sam chłopiec w r. 1911, mając wówczas 9 miesięcy, z powodu początkowych objawów krupu krtani otrzymał w pierwszym dniu choroby 2000 jedn. ochr. surowicy Palmirskiego w jednej dawce objętości 10 ccm ze skutkiem doskonałym, nader szybkim, bez następczych objawów posurowiczych.

72. W., lat 6, wątłej budowy i upośledzonego odżywienia, syn parobka, w drugim dniu choroby przy objawach obustronnej rozlanej błonicy gardła, przy gruczołach twardych i silnie powiększonych, otrzymał 2000 j. ochr. surowicy z Höchst w jednej dawce objętości 5 ccm, tegoż samego gatunku. Szybki, nader dodatni skutek bez objawów posurowiczych. Chłopiec ten w r. 1911, mając wówczas 2¹/₂ lat, z powodu błonicy gardła i krtani z nawrotem otrzymał w 3 i 23 dniu choroby razem 4000 j. ochr. surowicy Palmirskiego w dwóch dawkach objętości razem 20 ccm. Pokrzywka posurowicza zjawiła się na siódmy dzień po wstrzyknięciu drugiem i trwała dwie doby. Była ona, jak zwykle, swędząca i wędrująca po powierzchni skóry.

73. G., lat 4¹/₂, budowy i odżywienia średnich, córka pracującego na wiatraku, na drugi dzień błonicy gardła, przy miernych nalotach i średnio powiększonych i stwardniałych gruczołach szyjnych, otrzymała 2000 jedn. ochr. surowicy z Höchst w jednej dawce objętości 5 ccm, tegoż samego gatunku. Szybki skutek dodatni bez objawów posurowiczych. Ta sama dziewczyna w r. 1912, mając 2¹/₂ lat, będąc chorą na początkowe objawy błonicy gardła i krupu krtani, otrzymała na pierwszy dzień choroby 2000 j. ochr. surowicy Palmirskiego w jednej dawce objętości 8 ccm bez objawów posurowiczych.

Rok 1915.

74. W., lat 5, córeczka robotnika w cukrowni, budowy i odżywienia średniego, chora drugi dzień przy objawach błonicy gardła o średniem natężeniu, otrzymała 2000 j. ochr. w objętości 10 ccm surowicy warszawskiej w jednej dawce z szybkim skutkiem dodatnim bez objawów posurowiczych. W r. 1911, mając rok życia, w drugim dniu objawów błonicy gardła i krupu krtani, oraz dnia następnego, otrzymała 4000 jed. ochr. w objętości 20 ccm. w dwóch dawkach. Szybki skutek dodatni z następczą pokrzywką między dziewiątym a jedenastym dniem po wstrzyknięciu.

75. C., lat 4¹/₂, córka włódarza, doskonałej budowy i odżywienia, na trzeci dzień błonicy gardła przy obfitych nalotach i wydatnie powiększonych i stwardniałych gruczołach szyjnych, otrzymała 2000 j. ochr. w 10 ccm w jednej dawce ze skutkiem doskonałym bez objawów posurowiczych. W r. 1912, mając 1¹/₄ roku, na pierwszy dzień początków krupu krtani, otrzymała 2000 jedn. ochr. w 8 ccm ze skutkiem doskonałym bez objawów posurowiczych.

76. B., 14 lat, córka gospodarza małorolnego, doskonałej budowy i odżywienia, na drugi dzień błonicy gardła przy obfitych nalotach i wydatnych gruczołach, otrzymała 2000 j. ochr. w objętości 4 ccm surowicy 500-krotnej z Höchst (N. IV. D.) z szybkim skutkiem dodatnim bez objawów posurowiczych. W roku 1908, mając lat 7, na 3. i 4. dzień krupu krtani, otrzymała w dwóch dawkach razem 4000 j. ochr w objętości 24 ccm. Skutek szybki dodatni przy objawach pokrzywki między 8 a 11 dniem po wstrzyknięciu.

77. S., lat 12, córka gospodarza małorolnego; budowa i odżywienie średnie; na czwarty dzień błonicy gardła przy obfitych nalotach na wydatnie obrzękłych migdałkach, łukach, języczku i tylnej ścianie, oraz przy gruczołach twardych i silnie powiększonych, otrzymała 3000 j. ochr., w objętości 6,75, surowicy z Höchst (III + III D) z szybkim skutkiem dodatnim bez objawów posurowiczych. W roku 1905, mając lat 2, na drugi dzień błonicy gardła i krupu krtani, otrzymała również jednorazowo 2000 j. ochr. w 16 ccm surowicy warszawskiej z szybkim skutkiem dodatnim przy objawach pokrzywki między 8 a 10 dniem po wstrzyknięciu.

78. M., 7¹/₂ lat, córka fornala, dobrze zbudowana i odżywiona, na drugi dzień błonicy gardła otrzymała 2000 j. ochr. w 4 ccm surowicy Behringa. Zdrowienie szybkie bez objawów posurowiczych. W roku 1909, mając 1¹/₂ roku, na drugi i trzeci dzień krupu krtani, otrzymała w dwóch dawkach razem 4000 j. ochr. w objętości 24 ccm surowicy warszawskiej. Zdrowienie szybkie z pokrzywką między 7 a 9 dniem po wstrzyknięciu.

79. B., lat 6³/₄, doskonałej budowy i odżywienia, syn parobka, na drugi dzień krupu krtani, otrzymał 2000 j. ochr. w 4 ccm surowicy Behringa. Skutek szybki dodatni bez objawów posurowiczych. W roku 1912, mając 3³/₄ roku, na drugi dzień krupu krtani, 2000 j. ochr. w 8 ccm surowicy warszawskiej w jednej dawce. Szybki skutek dodatni bez objawów posurowiczych.

80. W., lat 3¹/₂, córka murarza, budowy i odżywienia średniego, na drugi dzień błonicy gardła przy początkowych objawach krupu krtani, otrzymała 2000 j. ochr. w 4 ccm surowicy Behringa, przy szybkiem zdrowieniu bez objawów posurowiczych. W r. 1913, mając 1¹/₂ roku, na trzeci dzień ciężkiego krupu krtani, otrzymała jednorazowo 3000 j. ochr. w 12 ccm. Zdrowienie szybkie przy objawach pokrzywki między 8 a 10 dniem po wstrzyknięciu.

81. C., lat 11, córka gospodarza małorolnego, dobrze zbudowana i odżywiona, na drugi dzień błonicy gardła, 2000 j. ochr. w 4 ccm surowicy Behringa. Szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych. W roku 1908, mając 4 lata, na trzeci dzień błonicy gardła i krupu krtani, 2000 j. ochr. w 12 ccm surowicy warszawskiej. Szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych.

82. M., lat 2³/₄, średniej budowy i odżywienia, córka kupca bławatnego, na pierwszy dzień początku objawów krupu krtani otrzymała 2000 j. ochr. w 4,5 ccm surowicy z Höchst (II + II D). Szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych. Taż sama dziewczynka, sześć miesięcy przedtem, mając 2¹/₄ roku, na pierwszy dzień początkowych objawów krupu krtani, otrzymała również jednorazowo 2000 j. ochr. w 4 ccm surowicy Behringa (IV D). Skutek szybki dodatni bez objawów posurowiczych.

83. K., lat 5¹/₂, doskonałej budowy i odżywienia, córeczka gospodarza małorolnego, na trzeci dzień błonicy gardła i krupu krtani, otrzymała jednorazowo 2500 j. ochr. w objętości 6,25 ccm surowicy z Höchst (II + III). Szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych. W roku 1911, mając 1¹/₂ roku, na pierwszy dzień początkowych objawów krupu krtani, otrzymała 2000 jedn. ochr. w 8 ccm surowicy warszawskiej. Szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych.

*) Odczyt, zgłoszony na I-szy Zjazd Pedjatrów polskich w Warszawie w dn. 8. i 9 września 1922 r.

84. H., 8 lat, dobrej budowy i odżywienia, syn kupca zbożowego, na czwarty dzień błonicy gardła i krupu krtani otrzymał jednorazowo 2500 j. ochr. w 6,25 ccm surowicy z Höchst (II + III). Szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych. W r. 1910, mając 3 lata, na drugi dzień błonicy gardła i początkowych objawów krupu krtani, otrzymał 2000 j. ochr w 12 ccm surowicy warszawskiej. Szybkie zdrowienie z objawami pokrzywki na 9 i 10 dzień po wstrzyknięciu.

85. B., lat 7, lichej budowy i odżywienia, syn wdowy robotnicy, na trzeci dzień błonicy gardła otrzymał 2000 j. ochr. w 8 ccm surowicy warszawskiej. Wyzdrowienie szybkie bez objawów posurowiczych. W roku 1911, mając 2¾ roku, na piąty i szósty dzień ciężkiej błonicy gardła, otrzymał w dwóch dawkach razem 4000 j. ochr. w 20 ccm surowicy warszawskiej. Szybkie wyzdrowienie z objawami pokrzywki na 9 i 10 dzień po wstrzyknięciu.

Rok 1916.

86. S., lat 2¾, budowy i odżywienia średniego, córka robotnika, na trzeci dzień błonicy gardła i początkowych objawów krupu krtani, trwających od 12 godzin, otrzymała w dniu 3. XI. 1916 surowicy warsz. Tow. nauk. (Ser. 4a z dnia 11. IX. 1915) 2000 j. ochr. w 8 ccm. Taż sama dziewczyna, sześć miesięcy przedtem, w dniu 10. V. 1916, z powodu błonicy gardła, trwającej czwarty dzień, i krupu krtani, trwającego od 12 godzin, otrzymała 2000 j. ochr. w 8 ccm tejże surowicy. W obu razach skutek był szybki, doskonały, bez żadnych objawów posurowiczych.

87. B., lat 7½, doskonałej budowy i odżywienia, syn fornala, na trzeci dzień błonicy gardła z obfitemi nalotami obustronnemi i przy stwardniałych i powiększonych gruczołach szyjnych oraz przy powikłaniu krupowem ze strony krtani, trwającem od kilku godzin, otrzymał 2000 j. ochr. w 10 ccm surowicy warszawskiej. Tenże chłopiec w r. 1910 mając 1½ roku, z powodu błonicy gardła, trwającej trzy dni i powikłanej objawami krtaniowemi od 20 godzin, otrzymał surowicy warszaw. 2000 j. ochr. w 10 ccm. Szybki skutek dodatni, w obu razach bez objawów posurowiczych.

88. R., lat 6½, syn gospodarza małorolnego, doskonałej budowy i odżywienia, na trzeci dzień błonicy gardła, powikłanej od 12 godzin przez objawy krtaniowe, otrzymał 2000 j. ochr. w 10 ccm surowicy warsz. Tow. nauk. Tenże chłopiec w r. 1912, mając 2½ lat, na drugi dzień błonicy gardła i krupu krtani, otrzymał 2000 j. ochr. w 8 ccm surowicy warszawskiej Palmirskiego. W obu razach szybki skutek dodatni bez następczych objawów posurowiczych.

W roku 1917 wśród 16 przypadków błonicy, leczonej surowicą, nie spostrzegałem ani jednego przypadku reinjekcji.

Rok 1918.

89. Cz., lat 3½, córeczka rządcy na folwarku, dobrej budowy i odżywienia, piątego dnia trwających objawów błonicy gardła, a na trzeci dzień krupu krtani, otrzymała jednorazowo 2000 jedn. ochr. w objętości 9 ccm surowicy warsz. T. N. Skutek dodatni szybki bez objawów posurowiczych. Taż sama dziewczynka w r. 1916, mając 1¾ roku, z powodu objawów błonicy gardła i krupu krtani, otrzymała w dwóch dawkach, na 3 i 4 dzień choroby, razem 4000 jedn. ochr. w objętości 19 ccm surowicy W. T. N. Szybki skutek dodatni z następczą pokrzywką na 9 i 10 dzień po wstrzyknięciu.

Rok 1919.

90. G., lat 3½, córka gospodarza, doskonałej budowy i odżywienia, na trzeci dzień błonicy gardła z obfitemi nalotami i przy silnem powiększeniu i stwardnieniu gruczołów szyjnych oraz przy powikłaniu krtaniowem, trwającem od 12 godzin, otrzymała 2000 j. ochr. w 10 ccm surowicy warszawskiej (Ser. 4 z dnia 7. XI. 1918). W roku 1917, mając 1½ roku, w drugim dniu miernej błonicy gardła, otrzymała 2000 j. ochr. w 12 ccm. W obu razach szybkie zdrowienie bez objawów posurowiczych.

91. G., lat 9½, doskonałej budowy i odżywienia, rodzony brat poprzedniej chorej, otrzymał w trzecim dniu miernej błonicy gardła 2000 j. ochr. w 10 ccm surowicy warszawskiej (S. 4 z dn. 7. XI. 1918). Szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych. Tenże chłopiec w r. 1912, mając lat 2½, na drugi dzień błonicy gardła, otrzymał 2000 j. ochr. w 20 ccm surowicy warszawskiej Szybka poprawa z następczą mierną pokrzywką w 8 i 9 dniu po wstrzyknięciu.

92. C., lat 5, średniej budowy i odżywienia, córka stelmacha, na czwarty dzień błonicy gardła, po stronie lewej w stopniu znacznie większym, niż po stronie prawej, przy odpowiednio większych gruczołach szyjnych, otrzymała 2000 j. ochr. w 10 ccm surowicy warszawskiej (Ser. 1. z dn. 18. II. 1919). Dziewczynka ta w roku 1916, mając 2 lata, w drugim dniu błonicy gardła, miernej i bez powikłań, otrzymała 2000 j. ochr. w 16 ccm surowicy warsz. T. N. W obu razach szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych.

Rok 1920.

93. P., 1¼ roku, wątłej budowy i lichego odżywienia, córeczka uchodźców z pod Brześcia Litewskiego (1920), na pierwszy dzień początkowych objawów błonicy gardła, przy bardzo niewielkim nalocie jednostronnym i odpowiednim gruczołku szyjnym, zaledwie wyczuwalnym, otrzymała 2000 jed. ochr. w 10 ccm surowicy warszawskiej (z dn. 22. XI. 20). Do trzeciego dnia po wstrzyknięciu wszystkie objawy błonicy znikły Piątego dnia zaczęła występować gdzieniegdzie na skórze pokrzywka, naprzemian z czerwonemi plamami rumienia (rash). Objawy te wzmogły się w dniu następnym, to znikając, to znów pojawiając się w coraz to innem miejscu, przyczem każdy ponowny wybuch wykwitów połączony był z dość burzliwemi objawami, właściwemi dla nagle występującej pokrzywki wogóle, takiemi jak: częste i słabe tętno; początkowe zblednięcie skóry, sprawiające wrażenie omdlewania, po którem następowało jej zaczerwienienie, świędzenie i jakby obrzęk itp. Objawy pokrzywki, doszedłszy chwilami do zupełnego rozwoju na większej powierzchni skóry w 7 i 8 dniu po wstrzyknięciu, zaczęły następnego dnia, czyli dziewiątego po wstrzyknięciu, stopniowo słabnąć i zjawiać się coraz rzadziej. Częściej natomiast pojawiały się plamy rumienia, coraz mniejsze i rzadsze. W 10 dniu po wstrzyknięciu, a w 6 od chwili początku pokrzywki, objawy te znikły i nie wróciły więcej. Tej samej dziewczynce, według słów matki, osoby inteligentnej, pochodzącej z rodziny lekarzy, przed siedmiu miesiącami (w końcu kwietnia 1920), w ósmym miesiącu życia, w trzecim dniu miernej błonicy gardła, wstrzyknięto 2000 jedn. ochron. w 12 ccm surowicy warszawskiej, również w jednej dawce, poczem, po szybkiem zniknięciu objawów błonicy, zaczęła, także już piątego dnia po wstrzyknięciu, występować silna pokrzywka przy burzliwych współtowarzyszących objawach naczynioruchowych. Pokrzywka trwała wówczas przy zmiennem natężeniu, stopniowo słabnącem, około sześciu dni. Na szczęcie objawów chwilami nawet obawiano się o życie dziecka i wskutek tego zastosowano wstrzykiwania kamfory i kofeiny. W przypadku tym, który opisałem nieco obszerniej, zwraca uwagę silniejszy posurowiczy odczyn po zastosowaniu względnie małej ilości surowicy, zarówno po pierwszem jak i po powtórnem wstrzyknięciu. Objawy posurowicze mieszane (pokrzywka i rumień) występowały nieco wcześniej, wybitniej i trwały nieco dłużej, niż zwykle, nie wychodząc jednak poza granice objawów pokrzywkowych zwykłych, zjawiających się nagle wskutek t. zw. idiosynkrazji.

Rok 1921.

94. S, lat 13½, budowy i odżywienia miernego, syn parobka, na pierwszy dzień krupu krtani, otrzymał podskórnie jednorazowo 2000 j. ochr. w 10 ccm surowicy warszawskiej (z dn. 22. XI. 20). Tenże chłopiec w roku 1913, mając lat 5½, w pierwszym dniu objawów krupu krtani, otrzymał 2000 j. ochr. w 6,8 ccm surowicy warsz. Tow. nauk. W obu razach szybkie zdrowienie bez objawów posurowiczych. W r. 1910, chłopiec ten, mając 2½ roku, w drugim dniu błonicy gardła, otrzymał 2000 j. ochr. w 20 ccm surowicy warszawskiej. Szybkie zdrowienie przy miernej pokrzywce posurowiczej w 7 i 8 dniu po wstrzyknięciu.

95. K., lat 14½, doskonałej budowy i odżywienia, córka krawca, na trzeci dzień błonicy gardła otrzymała 2000 j. ochr. w 7 ccm surowicy warszawskiej (z dn. 18. VII. 21. Kontr. państw. Nr. 419). W r. 1910, mając lat 3½, w pierwszym dniu błonicy gardła, otrzymała 2000 j. ochr. w 20 ccm. W obu razach szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych. W r. 1908, mając 1½ roku, w trzecim dniu błonicy gardła, otrzymała 2000 j. ochr. w 20 ccm surowicy warszawskiej. Szybkie zdrowienie przy miernej pokrzywce między 7 a 9 dniem po wstrzyknięciu.

96. M., lat 14, średniej budowy i miernego odżywienia, córka krawca, w drugim dniu błonicy gardła, otrzymała 2000 jedn. ochr. w 7 ccm surowicy warszawskiej (z dn. 18. VII. 21. Kontr. państw. Nr. 419). W roku 1913, mając lat 6, w drugim dniu objawów krupu krtani, otrzymała 2000 j. ochr. w 16 ccm surowicy warsz. W obu razach szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych.

97. F., lat 14¾, dobrej budowy i odżywienia, syn fornala, na piąty dzień błonicy gardła o natężeniu średniem, otrzymał 2000 j. ochr. w 8 ccm surowicy warszawskiej (z dn. 30. IX. 21. K. P. Nr. 563). Szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych. W r. 1908, mając 1¾ roku, na trzeci i czwarty dzień silnego krupu krtani, otrzymał w dwóch dawkach razem 4000 j. ochr. w 32 ccm surowicy warszawskiej Palmirskiego. Szybka zupełna poprawa i zdrowienie przy objawach obfitej wysypki pokrzywkowej między 6 a 9 dniem po wstrzyknięciu.

98. W., lat 13¾, średniej budowy i lichego odżywienia, syn murarza, otrzymał w drugim dniu błonicy gardła, 2000 j. ochr. w 7 ccm surowicy warsz. (z dn. 28. IX. 21. K. P. Nr. 552). W r. 1909, mając 1¾ roku, w trzecim dniu błonicy gardła, powikłanej od 12 godzin objawami krtaniowemi, otrzymał 2000 j. ochr. w 16 ccm surowicy warszawskiej Palmirskiego. W obu razach szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych.

Rok 1922.

99. G., lat 9, średniej budowy i odżywienia, córka handlarza zbożem, w drugim dniu krupu krtani, otrzymała 2000 jedn. ochr. w 10 ccm surowicy warszawskiej (z dn. 7. XII. 21. K. P. Nr. 720). Po upływie czterech tygodni nastąpił nawrót objawów krupowych, przyczem otrzymała powtórnie takąż samą dawkę tej samej surowicy. O ile po pierwszej dawce nastąpiła szybka poprawa z pozostaniem kaszlu z odgłosem krupowym, o tyle po drugiej dawce nastąpiło szybkie wyzdrowienie przy miernej pokrzywce pomiędzy 6 a 9 dniem po drugiem wstrzyknięciu. Taż sama dziewczyna, mając lat 2, czyli w roku 1915, z powodu błonicy gardła, trwającej trzeci dzień i powikłanej od 20 godzin przez objawy krtaniowe, otrzymała 2000 j. ochr. w 4 ccm surowicy 500-krotnej z Höchst (IV D). Szybkie wyzdrowienie bez objawów posurowiczych.

Krótkie te opisy przebiegu klinicznego spostrzeganych przypadków dają dokładne pojęcie, jaki materjał podlegał spostrzeganiu.

Wszystkie 31 spostrzeganych przypadków grupowały się, jak następuje: I. Co do płci: chłopców — 11; dziewcząt — 20. II. Co do wieku chorych, w jakim dokonano wstrzyknięcia pierwotnego:

do roku — 3 przypadki
od 1 do 2 lat — 11 przypadków
od 2 do 3 lat — 12 przypadków
od 3 do 4 lat — 3 przypadki
od 5 do 6 lat — 1 przypadek
od 6 do 7 lat — 1 przypadek

III. Co do wieku chorych, w jakim dokonana została reinjekcja pierwsza, ewentualnie druga.

od 1 do 2 lat — 1 przypadek
od 2 do 3 lat — 2 przypadki
od 3 do 4 lat — 5 przypadków
od 4 do 5 lat — 4 przypadki
od 5 do 6 lat — 4 przypadki
od 6 do 7 lat — 4 przypadki
od 7 do 8 lat — 3 przypadki
od 8 do 9 lat — 1 przypadek
od 9 do 10 lat — 1 przypadek
od 10 do 11 lat — 1 przypadek
od 11 do 12 lat — 1 przypadek
od 13 do 14 lat — 3 przypadki
od 14 do 15 lat — 1 przypadek

Reinjekcja druga:

od 13 do 14 lat — 1 przypadek
od 14 do 15 lat — 1 przypadek

IV. Co do okresów czasu, w jakich została dokonana reinjekcja pierwsza ewentualnie druga.

po upływie pół roku — 3 przypadki
» » 2 lat — 5 przypadków
» » 3 » — 7 »
» » 4 » — 5 »
» » 5 » — 1 przypadek
» » 6 » — 2 przypadki
» » 7 » — 4 »
» » 8 » — 1 przypadek
» » 10 » — 1 »
» » 12 » — 1 »
» » 13 » — 1 »

Drugą reinjekcję wykonano: w przypadku pierwszym (Nr. 94) po upływie 11 lat od pierwotnego wstrzyknięcia i 8 lat po pierwszej reinjekcji; w przypadku drugim (Nr. 95) od pierwotnego wstrzyknięcia upłynęło 13 lat, a od pierwszej reinjekcji — 11 lat.

V. Co do objawów posurowiczych.

Po pierwotnem wstrzyknięciu objawy posurowicze zjawiły się w 13 przypadkach; przytem w 12 przypadkach w postaci pokrzywki, a w jednym (93) w postaci mieszanej, pokrzywki i rumienia. Po pierwszej reinjekcji objawy posurowicze zjawiły się tylko w trzech przypadkach (69, 93, 99); przytem w dwóch przypadkach (69 i 99) po pierwotnem wstrzyknięciu, dokonanem przed 4 laty (69) i przed 7 laty (99), żadnych objawów posurowiczych nie było. W przypadku trzecim (93) objawy posurowicze w postaci osutki mieszanej były również i po wstrzyknięciu pierwotnem, przytem, tak co do charakteru jak i czasu występowania i objawów współtowarzyszących, zupełnie takie same. Po drugiej reinjekcji (94 i 95) żadnych objawów posurowiczych w obu przypadkach nie było, zarówno jak i po pierwszej reinjekcji; natomiast po pierwotnem wstrzyknięciu w obu przypadkach były objawy pokrzywkowe zwykłe.

Ponieważ objawy posurowicze, zarówno jak i wszelkie inne, w przypadkach tu opisanych, niczem nie różniły się od tych, jakie występowały w przypadkach reinjekcji przed wojną, mogę więc streścić wyniki otrzymane odnośnie do wszystkich (99) spostrzeganych przypadków. Przedtem jednak pozwolę sobie przedstawić pewne uwagi, konieczne, mojem zdaniem, dla krytycznej oceny tego znaczenia, jakieby mogły wyniki te przedstawiać.

1) Reinjekcją w ścisłem znaczeniu tego wyrazu nazywam zastosowanie surowicy w okresie ponownego zachorzenia na błonicę nie wcześniej, niż po upływie ośmiu tygodni od ostatniego zastosowania poprzedniego. Biochemiczne zmiany we krwi, zachodzące po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej, znikają średnio po upływie ośmiu tygodni. Potwierdza to stan odporności biernej, trwający średnio 6 do 8 tygodni po zapobiegawczych wstrzykiwaniach surowicy przeciwbłoniczej. Wstrzykiwania zatem ponowne, dokonane po upływie kilku lub kilkunastu godzin, dni lub kilku tygodni, wogóle przed upływem 8 tygodni, uważać należy za dodatkowe, pomocnicze, dokonane czy to z powodu nieustępowania lub pogorszenia się objawów chorobowych, czy też z powodu wczesnego nawrotu choroby przez ponowny, wzmożony, rozwój zarazków, rzekomo obumarłych, czy też otrętwiałych, którego nie możnaby jednak przyjąć za powtórne zakażenie z zewnątrz.

2) Ciągła aktualność sprawy działania reinjekcji surowic leczniczych sprawia, że każda taka następcza reinjekcja ma podwójnie ciekawe znaczenie dla spostrzegającego, a mianowicie: a) pod względem kliniczno-leczniczym, a zatem przebiegu choroby pod jej wpływem, tak co do objawów miejscowych w gardle lub krtani, gruczołach, oraz objawów zakażenia ogólnego, jak i co do przejawów zdrowienia i następczego odczynu posurowiczego; b) pod względem teoretyczno-naukowym, a więc zmian swoistych, zachodzących w protoplazmie komórek ustroju, a zwłaszcza we krwi. Możliwe jest tu całe, kalejdoskopowo zmienne, stopniowanie od zwykłych objawów uczulenia (*sensibilisatio*) na działanie gatunkowo obcego białka, aż do objawu nadwrażliwości (*anaphylaxia*). Równolegle zaś do tego następuje rozwój zjawiska odczulenia (*desensibilisatio*) ustroju na same zarazki i ich wysoce jadowite produkty (egzo, i endotoksyny) stopniowo aż do zjawiska przeciwuczulenia (*antianaphylaxia*) i zupełnej odporności (*immunitas*), biernej lub czynnej. W swych najnowszych badaniach »De l' anaphylaxie à l' immunité« dochodzi Arthus, serolog i profesor fizjologji w Lozannie, do wniosku, że zachodzą tu dwa oddzielne, samoistne zjawiska, ściśle ze sobą związane, lecz nie dwie fazy przejściowe jednego i tego samego zawiska, jak to przedtem mniemano.

Aforyzm, który w swoim czasie (Annales de l' Institut Pasteur 1907—1908) wygłosił fizjolog i serolog francuzki, Charles Richet, pierwszy odkrywca zjawiska i twórca wyrazu »anafilaksja«, a mianowicie: »Point d' immunisation sans l' anaphylaxie, laquelle est le premier pas pour la prophylaxie« — nic dotąd nie stracił na znaczeniu. To też ścisłe badania serologiczne po reinjekcjach mają szerokie pole do zastosowania, nie są jednak łatwo dostępne dla wszystkich, wymagają bowiem osobnych urządzeń, przyrządów i odpowiedniej wprawy. Spostrzeżenia po reinjekcjach przebiegu choroby, zdrowienia i objawów posurowiczych dostępne są natomiast dla każdego lekarza praktyka, a zebrane krytycznie i planowo nawet w liczbie mniejszej, są zawsze dla omawianej sprawy pożyteczne. Od roku 1895, tj. od chwili, gdy zacząłem stosować surowicę przeciwbłonicą, na 1053 spostrzeżeń nad działaniem surowicy przeciwbłoniczej oraz na 153 przypadków płonicy, leczonej surowicą przeciwpaciorkowcową przeciwpłoniczą, samą lub w połączeniu z surowicą przeciwbłoniczą, miałem sposobność spostrzegać 99 przypadków reinjekcji we właściwem, ścisłem znaczeniu, dokonywanych w różnych odstępach czasu, od sześciu miesięcy do $13^1/_2$ lat. Stanowiły one około 9% ogólnej liczby wszystkich moich spostrzeżeń nad działaniem surowic leczniczych, po odtrąceniu przypadków śmiertelnych, których było: 56 błonicy i 26 płonicy, razem 82. Oprócz pierwotnego okresu leczniczego jednorazową reinjekcję wykonano w 56 przypadkach; dwukrotną — w 33, a trzykrotną w 10 przypadkach. Razem było to 251 okresów chorobowych, leczonych 286 wstrzyknięciami pojedyńczych dawek oddzielnych surowicy końskiej. Otrzymane wyniki lecznicze mogę streścić, jak następuje:

1) Żaden ze spostrzeganych przypadków reinjekcji nie

zakończył się śmiertelnie. Uważałbym to raczej za przypadkowy zbieg okoliczności, wyjątkowo szczęśliwy, gdyż i po reinjekcji mogłoby nastąpić zejście śmiertelne dla tych samych powodów, dla których i pierwotnie leczeni surowicą nie mogą być wszyscy uratowani, tak np. przy zbyt późnem zwróceniu się o pomoc lekarską w przypadkach zaniedbanych, przy zbyt małej ilości zastosowanej surowicy w stosunku do siły zakażenia w danym przypadku, nakoniec przy niepomyślnych indywidualnych właściwościach ustroju, który nie zdoła uporać się zwycięsko z silniejszem zakażeniem pomimo pomocy, z jaką przychodzi mu w tym względzie wstrzyknięta surowica. Następuje to przy braku wrodzonej odporności, co biologicznie i doświadczalnie przejawiłoby się w zupełnym braku wrodzonego swoistego przeciwjadowego miana błoniczego.

2) W spostrzeganych przypadkach właściwych reinjekcji ani razu nie widziałem żadnych swoistych objawów uczulenia lub nadwrażliwości wogóle, ani w szczególności objawów wstrząsu anafilaktycznego. T o s a m o powiedzieć mogę i co do tych powtórnych wstrzykiwań pomocniczych, dodatkowych, które dokonywałem w odstępach czasu kilku czy kilkunastu godzin, kilku dni lub tygodni, wogóle przed upływem ośmiu tygodni, w ciągu jednego okresu leczniczego w danym pojedyńczym okresie chorobowym.

3) Jedyne objawy posurowicze, o ile wogóle zjawiały się, polegały na występowaniu osutek z całym zbiorem zjawisk, typowo właściwych dla charakterystycznych odczynów posurowiczych po zastosowaniu surowic przeciwjadowych. Osutki te co do czasu występowania po wstrzyknięciach, co do długości trwania, co do objawów współtowarzyszących, jak np. bóle mięśniowe, okołostawowe, lub odczyn gruczołowy, dalej co do jakości i innych właściwości, niczem zgoła nie różniły się od tych, jakie zwykły występować po wstrzykiwaniach pierwotnych. Przytem natężenie objawów po większej części zależy raczej od objętości wstrzykniętej surowicy, a nie od powtarzanej reinjekcji. Odczynu natychmiastowego lub przyśpieszonego w ścisłem słów tych znaczeniu dotąd również nie spostrzegałem.

4) W miejscu ponownego wstrzyknięcia nie spostrzegałem dotąd również żadnego podpadającego odrębnego odczynu swoistego, wczesnego ani późnego, pojedyńczego ani podwójnego.

5) Sam przebieg choroby i zdrowienie po reinjekcjach, zarówno miejscowo, w gardle, krtani, gruczołach szyjnych, jak i ogólnie co do potów, spadku ciepłoty, tętna i ogólnego stanu, o ile osobiście sądzić mogę na zasadzie wrażenia, jakie w poszczególnych przypadkach odnosiłem na podstawie wyników badania przedmiotowego, następowały lżej i prędzej, niż po wstrzykiwaniach pierwotnych. Najłatwiej dało to się spostrzegać w przypadkach cięższych i najcięższych. Biologiczną przyczyną tego byłoby przypuszczalnie łatwiejsze wytwarzanie przez ustrój swoistych antytoksyn przeciwbłoniczych w znacznie większej ilości, niż przy leczeniu pierwotnem. Chodziłoby tu o przystosowanie się komórek ustroju do tej czynności przez uprzednio przebytą sprawę walki z błonicą na tej samej zasadzie swoistego działania obcogatunkowego białka, zawartego w antytoksynach wstrzykniętej surowicy swoistej. Uczulenie nań ustroju, nie doprowadzając do groźnych dlań objawów nadwrażliwości w postaci wstrząsu anafilaktycznego, jest jednocześnie nader pożytecznym bodźcem do prędszego i łatwiejszego samoobrończego zwalczania zarazka i jego jadowitych produktów. Działanie to potęguje się i ułatwia znacznie w tym przypadku, gdy dany ustrój posiada swoje własne wrodzone przeciwjadowe miano błonicze, którego poziom może wzmagać się pod wpływem rozmaitych bodźców zewnętrznych, tak n. p. odruchowo już pod wpływem samego wtargnięcia zarazków, a dalej współczynnie po wstrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej.

»Niema uodpornienia bez uczulenia, które jest pierwszym krokiem do zapobiegania«... Ten aforyzm Richeta streszcza w sobie całą istotę omawianej tu sprawy. Ciągłość dalszych badań, jakie w tym kierunku prowadzą: Fernand Widal, Pierre Abrami, Pasteur Vallery-Radot, Pehu, Pagniez, Auguste Lumière i Henri Couturier i wielu innych we Francji, Maurice Arthus w Lozannie, G. Buché i A. Hustin w Brukseli; u nas między innymi Mikiewiczówna i Jasiński we Lwowie, jak również badacze angielscy i niemieccy, wykazuje nietylko, że aforyzm ten nic nie stracił, lecz, wraz z postępem dalszych badań, zdaje się jeszcze przybierać na znaczeniu, stając się niejako cennym drogowskazem w wypadkach zwątpienia i chwilowej dezorjentacji.

Uważam za konieczne w końcu poświęcić słów kilka sprawie zapobiegania chorobie posurowiczej, a przedewszystkiem naturalnie możliwości wybuchu po reinjekji wstrząsu anafilaktycznego. Nie wchodząc w szczegóły omawianej sprawy, które przeważnie już uwzględniłem w pracy poprzedniej (patrz Przegląd lekarski 1914 Nr. 29—33), ograniczę się tu do następujących uwag:

I. Wstrzyknięcie surowicy, pierwotne czy powtórne, wprowadzające obcogatunkowe białko do ustroju drogą pozajelitową, może zawsze wywoływać objawy posurowicze. Ujemne działanie przejściowych produktów rozkładu tego białka we krwi, polegające na podrażnieniu ośrodków naczynio-ruchowych, przejawia się na zewnątrz szeregiem przypadów, znanych pod ogólną nazwą odczynu posurowiczego. Przypady te, zależne od stopnia wrażliwości sfery naczynioruchowej danego ustroju (*labilitas vasomotorica*), po krótszem lub dłuższem trwaniu znikają zwykle bez śladu, o ile tylko surowica wstrzyknięta odpowiada następującym warunkom: 1) nie zawiera żadnych pierwiastków białkowych, jadowitych *quand même* dla ośrodków naczynioruchowych, a więc: bakterji jako takich, produktów ich życia (toksyn lub egzotoksyn), ułamków lub resztek ciał martwych bakterji (endotoksyn), oraz ciał białkowatych bakterjobójczych. Surowice przeciwjadowe powinny nie zawierać tych składników; 2) jest dobrze i »lege artis« przygotowana i odpowiednio przechowana, aż do chwili wstrzyknięcia; 3) nie podlega przeto zepsuciu, nadpsuciu lub jakimkolwiek niepożądanym zmianom chemicznym w swych białkowatych częściach składowych.

Pamiętać należy przytem, że surowica końska bywa wogóle przez ustrój ludzki, nawet w jego latach najmłodszych, znoszona znacznie lepiej, niż przez ustrój wszystkich zwierząt, używanych do doświadczeń i prób leczniczych przedwstępnych. Dalej, stosownie do wskazówek Bujwida, surowica przeciwbłonicza przy odstawaniu się jej przez czas dłuższy przed użyciem, zatraca swą jadowitość t. zw. pierwotną, przez co zmniejsza się jej wskaźnik toksyczny, przyczem jednak jej siła lecznicza, polegająca na pewnej ilości antytoksyn, nie zmniejsza się lub tylko w minimalnym stopniu, nie mającym znaczenia. Pozostaje już potem tylko t. zw. jadowitość wtórna, której istota polega na rozkładzie w ustroju białka obcogatunkowego bez względu na to, z jakiegokolwiek by gatunku zwierzęcia surowica ta pochodziła. Wynika więc stąd pierwsza zasada: stosować surowicę, o ile można, wysokowartościową, aby w jaknajmniejszej objętości zawierała jaknajwięcej antytoksyn swoistych, gdyż wówczas wprowadzamy do ustroju pozajelitowo możliwie mniej obcego białka.

II. Metoda wprowadzania surowicy leczniczej do ustroju gra również bardzo ważną rolę. Najsilniej i najprędzej działają wstrzykiwania d o ż y l n e, one też wywołują najsilniejszy odczyn posurowiczy. W przypadkach ciężkich, lub zaniedbanych i zapóźnionych, gdzie chodziłoby o jaknajprędsze i jaknajsilniejsze działanie surowicy, pewniejszego skutku dodatniego należałoby oczekiwać od metody dożylnej, która przy zachowaniu pewnych ostrożności i ścisłej aseptyki nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa nawet w praktyce prywatnej.

Metoda w s t r z y k i w a ń ś r ó d m i ę ś n i o w y c h, stojąca pośrodku między dożylną a podskórną, działa słabiej niż dożylna, lecz, według G a b r i e l a i M o r g e n r o t h a, s z e ś ć r a z y p r ę d z e j, niż podskórna. Od roku 1911 zalecano powszechnie dokonywać jej zamiast podskórnej, zwłaszcza w przypadkach ciężkich, a już obowiązkowo tam, gdzie metoda dożylna nie może być dla jakichbądź powodów zastosowana. Wstrzykiwania śródmięśniowe, wchłaniając się nieco wolniej, dają też i odczyn następczy nieco słabszy, zbliżony do podskórnego. Początkowo proponowano wstrzykiwania śródmięśniowe w okolicy międzyłopatkowej, lecz niedogodność leżenia na plecach i bóle międzyżebrowe były powodem, że zmieniono miejsce wstrzyknięcia na okolicę pośladków. Tu

znów często zjawiające się długotrwałe nacieki, pozostające niekiedy jeszcze do końca drugiego tygodnia, wielkości pięści, bolesne i powstałe przypuszczalnie z powodu niespokojnych ruchów dziecka z przysiadaniem na pośladki, były powodem, że zmieniono miejsce wstrzyknięć na okolicę mięśni uda (*m. vastus externus*). Nie rozstrzygnięto ściśle, czy tkanka mięsna może sobie dość łatwo dawać radę z wessaniem w jednym punkcie surowicy w objętości 4 do 30 ccm, albo i wyżej. Powszechnie wiadomo, że jednym z objawów posurowiczych są bóle mięśniowe, zależne przypuszczalnie od nagromadzenia się w mięśniach produktów pozajelitowej przeróbki przejściowych wytworów rozkładu białka surowicy wstrzykniętej. Przy wstrzyknięciach więc śródmięśniowych niepożądany ten objaw mógłby się potęgować, co jednak nie mogłoby być brane w rachubę w przypadkach, wymagających silnej i prędkiej interwencji *à tout prix*. Wstrzykiwania podskórne, wchłaniające się najwolniej, działają też najsłabiej, a sama możliwość działania zależy od zdolności tkanki podskórnej do należytego wessania wstrzykniętej cieczy. Odczyn posurowiczy jest też tu stosunkowo najsłabszy. Metoda podskórna, jako najłatwiejsza i najdostępniejsza do wykonania w praktyce prywatnej, w przeważnej liczbie przypadków o natężeniu słabszem lub średniem, wystarcza w zupełnościdla praktyki prowincjonalnej. Dla reinjekcji byłaby najwłaściwszą, jako dająca najsłabszy odczyn posurowiczy.

III. Zagadnienie wstrzykiwań zapobiegawczych odnośnie do reinjekcji ma znaczenie pierwszorzędne.Zdania seroterapeutów i lekarzy praktyków są tu podzielone. Jedni stosują je na szeroką skalę i przeważnie z dobrym skutkiem bez żadnych złych następstw pomimo wielokrotnie dokonywanych potem reinjekcji leczniczych tejże surowicy. Nie wywoływały one żadnych innych objawów nadwrażliwości prócz zwykłych posurowiczych, a własności trwania odporności biernej po wstrzyknięciach zapobiegawczych są, według mniemania tych badaczy, niedoceniane. Są oni zdania, że czas trzech tygodni jest najkrótszym czasem jej trwania, zwykle zaś bywa on dłuższy, niekiedy trwa do roku i dłużej. Braun w Berlinie postawił nawet jako ostateczny wniosek: «Wstrzykiwania zapobiegawcze i wczesne lecznicze, dokonywane bezpłatnie na osobnych specjalnych stacjach miejskich, są główną podstawą i pomocą do walki z błonicą».

Inni jednak zalecają pewną rezerwę w stosowaniu wstrzyknięć zapobiegawczych, a nawet dowodzą ich szkodliwości. Utrzymują oni, że odporność właściwa trwa nie dłużej nad trzy tygodnie. Gdy zaś później osoby takie zapadną na błonicę, śmiertelność wśród nich ma być większą, co ma zależeć od zmniejszonej żerności (phagocytosis) ciałek białych wskutek okresu odporności biernej, przez jaką czasowo przeszły. Dalsze badania nie potwierdziły tego mniemania, natomiast dowiodły, że współczynnik zaraźliwości błonicy wynosi od 14·5 do 20, więc i odsetka zachorowań powinna być o wiele mniejsza; przytem w razie wystąpienia objawów chorobowych ma się zupełną swobodę postępowania wobec braku tak zwanych wstrzyknięć przygotowawczych, jakiemi stają się wstrzyknięcia zapobiegawcze. Dla tych dwóch powodów niektórzy klinicyści seroterapeuci zalecają ograniczać się do stosowania surowicy wtedy, gdy już jakiekolwiek objawy choroby, choćby najdrobniejsze, stały się dostrzegalnemi (*morbus in statu nascendi, m. incipiens*). Ja osobiście, mając do czynienia przeważnie z biedniejszą sferą ludności, hołduję tej samej zasadzie i wstrzyknięć zapobiegawczych prawie nie stosuję, dawki zaś lecznicze również staram się ograniczyć do mniejszych ile możności objętości. Ten przymusowy zbieg okoliczności był zawsze w zgodzie z zasadą ekonomji pracy ustroju przy pozajelitowej przeróbce obcogatunkowego białka, przez co i ubocznych produktów przejściowych tej przeróbki pozostaje o wiele mniej do następnego usunięcia z ustroju. Główną jednak zasadą powinno być: stosowanie większych dawek jednorazowych, zależnie od potrzeby danego przypadku, bez względu nawet na możliwość silniejszego odczynu posurowiczego po ewentualnej reinjekcji.

IV. Ostateczne wnioski co do postępowania przy reinjekcjach dadzą się sprowadzić do następujących prawideł:

Aby zmniejszyć, o ile można, objawy posurowicze, należy starać się wstrzykiwać, ile możności, małe objętościowo dawki surowicy jaknajbardziej wysokowartościowej, t. j. zawierającej jaknajwiększą liczbę jednostek ochronnych w jednym cm. sz. W razie braku takiej surowicy pod ręką należy wstrzykiwać tę, o jaką w danej chwili najłatwiej, pamiętając o tem, że objawy posurowicze, choćby w nieco cięższej i niemiłej postaci, co jest zjawiskiem wyjątkowem, nie są nigdy dla chorego niebezpieczniejsze, niż sama choroba zakaźna.

Większą ostrożność natomiast zachować należy w stosowaniu metody dożylnej, zwłaszcza przy reinjekcjach pomocniczych, dodatkowych, dokonywanych w okresie 10 dni do 8 tygodni po wstrzyknięciu pierwotnem. Unikać należy stosowania surowicy bez koniecznej potrzeby, zwłaszcza w zbyt małych, często powtarzanych, dawkach, oraz zbyt pochopnego stosowania jej w celach zapobiegawczych. Najbardziej dotyczy to ustrojów, mających wyjątkową skłonność do łatwej utraty równowagi ośrodków naczynioruchowych (*labilitas vasomotorica*), jak to bywa u chorych na dychawicę (asthma), neurasteników i wogóle u nerwowców, oraz u osób niedokrwistych, krzywiczych lub charłaczych, a także podczas dłużej trwających powikłań pobłoniczych. W tych powikłaniach ciągła obecność żywych prątków błoniczych i stalsze związanie się ich toksyn z protoplazmą komórek, pomimo współczesnego istnienia większej ilości niweczników swoistych we krwi po pierwotnem wstrzyknięciu leczniczem surowicy przeciwbłoniczej, stwarza warunki niepomyślne dla działania świeżej dawki antygenu białkowego surowicy reinjekowawej. Klinicznie mogłoby to przejawić się pod postacią niepożądanego, groźnego, a nawet fatalnego, odczynu następczego.

Wymienione tu przepisy uważałbym za jedynie praktyczne i racjonalne. Stosowanie poza niemi w celach zapobiegawczych różnych środków farmaceutycznych, wielokrotnie proponowanych, a także różnych sposobów samej techniki reininjekcji oraz minimalnych dawek ochronnych, poprzedzających na krótko samą reininjekcją, po większej części nie odpowiedziały z biegiem czasu pokładanym w nich z początku nadziejom. Metody te w swoim czasie szczegółowo omawiałem (patrz wyżej l. c.), dlatego też obecnie nie omawiam ich tu ponownie.

Bezwątpienia największe znaczenie dla zapobiegania przed zakażeniem błoniczem, pierwotnem i powtórnem, któreby czyniło zbytecznemi reinjekcje lecznicze surowicy, miałyby szczepienia, wzbudzające w ustroju stałą lub długotrwałą odporność czynną przeciw błonicy tak, jak szczepienia ospy ochronnej przeciwko ospie naturalnej. Szczepienia takie w postaci mieszanek toksyn błoniczych z antytoksynami zaproponował w r. 1913 Behring. Weszły one zaraz w okres próbnego zastosowania praktycznego; wybuch wojny jednak, a następnie i śmierć Behringa powstrzymały je lub ograniczyły. Od roku 1914 próby te są systematycznie prowadzone w Ameryce; głównie pracują w tym kierunku Park i Zingher w New-Yorku. Stosują oni mieszankę (TA), przygotowaną przez odstawanie się jej przez czas dłuższy w chłodniach. Mają już przeszło 52000 dzieci szczepionych, które są ciągle jeszcze w dalszej obserwacji. Wyniki otrzymane podobno są nader dodatnie i zachęcające. (Sprawozdanie szczegółowe było ogłoszone w *Journal of the Americ. med. Assoc.* 1921. Nr. 11 z dnia 10 września).

We Francji stosują obecnie mieszankę, przygotowywaną *ex tempore* (T+A) na krótko przed szczepieniem. (Renault i Lévy. Bullet. de l'Acad. de médecine. Séance du 16 Mai 1922). Stan zupełnego uodpornienia dochodzi do właściwego poziomu dopiero po kilku miesiącach i pozostaje na trwałe przez czas dłuższy, jak to stwierdza odczyn Schicka, zwykły i wzmocniony. Jak długo trwać może w ustroju wywołana tym sposobem zupełna odporność czynna, stwierdzą to dalsze badania. Obecnie już można mieć nadzieję, że ochronne szczepienia przeciwbłonicze będą mogły wzbudzić i podtrzymać odporność przeciw błonicy przez okres czasu dla ustroju najniebezpieczniejszy, t. j. od urodzenia do młodzieńczej dojrzałości.

Dr. Stanisław Typrowicz. Kraków.

O śmierci gwałtownej z postrzału w ostatnich 23 latach (od 1899 do 1921 r. wł.)

Z zakładu medycyny sądowej U. J. w Krakowie. (Dyrektor Prof. Dr. Wachholz.)

Śmierć z postrzału jest w czasach normalnych stosunkowo rzadko następstwem zbrodniczego działania osób drugich. Jak pouczają odnośne statystyki, największy odsetek tego rodzaju śmierci gwałtownej dają zamachy samobójcze, w drugim rzędzie wypadki (nieostrożne obchodzenie się z bronią), a na ostatniem dopiero miejscu morderstwa, względnie zabójstwa. W Krakowie śmierć z postrzału stanowiła po otruciu najczęstszy sposób śmierci samobójczej w latach od 1881 — 1892 r., a najczęstszy wogóle w okresie od 1892 do 1899 r. [1]). — Zestawienie niniejsze obejmuje obok szeregu lat pokojowych także okres wojny światowej. Należało przewidywać, że wojna, a za nią przewrót polityczny, który w tak różnorodny sposób oddziałał na stosunki społeczne, uwidocznił swój wpływ także w statystyce rodzajów śmierci z postrzału, statystyce, będącej przecież, jak każda inna z tej dziedziny, wiernem odbiciem i przejawem tych stosunków. Przewidywanie to okazało się najzupełniej usprawiedliwione i to do tego stopnia, że w statystyce tego 23 letniego okresu (od 1899 do 1921 r.) mimowoli narzuca się podział na dwa zupełnie od siebie różne okresy. Lata od 1899 — 1917 wł. wykazują w przypadkach śmierci z postrzału 57.2% dla samobójstw, 26.5% dla wypadków, a tylko około 16% dla morderstw i zabójstw (w tem zaledwie 6% morderstw). Natomiast ta sama statystyka ostatnich 4 lat daje tylko 21.5% samobójstw, 25% wypadków, a przeważna liczba, bo 53.5%, przypada na morderstwa i zabójstwa (w tem blisko 30% morderstw!). Wybitna ta różnica uwydatni się jeszcze wyraźniej, jeżeli się zwróci uwagę na jakość i pobudki zbrodni. Powyższa liczba 6% dla przypadków morderstw okresu przed przewrotem obejmuje poważny odsetek morderstw, dokonanych przez mężczyzn na kobietach, morderstw, które z dużem prawdopodobieństwiem można tłómaczyć także jako t. zw. »samobójstwa podwójne« albo »mordy rodzinne«. Statystyka zaś okresu powojennego roi się od przypadków zbrodni, której motywem był rabunek. Zatem zmieniła się i jakość i ilość przypadków śmierci z ręki osoby drugiej; ta ostatnia wzrosła pięciokrotnie (z 6% na 30%). Znamienne jest, że największe cyfry pod tym względem wykazuje rok 1919, a więc czas bezpośrednio po wielkim przewrocie politycznym u schyłku 1918 r. Na 5 samobójstw w tymże roku przypada 27 morderstw (zabójstw), a 15 wypadków. Jeśli się uwzględni, że na ten właśnie rok przypada okres po owej chaotycznej demobilizacji, która udostępniła broń palną najszerszym warstwom społeczeństwa, następnie upadek sprawności odpowiednich władz bezpieczeństwa, wraz z obniżeniem poziomu moralnego całego społeczeństwa, wywołanem z natury rzeczy przez wojnę, to przyczyna powyższego zjawiska będzie jasna.

Podkreślenie tego wpływu wojny i jej następstw na niebywały procentowy przyrost przypadków śmierci, ręką zbrodniczą zadanej, jest wskazane ze względu na należyte zrozumienie niżej podanego zestawienia, gdyż cyfry odsetkowe dla poszczególnych grup przypadków będą tu niejako wypadkowemi cyfr obu wyżej wspomnianych okresów. — Ogólna liczba sekcjonowanych w czasokresie ostatnich 23 lat w tutejszym zakładzie przypadków śmierci z postrzału wynosi 282, w tem 235 mężczyzn i 47 kobiet (w odsetkach 83,4% na 16.6%). Z tej cyfry ogólnej przypada na:

	Mężczyzn	Kobiet	razem
Samobójstwa	102	18	120=41.6%
Morderstwa (zabójstwa)	70	19	89=32.0%
Wypadki nieszczęśl.	63	10	73=26.3%
Razem	235	47	282

[1]) Patrz Wachholz: „O samobójstwie wogóle, a w szczególności o samobójstwie w Krakowie w latach od 1881—1892. Pgl. lek. 1893. Nr. 2 i 5., tudzież Klęsk: „Kilka uwag o samobójstwie, z uwzględnieniem kazuistyki krakowskiej za czas od r. 1892 — 1898 (wł.)". Pgl. lek. 1900. Nr. 3, 4 i 5.

Udział ofiar według płci w odsetkach wynosił:

	W samobójstwach	morderstwach (zab.)	wypadkach
Mężczyźni	85.0%	79.7%	86.3%
Kobiety	15.0%	21.3%	13.7%

I. Wiek ofiar wynosił:

a) W samobójstwach:

	Mężczyźni	Kobiety	razem
od 15—20 r. ż.	16	5	21
„ 21—30 „ „	37	11	48
„ 31—40 „ „	19	2	21
„ 41—50 „ „	15	—	15
„ 51—60 „ „	10	—	10
„ 61—70 „ „	5	—	5

b) morderstwach (zabójstwach):

	Mężczyźni	Kobiety	razem
od 15—20 r. ż.	14	7	21
„ 21—30 „ „	32	8	40
„ 31—40 „ „	13	1	14
„ 41—50 „ „	8	—	8
„ 51—60 „ „	3	3	6

c) W wypadkach:

	Mężczyźni	Kobiety	razem
od 1—15 r. ż.	15	5	20
„ 16—20 „ „	21	—	21
„ 21—30 „ „	13	2	15
„ 31—40 „ „	5	3	8
„ 41—50 „ „	2	—	2
„ 51—60 „ „	6	—	6
„ 61—70 „ „	—	—	—
„ 71—80 „ „	—	—	—
„ 81—90 „ „	1	—	1

II. Broń palna, użyta:

	W samobójstwach	Morderstwach	Wypadkach
Krótka dawnego syst.:			
rewolwer (pistolet) mał. kalibr.	57	17	8
„ „ śred. „	25	17	6
„ „ dużego „	30	3	3
Krótka nowoczesna:			
browning	1	9	5
Długa:			
strzelba (śrut)	2	5	12
karabin	—	22	5
Flobert	—	—	3
Szrapnel	—	—	4
Granat armat.	—	—	1
„ ręczny	—	—	2
bliżej nieznana (włas. wyrobu)	—	—	1
rurka metal. (proch+szkło)	—	—	2
Patrony, które eksplodowały	—	—	2
Klucz	—	—	1
Nie dająca się określić	5	16	18

III. Siedziba ran postrzałowych:

Okolice ciała:	W samob.	w morder.	w wypadk.
Głowa	73	17	17
szyja	3	1	5
broda	6	—	—
kark	—	2	—
kręgosłup	—	2	—
klatka piersiowa	37	18	13
ramię	1	1	3
brzuch	—	37	18
biodro	—	—	2
pośladki	—	2	—
udo	—	8	6
kolano	—	—	2
podudzie wraz z stopą	—	1	2
Całe ciało	—	—	5

Przechodząc z kolei do bliższego omówienia poszczególnych grup przypadków, stwierdzamy odnośnie do samobójstw, że największa ich liczba przypadała zarówno u mężczyzn, jak u kobiet, na wiek między 21 a 30 r. życia, przyczem, o ile u mężczyzn między 40 a 70 r. ż. mamy jeszcze wysoką liczbę 30, to u kobiet nie spotykamy ani jednego przypadku. Co do pory roku, to największą ilość sa-

mobójstw wykazywały miesiące: kwiecień, maj i czerwiec (każdy po 15), październik (13), sierpień, listopad i grudzień (po 10), styczeń, luty i marzec (po 7), wreszcie lipiec (6) i wrzesień (5).

Bronią samobójców była z reguły broń krótka dawnego systemu (proch czarny i pocisk ołowiany), przeważnie kalibru małego, lecz używany był i kaliber średni, a wcale często duży. Użycie strzelby w celu samobójstwa było tylko w jednym przypadku niewątpliwe. Przypadek ten dotyczył 18 letniego ucznia gimn., który w r. 1900 wystrzałem śrutowym w usta pozbawił się życia. Drugi przypadek, uwidoczniony w powyższem zestawieniu (Tab. II.) — (17 ran od śrutu na skroni i policzku lewym, zadanych z pobliża), który zdarzył się u 18 letniego robotnika w tymże samym roku, nie dozwolił na podstawie obrazu sekcyjnego (a wywiadów brakło) orzec napewno, czy zachodzi tu samobójstwo, czy też strzał zadała ręka drugiej osoby.

Siedziba ran (Tab. III) była prawie z reguły typowa: Przypadała w 60.8% na głowę, w 30.8% na okolicę serca, w 5% na brodę, w 2.5% na szyję. Na 73 postrzałów w głowę w 46 była celem samobójcy skroń prawa, w 19 jama ustna; w 8 zaś przypadkach spotykano siedziby rzadsze: 2 na skroni lewej, 2 w oku prawem, 2 na policzku lewym, w końcu na czole i nosie po 1. — Z tych ostatnich do niezwykłych istotnie należy zaliczyć przypadek rany postrzałowej na nosie. Zdarzył się u 43 letniego robotnika. Oględziny zewnętrzne zwłok wykazały: Na grzbiecie nosa, nieco po stronie lewej, w samym jego środku, t. j. 4 cm od końca nosa, otarcie naskórka okrągławe, a odśrodkowo, na zewnątrz jego brzegu, ranka okrągła, o średnicy 0,4 cm, o brzegach gładkich, ostrych, lekko podminowanych, zresztą nieznacznie tylko krwią podbiegnięta, drążąca w głąb ku górze. W otoczeniu brak osmalenia, ziarn niespalonego prochu lub zmian we włosach, charakterystycznych dla działania wysokiej ciepłoty. Zresztą na ciele brak obrażeń. Oględziny wewnętrzne wykazały: ropne zapalenie opon mózgowych i tkanki mózgowej. Kanał postrzałowy przebiegał przez strop oczodołu lewego, płat czołowy lewy i komorę boczną lewą, na której dnie znaleziono zniekształcony pocisk ołowiany. Osmalenia i wogóle cech postrzału z bliska nie stwierdzono dlatego, że między śmiercią a datą zamachu samobójczego upłynął dłuższy przeciąg czasu, za czem przemawia także wystąpienie u denata zapalenia opon i mózgu. — W pięciu przypadkach (na ogólną ilość 120) stwierdzono wielokrotność ran (zadanych pociskiem jednolitym, bo śrutowe pomijam): U 38 letniego mężczyzny jedna rana na skroni prawej, a dwie na skroni lewej; u 25 letniego mężczyzny — dwie rany na skroni prawej; u 39 letniego mężczyzny — jedna rana na skroni prawej, a jedna klatki piersiowej po stronie lewej; u 65 letniego mężczyzny — jedna rana klatki piersiowej, a druga brzucha; wreszcie u 68 letn. mężczyzny — dwie rany serca, blizko ponad sobą ułożone.

Kombinowanych samobójstw było 4: trzech mężczyzn, z tych jeden zażył sublimatu i kwasu karbolowego, a następnie postrzelił się na szyji pod brodą — drugi wypił kwas solny i postrzelił się w okolicę serca, trzeci zażył trucizny, strzelił w lewą połowę klatki piersiowej i skoczył z II. piętra; wreszcie jedna kobieta (16 letnia), postrzeliwszy się w prawą skroń, rzuciła się z II piętra. — Samobójstw podwójnych (rodzinnych) było 8: w 2 przyp. zastrzelił syn matkę, a potem sobie odebrał życie postrzałem. W 3 przypadkach samobójcy zadali sobie postrzał w klatkę piersiową bez uprzedniego obnażenia jej. — Że na obecności poszczególnych tylko typowych cech, przemawiających za samobójstwem, a nawet na obecności równoczesnej wszystkich cech typowych nie można nigdy bezwzględnie pewnie oprzeć orzeczenia, czy w danym przypadku ma się do czynienia z postrzałem samobójczym, czy ze zbrodnią, dowodzą trzy przypadki, ogłoszone przez Wachholza [2]).

Z rzadkiej kazuistyki przypadków tego okresu należy w końcu wymienić przypadek niezwykłego przebiegu kanału postrzałowego u 23 letniego samobójcy, który postrzałem w szyję (przyczyna: zawód miłosny) odebrał sobie życie. Przy oględzinach denata stwierdzono: Na szyji z boku, po stronie prawej, 5 cm od linji środkowej ciała, na wysokości górnego brzegu chrząstki tarczykowej, rana okrągła, o średnicy 0,6 cm, o brzegach ostrych, gładkich, nieco podminowana, w głąb drążąca. Otoczenie rany, zwalane obficie krwią, okazuje wszystkie cechy rany postrzałowej, z bliska zadanej. Po odpreparowaniu skóry na szyji zauważa się kanał postrzałowy grubości średniego palca, o ścianach czarnych, z których z łatwością zebrać się dają ziarna niespalonego prochu. Kanał ten biegnie ku górze i wewnątrz i wnika z boku w drugi krąg szyjny; dalszy jego przebieg daje się dokładnie stwierdzić dopiero po oddłutowaniu od strony grzbietowej zwłok wyrostków ościstych 2, 3 i 4 kręgu szyjnego, tudzież tylnego łuku atlasu: przechodzi on mianowicie przez krąg szyjny drugi tuż pod powierzchnią stawową górną, przerywa dość nierówno tętnicę kręgową prawą, wnika następnie w kanał kręgowy i, miażdżąc rdzeń w postaci rynienki, biegnącej ku górze i na stronę lewą, gubi się w końcu przez otwór potyliczny wielki w jamie czaszkowej. Powłoki czaszkowe po stronie wewnętrznej nigdzie nie uszkodzone, blade. Przy wyjmowaniu mózgu zauważa się w tylnem lewem zagłębieniu podstawy czaszki ciemną, wiotko skrzepłą krew i drobne ciemne elastyczne skrzepy, przechodzące także przez otwór potyliczny wielki do kanału kręgowego. Po odcięciu możliwie najniżej rdzenia kręgowego, wyjęciu wraz z mózgiem i opłukaniu, zauważa się, że rdzeń przedłużony po stronie lewej jest zmiażdżony, rozmiękły, barwikiem krwi nasiąkły. Na dolnej powierzchni lewej półkuli móżdżku, prawie przy linji środkowej ciała, znajduje się otwór nieregularny, o brzegach poszarpanych, krwią podbiegniętych, który przechodzi w kanał, biegnący ku górze, nieco ku zewnątrz i przodowi przez całą półkulę lewą móżdżku aż na jej powierzchnię górną, a następnie przez wewnętrzno-dolną powierzchnię płatu potylicznego lewego dostaje się w obręb półkul mózgowych, otwiera tylny róg komórki bocznej lewej, biegnie dalej również w kierunku ku górze i nieco ku zewnątrz i przodowi i kończy się mniej więcej w środku płatu ciemieniowego lewego na sklepistości. Tu, wśród zmiażdżonej tkanki korowej i skrzepików krwi, mieści się spłaszczony bocznie pocisk ołowiany, o kalibrze 0,7 cm. Opona twarda nad pociskiem okazuje szczelinowatą przerwę, $1^1/_2$ cm długą, zresztą jest gładka, lśniąca, jak opony miękkie, bez zmian chorobowych.

Odnośnie do drugiej grupy przypadków: morderstw i zabójstw, można stwierdzić, że co do wieku (Tab. I b.) i tutaj największą liczbę ofiar daje u obu płci wiek między 21 a 30 r. życia. Tłem morderstw i zabójstw były: u mężczyzn w 16 przyp. rabunek, 14 było zabitych przez policjanta lub żołnierzy (za przekroczenia), 6 zabito w rozruchach 1917—1919 r., 4 zabito w bójce; dla reszty przypadków w liczbie 30 brak bliższych wyjaśnień. U kobiet tłem zbrodni były: zazdrość jednej kobiety wobec drugiej w 1 przyp., rabunek w 1, rozruchy w 2, bójka w 1; w 6 przyp. pozostałych (8 przypadków zaliczono wyżej do »mordów rodzinnych«) — tło było nieznane. Sprawcami zbrodni we wszystkich tych przypadkach tak u mężczyzn, jak i u kobiet byli mężczyźni, prócz jednego przypadku, gdzie morderczynią kobiety była kobieta. Przypadki mordu kobiety, dokonanego przez kobietę, zapomocą strzału, należą do rzadkości, dlatego też przypadek ten zasługuje na uwagę. Zdarzył się on w Krakowie pod koniec r. 1914. Jak podają wywiady, sprawczyni dokonała zbrodni w kuchni w mieszkaniu swego byłego służbodawcy z zazdrości, że straciła służbę przed kilku miesiącami, a następczynią jej była denatka. Pomawiała denatkę o stosunek ze służbodawcą, często się jej odgrażała. Przybyła rano pewnego dnia do denatki, posławszy poprzód 15 letniego chłopca, który sprawczyni kupił rewolwer. W domu nikogo nie było. Po dokonaniu zbrodni morderczyni sama zgłosiła się na policję i przyznała, że strzeliła do denatki w skroń, gdy ta, stojąc na krześle, nakręcała zegar, a po upadku denatki z krzesła dała drugi strzał w plecy. Sekcja zwłok wykazała istotnie ranę postrzałową o średnicy 0.7 cm, na skroni lewej, o cechach postrzału z dala. Kanał

[2]) Pgl. lek. 1911.

rany drążył poprzez kość skroniową lewą i oba płaty czołowe mózgu; prócz tego znaleziono drugą ranę o takich samych cechach na plecach, 10 cm poniżej kąta prawej łopatki, drążącą ku kręgowi I lędźwiowemu.

Broń, użytą w morderstwach, stanowiły rewolwery (pistolety) dawnego, a także nowego systemu (browning), o kalibrze małym i średnim, w nielicznych przypadkach dużym. Stosunkowo często był użyty karabin, przeważnie w zabójstwach (rozruchy), w jednym przypadku w napadzie bandyckim. — W 16 przypadkach, uwidocznionych w zestawieniu, nie można było skreślić przy sekcji rodzaju broni, względnie pocisku i charakteru ran, ponieważ zabieg operacyjny i gojenie zmieniły pierwotne obrażenie. Siedzibę ran podano w zestawieniu; należy tutaj dodać to tylko, że prawie w połowie przypadków obrażenia były wielokrotne (pociskiem jednolitym) z równoczesnem umiejscowieniem na klatce piersiowej i brzuchu, względnie podudziu, względnie na głowie i klatce piersiowej, brzuchu, udzie lub podudziu i t. d. W jednym przypadku udało się na podstawie cech ran orzec, że dwie z nich były zadane bronią krótką o kalibrze małym, dwie zaś bronią o kalibrze średnim, czyli, że sprawców było conajmniej dwóch, co też dalsze dochodzenia potwierdziły.

Wypadki dotyczyły — jak zwykle — w przeważnej liczbie (bo więcej jak w połowie przyp. — Tab. I c.) osób poniżej 20 r. życia. Liczbę ich ogólną powiększa osobna grupa z 4 kobiet i 2 mężczyzn, zranionych przypadkowo wśród działań wojennych w roku 1914 granatem lub szrapnelem. Osoby te zmarły następnie w szpitalu św. Łazarza i były poddane sekcji w zakładzie. Inne zranienia podobne zdarzyły się wśród zabawy znalezionym granatem ręcznym, względnie szrapnelem. Różnorodność broni (Tab. II), które sprowadziły nieszczęśliwe wypadki, zestawiono już w tabelce. W 18 przyp., podobnie, jak w grupie drugiej, nie można było na podstawie wyniku sekcji ustalić rodzaju broni, gdyż zabieg operacyjny i leczenie zatarło rany pierwotne. — Jakkolwiek w wypadku na ogół doznać może obrażeń każda okolica ciała równie często, to jednak najczęstsze siedziby ran spotykamy na brzuchu (tab. III), głowie i klatce piersiowej, co się tłómaczy z jednej strony tem, że, jak to kilkakrotnie zdarzyło się w naszych przypadkach, broń wypaliła, gdy sprawca w zabawie lub z »żartu« mierzył nią w te okolice ciała, z drugiej zaś tą okolicznością, że brzuch, klatka piersiowa i głowa, mając stosunkowo największą powierzchnię, narażone są odpowiednio częściej na obrażenia. Wreszcie wielokrotności ran nie spostrzegano w postrzałach z wypadku, co się tłumaczy jego istotą.

Kończąc powyższe zestawienie, składam podziękowanie Dyrektorowi Zakładu, Prof. Wachholzowi za cenne wskazówki i zezwolenie korzystania z materjału zakładowego.

Z praktyki.

Dr. Szymon Tenenbaum. Piotrków.

Przypadek choroby Werlhoff'a.

Ze szpitala wojskowego (oddz. wewnętrz.) w Piotrkowie (Dowódca ppłk. lek. dr. Szmurło).

Przypadek plamicy krwotocznej Werlhoffa (*morbus maculosus Werlhoffi*), spostrzegany na oddziele wewnętrznym szpitala wojskowego, zasługuje na uwagę ze względu na rozwój i przebieg choroby.

K., lat 23, chory od lutego 1922 r. 17. V. przybył do szpitala wojskowego w Piotrkowie na oddział chirurgiczny. Przy badaniu stwierdzono: zapalenie ropne gruczołów chłonnych z przetokami po lewej stronie szyji. 23 V. wyłyżeczkowanie gruczołów w uśpieniu chloroformowem. 28. VI. chorego odesłano na oddz. wewnętrzny celem ambulatoryjnego zbadania. Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienie mierne. Skóra nieco blada. Chorób zakaźnych nie przebywał. Na szyji, z lewej strony, przetoki, z których wydziela się ropa. Ciepłota 38,6°. Gorączkuje od 18. VI. Jednocześnie z gorączką bóle i obrzęk stawów skokowych i kolanowych; obecnie bóle w prawym stawie garstkowym i łokciowym. Płuca bez zmian. Serce: wymiary nie powiększone, tony nieco głuche, tętno 96°. Bolesność przy ruchach w stawach skokowych i kolanowych. Obrzęk prawego stawu garstkowego i łokciowego. Rozpoznanie: ostry gościec stawowy. Leczenie: Salicylan sodowy a 0,5, 8 razy dziennie. Chorego odesłano na oddział chirurgiczny. 9. VII. krwawienie z nosa. 12. VII. przeniesiony na oddział wewnętrzny, Chory gorączkuje. Skóra: na podudziu prawem i lewem duża ilość wybroczyn od ziarnka prosa do wielkości grochu, wybroczyny rozlane prawie równomiernie; na grzbietach stóp podbiegnięcia krwawe; na udach, kończynach górnych wybroczyny w nieznacznej ilości; na tułowiu pojedyncze wybroczynki; podbiegnięcie krwawe prawej dolnej powieki. Błony śluzowe. Na spojówce gałki ocznej lewego oka i na spojówce powieki dolnej prawego oka plamki krwawe. Błona śluzowa warg usiana wybroczynkami i skrzepami krwi, na języku pęcherzyki wypełnione krwią, na języczku krwiak wielkości wiśni. Wybroczynki na błonie śluzowej policzków. Krwawienie z jamy ustnej i nosa. Mocz krwawy. Kał zabarwiony krwią. Serce: tony głuche, tętno 100. Płuca bez wyraźnych zmian. Śledziona i wątroba niemacalne. Bolesność w stawach kolanowych i skokowych, obrzęki prawego stawu garstkowego i łokciowego ustąpiły. Rozpoznanie: plamica krwotoczna Werlhoffa. Leczenie: 10% $CaCl_2$ 10 cm³ dożylnie. Inf. Secal. cornut 6,0 : 180,0 Tinc. Cinnamomi 10,0 M. D. S. Co 2 godziny łyżkę stołową. Djeta: płynna, chłodna. 12. VII. Ergotyna podskórnie. Płukanie jamy ustnej, tampony do nosa i lewatywy z kwasem garbnikowym. 13. VII. krwawienie z nosa i jamy ustnej mniejsze. Wypróżnienia krwawe. Tętno 108, słabo napięte. Tony serca głuche. Leczenie: Bismuthi subnitr. 0,5, Plumbi acetici 0,05, Natri bicarbonici 0,3 3 razy dziennie. Gelatina ster. pro injectione 10% — 10 ccm podskórnie. 14. VII. świeżych wybroczyn nie stwierdza się. Mocz krwawy: wypróżnienia krwawe. Wymioty. Chory nieprzytomny. Ergotyna podskórnie. 15 VII. uporczywe wymioty, zaparcie stolca, mocz krwawy. 10% $CaCl_2$ 10 ccm dożylnie. 16. VII. Wymioty krwawe bardzo uporczywe. Morfina ½ ccm podskórnie. 17. VII. Wymioty, mocz i wypróżnienia krwawe. Tony serca bardzo głuche. Tętno 104. Gelatina ster. pro injectione 10% — 10 ccm podskórnie. Calcii lactici 0,5 co 2 godziny proszek. 19. VII. Tony serca bardzo głuche. Tętno 120. Ol. Camphor. 10% rano i wieczór po 1 ccm. Hypodermokliza 250 ccm. 20. VII. Samopoczucie lepsze. Chory ożywiony, dużo mówi. Mocz czysty. Tętno 100, 21. VII. Samopoczucie dobre. Wybroczyny bledną i znikają. Mocz przeźroczysty. Wymiotów niema. Zaparcie stolca. Hypodermokliza 500 ccm. 23. VII. Błony śluzowe blade, wybroczyn na nich niema. Hypodermokliza 500 ccm. 24. VII. Stan ogólny zadowalniający, mocz i kał bez domieszek krwi. Wymiotów niema 25. VII. Samopoczucie dobre. Apetyt dobry. Wybroczyny znikły. Hypodermokliza 500 ccm. 28. VII. Hypodermokliza 500 ccm. Syr. ferri jodati 15 kropel 3 razy dziennie. 31. VII. Chory czuje się dobrze. Apetyt dobry. Tętno 90, średnio napięte. Stan podgorączkowy. Gruczoły chłonne z prawej strony powiększone i bolesne, a z lewej przetoki z wydzieliną ropną. Chorego wypisano z oddz. wewnętrznego i przeniesiono na oddział chirurgiczny.

Z przebiegu choroby widzimy, że u K., który przybył do szpitala 17. V., stwierdzono 18. VI. obrzęk stawów i na podstawie tego rozpoznano ostry gościec stawowy. Od 9. VII. wystąpiły ostre, wyraźnie zaznaczone, objawy choroby Werlhoffa, które 25. VII. zupełnie ustąpiły, tak, że chory oddział opuścił. Z najrozmaitszych leków stosowanych u chorego musimy podkreślić korzystne działanie zastrzykiwań dożylnych 10% $CaCl_2$, a szczególnie zastosowanie fizjologicznego rozczynu soli kuchennej. Stosując hypodermoklizy u chorego co drugi dzień, przyczem pierwsze wlewanie wynosiło 250 ccm, z obawy podrażnienia nerek (krwiomocz !), zauważyliśmy ustępowanie wymiotów, lepsze napięcie tętna i polepszenie ogólnego stanu chorego. Po każdej hypodermoklizie następowało znaczne wzniesienie ciepłoty (39° i wyżej).

Zropiałe gruczoły z przetokami były w naszym przypadku punktem wyjścia ciężkiego zakażenia septycznego, które klinicznie przebiegało w postaci choroby Werlhoffa z poprzedzającym obrzękiem stawów, mylnie rozpoznanym jako ostry gościec stawowy.

Sprawozdania poglądowe.

Leczenie ciałami koloidowemi i nieswoistemi białkami na podstawie własnych spostrzeżeń.

Według dyskusji na posiedzeniu Lwowskiego Tow. lekarskiego.

(Dok nastąpi)

V.

Prof. Dr. H. Schramm, dyr. kliniki chirurgicznej. Lwów.

Nowoczesna chirurgja walczy z drobnoustrojami ropotwórczemi przeważnie wzbraniając im wstępu do ustroju człowieka przy leczeniu ran przez postępowanie ściśle bezgnilne. Mimo to często zdarzają się przypadki, w których rany przypadkowe zostają zakażone a istoty ropotwórcze, wtargnąwszy do organizmu i znalazłszy tam warunki odpowiednie, rozwi-

jają się i mnożą, wytwarzając przytem ciała dla komórek ustroju człowieka trujące, tak zwane toksyny. Pod ich wpływem czynności organizmu nie mogą odbywać się prawidłowo, sprowadzając chorobę, a przy jeszcze większych zaburzeniach śmierć organizmu. Ważny jest ten szczegół, że drobnoustroje podobnie zresztą, jak każda żyjąca istota, przez sam proces życiowy wytwarzają ciała, które, doszedłszy do pewnego zagęszczenia, tamują dalszy rozwój albo powodują przemianę drobnoustrojów zjadliwych na odmianę dla ustroju ludzkiego już nieszkodliwą, n. p. przemianę *streptococcus haemolyticus* na *streptococcus viridans*, którego też często spotykamy we krwi ludzi, nieprzedstawiających żadnych objawów chorobowych. Byłby to proces odpowiadający znanemu powszechnie zjawisku, że wytworzony podczas fermentacji alkohol wstrzymuje dalszy rozwój grzybków drożdży. Doświadczenia d'Herelle'a wykazały nadto, że przy procesie życiowym drobnoustrojów tworzą się ciała rozpuszczające w sobie drobnoustroje. Substancje takie stwierdził d'Herelle w wydzielinie śluzowej jelit u ozdrowieńców po cierpieniach zakaźnych jelitowych, po durze, czerwonce i t. p. Podobną substancję, tak zwany bakterjofag, znalazł Piórkowski dla łańcuszkowców przy hodowaniu ich na odpowiedniej pożywce. Byłby to więc jeden sposób zahamowania zgubnego działania drobnoustrojów bez współudziału zaatakowanego ustroju. Z reguły ustrój oddziaływa czynnie; pod wpływem tworzących się toksyn zadrażnione komórki ustroju wydzielają substancje zobojętniające działanie szkodliwe toksyn, tak zwane antytoksyny, wzmaga się ilość ciałek białych, zwiększa fagocytoza. Jeżeli więc odczyn ten ustroju jest dostatecznie silny, natenczas następuje wyzdrowienie.

Doświadczenie poucza, że przez wprowadzenie pewnych środków do ustroju, bądź to podskórnie, bądź wśródżylnie, można pobudzić jego komórki do obfitszego przygotowania tych słusznie nazwanych środków obronnych, zatem do żywszego niszczenia drobnoustrojów, które wtargnęły do organizmu. Ciała te są najrozmaitszego rodzaju. Najwięcej poznane i najczęściej używane jest parenteralne stosowanie różnych rodzajów białka w postaci mleka lub przetworów z niego, jak aolanu i kaseosanu, dalej peptonów, albumoz, ciał drażniących, jak terpentyna, lub wreszcie sposobów powodujących przemianę własnego białka ustroju i wessania go, jak się to dzieje n. p. przy sztucznem wywołaniu miejscowego zapalenia skóry przez synapizmy, silne naświetlanie słońcem, po naświetlaniach promieniami Roentgena i t. p. Wszystkie te środki nie działają bezpośrednio na drobnoustroje ani na ich toksyny; dowodem tego, że po zmieszaniu takiego środka n. p. aolanu z toksyną, siła trująca nie słabnie, że po wstrzyknięciu takiej mieszaniny zwierzę ginie w tym samym czasie, jak po wstrzyknięciu czystej toksyny. Także i wstrzyknięcie jednego z wspomnianych środków na jakiś czas przed wprowadzeniem jadu bakterji nie wzmacnia odporności ustroju zupełnie, albo tylko w bardzo nieznacznym stopniu. Środki używane do terapji ergotropowej podniecają zatem tylko już rozpoczęte przez organizm wytwarzanie czynników obronnych.

Podnieść tu trzeba, że i tak zwane środki swoiste, zatem surowice ochronne i szczepionki, zawierają zawsze białko, że więc przy podskórnem czy wśródżylnem ich wstrzykiwaniu obok działania swoistego wchodzi w grę także działanie ergotropowe, tak samo, jak przy zastosowaniu czystej surowicy lub mleka. Działanie to może jest czasami ważniejsze, niż działanie czysto swoiste, antytoksyczne.

Lecznicze działanie wstrzykiwań szczepionek, zawierających toksyny i endotoksyny ciał zabitych bakteryj, tłumaczyć trzeba częścią tem, że pobudzają one ustrój do wytwarzania wspomnianych wyżej antytoksyn, a częścią może niejako przez napojenie ustroju endotoksynami tak, że nowe ilości bakteryj już nie znajdują dla siebie odpowiedniego podłoża i nie rozwijają się lub przybierają postacie nietrujące. Podobnie, tylko jeszcze energiczniej, powinienby działać odpowiednio dobrany bakterjofag i rzeczywiście d'Herelle osiągnął pomyślne wyniki przy doświadczeniach z bakterjofagiem laseczników okrężnicowych; doświadczeń z bakterjofagiem łańcuszkowca, uzyskanym przez Piórkowskiego, jeszcze nie ma. Na klinice naszej zaczynamy robić próby z tym środkiem.

Doświadczenia liczne przekonały, że nie posiadamy dotąd sposobu zniszczenia wprost laseczników będących w pełnym rozwoju w organizmie ludzkim, zatem środka, któryby zabijał bakterje, a był obojętny dla komórek ustroju, tak jak się to ma rzecz z rtęcią względem krętków kiłowych. Polecane swego czasu przez Crédégo srebro, czy to w postaci maści, czy jako kollargol, względnie później jako elektrargol, zawiodło, przynajmniej z własnego na dość licznych przypadkach opartego doświadczenia nie mógłbym przytoczyć ani jednego spostrzeżenia, w którem pomyślne zakończenie choroby mógłbym przypisać stosowaniu powyższych środków. To samo muszę powiedzieć o polecanych swego czasu przez Bacellego wśródżylnych wstrzykiwaniach sublimatu, a i w najnowszych czasach polecane miąższowe wstrzykiwania roztworu wucyny w tkanki już zapalnie zmienione okazało się nie tylko bezskuteczne, ale często wprost szkodliwe. Z chwilą wprowadzenia leczenia surowicami swoistemi próbowałem je w kilkunastu przypadkach ostrego zapalenia szpiku kostnego, w przypadkach ropowicy po róży, w zropieniach przerzutowych gruczołu przyusznego, wreszcie w kilku przypadkach ogólnego zakażenia ropnicowego bez wykazalnego ogniska ropnego. Wyniki nie były dobre, nie miałem ani jednego przypadku, o którym możnaby powiedzieć, że wstrzyknięcie surowicy, streptokokkowej miało pomyślny wpływ na przebieg choroby. Surowica przeciwtężcowa przy leczeniu już rozwiniętej choroby nie odpowiedziała pokładanym w niej nadziejom; przynajmniej według mojego doświadczenia w przypadkach ostro przebiegających, z krótkim okresem wylęgania, wstrzykiwania surowicy, czy to podskórnie czy podoponowo, nie są w stanie odwrócić niepomyślnego zejścia, w przypadkach przewlekłych zaś wyleczenie następuje tak samo często i bez pomocy surowicy. Natomiast jako środek zapobiegawczy oddało wstrzykiwanie surowicy przeciwtężcowej znakomite usługi, w czasie ostatniej wojny wielokrotnie stwierdzone. Stosowanie więc tego środka trzeba uważać za wskazane w każdym przypadku podejrzanym o możliwość zakażenia tężcowego, choć przesadą jest żądanie, aby lekarz, który tego zabiegu zaniecha, był pociągany do odpowiedzialności sądowej.

Obfitsze doświadczenie własne mam z działaniem i wynikami przy zastosowaniu szczepionek; środek ten bowiem według tego, co wyżej powiedziałem, odpowiada najwięcej memu zapatrywaniu, a znakomite wyniki, jakie opisał Delbet po użyciu swej szczepionki, zachęciły mnie tembardziej do stosowania nowego sposobu leczenia w nadających się do tego przypadkach. Dodać tu muszę, że z początku używałem wyłącznie autowakcyny, jaką kol. Steusing z wszelką gotowością na moją prośbę nam przyrządzał, za co niech mi wolno będzie serdecznie Mu podziękować; później w kilkunastu przypadkach stosowaliśmy szczepionkę wielowartościową, dostarczaną nam z tego samego zakładu; w ostatnich czasach najchętniej stosuję szczepionkę, wytwarzaną w Zakładzie kol. Steusinga według przepisu Delbeta.

Wstrzykiwania robiliśmy naturalnie ściśle według zasad aseptyki, śródmięśniowo, w ilości z początku po jednym centimetrze kub., zatem według obliczenia kol. Steusinga po 200 milionów ciał drobnoustrojów; wstrzykiwanie powtarzano co trzy lub cztery dni, stopniując przytem dawkę za każdym razem o jeden centimetr. Później poszliśmy za radą autorów francuskich i wstrzykiwaliśmy od początku dawki znacznie większe, zawierające od pół do jednego miliarda ciał bakteryj. Przedewszystkiem stwierdzić trzeba, że w żadnym przypadku, a mam ich razem z oddziału szpitalnego i później z kliniki przeszło pięćdziesiąt, nie stwierdzono jakiegokolwiek szkodliwego wpływu użytych szczepionek, w miejscu wstrzyknięcia, zwykle na zewnętrznej stronie uda; oddziaływanie ograniczało się do nieznacznej bolesności, utrzymującej się najwyżej do drugiego dnia a malejącej szybko pod okładami z octanu glinowego. Odczyn ogólny bywał przeważnie również mały. Ciepłota podnosiła się o kilka dziesiętnych, wyjątkowo dochodziła do 39. W bardzo wielu przypadkach wstrzyknięcie nie wpływało widocznie na przebieg gorączki, u kilkunastu cho-

rych ciepłota już na drugi dzień opadała do normy; jakiegokolwiek większego wstrząsu ogólnego nie zauważono w żadnym przypadku. U kilkunastu chorych w kilka godzin następowało uczucie euforii i bóle w miejscu ropienia się zmniejszały. U jednej chorej, znajdującej się jeszcze na klinice z powodu rozległego ropienia w małej miednicy, działanie uspokajające było tak wybitne, że chora była przekonana, że dostawała wstrzyknięcie morfiny. W znacznej części przypadków stwierdzić można było korzystny wpływ szczepionki na ilość i rodzaj wydzieliny przyrannej. Już po drugiem, czasem dopiero po trzeciem lub czwartem, wstrzyknięciu rana się szybko oczyszczała, obumarłe strzępy się oddzielały, wydzielina z początku obfitsza, zmniejszała się wkrótce i przybierała wygląd więcej surowiczo ropny.

Nie we wszystkich ropnych zapaleniach różnych tkanek wpływ szczepionek był jednaki. Zgodnie z spostrzeżeniami autorów, zwłaszcza francuskich, stwierdzić mogłem najmniej korzystny wynik w przypadkach ostrego ropnego zapalenia szpiku kostnego z wybitnemi objawami ogólnego zakażenia. Stwierdziłem to n. p. u chorego, u którego po wyjęciu zęba nastąpiło ostre zapalenie szczęki dolnej z gwałtownie postępującem posokowatem zapaleniem tkanki łącznej na szyji. U tego chorego ani autowakcyna ani szczepionka Delbeta nie miały żadnego wpływu na rozwój choroby, która, mimo wczesnych i rozległych nacięć, w ciągu kilku dni skończyła się śmiertelnie.

W przypadkach zapalenia kości nie tak ostro występujących, prawie bez gorączki, bez silniejszego zaczerwienienia, a tylko z małym obrzękiem miejscowym, wstrzykiwania szczepionki wielowartościowej przyczyniają się szczególnie do zmniejszenia bólów. Wybitny taki przypadek spostrzegaliśmy niedawno na klinice.

Chłopak 14 letni skarżył się na dotkliwe bóle w lewem podudziu, które nie pozwalały mu chodzić. Badanie wykazało rozlane zgrubienie piszczela w górnej trzeciej części, bolesne na lekki ucisk, skóra w tem miejscu lekko obrzmiała, nie zaczerwieniona; podobne zmiany, mniej rozległe, w dolnej trzeciej części tej kości. Rozpoznanie opiewało: przewlekłe zapalenie szpiku kostnego. Po trzechkrotnem wstrzyknięciu szczepionki wielowartościowej, w ilości po dwa, trzy i cztery ctm. kub., w odstępach co trzy dni, bóle zupełnie ustały, obrzmienie widocznie się zmniejszyło i chłopak chodził bez dolegliwości.

W przypadkach, w których już istnieją przetoki prowadzące do obumarłej kości, wstrzykiwania szczepionki, jak się tego zresztą można było spodziewać, pozostały bez wpływu na ropienie.

W przypadkach przetok ropiejących po ropnem zapaleniu opłucny stwierdzić mogłem dodatni skutek wstrzykiwań szczepionki, czy to własnej chorego czy szczepionki Delbeta, o tyle, że wydzielina stawała się mniej obfita, gojenie postępowało prędzej, przy ropieniach przewlekłych wydzielina po kilku wstrzykiwaniach staje się prawie zupełnie jałowa i można przystąpić do radykalnego zabiegu operacyjnego np. dekortykacji płuc. Najwybitniejsze działanie szczepionki spostrzegaliśmy przy ropieniu w częściach miękkich. Przy tak zwanych karbunkułach na karku szczepionka przyśpiesza znakomicie oddzielanie się obumarłych tkanek, naciek twardy w otoczeniu szybko maleje i znika, rana pokrywa się zdrowemi granulacjami i szybko się zabliźnia. Francuscy autorowie podają, że takie szybkie wydzielenie obumarłego czopa i wygojenie następuje nawet bez przecinania karbunkułu. Tego stwierdzić nie mogłem; w każdym moim przypadku, a stwierdziłem to i na sobie, zachodziła konieczność przecięcia karbunkułu, poczem jednak, jak powiedziano, gojenie postępowało znacznie prędzej i pewniej, niż to widujemy bez wstrzykiwania szczepionki.

Taki sam bardzo korzystny wpływ szczepionki stwierdziliśmy w kilku przypadkach postępującego ropnego zapalenia tkanki łącznej na ręce i przedramieniu. U jednej z chorych, u której już groziła amputacja, gdy mimo licznych nacięć proces zapalny posuwał się coraz dalej, po kilku wstrzykiwaniach ropienie się ograniczyło i dziś chora jest prawie uleczona.

Doskonałe usługi oddała nam szczepionka przy ropnem zapaleniu sutka u kobiet po porodzie. W samym początku cierpienia w kilku przypadkach naciek zapalny, przy równoczesnem stosowaniu okładów z octanu glinowego, ustąpił bez dalszych następstw. W innych razach, gdy naciek zapalny zaczął już rozmiękać, przychodziło po wstrzyknięciu szczepionki szybko do wytworzenia się ropnia ograniczonego, po jego otwarciu małem nacięciem lub po samoistnem pęknięciu, następowało szybkie gojenie, naciek zapalny znikał bez pozostawienia tak często zdarzających się zatok.

Zbierając wyniki naszych dotychczasowych doświadczeń dochodzę do następującego wniosku: szczepionka, czy to jako autowakcyna, czy wielowartościowa według przepisu Delbeta, jest doskonałym i cennym środkiem pomocniczym przy leczeniu chorób powstałych na tle zakażenia drobnoustrojami ropotwórczemi, łańcuszkowcami i gronkowcami. Nie usuwa jednak wcale leczenia operacyjnego na plan dalszy, owszem otwarcie ogniska ropnego jest zawsze wskazane, gdzie to tylko jest możebne, i to tem wcześniejsze, im ostrzej sprawa chorobowa się zaczyna. Szczególnie przy ostrem ropnem zapaleniu kości wyczekiwanie na wessanie się wysięku może stać się szkodliwe tak z powodu niebezpieczeństwa silniejszego zakażenia całego ustroju jak i prawdopodobieństwa większego zniszczenia kości. Przy sprawach ropnych w częściach miękkich trzeba gromadzącą się ropę wypuścić rychło przez małe nacięcie.

Co do wartości leczniczej szczepionki przeciwrzerzączkowej mam jeszcze za małe własne doświadczenie, abym mógł wydać jakieś zdanie. Między autorami nie ma pod tym względem jeszcze zgody. Niektórzy, n. p. Costa, chwalą ten środek nadzwyczajnie, tak, że wykluczają potrzebę jakiegokolwiek leczenia operacyjnego, inni, jak Jutten, wyrażają się z daleko mniejszym entuzjazmem. Jak dotąd, leczenie zachowawcze zwykłemi środkami dawało mi wyniki zadowalniające.

Z pomiędzy środków, mających za zadanie podniecić zdolność ustroju do samoobrony, używałem w kilkunastu przypadkach wstrzykiwań mleka, gdy nie miałem szczepionki do dyspozycji. Mleko wstrzykiwano w ilości dwa do pięciu ctm. kub., w jednym przypadku wstrzyknięto na pierwszy raz 15 ctm. Odczynu po tak znacznej ilości nie było prawie żadnego, gorączka u chorego z rozległem ropieniem w okolicy stawu kolanowego wynosiła przed wstrzyknięciem rano 38 a wieczorem 39 stopni, na drugi dzień po wstrzyknięciu rano 37.5 pod wieczór podniosła się znów do 39, zresztą objawów jakiegokolwiek zaburzenia w ustroju nie było. Pomyślny skutek wstrzykiwania mleka spostrzegano też w naszej klinice w przypadku rozległej ropowicy na szyji po zropieniu gruczołów chłonnych z powodu zapalenia okostny szczęki. Pod wpływem wstrzykiwań, robionych w odstępach czterodniowych, obrzęk zapalny ustąpił rychło, ropienie szybko się zmniejszyło i wygojenie nastąpiło z pozostawieniem prawie niewidocznych blizn po małych nacięciach, wykonanych w celu wypuszczenia nagromadzonej ropy. Wstrzykiwanie mleka okazało się też pomocne w niektórych przypadkach przewlekłych zapaleń stawu. U chorej cierpiącej na znaczne bóle w stawach biodrowych przy niezupełnie odprowadzonem zwichnięciu wrodzonem, wykonanem jeszcze przed kilkunastu latami, a które się znacznie pogorszyły po przebytym przed sześciu miesiącami porodzie, już jednorazowe wstrzyknięcie 3 gramów mleka śródmięśniowo przyniosło znaczną ulgę. W kilku przypadkach przewlekłego ropienia wstrzykiwane z początku mleko nie wywierało na przebieg choroby żadnego wpływu, natomiast zastosowane później wstrzykiwania szczepionki Delbeta wpłynęły bardzo wyraźnie na przyśpieszenie wygojenia.

Sądzę więc, że w odpowiednich przypadkach zakażenia ropnego leczenie szczepionką, bądź w postaci autowakcyny bądź to wygodniejszej szczepionki Delbeta, zasługuje na pierwszeństwo. Działanie jej jest pewniejsze, odczyn w miejscu wstrzyknięcia mniejszy. Co do schorzeń stawowych ostatecznego zdania wypowiedzieć nie mogę.

VI.

Doc. Dr. R. Leszczyński, prym. Szpit. powsz. Lwów.

Na wstępie czuję się w obowiązku przypomnieć zasługi Ch. Richet'a, ojca całego nowego omawianego kierunku.

Przypomnieć też muszę prace E. Weila, Besredki, pierwszorzędne badania Widala i jego szkoły, w szczególności jednak naszego znakomitego rodaka Danysza.

Substancje używane do wstrzykiwań przy kolloidoterapji należy podzielić wedle wielkości drobinowej. Jest to podział może najsłuszniejszy ale chemiczny. Nas interesuje podział kliniczny. Jako taki podaję podział na substancje swoiste i nie swoiste.

Co się tyczy pierwszej grupy, obejmującej wszystkie szczepionki, należy zaznaczyć, że znajdujemy tu wiele cennych i prawdziwie skutecznych rzeczy, tak n. p. szczepionka przeciwgonokokkowa weszła na stałe do skarbca leczniczego.

Co się tyczy drugiej grupy, należy podnieść, że nie ma różnic zasadniczych między rozmaitemi środkami. Wedle mego doświadczenia, działają one podobnie, różnica zachodzi co do intenzywności działania, wszystkim jest też to właściwem, że mogą zupełnie zawieść. Z punktu widzenia klinicznego możliwy też jest podział na substancje obce ustrojowi i takie, które nie są mu obce. W tej drugiej grupie interesuje nas surowica własna i krew własna. Widal zwrócił jednak uwagę, że surowica ludzka, jeśli pobędzie pewien czas w autoklawie przy 38°, zmienia się o tyle, że nabiera własności jak gdyby obcego białka, heterogenizuje się.

Zostaje nam tedy tylko krew własna, jako prototyp substancji własnych ustroju, przydatnych do kolloidoterapji. Autohemoterapję zastosował pierwszy Ravaut w r. 1913. Krew wziętą z żyły wstrzykiwał bezpośrednio po tem temu samemu choremu wśródmięśniowo w pośladki w ilości 10—20 ccm. co 2—3 dni. Stosował ten zabieg w rozmaitych dermatozach. W niektórych przypadkach otrzymał wyniki zachęcające. Po nim stosowano ten zabieg w zakresie chorób wewnętrznych.

W marcu 1921 r. ogłosili Nicolas, Gaté, Dupasquier dwa przypadki ciężkiej świerzbiączki, wyleczonej wstrzykiwaniami krwi własnej. Publikacja ta skłoniła mnie do wypróbowania autohemoterapji na oddziele. Zalety jej, to brak bolesności, brak większych odczynów (gorączka) i sposób stosowania bardzo prosty, nadający się do celów praktycznych. Rozważając, przypomnieliśmy sobie, że wszak znamy gorączki resorbcyjne po większych kontuzjach. Uprzytomniliśmy też sobie, że działanie suchych baniek nie jest właściwie niczem innem jak autohemoterapją. Stosowaliśmy ją przy rozmaitych schorzeniach skórnych.

W dwu przypadkach świerzbiączki Hebry, z tych jeden *ferox*, otrzymaliśmy zupełne wyleczenie bez żadnego miejscowego leczenia. W obu pozostały tylko niewielkie nacieki na podudziach, jako wyraz następowego zapalenia skóry przewlekłego, powstałego na skutek drapań i zakażeń ropnych, okolica właściwa t. j. grzbietna strona kolana nie okazywała po 9 i 10 wstrzykiwaniach żadnych zmian chorobowych. Swoiste objawy świerzbiączki ustąpiły zupełnie. Nawet gruczoły pachwinowe, silnie powiększone pierwotnie, zmniejszyły się o wiele. Świąd, z początku bardzo dokuczliwy, zmniejszył się znacznie już po 1 injekcji, a ustąpił zupełnie po trzeciej.

Z 3 przypadków bubo inguinalis po wrzodach miękkich, otrzymaliśmy w jednym po 3 wstrzyknięciach zupełne cofnięcie się obrzęku i bolesności, gdy w dwu wynik nie był zadowalający. W dwu przypadkach lymphadenitis inguinalis po ropniach warg sromnych obrzęk i bolesność ustąpiły po 3 i 4 injekcjach. W przypadkach wrzodu podudzia widzieliśmy po stosowaniu krwi własnej mniej lub więcej wyraźne przyśpieszenie procesu gojenia się i pokrywania przyskórkiem.

Przedewszystkiem jednak interesował nas wpływ autohemoterapji na rozmaite postacie wyprysku (eczema). W przypadku, gdzie obok wyprysku i silnego świądu była dysmenorrhoea, nie otrzymaliśmy wyniku. Podobnie u dziecka, gdzie obok silnie swędzącego suchego wyprysku była glistnica robaczkowa. Naogół wyniki przy wyprysku były zmienne i nieregularne. Gdy w jednych przypadkach ustępował wyprysk pod wpływem autohemoterapii bez żadnego miejscowego leczenia, w innych mogliśmy stwierdzić tylko mniej lub więcej wyraźny wpływ wspomagający miejscowe leczenie zewnętrzne, w innych wreszcie nie spostrzegaliśmy wogóle żadnego dodatniego działania po wstrzyknięciach krwi własnej. Rozglądając się w tych przypadkach możemy się jednak dopatrzeć pewnych prawideł. Otrzymaliśmy mianowicie wrażenie, że w przypadkach wyprysku z zewnętrznej przyczyny (t. j. *eczema sensu strictiori*) nie wiele można oczekiwać po autohemoterapji.

Inna rzecz, jeśli zmiany skórne miały raczej charakter eczematyzacji (odczynu skórnego, *réaction cutanée*), jeśli podpadały bardziej pod pojęcie *eczema e causa interna*, gdy proces wyprysku powstawał na skórze uczulonej. Wtedy autohemoterapja dawała wyniki bardzo zachęcające. Najwyraźniejszym był jej wpływ na stany obrzęku zapalnego skóry i corollaria tychże, t. j. świąd, wezykulacja, sączenie. Świąd zmniejszał się wyraźnie lub ustępował, obrzęk spadał, sączenie ustawało. Mniej wyraźnym był wpływ na pustulację, na stare nacieki i zgrubienia.

Podając nasze dotychczasowe spostrzeżenia, dalecy jesteśmy od ostatecznych wniosków. Badania nasze nie są ukończone. Zastrzegamy sobie na później ogłoszenie szczegółowe naszych wyników na podstawie większej ilości przypadków. Obecnie uważamy autohemoterapię za najłagodniejszą i najwygodniejszą formę kolloidoterapii, mogącą w pewnych przypadkach oddać rzeczywiste usługi.

VII.

Prof. A. Bednarski. Lwów.

Wstrzykiwania mleka są w okulistyce wypróbowane. Wiemy, kiedy działają dobrze, kiedy niepewnie, a kiedy wcale nie. Dobrze działają przedewszystkiem w zapaleniu rzerzączkowem spojówki u dorosłych, następnie w ostrych zapaleniach tęczówki a także w ropieniach śródgałkowych. Niepewnie przy pełzającym wrzodzie rogówki, w zapaleniu rogówki miąższowem i t. d.; nie działają zaś wcale przy oderwaniu siatkówki, zaniku nerwu wzrokowego, wogóle w zwyrodnieniach. Wstrzykiwań śródmiąższowych mleka używałem w kilkudziesięciu przypadkach chorób ocznych. Przy *conjunctivitis blenorrhoica adultorum* nie miałem sposobności ich używać, gdyż jest to cierpienie rzadkie. Bardzo dobre wyniki miałem w ostrych zapaleniach tęczówki; objawy ciężkie, jak ropniak, gruba błona wypocinowa w źrenicy, ustępowały po kilku wstrzyknięciach, także bóle i nastrzykanie, a źrenica rozszerzała się bez śladu przyczepin. W ropieniach śródgałkowych przy obecności ciała obcego w gałce, przy grożącem zapaleniu całej gałki ocznej po zranieniach, przy grożącem ropieniu po staphylotomji miałem również bardzo dobre wyniki. Wyniki niepewne stwierdziłem, podobnie jak inni autorowie, przy pełzającym wrzodzie rogówki, przy głębokiem zapaleniu pryszczykowem rogówki (wrzód, ropniak), przy miąższowem zapaleniu rogówki. Ogólne wrażenie dobre, wstrzykiwania śródmiąższowe polecam, a mianowicie 4—6 wstrzyknięć, w ilości 4—6 gramów mleka na dawkę u dorosłych, co drugi dzień. Dodać należy, że leczenia swoistego nigdy nie należy przytem zaniechać, więc przy *iritis rheumatica* należy stosować przetwory salicylowe, a obok tego mleko, przy kiłowem zapaleniu tęczówki leczenie ogólne swoiste.

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Münchener medizinische Wochenschrift.
Nr. 20. 1922.

Pflaumer. **Zadania, środki pomocnicze i zdobycze urologji.** Na podstawie 1000 przeszło przypadków omawia autor znaczenie urologji dla medycyny ogólnej, szczególnie jako uzupełnienie medycyny wewnętrznej i chirurgji. Krótkie podanie środków pomocniczych dla stawiania rozpoznania oraz sposobów i wyników leczenia.

Herzfeld. **Przyczynek do leczenia salicylanem za pomocą wstrzykiwań wśródżylnych.** W przypadkach ostrego wzgl. podostrego gośćca mięśniowego, podostrego gośćca stawowego, przewlekłego gośćca mięśniowego oraz przewlekłych chorób stawów na tle gośćca, jak i w przypadkach rwy kulszowej stosował autor z wynikiem dodatnim zapomniany już sposób F. Mendel'a leczenia za pomocą wśródżylnych wstrzykiwań 17·5% roztworu salicylanu sodowego. Jednorazowa dawka

wynosiła 4 ccm »Attritin'u« (0,7 salicylanu sodowego), którą w razie potrzeby powtarzano codziennie lub co drugi dzień. Wyniki dodatnie.

Z e l l e r. **Leczenie kiły neosalwarsanem srebrowym.** Doświadczenia na około 110 przypadkach kiły przy zastosowaniu neosalwarsanu srebrowo-sodowego (Neosilbersalvarsannatrium) wykazały, że środek powyższy łączy z mniejszą jadowitością, niż salwarsan srebrowy, równą mu prawie szybkość w oddziaływaniu na objawy kiłowe, jak i zupełnie równorzędną z neosalwarsanem skuteczność. Neosalwarsan srebrowy nie wywołuje, zdaje się, żadnych poważniejszych zaburzeń lub uszkodzeń; co do możliwości trwałego uleczenia autor nie może się jeszcze wypowiedzieć, gdyż doświadczenia podane sięgają zaledwie półtora roku wstecz.

O e l z e - R h e i n h o l d t. **Wyniki stosowania zastrzyknięć mięszanki cyarsalu z neosalwarsanem w ambulatoryjnej praktyce kobiecej.** Autorka miała przy stosowaniu powyższej metody, wprowadzonej przez Oelze'go, w ciągu roku dodatnie wyniki lecznicze i uważa metodę tę, zwłaszcza dla praktyka, za bardzo pożyteczną.

K ö h l e r. **Przyczynek do operacji raka odbytnicy.** Statystyka operacyjna.

B l u m b e r g. **Naświetlanie przysadki w przypadkach guzów, jak i cierpieniach kobiecych na tle zmian w przysadce.** Autor podaje własną metodę i sposób stosowania mezotoru zamiast naświetlań promieniami Roentgena. Preparat powyższy umieszcza za pomocą własnego, dokładnie opisanego, sposobu w jamie nosogardłowej, tuż pod dolną ścianą ciała kości klinowej.

K l a r e i B u d d e. **Przyczynek do leczenia gruźlicy wieku dziecięcego kwasem krzemowym.** Doświadczenia na 20 dzieciach przy podawaniu kwasu krzemowego, w formie estru tetraglykolowego kwasu krzemowego, dały w 10 przypadkach dodatnie wyniki, polegające na ustąpieniu objawów nieżytowych, poprawie wagi oraz wstrzymaniu i zastanowieniu procesu gruźliczego. Autorowie polecają przeprowadzenie dalszych doświadczeń, uważają wszakże środek ten jedynie jako pomocniczy przy zastosowaniu zwykłych środków ogólnych czy swoistych.

T r a u t m a n n. **Stosowanie leczenia pepsyną w przypadkach łuszczycy i innych procesów zrogowacenia w jamie ustnej jakoteż jej użycie przy chorobach gardła, nosa i uszów.** Autor przytacza kilka prób zastosowania pepsyny według przepisu Unny (Pepsini 2,0, Acidi hydrochlorici 1,0, Acidi carbolici 1,0, Aquae destill. ad 200,0) w przypadkach zrogowacenia błon śluzowych w formie zastrzyku czy nacierań. Wyniki, choć nie wybitne, dają jednak podstawy do dalszych na tem polu doświadczeń i opracowania najlepszego sposobu stosowania jak i najskuteczniejszego dawkowania.

S i g l. **Albusol, nowy przetwór do leczenia ciałami proteinowemi.** Zestawienie 13 przypadków, w których autor stosował »Albusol«, przyczem w kilku przypadkach wystąpiły objawy uboczne w formie anaphylaxji oraz wstrząsu (w 1 przypadku z zejściem śmiertelnem). Autor przestrzega przed użyciem wspomnianego preparatu, gdyż nie jest tak nieszkodliwy, jak przedstawiano. Co do wyników leczniczych, to na podstawie 13 przypadków nie zdołał sobie jeszcze wyrobić zdania, czy jest skuteczniejszy, niż inne ciała proteinowe.

N o o r d e n. **Adonigen, nowy środek nasercowy.** Jego działanie i sposób stosowania.

S c h a r d o n. **Trzy przypadki pozapłciowej kiły.** Kazuistyka.

F ö r s t e r. **Papka barowa w oskrzelach.**

B. Piechowski (Lwów).

Czasopisma archiwalne.

Fizjologja.

Rozprawy Akademji Nauk lekarskich.
T. 1. str. 77 do 128 (1921)[1].

St. I. P r z y ł ę c k i. **Wymiana wody i soli u płazów.** Wymiana wody i soli u płazów odznacza się tem, że przez przepuszczalną zupełnie dla wody skórę przepływa ciągły i obfity prąd wody do płynów i tkanek ustrojowych, a opuszcza ustrój przez nerkę, nie zakłócając przytem równowagi osmotycznej: żaby utrzymują w swojem środowisku wewnętrznem stężenie cząsteczkowe soli, odpowiadające obniżeniu punktu tajania wody o 0.465°, pomimo, że komunikują się całą powierzchnią przepuszczalnej skóry ze środowiskiem zewnętrznem słodkowodnem, w którem nikłe stężenie ciał rozpuszczonych jest 10 do 20 razy niższe. Zaopatrując ustrój swój w wodę wyłącznie drogą wchłaniania skórnego (nie piją bowiem nigdy[2]) i nie tracąc przytem soli, są zupełnie bezbronne wobec środowiska zewnętrznego o stężeniu cząsteczkowem wyższem, niż ich płyny ustrojowe: żaba, zanurzona w roztworze słonym o stężeniu cząsteczkowem wyższem, traci na wadze.

O v e r t o n, który badał zachowanie się żab po przewiązaniu steku — woda wchłonięta przez skórę gromadzi się wtedy jak mocz w kloace i kiszce —, pojmował to zachowanie się jako wynik przepuszczalności skóry dla wody, nieprzepuszczalności dla soli: wskutek różnicy stężeń cząsteczkowych (ciśnienia osmotycznego po obydwu stronach nie przepuszczalnej dla soli skóry) miała woda czysta napływać do wnętrza, z którego usuwała ją znowu nerka; natomiast w roztworze soli stężonym żaba miała się kurczyć, podobnie jak krwinka. Za takiem tłómaczeniem osobliwości ustroju płazów przemawiała — zdaniem O v e r t o n a i i. — także niejadowitość soli potasowych, zawartych w środowisku zewnętrznem, a które w myśl O v e r t o n a wcale tą drogą nie mogły być wessane, podczas gdy doustnie lub podskórnie są straszną trucizną.

Badania P r z y ł ę c k i e g o, wykonane w l. 1916—1919 w Zakładzie chemji fizjologicznej Uniwersytetu Warszawskiego[3]), rozszerzyły znacznie znajomość faktów i tworzą podstawę zupełnie odmiennych zapatrywań na sprawę wymiany wody i soli u płazów.

Przedewszystkiem okazało się, że skóra żaby bynajmniej nie odznacza się w p ó ł p r z e p u s z c z a l n o ś c i ą, którą jej przypisywano. Tak n. p. żaba, której stek zamknięto szczelnie, wchłaniała po umieszczeniu w roztworze chlorku potasowego duże ilości jonu potasowego przez skórę, wydalając go jednak nader sprawnie w postaci moczu bardzo rozcieńczonego, dopóty stężenie cząsteczkowe roztworu zewnętrznego było niższe, niż płynu wewnętrznego. Zagęszczony mocz żab, trzymanych w roztworze KCl, działał po wstrzyknięciu dożylnem tak, jak roztwór chlorku potasowego.

Ponadto stwierdzono, że skóra żaby bynajmniej nie przepuszcza b i e r n i e wody w kierunku stoku osmotycznego, lecz że wpływa czynnie na wchłanianie wody. Wedle tłómaczenia Overtonowskiego musiałyby żaby, u których wyłączono czynność nerkową, obrzmiewać niemal bez ograniczenia, jeśli się znajdą w wodzie czystej. Tymczasem Przyłęcki stwierdził, że wchłanianie wody u żaby, u której czynności nerek wyłączono przez podwiązanie moczowodów albo tętnic nerkowych, zmniejsza się znacznie, a podobny wpływ ma wchłanianie wody z płynu hipotonicznego wstrzykniętego podskórnie. A zatem na straży utrzymania stałego ciśnienia osmo-

[1]) Por. P a r n a s. Neue Untersuchungen a. d. Wasserhaushalt d. Frösche, Bioch. Zeitschr. T. 114. str. 1—111. (1921).

[2]) Omni quod ingerant, fluido aquoso absorpto per cutem, bibunt enim nunquam (T o w n s o n, 1795).

[3]) Pozostającym podówczas pod kierownictwem referenta. Uwaga umieszczona na str. 1. rozprawy, a w której p. P r z y ł ę c k i twierdzi, jakoby treść jego pracy, zakomunikowana „ze względu na lojalność" kierownikowi pracowni, została podana bez wiedzy autora do wiadomości publicznej (w Bio. Zeitsch. t. 114), jest zupełnie nieścisłą. Treść pracy ogłoszonej przez p. Przyłęckiego była mi w każdym szczególe dokładnie znana, gdyż pracę tę wykonał p. Przyłęcki od p o c z ą t k u d o k o ń c a p o d m o j e m k i e r o w n i c t w e m: W sprawie planu każdego doświadczenia, metody, interpretacji, krytyki i wniosków korzystał pan Przyłęcki codziennie z moich wskazówek, opracowania zaś wyników — podawanych w T o w a r z y s t w i e N a u k. W a r s z a w s k i e m — szczegółowo czytałem i poprawiałem. R e f e r a t z prac tych, opublikowanych przez podanie ich na posiedzeniach wymienionego T o w a r z y s t w a, ogłosiłem w p o r o z u m i e n i u z p. P r z y ł ę c k i m w piśmie zagranicznem, a to dlatego, że obawiałem się, aby pierwszeństwo wykrycia rzeczy tak ważnych nie przepadło, wobec fatalnych podówczas u nas warunków wydawniczych, dla nauki polskiej i dla pracowni przezemnie stworzonej. *Parnas.*

tycznego żab stoi oprócz nerki także i skóra, a pobieranie wody przez skórę jest zależne od stanu ustroju.

Właściwości skóry płazów nie tłómaczą zatem osobliwości wymiany wody i soli. Przyłęcki analizował zatem czynniki regulujące stężenie cząsteczkowe ustroju żabiego w poszukiwaniu za temi czynnikami, na których ta osobliwość polega. Wstrzykując dożylnie roztwory hipertoniczne siarczanu sodowego i oznaczając następnie przebieg stężenia i objętości krwi, krążącej w łożysku, rozmieszczenia soli wprowadzonej w tkankach, ilości i stężenia moczu wydalanego, stwierdził, że zachwianie równowagi osmotycznej wyrównywa się w pierwszym czasie podobnie, jak u ssaków przez to, że woda napływa z tkanek do krwi, rozcieńczając ją, i wywołując stan rozwodnienia krwi, stwierdzony przez liczenie krwinek. Jednocześnie wydala się mocz: ale gdy w podobnych warunkach mocz ssaków odznacza się wyższem stężeniem cząsteczkowem, niż krew krążąca, i usuwa w ten sposób nadmiar soli, to mocz żaby ma zawsze stężenie cząsteczkowe niższe, niż krew, z której się wydziela. Ten niezmiernie ważny fakt ustalono w licznych doświadczeniach: w żadnych warunkach żaba nie wydała moczu, któryby miał wyższe stężenie cząsteczkowe, większe obniżenie ciepłoty zamarzania wody, niż krew tejże żaby.

Ten fakt jest kluczem do zrozumienia osobliwości w zachowaniu się wymiany wody u płazów. Jeżeli w normalnych warunkach życia płazu woda napływa przez skórę, a wydala się przez nerkę, właściwy motor uważanego prądu wody, wtedy ulegają zatrzymaniu sole, stanowiące zasoby ustrojowe, a wydala się mocz rozwodniony. Jeśli wprowadzić sole dożylnie, to nadmiar może się wydalić tylko w postaci moczu rozwodnionego, a nie w postaci moczu zagęszczonego, jak u ssaków lub ptaków; jeżeli natomiast przez skórę wchłania się stężony roztwór soli, wtedy nie ma sposobu wydalenia nadmiaru, stężenia cząsteczkowe soli we krwi muszą wzrastać. Przy pomocy osobliwości swojej nerki i wobec przepuszczalności skóry dla soli i dla wody żaby są znakomicie dostosowane do życia w środowisku słodkowodnem, a bezbronne wobec środowiska słonego, którego stężenie przekracza stężenie ich soków.

Nerka żabia otrzymuje, jak wiadomo, krew z dwu naczyń: z rozgałęzionych tętnic nerkowych, które zaopatrują kłębuszki i kanaliki (jak u ssaków), oraz w krążeniu wrotnem z żyły biodrowej, która zaopatruje tylko kanaliki. Kłębuszek jest nierozgałęziony, lecz poprostu zwiniętą długą rurką, w kanalikach brak wyraźnej pętli Henlego. Udział obydwu części nerki w wyrabianiu moczu żabiego wyjaśnili w r. 1914. Bainbridge, Menzies i Collins, którzy jednakowoż nie poznali się na podstawowym fakcie, ustalonym w pracy Przyłęckiego. Przepuszczając płyn ringerowski przez nerkę żabią jednocześnie przez tętnicę główną i przez żyłę biodrową otrzymywali z moczowodów mocz, bardziej rozcieńczony, niż płyn Ringera; przepłukując tylko przez tętnicę otrzymywali mocz, identyczny pod względem stężenia z płynem przetaczanym. W świetle tych faktów wydzielanie moczu żabiego przedstawia się tak, że w kłębuszkach sączy się przesącz izotoniczny z krwią, a w kanalikach, zasilanych krwią z żyły biodrowej (*v. iliaca*) wchłania się powrotnie z tego przesączu chlorek sodowy i powstaje mocz hipotoniczny.

W pracy Przyłęckiego ustalono fakt, że związki azotowe, wydalane w moczu żabim, zachowują się w stosunku do azotu niebiałkowego krwi odwrotnie, aniżeli sole: że mocz jest ze względu na azot zawsze bardziej stężony, aniżeli krew ze względu na azot niebiałkowy. Na podstawie prawideł wydalania soli i azotu w moczu płazów można wyobrażać sobie następująco czynność nerki żabiej:

W myśl teorji czynności nerkowej, stworzonej w roku 1918 przez Cushny'ego, odbywa się wydalanie u ssaków w taki sposób, że w kłębuszku odsącza się płyn, zawierający wszystkie części składowe osocza, prócz białka i ciał kolloidowych; z tego przesączu nabłonki kanalików dobywają i zwracają krwi idealny płyn ringerowski, pozostawiając w świetle kanalików i przepuszczając do dróg moczowych to wszystko, co, ze względu na jakość i ilość, nieprawidłowym osocza jest składnikiem. Dla nerki żabiej należy zmodyfikować ten obraz tylko o tyle, że nabłonki kanalikowe wchłaniają z przesącza kłębuszkowego i zwracają krwi płyn, który ze względu na sole prawidłowe osocza jest bardziej stężony, aniżeli osocze samo. *J. K. Parnas*, Lwów.

Okulistyka.

Archives d' Ophtalmologie.
N. 11. 1921.

L. Weekers i H. Halkins. **Powtarzające się napadowe przekrwienie powiek.** Chłopiec 15-letni zgłasza się z powodu opadnięcia lewej powieki. Wywiady: Od 8 roku życia począwszy, co parę tygodni powieka górna nagle czerwienieje i obrzęka, stan ten trwa parę godzin, poczem powieka wraca do stanu prawidłowego. Od paru lat napady te przychodzą rzadziej, co parę miesięcy, w następstwie ich jednak powieka górna staje się jakby cięższą i słabszą, aż wreszcie wytwarza się opadnięcie powiek, z którem chory zgłasza się obecnie. Badanie kliniczne: znaczny stopień opadnięcia powieki górnej, którą chory podnosi tylko częściowo; skóra ścieńczała, pomarszczona, straciła zwykłą elastyczność, jest silnie zaczerwieniona, miejscami fioletowa, widać na niej liczne, porozszerzane naczynia. Spojówka powieki i załamka górnego przekrwiona, pozatem nic nieprawidłowego nie zauważono. Chory ogólnych chorób nie przechodził. Odczyn Wassermanna ujemny, rodzice twierdzą, że chłopiec jest bardzo nerwowy i łatwo się unosi. Obrzęk powieki miał powstać często w następstwie napadu złości lub płaczu. Wycięto kawałek powieki. Badanie histopatologiczne wykazało co następuje: znaczne unaczynienie warstw podskórnych z niewielkim tylko odczynem zapalnym, ograniczonym do naczyń powierzchownych, rozszerzenie wskutek obrzęku przestrzeni limfatycznych i zanik włókien sprężystych skóry, ścieńczenie naskórka. Jest to więc opadnięcie powieki wskutek rozciągnięcia i zaniku skóry w następstwie powtarzających się napadów obrzęku. Etjologja tego schorzenia, które należy odróżniać od innych rodzajów opadnięcia powieki, opisanych pod nazwą ptosis adiposa, dermatolysis, angiomegalia powiek i t. d., jest bardzo niejasna. W niektórych przypadkach wykryto kiłę i leczenie swoiste doprowadziło do wyleczenia.

Terrien. **Wytworzenie jamy oczodołu w przypadkach zarośnięcia jej w celu wstawienia protezy.** Autor podaje dokładny opis operacji plastycznej w celu wytworzenia i utrzymania zarośniętej jamy oczodołu. Po odpreparowaniu powieki górnej i dolnej, oraz dokładnem wycięciu tkanki zbliznowaciałej i ziarninowej, pokrywa się powierzchnię jamy albo przesuniętym, uszypułowanym płatem skórnym, albo też płatem skórnym, wziętym z powierzchni wewnętrznej uda lub ramienia. W tym drugim przypadku należy zrobić odlew jamy oczodołu zapomocą gałki parafiny wyjałowionej przy 55° lub z pasty czerwonej, czy też białej, używanej przez dentystów. Otrzymany odlew pokrywa się płatem skórnym, oświerzoną powierzchnią na zewnątrz, i zakłada się do oczodołu. Wyjęcie odlewu następuje po 15—20 dniach. Wyniki operacyjne zadowalniające, oczywiście aseptyka musi być ściśle przestrzegana tak podczas operacji, jak i w postępowaniu pooperacyjnem.

Michail. **Badania nad przyczyną częstych nawrotów jaglicy.** Częste nawroty pozornie wyleczonej jaglicy są następstwem nie świeżego zakażenia, jak to powszechnie przypuszczają, lecz skutkiem ognisk zakaźnych niewyleczonych, które mogą znajdować się już to głęboko w tarczkach, jużto w gruczole łzowym lub wreszcie w fałdzie półksiężycowatym i mięsku łzowem. O ile zakażenie pochodzi od zmian jaglicznych w głębi tarczki, to świeże ogniska pojawiają się naprzód na powierzchni tarczki. Przy zmianach w gruczole łzowym naprzód zajęty jest załamek górny, zwłaszcza w części zewnętrznej, można też wyczuć powiększony gruczoł łzowy. Badania kliniczne i anatomo-patologiczne, przeprowadzane na całym szeregu chorych, wykazały w większości przypadków jaglicze zapalenie gruczołów łzowych, nawet w pierwszym okresie tej choroby. Przy zmianach w fałdzie półksiężycowatym i w mięsku łzowem mamy albo szereg

ziarn jagliczych, umieszczonych wzdłuż brzegu fałdu, albo też znaczny przerost fałdu, jak również i mięska łzowego. Zapobiedz nawrotom jaglicy możemy tylko, niszcząc odpowiedniem leczeniem ogniska, będące rozsadnikami zarazy.

Coulomb. **O stałem noszeniu sztucznego oka.** Zwykłe oczy sztuczne o ściance pojedyńczej muszą być wyjmowane na noc, gdyż na tylnej ich powierzchni znajduje się wgłębienie, w którem zbierają się łzy, macerujące i drażniące spojówkę. Oczy sztuczne nowego systemu o ściance podwójnej nie mają wgłębienia na tylnej powierzchni, mogą bez najmniejszej szkody dla oka być noszone stale.

Zarzycki. **Trepanacja kanału nosowo-łzowego.** Autor podaje dokładny opis nowego zabiegu operacyjnego, mającego na celu przywrócenie swobodnego odpływu łez do jamy nosowej. Operacja polega na trepanacji kanału nosowo-łzowego, najpierw od strony oka, następnie zaś od jamy nosowej.

N. 1. 1922.

Beauvieux i Pesme. **Gruźlicze zapalenie gruczołu łzowego.** Gruźlica gruczołu łzowego może występować w 2 postaciach: w postaci serowatej, bardzo rzadkiej, i w postaci włóknistej, najczęściej spotykanej Zakażenie gruczołu łzowego następuje drogą krwi, a zatem zawsze w następstwie zmian gruźliczych już istniejących w ustroju, choćby nawet badanie kliniczne nie mogło ich wykryć. Badanie histopatologiczne wyciętego gruczołu stwierdza nacieki zapalne około naczyń i pęcherzyków gruczołu, komórki olbrzymie, typowe i atypowe, przedewszystkiem zaś znaczny rozwój tkanki włóknistej. Prątków Kocha prawie nigdy się nie wykrywa. Klinicznie stwierdzamy pod górno-zewnętrznym brzegiem oczodołu guzek twardy, niebolesny, o powierzchni nierównej, nie zrosły z otoczeniem, powiększający się bardzo powoli. W rozpoznaniu musimy wyłączyć łagodne guzy gruczołu łzowego: adenoma, adenofibroma, a przedewszystkien dacryoadenitis chronica hypertrophica. Rozpoznanie zupełnie pewne możemy postawić tylko przez zaszczepienie świnki morskiej. Rokowanie dobre, o ile oczywiście niema znacznych zmian gruźliczych w ustroju. Leczenie: wycięcie gruczołu.

Ed. Koby. **Ostre zapalenie siatkówki i naczyniówki w okolicy plamki żółtej.** Chora 27-letnia zgłasza się podając, iż od paru dni nie widzi na oko lewe. Badanie kliniczne: w lewem oku poczucie światła, zewnętrznie oko prawidłowe, ośrodki przejrzyste, w okolicy plamki żółtej ognisko owalne, żółte, występujące w ciałko szkliste, dolnowewnętrzny brzeg ogniska otoczony dużą wybroczyną w samem ognisku w dolnej jego częśei dwie małe wybroczyny. Naokoło ogniska siatkówka w powierzchownych swych warstwach pofałdowana. Badanie ogólne wypada ujemnie, cukru i białka w moczu niema, odczyn Wassermanna ujemny. Dno oka prawego przy pierwszem badaniu prawidłowe, w kilka dni później cztery maleńkie, żółte ogniska w górnozewnętrznej części plamki żółtej. Leczenie: wstrzykiwanie soli podspojówkowo, jod wewnętrznie, potem wstrzykiwania śródżylne sinku rtęci. Chora pozostaje w obserwacji przez 3 miesiące. Po kilku dniach obrzęk ustępuje, ognisko w plamce żółtej powoli ogranicza się ściśle, staje się białem, wybroczyny wsysają się, sfałdowana siatkówka wygładza się, podobnież drobne ogniska na dnie oka prawego stają się białe, ściśle ograniczone. Etjologja tego schorzenia, którego kilka przypadków zaledwie znanych jest w piśmiennictwie, jest bardzo niejasna, możemy przypuścić, że chodzi tu o zmiany w naczyniach naczyniówki w okolicy plamki żółtej. Zmiany te, uwzględniając obustronność schorzenia, muszą być natury ogólnej, mogą być spowodowane n. p. przez toksyny, powstałe w ustroju wskutek zaburzeń w gruczołach o wewnętrznem wydzielaniu lub wreszcie mogą spowodować je bakterje lub ich toksyny, w pierwszym zaś rzędzie musimy myśleć o gruźlicy, kiłę bowiem we wszystkich prawie przypadkach można było wyłączyć.

Touzet. **Nierówność źrenic przy zaburzeniach żołądkowych.** Oficer 30-letni zgłasza się z powodu nierówności źrenic, mianowicie źrenica lewa rozszerzona ad maximum, oddziaływa bardzo słabo na światło, nie oddziaływa zaś zupełnie na akomodację. Patrzenie z blizka wywołuje bardzo silne bóle głowy. Chory nie przechodził żadnych chorób zakaźnych, badanie układu nerwowego daje wynik ujemny, odczyn Wassermanna ujemny, mimo to przeprowadzono leczenie przeciwkiłowe, które jednak pozostało bez skutku. Po pewnym czasie chory, który powrócił do służby, zgłasza się powtórnie i podaje, że co pewien czas miewa silne zaburzenia żołądkowe i zauważył, że wtenczas zazwyczaj źrenica rozszerza się, powraca zaś do stanu prawidłowego, gdy zaburzenia miną. Chorego poddano ściślej obserwacji w tym kierunku, która w zupełności potwierdziła jego słowa. Wyjaśnienie tego ciekawego zjawiska, jakiem jest zależność zmian w źrenicy od zaburzeń żołądkowych, daje nam anatomia układu nerwowego, wskazując na ścisły stosunek między nerwami błędnemi i nerwem współczulnym.

Nr. 2. 1922.

Weekers i Colmant. **Pryszczyki (phlyctaene) oczne i ich stosunek do zmian gruźliczych w gruczołach śródpiersiowych.** W 50 przypadkach u dzieci leczonych na pryszczykowe zapalenie rogówki (*kerato-conjunctivitis phlyctaenulosa)*, badanie kliniczne, poparte badaniem rentgenologicznem i próbą Pirqueta, wykazało powiększenie i zmiany gruźlicze postępujące w gruczołach śródpiersiowych. U osób dorosłych, mających już tylko wyleczone, zwapniałe ogniska gruźlicze w gruczołach śródpiersiowych, dają się zauważyć niekiedy zaćmienia rogówki, po przebytem w dzieciństwie pryszczykowem zapaleniu rogówki i spojówki. Widzimy zatem, że pryszczyki oczne rozwijają się prawie wyłącznie u osób, dotkniętych już gruźlicą; czy wywołane są one przez prątki Kocha, czy przez ich toksyny, trudno jest powiedzieć. Robiono liczne doświadczenia w tym kierunku i różni autorowie rozmaicie się na to zapatrują, faktem jednak jest, że wkraplając tuberkulinę do oka królika gruźliczego wywołujemy u niego pojawienie się pryszczykowego zapalenia rogówki i spojówki, natomiast tuberkulina, wkraplana do oka królika zdrowego, nie wywołuje tego zapalenia.

Terrien. **Porażenia urazowe mięśni ocznych.** Porażenia urazowe mięśni ocznych dzielimy na trzy grupy: Do pierwszej grupy należą porażenia, zazwyczaj szybko przemijające, powstałe wskutek uszkodzenia ścian oczodołu. Do drugiej grupy należą porażenia, powstałe przy uszkodzeniu szczytu oczodołu, a mianowicie w okolicy szczeliny kości klinowej. W tym przypadku otrzymujemy zazwyczaj obraz kliniczny zupełnego porażenia oczu (*ophtalmoplegia totalis*): zupełna nieruchomość gałki ocznej, opadnięcie powieki górnej, znieczulenie rogówki, spojówki, skóry powieki górnej i okolicy czołowej danej strony, w następstwie uszkodzenia gałązki ocznej nerwu Willisa, dalej znaczne zmniejszenie bystrości wzroku lub nawet ślepota zupełna wskutek uszkodzenia nerwu wzrokowego przy jego przejściu przez szczelinę kości klinowej, wreszcie pojawia się niekiedy wysadzenie gałki ocznej mniejszego lub większego stopnia. Wszystkie te objawy mogą powoli ustąpić, tak, jak to było w przypadku, spostrzeganym przez autora, o ile są skutkiem tylko ucisku przez wylew krwi, a nie znacznego uszkodzenia nerwu odłamkiem kostnym w okolicy szczeliny kości klinowej. Do trzeciej grupy przypadków należą porażenia, powstałe przez uszkodzenie jąder nerwu, lub samych nerwów w ich przebiegu śródczaszkowym w następstwie złamania podstawy czaszki. Charakterystyczne dla złamania przedniej części kości skalistej jest porażenie mięśni odwodzących, które również może być przemijające lub trwałe, zależnie od tego, czy jest następstwem ucisku przez wylew krwi, czy też uszkodzenia nerwu przez pękniętą kość; pozatem jednak obraz kliniczny porażeń przy złamaniach podstawy czaszki może być bardzo różnorodny, zależnie od tego, które nerwy lub ich jądra zostały dotknięte.

A. Bourgeois. **Przypadek zranienia rogówki piórem.** Chłopiec 7 letni zgłasza się z powodu, iż dnia poprzedniego zadrasnął się piórem, umaczanem w atramencie, w oko prawe. Badanie kliniczne: Przez środek rogówki wzdłuż przechodzi czarna smuga, dzieląca rogówkę na dwie połowy, prawą i lewą. Po znieczuleniu kokainą próbowano zeskrobać ślady atramentu, lecz ponieważ to się nie powiodło, przeto cienitkim pędzelkiem, umaczanym w wodzie Javela, której praczki używają do wywabiania plam atramentowych, pociągnięto po czarnej smudze na rogówce. Podrażnienie oka bar-

dzo małe. W dwa dni później powtórzono ten sam zabieg. W tydzień później znaleziono tylko małą szarą plamkę w dolnej części rogówki, poniżej brzegu źrenicy.

Lunding-Smidt i Fr. Jensen. **Przepuklina mózgowa (encephalocele) w tylnej części oczodołu.** Dziewczynka 2 letnia, przyprowadzona z powodu wysadzenia lewej gałki ocznej, istniejącego od urodzenia. Badanie kliniczne: Lewa gałka oczna prawie całkowicie wypchnięta poza oczodół, zwrócona na zewnątrz, powieka górna przerosła i powieka dolna nie zakrywają całkowicie rogówki, która jest dość silnie zaćmiona. Poczucie światła zachowane, jak również zachowana, lecz znacznie ograniczona ruchomość gałki ocznej we wszystkich kierunkach. Przez ucisk można zmniejszyć wysadzenie gałki, lecz przez to wywołuje się objawy wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego. Leczenie: wyłuszczenie oka. Po wyjęciu gałki daje się zauważyć w głębi oczodołu guz chełboczący, z którego przez nakłucie wydobyto płyn surowiczy. Przy ucisku guz niknie prawie zupełnie, jednocześnie jednak dziecko zaczyna krzyczeć, dostaje wymiotów, tętno staje się wolniejsze; gdy ucisk ustąpi, guz powiększa się natychmiast. Była to więc tylna przepuklina mózgowa oczodołu *(encephalocele posterior orbitae)*, wytworzona między kością czołową i klinową, w odróżnieniu od przepukliny przedniej, która tworzy się między kością czołową i sitową. Przepuklina taka jest schorzeniem wrodzonem, które jednak nie zawsze, jak w wyżej opisanym przypadku, już przy urodzeniu daje się zauważyć. Odróżnić ją musimy przedewszystkiem od torbieli skórzastej, torbieli surowiczej, tłuszczaka i naczyniaka, jednakowoż tylko przepuklina przy ucisku zmniejsza się, wywołując objawy wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego. Rokowanie, w przypadkach przepukliny tej, zwłaszcza przedniej, jest bardzo poważne, przedewszystkiem grozi zawsze zapalenie opon w razie najmniejszego uszkodzenia i zakażenia powierzchni guza. Przy przepuklinie tylnej grozi znowu zapalenie rogówki z powodu niedomykalności powiek. Najlepiej jest możliwie wcześnie usunąć przepuklinę drogą operacyjną, gdyż leczenie zachowawcze nie daje zadowalniających wyników.

Presse médicale.
7. I. 1922.

Mironesco. **Porażenie okresowe nerwu okoruchowego przy durze powrotnym.** Chory 34 letni zgłasza się z powodu, iż od 4 dni ma silną gorączkę, ból głowy i kości. Badanie kliniczne: Ciepłota 39,8, wątroba bolesna, śledziona powiększona, wymacalna, opadnięcie powieki górnej lewej, gałka zwrócona na zewnątrz, podwójne widzenie, źrenica szeroka, słabo oddziaływa na światło. Badanie krwi: liczne krętki Obermayera. Próba Wassermanna dodatnia, chory przyznaje, iż przechodził kiłę. W płynie mózgowo-rdzeniowym krętków nie wykryto. W 3 dni później nagły spadek ciepłoty, jednocześnie ustępuje odpadnięcie powieki górnej i podwójne widzenie, źrenica oddziaływa prawidłowo. Przy drugim i trzecim napadzie duru powrotnego te same zaburzenia ze strony mięśni oka lewego; przy spadku ciepłoty zaburzenia te mijają. Przypadek ten nie jest jedynym w piśmiennictwie, istnieją przykłady znacznych zaburzeń układu nerwowego przy durze powrotnym, pod postacią drgawek lub porażeń w zakresie poszczególnych nerwów. Badanie płynu mózgowordzeniowego prawie zawsze wykazywało wtedy liczne krętki Obermayera, sekcja zaś, o ile choroba zakończyła się zejściem śmiertelnem, wykrywała liczne drobne wybroczyny w oponach mózgu. Być może, że i porażenie nerwu okoruchowego w wyżej wymienionym przypadku było wywołane przez małą wybroczynę, a podczas napadu gorączkowego znaczną ilością krętków w naczyniach włoskowatych w otoczeniu tej wybroczyny.

Revue générale d'Ophtalmologie.
Styczeń 1922.

Prof. Gourfein. **O leczeniu solami bizmutu schorzeń ocznych pochodzenia kiłowego.** Chory 27 letni zgłasza się 17 listopada 1921 z powodu bólu oka prawego. Badanie kliniczne: Lekki stopień opadnięcia powieki górnej prawej, rogówka nieznacznie rozlanie zaćmiona, na dnie przedniej komory niewielka ilość ropy, tęczówka silnie przekrwiona, źrenica wąska, pokryta białawym wysiękiem, chory liczy palce na 0.5 m. Odczyn Wassermanna silnie dodatni, chory przechodził kiłę 2 lata temu. Leczenie: 5 wstrzykiwań śródmięśniowych soli bizmutu (*tartro-bismuthale de potassium et de sodium*) w odstępach 3 — 4 dni. Dnia 16 grudnia chory opuszcza szpital, bystrość wzroku 5/5, oko blade, źrenica oddziaływa na światło prawidłowo, odczyn Wassermanna słabo dodatni.

Chora 40 letnia zgłasza się z powodu podwójnego widzenia. Badanie kliniczne wykazuje porażenie mięśnia skośnego górnego prawego, źrenica prawa słabo oddziaływa na światło, odczyn Wassermanna ujemny. Mąż chorej zmarł na porażenie postępowe, dziecko przedstawia znamiona kiły dziedzicznej. Po 5 wstrzyknięciach śródmięśniowych soli bizmutu podwójne widzenie ustępuje, źrenica oddziaływa prawidłowo.

P. Fietta. **O działaniu leczniczem jontoforezy na schorzenie rogówki.** Autor przytacza cały szereg przypadków różnorodnych schorzeń rogówki, leczonych zapomocą jontoforezy. Wyniki na ogół są bardzo zadowalniające, zwłaszcza zaś bardzo pomyślne jest działanie jontoforezy (jony cynku) w sprawach ostrych jak: *ulcus serpens*, *herpes corneae*, rany zakażone, oparzenia, *keratitis vasculosa*. W przypadkach zaćmień bliznowatych świeżych leczenie jontoforezą (jony chloru i jodu) daje również bardzo dobre wyniki, w przypadkach starych zaćmień wyniki oczywiście są o wiele mniej zadowalniające. Dr. *Jadwiga Trószyńska*.

Medycyna społeczna.

Dr. Natan Milgrom. Radziechów.

W sprawie gruźlicy na prowincji.

Sprawa zwalczania gruźlicy stanowi obecnie jeden z najaktualniejszych problemów medycyny społecznej. Na Zachodzie akcja ta, dzięki poparciu sfer rządowych i inicjatywie prywatnej różnych towarzystw, postąpiła już znacznie naprzód, u nas natomiast znajduje się ona dopiero w początkach. Towarzystwa i komitety zwalczania gruźlicy rozwijają swoją działalność głównie w wielkich miastach i centrach przemysłowych, pomijając zupełnie prowincję. W rzeczywistości zaś gruźlica szerzy się nietylko w wielkich miastach i centrach przemysłowych, lecz także w małych miastach, miasteczkach i po wsiach. Stanowi ona obecnie jednę z najczęstszych przyczyn śmierci, jakoteż najczęściej spotykaną chorobę przewlekłą wśród ludności miasteczek i wsi. Naturalnie mam na myśli gruźlicę we wszystkich jej formach i przejawach.

Wskutek nagłej, masowej demobilizacji po wojnie światowej, opróżnienia baraków koncentracyjnych i powrotu ewakuowanych wielka część ludności wsi i miasteczek powróciła bez kontroli lekarskiej do domu, przywożąc ze sobą gruźlicę w różnych jej stadjach i postaciach, gdyż w wojskach państw centralnych, w obozach koncentracyjnych i wśród ewakuowanych szerzyła się masowo gruźlica, znajdując doskonałe podłoże u osób wycieńczonych trudami wojny, ucieczki i wędrówki i nękanych głodem lub złem odżywianiem.

Obecnie zaś przyczynia się do szerzenia się gruźlicy na prowincji przedewszystkiem drożyzna i połączone z nią obniżenie stopy życiowej niektórych klas społeczeństwa, następnie zaś mizerja mieszkaniowa, dająca się również w dotkliwy sposób odczuwać w miasteczkach i po wsiach, szczególnie w takich, które zostały zniszczone podczas wojny. Wiele z nich, kilkakrotnie spalonych lub zrównanych z ziemią, dotychczas się nie odbudowało tak dalece, że brak pomieszczeń daje się w nich jeszcze bardziej odczuwać, aniżeli w wielkich miastach, w których za znaczną sumę pieniężną przecież mieszkanie dostać można, podczas gdy w wymienionych miasteczkach i wsiach zgoła żadnego pomieszczenia wolnego nie ma.

Jeśli dodamy do tego jeszcze skutki drożyzny, jakoto: oszczędność w sprawianiu odzieży i bielizny, przerabianie tejże ze starszych, często chorych na gruźlicę, na młodszych, zdrowych, wzmożony obecnie handel staremi, znoszonemi rzeczami, skupianie się całej rodziny w zimie w jednej stancyjce dla oszczędzenia drogiego opału, często nawet spanie w jednem łóżku z powodu braku zniszczonej podczas wojny pościeli i t. d., to spostrzeżemy, że wojna i jej skutki musiały przyczynić się do wzmożenia się gruźlicy nietylko w wielkich miastach i centrach przemysłowych, lecz także po wsiach i miasteczkach, w których właśnie najczęściej dają się odczuwać wymienione skutki wojny.

W Polsce, jako kraju rolniczym, większość mieszkańców skupia się po wsiach i miasteczkach, ilość zaś większych miast i centrów przemysłowych jest znacznie mniejszą, aniżeli na Zachodzie. To też wobec powyżej stwierdzonego wzmożenia się gruźlicy na prowincji jest obowiązkiem władz i Towarzystw, zajmujących się zwalczaniem gruźlicy, zwrócić także baczną uwagę na zagadnienie zwalczania gruźlicy na prowincji.

Z tego właśnie powodu, nadto z powodu zniszczenia wojną większej części Państwa oraz skutków wojny, które w szczególny sposób i wskutek szczególnych warunków jeszcze obecnie dają się najbardziej odczuwać w Polsce, problem zwalczania gruźlicy u nas, z wyjątkiem niezniszczonych zachodnich połaci, musi się inaczej ukształtować, aniżeli na Zachodzie. Na to odmienne ukształtowanie się zagadnienia wpływa również krytyczny stan finansów Państwa, nie mogącego wśród obecnych warunków łożyć większych sum na walkę z gruźlicą, brak potężnych organizacyj i towarzystw prywatnych, któreby podobnie jak na Zachodzie działały na tem polu, i brak należytego zrozumienia i zainteresowania ze strony społeczeństwa, zajętego innemi, również palącemi sprawami życia powojennego.

W poszukiwaniu metod walki z gruźlicą, dostosowanych specjalnie do naszych warunków, należy więc kierować się powyżej wymienionemi okolicznościami. Należy zastosować środki jak najtańsze i łatwo dostępne wśród naszych warunków, przyczem mam przedewszystkiem na myśli wsie i mniejsze miasta. W tym celu należy u nas w pierwszej linji zwrócić baczną uwagę na kwestję zapobieżenia rozszerzaniu się gruźlicy. Leczeniem chorych powinny zainteresować się kasy chorych, Towarzystwa asekuracyjne, zrzeszenia zawodowe i t. d. Natomiast rzeczą Rządu i Towarzystw do zwalczania gruźlicy u nas powinno być przedewszystkiem zwalczanie gruźlicy jako choroby przenośnej.

Do szeregu środków, nie połączonych z wielkiemi wkładami pieniężnemi i dostosowanych do naszych stosunków, a mających na celu zapobieżenie szerzeniu się gruźlicy na prowincji, należą mojem zdaniem: 1) akcja uświadamiania, 2) zgłaszanie chorych na otwartą gruźlicę, 3) stworzenie czynnych powiatowych poradni przeciwgruźliczych w każdym powiecie, ewentualnie w każdym okręgu sanitarnym, 4) izolacja chorych na otwartą gruźlicę.

Akcja uświadamiania jest bezprzecznie najtańszą, ale i najważniejszą częścią ogólnej akcji zwalczania gruźlicy jako choroby przenośnej. Należy stwierdzić, że ludność naszych wsi i miasteczek jest prawie zupełnie nieuświadomioną pod tym względem. W akcji tej konieczne jest współdziałanie nauczycielstwa i duchowieństwa, przedewszystkiem zaś personalu sanitarnego w każdym powiecie. Pożądane są w tym celu wykłady, pogadanki, kazania, przedstawienia kinematograficzne i inne na ten temat, jakoteż bezpłatne rozdawanie pism ulotnych, które powinny dotrzeć do rąk każdej osoby umiejącej czytać. Akcja taka, zakrojona na szeroką skalę, osiągnie bezsprzecznie swój cel i jest u nas specjalnie bardzo pożądaną wobec zaniedbania, jakie pod tym względem pozostawili zaborcy.

Sprawa zgłaszania chorych na otwartą gruźlicę podlega od szeregu lat dyskusji. Obozowi zwolenników przeciwstawia się obóz przeciwników zgłaszania chorych na otwartą gruźlicę. U nas, wśród wyżej opisanych warunków, jest bezwzględnie wskazane, aby chorych na otwartą gruźlicę zgłaszano do powiatowej, względnie gminnej władzy sanitarnej. Za zgłaszaniem przemawiają następujące względy: 1) po zgłoszeniu można będzie chorego i jego rodzinę względnie otoczenie uświadomić, 2) można będzie skierować do chorego pielęgniarkę względnie opiekunkę powiatowej poradni, 3) można będzie w razie potrzeby czynić starania o izolację chorego w domu lub poza domem, ewentualnie o umieszczenie go w jakimś zakładzie, 4) zgłaszanie jest tanim środkiem walki z gruźlicą — okoliczność, jak już wspomniałem, u nas bardzo ważna.

Przeciw zgłaszaniu przemawiają przedewszystkiem 1) konieczność zachowania tajemnicy lekarskiej i połączona z tem obawa stracenia zaufania chorego do lekarza, 2) obawa nadużyć i niemiłych skutków na tle stosunków rodzinnych, z góry przewidzieć się nie dających. Są to poważne zarzuty, które należy wziąć w rachubę przy ewentualnem wprowadzeniu przymusu zgłaszania chorych na otwartą gruźlicę. Możnaby je ominąć w ten sposób, aby zgłaszanie odbywało się ustnie. Co pewien czas pielęgniarka z powiatowej względnie okręgowej poradni odwiedzałaby osobiście lekarzy danego powiatu względnie okręgu celem wynotowania chorych na otwartą gruźlicę, zbadanych w międzyczasie przez lekarza. Pielęgniarki i wogóle cały personal sanitarny byłby taksamo obowiązany do zachowania tajemnicy lekarskiej, jak lekarze. Zabiegi koło chorego i uświadomienie otoczenia mogłoby odbyć się w ten sposób, aby, o ile możności, uniknąć niepożądanych skutków. Prócz otoczenia chorego nikt z obcych nie powinien być wtajemniczonym. Albo też możnaby wprowadzić obowiązek zgłaszania przypadków otwartej gruźlicy w zamkniętych kopertach na ręce kierownika powiatowej, względnie okręgowej poradni, przy obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej przez kierownika i personal poradni.

Trzecim bardzo ważnym czynnikiem akcji zwalczania gruźlicy na prowincji jest stworzenie powiatowych, względnie okręgowych poradni przeciwgruźliczych. System poradni jest jedynym, odpowiadającym naszym stosunkom, sposobem zaopiekowania się chorymi na gruźlicę. Natomiast leczenie sanatoryjne względnie szpitalne lub też w kolonjach leśnych natrafia u nas na wielkie przeszkody, przedewszystkiem ze względu na trudności finansowe, na połączone z tem wielkie wydatki i na brak u nas potężnych finansowo organizacyj i Towarzystw prywatnych, któreby współdziałały w tym kierunku.

Zorganizowanie opieki nad chorymi na gruźlicę po wsiach i miasteczkach należy do obowiązków władz sanitarnych państwowych względnie samorządowych, w myśl zasadniczej ustawy sanitarnej, obowiązującej na ziemiach Rzeczypospolitej. Wobec tego fundusze na ten cel znaleść się muszą. Sprawa zwalczania gruźlicy na prowincji i utworzenia poradni powiatowych względnie okręgowych jest utrudniona w wysokim stopniu brakiem organów wykonawczych dla lekarzy, pozostających w służbie publicznej, na których rząd lub ciała samorządowe wkładają różne obowiązki, do których wykonania koniecznie potrzeba odpowiedniego personalu. Faktem jest, że n p. zwalczanie epidemji bez odpowiednio wyszkolonego personalu pomocniczego, jedynie przy pomocy dojazdów do zagrożonych gmin i pisemnych okólników, jest iluzoryczne. Taksamo iluzoryczne jest tworzenie poradni przeciwgruźliczych bez pomocniczego personalu, przynajmniej jednej pielęgniarki lub opiekunki, wyszkolonej należycie w opiece nad chorymi na gruźlicę. Rząd powinien wyszkolić odpowiednią ilość opiekunek i rozesłać je po powiatach i okręgach, gdzie mogłyby pracować pod kierownictwem lekarzy powiatowych i okręgowych. Bez organów wykonawczych, poświęcających cały swój czas wyłącznie akcji zwalczania gruźlicy, odwiedzania chorych na gruźlicę i uświadamianiu otoczenia tych chorych, cała akcja nie osiągnęłaby swego celu.

Odosobnianie chorych na otwartą gruźlicę jest u nas wśród warunków, opisanych na początku, najtrudniejszą częścią akcji zwalczania gruźlicy na prowincji. Nie da się ona w najbliższej przyszłości urzeczywistnić ze względu na połączone z nią wielkie koszta. Daleko nam jeszcze do tego stanu rzeczy, jaki panuje obecnie n. p. w Danii, gdzie prawie każdy chory na gruźlicę może znaleźć pomieszczenie w jakiemś sanatorjum, szpitalu lub kolonji leczniczej. Do tego celu zmierzać musimy stopniowo, urzeczywistniając go w miarę wzrostu naszych sił ekonomicznych.

Na razie należy chorych na otwartą gruźlicę izolować, o ile możności, w domu. Nie zawsze da się to urzeczywistnić ze względu na brak pomieszkań i na ciasnotę, jaka panuje z powodu zniszczenia wojennego i zastoju w ruchu budowlanym. Rzeczą organu wykonawczego z powiatowej lub okręgowej poradni będzie zbadać w każdym przypadku dokładnie stosunki mieszkaniowe i majątkowe danego chorego, aby do nich dostosować swe pouczenia i zarządzenia.

Równocześnie Rząd i Towarzystwa walki z gruźlicą powinny wpłynąć na Towarzystwa asekuracyjne, kasy chorych, związki zawodowe i t. d., aby we własnym interesie, podobnie, jak na Zachodzie, budowały sanatorja, szpitale i zakłady kolonje lecznicze, szczególnie dla uleczalnych przypadków gruźlicy.

Do rozszerzania się gruźlicy przyczyniają się w znacznym stopniu nieuleczalnie chorzy w ostatnich stadjach choroby. Na prowincji stanowią oni z powodu zupełnego nieuświadomienia ludności główne źródło zakażenia dla otoczenia. Lekarz wezwany do takiego chorego jest zupełnie bezradny. O leczeniu mowy już nie ma, o izolacji często tem mniej. W takich przypadkach poradnie znalazłyby przedewszystkiem wdzięczne pole do pracy. Najodpowiedniejszem byłoby zupełnie odosobniać takich chorych poza domem, szczególnie w specjalnych oddziałach dla chorych na gruźlicę przy szpitalach powiatowych. Oddziały takie powinno się dobudować do każdego szpitala powiatowego.

W końcu muszę nadmienić, że uważam za rzecz konieczną stworzenie osobnych oddziałów dla walki z gruźlicą na prowincji przy centralnych komitetach i instytucjach, mających na celu walkę z gruźlicą. Oddziały te miałyby za zadanie wypracować i wprowadzić w życie metody walki z gruźlicą, dostosowane specjalnie do potrzeb prowincji.

Wiadomości bieżące.

Warszawa.

W uznaniu zasług położonych dla Szpitala Św. Ducha w Warszawie przez prof. **Dra Alfreda Sokołowskiego** w ciągu 40-letniego pełnienia obowiązków ordynatora oddziału wewnętrznego Magistrat mianował go honorowym konsultantem Szpitala i wyznaczył mu dożywotnią emeryturę w wysokości pobieranej ostatnio pensji.

Lwów.

Kursa uzupełniające dla lekarzy na Wydziale lekarskim im. Jana Kazimierza we Lwowie odbędą się wedle programu ogłoszonego w nr. 33. P. Gazety lek. — 20 września o godz. 6-tej po południu zbiorą się wszyscy uczestnicy kursu w klinice chorób wewnętrznych. Tam też otrzymają informacje co do przydziału kwatery uczestnicy kursu, którzy się dotychczas zgłosili.

II. Targi Wschodnie przedstawiają w nader pochlebnem świetle polski przemysł chemiczny i farmaceutyczny. Także wystawa środków opatrunkowych i przyborów dla lekarzy i aptekarzy przedstawia się poważnie. Koledzy, którzy nie żałowali czasu i trudu na przegląd tego działu Targów w roku ubiegłym i obecnie, doznali z pewnością uczucia podniosłego zadowolenia, iż przemysł polski w zakresie hygieny i lecznictwa z roku na rok potężnieje.

Możemy bez skrupułu i powinniśmy zerwać z utrzymującem się jeszcze tu i ówdzie mniemaniem, jakoby tylko produkt obcy mógł być dobrym.

Nr. 38. 17. września 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

TADEUSZ STRYJECKI. Warszawa.

O zastosowaniu odczynu Bordet-Gengou w zimnicy utajonej.

(Z pracowni bakterjologicznej Dr. M. Jastrzębskiego.)

Polibolizm materji żyjącej, uwidoczniający się odmiennem za każdym razem oddziaływaniem na odmienne jakościowo pobudzenia chemiczne, wywoływane czyto przez komórkę bakteryjną, czy komórkę plemnikową, czy przez zrąb ciałka czerwonego takiego lub innego gatunku zwierzęcego, czy przez płyn wysiękowy lub produkty toksyczne, powstałe z rozpadu bakteryj, zawsze i niezawodnie wyrażać się będzie swoiście — tylko w pewnym ściśle określonym kierunku.

Tę wielorakość ustroju stwierdzamy za pomocą różnych, znanych dziś powszechnie, mniej lub więcej czułych metod, wykazujących jednakże dość wyraźnie to zjawisko bez względu na to, czy metodą tą będzie odczyn aglutynacyjny Widala, czy fenomen Pfeiffera, czy próba precypitacyjna, lub wreszcie odczyn Bordeta i Gengou.

Odczyn Bordet-Gengou, jako klasyczna i w swem założeniu wprost idealna koncepcja teoretyczna, znalazł olbrzymie zastosowanie praktyczne, stając się np. w syfilisie decydującym niemal czynnikiem w ustaleniu istoty choroby (próba Bordet-Wassermanna).

Lecz nietylko dla rozpoznawania syfilisu odczyn ten ma zasadnicze znaczenie, stosowano go również w innych stanach chorobowych, jak w chorobie Basedowa (prof. Rzętkowski), w nosaciźnie (Schütz, Meisner, Schubert, Tropp), w czarnej krośce (Molvos, Bail, Sacharow, Pokrzyszewskij), w tyfusie, w bąblowcu (Weinberg), zapaleniu płuc itd., w celach oczywiście więcej teoretycznych, niż praktycznych.

W zimnicy doświadczali wartości próby Bordeta i Gengou: de Blasi, Böhm, Lesser, Much, Gasbarini, Nanu-Mussel i Titu Vasillin, Valerio, jednakże wyniki tych badań były różne i niejednostajne.

Aczkolwiek Olpp wyraził zdanie, że badanie malarji można uważać do pewnego stopnia za skończone, albowiem nawet specjalne czasopismo założone w roku 1909 w Lipsku p. t. »Internationales Malaria-Archiv« po 2 latach istnienia zostało zawieszone z powodu wyczerpania tematu, postanowiłem mimoto wrócić do niego i zająć się jeszcze serologiczną stroną zagadnienia, probując w całym szeregu doświadczeń wyjaśnić sprawę swoistości odczynu wiązania dopełniacza (komplementu) w zimnicy, ale z wywoływaczem (antygenem) swoistym tj. zimniczym. Wspomniani autorzy, stosując odczyn Bordeta i Gengou w zimnicy, posiłkowali się próbą Wassermanna, otrzymane więc wyniki z punktu widzenia swoistości nie były miarodajne, a rozpoznawczo znaczenia praktycznego mieć nie mogły.

Asumpt do podjęcia tych badań dały mi wykłady prof. Dra R. Błędowskiego na naszej College de Pologne (W. W. P.) w roku akad. 1917/1918 z dziedziny biologji pasorzytów. Robiłem je w pracowni Dra M. Jastrzębskiego i pod jego kierunkiem, korzystając z materjału szpitalnego na oddziale Dra Bronowskiego w szpitalu Przem. Pańskiego, laboratoryjnego, oraz skrzętnie poszukiwanego w Warszawie, w dalszych i bliższych jej okolicach.

Na razie podaję do wiadomości pierwszą serję doświadczeń, dokonanych w latach 1918—20. W ciągu tego czasu wykonałem 787 prób z najrozmaitszemi surowicami, w liczbie tej niestety tylko 55 było zimniczych stwierdzonych badaniem krwi, resztę prób wykonałem w celach kontroli swoistości antygenu zimniczego i kontroli mojej głównej próby (antygen zimniczy + surowica zimnicza). Każdą próbę wykonywałem według załączonego schematu, biorąc surowicę zimniczą + antygen zimniczy, kilka lub kilkanaście (w miarę napływającego materjału) surowic normalnych, tak, że na każdą próbę surowicy zimniczej przypadało zawsze jednocześnie kilka lub kilkanaście prób kontrolujących. Wyniki tych badań były, mojem zdaniem, dodatnie, postaram się je więc tutaj w krótkich słowach przedstawić.

Ideałem moim było otrzymanie śledziony zimniczej w celu przygotowania z niej antygenu. Ponieważ jednak śmiertelność u nas z powodu zimnicy należy do rzadkości, a usunięcie tego narządu drogą operacyjną też nie jest częste, należało przeto przygotować wywoływacz w inny sposób, kwestję zaś wywoływacza ze śledziony odłożyć na później.

Szczęśliwy traf zrządził, że na oddziale Dra Bronowskiego znajdowała się chora, u której we krwi znalazłem bardzo dużo pasorzytów zimniczych. W przypuszczeniu, że może mi się uda przygotować wywoływacz z czerwonych krążków krwi, zawierających wewnątrz pasorzyty, wziąłem za pomocą nakłucia żyły środkowej 15 ccm krwi, przelałem do wyjałowionej kolbki, objętości 100 ccm, zawierającej wewnątrz paciorki, odwłókniłem, wstrząsając zawartością kolbki, przelałem następnie do wyjałowionych probówek. Po odwirowaniu surowicę zebrałem pipetką do próby serologicznej, krążki zaś czerwone wylałem na płytki Petriego i wstawiłem do cieplarki. Po wysuszeniu otrzymaną masę roztarłem dokładnie w moździerzu z wyżarzonym kwarcem, następnie z jednej części przygotowałem wywoływacz wodny, z drugiej alkoholowy. Po upływie 5 dni postanowiłem wypróbować oba wywoływacze, tj. wodny i alkoholowy, za pomocą mianowa-

TABLICA I.

PRÓBA WYWOŁYWACZY

WODNEGO							ALKOHOLOWEGO						
Nr. probówki	NaCl 0·85%	Wywoływacz	Dopełniacz	Surowica hemolityczna	5% krw. baran.	WYNIK	Nr. probówki	NaCl 0·85%	Wywoływacz	Dopełniacz	Surowica hemolityczna	5% krw. baran.	WYNIK
1	1.6	0.1	0.1	0.2	1.0	hemol.	1	1.6	0.1	0.1	0.2	1.0	hemol.
2	1.5	0.2	0.1	0.2	1.0	hemol.	2	1.5	0.2	0.1	0.2	1.0	hemol.
3	1.4	0.3	0.1	0.2	1.0	hemol.	3	1.4	0.3	0.1	0.2	1.0	hemol.
4	1.3	0.4	0.1	0.2	1.0	hemol.	4	1.3	0.4	0.1	0.2	1.0	hemol.
5	1.2	0.5	0.1	0.2	1.0	hemol.	5	1.2	0.5	0.1	0.1	1.0	hemol.
6	1.1	0.6	0.1	0.2	1.0	hemol.	6	1.1	0.6	0.1	0.2	1.0	hemol.
7	1.0	0.7	0.1	0.2	1.0	hemol.	7	1.0	0.7	0.1	0.2	1.0	hemol.
8	0.9	0.8	0.1	0.2	1.0	hemol.	8	0.9	0.8	0.1	0.2	1.0	hemol.
9	0.8	0.9	0.1	0.2	1.0	hemol.	9	0.8	0.9	0.1	0.2	1.0	±
10	0.7	1.0	0.1	0.2	1.0	hemol.	10	0.7	1.0	0.1	0.2	1.0	+
11	0.6	1.1	0.1	0.2	1.0	hemol.	11	0.6	1.1	0.1	0.2	1.0	+ +
12	0.5	1.2	0.1	0.2	1.0	hemol.	12	0.5	1.2	0.1	0.2	1.0	+ + +

nia. W tym celu ustawiłem w statywie 24 probówek, przeznaczając 12 do próby antygenu wodnego i 12 do próby antygenu alkoholowego. Antygenu, rozcieńczonego w stosunku 0,5 na 4 ccm fizjologicznego rozczynu NaCl, dolewałem do każdej probówki w ilościach: 0·1, 0·2, 0·3, 0·4, 0·5, 0·6 itd aż do 1·2 + woda fizjolog., dopełniacz (komplement) i grupa hemolityczna; po $^1/_2$ godzinnem staniu w cieplarce w 37° we wszystkich 12 probówkach z antygenem wodnym

nastąpiła całkowita hemoliza (—); w probówkach z antygenem alkoholowym hemolizę otrzymałem tylko w pierwszych 8-miu probówkach, w 9-tej probówce było lekkie zatrzymanie hemolizy (±), w 10-tej silniejsze, a w 11-tej i 12-tej silne (++++).

Ponieważ 9-ta probówka dała tylko lekkie zatrzymanie hemolizy (±) wobec 0,9 antygenu, należało przeto brać do głównej próby dwa razy mniejszą maksymalną, nie zatrzymującą dawkę t. j. 0.4.

Zbliżał się teraz moment krytyczny: próba wartości tego antygenu w zetknięciu się z surowicą swoistą t. j. zimniczą, co miało zadecydować o wartości podjętej pracy, trafności ujęcia pod względem serologicznym kwestji antygenu i wogóle o praktycznem znaczeniu tej metody.

To też z pewną dozą wzruszenia przystąpiłem do wykonania tej pierwszej próby, ustawiając w tym celu 6 probówek, z których 2 pierwsze stanowiły próbę główną (w 1-szej antygen zimniczy w ilości 0,2 + surowica zimnicza, w 2-giej antygen zimniczy w ilości 0,4 + takaż surowica), 3-cia dla kontroli surowicy, 4-ta dla kontroli antygenu w podwójnej ilości (0,8), 5-ta dla kontroli krążków baranich, 6-ta dla kontroli dopełniacza, czy nie posiada sam przez się własności hemolitycznej.

Oprócz tego oddzielnie ustawiłem szereg probówek z rozmaitemi surowicami, między któremi była surowica tyfusowa (Widal +) i surowica od chorej z zapaleniem miedniczek, dodając do każdej z nich antygenu zimniczego. Po dodaniu wszystkich składników wstawiłem probówki do cieplarki w 37°. Po upływie półtorej godziny dolałem grupę hemolityczną t. j. surowicę królika uodpornionego krążkami czerwonemi barana + 5% zawiesinę tychże krążków. Znów wstawiłem do cieplarki. Po pół godzinie tj. po rozpuszczeniu probówek kontrolujących 3 i 4-tej wynik otrzymałem następujący:

1—2 próbówki z antygenem zimniczym i surowicą zimniczą duże zatrzymanie hemolizy (+++);

3—4 probówki, kontrola surowicy i antygenu w podwójnej ilości, hemoliza (—);

5—6 probówki, kontrola krążków barana i dopełniacza, całkowite zatrzymanie (++++).

Probówki z surowicami kontrolującemi wszystkie dały wynik ujemny (—).

T A B L I C A II.
Wynik pierwszego doświadczenia.

Nr. probówki	Na 1½ godziny do cieplarki w 37°				Do cieplar. aż do rozpuszcz. prb. 3—4		W Y N I K
	NaCl 0·85%	Surowica zimnicza	Wywoływacz zimniczy	Dopełniacz	Surowica hemolitycz.	5% krwinki baran.	
1	1.3	0.2	0.2	0.1	0.2	1.0	zatrzymanie hemolizy (+++)
2	1.1	0.2	0.4	0.1	0.2	1.0	zatrzymanie hemolizy (+++)
3	1.5	0.2	0	0.1	0.2	1.0	hemoliza (—)
4	1.0	0	0.8	0.1	0.2	1.0	hemoliza (—)
5	2	0	0	0	0	1.0	całkow. zatrzym. hemol. (++++)
6	1.9	0	0	0.1	0	1.0	całkow. zatrzym. hemol. (++++)

Ponieważ kontrole odczynników wypadły, jak należało, zatrzymanie hemolizy w probówkach 1-szej i 2-giej świadczyło o obecności w surowicy badanej niwecznika (ambocceptora) zimniczego.

Otrzymawszy taki wynik, z tem większą energją zabrałem się do poszukiwań przypadków zimnicy, dla robienia dalszych prób (w latach 1918—20 nastręczało to pewne trudności, co nieda się powiedzieć o roku bieżącym wobec prawdziwej epidemji tej choroby). Następne próby wypadły również dodatnio tak, że na ogólną liczbę 55 przypadków zimnicy (wśród których w 50 przypadkach znalazłem pasorzyty we krwi, 5 zaś miało posiać utajoną) 54 dało odczyn Bordeta i Gengou dodatni.

W dalszych badaniach posiłkowałem się już antygenem z krążków i ze śledziony zimniczej, otrzymanej od zmarłej Miel. (śledziona od zmarłej G., v. przypadek 2., była pod tym względem bez wartości). Śledziona ta, wagi 140 gramów, zawierała masę chromatyny (nie melaniny) i bardzo liczne pasorzyty w stanie rozpadu. Przygotowany z niej antygen alkoholowy okazał się bardzo czułym odczynnikiem, albowiem już w ilości 0.1 odpowiedniego rozcieńczenia (0,1 wyciągu alkoholowego na 2 ccm wody fizjologicznej) z surowicą zimniczą dawał zatrzymanie hemolizy. Stosując oba antygeny, wyniki otrzymywałem prawie identyczne. Różnice zachodziły tylko w natężeniu odczynu: n. p. w probówkach zawierających antygen z krążków odczyn wypadał bardzo dodatnio, gdy w probówkach z antygenem ze śledziony wynik otrzymałem mniej wybitny i odwrotnie.

T A B L I C A III.

ROZPOZNANIE	Liczba przypadków	W ilu przypad. znalez. pasorz.	Bordet i Gengou +	Bordet i Gengou —	Uwagi
Febris intermittens	55	50	54	1	
Tuberculosis pulmonum	80	0	0	80	
Vitium cordis	10	0	0	10	
Neurasthenia	9	0	0	9	
Typhus abdominalis	6	0	0	6	
Polyneuritis	2	0	0	2	
Pyelitis	7	0	0	7	
Carcinoma hep. ventr. utr.	14	0	0	14	
Emphysema pulmon.	9	0	0	9	
Influenza	17	0	0	17	
Diabetes mellitus	2	0	0	2	
Sclerosis disseminata	2	0	0	2	
Encephalitis lethargica	3	0	0	3	
Cystitis	2	0	0	2	
Rheumatismus artic.	12	0	0	12	
Rheumatismus musculor.	3	0	0	3	
Ulcus ventriculi	1	0	0	1	
Intoxicatio CO	1	0	0	1	
Lumbago	2	0	0	2	
Epilepsia	3	0	0	3	
Marasmus senilis	53	0	0	53	
Neoplasma pulmon.	1	0	0	1	
Lues	259	0	0	259	
Endocarditis	4	0	0	4	
Pleuritis	7	0	0	7	
Bez rozpoznania	223	0	0	223	

Ponieważ z 732 prób kontrolujących z surowicami od chorych na najrozmaitsze cierpienia (v. tablicę III.) żadna nie dała mi zatrzymania hemolizy z antygenem zimniczym, upoważnia mnie to niejako do twierdzenia, że odczyn ten jest swoisty i w przypadkach zimnicy utajonej posiłkować się nim można w celach rozpoznawczych.

Twierdzenie to, może zbyt śmiałe z punktu widzenia ścisłości badań poznawczych, poparte jednak zdaje się dostatecznie szeregiem danych doświadczalnych, na zasadzie których przyszedłem do przekonania:

1) że we krwi chorych na zimnicę stwierdzoną mikroskopowo, czy też z postacią utajoną, która z nieznanych nam bliżej przyczyn nie ujawnia się owemi charakterystycznemi napadami, przejawiającą jednak swoją aktywną działalność całym szeregiem objawów nietypowych, wytwarzają się ciała swoiste dające odczyn Bordeta i Gengou z wywoływaczem swoistym;

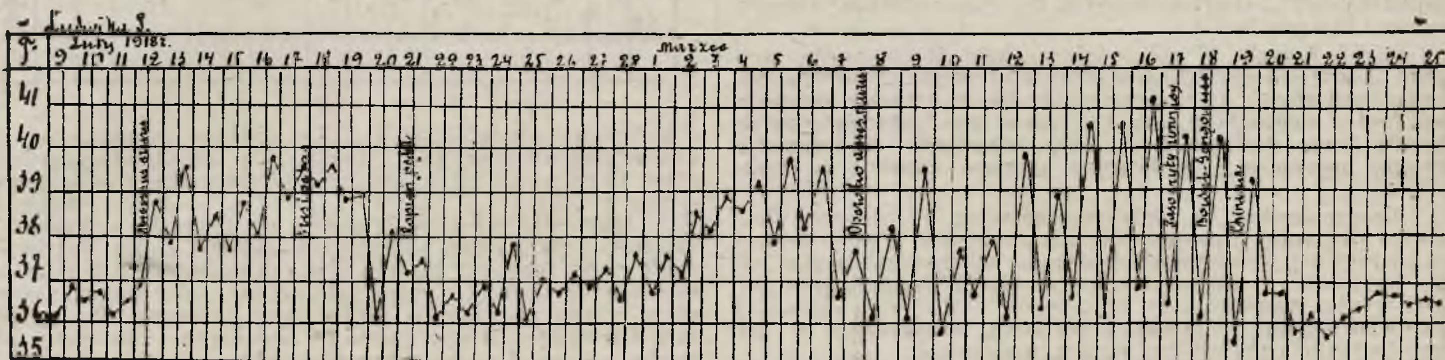
2) że ciała te zjawiają się dość wcześnie, mniej więcej w 2 tygodnie po pierwszym napadzie, a nieraz i wcześniej i szybko znikają pod wpływem leczenia swoistego (chinina, arsenobenzol, żelazo);

3) że zjawienie się ich nie jest uwarunkowane: a) ani wysoką ciepłotą, gdyż w 2 przypadkach, gdzie ciepłota była prawidłowa mimo obecności pasorzytów we krwi, otrzymałem bardzo wybitny odczyn Bordeta i Gengou; b) ani obecnością lub brakiem pasorzytów we krwi naczyń obwodowych, albowiem w 5 przypadkach pasorzytów we krwi nie znalazłem, mimoto odczyn Bordeta i Gengou wypadł dodatnio, potwierdzony w 2 przypadkach badaniem pośmiertnem, a w 3 przypadkach badaniem lekarskiem i dodatnim wpływem leczenia swoistego;

4) że niedostateczne dawki chininy zmniejszają wprawdzie natężenie odczynu Bordeta i Gengou, nie zmieniają go jednak na zupełnie ujemny.

Pozwolę sobie teraz z ogólnej liczby zebranych przypadków przytoczyć kilka, załączając wyciągi z kart szpitalnych, które oświetlą praktyczną stronę omawianej metody w jawnych i utajonych postaciach zimnicy.

Ryc. I.



1) Ludwika P. z Warszawy, l. 44, przybyła na oddział Dra Bronowskiego 24. sierpnia 1918 r. Rozpoznanie kliniczne: *Lymphangoitis extrem. infer et in ontinentia urinae.* Chora leżała 2 razy na sali 2-giej: pierwszy raz z powodu ataku apoplektycznego, 2-gi raz z powodu bolu kończyn dolnych i niemożności zatrzymania moczu. Obecnie opuchła lewa noga aż po kolano i zaczerwieniła się.

Stan obecny: owrzodzenie w okolicy śródstopia palucha lewego. Stopa, goleń, kolano i część dolna biodra opuchnięta. W płucach i sercu zmian niema. Tętno 90, równe, łaknienie dobre, mocz oddaje pod siebie. Ciepłota 37·6°. 10. II. Stwardnienie goleni z tyłu, na miejscu dawnego zapalenia. 12. II. Ropień goleni. 17. II. Róża goleni. 21. II. Ropień pękł. 7. III. Operacja ropnia. 9. III. Ciepłota podniosła się do 39°. 10. III. Ciepłota spadła. 16. III. Dreszcze i gorączka hektyczna. 17. III. Badanie krwi: Hemoglobiny 45%; ciałek czerwonych 2,100.000; ciałek białych 2.400. Indeks 1.7. Stosunek białych ciałek do czerwonych 1:879. Krążki czerwone na świeżym preparacie blade, nie układają się w rulony prawidłowo (hydraemia). Liczne żywe pasorzyty. Na preparatach, barwionych metodą Giemsy, erytrocyty nie jednakowej formy i wielkości (anizocytoza); postaci jądrowych nie znaleziono. Liczne pasorzyty *plasmodium vivax* z postaciami płciowemi (gametami). Leukocyty (na 300 ciałek białych): wielojądrowych 56,6%; limfocytów dużych 8,6%; limfocytów małych 20%; monocytów 9,3%; przejściowych 3,3%; eozynochłonnych 1%; wielkich leukocytów jednojądrowych 3%. Pasorzytów w ciągu tego czasu naliczyłem 264.

18. III. Leukocyty: wielojądrow. 60,8%; limfocytów dużych 5,3%; limfocytów małych 24%; monocytów 6,3%; przejściowych 3,3%; komórek tucznych 0,3%; pasorzytów 276. Odczyn Bordeta i Gengou ++++.

19. III. Chinina 3 proszki dziennie po 0,3.

20. III. Leukocyty: wielojądrowych 52, limfocytów dużych 10%, limfocytów małych 32%, monocytów 0,6%, przejściow. 0,5%, eozynochłonnych 2,6%, pasorzytów 51.

13. IV. Po użyciu 12 gramów chininy badanie krwi wykazało: hemoglobiny 70%, ciałek czerwonych 3,120.000, ciałek białych 5600, indeks 1,1; stosunek białych do czerw. 1:557, krążki czerwone dobrze zabarwione, układają się w rulony prawidłowo. Na preparatach barwionych b. nieliczne mikrocyty. Dużo chromatyny, pasorzytów nie znaleziono. Leukocyty: wielojądrowych 67, limfoc. dużych 7,3%, limfoc. małych 15%, monocytów 2,1, przejściow. 5,6%, eozynochł. 3%, tucznych 1%. Odczyn Bordeta i Gengou ujemny (—). Wypisana zdrowa.

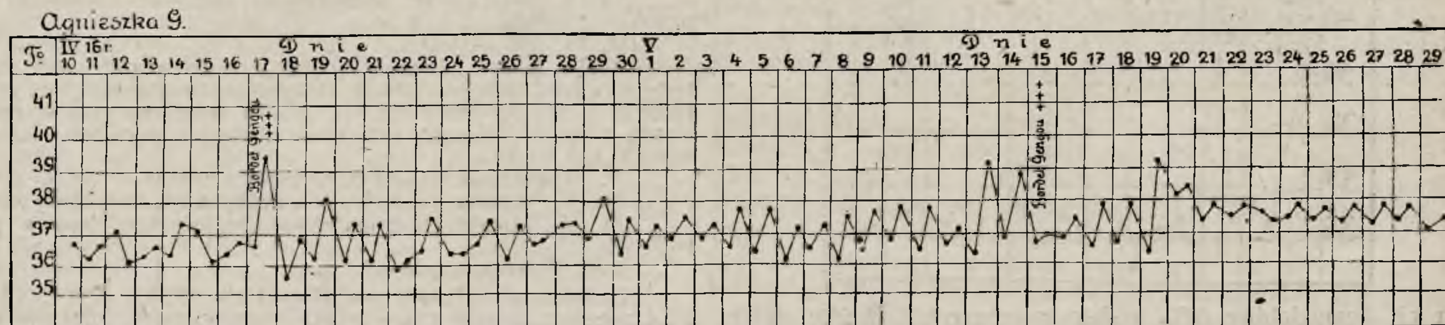
Chora przedtem nigdy na zimnicę nie chorowała, należy więc przypuszczać, że albo została świeżo zakażona w czasie pobytu w szpitalu, albo też nosiła przez szereg lat zarazek zimnicy w stanie utajonym, który dopiero pod wpływem bodźców: toksycznego (zarazek róży) i mechanicznego (operacja), sprowokowany został do akcji obronnej. Nastąpiła partenogeneza gametów (Schaudin) i rozwój multiplikatywny pasorzytów.

W czerwcu t. r. przybyła znów na oddział z objawami ze strony pęcherza. Badanie krwi pasorzytów nie wykazało.

Odczyn Bordeta i Gengou ujemny (—).

2) Agnieszka G., lat 80 z Gocławka. Przybyła na oddział 10. IV. 1918 r. Chora skarży się na gwałtowne łamanie i darcie w kościach rąk i nóg, szczególniej z lewej strony. W płucach

Ryc. 2.



nieliczne rzężenia suche. Obrzęki kończyn dolnych. Rozpoznanie: *Myocardilis, Arteriosclerosis.*

17. IV. o godzinie 12 w południe chora dostała silnych dreszczy i gorączki do 40·3°. Napad trwał 2 godziny. W 3 kwa-

dranse wzięta krew do badania wykazała: hemoglobiny 53%; ciałek czerwonych 2,140.000, ciałek białych 1500, indeks 1,2, stosunek białych ciałek do czerwonych 1:1426. Krążki czerwone na świeżym preparacie blade, nie układają się w rulony prawidłowo. Liczne żywe pasorzyty. Na preparatach barwionych liczne mikro- makro- i poikilocyty, bardzo nieliczne normo- i megaloblasty. Liczne pasorzyty *plasmodium vivax*. Gamety. Leukocyty: Wielojądrowych 73,5%, limfoc. dużych 7,3%, limfoc. małych 10,6%, monocytów 5%, przejściow. 2%, eozynochłonnych 0,6%, pasorzytów 191. Odczyn Bordeta i Gengou ++++.

18. IV. Napadu nie było. Badanie krwi: wielojądrowych 50%, limf. dużych 14%, limf. małych 23%, monocytów 15,1%, przejściowych 3%, eozynofilów 0,3%, wielkich leukocytów jednojądrowych 4%, pasorzytów 170.

19. IV. O godzinie 12 i pół napad zimnicy. Ciepłota 38°. W 2 godziny później badanie krwi: wielojądrowych 54%, limf. dużych 8,3%, limfocytów małych 19%, monocytów 4,5%, przejściowych 2,3%, eozynofilów 0,6%, wielkich leukocytów jednojądrowych 10,6%. Pasorzytów 280. Zalecono chininę 3 proszki dziennie po 0,3.

26. IV. Chora wyżyła 3 gramy chininy. We krwi pasorzytów nie znaleziono.

15. IV. Badanie krwi: Hemoglobiny 59%. Ciałek czerwonych 2,090.000, ciałek białych 1950. Leukocyty: wielojądrowych 60%, limfocytów dużych 12%, limfocytów małych 22%, przejściowych 3%, eozynochłonnych 2%. Pasorzytów 5. Odczyn Bordeta i Gengou +++.

11. VI. Zmarła. W pół godziny sekcja. Wynik podług protokołu: *Adhaesiones restiformes pleurae utriusque. Infiltratio adiposa musculi cordis. Atherosclerosis aortae et. valvular. semilunarium. Hepar moschatum. Atrophia renum cum cystis, infarctibus. Atrophia lienis. Malaria chr. Ileitis catarrhalis. Endometritis. Atrophia ovariorum. Anthracosis pulmon. Cicatrix in apice sinistro.*

Na preparatach ze śledziony znalazłem b. nieliczne złogi barwika (melaniny); pasorzytów nie znalazłem. Przygotowany ze śledziony tej wywoływacz (antygen) alkoholowy okazał się mało wartościowy, albowiem w przypadkach zupełnie pewnych dawał wyniki wątpliwe, gdy tymczasem wywoływacz pierwotny z surowicą swoistą reagował b. wybitnie, wobec czego w dalszych badaniach przestałem się nim posiłkować.

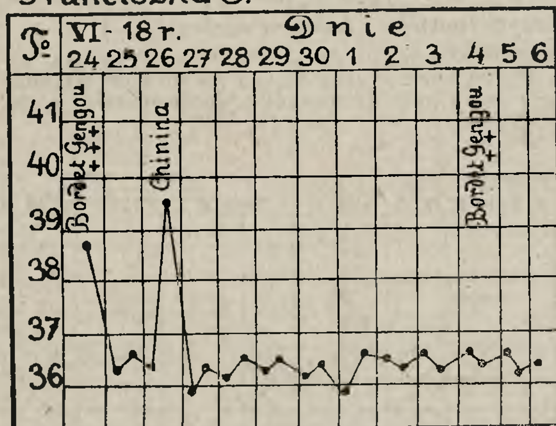
3) Paulina K., z Gocławka. Przybyła na oddział 21. V. 1918 r. ze skargami na napady zimnicze, powtarzające się codziennie około godziny 6 popołudniu.

23. V. Badanie krwi: hemoglobiny 29%, ciałek czerw. 1,400.000, ciałek białych 4.300, indeks 1. Stosunek białych ciałek do czerwonych 1:325. Krążki czerwone na świeżym preparacie blade, nie układają się w rulony prawidłowo. Na preparatach barwionych b. liczne makro- mikro i poikilocyty. Nieliczne normoblasty. Nieliczne pasorzyty *plasmodium vivax*. Gamety. Leukocyty: wielojądrowych 60%, limfoc. dużych 7%, limf. małych 19%, monocytów 2%, przejściowych 3%, eozynochł. 1,5%, wielkich leukocytów jednojądrowych 4,5%, pasorzytów 73. Odczyn Bordeta i Gengou +++.

3. VI. Po wyżyciu 12 gramów chininy + żelazo + arszenik badanie krwi wykazało: hemoglobiny 40%, ciałek czerwonych 2,020.000, ciałek białych 5.600, indeks 0,92. Stosunek białych ciałek do czerwonych 1:364. Na preparatach barwionych pasorzytów nie znalazłem. Dużo chromatyny w postaci kulek, kolbek, pałeczek. Leukocyty: wielojądrowych 69%, limf. dużych 8%, limf. małych 17%, monocytów 3%, przejściowych 2%, eozynofilów 1%. Odczyn Bordeta i Gengou (—).

4) Franciszka S., lat 35 z Warszawy, przybyła 24. VI. 1918 roku. Napady zimnicy co 2-gi dzień z bolami głowy. Badanie

Ryc. 3.

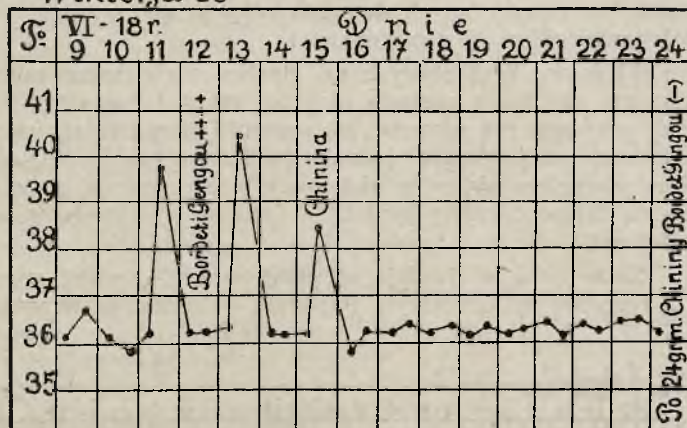


krwi: hemoglobiny 66%, ciałek czerwonych 2,440.000, ciałek białych 1.300, indeks 1.4. Stosunek białych ciałek do czerwonych 1:1876. Krążki czerwone — normocyty. Bardzo nieliczne pasorzyty *plasmodium vivax*. Leukocyty: wielojądrowych 56%, limf. dużych 12,5%, limf. małych 30%, monocytów 1,5%, pasorzytów 30. Odczyn Bordeta i Gengou +++.

4. VII. Chora wyżyła 4,8 g chininy. Pasorzytów nie znalazłem. Odczyn Bordeta i Gengou ++.

5) Wiktorja B., lat 22. Od tygodnia gorączka i dreszcze co 2-gi dzień. Pierwszy napad dreszczy miała 9. VI. 1918 roku

Ryc. 4.



o godz. 4 popołudniu, 2-gi 11. VI o godzinie 3 popoł., 3-ci również o godzinie 3-ciej po południu, 4-ty najsilniejszy trwał od godz. 10 rano do 12 w poł. Po napadzie chora była nieprzytomna.

Badanie krwi w 22 godzin po napadzie wykazało: hemoglobiny 85%, ciałek czerwonych 4,420.000, ciałek białych 7200, indeks 0,96. Stosunek białych ciałek do czerwonych 1:613. Ciałka czerwone na świeżym preparacie dobrze zabarwione, układają się w rulony prawidłowo. Liczne żywe pasorzyty. Na preparatach barwionych krążki czerwone normocyty. Pasorzyty *plasmodium vivax*. Leukocyty: wielojądrowych 27%, limfoc. dużych 17%, limf. małych 20%, monocytów 15%, przejściowych 6%, eozynochłonnych 2%, wielkich leukoc. jednojądrowych 13%. Pasorzytów 351. Odczyn Bordeta i Gengou ++++.

Po wyżyciu w ciągu 10 dni 24 gramów chininy dokonany odczyn Bordeta i Gengou wypadł ujemnie (—).

6) A. M., lat 34, z Zegrza. Od 2 tygodni miewa codziennie napady bolów w dołku. Przed rokiem 2 ataki bolów takich samych (*colica hepatica*).

Stan obecny: W płucach i sercu zmian niema. Ból w dołku i w prawem podżebrzu. Wątroba mało wyczuwalna. Oklepywanie wątroby z tyłu bolesne. Zabarwienie spojówek żółtaczkowe. Zalecono Extr. bell. Natr. chlor. sulfur. phosphor. w proszkach.

8. IV. 1919 r. W moczu ślady barwików żółciowych. Ataku bolu nie było. Samopoczucie lepsze.

10. IV. Atak bólu; ból w prawem podżebrzu. Gorączka.

11. IV. Badanie krwi: hemoglobiny 70%. Ciałek czerwonych 2,240.000, ciałek białych 3.700, indeks 1,5. Stosunek białych ciałek do czerwonych 1:605. Na preparatach barwionych nieliczne makro i mikrocyty. Leukocyty: wielojądrowych 71%. limf. dużych 3%, limf. małych 21.5%, monocytów 2.5%, przejściowych 2%. Odczyn Bordeta i Gengou ++.

15. IV. Ciepłota spadła do normy.

16. IV. Dreszcze codziennie. Ból w pasie szczególniej z prawej strony.

17. IV. Atak bólu. Zastrzyknięto morfinę.

18. IV. Ma uczucie obcego ciała w żołądku. Rok temu chorowała na trzeciaczkę. Zaordynowano chininę 3×0,3.

19. IV. Stan lepszy.

20. IV. W nocy napad bolu, który trwał do rana. Ciepłota spadła do normy.

22. IV. Przez 2 dni napadu nie było. Język czysty. Wątroba niebolesna.

24. IV. Stan lepszy. Odstawiono chininę i zapisano poprzednie proszki.

25. IV. Ból w dołku.

26. IV. Napad gorączki do 40,6, po paru godzinach nagły spadek wśród silnych potów. Śledzionę wypukuje się pod 8 żebrem — nie wyczuwa się, ale okolica śledziony przy wymacywaniu bolesna. Zalecono ponownie chininę z błękitem metylenowym (0,3 i 0,2).

27. IV. Napadu nie było. Gorączka spadła.

29. IV. Napadu nie było. Nie gorączkuje. Łaknienie wraca.

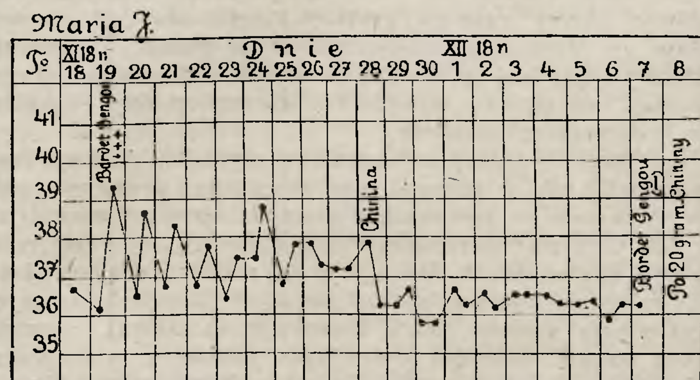
30. IV. Napadu nie było. Sypia doskonale. Ciepłota prawidłowa.

4. V. Wypisana zdrowa.

7) Marja J. z Izbicy pod Serockiem 18. XI. 1918 r. Chora od 4 miesięcy. Blada, twarz zlekka obrzęknięta. W płucach: w lewem płucu od tyłu stłumienie. Oddech nie określony. W sercu: zamiast 1-go tonu szmer. Tętno 100. R. 24. Ciepłota z rana 36°, wieczorem 39.4°. Rozpoznanie kliniczne: *Tuberculosis*

pulmonum initialis. Badanie plwociny metodą zwykłą podług Uhlenhutha na obecność laseczników Kocha dało wynik ujemny. Badanie krwi: hemoglobiny 78, ciałek czerwonych 2,800.0000, ciałek białych 3.300, indeks 1,3. Stosunek białych ciałek do czerwonych 1:848. Na preparatach barwionych bardzo nieliczne makro i mikrocyty. Pasorzytów zimnicy nie zauważyłem. Leukocyty: Wielojądrowych 82%, limf. dużych 10%, limf. małych 3%, monocytów 2%, przejściowych 2%, wielkich leukocytów jednojądr. 1%. Odczyn Bordeta i Gengou +++.

Ryc. 5.

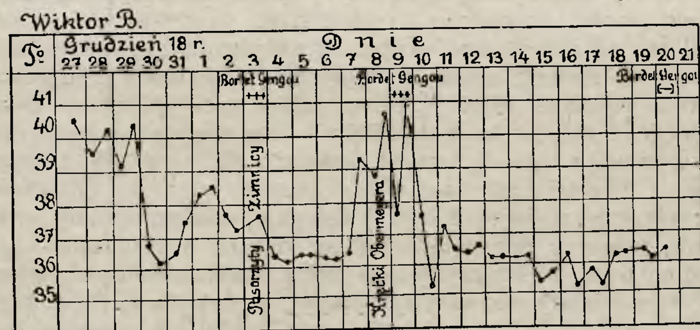


Zaordynowano chininę. Już po pierwszym proszku ciepłota spadła do normy. Po wyżyciu zaś 20 gramów chininy powtórne badanie krwi wykazało: hemoglobiny 96%, ciałek czerwonych 3,100.000, ciałek białych 6.200, indeks 1,5, stosunek białych ciałek do czerwonych 1:500. Leukocyty: wielojądrowych 55%, limf. dużych 9%, limf. małych 29%, monocytów 1%, przejściowych 1%, eozynochlonnych 5%. Odczyn Bordeta i Gengou (—).

Chora, jak się okazało, chorowała w lecie na zimnicę, która po chininie ustąpiła. Obecnie nastąpił nawrót o charakterze nietypowym. Wypisała się zdrowa z rozpoznaniem *Febris intermittens.*

8) Wiktor B., lat 29, z Warszawy. Przybył na oddział Dra K. Zielińskiego 27. XII. 1919 r. W lutym 1915 r. wzięty został przez Niemców do niewoli. Początkowo przebywał w Tuchen w Prusach Wschodnich, następnie w Pile. W 1917 r. wysłany został do Serbji. Pracował w Niszu. Przez cały ten czas był zdrów. Na wiosnę 1918 r. zachorował na gorączkę zimniczą, mimo zapobiegawczych dawek chininy, które otrzymywał wraz z innymi jeńcami tam pracującymi. Chory był przez 4 dni. Ciepłota 41°. Badanie krwi wziętej z ucha na obecność pasorzytów zimnicy dało wynik dodatni (»positiv« jak zanotowano w karcie). Dostawał chininę przez 8 dni, poczem wrócił do pracy. Po 4 tygodniach napady powtórzyły się. Badanie krwi dało również wynik dodatni. Nastąpiła nowa 8 dniowa serja leczenia chininą, po której czuł się zupełnie dobrze aż do 6 września 1918 roku. W dniu tym znów zachorował — dostał napadu, który trwał 4 dni; był jednak znacznie łagodniejszy. W ogóle napady były najcięższe w okresie letnim, kiedy ciepłota powietrza dochodziła do 60°. Po powrocie do kraju 24 grudnia dostał nagle bólu głowy, bólu w kościach, dreszczy i gorączki, wskutek czego zapisany został do szpitala. Ciepłota 40·8°. Śledziona silnie powiększona, bolesna, miękka.

Ryc. 6.



3. I. 1919 r. Badanie krwi: hemoglobiny 103%, ciałek czerwonych 3,550.000, ciałek białych 3500, indeks 1.2. Stosunek białych ciałek do czerwonych 1:1143. Krążki czerwone na świeżym preparacie dobrze zabarwione, układają się w rulony prawidłowo. Widoczny czarny barwnik wirujący w osoczu *(melanina).* Na preparatach barwionych bardzo maleńkie pierścionki *plasmodium vivax* (?) i liczne rozpadłe schizonty. Dużo chromatyny w postaci dużych kulek, kolbek, wydłużonych pałeczek, maleńkich jąderek (w jednem miejscu na preparacie znalazłem całe skupienie tych elementów, zajmujące ³/₄ pola widzenia). Leukocyty: wielojądrowych 62%, limf. dużych 8%, limf. małych 20%, monocytów 4%, przejściowych 4%, eozynochlonnych 2%. Odczyn Bordeta i Gengou +++.

9. I. Badanie krwi. Na preparatach świeżych dużo czarnego, wirującego barwika. Liczne żywo poruszające się krętki Obermeyera. Na preparatach barwionych rozpadłe pasorzyty. Liczne krętki duru powrotnego.

18. I. wieczorem chory dostał dreszczy i gorączki do 40·4°. Dreszcze trwały do drugiego dnia do godziny 1 popołudniu. Wzięta o tej porze krew wykazała: Na świeżym preparacie bardzo niewiele czarnego barwnika, liczne żywe krętki Obermeyera. Na preparatach barwionych bardzo liczne krętki, bardzo nieliczne kuleczki chromatyny, bardzo nieliczne maleńkie pierścionki, bardzo nieliczne makrocyty. Leukocyty: wielojądrowych 70%, limf. dużych 7%, limf. małych 17%, monocytów 2%, przejściowych 1%, wielkich leukoc. jednojądr. 3%. Odczyn Bordeta i Gengou ++++.

Rozpoznanie kliniczne: *Malaria, Typhus recurrens.*

Wypisał się zdrów bez interwencji terapeutycznej.

Na zakończenie uważam za miły sobie obowiązek złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie Drowi M. Jastrzębskiemu za pomoc fachową i sfinansowanie tak kosztownych doświadczeń. Drowi S. Bronowskiemu, ordynatorowi II-go oddziału w szpitalu Przem. Pańskiego, i Drowi A. Kędzierskiemu za łaskawe pozwolenie korzystania z materjału znajdującego się na oddziale.

Piśmiennictwo:

Böhm. Malaria u. Wasssermann. R., M. M. Woch. 1909. N. 16. S. 829. Böhm. Malaria u. Wassermann. R., Malaria Internation. Archiv. 1909 B. I. H. 3. Nanu-Mussel et Titu Vasilin. La réaction de Wassermann dans la malaria. Semaine med. 1910 N. 6. S. 71.

De Blassi Dante. Sulla reazione del complemento nella Malaria umana. Ann. d. Igiene sper. (nuova serie) V. 17. S. 677. D. T. Valerio. Riforma medica 1911. N. 5. Gasbarini. Z. f. Immunitätsforsch. etc. Bd. 20. H. 1—2.

Doc. T. OSTROWSKI. Lwów.

Leczenie gruźlicy kości i stawów. *)

(Z oddziału chirurgicznego dla dzieci państwowego Szpitala powszechnego we Lwowie. Prymarjusz Doc. Dr. Ostrowski).

»Kto opanuje anatomję patologiczną, etjologję, symptomatologję, statystykę i rokowanie zapalenia stawów, ten będzie mistrzem terapji« — tak twierdził swego czasu mistrz chirurgji niemieckiej Hüter i swoim przykładem stwierdził słuszność tego zdania. Chcąc przyswoić sobie zasady leczenia gruźlicy stawów i kości i nauczyć się zasady te w poszczególnych przypadkach z korzyścią dla chorego wybrać i zastosować, winniśmy oprzeć się na znajomości całokształtu pojęć dzisiejszych w zakresie nauki o gruźlicy kości i stawów; dlatego mówię: »dzisiejszych«, bo w chirurgji, jak wogóle w medycynie »*la prudence d' hier ne peut plus être la sagesse d' aujourd'hui*«, jak mówi francuski mistrz chirurgji stawów, Ollier.

Otóż w etjologji gruźlicy kości i stawów odgrywają rolę wszystkie te czynniki, które uwzględniamy w etjologji gruźlicy wogóle, a które można określić jednem określeniem podanem przez Sorrela jako »*misère physiologique*«. Zwykle wysuwana dziedziczność niezaprzeczenie odgrywa bardzo ważną rolę, nie jest jednak konieczne, aby osobnik z gruźlicą kości i stawów pochodził z pnia gruźliczego. Prace powojenne nad rozpowszechnieniem gruźlicy podczas wojny, gdzie wzrost śmiertelności był olbrzymi, bo z 41.565 zmarłych na gruźlicę w r. 1914 ilość skonów w roku 1918 wzrasta na 74.200, prace te, oparte na ścisłych danych statystyki niemieckiej, wykazały, że nie tyle dziedziczność, ile «mizerja» wojenna, odegrała tu rolę decydującą, a więc: brak odżywienia, nadmierna praca fizyczna, wpływ psychiczny (Turban i Strangard), braki hygjeny domowej (brak mydła, opału, ubrań, mieszkań). Wysuwanie specjalnego momentu etjologicznego gruźlicy kości i stawów o charakterze miejscowym, jakim jest uraz, nie jest też usprawiedliwione. Z prac doświadczalnych Müllera, Friedriecha, Nösskego i Madier'a widzimy, jak w przeciwieństwie do zapalenia szpiku kostnego, uraz kości małą rolę odgrywa w osiedleniu się prątków gruźliczych w kościach.

Co się tyczy przenikania prątków gruźliczych do kości, to ogólnie przyjęta jest droga naczyń krwionośnych względnie chłonki. Zakażenie prątkami przez bezpośrednie zetknięcie przez ranę skórna należy do rzadkości i wobec tego, że ogra-

*) Referat programowy na XIX. Zjeździe chirurgów polskich (29. VI. — 1. VII. 1922) w Warszawie.

nicza się ono do zmian miejscowych na skórze, w grę tutaj wchodzić nie może. Co do innych wrót zakażenia, to sądzić należy zgodnie z Behringiem, Weichselbaumem, Calmette'em, że nie drogi oddechowe, ale przewód pokarmowy, zwłaszcza u dzieci, stanowi najczęstsze wrota zakażenia; prace doświadczalne Bartl'a i Spielera wykazały, że gruczoły krezkowe w 100% przypadków ulegały zakażeniu, podczas gdy oskrzelowe tylko w 52.9%, szyjne w 58.8%. Znany fakt, że w etjologji gruźlicy kości nie rzadko spotykamy prątki gruźlicy bydlęcej (*Typus bovinus*) przemawia również za tem, że wrotami zakażenia bywa przewód pokarmowy, dokąd prątki tego gatunku dostają się wraz z pożywieniem.

Przytaczam te ogólne uwagi co do etjologji gruźlicy kości i stawów z tego względu, że prowadzą one do wniosku zasadniczego i, zdaniem mojem, w odniesieniu do sprawy leczenia gruźlicy kości i stawów fundamentalnego; mianowicie, stwierdzić należy, że gruźlica kości i stawów nie jest cierpieniem miejscowem, ale od samego początku cierpieniem zakaźnem ogólnem; prawda, że nieraz klinicznie przedstawia się ono jako cierpienie miejscowe, pamiętając jednak o sposobie przenikania prątków do kości drogą krwi, musimy stać na stanowisku, że omawiane cierpienie, klinicznie występujące np. jako »*tumor albus*« kolana, jest chorobą ogólną, że obraz kliniczny jest tylko objawem miejscowym. Rzeczywiście, znajdujemy potwierdzenie tego i w anatomji patologicznej i diagnostyce klinicznej, do których przejdziemy później: jeżeli nie ograniczymy się na sekcji do badania bezpośredniego otoczenia np. chorego kolana, gdzie zmiany gruźlicze mają charakter zmian ściśle odgraniczonych od otoczenia, ale przeszukamy systematycznie nietylko narządy wewnętrzne, ale zajrzymy do innych stawów i rozpiłujemy inne kości, i uciekniemy się do przeszczepiań na zwierzęta, to przekonamy się, że tych miejscowych zmian będzie daleko więcej, aniżeli na pierwszy rzut oka zdawać by się mogło. Również i próby diagnostyczno-biologiczne (Pirquet, Calmette i t. p.) dowodzą tego samego, że ognisko gruźlicze np. w kolanie jest miejscowym objawem schorzenia ogólnego, gdzie cały organizm, dający pozytywny wynik próby biologicznej, jest w niem żywo zainteresowany. Omawiając sprawę leczenia gruźlicy kości i stawów, powrócimy do tej sprawy ogólnego charakteru omawianego cierpienia; obecnie zatrzymuję się nad nią dłużej, aby uprzedzić nieporozumienie, jakie mogłoby wyniknąć z tego, że przy omawianiu anatomji patologicznej i symptomatologji ze względów praktyczno-klinicznych będziemy używali terminów: »zmiany miejscowe«, »zmiany powierzchowne«, »rozsiana gruźlica«; nie znaczy to jednak, żebyśmy zmieniali zasadniczy pogląd co do istoty natury cierpienia, to znaczy będziemy ją uważali za schorzenie ogólne, dające objawy miejscowe, w rodzaju »przerzutów« przy uogólnieniu sprawy nowotworowej.

Występowanie tych ognisk »przerzutowych«, tych zmian »lokalnych«, miejscowych w kościach, podlega pewnym zasadom; mianowicie odgrywa tu ważną rolę wiek chorych; u dzieci wieku lat 2—5 najczęściej spotykamy jednocześnie liczne ogniska w drobnych kościach, w drobnych stawach, napozór nie atakujące części kośćca głębiej położonych np. stawu biodrowego, stosu kręgowego i t. d. W tych ostatnich spotykamy zmiany gruźlicze w okresie życia późniejszym, po roku 5-ym, najczęściej koło 7—12 roku życia. Zjawisko to tłómaczyć możemy, zdaniem Sorrela, w ten sposób, że fakt zakażenia organizmu całego zachodzi w pewnym bardzo wczesnym okresie życia; o ile prątki znajdą dla siebie odpowiednie warunki rozwoju, dzięki słabej odporności zaatakowanego organizmu, wówczas organizm zostaje jakby »impregnowany« prątkami, czemu towarzyszy występowanie wczesne licznych ognisk w kościach drobnych. Sądzić można, że okres życia pomiędzy 2 a 5 rokiem odznacza się szczególną wrażliwością tkanek na zakażenie gruźlicze; w okresie późniejszym spotykamy najczęściej ogniska pojedyńcze, ale występujące w kościach grubszych np. w kręgosłupie, stawie biodrowym lub kolanowym.

Odnośnie do anatomji patologicznej gruźlicy kości i stawów nie będę zatrzymywał się na szczegółowym opisie rozmaitych postaci tej sprawy; głównie uwzględnię ogólny ich charakter bez względu na umiejscowienie w tym lub innym stawie, a to dlatego, że rozwój i przebieg ich ma wiele cech wspólnych. Mianowicie możemy rozróżnić dwa główne okresy rozwoju gruźlicy kości i stawów: pierwszy okres — destrukcji, zniszczenia, drugi okres — reparacji, odnowy; zjawisko to zresztą nie przedstawia nic osobliwego, podlega one ogólnej zasadzie biologicznej, reakcji organizmu na bodźce chorobotwórcze.

Okres destrukcji-zniszczenia w wypadku gruźlicy stawu znamionuje się w początkowym momencie pewnego stopnia owrzodzeniem na powierzchni chrząstki stawowej, czemu jako wyraz odczynu miejscowego tkanek towarzyszy rozszerzenie naczyń krwionośnych, występujących pod postacią gęstej siatki, następnie żywszy rozrost młodych komórek kostnych, wystąpienie wczesne jądra kostnienia (u dzieci), zjawiska, które naogół świadczą o żywszym udziale w tym odczynie miejscowym części nasadowej kości, który w początkowym okresie choroby może nawet doprowadzić do wydłużenia chorej kończyny. W okresie późniejszym zniszczenie posuwa się w głąb chrząstek stawowych, dosięga kości, powierzchnie stawowe ulegają wybitnym przekształceniom, zmianom tym towarzyszą objawy zaniku w trzonach kości, na röntgenogramach zaznaczające się zcieńczeniem warstwy korowej i rozszerzeniem jamy szpikowej. Okres ten odnosi się do gruźlicy w pełnym rozwoju, gruźlicy »młodej«, jak ją określa Ménard, w odróżnieniu od gruźlicy »starej« t. j. takiej, której okres rozwoju czynnego już zakończył się, ustępując okresowi reparacji — odnowy.

W 2 okresie najcharakterystyczniejszem zjawiskiem jest otarbianie się ogniska zniszczenia pierwotnego. Bardzo charakterystyczne są obrazy röntgenowskie stawów gruźliczych w tym okresie; powierzchnie stawowe ulegają połączeniu anatomicznemu, granice między niemi zacierają się; dookoła tych ognisk zniszczenia widzimy nowowytworzony wał kostny, »barjerę anatomiczną«, wewnątrz której znajdują się martwaki, części rozpadowe, ropa i t. p. produkta zniszczenia, zależne od pierwszego okresu czynnej gruźlicy; wszystko to otoczone zbitemi masami, dającemi w obrazach röntgenowskich wyraźne cienie czarne, jakby w żałobie »*en deuil*« (Ménard). Co do martwaków — to ulegają one powolnemu zmniejszaniu się i nawet wessaniu (Kisch). W trzonach kości zauważyć się daje w tym okresie zjawisko odbudowy, zcieńczenie warstwy korowej ustępuje, röntgenogramy wykazują ponowne nagromadzanie się wapna w trzonach — pomimo tego, że kończyna była przez ten czas unieruchomioną, a więc istniały warunki sprzyjające odwapnieniu.

Te dwa okresy rozwoju i przebiegu gruźlicy stawów, podane w krótkim zarysie, spotykamy bez względu na umiejscowienie samego procesu, różnica bywa głównie co do czasu: raz bywają te okresy dłuższe, raz krótsze; przy umiejscowieniu np. w kręgosłupie procesy te bywają najdłuższe, w stawie biodrowym nieco krótsze, w stawie kolanowym jeszcze krótsze; przebiegają jednak one wszędzie wedle jednego typu, o ile mamy do czynienia wyłącznie ze sprawą gruźliczą. Zastrzeżenie to zrobić należy, gdyż niestety nie we wszystkich przypadkach gruźlicy stawów przebieg choroby zależy wyłącznie od działania prątków gruźliczych; wiemy jak często przyłącza się zakażenie mieszane, z całą rozmaitością postaci klinicznych; co się jednak tyczy sprawy gruźliczej, to dla niej jest b. charakterystycznym ten cykliczny przebieg wedle podanych 2 okresów — zniszczenia i odnowy; jest to moment szczególnie ważny, jak będziemy widzieli, decydujący w sprawie wyboru metody leczenia gruźlicy kości i stawów; dodać bowiem muszę, że ta kolejność czy cykliczność procesów zniszczenia i odnowy odnosi się również i do sprawy gruźlicy w kościach i poza stawami np. w trzonach czy też częściach nasadowych, blizko stawów.

Co się tyczy symptomatologji gruźlicy kości i stawów, to nie będę zatrzymywał uwagi Sz. Panów opisywaniem objawów ogólnie znanych, a więc początkowych bólów, nieraz umiejscowionych daleko od ogniska kostnego, np. bolu w kolanie przy rozpoczynającej się gruźlicy stawu

biodrowego, dalej obrzęku miejscowego, »wrzecionowatego«, który występuje wybitniej wobec zaniku wczesnego mięśni znajdujących swe przyczepy w bliżkości schorzałego stawu, ograniczenia ruchomości chorego stawu i jego przykurczenia czy zesztywnienia, obrzęku gruczołów chłonnych sąsiednich. Nie będę opisywał zmian zależnych od powstawania t. zw. ropni opadowych, dających przetoki, wrota mieszanego zakażenia z całą rozmaitością postaci klinicznych tego zakażenia wtórnego, gdzie obraz kliniczny zależny jest w większej mierze od rodzaju drobnoustrojów rozwijających się na podłożu gruźliczem. Są to obrazy znane Sz. Panom doskonale; chcę tylko zwrócić uwagę na jedną rzecz, a mianowicie, że i w obrazie klinicznym znajdujemy odzwierciedlenie tego, na co kładłem nacisk przy omawianiu sprawy anatomji patologicznej, a mianowicie rozróżnić tu musimy dwa okresy: gruźlicy młodej czynnej, której towarzyszą zwykle obrazy powyżej wzmiankowane, i gruźlicy »starej«, gdzie proces zniszczenia ustępuje miejsca procesowi odnowy. Manifestuje się on zmniejszeniem lub ustąpieniem bolesności, obrzęk ogranicza się stopniowo do coraz mniejszej przestrzeni, przetoki zaciągają się, zarysy kończyny i okolicy stawu chorego zaostrzają się; możnaby to porównać do obrazu ujawniającego się przy zasuszaniu owoców, które tracąc wodę przybierają charakterystyczny wygląd. Röntgenologicznie stwierdza się typowe obrazy świadczące o nagromadzaniu się soli wapniowych, cienie stają się więcej wysycone, »*en deuil*«, jama szpikowa zwęża się, warstwa zaś korowa grubieje. Z objawów subjektywnych ruchomość stawów nieraz powraca, o ile znaczniejsze zniszczenie stawów nie spowoduje zesztywnienia w ułożeniu patologicznem.

D i a g n o s t y k a gruźlicy kości i stawów opiera się na badaniu klinicznem i röntgenologicznem, okazuje się jednak, co słusznie podnosi S o r r e l, że nieraz, stosując dodatkowe badanie specjalno-laboratoryjne, przekonać się możemy, że przypadek, pozornie typowy dla gruźlicy kości i stawów, należy odnieść do innej grupy schorzeń, najczęściej idzie tu o kiłę, a w każdym razie nie o gruźlicę, że tylko wspomnę t. zw. *osteochondritis deformans iuvenilis* (C a l v e - L e g g), schorzenie, co do którego gruźlica, wedle dzisiejszych pojęć, nie odgrywa roli momentu etjologicznego. W wypadkach niejasnych badanie laboratoryjne wysięku stawowego może sprawę rozstrzygnąć; a więc badanie ropy na zawartość zaczynów lipolitycznych (F i e s s i n g e r i M a r i e), jej obraz cytologiczny (przewaga limfocytów), a przedewszystkiem obecność prątków gruźliczych będzie rozstrzygająca; dla wykrycia prątków K o c h a w ropie stosować można albo przeszczepianie na świnkę morską, metodę nieco przydługą (okres 6 tygodni), albo drogę mikroskopu przy użyciu homogenizacji antiforminem lub sodą (B e z a n ç o n i P h i l i b e r t), w płynach surowiczych zaś przy pomocy inoskopji J o u s s e t' a. Zatrzymuję się przy sprawie diagnostyki gruźlicy kości i stawów nie tylko dla tego, że wczesne rozpoznanie ma decydujący wpływ na dalszy los chorego, normując całokształt leczenia, ale również i dla tego, że w metodach rozpoznawczych mamy również dowód, jak dalece gruźlica kości i stawów jest chorobą ogólną, warunkującą dodatni wynik prób biologicznych, świadczących o nagromadzaniu się w organiźmie przeciwciał dla prątków K o c h a; wspomnę tu próbę tuberkulinową śród czy też podskórną, czy też spojówkową C a l m e t t e' a, nie mówiąc o próbach, które jeszcze nie znalazły szerszego zastosowania, jak np. określanie wskaźnika opsonicznego, reakcji agglutynacji, precypitacji, odchylenia dopełniacza; wszystkie one dowodzą, że ognisko t. zw. »miejscowe« gruźlicze jest sprawą chorobową w wysokim stopniu zainteresowującą cały organizm.

Powyżej przytoczone uwagi co do anatomji patologicznej, symptomatologji i diagnostyki gruźlicy kości i stawów miały za główny cel wykazanie faktu znanego, ale często zapominanego, że mianowicie omawiane cierpienie jest tylko często jedynym objawem miejscowym schorzenia całego organizmu, jest jakby przerzutem choroby, przerzutem zajmującym w obrazie chorobowym dominujące stanowisko, nieraz zasłaniającym przed oczami lekarza schorzenie ogólne. Stwierdzenie tego faktu musi być podstawą dla ustalenia zasad leczenia gruźlicy kości i stawów. A więc, skoro choroba jest ogólna, leczenie winno być też ogólnem, jest to *conditio sine qua non* leczenia »miejscowej« gruźlicy kości i stawów. Co pod pojęciem leczenia ogólnego gruźlicy kości i stawów rozumieć należy? Przedewszystkiem dostarczenie organizmowi maximum tych hygjenicznych warunków, które każdemu choremu organizmowi są potrzebne, a więc powietrze, światło, zdrowe mieszkanie i obfity wikt; nie zatrzymuję się nad tem, bo to nie do mnie należy i wynika z ogólnych zasad higjeny.

Dalej, uwzględniając znane, a wspomniane wyżej właściwości procesu gruźliczego w kościach t. j. zdolność do samowyleczenia ognisk gruźliczych, musimy stanąć na tem stanowisku, że muszą istnieć warunki specjalne, które temu samowyleczeniu sprzyjają. Z ogólnych zasad patologji możemy sobie tak sprawę przedstawić, że pewne warunki osłabiać mogą akcję czynną prątków, inne zaś mogą mobilizować siły obronne organizmu. Najradykalniejszym sposobem osłabienia działania prątków będzie ich wydalenie z organizmu, stąd metody operacyjne leczenia gruźlicy kości i stawów, przy których nie można, co prawda, wydalać prątków krążących w organiźmie poza ogniskiem miejscowem w kości, w wielu jednak wypadkach można się spodziewać, że, usuwając dostępne nam ognisko, uwalniamy organizm od największego zbiornika prątków; z pozostałą zaś resztą organizm, postawiony w odpowiednie warunki, da sobie sam radę.

Zasada mobilizacji sił obronnych organizmu do walki z prątkami znalazła zastosowanie w szczepieniach tuberkulinowych, nad któremi na tem miejscu zatrzymywać się nie będę, przejdę natomiast do sprawy t. zw. zachowawczego leczenia gruźlicy kości i stawów wogóle i odrazu określę, co przez to rozumieć i w praktyce stosować należy. A więc wszystko to, co ma na celu zmobilizowanie sił obronnych organizmu. Warunki ogólno hygjeniczne, o których wspominałem na początku, są bezwzględnie potrzebne, bo chcąc, aby organizm mobilizował swe siły, musimy dostarczyć mu z zewnątrz źródło energji (tu należą warunki wspomniane powyżej). Chcąc uzyskać od organizmu maximum jego sił obronnych, musimy oprócz warunków ogólnych, stworzyć mu warunki miejscowe, odnośne do »ogniska miejscowego« w kościach i stawach; jak wspomniałem wyżej, samowyleczenie takiego ogniska polega na regeneracji tkanek po wygaśnięciu procesu zniszczenia; do tego potrzeba spokoju — stąd bezwzględne wskazanie do ustalenia i odciążenia chorych kości i stawów. Wreszcie przychodzi moment mobilizujący siły obronne całego organizmu. Okazuje się, na podstawie dotychczasowych doświadczeń, ż e n a j d z i e l n i e j s z y m c z y n n i k i e m, d o p r o w a d z a j ą c y m d r z e m i ą c e s i ł y o r g a n i z m u d o n a j w y ż s z e j i c h s p r a w n o ś c i, j e s t s ł o ń c e! W tem leży tajemnica jego działania leczniczego.

Mobilizacja sił obronnych w walce z gruźlicą, a więc t. zw. leczenie »ergotropowe« zapomocą działania słońca zajmuje naczelne miejsce śród innych sposobów leczniczych, mających to samo na celu; wspomnieć tu należy, że stosowanie lampy kwarcowej t. zw. »sztucznego słońca górskiego«, lamp łukowych różnego systemu, promieni Röntgenowskich, (K u p f e r l e, B a c m a i s t e r), opaski B i e r a, dalej modnej dziś proteinoterapji, zastrzykiwanie jodoformu po opróżnieniu ropni, Jodnatrium — wszystkie te sposoby mające niezaprzeczenie b. dodatnie lecznicze działanie w przypadkach gruźlicy kości i stawów, działają drogą wywoływania miejscowej i ogólnej reakcji organizmu, której często towarzyszy podniesienie ciepłoty t. zw. wedle B i e r a »*Heilfieber*«; jest to ich wspólną cechą i stawia wszystkie te sposoby w jednym szeregu, na czele którego musimy umieścić jako wzór słońce.

Znane są powszechnie znakomite wyniki leczenia słońcem, przyczem jako fakt nie ulegający najmniejszej wątpliwości należy tu zaznaczyć, że nie tylko słońce w górach wysokich i nad morzem, ale i na równinach, względnie na terenie lekko falistym, daje równie dobre wyniki lecznicze; wyniki uzdrowisk niemieckich, ogłaszane przez B i e r a, K i s c h a, dalej spostrzeżenia naszych lekarzy, pracujących na równinach, n. p. M i c h a ł o w i c z a, wymownie o tem świadczą.

Uwzględniając powyższe uwagi, możemy sobie pokrótce

zakreślić następujący zarys leczenia »zachowawczego« gruźlicy kości i stawów: przedewszystkiem unormowanie warunków ogólnych« hygjenicznych, które niestety u nas przedstawiają się w większości przypadków fatalnie. Następnie »miejscowe« warunki schorzałego stawu wymagają tu ściśle określnych danych, a mianowicie odciążenia chorego stawu i jego unieruchomienia; jakkolwiek w ostatnich czasach »fanatycy« helioterapji zaczęli zarzucać ten warunek leczenia, należy podnieść z naciskiem, że moment ustalenia i odciążenia odgrywa decydującą rolę. Zarzut, jakoby przez zakładanie opatrunków ustalających ograniczało się pole naświetlania, jest często niesłuszny, gdyż w większości przypadków, n. p. na kończynach dolnych, możemy osiągnąć to zapomocą wyciągów, w innych miejscach, wycinając okno w gipsie, ułatwiamy naświetlanie; pozatem nie wolno zapominać, że naświetlać należy zasadniczo całą powierzchnią ciała, a nie tylko okolicę chorą, bo zawsze nam chodzi o uzyskanie odczynu nie tylko miejscowego, ale odczynu ogólnego, tak ważnego wobec ogólnego charakteru cierpienia, jakiem jest t. zw. »miejscowa« gruźlica. Mówiąc o ustalaniu i odciążaniu kości gruźliczo zmienionych na tem miejscu poruszę sprawę operacji Albee'go. Zaliczyć ją można również do leczenia zachowawczego, gdyż, jak wiemy, ma ona na celu nie operacyjne usuwanie ogniska gruźliczego, ale jest idealnym sposobem ustalania i odciążania zniszczonych gruźliczo kręgów. Stosując ją bardzo często przy zachowawczem leczeniu przekonałem się o jej racjonalności i zaletach, gdyż ustalając z jednej strony chore kręgi, nie ogranicza się pola naświetlania słońcem ciała, co przecież ma miejsce przy zakładaniu gorsetów, zwłaszcza gipsowych, oprócz innych ich stron ujemnych. Dostarczywszy organizmowi korzystnych warunków ogólnych i miejscowych możemy stosować wobec niego leczenie »ergotropowe«, mobilizację jego własnych sił obronnych; tu na pierwszem miejscu stawiamy słońce, następnie, w braku słońca, stosować możemy cały szereg zabiegów, o których wspomniałem wyżej.

Z powyższych uwag widzimy, że podstawowem zjawiskiem w leczeniu »zachowawczem« jest t. zw. mobilizacja sił obronnych chorego organizmu. Wobec różnic indywidualnych organizmów — różne bywają wyniki; pod tym względem najistotniejszym czynnikiem jest wiek chorego. Okazuje się, że najkorzystniejsze działanie tej metody leczenia gruźlicy kości i stawów spostrzegamy u dzieci; organizmy młode najłatwiej zwalczają to cierpienie; statystyka Nowotnego dosadnio to ilustruje: odsetek wyleczeń wynosi około 81% podczas gdy u dorosłych zaledwo 23%. Z tego wniosek, że pomimo nadzwyczajnych wyników leczenia zachowawczego, zawsze jeszcze pozostanie część przypadków wymagających leczenia operacyjnego, które musimy uważać jako zabieg pomocniczy w leczeniu ogólnem, w tych przypadkach, gdzie organizm nie może sobie sam dać rady pomimo leczenia zachowawczego. Operacja może być tylko »epizodem«, jak mówi König, w całokształcie leczenia gruźlicy kości; widzimy więc z tego, że obie metody leczenia, t. j. zachowawcze i operacyjne, nie wykluczają się wzajemnie, ale przeciwnie, ta druga może być uzupełnieniem pierwszej i jedynie jako taka ma swoją rację bytu. Minął już chyba bezpowrotnie okres wczesnych operacji, resekcji stawów; nie znaczy to, aby resekcję wykonywać w okresach zbyt późnych, gdy pomimo leczenia zachowawczego, przeprowadzonego racjonalnie, stan chorego pogorszył się do tego stopnia, że wogóle widoki na wyzdrowienie są minimalne.

Sprawa wskazań do operacji jest bardzo trudna do rozstrzygnięcia i indywidualne traktowanie ich jest źródłem niezgody pomiędzy chirurgami. Na podstawie własnego dość licznego materjału, obejmującego w przeciągu $1\frac{1}{2}$ roku 272 przypadków gruźlicy kości i stawów, leczonych w oddziele szpitalnym, odnoszącego się, co prawda, tylko do dzieci, i na podstawie krytycznego przejrzenia statystyki innych autorów postaram się wyjaśnić nieco tę sprawę, podając następujące wytyczne.

Uwzględniając możliwość samowyleczenia gruźlicy kości i stawów należy w początkowych okresach zawsze zasadniczo stosować wyłącznie leczenie zachowawcze. U dzieci to leczenie należy stosować i w okresach późniejszych, a nawet bardzo późnych, kiedy okres zniszczenia posunął się b. daleko, potworzyły się przetoki, zniekształcenie stawów; obecność martwaków u dzieci nie jest wskazaniem do zabiegu w okresie »młodej« gruźlicy; w tym okresie wskazaniem do zabiegu bywają: 1° skutki zakażenia mieszanego grożącego skrobiowatością, lub zakażeniem ogólnem (*sepsis*), nie ustępującego pod wpływem leczenia zachowawczego, prowadzonego przez parę tygodni w sposób racjonalny; i takie bowiem powikłania przy leczeniu czysto zachowawczem ustępują b. często. 2° Dalej u dzieci zabiegi operacyjne wykonujemy w okresie »starej« gruźlicy, kiedy przy ogólnem cofaniu się całej sprawy, obecność martwaków dużych podtrzymuje istnienie przetok; martwaki takie, jak wykazał Kisch, mogą coprawda całkowicie uledz wessaniu, ale wymaga to nieraz zbyt długiego czasu i dla tego w okresie wygasania procesu, kiedy demarkacja tkanek chorych i zdrowych jest wyraźna, martwaki można usuwać, bo już niema obawy wytworzenia się się dalszych martwaków. Jeżeli martwaki leżą w jamach stawowych, operację usunięcia ich należy połączyć z doszczętnem usunięciem wszystkich tkanek zmienionych gruźliczo, pamiętając o tem, że »epizod operacji« w całokształcie leczenia gruźlicy kości i stawów nie może stwarzać warunków niekorzystnych dla chorego; a stać się to łatwo może i tak zazwyczaj bywa, jeżeli operację wykonamy nie doszczętnie, gdyż operacja staje się wówczas źródłem zakażenia mieszanego, dającego ciężkie objawy kliniczne. Odnosi się to nie tylko do stawów, ale i do kości np. żeber; o ile zachowawcze leczenie nie da wyniku, należy wyciąć je w granicach zdrowych, zwłaszcza chrząstki, w przeciwnym razie rana nie zagoji się i ulegnie zakażeniu mieszanemu. 3° Operację u dzieci wykonujemy w przypadkach wyleczonej gruźlicy, gdzie ustawienie kończyny jest nieprawidłowe i do czynności wielce nieodpowiednie, a leczenie ortopedyczne bez wyniku; w wypadkach takich daleko odpowiedniejszym zabiegiem jest operacja krwawa, aseptyczna, aniżeli zalecane przez niektórych chirurgów gwałtowne wyprostowywanie (*brisement forcé*) w uśpieniu, może ono bowiem spowodować wznowę sprawy gruźliczej, a nawet rozsianie sprawy chorobowej; w wypadkach tych zabieg ma na celu nie usunięcie ognisk chorobowych, ale poprawę stosunków patologicznego ustalenia kończyn; robimy tu wycięcie klinowate, łukowate, osteotomję z uwzględnieniem zasad przywracania ruchomości stawów (Payr-Lexer).

U dorosłych sprawa wskazań do dodatkowych zabiegów operacyjnych przy ogólnem leczeniu zachowawczem przedstawia się trochę odmiennie; zastrzedz się jednak muszę, że nawet i u bardzo starych ludzi, w wieku 70—80 l. znane są wypadki wyleczenia gruźlicy kości bez operacji (Bier). Na ogół jednak organizmy starsze nie są w stanie zmobilizować tyle sił obronnych, aby, bez uwolnienia ich od głównych siedlisk prątków tbc. drogą operacji, mogły zwalczyć cały ich zastęp; przytem wchodzi tu w grę jeszcze jeden wzgląd, a mianowicie u ludzi dorosłych leczenie »zachowawcze« trwać może zbyt długo i ogranicza ich w zdolności do zarobkowania; wzgląd więc natury ekonomicznej może nas skłaniać do szybszej interwencji chirurgicznej. W ostatnich latach (wojennych i powojennych) w piśmiennictwie niemieckiem pojawiły się głosy domagające się więcej operacyjnego leczenia (Wieting), wychodzące z tego założenia, że ekonomiczne położenie państwa nie pozwala na zbyt długie leczenie zachowawcze; to zbytnie przewlekanie się leczenia zachowawczego znajdzie wytłumaczenie w tem, że w krajach nawiedzonych wojną i wogóle t. zwaną »*misère physiologique*«, przebieg gruźlicy był w tym czasie bardzo ciężki i śmiertelność kolosalnie się wzmogła; obecnie jednak, na szczęście warunki zmieniły się na lepsze, i dlatego też i leczenie nieoperacyjne ma lepsze szanse i coraz mniej spotykamy takich przypadków gruźlicy kości i stawów, gdzie stan ogólny i miejscowy wymagałby bezzwłocznego operowania, o jakiem mówi Wieting.

Nie tylko wiek ma pewne znaczenie przy stawianiu wskazania do operacji, ale też jeszcze i to, który staw jest chory; przy niektórych stawach prędzej zdecydujemy się

na zabieg operacyjny — a mianowicie, słuszną jest rzeczą, co swego czasu podkreślał w swych wykładach Rydygier, że najlepsze wyniki po operacjach gruźlicy stawów otrzymujemy tam, gdzie po operacji staramy się uzyskać zupełne zesztywnienie; pierwsze miejsce pod tym względem zajmuje staw kolanowy, w którym, dzięki warunkom jego budowy anatomicznej, najłatwiej możemy z całą dokładnością wyciąć tkanki zmienione gruźliczo operując w tkanach zdrowych. W przypadkach gruźlicy kości poza obrębem stawów, u dorosłych możemy również wcześniej decydować się na zabieg operacyjny, ale zawsze pamiętać musimy o tem, że jako »*conditio sine qua non*« i w tych wypadkach musi być możność usunięcia doszczętnego całego ogniska, w przeciwnym razie operacją otworzymy tylko wrota zakażenia mieszanego; ten wzgląd powoduje, że bardzo często, np. przy gruźlicy kości miednicy, przy Tbc. synchondrosis sacroiliacae, rezygnujemy z zabiegów operacyjnych, nie mogąc operować doszczętnie i ograniczamy się jedynie do zachowawczego leczenia. Widzimy więc, że i pod względem topograficznym zakres czynnego wskazania operacyjnego przy gruźlicy kości i stawów jest b. szczupły. W dodatku uwzględnić należy i to, że t. zw. wygojenie się gruźlicy stawu po jego operacji nie jest równoznacznem z wyleczeniem chorego, poza tem wygojonem ogniskiem zwykle istnieje ich więcej w organiźmie, a nawet w tym samym stawie wystąpić może wznowa procesu gruźliczego; w wypadkach, gdzie wygojenie gruźliczego ogniska (kliniczne) wystąpi jako skutek leczenia ogólnego zachowawczego, możemy mieć więcej pewności, że i inne, dotychczas ukryte, ogniska również wygasły, przez co osiągnąć możemy nie tylko wygojenie danego ogniska, ale wyleczenie całej sprawy, mającej charakter ogólny.

Wnioski.

1. Gruźlicę kości i stawów należy uważać za objaw miejscowy choroby ogólnej, pierwotnie występującej w narządzie chłonnym lub płucach.

2. Ogniska miejscowe w kościach jako »przerzuty« mogą trwać i pomimo wygojenia się klinicznego spraw pierwotnych.

3. Gruźlica kości i stawów w rozwoju swym wykazuje dwa okresy: pierwszy okres zniszczenia kości, drugi okres zabliźniania się, warunkujący samowyleczenie procesu chorobowego.

4. Uwzględniając ogólny charakter procesu gruźliczego, występującego klinicznie jako ogniska w kościach i stawach, metodę leczniczą należy oprzeć na zasadach leczenia całego organizmu, czyli na t. zw. leczeniu zachowawczem w szerokiem tego słowa znaczeniu. Polegać ono będzie: a) na dostarczeniu chorym warunków odpowiadających ogólnym zasadom hygjeny; b) stworzeniu warunków miejscowych, najkorzystniejszych dla chorych kości i stawów; na pierwszem miejscu: ustalenie i odciążenie chorych kości i stawów — wyciągi, aparaty ortopedyczne, gipsy, operacja Albee; c) leczeniu właściwem — ergotropowem — mobilizującem siły obronne; najdzielniejszym czynnikiem jest tu słońce i wszystkie środki je zastępujące, dalej Röntgen, jod, proteinoterapja, Bier.

5. Objawy samowyleczenia gruźlicy kości i stawów, kontrolowane Röntgenem i sekcyjnie, a także doświadczenie kliniczne, stanowczo przemawia za leczeniem zachowawczem; zabieg operacyjny należy uważać za ultimum refugium w wyjątkowych i specjalnych wypadkach.

6. Wskazaniem do leczenia operacyjnego bywają A) u dzieci: a) grożąca skrobiowatość; b) septyczne objawy przy zakażeniu mieszanem. B) u dorosłych: a i b) powyżej wymienione; c) ujemny wynik leczenia zachowawczego, przy istnieniu ognisk dostępnych doszczętnemu usunięciu; d) względy ekonomiczno-socjalne chorego, gdzie nieraz trzeba decydować się na operację nawet okaleczającą chorego. C) Zmiany następowe po wygaśnięciu procesu gruźliczego w kościach: a) obecność dużych martwaków; b) patologiczne ustawienie kończyn.

7. Uwzględniając powyższe zasady leczenia gruźlicy kości i stawów musimy stwierdzić, że obecny system leczenia u nas jest wysoce nieodpowiedni, wobec tego, że chorzy ci są u nas na ogół skierowywani do szpitali na oddziały chirurgiczne, nie wyposażone w urządzenia dla leczenia zachowawczego; wobec tego musimy dążyć bezwzględnie do racjonalnego ujęcia sprawy leczenia t. zw. gruźlicy chirurgicznej. Do tego są potrzebne tak samo sanatorja, jak istnieją dla gruźlicy płuc, tembardziej, że chorzy z otwartą gruźlicą kości są b. niebezpieczni dla otoczenia ze względu na zakażenie. Warunki klimatyczne w naszym kraju są do tego bardzo odpowiednie, bo, jak wiemy, dla leczenia »konserwatywnego« nadaje się nie tylko klimat morski, czy wysokogórski, ale i klimat równin i płaskowzgórzy, o ile mamy tam dostateczną ilość dni słonecznych.

Z praktyki.

Dr. ZYGMUNT GRÜNSTEIN. Zawoja.

Przypadek ukąszenia przez żmiję.

Dziewczyna 20-letnia w Zawoji uczuła podczas zbierania siana obok piwnicy nagłe ukłucie bolesne w stopę prawą, przyczem doznała równocześnie uczucia dotknięcia przedmiotu śliskiego, zimnego. W pierwszej chwili sądziła, że zraniła się gwoździem. Wkrótce potem zauważyła nieznaczne krwawienie i znaczny obrzęk grzbietu prawej stopy.

Nie znalazłszy na miejscu, w którem doznała zranienia, żadnego ostrego przedmiotu, a wiedząc, że w miejscu tem trafiają się żmije, doszła do przekonania, że ukąsiła ją żmija; pobiegła do domu i tu zemdlała. Pierwsza pomoc, udzielona przez domowników, polegała na podwiązaniu kończyny powyżej miejsca domniemanego ukąszenia i powyżej kolana i zakopaniu kończyny aż do kolana w ziemię. W tym stanie zastałem chorą, wezwany po upływie około 2 godzin (o 8 wiecz.).

Przedmiotowo stwierdziłem miejscowo: Mierny obrzęk grzbietu stopy prawej o zabarwieniu brudno sinawem. W dwóch miejscach nad kostkami nogi prawej wyraźne widoczne ślady jakby po ukłuciu, w jednem z nich trzy ukłucia, dwa u góry, jedno nieco poniżej. Zasinienie sięgało aż do pierwszego podwiązania, obrzęk zaś szerzył się z chwili na chwilę. Stan ogólny: Chora na pół przytomna, na usilne moje kilkakrotne zapytania dawała tylko znaki, wskazujące na bóle głowy, w piersiach i w brzuchu. Twarz blada, głowa przechylona w bok, tętno przyśpieszone, 140, miękkie, słabo napięte, dające się łatwo ucisnąć. Serce w granicach prawidłowych, pierwszy ton głuchy ze szmerem, akcja serca nierównomierna. Oddychanie przyśpieszone i płytkie. W innych narządach zmian widocznych niema.

Zastosowałem następujące leczenie: Wydobywszy nogę z ziemi, dokładnie podwiązałem ją zapomocą chustek jedwabnych chłopskich w pierwotnych miejscach (tętno zawsze zostało wyczuwalne). W miejsca ukłucia wtarłem rozczyn nadmanganianu potasowego i opatrzyłem na sucho. Dla wzmocnienia akcji serca wstrzyknąłem kofeinę (Coffeini natr. sal. 0.25) i strychninę (0.001) podskórnie. Nadto zaleciłem chorej picie wódki. Po upływie pół godziny stan chorej polepszył się, tętno stało się pełniejsze, akcja serca bardziej równomierna. Przed mem odejściem chora przytomniejsza, poznaje otoczenie, wyraża uściskiem dłoni podziękowanie lekarzowi. Prócz urywkowych słów chora nie może jeszcze mówić. Odchodząc poleciłem dalsze podawanie alkoholu.

Nazajutrz rano był obrzęk o wiele większy, posunął się aż do uda, grzbiet stopy, jak i cała goleń były bolesne. Skóra na stopie zaczerwieniona znacznie. Chora przytomna, mówi głosem cichym, skarży się na bóle w piersiach, w brzuchu i szczególniej w nodze. Ciepłota 37·1°, tętno 116, akcja serca osłabiona, szmer skurczowy. Nogę opatrzyłem rozczynem octanu glinowego i podałem kofeinę. W dalszych dniach stan ogólny bardzo się poprawił, tętno jednak było jeszcze powyżej 100 przy prawidłowej ciepłocie. Zaczerwienienie na stopie i goleni ustąpiło znacznie, obrzęk natomiast obejmował całą kończynę aż do pachwiny. Gruczoły pachwinowe niebolesne. W 4 dni zdjąłem podwiązki, przyczem zauważyłem niżej obu podwiązek pęcherze wielkości od małej fasoli aż do orzecha włoskiego, wypełnione cieczą surowiczą, przeźroczystą. Gruczoły pachwinowe niemacalne. Bóle w brzuchu i w piersiach ustąpiły. Ranę i pęcherze zaopatrzyłem asep-

tycznie. Stan chorej dobry, tętno przyśpieszone, blisko 100. W dalszych dniach obrzęk goleni ustąpił, stan ogólny był prawidłowy. W trzecim tygodniu od ukąszenia chora poczęła się po domu przechadzać.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. BRONISŁAW SABAT. Warszawa.
Kierownik Zakładu rentgenologji i światłolecznictwa Gł. Szpitala Ujazdowskiego.

O promieniach Roentgena w okulistyce.*)

Punkty, w których oftalmologja wchodzi w styczność z rentgenologją, dotyczą działania promieni Roentgena na oko i zastosowania ich w okulistyce w celach rozpoznawczych i leczniczych. Roentgen w swem pierwszem ogłoszeniu uważa promienie swe za niewidzialne, późniejsze jednak jego doświadczenia, jako też prace innych badaczy, jak Crzellitzer'a, Bardet'a, Dorn'a, Brandes'a, Cowl'a, Birch-Hirschfeld'a i innych, stwierdziły, że promienie X., jeśli są o wielkiem natężeniu i o znacznej zdolności przenikania (twarde), wywołują w oku, przy zupełnem jego przystosowaniu do ciemności, słabe wrażenie wzrokowe. Wrażenia te powstają też w oku pozbawionem soczewki, a także, jak Nagel stwierdził, u ślepych na barwy.

Bardet opisuje wrażenie wzrokowe, jakiego doznaje się w zupełnie zaciemnionej przestrzeni w pobliżu szczelnie zasłoniętej lampy rentgenowskiej, wysyłającej promienie X, jako podobne do tego, jakiego doznaje się, gdy przed zamkniętemi oczami przesuwa się płonącą świecę. Dorn i Brandes opisują je, jako wrażenie jasności całego pola widzenia zwłaszcza na obwodzie. W moich doświadczeniach, robionych wespół z kpt. lek. M. Grzybowskim, promienie X o wysokim stopniu twardości i o silnem natężeniu (11—12 We, 1 H w 5 sek, wysyłane przez lampę Coolidge'a), wywołują wrażenie w oku, jakoby całe pole widzenia zalane było jasnością o zabarwieniu niebiesko-fioletowem, najsilniejszem na obwodzie, z wyjątkiem okrągłego miejsca ciemnego, poruszającego się w polu widzenia równocześnie i równolegle z ruchami gałki ocznej.

W powstawaniu wrażeń wzrokowych pod wpływem promieni Roentgena fluorescencja środków łamiących oka nie odgrywa żadnej, lub odgrywa tylko bardzo małą rolę, jak to wynika z doświadczeń Crzellitzer'a, który, przy użyciu zasłon metalowych o rozmaicie ukształtowanych otworach, wywoływał promieniami X wrażenia świetlne, odpowiadające tym kształtom, podczas gdy fluorescencja środków łamiących musiałaby i w tych warunkach wzniecać tylko rozlane wrażenia świetlne. Wetterer przypuszcza możliwość, że promienie Roentgena nie pobudzają bezpośrednio siatkówki, lecz że siatkówka w tych miejscach, w których padają na nią promienie X, fluoryzuje i to światło fluorescencji, powstające na niej, pobudza komórki percepcyjne. Grunmach natomiast sądzi, że promienie X pobudzają bezpośrednio komórki siatkówki. Doświadczenie Pergensa, który stwierdził, że promienie X w siatkówce (ryb) nie wywołują ani wędrówki barwika, ani zmiany ustawienia czopków i pręcików, jako też doświadczenia Fuchsa i Kreudl'a, którzy wykazali, że szkarłat siatkówki (żab) pod wpływem promieni X nie blednie, nie przemawiają przeciw bezpośredniemu pobudzeniu siatkówki przez promienie Roentgena, jak twierdzą ci autorowie, gdyż, jak wynika z doświadczeń Himstedt'a i Nagl'a, przy słabem pobudzeniu siatkówki promieniami świetlnemi również nie daje się wykazać żadnych zmian anatomicznych. Za pobudzeniem siatkówki promieniami Roentgena przemawia ponadto powstawanie na siatkówce (żab) prądów czynnościowych pod wpływem promieni X, stwierdzone przez Himstedt'a i Nagl'a. Moje i kol. Grzybowskiego wrażenia wzrokowe, wywołane promieniami X, zdają się przemawiać za tem, że promienie te drażnią silniej pręciki siatkówki niż czopki, mianowicie wzmożona jasność na obwodzie pola widzenia dałaby się wytłómaczyć przeważającą ilością pręcików w stosunku do ilości czopków na obwodzie siatkówki, okrągły zaś ubytek w polu widzenia, poruszający się równocześnie i równolegle do ruchu gałki ocznej, odpowiadałby plamce żółtej, w której znajdują się czopki, brak zaś pręcików. Sprawa ta jednak wymaga jeszcze dalszych doświadczeń.

Z nielicznych doświadczeń, robionych na zwierzętach, wymienię jeszcze doświadczenia Axenfelda z muchami, które są bardzo wrażliwe na światło i w zamkniętej przestrzeni zbierają się zawsze w miejscach silniej naświetlonych. Axenfeld umieścił świeżo złapane muchy w skrzynce drewnianej, obitej do połowy blachą ołowianą. Gdy wystawił skrzynkę na działanie promieni X, muchy przyleciały z połowy skrzynki obitej ołowiem do połowy czysto drewnianej. Gdy skrzynkę z muchami, po spędzeniu ich do połowy nie obitej ołowiem, wystawił na naświetlanie, muchy pozostały na miejscu. Axenfeld z doświadczeń tych wnioskuje, że promienie X wywołują wrażenia świetlne w wielościankowych oczach much. Również skorupiaki wrażliwe są na promienie X, któremi, podobnie jak światłem, dają się przywabiać.

Nie brakło też usiłowań zużytkowania promieni X do usług ślepych, do umożliwienia im odbierania za pośrednictwem promieni Roentgena wrażeń świetlnych, któreby im ułatwiały zdobycie dokładniejszych wyobrażeń o otaczającym ich świecie. Pierwszą myśl w tym celu podał Bloch w r. 1896, spodziewając się ślepym, którzy mieli zachowaną jeszcze siatkówkę i nerw wzrokowy, którym jednak nieuleczalne zmętnienie środków łamiących uniemożliwiło widzenie, udostępnić odbieranie wrażeń świetlnych za pośrednictwem promieni X. Wielkie nadzieje wzbudziły powyżej wymienione doświadczenia Crzellitzer'a, polegające na doprowadzeniu do oczu promieni X przez zasłony o rozmaicie ukształtowanych otworach. Teoretycznie wyłaniała się możliwość wzbudzania u ślepych wrażeń wzrokowych, pośredniczących w rozpoznawaniu kształtów. Jednak praktyczne przeprowadzenie tych usiłowań okazało się niemożliwem, chociażby tylko ze względu na to, że częste naświetlanie siatkówki promieniami Roentgena musiałoby doprowadzić do zaniku nerwu wzrokowego.

O pierwszych spostrzeżeniach, stwierdzających uszkodzenie oka promieniami Roentgena, donosi Chalupecky w r. 1897. Ścisłe doświadczenia odnoszące się do tego przedmiotu przeprowadził Birch-Hirschfeld. Naświetleniami oczu królików w dawkach 10—20 wywoływał on po okresie utajenia, wynoszącym 2—6 tygodni, poważne uszkodzenia oka. Patologiczne skutki polegały na objawach zapalnych przednich części oka, jak na zapaleniu powiek z wypadnięciem rzęs, zapaleniu spojówki, rogówki (podobnem do postaci zapalenia śródmiąższowego) i tęczówki, jako też na zaniku siatkówki i nerwu wzrokowego, występującym znacznie później (w kilka tygodni po naświetlaniu). Anatomiczne badanie wykazało oprócz zmian zapalnych obumarcie nabłonka spojówki i rogówki, zanik nabłonka korzonków rzęs, zwyrodnienie i bujanie błony wewnętrznej naczyń spojówki i tęczówki, zmiany zwyrodnienia (pęcznienie i rozpad) komórek barwikowych tęczówki, zwyrodnienie i wakuolizację komórek siatkówki i rozpad włókien nerwu wzrokowego.

Podobnie mniej więcej rozległe zmiany w oczach ludzi w następstwie silnych naświetlań promieniami Roentgena stwierdzili Birch-Hirschfeld, Assmann i inni. W jednym z przypadków, gdzie w następstwie naświetlań oślepła gałka oczna musiała być wyjęta z powodu raka oczodołu, anatomiczne badanie stwierdziło zmiany naczyń tęczówki i zwyrodnienie komórek siatkówki; w kilku innych przypadkach, silnie naświetlanych z powodu raka, wystąpiły trwałe zmętnienia rogówki, polegające na zmianach naczyniowych, podobnych do zmian starczych, powodujących obwódkę starczą. W jednym z przypadków wystąpiły zmiany naczyń spojówki dopiero po upływie roku. W przypadku Assmanna, naświetlanym z powodu mięsaka tęczówki, wystąpiło ostre zapalenie nerwu wzrokowego, zanik czopków i pręcików, oderwanie siatkówki od jej nabłonka barwikowego i wysięk zapalny pomiędzy oderwanemi od siebie warstwami, które Assmann uważa za analogiczne do wysięku, powodującego po-

*) Wykład, wygłoszony na I. Zjeździe okulistów polskich w Warszawie 17. grudnia 1921 r.

wstawanie pęcherzy przy rentgenowskiej reakcji skóry III-go stopnia. Freund widział przypadki zapalenia spojówki już po słabych naświetlaniach; zapalenie rogówki w następstwie naświetlań spostrzegali Van Duyze, Guglianetti i Stargardt.

W przypadkach Birch-Hirschfelda i Assmanna, jako też u królików naświetlanych przez Birch-Hirschfelda obok ciężkich uszkodzeń prawie wszystkich części składowych oka soczewka pozostała niezmieniona, podczas gdy inni autorowie spostrzegali zmiany soczewki, wywołane naświetlaniami rentgenowskiemi. Niezgodność tę możnaby wytłómaczyć okolicznością, że w doświadczeniach i przypadkach Birch-Hirschfelda i Assmanna, wobec ciężkich uszkodzeń oka, enukleację wykonano wcześniej, zanim zmiany soczewki mogły się rozwinąć, o ileby okres utajenia dla zmian soczewki był znacznie dłuższy od czasu utajenia dla zmian innych składowych części oka, co zdaje mi się być prawdopodobnem. Tribondeau i Belley stwierdzili u bardzo młodych kotów w oku, naświetlanem promieniami Roentgena, oprócz innych zmian, jak mikroftalmji, rozwijającą się zaćmę wskutek zmian przedniego nabłonka soczewki, podczas gdy u dorosłych kotów Tribondeau i Lafargue zaćmy nie mogli wywołać. Hippel wywoływał naświetlaniami rentgenowskiemi ciężarnych królików zaćmę warstwową i środkową u królików młodych i to nietylko przez bezpośrednie naświetlanie brzucha, lecz również jakiejkolwiek innej części ciała. W wypadku tym należy przyjąć działanie toksyczne, podobne jak po wstrzyknięciu choliny, która jako produkt rozpadowy lecytyny powstaje wskutek naświetlań rentgenowskich i daje się po naświetlaniach wykazać we krwi. Bossuet wywoływał zmiany soczewki nietylko u młodych, ale i u dorosłych zwierząt. Również u ludzi spostrzegano zmiany soczewki w następstwie naświetlań promieniami Roentgena. Patou opisał przypadek zaćmy tylnej u kobiety, wielokrotnie naświetlanej promieniami X z powodu wilka twarzy bez zastosowania ochrony oka. Treutler spostrzegał obustronną tylną zaćmę biegunową, która się rozwinęła u laboranta rentgenowskiego. Guttman opisał przypadek znacznego upośledzenia wzroku wskutek powstania kropel w tylnej warstwie korowej soczewek obu oczu młodego inżyniera-rentgenologa. Spostrzeżenia te nakazują zachowanie ostrożności i ochrony oczu u chorych, poddawanych naświetlaniom rentgenowskim leczniczym, jako też zastosowanie ochrony własnej tym, którzy w wykonywaniu swego zawodu narażeni są na ustawiczne działanie promieni X, w szczególności używanie okularów ze szkła ołowiowego lekarzom, którzy robią wiele prześwietlań.

Zastosowanie promieni Roentgena w okulistyce nie osiągnęło tak wielkich rozmiarów, jak w innych działach medycyny klinicznej, jednak usługi, jakie one oddają oftalmologji, są niejednokrotnie bardzo cenne i zdobywają sobie coraz większe uznanie wśród okulistów. Wśród badań rentgenodiagnostycznych na usługach oftalmologji na pierwszy plan wysuwa się badanie obecności i lokalizacji ciał obcych w oku ze względu na wielkie praktyczne znaczenie, jakoteż ze względu na częstość przypadków, w których zachodzi tego potrzeba. Z przypadkami takiemi spotykaliśmy się często, zwłaszcza w niedawnym okresie wojennym.

Im delikatniejszy i ważniejszy jest narząd, tem dokładniejsze musi być oznaczenie umiejscowienia ciała obcego. Wyjęcie ciała obcego, nawet wielkości ziarnka piasku i mniejszego, tkwiącego w obrębie oczodołu, ze względu na ból, na upośledzenie wzroku, na objawy nasuwające obawę wystąpienia współczulnego zapalenia oczu, musi być zawsze brane pod rozwagę. Stąd wynika wskazanie do skrupulatnego badania obecności, wzgl. do dokładnej lokalizacji ciała obcego w każdym przypadku, w którym zachodzi podejrzenie jego obecności w obrębie oczodołu. Za pomocą promieni Roentgena dają się w obrębie oczodołu wykazać przedewszystkiem ciała obce metalowe nawet bardzo małe (średnicy mniejszej niż 1 mm); mniej pewne wyniki daje badanie obecności w oku odłamków kamieni i szkła. Prześwietlenia nadają się tylko do wykazania większych odłamków metalowych; do stwierdzenia obecności odłamków metalowych mniejszych i ciał obcych, dla promieni X mniej przenikliwych, niż metal, niezbędne są zdjęcia. Na podstawie jednego rentgenogramu z wynikiem ujemnym nie można wykluczać obecności ciała obcego w oku, chociaż udaje się nieraz wyraźnie wykazać odłamki metalowe o średnicy mniejszej niż 1 mm. Przyczyny, mogące powodować niewystąpienie na rentgenogramie cienia ciała obcego, które rentgenograficznie powinnoby się dać wykazać, bywają rozmaite, jakoto: niedoświetlenie (podeksponowanie), nadświetlenie (przeeksponowanie), niedowołanie, przewywołanie zdjęcia, zamazanie obrazu ciała obcego wskutek poruszenia się w czasie zdjęcia, brak potrzebnego kontrastu wskutek nieodpowiedniego kierunku przechodzących promieni. Z drugiej strony skaza płyty (filmu) może być mylnie wzięta za cień ciała obcego. Badający powinien umieć orzec, które z tych źródeł błędu wchodzi w danym wypadku w grę i ocenić jego znaczenie. Ostatnie z powyżej wymienionych źródeł błędu można wykluczyć przez zastosowanie metody równoczesnego zdjęcia na 2 płytach, lub przez powtórzenie zdjęcia.

Naogół celem wykazania obecności ciała obcego w oku należy robić dwa zdjęcia: jedno dwuskroniowe, drugie potyliczno-czołowe, niekiedy trzeba dołączyć jeszcze zdjęcie w kierunku skośnym, lub zdjęcie osiowe (craniocaudal). Przy zdjęciu potyliczno-czołowem należy zastosować metodę, podaną przez Langenhahna i Wätzolda, mianowicie głowę badanego należy przechylić ku tyłowi karku, ażeby płaszczyzna przechodząca przez najniższe punkty dolnych brzegów oczodołów i najwyższe punkty zewnętrznych otworów usznych była nachylona na 15^0 w stosunku do kierunku pionowego; w ten sposób unika się, by cień piramidy kości skalistej zakrywał pole oczodołu. W razie wykazania ciała obcego w obrębie oczodołu należy przystąpić do jego lokalizacji.

Istnieje metod służących do umiejscowienia ciała obcego w oku większa ilość. Każda z nich posiada swoje zalety i ujemne strony; jedna zaleca się prostotą lub łatwością zastosowania, dopuszcza jednak więcej źródeł błędu, inna dokładnością wyników, wymaga jednak kosztownych przyrządów. Zastosowanie tej, lub innej metody, w danym przypadku zależy od rozmaitych względów, jak od potrzeby mniej lub więcej dokładnej lokalizacji, od posiadania tych lub innych przyrządów umiejscowiających, od warunków miejsca i czasu, w których dokonywa się badania, czy w polu, czy w pracowni szpitala pozafrontowego lub w czasie pokoju.

Przy umiejscawianiu ciała obcego w oku przedewszystkiem chodzi o stwierdzenie, czy znajduje się ono w gałce ocznej, czy zewnątrz niej. Najprostszą metodą, jaka w tym celu bywa stosowaną, jest metoda Köhler'a: Na ścianie, naprzeciw badanego, zaznaczamy dwa od siebie oddalone punkty; w pierwszy punkt wpatruje się pacjent w czasie pierwszej połowy, w drugi punkt w czasie drugiej połowy czasu ekspozycji tego samego zdjęcia. Jeżeli na płycie jest cień podwójny, ciało obce znajduje się najczęściej w gałce ocznej; jeżeli ciało obce znajduje się zewnątrz gałki ocznej, cień pozostaje pojedyńczy, jak na zdjęciu przeglądowem. Pamiętać należy, że ciało obce w nerwie wzrokowym, w mięśniach oka, w powięzi gałki ocznej, daje również podwójny cień przy zastosowaniu metody Köhler'a. Metoda ta nie umożliwia dokładniejszej lokalizacji w obrębie gałki ocznej, w szczególności nie można nią oznaczyć, w którym z ośmiu kwadrantów tkwi ciało obce i czy bliżej jej środka, czy bliżej obwodu.

Oznaczenie to umożliwia naogół metoda Holzknechta i Mengelberga, posługująca się serją 5 zdjęć: po ułożeniu głowy pacjenta zranioną stroną do kasetki z płytą każemy mu przy nieruchomej głowie wpatrywać się w 5 punktów, oznaczonych na tablicy lub na statywie, mianowicie wprost przed siebie, do góry (ku czołu), na dół (ku stopom), ku nosowi, ku skroni, przyczem sporządzamy kolejno po sobie 5 zdjęć. Na podstawie tych rentgenogramów oznacza się położenie ciała obcego: ciało obce leży w górnej połowie oka, jeżeli cień ciała obcego przy skierowaniu spojrzenia do góry przesunął się ku tyłowi, w dolnej zaś połowie, jeżeli przesunął się ku przodowi; znajduje się w przedniej połowie gałki ocznej, jeżeli przy skierowaniu spojrzenia do góry cień ciała obcego przesunął się do góry, w tylnej zaś

połowie, jeżeli przesunął się na dół; ciało obce tkwi w połowie skroniowej oka, jeżeli przy skierowaniu spojrzenia ku nosowi cień ciała obcego przesunął się ku przodowi, w nosowej zaś połowie, gdy przesunął się ku tyłowi. Z wielkości przesunięcia cienia można wnioskować o oddaleniu ciała obcego od odpowiedniej osi obrotu: im większe przemieszczenie, tem bliżej obwodu ciało obce.

Cowl zaleca umiejscawianie ciała obcego w oku na podstawie 3 zdjęć: 1) dwuskroniowego, 2) potyliczno-czołowego, 3) zdjęcia osiowego t. j. sporządzonego promieniami, przechodzącemi w kierunku pionowym przez okolicę ciemieniowo-czołową i podniebienie (Cowl umieszcza płytę (film) w jamie ustnej, Lilienfeld pod brodą).

Wobec tego, że zarysy gałki ocznej na rentgenogramie nie są widoczne, posługują się niektórzy nieprzenikliwemi dla promieni X wskaźnikami, które, oznaczając na rentgenogramie przednią powierzchnię gałki ocznej, pomagają do orjentowania się w obrębie oczodołu. Holth umocowuje w tym celu zapomocą szwów dwa małe guziczki ołowiane do spojówki w pionowym południku przy brzegu rogówki. Stöckel i Gocht zalecają przyklejenie trzech znaczków ołowianych, po jednym w kątach oka zewnętrznym i wewnętrznym, trzeciego w środku górnego brzegu oczodołu prostopadle ponad środkiem rogówki przy spojrzeniu wprost. Beclère i Morax kładą na rogówkę znieczuloną za pomocą kokainy pierścień metalowy ze znaczkiem oznaczającym południki. Wessely kładzie na rogówkę szklaną protezę czareczkowatą ze znaczkiem stanjolowym przed źrenicą lub podobną protezę ze szkła ołowiowego, lub ze szkła zwykłego ze znaczkami ołowiowemi, zaznaczającemi brzeg rogówki, poczem sporządza dwa zdjęcia: jedno boczne, drugie tylno-przednie; cień protezy na rentgenogramie, odpowiednio uzupełniony, określa pola, odpowiadające gałce ocznej. Zastosowanie protezy Wessely'ego zaleca Holzknecht szczególnie do użycia w szpitalach polowych, jako umożliwiające szybkie oznaczenie położenia ciała obcego w oku.

Inne metody umiejscawiania polegają na oznaczeniu na rentgenogramie położenia ciała obcego w odniesieniu do cieni wskaźników, ustawionych w znanej odległości od oka i razem z niem rentgenografowanych. Cienie te na rentgenogramach określają pewne kierunki i odległości, na podstawie których konstrukcyjnie i rachunkiem oznacza się położenie ciała obcego w oku. Jedną z takich metod jest amerykańska metoda Sweet-Bowen'a, która na podstawie 2 zdjęć, zrobionych za pomocą pomysłowo sporządzonego przyrządu (The keleket eye localizer) umożliwia bardzo dokładne umiejscowienie ciała obcego, wyrażone jego odległościami, podanemi w mm, od trzech płaszczyzn, przechodzących przez środek rogówki, mianowicie płaszczyzny poziomej, czołowej i strzałkowej.*)

Sprawy chorobowe z objawami ocznemi, w których badanie rentgenologiczne niejednokrotnie ułatwia, niekiedy umożliwia rozpoznanie, możemy ująć w następujące grupy: 1) Zmiany chorobowe oka i ścian oczodołu, 2) sprawy chorobowe śródczaszkowe, 3) schorzenia jam dodatkowych nosa.

Do pierwszej grupy należą: Ogniska zwapnienia wewnątrz oka; zmiany kształtu woreczka łzowego i jego przewodu, jak zwężenia i rozszerzenia dające się rentgenologicznie stwierdzić po wypełnieniu ich masą bizmutowo parafinową; wrodzone i nabyte zmiany kształtu oczodołu, w szczególności zmiany wielkości i kształtu szczeliny oczodołowej górnej i otworu ocznego; zmiany urazowe ścian oczodołu; zmiany zapalne i kilaki; zgrubienia kości i kostniaki, powodujące zmiany położenia gałki ocznej, niekiedy zapalenia i zanik nerwu wzrokowego; mięsaki i inne guzy powodujące destrukcję ścian oczodołu.

Ze zmian śródczaszkowych, wywołujących objawy oczne, należy tu wymienić przedewszystkiem guz przysadki mózgowej. Obraz rentgenologiczny umożliwia tu nieraz rozpoznanie, kiedy badanie pola widzenia jeszcze nie wykazuje typowej postaci niedowidzenia połowiczego i brak jeszcze wszystkich innych objawów schorzenia przysadki. Wczesne rozpoznanie rentgenologiczne w wypadkach tych może uratować życie i zachować zdolność widzenia.

Inne guzy śródczaszkowe i sprawy chorobowe ze wzmożeniem ucisku śródczaszkowego, w których rozpoznawaniu badanie rentgenologiczne odgrywa tak ważną rolę, powodują często objawy chorobowe nerwu wzrokowego i nerwów mięśni zewnętrznych oka.

Rentgenografja ułatwia rozpoznanie charakterystycznych właściwości zniekształceń czaszki, spowodowanych przedwczesnym kościozrostem szwów, jak czaszki wieżowej, łódkowej, skośnej, jako też wodogłowia, które ze względu na towarzyszące im objawy oczne są również przedmiotem zainteresowania i badania okulistów, umożliwia w tych przypadkach przedstawienie wielu szczegółów niedostępnych dla badania zwykłemi metodami, nadzwyczaj ważnych pod względem etjologji, rozpoznawania i leczenia.

Trzecią grupę przypadków, w których badanie rentgenologiczne wyjaśnia tło chorobowe objawów ocznych, stanowią schorzenia jam dodatkowych nosa. Badania rentgenologiczne przyczyniły się w znacznej mierze do wykazania znaczenia, jakie posiadają te schorzenia w powstawaniu niektórych spraw chorobowych oka, w szczególności nerwu wzrokowego.

W czasie, gdy stosowanie promieni Roentgena w lecznictwie chorób skórnych wykazywało już wspaniałe wyniki, notowano zaledwie pierwsze próby leczniczych naświetlań rentgenowskich w niektórych chorobach oka, w szczególności w sprawach zapalnych błony śluzowej, jak w jaglicy (H. F. Cassidy, F. Carey-Rayne, St. Majou, Stephenson i Walsh).

Przyczyny tego opóźnienia zdobyczy rentgenologicznych w lecznictwie chorób ocznych należy dopatrywać się w tem, że mimowoli nasuwała się pewna obawa wystawiania na działanie promieni X narządu nader czułego na wszelkie wrażenia i urazy, o tak ważnej funkcji i o tak delikatnej, budowie, odznaczającej się wielką rozmaitością utkania.

Najważniejsze wskazania do naświetlań leczniczych w okulistyce stanowi nowotwór złośliwy w rozmaitych postaciach. Bissérié, Mezerette, Birch-Hirschfeld, Stargardt, H. S. Schmidt inni ogłosili kilkadziesiąt przypadków nabłoniaka oka, wyleczonych naświetleniami rentgenowskiemi. N. E. Schmidt zaleca w każdym przypadku nabłoniaka powieki próbowanie naświetlań, które w większości przypadków prowadzą do zupełnego wyleczenia z pozostawieniem tylko delikatnej, miękkiej blizny, podczas gdy wycięcie operacyjne musi być najczęściej połączone z plastyką i pozostawia szpecące wywrócenie powieki. Niemniej wskazane jest naświetlanie nabłoniaka rogówki, który operacyjnie można usunąć tylko przez wyłuszczenie gałki ocznej. Burk opisał przypadek zupełnego wyleczenia nabłoniaka rogówki naświetlaniami rentgenowskiemi w ciągu trzech tygodni z pozostawieniem tylko małej bliznowatej plamki na rogówce; naświetlanie w tym przypadku oprócz przemijającego zapalenia spojówki nie wywołało żadnych uszkodzeń oka.

Doświadczenia dotyczące naświetlań mięsaków oka są mniej liczne, przeważnie jednak pomyślne. O zupełnem wyleczeniu lub znacznej poprawie donoszą Beck, Beclère, Kienböck, Sjoegren, Steiner i inni. W przypadkach nadających się do zabiegu operacyjnego należy operować, potem naświetlać. Braunschweig ogłosił przypadek zupełnego wyleczenia czarnego mięsaka (Melanosarcoma) gałki ocznej i powieki przez wyłuszczenie i naświetlanie pooperacyjne.

Hillgartner, Würdemann i Stargardt naświetlali skutecznie glejaki siatkówki.

Jeden z naświetlonych przezemnie nabłoniaków, umiejscowiony na nasadzie nosa i dolnej powiece w okolicy kąta oka, już po dwóch naświetlaniach przedstawiał się jako wyleczony z bardzo dobrym wynikiem pod względem kosmetycznym. Niestety nie miałem sposobności mieć go w obserwacji przez czas dłuższy. W naświetlanych przezemnie przypadkach raka, nie nadających się do operacji, mogłem stwierdzić wybitne analgetyczne działanie promieni X, oczyszczanie

*) O ścisłości wyników, jakie tą metodą można uzyskać, przekonaliśmy się, posługując się nią w Zakładzie rentgenologicznym Gł. Szpitala Ujazdowskiego.

się i zmniejszanie powierzchni rozpadowych i miałem wrażenie, że naświetlania znacznie zwalniają przebieg rozwoju nowotworu. W przypadkach raka i mięsaka oka naświetlanych po operacji gojenie postępowało szybko, nawrotu nie spostrzegałem.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń wskazane jest stosowanie naświetlań w każdym przypadku złośliwego nowotworu oka nie nadającym się do operacji, w przypadkach zaś operowanych należy naświetlać celem zapobieżenia nawrotom.

Odnośnie do techniki naświetlań nowotworów złośliwych oka, zaleca się naświetlania promieniami twardemi (10—12 We) w dawkach 3—4 Sabouraud, przez filtry glinowe 3 mm grube, w odstępach czasu 4-tygodniowych. Celem ochrony oka w przypadkach nabłoniaka powieki zaleca się zastosowanie protez Wessely'ego (czareczek ze szkła ołowiowego), jakie po zwilżeniu fizjologicznym roztworem soli kuchennej wkłada się do woreczka spojówki po poprzedniem znieczuleniu oka kokainą. Otoczenie nabłoniaka należy nakryć blachą ołowiową.

Nieliczne są doświadczenia, odnoszące się do naświetlań schorzeń gruźliczych oka, w szczególności gruźlicy spojówki i wilka. Stephenson opisał jeden przypadek wyleczenia. Do podjęcia szerszych doświadczeń w tym kierunku powinny zachęcać pomyślne wyniki naświetlań gruźlicy innych narządów.

Ze wszystkich chorób oka najwcześniej podjęto próby naświetlań rentgenowskich jaglicy (Majou 1902 r.) Następnie liczni autorowie zajmowali się naświetleniami tej choroby, nie osiągnięto jednak jednolitych wyników, co prawdopodobnie należy przypisać wielkiej rozmaitości techniki, jaką stosowano. Na podstawie rozbieżnych pod wieloma względami wyników licznych doświadczeń można sobie wyrobić zdanie, że promienie Roentgena przeciwdziałają procesowi chorobowemu; w szczególności stwierdzono, że pod wpływem ich działania następuje przypłaszczenie grudek jaglicy, zmniejsza się naciek zapalny błony śluzowej, i, co za tem idzie, następuje zmniejszenie bolesności, a nadto stwierdzono wyjaśnienie łuszczki jagliczej.

Odnośnie do innych chorób ocznych wielu autorów amerykańskich (Beck, Bulsen, Remmen, Purey, Stephenson, Warren) zaleca naświetlania rentgenowskie nieżytu wiosennego, ponadto znajdujemy w piśmiennictwie skąpe doniesienia o wyleczeniu promieniami *X* zapalenia tkanki nadtwardówkowej (Prado), wrzodu rogówki (Denuet) i o wyjaśnieniu plam na rogówce (Sulzer). Niedawno doniósł Stargardt, na podstawie doświadczeń swoich i Hessberg'a, o nadzwyczaj szybkiem wchłanianiu pod wpływem promieni X krwawień siatkówki przy jej gruźlicy i w przypadkach jaskry.

Jakkolwiek doświadczenia, odnoszące się do naświetlań promieniami Roentgena w okulistyce, są jeszcze skąpe, jednak wyniki ich zachęcają do szerszej współpracy oftalmogów z rentgenologami i rokują nadzieje rozległego spożytkowania tego potężnego czynnika również w lecznictwie chorób ocznych.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Kazimierz Dłuski. **Walka z gruźlicą. Istota gruźlicy, drogi szerzenia się i sposoby zwalczania.** Stronic 84 i tablic trzy. R. 1922. Nakład E. Wende i Ska.

W zwięzłym i żywym wykładzie mamy tu podaną historję poglądów na gruźlicę, jej etjologję, patogenezę, zapobieganie i zasady leczenia. Szerokiemi rzutami wytrawnego pióra kreśli autor obecny stan tych działów nauki, urozmaicając wykład ścisły licznemi przykładami i poglądami oddzielnych badaczy i wyczerpując zagadnienie aż do wykorzystania badań najnowszych. Szczególnie troskliwie jest oświetlona rola momentów społecznych w etjologji gruźlicy i ich wpływy na jej zapobieganie i zwalczanie. Największą jednak zaletą tej książki są zawarte w niej dane faktyczne, ściśle cyfrowe, jakie autor zebrał, a tyczące się chwili obecnej, szereg wiadomości żadnemu chyba lekarzowi w Polsce w tym rozmiarze nie znanych.

Mamy tu przedewszystkiem zebraną (jak mozolnie!) statystykę śmiertelności z gruźlicy: w Polsce (aż do roku 1920), w państwach Europy zachodniej, południowej i północnej, mamy niepospolicie ciekawe i użyteczne trzy tablice: 1) Kolonje dla dzieci w Polsce. 2) Wszystkie lecznice specjalne i urządzenia inne, poświęcone zapobieganiu i leczeniu gruźlicy w Polsce. 3) Stan instytucyj dla walki z gruźlicą w Anglji, Szkocji, Austrji, Belgji, Czechosłowacji, Danji, Francji, Jugosławji, Niemczech, Norwegji, Szwajcarji i Włoszech. Jeśli zestawienie danych tego rodzaju było rzeczą zgoła niełatwą przed wojną, to dziś, po wojnie, przy nienawiązanych dotąd prawidłowych stosunkach międzynarodowych, potężnym zaiste było wysiłkiem wyprosić, wydobyć, wyszperać z trudno dostępnych publikacyj tę wielką ilość szczegółów cyfrowych, jakie autor skromnie umieścił na jednej tablicy. Nie łatwo przecież wcale zbierać i we własnym kraju dane od różnych instytucyj prywatnych, samorządowych, państwowych; dużo, wiem, na to trzeba wytrwałości.

Z obfitego materjału tej tablicy przytoczę, dla przykładu, jak, pomimo wojny, państwa Europy troszczyły się o zwalczanie gruźlicy. Anglja (ze Szkocją) miała w roku 1912 łóżek w sanatorjach 1500 (przychodni 80); w r. 1920 łóżek 15,781 (przychodni 422); w r. 1921 łóżek w sanatorjach 18.050. Austrja miała w r. 1916 łóżek w sanatorjach 2000; w r. 1921 łóżek 3400. Belgja w r. 1914 miała przychodni 26, w r. 1921 126; łóżek w sanatorjach 1499. Francja miała w r. 1913. 12 sanatorjów (1200 łóżek) i 45 przychodni; w roku zaś 1921. 71 sanatorjów dla dorosłych (6137 łóżek), 57 domów zapobiegawczych dla dzieci (łóżek 6137); 44 sanatorjów nadmorskich dla dzieci (łóżek 8148), w oddziałach szpitalnych 4581 łóżek, w pawilonach i salach specjalnych. Przychodni 425. Włochy miały w r. 1914 łóżek (w 17 sanatorjach i szpitalach) 4000; w r. 1918. 11.323. W r. 1921. 16.843 (w sanatorjach i szpitalach); dalej 37.966 łóżek dla dzieci w szpitalach i kolonjach nadmorskich.

Jeszcze jedno z tego zasobu faktów. Autor obliczył (korzystając z danych statystycznych r. 1921), że jedno łóżko dla gruźliczego przypada na następującą ilość mieszkańców danego państwa: w Austrji 670; we Włoszech 720; w Danji 1000; w Anglji i Szkocji 1595; we Francji 1727; w Niemczech 1880; w Belgji 4560, a w Polsce 6166.

Mało znane, bo jako obywateli bez własnego państwa, nie tworzących praw dla siebie, mało nas dotąd interesujące, było prawodawstwo sanitarne. Dla tego podwójnie ciekawe jest krótkie zestawienie prawodawstwa przeciwgruźliczego, jakie ono było w r. 1921 w większości krajów cywilizowanych.

Książka Dra K. Dłuskiego jest informatorem, jakiego dotąd zgoła nie mieliśmy; wartość jej dla naszego ruchu przeciwgruźliczego dyktuje życzenie, by ukazywała się co rok w nowem wydaniu, pozwalając nam śledzić postępy w teorji i praktyce walki z gruźlicą.

Dr. W. Kopaczewski. **Choroby zakaźne i walka z niemi.** Wydanie poprawione. Nakład Gebethnera i Wolffa. Stronic 39.

Uczeni polscy rzadko występują w roli popularyzatorów wiedzy. I w tym wypadku okoliczności wyjątkowe na to się złożyły. Napisał autor tę pracę w r. 1918 dla żołnieży polskich, wziętych do niewoli francuskiej z armji niemieckiej, a wydrukował w «Jeńcu-Polaku», skąd wyszła następnie w odbitce osobnej. Napisał doskonale z nerwem iście francuskim, który tyle życia nadaje treści z istoty swej suchej, ułatwia zrozumienie przedmiotu i dobrze wraża się w pamięć.

Treść broszurki stanowią następujące wykłady: Choroby zakaźne i ich przyczyny; drogi przedostawania się zarazków chorobotwórczych; jak ustrój walczy z niemi; jakie stany sprzyjają chorobom zakaźnym; o zdrowotności społecznej i jednostkowej.

Książeczka, ze wszech miar godna polecenia, powinna znaleźć bardzo szerokie koło czytelników. *Sew. Sterling.*

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Heart. A Journal for the study of the circulation. Vol. IX. Nr. 2, 3, 1922.

G. R. Herrmann i F. N. Wilson. **O przeroście komorowym; badanie porównawcze spostrzeżeń elektrokardiogra-**

ficznych i sekcyjnych. Einthoven podał pewne cechy e. k. g. -iczne dla przerostu lewej względnie prawej komory, są one mniej więcej identyczne z objawami przewagi lewej względnie prawej komory przy doświadczalnem utrudnieniu przejścia podrażnienia do przeciwnej połowy serca (p. P. G. L. Nr. 32 str. 645, referat o pracy pow. autorów) i klinicznych skurczów dodatkowych, wychodzących z danej połowy. Lewis dokładnie zanalizował poszczególne objawy e. k. g., porównując je ze stosunkiem wagowym obu komór w pewien szczególny sposób rozdzielonych. (Prawidłowo stosunek lewej do prawej komory jest przeciętnie 1.8 do 1). Autorzy na dużej ilości przypadków przedsięwzięli podobne badania. Okazało, się, że stosunek wagowy obydwu komór wpływa na e. k. g.-iczną przewagę jednej komory tylko wtedy, gdy nastąpił już duży przerost całego serca i waga komór wynosiła ponad 250 g., pozatem wpływają na wygląd ekg. zmiany położenia serca, ułożenia systemu przewodzącego i zaburzenia w śródkomorowem przewodnictwie, wszystko czynniki wpływające też na kształt prawidłowego ekg. Jeżeli się uwzględni powyższe dane, to można stwierdzić przy wadach serca, powodujących przerost lewej komory, np. niedomykalności zastawek aorty, ekg. -icznie objawy przewagi lewej komory, przy zwężeniu zastawki dwudzielnej, wrodzonych wadach serca oraz u noworodka objawy prawostronne, stosunek wagowy komór zmienia się też w odpowiedni sposób.

C. J. Wiggers i H. Feil. **Dynamika niedomykalności zastawki dwudzielnej.** Po doświadczalnem uszkodzeniu zastawki dwudzielnej zdjęto krzywe ciśnienia lewego przedsionka, lewej komory, aorty, celem wytłumaczenia dynamiki sercowej, która według doświadczeń Strauba z 1916 r. w krótkim czasie po uszkodzeniu prowadzi do wyrównania krążenia. Okazało się, że ciśnienie skurczowe i rozkurczowe w lewej komorze i tętnicy głównej spada z powodu mniejszej ilości krwi wyrzucowej do aorty, zaś ciśnienie w lewym przedsionku wzrasta z powodu rzutu krwi wstecznego. Stąd wpływa w chwili otwarcia zastawki dwudzielnej większa niż przedtem ilość krwi do komory, lewa komora się rozszerza, ciśnienie, w komorze panujące w chwili przed jej skurczem (*initial tension*), jest wyższe niż zwykle i po serji skurczów doprowadza do poprzedniej ilości krwi, wyrzuconej do aorty, co jest jednoznaczne z wyrównaniem. Jak długo sam mięsień sercowy działa sprawnie, zastoina w lewym przedsionku nie przenosi się wstecz do prawego serca i tętnicy płucnej. Ciśnienie wsteczne (*back pressure*) nie jest tedy skutkiem samej wady zastawkowej, jak to dawno już podnosił Mackenzie.

Jeżeli po uszkodzeniu zwalniamy rytm serca drażniąc nerwy błędne, przedłuża się też okres skurczu, więcej krwi wraca do lewego przedsionka i czasowo spada ilość krwi wyrzucona do aorty, gdyż mniej krwi wpada do aorty. Jeżeli podniesiemy ciśnienie w układzie żylnym zapomocą wlewań soli roztworów fizjologicznych, podobny mechanizm, jak powyżej opisany, znów w krótkim czasie wyrównywa krążenia. Wzmożenie obwodowego oporu w tętnicach (przez ucisk tętnicy brzusznej) powoduje nagromadzenie się krwi w tętnicy płucnej i prawem sercu. Ilość krwi wyrzucona do aorty spada znacznie aż do czasu, kiedy znacznie wzmożone ciśnienie śródkomorowe doprowadza do równowagi.

Ziemilski (Lwów).

Gruźlica.

Wiener klinische Wochenschrift.
Nr. 24 (5. czerwca 1922).

Frisch. **Środek przeciwgruźliczy »angiolimfa«.** Frisch na klinice Ortnera we Wiedniu stosował w szeregu przypadków gruźlicy płuc środek przeciwgruźliczy »angiolimfa«, wynaleziony przed 12 laty przez dra Rous w Paryżu. Angiolimfa jest wyciągiem z kilku roślin grupy storczyków (ixia rosea, morea sinensis i orchis maculata) i wedle przeprowadzonych rozbiorów chemicznych zawiera glikozy i glikozydy, nie zawiera zaś ani soli mineralnych ani alkaloidów. W handlu znajduje się w ampułkach zawierających 0·05 tego wyciągu na 2 ccm wody przekroplonej.*) Środek stosuje się śródmięśniowo, codziennie lub co drugi dzień. Wstrzykiwania nie wywołują odczynu, ani miejscowego ani ogólnego, a chorzy, nawet wysoko gorączkujący, znoszą je bardzo dobrze, bez żadnych powikłań.

Frisch stwierdza jako wynik leczenia angiolimfą: 1) ustąpienie lub znaczne obniżenie się gorączki, 2) w przypadkach toksycznych ustąpienie potów nocnych i poprawę łaknienia, 3) zmniejszenie lub ustąpienie kaszlu, przy zmniejszonej ilości plwociny, 4) zmniejszenie ilości, a w niektórych przypadkach zniknięcie prątków Kocha w plwocinie, 5) przybytek wagi, nawet w przypadkach uporczywych, 6) cofanie się objawów osłuchowych, 7) znaczną poprawę ogólnego stanu podmiotowego. W dwóch przypadkach wysiękowego zapalenia opłucnej, leczonych angiolimfą, nastąpił rychło stan bezgorączkowy i wessanie wysięku.

O podobnych wynikach leczenia stanów gruźliczych angiolimfą donosi Socquet (Progrès Médical Nr. 6. z 11 lutego 1922). Prócz wyników wyżej wyliczonych donosi Socquet o doskonałych wynikach leczenia angiolimfą zmian gruźliczych kostnych i stawowych. *Meliński* (Wiedeń).

*) Fabryka chemiczna Mag. farm. Rosenzweig i Ska Wiedeń II. Obere Donaustrasse 31.

Stomatologja.

Zeitschrift für Stomatologie.
XIX. Nr. 11 1921.

Froeschels. **Logopedyczne (mowolecznicze) zasady leczenia rozszczepów szczękowych.** Autor rozważa wskazania do leczenia rozszczepów podniebiennych zapomocą zabiegów krwawych i sporządzania zatykadeł, uważając w obu przypadkach poprawę mowy za cel najważniejszy. Dobrym sposobem do zmniejszenia odległości nowo wytworzonego języczka od tylnej ściany gardła jest wstrzyknięcie parafiny, przy 42° topliwej, do tylnej ściany gardła w tej wysokości, do jakiej języczek może się podnieść, i stworzenie w ten sposób sztucznego wału Passavanta; równocześnie należy dbać o uruchomienie języczka przez leczenie miesieniem i elektrycznością. Przy sporządzaniu zatykadła należy je dostosować do stosunków anatomicznych i baczyć, by nie dotykało tylnej ściany gardła zupełnie, lecz by mała przestrzeń została wolna celem umożliwienia wydobywania zarówno dźwięków nosowych jak i nie nosowych. Małe otwory w podniebieniu, n. p. po kilakach lub niezupełnych zrostach po operacjach wilczej paszczy, nie zawsze wywierają wpływ niekorzystny na mowę; zwłaszcza otwory na samym przedzie podniebienia twardego i w części pionowej języczka są bez znaczenia. Przy wszystkich metodach leczenia, czy to operacyjnych czy to protetycznych, odgrywa uruchomienie podniebienia miękkiego tudzież ćwiczenie mowy bardzo ważną rolę, przyczem konieczną jest współczesna współpraca logopedy i dentysty.

Ley. **Uśpienie chloretylowe jako najodpowiedniejsze w praktyce dentystycznej.** Autor, będąc wielkim zwolennikiem uśpienia chloretylowego i posiadając w niem znaczne dwudziestoletnie doświadczenie, poleca je entuzjastycznie, pomijając ujemne strony tego sposobu uśpienia, które zwłaszcza w ostatnich czasach coraz częściej zostają zaznaczane. Bezsprzecznie oddał chloretyl podczas wojny światowej doskonałe usługi w rowach strzeleckich i na punktach pierwszej pomocy przy krótkich a bolesnych zabiegach i opatrunkach, gdy inne sposoby znieczulenia były niemożliwe, lecz warunki praktyki pokojowej są inne i, umożliwiając stosowanie znieczulenia miejscowego, nie usprawiedliwiają bezkrytycznego stosowania uśpienia. Również co do sposobu stosowania go istnieją poglądy sprzeczne: podczas gdy jedni są zwolennikami krótkiego forsownego oszołomienia, to inni są raczej za uśpieniem dłuższem; również zalecane kilkakrotne powtarzanie oszołomienia, jako zupełnie nieszkodliwe, jest przez innych jak najsurowiej krytykowane i jemu właśnie przypisują przypadki śmiertelne. Przypadków takich mnoży się w literaturze czasów ostatnich coraz więcej (pozatem jest zapewne cały szereg nie opisanych), i to skłania nawet gorących zwolenników chloretylu (Lotheissen, Kulenkampff) do więcej krytycznego zapatrywania na ten narkotyk.

Kulenkampff zwrócił uwagę na to, iż niebezpieczeństwo przy użyciu go wzrasta bardzo znacznie przy stosowaniu zamkniętych masek metalowych, przyczem dostęp

powietrza jest niedostateczny, a gaz chloretylowy działa w znacznem stężeniu. Uśpienie chloretylowe w stomatologji możnaby tolerować jedynie u narkotyzerów, posiadających wielkie osobiste doświadczenie; znieczulenie naciekowe i wyłączeniowe nowokainą-adrenaliną redukuje wskazania uśpieniowe do minimum. Zasadą przewodnią powinno być, iż uśpienie należy stosować nie dla wygody operatora, lecz dla dobra chorego, jedynie w przypadkach, gdzie znieczulenie miejscowe jest bezwzględnie niemożliwe.

Cohn Konrad. **Przebieg próchnicy w wieku młodocianym i zwalczanie jej w ramach ubezpieczenia społecznego w Niemczech.** Autor podaje ciekawe dane statystyczne, dotyczące stanu uzębienia dzieci szkolnych w Niemczech, oparte na zestawieniach statystycznych bardzo obfitego materjału, tudzież sposoby, ułatwiające masowo regestrację wyników badania w szkołach. Na określenie stanu zęba używa mian: zdrów (z), próchniczy (p), rozpadły (r), brakujący (b) lub wypełniony (w). Wpisując te litery w krzyżowych schematach zębów, uzyskuje się z łatwością obraz uzębienia danego dziecka, a przez zestawienie większej ilości takich schematów można obliczyć w odsetkach stan zęba u dzieci w jednakowym wieku. Z takich statystyk widać, iż próchnica pustoszy w jednakowej mierze zęby dzieci najbiedniejszych i najzamożniejszych i wszystkie warstwy społeczne w jednakiej mierze pomocy dentystycznej potrzebują. Zepsucie zębów mlecznych jest tego rodzaju, iż usprawiedliwia usiłowania leczenia ich i utrzymania aż do drugiego ząbkowania. W Niemczech zaczyna ubezpieczenie społeczne obowiązywać zwykle po ukończeniu szkół i dlatego powinien stan uzębienia młodzieży interesować ubezpieczających, gdyż ponoszą oni koszta leczenia zębów. Ponieważ leczenie kasowe nie może podołać ogromowi pracy, przeto winna sanacja uzębienia być rozpoczętą we wieku najwcześniejszym. Skoro także członkowie rodziny ubezpieczonego mają zabezpieczone leczenie kasowe, to tem samem wszystkie dzieci, będąc od urodzenia członkami kasy chorych, mają prawo do leczenia zębów. Leczenie więc zębów dzieci szkolnych w ramach ubezpieczenia społecznego jest tylko kwestją czasu i musi pozostać w związku ze szkołą, by w pełni wyzyskać jej wychowawczy wpływ na młodzież.

Kneucker. **Zastosowanie wysokoprocentowych roztworów nowokainy do znieczulania w dentystyce.** Polecenie 4% roztworu nowokainy w przypadkach, gdzie roztwór dwuprocentowy okazałby się za słaby. Do przypadków takich należy znieczulanie zębiny i miazgi tudzież wyjęcia przy zapaleniu ozębnej.

Bublitz. **Punkt styczny.** Autor zajmuje się tematem, oznaczonym w nagłówku, który doczekał się w literaturze amerykańskiej olbrzymiej ilości opracowań, podczas gdy w piśmiennictwie europejskiem, a zwłaszcza niemieckiem, nie cieszył się dotychczas tą uwagę, na jaką ze względu na swą ważność zasługuje. Punktem wyjścia roztrząsań autora jest praca Zsigmondy'ego: „O powierzchniach zeszlifowanych w miejscu, gdzie zęby wzajemnie do siebie przylegają". Nowego ani oryginalnego artykuł nic nie zawiera: powtarza tylko rzeczy dawno znane i w literaturze amerykańskiej wszechstronnie opracowane, przytem jednak zupełnie nie cytuje klasycznych w tym dziale nazwisk: Black ojciec i syn i i., którzy zwrócili uwagę na wielką doniosłość odtwarzania naturalnych przyległych konturów zębów przy wypełnianiu.

Pichler. **Uchyłek kieszonki dziąsłowej półzatrzymanego zęba mądrości. Czwarty trzonowiec?** Opis przypadku operacyjnego, który zasługuje na baczniejszą uwagę z tego względu, iż kieszonka ta mogła stać się źródłem zakażenia rany ekstrakcyjnej.

XIX. 1921. Nr. 12.

Weiser. **Jaką rolę odgrywają chore zęby jako wrota zakażenia drobnoustrojami, powodującemi ogólne choroby ciała?** Krytyczna ocena aktualnej sprawy zakażeń zębowych jako czynnika etjologicznego w schorzeniach ogólnych. Na podstawie literatury i spostrzegania własnych przypadków przyznaje W. schorzeniom jamy ustnej ważną, lecz nie jedyną, rolę, powodującą schorzenia ogólne, przyczem wypowiada się przeciwko bezkrytycznemu wyjmowaniu masowemu zębów, a poleca zabiegi chirurgiczne zmierzające do usunięcia ognisk zakaźnych (odcięcie wierzchołków korzeni zakażonych).

Klein. **O budowie aparatów mieszczących rad do leczenia guzów przysadki mózgowej i górnych dróg oddechowych i pokarmowych.** Opis aparatów, zbudowanych przez autora celem leczenia radem nowotworów przysadki i górnych dróg oddechowych i pokarmowych. Polegają one na szynach lub płytkach, założonych na zęby, do których za pomocą trzymadła ze śrubkami przymocowany jest pręt, mający na końcu puszkę z radem, a wsuwany przez nos na miejsce przeznaczenia i przytrzymywany w tem położeniu śrubkami przez odpowiednią ilość godzin, zależnie od przypadku n.p. 17—20 g.

Palazzi. **Wiadomości stomatologiczne w dziełach Avicenny.** Przyczynek historyczny z pierwszej części dzieł Avicenny: »O leczeniu zębów«, przedstawiający poglądy tego autora odpowiednio do swej epoki na: „skłonności, zachowanie, leczenie, ból, znaki, wzruszenie, przedziurawienie, nadżerki, zmiany zabarwienia, wyrzynanie się, wyjmowanie zębów, robaki zębowe, przyczyny zgrzytania zębami, zęby wydłużone«, wreszcie na »skłonności dziąseł«. Wśród środków polecanych przez Avicennę znajdują się, jako najskuteczniejsze, sproszkowane rogi jelenie, popiół z głowy zająca, tłuszcz żabi, itp.

Kranz. **Przyczynek do etjologji i leczenia zapalenia jamy ustnej wrzodziejącego i rtęciowego.** Autor usiłuje dać krótką systematykę tych schorzeń co do ich etjologji i obrazu klinicznego. Uważa on, iż najważniejszym warunkiem powstawania zapalenia jamy ustnej jest pierwotne uszkodzenie błony śluzowej, umożliwiające wtargnięcie drobnoustrojów i rozwinięcie ich zgubnego działania. Co do rtęcicy, to podziela zdanie, iż tylko pewne kategorje jam ustnych są skłonne do niej, mianowicie te, w których odbywają się znaczniejsze sprawy rozkładowe i, co zatem idzie, wzmożone wydzielanie siarkowodoru, który, łącząc się z rtęcią na siarczek rtęciowy, tworzy osad w postaci ciemno-żółtych ziarenek, osadzających się w ścianach naczyń i uszkadzających je. Celem więc leczenia musi być uniemożliwienie wydostawania się surowicy krwi z naczyń, by odebrać drobnoustrojom tę doskonałą pożywkę. W tym celu poleca K. nierozcieńczony kwas karbolowy dla jego własności bakterjobójczych i łatwego przenikania; dla uzupełnienia poleca pędzlowanie mieszaniną 5% kwasu garbnikowego i 2% błękitu metylenowego i płukanie wodą utlenioną. W przypadkach uporczywych nawrotów zaleca badanie obrazu krwi i śródżylne lub śródmięśniowe wstrzyknięcia koloidalnego roztworu żelaza, przez co można podnieść liczbę czerwonych ciałek krwi z 2.5 na 5 miljonów w mm. sześciennym.

Greiner Erna. **Przypadek nadliczbowych siekaczy.** Opis czaszki dziecka pięcioletniego z kompletnem uzębieniem mlecznem, wykazującem następujące nieprawidłowości: w miejscu dolnego lewego bocznego siekacza znajduje się ząb podwójny, zaopatrzony bruzdą, dzielącą ząb na dwie połowy, obejmującą zarówno koronę, jak i korzeń zęba. W lewej szczęce górnej znajduje się w miejscu siekacza środkowego twór podwójny, którego korony są zupełnie wykształcone i od siebie oddzielone, czyniące wrażenie, jakgdyby powstały ze zrostu siekacza bocznego z środkowym. W prawej szczęce górnej znajdują się obok prawidłowo wykształconego siekacza środkowego dwa zęby o kształcie siekacza bocznego, a więc jeden prawidłowy, a drugi nadliczbowy. Przypadek ten przedstawia więc niejako trzy różne stopnie nadliczbowości.

M. M. W LXIX. 771. (1922)

Küttner. **Sprawozdanie z 266 przypadków raka błony śluzowej jamy ustnej.** W zestawieniu tem znajduje się 155 przypadków raka języka, 35 dna jamy ustnej, 15 błony śluzowej policzków, 12 podniebienia i 49 błony śluzowej migdałków. Histologicznie przedstawiały się te przypadki jako złożone z przybłonków płaskich z mniej lub więcej znacznem zrogowaceniem, w dwóch tylko przypadkach znaleziono raka gruczołowego. Płeć męska przeważała znacznie nad żeńską: 81% mężczyzn, 19% kobiet; wiek najczęstszy: u mężczyzn druga połowa piątego dziesiątka lat, u kobiet pierwsza połowa czwartego. Pod względem etjologicznym znaleziono czynniki dobrze znane: 43% chorych było silnymi palaczami, 22%, wyłącznie mężczyźni, miało prócz raka lepieże, przymiot stwierdzono z pewnością tylko w $15^1/_2$%; 2% chorych było znanymi pijakami. W wielkim odsetku przypadków, mianowicie 33% stanowił przyczynę przewlekły uraz: ostre brzegi próchniczych zębów i ucisk dostawek. W większości przypadków była jama ustna zaniedbana. Okoliczne gruczoły

chłonne bywały bardzo wcześnie zajęte. 61% przypadków zostało poddanych zabiegowi doszczętnemu, typowemu według zasady: „małe raki — wielkie zabiegi", wykonywanemu z reguły w znieczuleniu miejscowem, dzięki któremu udało się obniżyć śmiertelność do 4.4%, podczas gdy dawniej wynosiła 14%. Przy każdym zabiegu wyłuszcza K. zasadniczo po obu stronach wszystkie gruczoły chłonne, podbródkowe, podżuchwowe i szyjne, tudzież gruczoły ślinne podszczękowe z jednego wielkiego cięcia krzyżowego w środku szyji. Przepiłowanie żuchwy wykonuje w drugim zabiegu, by nie stwarzać odrazu komunikacji między wielką raną na szyji a jamą ustną.

Dalsze losy operowanych przedstawiały się następująco: żyło dłużej niż trzy lata 19%, dłużej niż 5 lat 15%, dłużej niż 8 lat 10%, powyżej 10 lat 3.8%, powyżej 14 lat 2.5%. Nawroty bywały zwykle miejscowe. Z powodu wyłuszczenia wszystkich gruczołów chłonnych, nawet niemacalnych, obniżył się odsetek nawrotów gruczołowych do 11% w przeciwieństwie do dawniejszych 39%. Rak jamy ustnej jest jednym z najniebezpieczniejszych; byłoby bardzo pożądane umożliwienie stosowania na wielką skalę leczenia radem, podobnie, jak to się dzieje w Stanach Zjednoczonych Ameryki. W każdym przypadku podejrzenia raka jamy ustnej należy w znieczuleniu miejscowem wykonać wycięcie próbne i, po stwierdzeniu rozpoznania, jak najrychlej dołączyć zabieg doszczętny, by nie tracić czasu na nieracjonalne sposoby rozpoznawcze i lecznicze. Nawet w przypadkach raków początkujących należy operować jak najradykalniej, usunąć wszystkie gruczoły i nie czynić żadnych koncesji na rzecz kosmetyki. To właśnie doszczętne usunięcie wszystkich gruczołów i wykonywanie zabiegu w znieczuleniu miejscowem stanowią wielki postęp techniki operacyjnej. *Allerhand:* (Lwów).

Sprawy zawodowe.

W sprawie lekarzy okręgowych.

Na Walnem Zgromadzeniu Związku lekarzy okręgowych Małopolski w dniu 16. lipca br. we Lwowie, które zaszczycił swą obecnością p. Włodzimierz Decykiewicz, prezydent Tymcz. Wydziału Samorządowego, uchwalono następujące wnioski:

1. Zniesienie potwierdzeń ze strony zwierzchności gminnych przy tłumieniu epidemji i przy przeprowadzaniu dorocznych szczepień przez lekarzy okręgowych.

2. Zachęcenie do zgłaszania się na posady lekarzy okręgowych tych lekarzy, którzy dawniej z tych posad zrezygnowali i lekarzy wolno praktykujących. Zgłaszać się należy albo do Wydziału Związku lek. okręg. (na ręce sekretarza Dra Józefa Bednarskiego w Alwerni) lub też wprost do Tymcz. Wydziału Samorządowego we Lwowie.

3. W razie ociągania się Rad powiatowych w wypłacie poborów dla lekarzy okręgowych mają się koledzy zwracać wprost do Wydziału Związku lub do Tymczasowego Wydziału Samorządowego.

4. Przedewszystkiem tym lekarzom okręgowym, którzy mają poza sobą najdłuższą nieprzerwaną służbę na swem stanowisku, ma być w przyszłości przyznawana wyższa ranga.

5. W uznaniu zasług i długoletniej pracy Wydziału Związku ufundować cegiełkę wawelską.

6. Zamianowano członkiem honorowym Związku lekarzy okręgowych p. Włodzimierza Decykiewicza, prezydenta Tymcz. Wydziału Samorządowego we Lwowie.

7. Zachęcanie wszystkich lekarzy okręgowych do zgłaszania się i należenia do Związku lekarzy Małopolski (ul. Radziwiłłowska l. 4) w Krakowie.

8. Wkładka dodatkowa na rok 1922 tysiąc Mk. od każdego członka.

Upraszamy wszystkich kolegów, którzy obecnie zajmować będą posady lekarzy okręgowych, by się zgłaszali natychmiast do Wydziału Związku lek. okręg. z podaniem dokładnych adresów, zaznaczając, że z każdym rokiem w przyszłości byt ich polepszać się będzie.

Podajemy do wiadomości kolegów lekarzy okręgowych, że w porozumieniu z Ministerstwem Zdrowia i Ministerstwem Skarbu — Tymczasowy Wydział Samorządowy we Lwowie dekretem z dnia 3. czerwca 1922 L: $\frac{16.272}{VI}$ przyznał lekarzom okręgowym na razie prócz dodatków drożyźnianych i za wysługę lat rangi, analogiczne do rang urzędników i funkcjonarjuszów państwowych, a to:

lekarzom okręgowym nowo mianowanym i służącym do lat 3 pobory XII stopnia służbowego, lekarzom okręgowym po 3 letniej służbie pobory XI stopnia służbowego, a po 8 letniej służbie pobory X stopnia, zaznaczając, że jestto regulacja tymczasowa, mająca na celu zaspokoić najpilniejsze tylko potrzeby i że Tymcz. Wydział Samorządowy dąży będzie do dalszej wydatniejszej regulacji.

Innemi dekretami przyznał Tym. Wydział Samorządowy ryczałt na objazdy, rocznie 20.000 Mk, a na koszta kancelaryjne 1500 Mk.

Wydział Związku lek. okręg. uprasza kolegów, zwłaszcza tych, którzy obecnie obejmować będą posady lekarzy okręgowych, by się zapisywali do Związku i wszelkie zażalenia przesyłali do Wydziału Związku.

Zwracamy uwagę kolegom lekarzom okręgowym, by w Walnych Zgromadzeniach Związku brali w komplecie udział, gdyż abstynencja w takich razach nie da się niczem usprawiedliwić, boć każdy, aczkolwiek koszta podróży i utrzymania są dziś znaczne, powinien ponieść pewną ofiarę dla dobra ogółu lekarzy okręgowych i polepszenia ich bytu; nadto z braku kompletu nie można na walnych zgromadzeniach powziąć zasadniczych uchwał w sprawie statutu, nowej instrukcji dla lekarzy okręgowych itd.

Dziękujemy wreszcie jak najuprzejmiej obu Izbom lekarskim, Związkowi lekarzy Małopolski, kol. prof. Dr. Stanisł. Ciechanowskiemu, kol. dr. Stef. Schoengut-Strzemieńskiemu, kol. dr. Janowi Papéemu oraz wszystkim, którzy nie szczędzili trudów i popierali dotąd wszelkie usiłowania Wydziału Związku lekarzy okręgowych.

Dr Józef Bednarski — sekretarz Związku lek. okręg. w Alwerni.
Dr. Wiktor Natter — przewodniczący Zw. lek. okr. w Frysztaku.

Związek Lekarzy Państwa Polskiego, Oddział Górnośląski, nadesłał do Redakcji P. G. L. następujące pismo:

Miesiąc temu zatarg, ciągnący się od kilku miesięcy między Administracją t. zw. »Knappschaft« (obecnie nazwanej »Spółką Bracką« z siedzibą w Tarnowskich Górach), a zakontraktowanymi lekarzami, przybrał ostrą formę z powodu niedostatecznego uposażenia lekarzy. Wszystkie pertraktacje rozbijały się o złą wolę Administracji Spółki Brackiej, która nie uznawała żądań lekarzy za słuszne, godząc się ostatecznie na 25% podwyżkę. W ten sposób lekarz za kilka godzin pracy ambulatoryjnej na dzień i kilka wizyt do chorych bez względu na porę dnia i nocy otrzymywałby zaledwie od 6,250 Mk niem. do 11.250 Mk niem. na miesiąc (stosownie do lat służby jego w Spółce). Wskutek tego Związek lekarzy Spółki Brackiej, po wyczerpaniu wszystkich możliwych środków pojednawczych, był zmuszony ogłosić, że z dniem 22 sierpnia br. ustaje przyjmowanie chorych członków Spółki Brackiej na warunkach dotychczasowych, a każdy chory uiszczać musi osobiście lekarzowi za poradę 80 mk. niem., po dojściu zaś do porozumienia ze Sp. Bracką lekarze zobowiązali się zwrócić chorym pobrane honorarja, na co wydawali kwity. Niesłusznie stan ten ochrzczono mianem strajku lekarzy.

Atoli administracja Spółki Brackiej nie miała nic lepszego do uczynienia, jak listownie powiadomić lekarzy, że, o ile do 25 sierpnia nie powrócą do pracy na dawnych warunkach, to kontrakty z nimi zostaną rozwiązane. Tegoż 25 sierpnia odbyła się na propozycję p. Naczelnika Wydziału Zdrowia publ. dra Rostka jeszcze jedna konferencja z udziałem delegata Ministerstwa Przemysłu i Handlu (Sp. Br. podlega kompetencji tegoż Ministerstwa) i delegatów Urzędu Górniczego, lecz Administracja Sp. Brackiej postawiła lekarzom tak upokarzające warunki (widocznie za karę!), że delegacja lekarzy Związku opuściła zebranie i rokowania rozbiły się ostatecznie.

Dodać należy, że do Związku lekarzy należą także wszyscy koledzy niemieccy, którzy szli ręka w rękę z kolegami polskimi. Aby rozbić tę jedność, pojawiły się w szowinistycznej prasie niemieckiej inspirowane przez Administrację Sp. Br. artykuły, szkalujące dobre imię lekarzy-Polaków, a w tym czasie dyrektor Spółki p. Czapla rozesłał do lekarzy-Polaków cyrkularz, oczerniający w haniebny sposób kolegów niemieckich. Kiedy i to nie doprowadziło do zamierzonego celu rozbicia solidarności koleżeńskiej, ośmielił się jeden z t. zw. inspektorów Sp. Br., niejaki Golus, przesłać pod adresem kol. Flatzka, sekretarza Związku, list określający lekarzy nazwą »schamlose Lumpen« (»bezwstydne łajdaki«).

Nie przypuszczamy, aby znalazł się choć jeden lekarz w Rzeczypospolitej, któryby po tego rodzaju faktach miał odwagę pracować z panami Czaplami i Golusami. W każdym razie Oddział Górnośląski Związku lekarzy P. P. ostrzega wszystkich kolegów, którzyby w nieświadomości swojej mieli zamiar osiedlenia się na G. Śląsku, iż wszystkie miejsca w Sp. Brackiej ogłoszone są pod bojkotem i bez porozumienia się z Zarządem Związku Lekarskiego (siedziba w Katowicach) nie wolno nikomu miejsc tych obejmować.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Z Województwa otrzymujemy następujące ogłoszenie: »**Egzamin fizykacki,** wymagany postanowieniem §. I. Rozp. Min. z dnia 21 marca 1873 r. Dz. p. p. N. 37. od lekarzy chcących uzyskać stałą posadę w publicznej służbie zdrowia przy władzach administracyjnych, odbędzie się we Lwowie, w drugiej połowie listopada br.«.

Podania o przypuszczenie do egzaminu należy wnosić do Wojewódzkiego Wydziału zdrowia we Lwowie, w terminie do 15 października br.

Nr. 39 24 września 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Br. FRENKIEL i J. LEYBERG. Łódź.

Dwa przypadki ostrego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych podczas stosowania podoponowych wlewań neosalwarsanu.

(Z oddziału chorób nerwowych Szpit. O. K. w Łodzi).

Niedawno ogłosiliśmy[1]) przypadek ostrego zapalenia opon u kiłowego (leczonego przez nas podług metody G e n n e r i c h a), u którego wystąpiło ono po trzeciem wlewaniu neosalwarsanu do worka oponowego. Badanie bakterjologiczne wykazało wówczas obecność dwoinek Weichselbauma (*diplococcus intracellularis*). Obecnie chcemy się podzielić z kolegami dalszemi w tym kierunku spostrzeżeniami.

P r z y p a d e k 2-gi. I. 22 l. Infekcja pierwotna w lutym 1921 r. Obecnie nie ma żadnych objawów klinicznych kiły. Badanie krwi: Wa + - +. Badanie płynu wykazuje: Wa przy 0,25 ++++, Nonne-Apelt dodatni, Pandy dodatni, liczne małe limfocyty.

R o z p o z n a n i e: kiła opon (*Liquor lues, Meningitis histologica Ravaut*)

Wobec tego, że powyżej podany stan płynu mózgowo-rdzeniowego, zdaniem naszem, sprawia niespodzianki w postaci następowego ciężkiego schorzenia układu nerwowego, chory otrzymuje leczenie mieszane podług metody Gennericha: zastrzyknięcie kalomelu, wlewania dożylne neo i wlewania dolędźwiowe tegoż przetworu.

Te ostatnie znosił dobrze; odczyn trwał dobę i polegał na bólach głowy i nieznacznem podniesieniu ciepłoty.

Dwa dni po 6-tem wlewaniu dolędźwiowem, które zastosowano 16 stycznia 1922 r., chory wieczorem dostał gorączki (38°) i silnych bólów głowy, a badanie dnia następnego (19. I.) wykazywało: bóle głowy, sztywność karku i objaw Kerniga; zaś 20-go I. jeszcze wymioty i objaw Brudzińskiego. Nakłucie lędźwiowe dało płyn mętno-ropny; w płynie bardzo liczne wielojądrzaste leukocyty; żadnych bakteryj; posiew jałowy[2]).

Wynik badania płynu: obfita ropa bez flory bakteryjnej, zniewolił nas do przypuszczenia, że mamy tu do czynienia z zapaleniem opon meningokokowem. Dwoinki wewnątrzkomórkowe, jak wiadomo, często przy zupełnie pewnem nagminnem zapaleniu opon znajdują się w tak małej ilości, że badanie drobnowidzowe może ich nie wykryć; tracą one szybko swoją siłę żywotną a wtedy i posiew wypada ujemnie; inna flora ropotwórcza — paciorkowce i gronkowce — jest więcej odporna i łatwiejsza do stwierdzenia.

Poprzednio opisany[3]) przypadek nasz zapalenia opon, które powstało w warunkach podobnych, a w którym wykazano obecność meningokoków — podtrzymywał nas w tem przypuszczeniu i dlatego, nie bacząc na ujemny wynik w danym przypadku badania płynu, zastosowaliśmy natychmiast 2 flakony surowicy przeciwmeningokokowej pod skórę, a następnego dnia tyleż surowicy podoponowo. Już 21 stycznia nastąpiła znaczna poprawa w stanie chorego, a w ciągu dni następnych objawy oponowe zupełnie znikły. Chory po kilku dniach wstał.

Sądzimy, że mamy prawo do wniosku, że i w tym przypadku mieliśmy ostre nagminne (meningokokowe) zapalenie opon, znowu o przebiegu bardzo łagodnym. Odczyn Wassermanna w płynie nie uległ po tem ostrem zakażeniu żadnej zmianie.

P r z y p a d e k 3-ci. Jas. 23 l. Wrzód twardy w styczniu r. 1920; 1-e leczenie (4 Neo i 12 Hg) w czerwcu 1920 r. i 2-ga kuracja (5 Neo i 12 Hg) w czerwcu 1921 r. Do szpitala przybył 19. XII. 1921. Wywiady: od 3-ch tygodni silne osłabienie nóg i senność; latem żółtaczka, trwająca 3 tygodnie. Stan obecny: Odczyny źreniczne prawidłowe; głos zmatowany, mowa zlekka skandowana; odruchy brzuszne żywe; kolanowe bardzo żywe; *clonus patellae dextr.*; odruchy stopowe zachowane; podeszwowe b. słabe. Napięcie mięśniowe w kończynach dolnych nieco wzmożone; chód spastyczno-paretyczno-ataktyczny; niewyraźny Romberg. Drżenie ręki lewej przy wykonywaniu ruchów. Twarz maskowata, stereotypowy uśmiech. Nieznaczne zaburzenia w orjentacji, tarcze przekrwione, granice zlekka zamazane. Wa we krwi ++; w płynie Wa przy 0,1 +++, przy 0,25 ++++; N.-A. ujemny; Pandy dodatni; pojedyncze małe limfocyty.

Obraz kliniczny przypominał stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex*. Wobec wywiadów i wyników badania krwi i płynu m.-rdz. rozpoznanie: *Lues disseminata cerebrospinalis*. Wybitny odczyn Wassermanna w płynie wskazuje na istnienie u naszego chorego poważnych ognisk oponowych.

Chory 31. XII. otrzymuje zastrzyknięcie kalomelu i 0,6 Neo śródżylnie, a 5. I. 1922 I. dolędźwiowe wlewanie (podług Gennericha); płynu wypuszczono 65 cm, dodano 0,6 mg. Neo. Po wlewaniu bóle w krzyżu; ciepłota niepodniesiona. U chorego stosuje się w dalszym ciągu energiczne leczenie; wyraźna poprawa; zaczyna lepiej chodzić, umysł jaśniejszy.

6. kwietnia 1922 II. dolędźwiowe wlewanie; wypuszczono 65 cm³ płynu, dodano 0,6 mg Neo. I to wlewanie chory znosi dobrze; wstał po dwu dniach.

12. maja III-e dolędźwiowe wlewanie: wypuszczono 70 cm³ płynu; dodano 0,9 mg Neo. Po wlewaniu wymioty, wieczorem t° 39,2° i bóle głowy.

14. V. 1922 wymioty, lekka sztywność karku, nieprzytomny, 39°.

15. V. 1922 wymioty, nieprzytomny, sztywność karku, drgawki w nogach, zniesienie odruchów stopowych. Nakłucie lędźwiowe (wypuszczono 50 cm³ płynu) wykazuje: płyn wycieka pod silnem ciśnieniem, mętny; w preparatach liczne leukocyty wielojądrzaste; bakteryj żadnych; posiew jałowy. Chory otrzymuje 2 flakony surowicy przeciwmeningokokowej pod skórę.

16. V. Stan nieco lepszy; nie wymiotuje; t° 38°.

17. V. dalej nieprzytomny, t° 37,8; nakłucie lędźwiowe: płyn przeźroczysty, ciśnienie średnie.

18. V. Nawpół przytomny; sztywność karku mniejsza: t° 37,2.

19. V. Przytomny, nie mówi; t° normalna.

20. V. Zaczyna mówić; żadnych objawów oponowych.

22. V. Ogólne osłabienie i 25. V. chory wstaje.

I tu po 3-ciem wlewaniu — ostre zapalenie opon, już o nieco cięższym przebiegu, bo objawy oponowe trwały tydzień. I w tym przypadku bakterjologiczne poszukiwania dały wynik ujemny.

Dwa omawiane przypadki możemy sformułować w sposób następujący: W przebiegu stosowania wlewań endolumbalnych Neosalwarsanu podług Gennericha wystąpiło ostre zapalenie opon o obfitej wydzielinie ropnej. Powikłanie to miało przebieg pomyślny. Ujemny wynik bakterjologiczny nie wyklucza tego, że zapalenie opon było wywołane przez meningokoki, tak jak to miało miejsce w naszym przypadku pierwszym[4]).

Wtedy wypowiedzieliśmy przypuszczenie, że przebywające saprofitycznie w oponach dwoinki — zyskują moc chorobotwórczą — na skutek osłabienia odporności środowiska oponowego, podrażnionego przez ciała obce (Neosalvarsan albo rozczyn fizjologiczny soli).

Wobec tego, że w obu obecnie ogłaszanych przypadkach płyn mózgowo-rdzeniowy okazał się jałowym, nie możemy pominąć milczeniem i takiej możliwości, że tu ostre zapalenie opon było spowodowane wyłącznie przez czynniki fizyko-chemiczne, było — innemi słowy — silnym odczynem opon na wprowadzony czynnik obcy (zapalenie ropne opon niebakteryjne). Wiadomo przecież, że W e y g a n d i J a c o b otrzymywali u małp wybitne zmiany anatomo-patologiczne w oponach po wlewaniu stężonych rozczynów Salwarsanu.

Nie sądzimy jednak, żeby przypuszczenie tu aseptycznego ropnego zapalenia opon było uzasadnione. Przeciwko temu przemawia rzadkość takiego powikłania — jakiem jest ostre zapalenie opon przy dużej ilości wlewań — naszych i innych autorów; po drugie, w 3-cim przypadku wystąpiło ono po stosunkowo małej dozie, bo 0,9 mg Neo, podczas kiedy wlewania 1,8 mg, a nawet 2,4 mg nie wywoływały podobnego odczynu; następnie, we wszystkich omówionych przypadkach zapalenie opon wystąpiło po wlewaniach powtórnych, nie może więc być mowy o osobniczej a priori wrażliwości opon na lek wprowadzany. Dowodzi tego rów-

[1]) F r e n k i e l i L e y b e r g. Lekarz wojskowy Nr. 5. 1922.

[2]) Wszystkie badania laboratoryjne były wykonane w Instytucie epidemjologicznym w Łodzi pod kierunkiem prof. V e n u l e t a, za co mu serdecznie dziękujemy.

[3]) L. c.

[4]) l. c.

nież nasz pierwszy, przypadek w którym już po przebytem zapaleniu opon dokonaliśmy kilku dalszych wlewań endolumbalnych, po których nie wystąpiły objawy zapalenia opon.

Polemizując z Gennerichem, Dreyfuss, a za nim uczeń jego Fuchs, powołują się na swój przypadek bardzo ciężkiego w przebiegu nagminnego zapalenia opon (*Diplokokken-meningitis* ?), który po wielotygodniowem trwaniu skończył się przecież pomyślnie. Niestety nie mamy dokładniejszej historji choroby ich przypadku, nie wiemy, czy zapalenie opon było dość wcześnie rozpoznane i jakie było stosowane leczenie.

W książce swojej Dreyfuss wspomina o kilku przypadkach śmiertelnych zapalenia opon (jakiego ?), ogłoszonych w literaturze. Odpowiednie publikacje nie są nam znane (nazwiska autorów nie są tam przytoczone [Schacherel ?]

Wszystkie trzy przez nas spostrzegane przypadki zapalenia opon miały, przeciwnie, przebieg bardzo łagodny. Dowodzą one, w przeciwieństwie do Dreyfussa, że takie powikłanie, jak ostre zapalenie opon, nie może stanowić bezwzględnego przeciwskazania dla stosowania wlewań dolędźwiowych podług Gennericha, o ile przyszłość wykaże, że metoda ta daje dobre wyniki, oczyszczając płyn mózgowo-rdzeniowy i stanowiąc cenny zabieg profilaktyczny, zmniejszający możliwość powstania takich schorzeń, jak wiąd rdzenia lub porażenie postępujące.

Piśmiennictwo.

1. Gennerich. Syphilis d. Zentralnervensystems 1921. 2. Dreyfuss. Pupillenstörungen u. Liquor cerebro-spinalis 1921. 3. Fuchs. M. med. W. Nr. 8. 1922. 4. Weygand-Jacob. Klinische u. experimentalle Untersuch. bei Neosalvarsaninject. in das Zentralnervensystem 1914. (podług Pussepa). 5. Frenkiel i Leyberg. Lekarz wojskowy Nr. 5. 1922.

TEOFIL SIMCHOWICZ. Warszawa.

O odruchu nosowo-ocznym i nosowo-podbródkowym[1]).

Z zakładu neurobiologji instytutu im. Nenckiego, z oddziału Dra Flataua na Czystem i z ambulatorjum Towarzystwa Pomocy Lekarskiej.

Od kilku lat obserwuję odruch, który stale występuje u ludzi zdrowych i który w stanach patologicznych może być osłabiony, zniesiony lub wzmożony. Objaw polega na tem, że przy uderzeniu młotkiem perkusyjnym w koniec nosa występuje mniejszy lub większy skurcz mięśni okrężnych obu oczu. U niektórych ludzi skurcz ten, który nazwiemy odruchem nosowo-ocznym, jest bardzo słaby i ogranicza się do nieznacznego podniesienia dolnej powieki, u niektórych zaś kurczy się cały mięsień dolnej i górnej powieki i oko wyraźnie się przymyka. U ludzi z żywym odruchem nosowo-ocznym skurcz występuje już przy słabem uderzeniu, u ludzi z odruchem słabym trzeba dość mocno uderzyć młotkiem w koniec nosa, aby skurcz wywołać. Zazwyczaj już po kilku uderzeniach odruch nosowo-oczny wyczerpuje się i dlatego, chcąc go wywołać, nie należy uderzać raz po razie, lecz po każdem uderzeniu przeczekać kilka sekund.

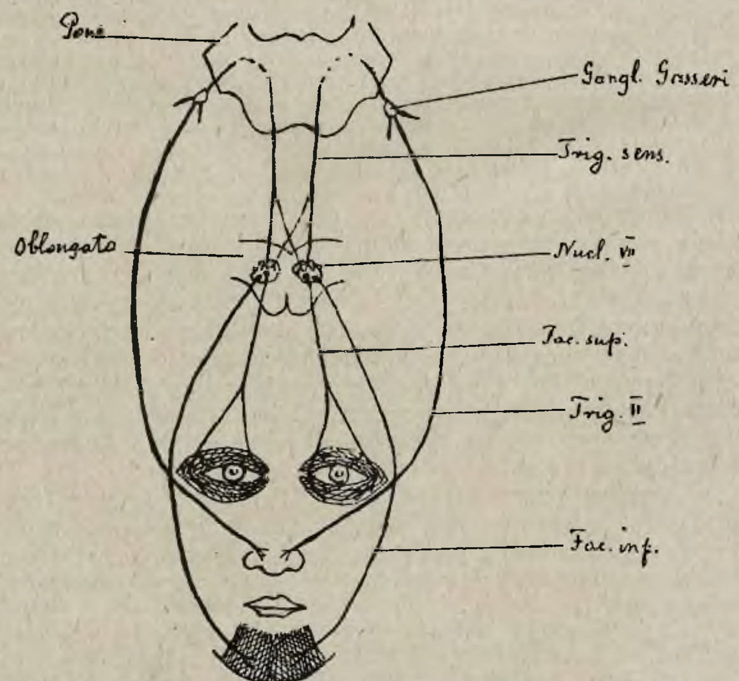
Ażeby wykluczyć obronne zaciskanie powiek, które zazwyczaj występuje wówczas, gdy w polu widzenia zjawia się nagle przedmiot nieoczekiwany, można zagrodzić oczy dłonią lub też kazać badanemu zlekka przymknąć oczy. Zresztą zaciskanie obronne powiek występuje najwyżej tylko przy pierwszych kilku uderzeniach, późniejsze uderzenia nie wywołują już tego odruchu, przeciwnie, jeżeli chory patrzy wprost na lekarza, to napina mięsień okrężny oczu i przeto osłabia często odruch, dlatego też najlepiej jest podczas wywoływania odruchu nosowo-ocznego kazać choremu spoglądać w górę. Wreszcie fakt, że odruch ten stale i wyraźnie występuje u ludzi ślepych z zupełnym zanikiem nerwów wzrokowych, również dowodzi, że nie ma on nic wspólnego z odruchem obronnym powiek.

U dzieci odruch nosowo-oczny występuje wyraźnie dopiero w 2-gim, 3-cim roku życia, u oseskow zwykle nie udaje się go wywołać. W razie wzmożenia jednak odruchu występuje on wyraźnie i u oseskow; taki wzmożony odruch nosowo-oczny obserwowałem u 3-tygodniowego dziecka z żółtaczką i częstemi drgawkami.

Tak samo, jak u ludzi, odruch nosowo-oczny występuje wyraźnie u psów i królików, zazwyczaj nawet u tych zwierząt bywa znacznie żywszy, niż u człowieka. U świnek morskich nie mogłem tego odruchu wywołać.

Jak się zachowuje odruch nosowo-oczny w stanach patologicznych? Jeżeli królikowi zastrzykniemy do ucha środkowego $^1/_2$ ccm 10% formaliny, to już po upływie 10—20 minut po stronie chorej zniknie odruch nosowo-oczny[2]). W doświadczeniach tych jednostronne zniesienie odruchu nosowo-ocznego występuje, jako pierwszy i często jedyny objaw objektywny porażenia nerwu twarzowego po stronie zastrzyknięcia i dopiero w kilka dni później stwierdza się, że królik przy ruchach dowolnych i ukłuciach marszczy tylko jedną połowę nosa. Widzimy więc, że doświadczalnie wywołane uszkodzenie jednego nerwu twarzowego wystarcza do zniesienia po tej samej stronie odruchu nosowo-ocznego. Należałoby przypuszczać, że zniesienie z jednej strony odruchu nastąpi również i po przecięciu II-giej gałązki nerwu trójdzielnego z jednej strony. Okazało się jednak, że, po jednostronnem przecięciu u królika u wyjścia z otworu podoczodołowego drugiej gałązki nerwu trójdzielnego, stwierdza się wprawdzie zupełne znieczulenie jednej połowy nosa, a jednak odruch nosowo-oczny występuje obustronnie, aczkolwiek po stronie operowanej jest słabszy. Dopiero po przecięciu drugiej gałązki nerwu trójdzielnego z obu stron, odruch nosowo-oczny znika zupełnie z obu stron. Stwierdzony doświadczalnie i, jak później zobaczymy, klinicznie fakt, że dla jednostronnego zniesienia odruchu nosowo-ocznego wystarczy uszkodzenie jednego nerwu twarzowego, nie wystarczy zaś uszkodzenie jednego nerwu trójdzielnego, dowodzi, że w moście Varol'a bocznice każdego nerwu trójdzielnego odchodzą do jąder nerwu twarzowego z obu stron, jak to ilustruje załączony schemat.

Na schemacie tym widać, że łuk odruchowy wyżej opisanego odruchu składa się z II-giej gałązki nerwu trójdzielnego, włókien ośrodkowych nerwu trójdzielnego, dochodzą-



cych do jądra nerwu twarzowego po tej samej stronie i bocznicy, odchodzącej do jądra nerwu twarzowego po stronie drugiej, następnie z jąder nerwu twarzowego, z wychodzącego z tego jądra nerwu obwodowego i jego gałązek, unerwiających mięsień okrężny oka.

Jeżeli przejdziemy teraz do obserwacji klinicznych, to okaże się, że w cierpieniach obwodowych nerwu twarzowego i trójdzielnego odruch nosowo-oczny zachowuje się u ludzi tak samo jak u królików z uszkodzonym doświadczalnie nerwem twarzowym albo trójdzielnym. We wszystkich bez wyjątku przypadkach obwodowego porażenia nerwu twarzowego—

[1]) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Neurologicznego 20 Maja 1922 r.

zbadałem w tym kierunku 29 przypadków — odruch noso-wo-oczny po stronie porażenia jest zupełnie zniesiony. Jest to jeden z pierwszych objawów i występuje znacznie wcześniej, aniżeli zmiany elektryczne w mięśniach i w nerwie porażonym. Wraca ten odruch bardzo późno i często jest jeszcze wyraźnie osłabiony wówczas, gdy mięśnie funkcjonują już sprawnie i odczyn elektryczny jest normalny. Jest to w tym okresie jedyny objaw, który pozwala z łatwością wykryć stronę porażenia. W tych przypadkach, w których trudno jest zorjentować się, czy porażenie nerwu twarzowego jest pochodzenia obwodowego, czy też ośrodkowego, brak jednostronny odruchu nosowo-ocznego pozwala z całą pewnością rozpoznać cierpienie obwodowe, jak również zachowanie albo wzmożenie odruchu świadczy o cierpieniu ośrodkowem. W razie obwodowego porażenia jednego nerwu trójdzielnego u ludzi odruch nosowo-oczny nie znika zupełnie, jest tylko po stronie porażenia nerwu słabszy. Fakt ten stwierdziłem w przypadku nowotworu mostu Varola ze zniszczeniem jednego nerwu trójdzielnego, stwierdzonym po śmierci chorego przy oględzinach mózgu. W innym przypadku u kobiety z guzem kąta mostowo-móżdżkowego, wychodzącym z lewego nerwu trójdzielnego, udało się również wykazać poza osłabieniem czucia na twarzy i zniesieniem odruchu rogówkowego homolateralne osłabienie odruchu nosowo-ocznego. W przypadkach neuralgji nerwu trójdzielnego odruch nosowo-oczny po stronie chorej często jest wzmożony.

W ośrodkowem nadjądrowem porażeniu nerwu twarzowego odruch nosowo-oczny zawsze jest zachowany, często zaś jest wzmożony po stronie porażenia, przyczem czasami kurczy się nietylko mięsień okrężny oka, lecz i mięsień, unoszący podbródek (patrz schemat). Ten objaw generalizacji odruchu nosowo-ocznego (nazwiemy go odruchem nosowo-podbródkowym) jest już poniekąd objawem patologicznym. Na 2015 zbadanych w tym kierunku zdrowych i chorych ludzi obserwowałem ten odruch tylko 89 razy, 79 razy odruch występował jednakowo z obu stron, 7 razy jednostronnie i 3 razy obustronnie, ale po jednej stronie był znacznie żywszy. U dziesięciu ostatnich chorych stwierdziłem porażenie połowicze, u 3-ch na skutek zatoru, u 4-ch na skutek krwotoku mózgowego, u 3-ch wskutek zapalenia mózgu.

O ile jednostronny albo też niejednakowy z obu stron odruch nosowo-podbródkowy obserwowałem tylko w przypadkach jednostronnego organicznego cierpienia mózgu[3]), o tyle jednakowy z obu stron odruch nosowo-podbródkowy spostrzegałem w najrozmaitszych, przeważnie jednak w organicznych cierpieniach mózgu. Z 79 chorych, u których objaw ten obserwowałem, 6-ciu znajdowało się w okresie zdrowienia po ciężkiej drętwicy karku, u 2-ch stwierdzono drętwicę karku, u 4-ch nowotwór mózgu (jedna z tych chorych przez kilka lat uchodziła za zwykłą epileptyczkę, odruch nosowo-podbródkowy wystąpił u niej znacznie wcześniej, aniżeli tarcza zastoinowa), u 10-ciu stwierdzono parkinsonizm po śpiączce nagminnej, u 2-ch chorobę Parkinsona, u 5-u stwardnienie wieloogniskowe, u 4-ch porażenie postępujące, u jednego wiąd rdzenia z porażeniem postępującem (*taboparalysis*), u 5-u stwierdzono porażenie połowicze, u 2-ch początki otępienia wczesnego, u 2-ch osłupienie katatoniczne, u 2-ch miażdżycę mózgu, u 3-ch padaczkę, u 2-ch stan manjakalny, u 3-ch stan depresyjny, u 7-iu ciężką migrenę, u 9-ciu ciężką histerję z wzmożeniem wszystkich odruchów, u 2-ch nerwicę okresu przekwitania, u 8-iu ciężką neurastenję. Odruch nosowo-podbródkowy czasami jest tylko zaznaczony, czasami zaś jest niezmiernie żywy, wówczas kurczą się i inne mięśnie podbródka i po wywołaniu odruchu widzimy jeszcze przez pewien czas falowanie mięśni podbródka. Tego rodzaju, powiedziałbym, kloniczny odruch nosowo-podbródkowy najczęściej obserwujemy w zespole Parkinsona po śpiączce nagminnej. W chorobie Parkinsona odruch nosowo-podbródkowy zazwyczaj nie występuje wcale, czasami można go wywołać, ale nigdy nie jest on tak wybitny, jak w zespole Parkinsona po śpiączce nagminnej.

Odruch nosowo-podbródkowy bada się albo przy oczach skierowanych do góry, wówczas występuje jednocześnie i odruch nosowo-oczny, albo też przy oczach zamkniętych.

Pamiętać należy, że odruch nosowo-podbródkowy wyczerpuje się jeszcze prędzej, niż odruch nosowo-oczny, po każdem uderzeniu w nos należy kilka, czasami nawet kilkanaście sekund poczekać, aż odruch wystąpi ponownie. Na to wyczerpywanie się tych odruchów chciałbym zwrócić szczególną uwagę. Jest ono ciekawe pod względem biologicznym i jak zobaczymy później, może mieć pewne praktyczne zastosowanie w klinice. Zwrócili na nie uwagę Goldflam i Bechterew. Goldflam obserwował wyczerpywanie się odruchów ścięgnowych w myastenji, w której występuje ono jako wyraz ogólnej apokamnozy. Bechterew spostrzegał wyczerpywanie się odruchów w wiądzie rdzenia i w zapaleniu wielu nerwów. Przed kilku laty w artykule o odruchach w chorobach zakaźnych zwróciłem również uwagę na wyczerpywanie się odruchów ścięgnowych w rozmaitych chorobach zakaźnych, ale zarówno w chorobach zakaźnych, jak i w zapaleniu wielu nerwów, idzie ono w parze z osłabieniem odruchów, tu zaś wyczerpuje się jeden odruch, który fizjologicznie występuje u każdego człowieka, i drugi odruch, który jest objawem nie osłabienia, lecz odwrotnie wzmożenia tego pierwszego odruchu. Teoretycznie owo wyczerpywanie się tłomaczyłbym w ten sposób, że odruch nosowo-oczny jest filogenetycznie bardzo stary i dla człowieka znacznie mniejsze posiada znaczenie, aniżeli dla zwierząt, które często dotykają nosem rozmaitych przedmiotów, przyczem odruch nosowo-oczny nieraz ochronić może oko od grożącego niebezpieczeństwa. Dlatego też, być może, u zwierząt odruch nosowo-oczny jest znacznie żywszy i nie wyczerpuje się tak szybko, jak u człowieka.

Jeżeli przejdziemy teraz do piśmiennictwa odruchów powiekowych, to przedewszystkiem należy stwierdzić, że już zwykłe mruganie jest odruchem z nerwu trójdzielnego na nerw twarzowy, odruchem, wywoływanym przez najlżejsze podrażnienie spojówki, rogówki i powiek. Brak mrugania, opisany przez Stellwaga i najczęściej spostrzegany w chorobie Basedowa, zależy od zmniejszenia wrażliwości rogówki albo też, jak sądzi Sattler, od uszkodzenia ośrodków odruchowych, które regulują odruchy pomiędzy siatkówką, spojówką i rogówką z jednej strony, ruchowym zaś aparatem powiek z drugiej.

Odruch spojówkowy i rogówkowy, wywołany przez dotknięcie spojówki i rogówki, jest również odruchem z nerwu trójdzielnego, ciekawe jest jednak, że odruch ten, zarówno jak i mruganie, często bywa przy obwodowem porażeniu nerwu twarzowego tylko osłabiony, podczas gdy odruch nosowo-oczny po stronie porażenia zwykle jest zupełnie zniesiony. Mówiąc o odruchach powiekowych, chciałbym tu zwrócić uwagę na ciekawą obserwację Mieczysława Minkowskiego, który u zarodka ludzkiego długości $21^1/_2$ centymetra wywoływał przez drażnienie kąta wewnętrznego oka skurcz mięśnia okrężnego powiek, i na odruch Kisch'a, który wywoływał mruganie za pomocą drażnienia zewnętrznego przewodu słuchowego.

Poza odruchem spojówkowym, rogówkowym i objawem Stellwaga nie posiadamy dotychczas w obrębie twarzy ani jednego odruchu, którybv miał zastososowanie w klinice. Odruch żuchwowy i odruch twarzowy Fuchsa, wywoływany za pomocą przyciskania gałki ocznej, większego znaczenia klinicznego nie posiadają, objaw twarzowy Chwostka nie jest odruchem, lecz objawem, dowodzącym wzmożonej wrażliwości nerwu twarzowego. Nadoczodołowy odruch Mc Carthy'ego, wywoływany przez uderzenie w pień nerwu nadoczodołowego, zbliżony jest do odruchu wywoływanego przez Bechterewa za pomocą uderzenia okolicy czołowo-skroniowej i przez Agenore Zeni'ego za pomocą opukiwania okolicy nadoczodołowej. Hudowernig sądzi, że zaciskanie

²) Metody tej używa kol. Karbowski w doświadczeniach swych, mających na celu wywołanie zmian w błędniku.

³) Wyjątek stanowią przypadki obwodowego porażenia nerwu twarzowego u chorych, którzy wpierw już mieli obustronny odruch nosowo-podbródkowy. Taki jeden przypadek obserwowałem. Chora na ciężką histerję z obustronnym odruchem nosowo-podbródkowym dostała obwodowego porażenia lewego nerwu twarzowego. Po stronie porażenia znikły odruchy i nosowo-oczny i nosowo-podbródkowy, po stronie zdrowej obydwa odruchy pozostały żywe.

powiek przy uderzeniu w nerw nadoczodołowy albo mięsień czołowy nie jest odruchem, powstaje zaś tylko wskutek rozprzestrzenienia podrażnienia mechanicznego z jednego mięśnia i z jednego nerwu na drugi sąsiedni.

Pomijając kwestję, czy objawy opisane przez Mc Carthy'ego, Bechterewa i Agenore Zeni'ego są natury odruchowej, czy też czysto mechanicznej, powiem tylko, że odruchy wywoływane za pomocą uderzenia w nerw albo mięsień nie są analogiczne do znanych nam odruchów skórnych, okostnych i ścięgnowych, pozatem objawy, opisane przez wyżej wspomnianych autorów, dlatego nie mogą mieć zastosowania w klinice, że już u człowieka zdrowego uderzenie w prawy albo lewy nerw nadoczodołowy, w prawy albo lewy mięsień czołowy wywołuje efekt ruchowy niejednakowy z obu stron z silniejszym skurczem po stronie uderzenia. Natomiast przy wywoływaniu odruchu nosowo-ocznego skurcz mięśnia okrężnego oka jest zupełnie jednakowy z obu stron. Najmniejsza różnica występuje tutaj wyraźnie i jest jednocześnie objawem bezwzględnie patologicznym. Pozatem uderzenie w koniec nosa pozwala nam w pewnych wypadkach patologicznego wzmożenia odruchu wywołać odruch nosowo-podbródkowy, czego się nie obserwuje w odruchach Mc Carthy'ego, Bechterewa i Zeni'ego. Schultze, który poświęcił dużo uwagi odruchom twarzowym, doszedł do przekonania, że na twarzy odruchów ścięgnowych i okostnych wogóle niema. Uważa on wszelkie skurcze mięśniowe, wywoływane za pomocą perkusji w obrębie twarzy, za zwykłe mechaniczne podrażnienie mięśni. Otóż opisane tu dwa odruchy, odruch nosowo-oczny i nosowo-podbródkowy, są bezwzględnie odruchami, czego dowiodłem na królikach doświadczalnie.

Do jakiego typu odruchów należy te odruchy zaliczyć? Wyczerpywanie się odruchów, które często spostrzegamy w odruchach skórnych, mogłoby na pierwszy rzut oka nasunąć myśl, że mamy tu do czynienia z odruchami zbliżonemi do odruchów skórnych. Przeciwko takiemu jednak przypuszczeniu przemawiają wszystkie inne cechy tych odruchów. Przedewszystkiem wywołać je można tylko za pomocą uderzenia, nie zaś za pomocą zwykłego mechanicznego podrażnienia skóry, po drugie, odruchy nosowe wywołać można u siebie samego, podczas gdy odruchów skórnych zazwyczaj nie jesteśmy w stanie u siebie wywołać, po trzecie w sprawach nadjądrowych odruch nosowooczny zawsze jest zachowany, częstokroć wzmożony, nigdy zaś zniesiony, jak odruchy skórne. Nie ulega więc wątpliwości, że odruchy nosowe są odruchami głębokiemi o typie rdzeniowym. Strümpell i Erb sądzą, żo odruch powstający przy uderzeniu w kość zostaje właściwie wywołany z tkanki łącznej przylegającej do kości (okostna, powięź). Strümpell pierwszy mówi o odruchach okostnych. Waller i Gowers kwestjonowali istnienie odruchów okostnych i uważali odruchy te za objawy zwykłego rozprzestrzenienia wstrząsu z okostnej na mięśnie. Dzisiaj nikt już o istnieniu odruchów okostnych nie wątpi. Jendrassik i Schreiber wywoływali u zwierząt przez uderzanie w obnażone otoczki stawów i chrząstki stawowe skurcz mięśni, skurcz ten nazywali oni odruchem stawowym. U człowieka dotychczas nieznane były odruchy, wywoływane przez uderzenie w chrząstkę; odruchy nosowe są pierwszym przykładem odruchów ochrzęstnych. Odruchy, te są zupełnie analogiczne do odruchów okostnych; najlepszym dowodem tego jest fakt, że odruchy te, zwłaszcza odruch górny, nosowooczny, wywołać można nietylko z końca i z obu skrzydeł nosa, ale również i z kości nosowej aż do gładzizny; wówczas odruch ochrzęstny staje się już odruchem okostnym.

Czy odruch nosowooczny można uważać za objaw stały, fizjologiczny? Na 2015 zdrowych i chorych ludzi brak obustronny odruchu stwierdziłem tylko 11 razy, a mianowicie u chorego na ciężką posocznicę meningokokową ze zniesieniem wszystkich odruchów ścięgnowych, u 2-ch chorych na wiąd rdzenia, (w 12-tu innych przypadkach wiądu rdzenia odruch był zachowany) u jednej chorej na przymiot mózgu, u jednej chorej po ataku apoplektycznym. (chora była przytomna, miała prawostronne porażenie połowicze z afazją ruchową; źrenice reagowały, odruchy kolanowe były słabe; odruch nosowooczny wrócił dopiero następnego dnia po ataku), u 3-ch chorych w stanie agonji oraz u 3-ch chorych po atakach padaczkowych. Na te trzy ostatnie przypadki chciałbym zwrócić szczególną uwagę. Pierwszy przypadek dotyczył ośmioletniej dziewczynki, chorej na padaczkę. Obserwowałem ją w przeciągu trzech dni. Pierwszego dnia miała żywy odruch nosowooczny, drugiego dnia badałem ją po szeregu ataków padaczkowych, w godzinę po ostatnim napadzie. Chora była senna aczkolwiek zupełnie przytomna, odruchy źreniczne były zachowane, kolanowe i ze ścięgna Achillesa żywe; odruch nosowooczny był zupełnie zniesiony, następnego dnia odruch nosowo-oczny łatwo można było u niej wywołać. Drugi przypadek dotyczył 10-cio letniego chłopca, u którego stwierdziłem zapalenie mózgu po wietrznej ospie. Podczas badania miał żywy odruch nosowo-oczny i wyraźny odruch nosowo-podbródkowy. W kilka minut po badaniu chory dostał ataku padaczkowego. Po ataku natychmiast wróciły odruchy źreniczne, odruchy ścięgnowe i skórne były żywe, odruch nosowo-oczny i nosowo-podbródkowy znikł zupełnie. Obserwowałem chorego jeszcze w przeciągu pół godziny, odruchy nosowe przez ten czas nie wróciły. 3-ci chory w kwadrans po ataku padaczkowym nie miał odruchu nosowo-ocznego. W 45 min. po ataku odruch można było wywołać [4]).

Teoretycznie można zrozumieć, że odruch, który wyczerpuje się już po kilku uderzeniach młotkiem, wyczerpywać się może na czas dłuższy po ataku epileptycznym, aczkolwiek geneza wyczerpywania się odruchów w stanie normalnym i patologicznym nie jest jeszcze wyjaśniona. Oczywiście nie można wyciągać wniosków z trzech tylko obserwacyj. Gdyby jednak sprawdziło się, że odruch nosowooczny znika na pewien czas po atakach epileptycznych, miałoby to dość duże znaczenie praktyczne zwłaszcza w praktyce wojskowo-lekarskiej, dotychczas bowiem nie łatwo jest odróżnić epileptyka od symulanta, zanim bowiem lekarz wezwany podczas ataku przychodzi na oddział, atak mija, odruchy źreniczne wracają, i niema żadnych dowodów objektywnych, że miał tu miejsce atak epileptyczny. Dla sprawdzenia opisanego tu objawu wywołałem u królika za pomocą wstrzyknięcia kamfory stan padaczkowy (*status epilepticus*). Królik co 5—10 minut dostawał ataku drgawek. Między atakami odruchy źreniczne wracały, kolanowe były bardzo żywe, odruch nosowo-oczny był zniesiony. Nadmienić muszę, że miałem sposobność obserwować chorą z żywym odruchem nosowo-ocznym, u której podczas ataku histerycznego z drgawkami mięśni twarzowych odruchu nosowo-ocznego nie mogłem wywołać, natychmiast jednak po przejściu ataku odruch wrócił i był nawet bardzo żywy, u drugiej chorej udało mi się podczas ciężkiego ataku histerycznego wywołać odruch nosowo-oczny.

Reasumując wyniki badań dotychczasowych, powiedzieć możemy, co następuje. Odruchy nosowe, oczny i podbródkowy, są odruchami ochrzęstnemi, ewentualnie okostnemi, odrębną cechę tych odruchów stanowi ich wyczerpywanie się na czas krótki po kilku uderzeniach, po ataku zaś padaczkowym i apoplektycznym mogą się wyczerpywać na czas dłuższy. Odruch nosowo-oczny jest odruchem stałym, fizjologicznym, odruch nosowo-podbródkowy jest objawem wzmożenia, generalizacji tego odruchu.

Jednostronne zniesienie odruchu nosowo-ocznego świadczy o porażeniu obwodowem jednego nerwu twarzowego. Porażenie jednego nerwu trójdzielnego na skutek podwójnego unerwienia wywołuje tylko osłabienie odruchu po tej samej stronie.

Wzmożenie jednostronne odruchu nosowo-ocznego zależeć może od neuralgji nerwu trójdzielnego, albo też od ośrodkowego nadjądrowego porażenia nerwu twarzowego.

W razie wzmożenia odruchu nosowo-ocznego niezbyt rzadko spostrzegamy jednocześnie odruch nosowo-podbród-

[4]) Podczas narkozy odruch nosowo-oczny zarówno u człowieka jak i u królika znika wcześniej, aniżeli odruch ze spojówki i rogówki, po obudzeniu się po operacji odruch ten wraca później, niż odruch spojówkowy i rogówkowy.

kowy, polegający na skurczu mięśnia, unoszącego podbródek. Jednostronny odruch nosowo-podbródkowy występuje zazwyczaj wespół z porażeniem połowiczem tylko w organicznych jednostronnych cierpieniach mózgu, obustronny odruch nosowo-podbródkowy niezbyt rzadko występuje w nerwicach i chorobach umysłowych, najczęściej jednak odruch ten obserwujemy w cierpieniach organicznych mózgu.

Dalsze badania kliniczne nad opisanemi tu odruchami są w biegu, tutaj chciałem tylko w krótkim zarysie podać wyniki badań dotychczasowych.

W semjologji chorób nerwowych największe znaczenie rozpoznawcze posiadają dotychczas odruchy w kończynach dolnych, mniejszą wartość rozpoznawczą mają odruchy w kończynach górnych, jeszcze mniejszą odruchy na tułowiu z wyjątkiem brzusznych, na twarzy zaś nie posiadamy dotąd, z wyjątkiem odruchu rogówkowego, żadnego objawu z dziedziny odruchów czystych, któryby świadczył o zachorzeniu bądź neuronu obwodowego, bądź ośrodkowego. Odruchy, opisane powyżej, mogą się okazać pomocnemi w tym właśnie kierunku.

Piśmiennictwo:

1. Bechterew. Ueber die Reflexe im Antlitz und Kopfgebiete. Neurolog. Centralblatt 1901. — 2. Bechterew. Ueber Ermüdung der Sehnenreflexe. Neur. Centr. 1902. — 3. Dejerine. Sémiologie du système nerveux. 1901. — 4. Erb. Ueber Sehnenreflexe bei Gesunden und Rückenmarkskranken. Arch. f. Psych. Bd. V. — 5. Fuchs. Ein Reflex im Gesichte (Neur. Centralbl. 1904). — 6. Goldflam. Weiteres über die asthenische Lähmung. Neur. Centr. 1902. — Gowers. A study of the so-called tendon-reflex phenomena (Ref. w Virchow-Hirsch'a Jahresber. 1879). — 8. Gowers. Diagnostik der Rückenmarkskrankh. Wien 1886. — 9. Hudovernig. Zur Frage des Supraorbitalreflexes. Neur. Centr. bl. 1901. — 10. Jendrassik. Beiträge zur Lehre von den Sehnenreflexen. (Deutsch. Arch. f. Klin. Med. XXXIII). — 11. Kisch. Ueber den Ohr-Lidschlagreflex. Pflügers Archiv f. die g. Physiol. 1918. — 12. Lewandowsky. Experimentelle Physiologie des Rückenmarks und Hirnstammes. (Lewandowsky, Handbuch der Neurologie 1910).— 13. Lewandowsky. Die Funktionen des zentralen Nervensystems. 1907. — 14. Lewandowsky. Die Störungen der Reflexe (Lewandowsky, Handbuch der Neurologie 1910). — 15. Mc Carthy. Der Supraorbitalreflex. Neurolog. Centralblatt 1901. — 17. Minkowski. Sur les mouvements, les réflexes et les réactions musculaires du foetus humain. Revue Neurologique 1922. — 17. Oppenheim. Lehrbuch der Nervenkrankheiten. — 18. Prévost et Waller. Nouvelles expériences sur les phenomènes nommées réflexes tendineux 1881 (ref. w Centralbl. f. d. Med. Wissenschaft 1881). — 19. Simchowicz. O wyczerpalności odruchów ścięgnowych i o odruchach wrzekomo klonicznych w chorobach zakaźnych. (Gazeta Lekarska 1919). — 20 Schreiber. Experimentelle Untersuchungen über das Kniephänomen (Arch. f. exper. Pathol. und Pharmakol. T. 18). — 21. Schultze. Ueber Tetanie und die mechanische Erregbarkeit der peripheren Nervenstämme (Deut. med. Woch. 1882). — 22. Sternberg. Die Sehnenreflexe und ihre Bedeutung für die Pathologie des Nervensystems. 1893. — 23. Strümpell. Zur Kenntnis der Sehnenreflexe. Deutsch. Arch. f. Klin. Med. Bd. 24. — 24. Wilbrand und Saenger. Die Neurologie des Auges. Bd. I. 1900. — 25. Agenore Zeni. Du réflexe trigemino-facial. (Ref. w Revue Neurologique 1906).

Sprawozdania poglądowe.

Doc. Dr. HENRYK SOCHAŃSKI, asystent kliniki. Lwów.

Choroby narządu oddechowego a układ nerwowy.*)

Z Kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

Między komórkami ustroju i ich grupami, tworzącemi narządy, musi panować pewna równowaga konieczna dla prawidłowego toku życia całego organizmu. Warunek ten może być spełniony jedynie drogą wzajemnego uzależnienia się ich czynności. Jest ono możliwe dwojaką drogą: 1) chemiczną i 2) nerwową.

Samodzielność komórek zwierzęcych nie jest tak dużą, jak roślinnych, a wobec konieczności wykonywania bardzo nieraz złożonych i szybkich czynności, nieodzowną jest obecność skomplikowanego aparatu regulującego czynności składników ustroju w sposób umożliwiający normalny tok jego czynności. Tym aparatem jest układ nerwowy. Każdy narząd kierowany jest przez odpowiednie ośrodki nerwowe, wpływające na jego sprawność i odżywianie się. Bodźce dośrodkowe z narządu i z innych części ustroju, dostające się do układu nerwowego, modyfikują jego czynności, przystosowując je do potrzeb organizmu. Rzecz jasna, że wielka ilość czynności ustroju, wzajemna ich zależność i panująca między niemi równowaga zostaje zaburzona, jeżeli któryś z narządów lub kierujących nim aparatów nerwowych ulegnie schorzeniu. Występuje szereg czynności wyrównawczych, starających się przywrócić zwichniętą równowagę, ale przytem zostaje, dzięki wzajemnej łączności nerwowej między poszczególnemi narządami, wywołany szereg czynności nie całkiem potrzebnych dla ratowania ustroju, czynności, które obraz chorobowy czynią więcej powikłanym, aniżeli odpowiada to zmianie organicznej. Te dodatkowe objawy zależne są w wysokim stopniu od osobniczych właściwości ustroju, a zwłaszcza układu nerwowego, i dlatego niema prawie dwóch ludzi, u których przy takiej samej chorobie możnaby znaleźć całkiem podobny zespół objawów. Osobniki nerwowe obfitują nieraz w taki nadmiar objawów dodatkowych, że właściwa przyczyna schorzenia jest w zupełności ukrytą dla badacza a cały obraz bywa określany, jako nerwica, a więc *morbus sine materia* dawnych lekarzy, choć powinna zwać się *morbus e causa ignota*. W innych znów przypadkach ma się do czynienia z ludźmi tak dziwnie nieczułymi, iż poważne nawet schorzenia przebiegają u nich bez większych podmiotowych dolegliwości i mogą być przez nich bagatelizowane, póki jakieś ciężkie powikłanie nie zwróci uwagi na powagę cierpienia, niestety nieraz już zapóźno.

Słowem stajemy tu przed zjawiskami, których nam pominąć nie wolno.

Celem niniejszej pracy jest zwrócić uwagę na rolę układu nerwowego przy chorobach narządu oddechowego, oraz wpływ tegoż układu na symptomatologję wspomnianych schorzeń. W tekście głównym poruszam zasadnicze punkty tematu, szczegóły zaś zamieszczam w przypiskach.

I.

Znaną jest powszechnie rzeczą, że lwia część chorób narządu oddechowego bywa uważana za następstwo przeziębienia. Przeziębienie ma bowiem stwarzać warunki, udogodniające rozwój chorobotwórczych drobnoustrojów, będących właściwą, przez niektórych wyłącznie uznawaną, przyczyną schorzeń zapalnych narządu oddechowego. Na czem polega wpływ przeziębienia na ustrój, tego dostatecznie jeszcze nie wyświetlono. Klasyczne doświadczenia Rossbacha starają się to wyjaśnić. Badacz ten oziębiał silnie skórę brzucha kotów zapomocą lodu a równocześnie obserwował zachowanie się błony śluzowej tchawicy odsłoniętej przez poprzednio dokonaną tracheotomję. Już w pół minuty po oziębieniu występowała silna bladość błony śluzowej (skurcz naczyń) i trwała do 2 minut, poczem pojawiało się znaczne zaczerwienienie i obfite wydzielanie śluzu (wyraźne już w 3 minuty po zadziałaniu zimna na skórę). Jeżeli na miejsce oziębiane działało poprzednio ciepło (kataplazmy), był odczyn ze strony błony śluzowej dużo energiczniejszy.

Kisskalt[1]) uważa przeziębienie za następstwo przekrwienia narządów wewnętrznych, będącego równoczesnem zjawiskiem ze skurczem naczyń skórnych wywołanym przez zimno. Narządy czynnie przekrwione i stąd bogatsze w tlen stają się, zdaniem wspomnianego autora, korzystniejszem środowiskiem dla rozwoju bakteryj chorobotwórczych. Bez względu na to, z którym z badaczy się zgodzimy, możemy stwierdzić, że drogą, którą wywołane bywają naczynioruchowe zmiany w narządzie oddechowym po zadrażnieniu skóry przez bodźce cieplne, jest zawsze droga nerwowa. Ludzie, mający pobudliwszy system nerwowy, kierujący wspomnianą czynnością, są często podatniejsi do schorzeń narządu oddechowego. Często widzi się skłonność do przeziębień u ludzi ze znaczną naczynioruchową pobudliwością. Co do mnie to na 1000 takich pobudliwych osobników miałem sposobność stwierdzić wybitną skłonność do przeziębień w 685 przypadkach.

Przekrwienie i nadmierne wydzielanie błon śluzowych dróg oddechowych zdarza się jednak nieraz, niepozostawiając szkodliwych następstw dla zdrowia. Znamy ludzi, którzy po każdem oziębieniu rąk lub nóg mają silny wypływ z nosa

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu naukowem Towarzystwa lek. lwow. dnia 8. lipca 1921 roku.

[1]) V.: Münch. med. Wochenschrift. 1900. 4.

bez następowego nieżytu. Widziałem ludzi, u których pojawiał się wypływ stale odruchowo w następstwie innych bodźców dośrodkowych, dowodząc tem swej nerwowej przyrody. Jeden z ambulantów kliniki opowiadał n. p., że zapach konwalji wywołuje u niego momentalnie silny wypływ z nosa, u innego występował podobny objaw pod wpływem silnego światła, inny wreszcie podawał za przyczynę silne wrażenia słuchowe, dodając, że pod wpływem wspomnianych bodźców doznaje znacznego utrudnienia oddechania przez nos (jakby w następstwie obrzęku błony śluzowej muszli nosowych).

Dlaczego w podobnych przypadkach nie przychodzi zawsze do zapaleń, na to odpowiedź łatwa. Przekrwienie, o ile występuje razem z nadmiernem wydzielaniem, stwarza dogodne warunki rozwoju jedynie dla tych drobnoustrojów, przeciw którym w danej chwili ustrój nie jest uodporniony [2]). Przebycie n. p. silnego nieżytu nosa wywołuje kilkotygodniową, nie dającą się zaprzeczyć odporność, w czasie której najsilniejsze zmiany naczynioruchowe w nosie nie doprowadzają do nieżytu. Skoro odporność ustąpi, uzyskuje przeziębienie dawne swe znaczenie. Podnoszone zarzuty przeciw przeziębieniu nie uwzględniają zwykle chwilowego stanu ustroju [3]) badanego osobnika i stąd są nieraz niesłuszne. W jednym przypadku bowiem może niedostrzegalna prawie gra nerwów naczynioruchowych i zmiana w czynności wydzielniczej błony śluzowej dróg oddechowych przyczynić się pośrednio do powstania zapalenia, w drugim natomiast dużo silniejsze bodźce mogą pozostać bez wszelkich widocznych następstw. Sprawy wpływu stanu psychicznego na tok wspomnianych odruchowych czynności naczynioruchowych i wydzielniczych bliżej nie poruszam, gdyż zbyt mało jest zbadaną, ale niektóre przypadki zdają się przemawiać nieraz za istnieniem nawet i tu jakiejś wzajemnej łączności. Wiadomo, że afekty podniecające upośledzają czułość skóry na bodźce zewnętrzne, ubezwładniające zaś przeważnie wzmagają. Tosamo mniejwięcej można odnieść i do psychoz. Ponieważ od czułości skóry na bodźce cieplne zależy siła naczynioruchowego odruchu, można stąd przypisać sferze psychicznej, wpływającej na czułość skóry, pewną rolę w patologji narządu oddechowego [4]).

II.

Bardzo ważnym objawem spraw chorobowych narządu oddechowego jest zmiana częstości oddechów. Jest ona całkiem zrozumiałą ze względu na ważność tej czynności dla ludzkiego ustroju. Jeżeli z jakiegokolwiek powodu zmniejszy się powierzchnia oddechowa i nie może odpowiednio odbywać się wymiana gazów w płucach, ilość tlenu w ustroju staje się niedostateczną dla procesów życiowych, powstaje szereg substancyj, wywołanych niedotlenieniem; ilość CO_2 przekracza to quantum, jakie może być związane z białkową częścią hemoglobiny, nastaje acidoza i cały szereg okoliczności, wywołujących w rezultacie pobudzenie ośrodków oddechowych do żywszej czynności. Ośrodki wdechowe oddziaływują głównie na brak tlenu, wydechowe na nadmiar CO_2; wobec reszty czynników oddziaływują ośrodki oddechowe jako całość bez wybitniejszego zaakcentowania czynności poszczególnych swych części. Zmniejszenie powierzchni oddechowej wywołane być może przez najrozmaitsze czynniki, upośledzające czynność płuc, jak zwężenia dróg oddechowych, choroby miąższu płucnego, schorzenia opłucnej (nagromadzenie się płynu w jamie opłucnowej, zrosty, nowotwory), ucisk płuc przez guzy śródpiersia, wysięki lub przesięki w jamach opłucnowych lub worku osierdziowym, zniekształcenie klatki piersiowej (*kypho-coliosis*), wyparcie przepony ku górze (wzdęcie, puchlina brzuszna, wysięki w jamie brzusznej, guzy brzucha, ciąża w ostatnich miesiącach i tp.). Równoznaczne z niem są zaburzenia, które, mimo prawidłowej powierzchni oddechowej, upośledzają wymianę gazów, bądź to przez zaburzenia w krążeniu płucnem (choroby serca), bądź to przez zmniejszenie się ilości hemoglobiny we krwi, bądź wreszcie przez wytworzenie nadmiaru nieobojętnych dla ustroju substancyj, wymagających tlenu dla swego utleniania i unieszkodliwienia (acidozy, gorączka, forsowna praca). Im prędzej nastaną wymienione zaburzenia, tem silniej odczuwa je ustrój, tem silniej musi pobudzić czynności wyrównawcze, tem większa nastaje duszność [5]) i zmiana częstości oddechów [6]) polegającą zazwyczaj na ich przyspieszeniu (zwężenie drobniutkich oskrzeli, obliteracya nielicznych grubszych, zmiany obustronne w płucach wywołane zapaleniem lub innemi sprawami chorobowemi, zaburzenia w krążeniu płucnem, gorączka i to w różnym stopniu zależnie od przyczyny) a rzadziej na zwolnieniu ale pogłębieniu (niekiedy przy jednostronnych sprawach płucnych, przy zwężeniu górnych dróg oddechowych (krtań, tchawica, rzadziej większe oskrzele), przy sprawach w oskrzelach średniego kalibru, przy rozedmie płuc i to w pewnych okresach choroby, często przy dychawicy oskrzelowej). [Sahli]. Czynniki, o których dotychczas pokrótce wspomniałem, nie wyczerpują jednak wszystkiego w odniesieniu do wpływów, mogących zmienić częstość oddychania. Pozostają jeszcze wpływy nerwowe, które u niektórych osobników należą do nader ważnych. One to mogą zmieniać rytm oddechu, jego szybkość i głębokość, wpływać tem samem na cały obraz kliniczny w przypadkach chorób płucnych u osób nerwowych. Zależność częstości oddychania od stanów psychicznych objawia się różnie. Afekty ubezwładniające zwalniają oddychanie i czynią je czasem tak niewystarczającem do prawidłowej wymiany gazów, że od czasu do czasu konieczne są głębsze oddechy, t. zw. westchnienia, afekty podniecające działają przeciwnie. Czasami widuje się przyspieszenie lub zwolnienie oddychania zależne od stanów psychicznych a nie towarzyszące widocznym na zewnątrz afektom, choć bez wątpienia te ostatnie wtedy istnieją, ale nie w całkiem rozwiniętej postaci, Bardzo często jest wpływ ten tak znaczny, że chcąc wyciągać realne wnioski, trzeba liczyć oddechy tylko wtedy, kiedy chory śpi, a temsamem wyżej wspomniane wpływy stają się minimalne. Sen z natury rzeczy zwalnia nieco oddychanie, wywołuje czasem zmiany w jego rytmie, ale mimo to nadaje się do badania ścisłego, bo usuwa olbrzymią ilość wpływów nerwowych, które na jawie czynią badanie przedmiotowe całkiem nieścisłem. To, co powiedziano, dotyczy tylko pewnych nader wrażliwych osobników i w przeważnej liczbie przypadków nie jesteśmy zmuszeni uciekać się do takich sposobów. Że jednak tak jest w istocie, dowodzi tego jeden z przypadków przezemnie spostrzeganych, w którym chory zgłosił się do badania z powodu wrzekomej choroby płuc. Mimo ujemnego wyniku badania zwracało uwagę bardzo znaczne przyspieszenie oddychania. W czasie snu stwier-

---

[2]) Drobnoustroje, znajdujące w narządzie oddechowym dobre chemiczne podłoże dla rozwoju, spowodowane brakiem swoistych substancyj bakterjobójczych przeciw nim zwróconych, mnożą się tem łatwiej, im słabszą jest czynność przybłonka migawkowego, a ta zostaje, jak wiadomo, przez hypersekrecję śluzu wybitnie zmniejszoną (Engelmann). Same zjawiska biologiczne związane z odpornością, lubo wcale dokładnie co do swych przejawów poznane, ale dopiero w ostatnich czasach w znacznej części zaliczone do chemicznych, nie są zależne od układu nerwowego. Wpływa on na nie najprawdopodobniej głównie drogą pośrednią przez łączność ze systemem gruczołów dokrewnych.

[3]) Chwilowy stan ustroju należy odróżnić od stałych konstytucjonalnych właściwości narządu oddechowego, warunkujących skłonność jego do spraw chorobowych. Ludzie, u których w czasie rozwoju przeważała czynność tarczycy, są wrażliwi, wątli, mało odporni na infekcje, naczynioruchowo pobudliwi, mają słabo rozwinięty układ krwionośny i erytroblastyczny a stosunkowe duże płuca. Płuca te z natury rzeczy gorzej odżywione, nie opierają się skutecznie wtargnięciu drobnoustrojów zwłaszcza gruźliczych a ułatwia to jeszcze dobrze rozwinięty, ale mało odporny aparat chłonny podniecany do rozwoju przez grasicę (Park) wtórnie przez tarczycę pobudzoną do wydzielania. Naczynioruchowa pobudliwość takich osobników jest nader znaczna a to ułatwia działanie wpływów termicznych na narząd oddechowy.

[4]) Zależność schorzeń narządu oddechowego od sfery psychicznej stwierdził Koths na szeregu przypadków.

[5]) Sahli odróżnia duszność przedmiotową i podmiotową. Miarą sprawności urządzeń wyrównawczych jest to, czy płucnemu schorzeniu towarzyszy sinica, czy nie. Podmiotowe odczuwanie braku powietrza nie zawsze idzie w parze z przedmiotową dusznością. (Lehrb. d. kl. Untersuchungmethoden 1909).

[6]) Niezwykłe przyspieszenie oddychania i duszność przy gruźlicy prosówkowej płuc spowodowane są po części zadrażnieniem zakończeń nerwu błędnego w płucach. To samo wywołuje nagle rozsiane ognisk nowotworowych w płucach.

dzono jednak u badanego 16 oddechów, a więc liczbę prawidłową. Kiedy chory o tem się dowiedział, kiedy nadto dalsze ścisłe badania wykluczyły kategorycznie wszelkie cierpienia narządu oddechowego, uspokoiło to chorego w zupełności, ilość oddechów stała się prawidłową i taką pozostaje do chwili obecnej. Przyczyną cierpienia był stan rozdrażnienia, wywołany śmiercią jednego z bliskich chorego w następstwie choroby płucnej. Chory pozostawał pod wrażeniem tego faktu a to wpłynęło na niezwykłe przyspieszenie oddychania.

Jeżeli sam bodziec nerwowy zdoła u człowieka zdrowego tak wpłynąć na oddychanie, to ileż takich możliwości istnieje w stanach patologicznych płuc, które już same przez się zwracają uwagę chorego na narząd oddechowy i mogą odpowiednio modyfikować objawy tych schorzeń. Nie chcę przez to powiedzieć, jakobyśmy mieli wogóle objawy chorobowe kłaść na karb stanów nerwowych, nie należy nigdy skarg chorego bagatelizować i uważać za wymyślone, ale trzeba zawsze wiedzieć, że każdy zespół objawów, zwłaszcza u ludzi nerwowych, zawiera w sobie składowe wtórne, powstałe na tle nerwowem, które należy umieć oddzielić od objawów, wywołanych przez sprawę anatomiczną w narządzie oddechowym.

III.

Chorobom narządu oddechowego towarzyszy szereg czynności odruchowych, mających na celu usuwać z dróg oddechowych gromadzące się w nich wydzieliny. Powszechnie znanemi odruchami tego typu są kaszel i kichanie. Ośrodki ich mieszczą się w rdzeniu przedłużonym na dnie komory IV w pobliżu głównego ośrodka oddechowego. Centrum kaszlowe było dokładniej badane, aniżeli wyżej nieco położony ośrodek dla aktu kichania. Z ośrodkiem oddechowym są one w blizkim związku, boć do wspomnianych czynności funkcja tego ośrodka jest niezbędną. Bodźce dośrodkowe dla aktu kichania dostają się z błony śluzowej nosa drogą nerwu trójdzielnego do układu nerwowego i wtedy są zrozumiałe jako punkt wyjścia dla odruchu, mającego na celu oczyścić jamę nosową z gromadzących się w niej wydzielin. Znamy jednak punkty wyjścia dla wspomnianego odruchu, niedające go wtedy określić jako urządzenie celowe. Zdarza się bowiem niekiedy, iż wspomniany odruch powstaje na skutek podniet niewychodzących z jamy nosowej. Wiadomo, że pewne osobniki kichają, jeśli zobaczą silne światło, widziano przypadki, w których pewne wrażliwe osoby oddziaływały napadowem kichaniem na pewne bodźce, wychodzące z przewodu pokarmowego przy obecności w nim czerwi jelitowych; istnieją ludzie, u których kaszel i kichanie nawzajem się wywołują, a stąd po każdym akcie kaszlowym pojawia się napadowe kichanie mimo braku jakichkolwiek zmian w nosie; pamiętam wreszcie człowieka, który kichał po usłyszeniu bardzo wysokich tonów.

Są to wszystko następstwa najrozmaitszych osobniczych cech układu nerwowego u poszczególnych ludzi. U ludzi tych pojawia się objaw właściwy zadrażnieniu błony śluzowej nosa mimo że takie zadrażnienie nie istnieje. Podobnie ma się rzecz i z kaszlem. Punktem jego wyjścia jest głównie narząd oddechowy, ale w szczególności dotyczy to krtani (zwłaszcza okolicy międzynalewkowej [N o t h n a g e l]), tchawicy (zwł. okolicy rozgałęzienia) i oskrzeli szczególnie grubszych (L o n g e t, S c h i f f, K o t h s, S t ö r k, E x n e r, P i e n i ą ż e k), zawsze zjawia się też kaszel po zadrażnieniu opłucnej, zwłaszcza ściennej (K o t h s). Prócz tych uprzywilejowanych miejsc istnieją i inne, opisywane jako punt wyjścia wspomnianego odruchu, widziano go bowiem przy podrażnieniu zewnętrznego ucha (Q u i n c k e), gardzieli (K o t h s, W o l f r a m), korzenia języka, pewnych części przełyku (K o t h s), przy ucisku na nerw błędny (K r i m e r) a u niektórych ludzi i po zadrażnieniu otrzewnej, pokrywającej narządy jamy brzusznej (wątroba, śledziona). Wymienianie wszystkich miejsc, będących punktem wyjścia kaszlu, przekracza ramy niniejszej pracy. Jeżeli chodzi o celowość tego odruchu, to można o niej mówić jedynie przy podrażnieniu dróg oddechowych, gdyż tylko wtedy ułatwia on oczyszczenie tych dróg z nagromadzonych wydzielin — w innych razuch jest on tylko objawem, świadczącym o zadrażnieniu pewnych części organizmu, z których dochodzą bodźce dośrodkowe do centrum kaszlowego. Na czynność wspomnianego ośrodka nie są bez wpływu i najwyższe ośrodki nerwowe, umieszczone w korze mózgowej. Warunkują one zależność kaszlu od stanów psychicznych (wzmaganie się kaszlu u ludzi, którym zależy na tem, aby w danej chwili nie kaszleć, a nawet są czasem powstawania t. zw. kaszlu nerwowego, jaki się często spotyka u osobników wrażliwych w chwili znacznego zdenerwowania (n. p. u kandydatów przed egzaminem), mimo iż brak wtedy właściwych bodźców dośrodkowych z miejsc, będących zwykle punktem wyjścia kaszlu.

Kaszel i kichanie są powszechnie znanemi odruchami, wychodzącymi z dróg oddechowych, ale nie są bynajmniej odosobnionymi.

Istnieje przecież cały szereg celowych czynności poznanych w ostatnich czasach a mającysh zadanie bodaj czy nie ważniejsze od poprzednich. Mam tu na myśli tak zwany przez E i n t h o v e n a ruch robaczkowy drobnych oskrzeli, mający za zadanie przesuwać ich zawartość ku większym oskrzelom (G e r l a c h, L e b e r t) i oczyszczać tym sposobem najdrobniejsze przewody oddechowe, a więc miejsca, z których drogą kaszlu nic nie dałoby się usunąć. Oskrzela są doskonale unerwione (D i x o n, R a n s o m, B u d d e) mając w swoich ścianach ośrodki automatyczne, uniezależniające ich ważną pracę od tak wielu wpływów, jakim podlegają ośrodki wyższe w rodzaju kaszlowego.

Wiemy dziś, że, jak wykazał S a n d m a n n, istnieją w samych płucach mięśnie gładkie i że poprzednio wymienieni badacze uzależnili ich czynność od automatycznych ośrodków, które jeszcze w 1881 roku opisał K o n d r a c k i z pracowni D o g i e l a. Ośrodki te rozmieszczone są w całych płucach, w tkance międzypęcherzykowej i podopłucnowej, zawierają liczne komórki nerwowe i mają łączność z gałązkami nerwu błędnego do płuc dochodzącemi. Ośrodki płucne są po części właściwemi ośrodkami płuc, a częścią należą do naczyń i oskrzeli. Komórki ich przedstawiają kilka typów mniej dokładnie scharakteryzowanych, jak typy komórkowe w zwojach nerwowych serca (T h o r e l). Zwoje płucne mają swój automatyzm, a przytem wchodzą w kontakt z nerwem błędnym, którego włókna do płuc się dostają. Włókna współczulne (z rdz. piersiowego wzgl. I—V zwoju współczulnego piersiowego) dochodzą wprost do mięśni rozszerzających oszkrzela i do naczyń płucnych. Widzimy stąd, jak skomplikowany jest aparat regulujący czynność narządu oddechowego, o ile prościej wyobrażano go sobie dawniej (teorja regulacyjna H e r i n g a i B r a u e r a) i jak niesłusznem byłoby nie uwzględniać możliwości udziału jego w schorzeniach organu oddechowego [7]). Jeżeli do tego dodamy prawdopodobną zależność ruchu migawkowego dróg oddechowych od układu nerwowego [8]), różną wrażliwość ośrodków oddechowych, rozmieszczonychw wielu miejscach układu nerwowego, najrozmaitsze mniej ogółowi lekarzy znane odruchy, mogące wpływać na wynik przedmiotowego badania narządu oddechowego (jak np. odruch A b r a m s a lub odruchy visceromotoryczne M a c k e n z i e g o), najrozmaitsze naczynioruchowe objawy zwrotne wpływające na stan narządu oddechowego, zrozumiemy łatwo, że przy pominięciu wpływów nerwowych nie możemy wyrobić sobie poglądu na sprawę

[7]) Badania ośrodków obwodowych w narządach podczas ich schorzeń stwierdziły dotychczas zawsze wybitny ich udział w sprawie chorobowej (Amato, Macri, Loeper, Michajłow).

[8]) Zdaniem Eimera i Apathyego dochodzą zakończenia nerwowe do wnętrza komórek migawkowych i kierują ich czynnością. Ze względu na pewien wpływ pobudzający niektórych wagotonicznych środków wykszstuśnych na czynność migawek, możnaby układowi para-sympatycznemu przypisać wpływ podniecający w tym wypadku. Sprawa ta nie została jednak dotychczas dostatecznie wyświetloną. W związku z omawianą kwestją nie można nie wspomnieć o wynikach badań Apathyego dowodzących histologicznej łączności wzajemnej komórek układu nerwowego. Podobna łączność daje się przypuszczalnie odnieść w pewnym stopniu i do stosunku elementów nerwowych do zależnej od nich reszty komórek ustroju. Poglądy Corneliusa (Allg. D. Central. Ztg. 1906. 36) na istnienie t. zw. nerwowego obiegu są zrozumiałe tylko w Związku z badaniami Apathyego.

chorobową. Dodajmy jeszcze do tego najrozmaitsze oddziaływanie ludzi na wrażenia czuciowe, wychodzące z chorego narządu, najrozmaitsze stąd zjawiska wtórne, możliwość t. zw. odruchów względnych (pośrednich) a będziemy mieli całokształt wielopostaciowości zespołów objawowych przy identycznych zmianach organicznych w narządzie oddechowym.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Oceny i sprawozdania.

A. C. Guillaume. **Le sympathique et les systèmes associés. Masson et Cie 1921.** W monografji, obejmującej około 400 stronic druku, autor stara się dać nam koncepcję splotu czynności życiowych organizmu ludzkiego w zależności od t. zw. układu sympatycznego. Omawia szczegółowo pochodzenie i ukształtowanie elementów składowych układów nerwowych autonomicznych, ich wzajemne połączenia, ich zależności od układu ośrodkowego, wreszcie związek z wydzielaniem wewnętrznem i jego narządami. Wszędzie przebija idea przewodnia o łączności i równoległości funkcyj życiowych, nie wyłączając tu zjawisk chemicznych, które występują jako inna znowu strona tych samych czynności. Dzieło nie nadaje się do szczegółowego streszczenia; czytelnik przy uważnem studjowaniu książki łatwo spostrzeże, gdzie w nauce w tych kwestjach są jeszcze luki, a co można uważać za już ostatecznie ustalone.

Autor rozróżnia trzy rzędy zjawisk życiowych: 1) życie psychiczne, 2) stosunki z otoczeniem (*vie de relation*) : ruchy i czucie, 3) życie wegetacyjne (*vie organo-vegetative*): odżywianie i rozmnażanie. Dwa ostatnie rzędy zjawisk, obejmujące całość fizyko-chemicznych przejawów życiowych organizmu, mają w ostateczności wspólny ośrodek nerwowy — układ ośrodkowy i są zarówno postrzegane przez psychikę. Wszystkie więc zjawiska są w ścisłej współzależności i nie należy mówić o zupełnej samodzielności ich układów, ośrodkowego i autonomicznych — nerwowych.

Najbliższym jednak jest związek między t. zw. układem sympatycznym i gruczołami, co uprawnia autora do łączenia tych układów w jedną całość pod nazwą, układ nerwowo-gruczołowy (*système neuro-glandulaire*). Na szczególną uwagę zasługuje drugi, czwarty i dziewiąty rozdział książki. W pierwszym z nich autor daje nam podstawowe pojęcia o elementach układu sympatycznego, przedstawiając rozmaite typy łuków odruchowych i związek z układem mięśniowym narządów; w drugim omawia pojęcia ogólne o wydzielaniu wewnętrznem; w trzecim wreszcie przedstawia syntetycznie dane farmakologji układu, rozpatrując obie konkurujące teorje: chemiczną i fizyczną.

Dzieło zasługuje na uważne przeczytanie; liczne schematy ułatwiają zrozumienie tych bardzo zawiłych stosunków, które w znacznej części są jeszcze niedostatecznie wyjaśnione. *B. Frenkiel.*

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Heart. A Journal for the study of the circulation. Vol. IX. Nr. 2, 3. 1922.

Wpływ zaburzeń w krążeniu na wymianę gazów we krwi.

I. J. Meakins. **Nasycenie tlenem krwi tętniczej przy częstoskurczu napadowym.** Autor wnosi na podstawie spostrzeżeń klinicznych i doświadczeń na psach, że sam częstoskurcz miarowy lub niemiarowy zupełnie nie zmniejsza nasycenia tlenowego krwi; jeżeli natomiast długotrwały częstoskurcz doprowadza do niedomogi w krążeniu i przekrwienia lub obrzęku płuc, wtedy dochodzi do spadku nasycenia.

II. J. Meakins i H. W. Davies. **Metoda oznaczania szybkości krążenia u człowieka.** A. oznaczają szybkość krążenia, ilość krwi przepływającej przed dany odcinek krążenia w minucie, zapomocą zmodyfikowanej metody Haldane-Priestley, polegającej na oznaczeniu zawartości CO_2 w powietrzu pęcherzykowem, krwi tętniczej i żylnej, i obliczeniu ilości krwi według wzoru $A = \frac{p}{q}$ 100 cm (przyczem A oznacza ilość krwi w minucie, p = ilość CO_2 wydalonego w minucie, a q = różnica z odsetki objętościowej CO_2 w krwi żylnej a tętniczej).

C. Schwensen. **Częstoskurcz komorowy po podaniu naparstnicy.** 2 spostrzeżenia częstoskurczów, powstających po podaniu naparstnicy; w pierwszym przypadku, po 1.6, g pulv. fol. sitr. w 6 dniach, tętno doszło do 160 było bardzo niemiarowe i wyraźnie bliźniacze, w drugim, po 4.85 g w 13 dniach, tętno doszło do 180, a ekg. wykazał poza migotaniem przedsionków i objawami prawostronnej przewagi (które już były dawniej) kompleksy komorowe naprzemian w odwrotną stronę zwrócone, czyli wskazujące na pochodzenie skurczów z różnych ognisk. Podobny obraz otrzymał Lewis i Levy na psach zatrutych chloroformem. Częstoskurcz komorowy stwierdzili Robruson i Hermann w przypadkach zatoru tętnic wieńcowych. Ponieważ w tym przypadku nic podobnego nie znaleziono, trzeba wnieść, że naparstnica wywołała podrażnienie trzeciorzędnych ośrodków w samych komorach, co się zgadza z doświadczeniami Robinsona, Boedecka i Cush y'ego ze strofantyną. Zgon nastąpił w obu przypadkach najprawdopodobniej na skutek migotania komór.

Th. Lewis, A. N. Drury, A. M. Wedd i C. C. Iliescu. **Spostrzeżenia nad działaniem pewnych leków przy migotaniu przedsionków.** Przeprowadzono bardzo staranne badania nad wpływem chinidyny, hydrochinidyny, chininy, atropiny i strofantyny u chorych z migotaniem, przyczem zachowano wszelkie ostrożności, by uzyskać jednoznaczny wynik; podczas badań nad chinidyną badano też długość wydzielania jej moczem zapomocą odczynnika Mayera (jodku rtęciowego 13.546 gr, jodku potasowego 498 gr i litr wody; w kwaśnym moczu, zawierającym alkaloid, tworzy się gęsty biały strąt po dodaniu kropli odczynnika). Okazało się przedewszystkiem, że nie zachodzi żadna różnica działania po doustnem podaniu siarkanu, dwusiarkanu i dwuchlorku chinidyny i że hydrochinidyna (zwykle zanieczyszczenie kupnej chinidyny) wywiera nieco silniejsze działanie od ch. czystej. Chinina zaś jest od chinidyny 5—10 razy słabszą (zmniejsza ilość skurczów przedsionka, ale migotania nie usuwa). Co się zaś tyczy działania chinidyny, to w każdym przypadku ilość skurczów przedsionkowych zmalała znacznie, skurczów komorowych wzrosła zaś przez lepsze przewodnictwo 1) bezpośrednio z powodu osłabienia napięcia nerwu błędnego i 2) pośrednio z powodu mniejszej ilości skurczów przedsionkowych i stąd polepszenia przewodnictwa A—V.

Zupełne przywrócenie prawidłowego rytmu następowało w różnym czasie u różnych ludzi, i po różnych dawkach, naogół wpływ na przedsionek jest wprost proporcjonalny do dawki chinidyny. Naparstnica sama w dawkach zwykłych wyraźnie przyśpieszyła skurcze przedsionkowe. Wbrew Frey'owi autorowie podawali też naparstnicę razem z chinidyną, wychodząc ze założenia, że chinidyna zanadto przyśpiesza czynność komór, którą zapomocą naparstnicy można wygodnie uregulować. We wszystkich przypadkach autorów równoczesne podawanie obydwu alkaloidów doprowadziło do przywrócenia prawidłowego rytmu bez żadnych przykrych następstw. Przeciwdziała się wprawdzie nieco działaniu chinidyny na przedsionki, ale zwiększywszy jej dawkę można osiągnąć samo pożyteczne działanie naparstnicy na komory. Naparstnica zmniejsza okres refrakcyjny przedsionkowego mięśnia i zwiększa skłonność do migotania, co już wielokrotnie klinicznie i doświadczalnie stwierdzono. Ciekawe jest, że w doświadczeniach autorów strofantyna prawie nie okazywała działania na przedsionki, jedynie zwolniła wyraźnie tętno komorowe.

Przyczyna różnicy działania niełatwo daje się wyjaśnić. Atropina, porażając wszystkie zakończenia nerwu błędnego, zmniejsza ilość skurczów przedsionkowych, nie doprowadzając jednak do zniknięcia migotania, przyśpiesza zaś ogromnie rytm komór; usuwa ślady działania naparstnicy, czem daje dowód że conajmniej część działania naparstnicy idzie drogą przez nerw błędny. Co się tyczy teorji działania chinidyny, to autorowie przypominają przedewszystkiem swoje dawniej (Heart. VIII. 2, 3. ref. w P. G. L. 32.) ogłoszone przypuszczenie, że migotanie polega na kołowym ruchu fali

podrażnienia (*Circus Movement*) dokoła mięśnia przedsionkowego przy ogromnie obniżonym okresie refrakcyjnym. Czynnik ostatni naparstnica zmniejsza, a atropina i chinidyna zwiększają, co zupełnie tłumaczy działanie kliniczne naparstnicy, bo zmniejszenie o. r. musi ułatwić trwałe przechodzenie fali naokoło przedsionków. Ponieważ nerw błędny działa w kierunku zmniejszenia o. r., chinidyna widocznie go częściowo poraża. Przez powiększenie okresu refraktoryjnego także i pęczka A—V wytwarza czasem chinidyna lekki blok A—V, który wtedy przeciwdziała przyśpieszeniu bicia komór, powstałemu na skutek powyżej opisanych wpływów chinidyny na nerw błędny. Powiększenie się okresu refrakcyjnego mięśnia komorowego po chinidynie powoduje też dodatkowe skurcze, podobne do bliźniaczych po naparstnicy, a które należy sobie wytłumaczyć nawrotem fali do mięśnia o dłuższym okresie refrakcyjnym.

Hipoteza autorów o istocie migotania pozwala tedy wygodnie tłumaczyć wszystkie doświadczalne i kliniczne spostrzeżenia z dziedziny patologji i farmakologji tej niemiarowości.

The British Medical Journal.

Nr. 3192 z 4. III. 1922.

A. L. Mac Ilroy. **Spostrzeżenia nad stanami zatrucia krwi (toxaemia) w czasie ciąży.** Sprawozdanie poglądowe, ujmujące opis opieki społecznej nad ciężarnemi kobietami w Londynie i sposobu rozpoznania, leczenia i pielęgnacji stanów toksemicznych w Royal Free Hospital. Między sposobami leczenia zasługują na uwagę:

1) Ekstrakcje zepsutych zębów, podtrzymujących stany zatrucia, 2) głodówka kilkudniowa, wprowadzona przez Tweedy'ego, 3) lewatywy roztworów soli i glukozy, 4) płukanie żołądka roztworem siarczanu magnezowego, a w przypadkach połączonych z wysokiem parciem, 5) proszki Dowera.

A. V. Hill. **»Moderatory« oddziaływania we krwi.** Przez oddziaływanie krwi rozumie się stężenie jonów wodorowych w osoczu. Większy dopływ kwasu, np. mlekowego, po pracy lub odciągnięcie, np. przez trawienie, powodujące odpływ kwasu do żołądka, nie zmieniają jednak stężenia jonów wodorowych wskutek regulacji przez ośrodek oddechowy, który przeciwdziała większemu zakwaszaniu przez wydalenie CO_2 głębszem oddychaniem, oraz dzięki czynności nerek i obecności pewnych moderatorów we krwi.

Dodanie pewnej ilości kwasu, np. CO_2, do osocza daleko mniej podwyższa stężenie jonów wodorowych, niż dodanie tej samej ilości do odpowiedniego roztworu soli. Przesuwa się wtedy tylko stosunek między fosforanami, chlorkami, dwuwęglanami, które z kwasem węglowym tworzą bardzo słabo zdysocjowane sole kwaśne. Duża tedy ilość kwasu może wejść do krwi, nie zmieniając prawie stężenia jonów H. Po dodaniu do krwi dwuwęglanu wzrasta tylko ciśnienie CO_2 w krwi, a tem samem i w powietrzu pęcherzykowem, gdyż następuje odruchowo zwolnienie oddychania.

Ponieważ duża ilość fosforanów i cała hemoglobina (która także może wiązać kwasy) znajduje się w krwinkach, jest zrozumiałe, że znoszenie kwasów w dużej mierze zależy od ilości czerwonych ciałek. Dobrze »moderująca« krew jest tedy cechą zdrowego człowieka o prawidłowej morfologji krwi, znoszącego bez duszności nawet cięższą pracę fizyczną. Dalsze badania ustalą zapewne związek między stanami chorobowemi a »moderatorami« krwi.

H. Drummond. **Ostateczne wyniki 21 przypadków iliokolostomji z powodu gruźlicy kości i stawów.** Arbuthnot Lane obwinił, jak wiadomo, zastoinę jelitową, jako przyczynę wielu cierpień m. i. gruźlicy kości i stawów, i począł je leczyć wyłączaniem z trawienia całej okrężnicy. Morrison wykonał operację Lane'a w 21 przypadkach i otrzymał 3 przypadki zupełnego wyleczenia, 3 przypadki zgonu pooperacyjnego, 10 przypadków zgonu na gruźlicę, o 5 przypadkach nie zdołano zebrać wiadomości.

W. R. Mackenzie. **Stosunek ciałka żółtego do miesiączkowania i ciąży.** Amerykańscy weterynarze znaleźli, że u krów pozostanie fałszywego ciałka żółtego zapobiegało ruji, która natychmiast następowała po wyciśnięciu ciałka. Jeżeli zaś przypadkowo wycisnęli prawdziwe ciałko żółte, natychmiast nastąpiło poronienie lub śmiertelne skrwawienie. Podobnie stwierdził autor, że przypadkowe wycięcie ciałka żółtego fałszywego podczas operacji pociąga za sobą natychmiastową miesiączkę, nawet jeśli poprzednia odbyła się na kilka dni przed zabiegiem. W dwóch przypadkach zaś nastąpiło poronienie natychmiast po uszkodzeniu prawdziwego ciałka. A. przypuszcza tedy, że urazy w brzuch, pociągające często poronienie, działają na jajniki, zaś wejście w ciążę starszych kobiet, długi czas zamężnych, po masażu miednicy i innych zabiegach, można sobie wytłumaczyć wyciśnięciem fałszywego ciałka, następową miesiączką i owulacją.

J. Acomb. **Śluzak w zatokach czołowych.**

L. Rogers. **Ropień wątroby pełzakowy.** Ropień wątroby stanowi komplikację czerwonki pełzakowej i pewnego typu nieżytu okrężnicy, którego przynależność do zakażenia pełzakowego udało się stwierdzić autorowi. Jako ostrzegawczy znak można pojąć leukocytozę, która niechybnie zapowiada ropienie. Jeżeli się wtedy zacznie energiczne leczenie ipekakuaną wzgl. emetyną, która stanowi najbardziej swoisty lek farmakopei, można z dużem prawdopodobieństwem zapobiedz ropniowi, ale i w przypadkach rozwiniętego ropnia posiada swoiste leczenie ogromne znaczenie, przyśpieszając wyzdrowienie i zmniejszając ogromnie śmiertelność.

Nr. 3197 z 8. IV. 1922.

Sir James Mackensie. **Istota i znaczenie objawów sercowych. II. Proces odruchowy a skurcz serca.** Analiza wszystkich objawów życia prawidłowego i chorobowego wykazuje, że wszelkie procesy odbywają się drogą odruchu. Przez odruch należy rozumieć przejście bodźca z jednej tkanki do drugiej, uwieńczone odpowiedzią widoczną dla naszych oczu. W stanie zdrowia na tkanki zewnętrznych osłon działają zawsze czynniki, powodujące powstanie bodźca, przechodzącego po danym układzie przewodzącym do innego narządu, odpowiadającego ściśle określoną czynnością. »Choroba« może wpływać na różne części tego łuku odruchowego. Rozważanie czynności serca w różnych fazach doprowadza do wniosku, że wszystkie przejawy chorobowe polegają na zaburzeniach w różnych odcinkach sercowego łuku odruchowego. Fizjologicznie należy w sercu rozróżnić: 1) Układ przewodzący, i 2) kurczliwy. W pierwszym rozróżniamy a) część zewnętrzną (*extrinsic*), nerwy błędny i współczulny, przewodzące z zewnątrz (za pośrednictwem krwi i wielu innych znanych czynników) bodźce na b) układ wewnętrzny (*intrinsic*) — węzeł zatokowy, przedsionkowo-komorowy i pęczek Hissa. Trzeba zauważyć, że na b) nie składa się tkanka nerwowa, tylko «komórki Purkinjego«, że więc podrażnienie nie przechodzi po jednem włóknie, tylko z komórki na komórkę. Układ kurczliwy składa się z samego mięśnia przedsionka i komory i tylko osłabienie tego układu decyduje o osłabieniu czynności serca, wynika więc z tego wniosek, że wszelkie zaburzenia rytmu, przewodnictwa czyli układu 1) mogą spowodować osłabienie czynności serca, które dla nas ma największe kliniczne znaczenie tylko przy równoczesnej ujemnej zmianie w układzie 2).

Na układ pierwszy działają różne toksyny chorobowe, leki, wpływy nerwowe itd. Wiemy, że na pobudliwość węzła zatokowego działa naparstnica ujemnie, alkohol dodatnio. Stale zaś wywiera nań wpływ wstrzymujący nerw błędny, współczulny podrażniający. To też przy zmianie rytmu na szybszy w pewnej chorobie, musimy dokładnie rozważyć, czy nastąpiło tu osłabienie czynności pierwszego, czy wzmocnienie czynności drugiego nerwu. Naogół szczegóły wszystkie nie są jeszcze zbadane, w każdym razie już wiemy, że tachykardia po atropinie, usuwającej wpływ nerwu błędnego, jest inna niż przyśpieszanie rytmu po podwyższeniu ciepłoty ciała, pracy lub spożyciu alkoholu. Wiemy też, że zupełnie gdzieindziej jest punkt zaczepny toksyn różnych chorób, inny przy zapaleniu płuc, inny przy durze, a inny jeszcze przy gorączce gośćcowej. Sprawa jest bardziej skomplikowana, niż się dotychczas wydawało. Np. pewne toksyny chorobowe działają na łuk odruchowy w ten sposób, że później podana atropina zwalnia rytm, a w niektórych chorobach naparstnica sprawia częstoskurcz. R. M. Wilson ostatnio odkrył t. zw. »wtórny odczyn na bodziec«: w układzie zrównoważonym,

na który działają dwa przeciwne nerwy, podrażnienie jednego pociąga za sobą osłabienie czynności drugiego. Po ustaniu bodźca, gwałtownie wzrasta czynność powrotnie osłabionego nerwu. I tak po chwilowem zwolnieniu rytmu przez drażnienie nerwu błędnego następuje znaczna tachykardia z powodu wtórnego odczynu n. współczulnego (podrażnienia odruchowego nerwu współczulnego przez nerw błędny).

Nieprawidłowe rytmy należy też różniczkować według umiejscowienia bodźca w łuku. Inny jest bodziec, sprowadzający niemiarowość a powstający w układzie przewodzącym (skurcz dodatkowy pęczkowy, niemiarowość oddechowa), a inny jest bodziec mięśnia (migotanie przedsionków, rytm idiowentrykularny, powstający podczas całkowitego bloku itd.) Zanim się tedy zaleci pewne lekarstwo, o którego działaniu na łuk wiemy już z eksperymentu na zdrowem sercu, trzeba się upewnić, czy choroba nie wywarła wpływu odwracającego działanie leku. (Szczegółowemi badaniami tego rodzaju zajmuje się instytut założony przez autora »Institute for Clinical Research. St. Andrews. Przyp. ref.)

Anthony Feiling. **Tłumaczenie objawów w chorobach ośrodków nerwowych.** Wykład kliniczny o napięciu mięśniowem przy zaburzeniach piramidalnych i pozapiramidalnych na podstawie najnowszych badań.

Ziemilski (Lwów).

Choroby oczu.

American Journal of Ophthalmology.
T. V. Styczeń 1922.

T. M. Li. **Otwór w okolicy plamki w obu oczach w następstwie równoczesnego urazu.** Podczas gry w piłkę nożną doznał 22-letni Chińczyk tak silnego urazu piłką w nasadę nosa, że stracił przytomność. Po odzyskaniu przytomności widział wszystko zamglone i czerwonawo, a po kilku dniach zielonawo. Badanie wziernikiem stwierdziło w miejscu plamki otwór, otoczony dokoła przestrzenią czerwoną i licznemi drobnemi żółtemi ogniskami. Przypadek jedyny w piśmiennictwie, gdyż zwykle otwór w plamce powstaje tylko na jednem oku. Obustronne powstanie zmian identycznych czyni autor zależnem od właściwości rany. Chińczycy mają szeroką, niską nasadę nosa i niskie łuki brwiowe tak, że uraz mógł zadziałać na obie strony jednako.

J. Fejer. **Leczenie guzów przysadki.** U dwóch chorych, w latach 43 i 49, ze stwierdzonem rozpoznaniem guzów przysadki, osiągnął autor znaczne polepszenie stanu chorobowego przez naświetlanie promieniami Roentgena. Charakterystyczne skroniowe widzenie połowicze ustąpiło wraz z poprawą ogólnego stanu.

F. Ph. Calhonn. **Klasyfikacja schorzeń rogówki.** Autor proponuje ustalenie terminologji dla poszczególnych schorzeń rogówki, podaje istniejące synonima dla różnych spraw chorobowych i stara się je uporządkować.

H. R. Stilwill. **Rozpadowa gruźlica w oku dziecka.** U czteroletniego dziecka zapalenie przewlekłe przedniego odcinka gałki ocznej. Próbne wycięcie potwierdziło rozpoznanie gruźlicy.

A. C. Magruder. **Niedomoga u gruźliczych.** Autor zwraca uwagę, że usunięcie niedomogi ocznej u chorego z gruźlicą często może się przyczynić do poprawy ogólnego stanu umożliwiając choremu zajęcie się jakąś pracą, odrywającą go od rozmyślań nad swym stanem chorobowym. W największej liczbie przypadków była przyczyną niedomogi niezborność niedomiarowa. W porządku zależnym od częstości pojawiania się wymienić należy: zaburzenia w równowadze mięśni ocznych, bóle głowy, wzrok zamglony przy pracy z bliska, bóle oczu, zapalenie, pieczenie i kłucie, łzawienie, światłowstręt, uczucie znużenia, zwykła nadwzroczność, zawroty, kurcze powiek, zwykła krótkowzroczność i jęczmyki.

M. L. Foster. **Objawy oczne w nagminnem zapaleniu mózgu.**

Levy: **Mięsak czerniaczkowy naczyniówki.**

Cowper. **Łojotok gruczołów Meiboma.**

Patterson. **Niektóre objawy spostrzegane na dnie oka u chorych gruźliczych.** Zmiany dotyczyły naczyń siatkówkowych, które były wypełnione i pokręcone. Serce nie wykazywało żadnych zmian.

Smith. **Krążkowate zapalenie rogówki w następstwie ospy.**

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.
T. 66. Czerwiec 1921.

Behr. **O kurczowem oddziaływaniu skojarzonem ze zbieżnością źrenic rzekomo nieruchomych na światło.** *(Pupillotonia).*

Rados i Candian. **Tętnicze połączenie różnych siatkówkowych układów naczyniowych w przebiegu zatoru pnia głównego.**

Mohr i Böhm. **Obustronne zamknięcie tętnicy środkowej siatkówki w następstwie zatoru przy brodawkowatem zapaleniu wsierdzia z obrazem sekcyjnym i mikroskopowem badaniem gałek.**

Kraupa i Hahn. **Kurczowe niedokrwienie wewnętrznych naczyń oka, jako objaw częściowy schorzenia naczyń na tle dziedzicznej kiły.**

Vogt. **Odbicie światła na przedniej powierzchni siatkówki w świetle bezczerwiennem. Powierzchowne siatkówkowe tworzenie się fałdów.**

Trendelenburg. **Przyrząd do mierzenia oddalenia obu oczu.**

Lundsgaard. **Ogólna kąpiel świetlna w oftalmologji.** Praca z instytutu Finsena w Kopenhadze. Leczenie światłem, stosowane w przypadkach zapalenia pryszczykowego spojówki i rogówki, zapaleniach twardówki, dróg łzowych, i w zapaleniach rogówki i tęczówki, najprawdopodobniej na tle gruźliczem. W przeważnej liczbie przypadków leczenie z wynikiem wątpliwym lub żadnym.

Türk. **Sprawozdanie ze 100 operacyj zaćmy starczej, wykonanych nożykiem grotowym.** Wychodząc z założenia, że rany zadane nożykiem grotowym znacznie szybciej się goją, niż rany zadane nożykiem Graefego, wykonywali niektórzy okuliści w ostatnich czasach wydobycia zaćmy przy użyciu cięcia nożykiem grotowym i powiększeniem cięcia zapomocą nożyczek, jak to poraz pierwszy czynił David, podając w połowie 18. stulecia swój sposób wydobycia zaćmy. Dla ochrony przed zakażeniem zastosował T. płat spojówkowy, otrzymany metodą Kuhnta i tylko w ten sposób wykonana operacja może współzawodniczyć z operacją zaćmy, wykonanej przy pomocy wąskiego nożyka Graefego.

Schwarzkopf. **W sprawie leczenia jontoforezą wrzodów rogówkowych.** 27 przypadków wrzodów pełzających rogówki, leczonych jontoforezą. Wyleczenie w 14 przypadkach, w 3 przypadkach przemijające polepszenie. Ilość posiedzeń między 1 do 6. W przypadkach wrzodów o zakażeniu pneumokokowem było działanie jontoforezy wybitniejsze niż przy wrzodach o innej etjologji.

Blatt. **O nakłuciach ciała szklistego wraz z przyczynkiem o uodparniającem i przeciwbakteryjnem zachowaniu się tegoż.** Cztery przypadki zaćmień w ciele szklistem w następstwie zapalenia naczyniówki i siatkówki. Kilkakrotnie powtórzone nakłucia ciała szklistego w przerwach dwutygodniowych. W 2 przypadkach poprawa, w 1 pogorszenie z powodu krwotoków przy zapaleniu kiłowem naczyniówki, w 1 przypadku urazowej wybroczyny śródocznej musiano po trzech nakłuciach przystąpić do wyłuszczenia gałki.

Co do pytania, jakie ilości ciała szklistego można przy nakłuciu wydobyć bez szkody dla oka, na to dają autorowi odpowiedź wyniki doświadczeń na zwierzętach i spostrzeżenia kliniczne: przy wydobyciu 0,6 ccm ciała szklistego u królika można już powtórne nakłucie wykonać po 8 dniach. U człowieka można bez szkody wydobyć 0,6 do 0,8 ccm w przerwach tygodniowych a nawet 1 ccm w przerwach miesięcznych. Wydobycie większych ilości, niż 1 ccm, działa już na oko zgubnie. Po nakłuciu należy na kilka godzin założyć opaskę po poprzedniem zapuszczeniu atropiny.

Odczyn Wassermanna, badany w wydobytem przez nakłucie ciele szklistem, był zawsze ujemny, mimo że przypadki te kiłowego zapalenia naczyniówki i siatkówki wykazywały zawsze dodatni wynik badania krwi.

Kubik. **W sprawie leczenia tarczy zastoinowej wycięciem pochewek nerwu wzrokowego.** Autor zestawia następujące wskazania dla leczenia tarczy zastoinowej: 1. Wszystkie umiejscowić się dające i dostępne guzy mózgu należy poddać operacji doszczętnej. 2. We wszystkich przypadkach gu-

zów mózgu, nie dających się umiejscowić, należy wykonać nakłucie Bramana. Uśmierzająca trepanacja dała wyniki niekorzystne. 3. Wycięcie torebek nerwu wzrokowego sposobem Müllera jest zabiegiem zupełnie bezpiecznym, które wykonać należy w tych przypadkach, gdzie chory wzbrania się poddać operacji mózgowej i w przypadkach, w których badanie neurologiczne nie przemawia za guzem mózgu. Przedtem należałoby jednakże wykonać nakłucie lędźwiowe. 4. Skoro po uśmierzającej operacji tarcza zastoinowa nie ustępuje albo siła wzroku coraz bardziej podupada, należy szybko wykonać wycięcie pochewek nerwu wzrokowego.

Müller. **O śródczaszkowym tętniaku tętnicy szyjnej.**

T. 66. Marzec-Kwiecień 1921.

Vogt. **Badania wziernikowe plamki żółtej w świetle bezczerwiennem.** Na wstępie kilka uwag, dotyczących techniki wziernikowania. Dla oczu miarowych i krótkowzrocznych ma być wiązka promieni światła użytego do badania równoległa lub lekko rozbieżna, dla oczu z silniejszą nadwzrocznością lekko zbieżna. Badanie tylko w obrazie prostym. Mała łukowa lampa elektryczna o sile 1500 świec. Prąd stały. Prąd zmienny nie nadaje się, gdyż ta sama lampa daje zaledwie $^1/_8$ siły światła przy prądzie zmiennym. Badanie w świetle bezczerwiennem stwierdza:

a) żółte zabarwienie plamki,

b) prawidłowe i patologiczne właściwości plamki żółtej.

Badania w świetle bezczerwiennem, dokonane na tysiącach prawidłowych oczu wykazały, że plamka żółta stanowi tylko część dołka środkowego (fovea), który jest pojęciem szerszem i odpowiada całej pogłębionej części siatkówki. 1. Powstanie refleksu świetlnego w samym środku plamki żółtej czyni V. zależnem od wklęsłego odbicia się światła od wewnętrznej błony granicznej siatkówki. Refleks ten porusza się w kierunku przeciwnym przy ruchach bocznych lusterka i badającego. Obok wspomnianego odblasku świetlnego spostrzegał V. także refleks dokoładołeczkowy, poruszający się zgodnie z ruchami badającego (wypukłe odbicie się światła). 2. Zabarwienie żółte plamki ma z tego względu wielkie znaczenie dla wziernikującego, że pozwala odnaleść w świetle bezczerwiennem plamkę nawet w tych przypadkach, w których przy zwykłych sposobach badania odnaleść jej nie można. Ma to miejsce przy rozsianych zapaleniach naczyniówki i siatkówki, przy oderwaniu siatkówki i guzach wypychających część środkową siatkówki. Barwa żółta plamki występuje nawet w tych przypadkach, w których oderwana jest siatkówka a wszelka łączność z przybłonkiem barwikowym jest usunięta.

c) Plamka, jak plaster pszczelny, i otwór w plamce stanowią zmiany chorobowe, które często przy zwykłem badaniu trudno od siebie odróżnić. W tych przypadkach badanie w świetle bezczerwiennem może ustalić rozpoznanie.

d) Znaczne osłabienie lub brak żółtego zabarwienia plamki świadczy o tem, że dane oko jest chorobowo zmienione.

Behr. **Wielkość źrenicy przy typowych zaburzeniach źrenicznych.** Autor badał zachowanie się źrenic w 260 przypadkach chorobowych zaburzeń tychże.

Przypadki zwrotnej nieruchomości źrenic dotyczyły 120 oczu. Określając źrenicę jako wąską o wymiarze do 3 mm, jako szeroką ponad 3 mm stwierdził B., że przy zupełnej i niezupełnej zwrotnej nieruchomości źrenic spotyka się wąskie źrenice w 75·4%, szerokie tylko w 24·5%. Im bardziej wybitne jest zaburzenie źrenicy, tem węższa jest źrenica. Uwzględniając wiek chorych zauważyć można, że zwrotna nieruchomość źrenic po 30 roku życia szybko wzrasta, osiągając najwyższe nasilenie między 40 a 50 rokiem.

Druga grupa bezwzględnej nieruchomości źrenic dotyczyła również 120 przypadków. Źrenice zachowują się tu wprost przeciwnie: wąskie w 9.1%, a szerokie w 90·9%. Bezwzględną nieruchomość źrenic spotyka się o dziesięciolecie wcześniej, niż zwrotną, a liczba przypadków do 30 roku życia jest znacznie większa, niż w grupie poprzedniej.

Do trzeciej grupy należało 20 przypadków porażenia mięśni ocznych wewnętrznych. W 10% przypadków źrenice były wąskie, w 90% szerokie. Tu największa liczba przypadków występuje w jeszcze wcześniejszem dziesięcioleciu, niż w grupie poprzedniej. Im bardziej nasilone jest zaburzenie wewnętrznych mięśni ocznych, tem większe jest rozszerzenie źrenicy.

Koeppe. **O obustronnej zaćmie dotychczas jeszcze niespostrzeganej przy pomocy lampy szczelinowej Gullstranda i kilka uwag o histologicznem rozpoznaniu różniczkowem za życia między wrodzonemi a nabytemi zaćmieniami soczewki.**

Koeppe. **O spostrzeżeniach przy pomocy lampy szczelinowej nad zaćmą elektryczną.**

Baurmann. **O odruchowo wywołanych ruchach mięśni ocznych u kijanek.** Doświadczenia wykonywał autor na kijankach żaby jadalnej rozmaitej wielkości (od 8 mm począwszy aż do takich, u których rozwinięte już były przednie odnóża) i doszedł do następujących wniosków:

1. W odruchowo wywołanych ruchach przeciwnych oczu u kijanek odróżnić można dwa typy: a) takie, które występują po ruchach okrężnych na tarczy obracającej się poziomo i b) takie, które zostają wywołane zmianą położenia w stosunku do działania siły ciężkości. 2. Zniszczenie jednego błędnika powoduje *deviatio bilateralis verticalis* po stronie operacyjnej, które ustępuje samoistnie po 14 dniach. 3. Zniszczenie jednego błędnika nie powoduje zniknięcia ruchów przeciwnych, lecz tylko zmniejszenie rozległości wahań. 4. Zniszczenie obu błędników powoduje zupełne zniesienie ruchów. 5. Wyniki badań autora nad kijankami zgadzają się z wynikami badań Kubo nad rybami. 6. Dla powstawania ruchów przeciwnych przyjąć należy, że dla każdego ruchu, jak skręcenie ku przodowi, tyłowi itd., za każdym razem na każdem oku kurczą się dwa mięśnie. 7. Drgania gałek ocznych u kijanek autor nie spostrzegał, tylko ruch przeciwny, który jest jednoznaczny z powolnym okresem oczopląsu u innych zwierząt. Spostrzeżenia autora przemawiają za tem, że przyczyny dla tego odmiennego zachowania się nie należy szukać w budowie i czynności narządu słuchowego lecz raczej w odmiennej budowie i czynności mózgu.

Hamburger: **Przyczynek krytyczny i doświadczalny do zagadnienia o odżywianiu oka.** Po kilku krytycznych uwagach w sprawie opisanego poprzednio przez Aschera przypadku zranienia gałki ocznej, dochodzi H. do wniosku, że w tym przypadku krew ze zranionego ciała rzęskowego wylała się do tylnej komórki i tam pozostała przez dni 16 aż do zupełnego wessania, nieprzechodząc zupełnie do komórki przedniej.

Autor przypuszcza, że samo przyleganie tęczówki do soczewki mogło uniemożliwić przedostanie się krwi do przedniej komórki. Objaśnienie dla tych warunków daje H. na następującem doświadczeniu: na naczyńko szklanne (2 cm wysokie, 5 cm średnicy) naciąga się bardzo delikatną gumkę, w środku której przez wycięcie robi się otwór o średnicy 2,5 cm. Naczyńko zapełnia się wodą (bez baniek powietrza), otwór w gumce przykrywa się soczewką wypukłą (bez oprawy) o sile 10 lub 20 dioptrji. Naczyńko napełnione wodą odpowiada przedniej komórce, błonka gumowa — tęczówce, soczewka szklanna — soczewce w oku, a wąska szczelina między soczewką a błoną gumową — tylnej komórce. Mimo wkraplania niebieskiego barwika (*Trypanblau*) do sztucznej tylnej komórki, ciecz w naczyńku pozostaje niezabarwioną. Dla uniknięcia zarzutu, że w oku ludzkiem tęczówka i soczewka są zawieszone pionowo, modyfikuje H. to doświadczenie, by zadość uczynić tym warunkom Wyniki doświadczeń identyczne z poprzedniemi. W końcu omawia H. znaczenie ciała rzęskowego dla odnowy cieczy wodnej, przypisując temu ostatniemu tylko małe znaczenie. Głównem zadaniem ciała rzęskowego nie ma być wydzielanie, ale tylko powstrzymywanie i chronienie tęczówki i rogówki od ucisku akomodacyjnego soczewki.

Bornemann: **O wpływie maści nowiformowej na zawartość drobnoustrojów w worku spojówkowym.** Z powodu różnych trudności musiano podczas wojny zaniechać badań bakterjologicznych, w szczególności zakładania hodowli drobnoustrojów, które praktykowano przedtem dla przekonania się

o jakości spojówki przed operacją. Dla oczyszczenia worka spojówkowego używano na klinice w Lipsku stale maść nowiformową 10% (nowiform rozpuszczony w kilku kroplach oliwy wyjałowionej i wazelina czysta). Oprócz badań klinicznych wykonał także B. próby nad działaniem nowiformowej maści na hodowle gronkowców w agarze glycerynowym. Na podstawie tych doświadczeń dochodzi B. do wniosku, że jedno lub dwurazowe zastosowanie maści nowiformowej czyni worek spojówkowy klinicznie jałowym, tak że z czystem sumieniem przystąpić można do wykonania operacji śródgałkowych.

Meesmann. **Kliniczne spostrzeżenia zmian na dnie oka w świetle ogniskowej lampy szczelinowej.**

Haab. 3. **Punkty Gunna lub Cricka.** Są to drobne białawe punkciki symetrycznie ułożone w pewnych odstępach dokoła tarczy nerwu wzrokowego spostrzegane po raz pierwszy przez Gunna u członków rodziny Crick. Pochodzenie ich niewyjaśnione. Dimmer uważa je za refleksy świetlne siatkówki pochodzące od włókien zrębowych Müllera. Vogt spostrzegał je także w świetle bezczerwiennem.

4. **O jaglicy w Szwajcarji.** Według zdania Haaba jest Szwajcarja tak dalece odporną przeciw jaglicy, że zarządzenia ochronne na granicy przeciw obcokrajowcom ze wschodu okazały się zbytecznemi.

Hommel i Hirschberg. **Historyczna wzmianka o rozwórce powiekowej u starogreckich lekarzy.** Papias, biskup z Hieropolis, uczeń apostołów, żyjący w 2 w. po Ch., w jednem ze swych dzieł kościelnych przytacza zajmującą wzmiankę o chorobie Judasza Ischariotha, u którego przy obrzęku całego ciała także powieki tak silnie były obrzękłe, że oczu nie można było oglądać nawet przy użyciu instrumentu zwanego dioptra.

Krämer. **Episcleritis metastatica furunculiformis.** Na podstawie dokładnie przez autora spostrzeganego przypadku i skąpych danych, zebranych z piśmiennictwa, kreśli K. obraz kliniczny tego cierpienia. Przerzutowe zapalenie tkanki natwardówkowej występuje zwykle u osobników z długotrwającą czyraczonością ogólną. Bodźcem chorobotwórczym jest ropotwórczy gronkowiec złocisty.

Wśród gwałtownych objawów podrażnienia powstaje w bliskości rąbka w tkance natwardówkowej guz, dochodzący do wielkości orzecha laskowego. Po operacyjnem lub samoistnem otwarciu guza wydobywa się mało ropy, dopiero po dłuższem trwaniu przychodzi do oddzielenia się części zmartwiałych w postaci czopa, jak przy czyraku. Sprawa chorobowa kończy się zabliźnieniem. Jako powikłanie może wystąpić zapalenie tęczówki o rozmaitem nasileniu. Autor przypuszcza, że ropnień natwardówkowy powstaje jako przerzut drogą krwionośną.

Behmann. **Dwa przypadki wstążkowego zaćmienia rogówki w oczach widzących u chorych młodocianych.**

Böhm. **84 przypadków dakrjocystorhinostomji według Totiego.**

Hensen. **Operacja zaćmy nożykiem grotowym.** Autor zaleca do wykonania zaćmy starczej cięcie nożykiem grotowym, wypróbowane na 52 przypadkach. Posługuje się bardzo szerokim nożykiem grotowym Besta rozszerzając przy wyjmowaniu nożyka cięcie na boki. Cięcie nie jest za małe — tą metodą dały się wydobyć soczewki nawet u chorych ponad lat 60. Zalety tego cięcia stanowią:

1. Znacznie łatwiejsza technika operacyjna.
2. Lepsze przyleganie brzegów rany, szybszy zrost, jako najlepsze zapobieganie zakażeniom pooperacyjnym, wypadnięciu ciała szklistego i tęczówki.
3) Możliwość wczesnego wykonania rozcięcia zaćmy.

Handmann. **O miejcowem podspojówkowem znieczulaniu przy 238 operacjach, połączonych z otwarciem gałki.** Przy operacjach zaćmy i irydektomjach posługuje się H., poza znieczuleniem przez wkraplanie kokainy, wstrzykiwaniami podspojówkowemi 2% roczynu nowokainy z adrenaliną w dawkach 0,2—0,3 ccm. Wstrzykuje w dolną część spojówki gałkowej w miejscu, gdzie się chwyta szczypczykami ustalającemi. Uważać należy, by płyn znieczulający nie podszedł do miejsca przeznaczonego do wykonania cięcia. Znieczulenie jest zupełne — chory podczas wykonywania zabiegu nie kurczy i nie ściska okiem.

Cords. **W sprawie leczenia nieżytu wiosennego.** W przypadku uporczywego nieżytu wiosennego osiągnął C. natychmiastowe dobre wyniki lecznicze przez jednorazowe wstrzyknięcie śródżylne afenilu (w handlu znajduje się afenil jako roztwór 10% w ampułkach po 10 ccm — preparat ten zawiera 11,42% wapnia i 62,28% mocznika).

Nedden. **Narzędzia do wyssania ciała szklistego.** Igły do strzykawki powinny być bardzo ostro zakończone, o świetle 0·4 do 0·9 mm. Do przytrzymania gałki przy wyjęciu igły służy osobna do tego celu dostosowana szpatułka. Narzędzia można dostać u Windlera w Berlinie.

Merz-Weigandt. **Przyczynek do urazowego zaniku nerwu wzrokowego.** U 9. letniego chłopca wystąpiły po urazie płaską dłonią w potylicę objawy mózgowe powikłane na drugi dzień znacznem pogorszeniem siły wzroku. Po 3 tygodniach można było stwierdzić wybitny zanik nerwu wzrokowego na obu oczach. Przypuszczalnie przyszło po urazie do złamania postawy czaszki i następowego krwotoku.

Kümmell. **Niezwykłe uszkodzenie rogówki przez promienie Roentgena.** Podczas naświetlania raka powieki dolnej zauważył K. zmniejszenie wrażliwości rogówki, czasami tak znaczne, że można było dołek zrobić w rogówce bez żadnego obronnego odczynu ze strony badanego. Z tem w związku pozostaje skłonność do powstawania powierzchownych owrzodzeń rogówki. W przypadkach przez K. spostrzeganych wystąpiło zmniejszenie wrażliwości rogówki przy końcu naświetlań (5—6 w odstępach sześciotygodniowych).

Pick. **Oślepnienie nowonarodzonego dziecka w następstwie fałszywego wkraplania.** U nowonarodzonego dziecka wkropliła akuszerka do obu oczu rzekomo kilka kropli 1% roztworu azotanu srebra. Nastąpił gwałtowny ból, dziecko 2 godziny krzyczało, trzymając powieki kurczowo zamknięte. Po odchyleniu powiek rozwórką wystawały ze szpary powiekowej wielkie pęcherzowate woreczki przedstawiające nadmiernie powiększone i ścieńczałe rogówki. Po kilkunastu dniach nastąpiło przebicie rogówki, wypadnięcie tęczówek, a w następstwie płaskie zabliźnienie. Operacja irydektomji bez wpływu na poprawę siły wzroku. Przyczyna powstania tych zmian jest niewyjaśniona — flaszeczka miała wprawdzie napis, że zawiera 10% azotan srebrowy, lecz bliższemu badaniu zawartości jej nie można było poddać, gdyż płyn z flaszeczki wylano. Doświadczenia przeprowadzone przez autora na rogówkach zwierzęcych wykazały zupełnie odmienny sposób działania azotanu srebra, bardziej zbliżonym był sposób działania 10% ługu sodowego lub płynnego kwasu karbolowego, chociaż zmian poprzednio opisanych nie osiągnięto w doświadczeniach.

Cramer. **Zakrzep tętnicy środkowej siatkówki z obrzękiem tarczy nerwu wzrokowego w następstwie grypy.**

Schreiber. **O tworzeniu się fałdu w spojówce gałkowej i stosunku tej zmiany chorobowej do ścieńczenia powiek.** U dwóch kobiet, 48 i 50 letniej, spostrzegał S. istnienie fałdu spojówkowego poziomego, który poniżej dolnego rąbka zwieszał się na dolny brzeg powieki. Równocześnie istniejące ścieńczenie powiek wskazuje na pewien związek obu spraw chorobowych.

Hagen. **Dalsze badania nad odtwarzaniem się cieczy wodnej w oku ludzkiem.** Badania przeprowadzone na oczach, które z powodu bolesnej jaskry dokonanej lub rany drążącej przeznaczone były do wyłuszczenia. Wyniki badań upoważniają autora do wysnucia wniosku, że odtwarzanie się cieczy wodnej odbywa się z tęczówki i że prawdopodobnie tęczówkę należy uważać za główny narząd wydzielniczy. Ciało rzęskowe nie bierze w tym procesie takiego udziału, jaki mu dotychczas na podstawie badań na zwierzętach przypisywano. Odradzanie się cieczy wodnej w oku ludzkiem i zwierzęcem wykazuje tak zasadnicze różnice, że nie można wyników badań otrzymanych na oku zwierzęcem zastosować do oka ludzkiego.

Freytag. **O niebieskiej twardówce i łamliwości kości.** Autor omawia dwa przypadki ścieńczałej twardówki (wobec czego prześwieca ciemno zabarwiona jagodówka), powikłane

zmianami w kościach długich. Cierpienie to jest dziedziczne. Z 18 członków tej rodziny w 5 pokoleniach wykazuje 11 niebieską twardówkę i łamliwość kości, a 9 tępość słuchu.

Streuli. **Technika oświetlenia lampy szczelinowej.** Notatka o prostym i praktycznym modelu łukowej lampy szczelinowej i urządzeniu do wziernikowania w świetle bezczerwiennem. *W. Reis* (Lwów).

Stomatologja.

Zeitschrift für Stomatologie.
XX. 1922. Nr. 1.

Hille. **O torbielach i innych jamach w szczęce górnej.** Przyczynek kazuistyczny, zdający sprawę z kilku przypadków torbieli zawiązkowych i zapalenia szpiku szczęki górnej, których rozpoznanie, zarówno kliniczne jak i radjograficzne, było trudne a zostało ostatecznie ustalone przy operacji. Pod względem leczniczym poleca się w podobnych przypadkach energiczne postępowanie operacyjne, polegające na szerokiem otwarciu jam zropiałych i usunięciu winnych zębów. Pod względem zapobiegawczym wskazane jest staranne leczenie korzeni według zasad naukowych, gdyż doświadczenie uczy, że sprawy zapalne kości szczękowych w przeważnej ilości przypadków zawdzięczają swe powstanie zębom nienależycie zaopatrzonym.

Kranz. **O znaczeniu stężenia jonów wodorowych i zawartości amoniaku w ślinie.** Prócz stężenia jonów wodorowych badał autor zawartość amoniaku wolnego i związanego i rodanu celem stwierdzenia związku między zawartością tych składników a skłonnością do osadzania się kamienia zębowego. Stężenie jonów wodorowych badano metodą łańcuchów gazowych i metodą indykatorów, przyczem spostrzeżono związek między wzrostem wskaźnika wodorowego a osadem kamienia tego rodzaju, że przy ślinie kwaśnej osadu kamienia niema lub jest nieznaczny, a przy silnie zasadowej osad jest znaczny. Dla wolnego amoniaku znaleziono jako wartość przeciętną 0.0051, dla związanego 0.0058; przy osadzie kamienia wartości dla wolnego amoniaku były o 45% większe, dla związanego o 65% od wartości znajdowanych w przypadkach bez osadu kamienia. Jako wskazanie lecznicze polecałoby się płukanie ust środkami zobojętniającemi amoniak np. kwasem cytrynowym. Badania na rodanek potasu wykonywane były kolorymetrem Authenrieth'a, przyczem okazało się, że u palaczy zawartość rodanku jest znacznie wzmożona, że o zmniejszeniu zawartości rodanu w ciąży mowy niema, że niema związku między skłonnością do osadu kamienia a zawartością rodanu, jak również, że niema związku ta zawartość z częstością próchnicy.

Hofer. **Dwa przypadki torbieli szczęki górnej.** Opis dwóch przypadków zropiałych wielkich torbieli, operowanych na oddziele szczękowym Pichlera, z których pierwsza odznaczała się pewnemi trudnościami rozpoznawczemi, a druga dała przy operacji nadzwyczaj ciężki, kilkakrotnie się powtarzający krwotok z nadmiernie silnie rozwiniętej gałęzi zębodołowej tętnicy szczękowej wewnętrznej, wymagający podwiązania tętnicy głowowej zewnętrznej, powyżej odejścia tętnicy językowej.

Kneucker. **Znieczulenie wysokoprocentowemi rozczynami nowokainy przy wyjęciach zębów.** Ponowne polecenie nowokainy 4%-ej.

Rosenthal. **Kliniczne badania uzębienia u dzieci gruźliczych.** Autor badał dzieci austrjackie i niemieckie umieszczone w roku 1920 w Dawos i wyniki badań swoich ujmuje w sposób następujący: 1) niema w uzębieniu piętn charakterystycznych dla gruźlicy, 2) gruźlica nie upośledza ząbkowania w jego przebiegu czasowym; nieprawidłowości ustawienia zębów są częstsze, 3) niedokształcenia szkliwa są częstsze, niż w warunkach prawidłowych (17.8% przeciw 4—13%), odsetek próchnicy nie jest większy, 5) tak zwana »próchnica okrężna« (*caries circularis*), uważana przez Neumanna za następstwo gruźlicy, a przez Feilera, krzywicy, nie zachodzi w czasie drugiego ząbkowania, 6) podany przez Möllera rąbek czerwony lub siny na brzegu dziąsła niema dla gruźlicy znaczenia ani rozpoznawczego ani rokowawczego.

La Revue de Stomatologie.
XXIV. Nr 2. (1922).

Cruet. **Magitot i jego dzieło.** (1834—1897). Życiorys Magittota, podkreślający jego zasługi około rozwoju dentystyki francuskiej, zwłaszcza w kierunku ścisłego jej zespolenia z resztą medycyny w duchu „jedności patologji ludzkiej" (Galippe). Do najważniejszych prac M.-a należą: Badania nad rozwojem i budową zębów ludzkich (1857), Rozprawa o nieprawidłowościach zębów (1874), Anatomja porównawcza zębów człowieka i małp człekokształtnych (1869), Badania nad powstaniem uzębienia u ssaków (1881), Prawa zębowania u kręgowców (1883), Chronologja uzębienia ssaków (1873), Morfologja zawiązka zębowego u człowieka i ssaków (1879), O zmianach anatomicznych szkliwa i zębiny (1866), Badania etnologiczne i statystyczne zmian uzębienia (1866—7), O próchnicy zębów (1867), o nadżerkach szkliwa. O guzach ozębnej (1860), O torbielach szczękowych (1873), O powikłaniach zębowania (1881), O reimplantacji zębów (1865), O działaniu leczniczem kwasu chromowego w schorzeniach jamy ustnej (1869), O profilaktyce martwicy fosforowej (1895), wreszcie O higjenie zębów u dzieci szkolnych. Poza tem ogłosił szereg publikacyj w sprawie studjów dentystycznych, w których okazał się nieprzejednanym zwolennikiem doktoratu medycyny dla dentystów.

Allerhand (Lwów).

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Nowiny lekarskie Nr. 6. A. Karwowski. Przyczynek do sprawy zakaźności szyszkowin (*condylomata acuminata*). — K. Mayer. O sztucznem odżywianiu za pomocą fizjologicznie przetrawionych pokarmów. — Schilling-Siengalewicz. O powstawaniu uszkodzeń wątroby u płodów i noworodków. — K. Bross. Przyczynek do kazuistyki zatrucia kiełbasianego (botulizmu).

N. 7. F. Żuralski. O leczeniu rzeżączki u kobiet śródżylnem zastrzykiwaniem Collargolu. — A. Karwowski. Przyczynek do sprawy zakaźności szyszkowin (dokończenie). T. Kleczkowski. Zastosowanie szwu ciągłego przy operacji wycięcia załamka spojówki. H. Piotrowski. Śmiertelność w zakładach psychjatrycznych podczas wojny światowej. — Bajoński. Icterus neonatorum.

N. 8. J. Stasiński. O zaburzeniach czynnościowych nerwów organow egetacyjnych i dokrewnych narządów wydzielniczych w stosunku do chorób oka i leczeniu ich wstrząsem, na podstawie własnych doświadczeń i spostrzeżeń. — J. Chmielewski. Gruźlica a układ nerwowy. R. Strutyński. Przyczynek do etjologji porażeń nerwu podjęzykowego. — Magowski. O ziarenkowcach Weichselbauma, znalezionych na spojówce ludzkiej.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 29 marca 1922.

Przewodniczy kol. Woyciechowski. Obecnych członków 90.

Na członka Towarzystwa przyjęto kol. Ryszarda Kunickiego. Kol. Ciechanowski zawiadamia, iż Pol. Gazeta lekarska nie wychodzi na razie z powodu strajku zecerów.

1. Dr. Tempka przedstawia:

a) Chorą 45 letnią z objawami **choroby Glénarda**, u której wyczuwa się prawidłową trzustkę w prawidłowem jej położeniu; zaznacza, że wymacanie w tym przypadku trzustki jest możliwe dzięki znacznemu wychudzeniu chorej i bardzo znacznej wiotkości powłok brzusznych (10 porodów). Podnosi, że w piśmiennictwie polskiem znajduje się dotychczas jeden przypadek tego bardzo rzadkiego objawu, opisany przez Orłowskiego;

b) kość udową chorej, którą pokazał na jednem z poprzednich posiedzeń, u której rozpoznał wtedy niedokrwistość aplastyczną, jako ostateczne zejście **thrombopeniae essentialis.** Oględziny zwłok potwierdziły w zupełności rozpoznanie kliniczne, stwierdzając w zakresie kości długich nie tylko brak szpiku czerwonego w jamie trzonu, ale nawet zamianę czerwonego szpiku nasad na szpik tłuszczowy.

c) 21-letniego chorego ze **skazą krwotoczną,** występującą od najwcześniejszego dzieciństwa w postaci samoistnych krwawień z nosa i dziąseł, przedewszystkiem zaś w postaci krwawych wylewów do jam przeważnej ilości wielkich stawów, nadto w postaci długich krwawień po skaleczeniu się. Wyklucza skazę krwotoczną objawową, gnilec (dobre warunki życiowe, brak zmian zapalnych dziąseł), *purpura anaphylaktoides* (brak zmian na skórze w jakiejkolwiek postaci, brak gorączki, kolosalnie przedłużony czas krzepnięcia od 5—10 godzin), chorobę *Werlhoffa* (zwiększona ilość trombocytów, bardzo znacznie przedłużony

czas krzepnięcia, prawidłowy czas krwawienia, brak wybroczyn skórnych, ujemny objaw opaskowy). Przyjmuje krwawiączkę prawdziwą (bardzo znacznie przedłużony czas krzepnięcia, wzmożona ilość trombocytów, ujemny objaw opaskowy, krwawienie prawie wyłącznie w obrębie jam stawowych, brak wybroczyn skórnych), mianowicie jej postać nabytą, wrodzoną (pojawianie się skazy krwotocznej od najwcześniejszego dzieciństwa, zupełny brak skazy krwotocznej w rodzinie).

2. Kol. Walter przedstawia:

a) Przypadek świeżej **Dermatitis herpetiformis Duhring**, której pierwsze objawy wystąpiły na błonach śluzowych jamy ust. Przypadek nastręcza pewne wątpliwości rozpoznawcze w stosunku do wielopostaciowego rumienia wysiękowego Hebry, dlatego omawia szerzej dane rozpoznawcze różniczkowe obu tych cierpień. Przebieg dalszy potwierdzi rozpoznanie, jednak przechylić się należy za rozpoznaniem *Dermatitis herpetiformis*;

b) **acrodermatitis atrophicans Herxheimer** (*Erythromelia Pick*) umiejscowioną na przedramieniu i ramieniu prawem, o typowej postaci. Zmiana ta wystąpić miała po wykonaniu tatuażu na ręce, prawdopodobnie na skutek następowych zakażeń;

c) **nacieki kilakowe podskórne** na podudziach i udach u kobiety 40 l. Odczyny serologiczne W. i S. G. ujemne, badanie histologiczne wyciętego nacieku, umiejscowionego głównie w tkance tłuszczowej, nie wykazało charakterystycznych danych, dopiero leczenie swoiste rozstrzygnęło o rozpoznaniu;

d) przypadek **naevus Pringle** u dziewczynki dziesięcioletniej umiarowo umiejscowiony na twarzy.

W dyskusji zabiera głos kol. Lenartowicz i podnosi, że, jakkolwiek w przypadku pierwszym trudności rozpoznawcze są duże, rozpoznać należy *Dermat. herpet. Duhring*, co z pewnością dalszy przebieg choroby potwierdzi.

3. Kol. Kramarzyński (senior) omawia ustawę o **praktyce lekarskiej.**

W dyskusji zabierali głos: Kol. Strzemieński i Momidłowski. Po ożywionej dyskusji prelegent postawił następujący wniosek:

Towarz. Lek. w Krakowie w porozumieniu z Izbą Lek. zarządzi fachowe zbadanie ustawy o praktyce lekarskiej z dn. 2. XII. 1921 r., ewentualnie ustawy z tegoż dnia o Izbach lekarskich, a po uznaniu niewłaściwości, niezgodnych z wymaganiami ogółu lekarzy, lub postanowień, wręcz przeciwnych interesom lekarzy — wniesie protest przeciwko tym ustawom do Ministerstwa Zdrowia publ. w Warszawie. Wniosek przyjęto i wybrano Komisję, w skład której weszli kol.: Kramarzyński, Strzemieński, Momidłowski, Fuchs, Habicht, Cercha i Stahr. *Wysocki*, sekretarz.

Łuckie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dn. 21. IV. 1922 r.

Przewodniczy kol. Fr. Miłaszewski. Obecnych 15.

1) Kol. B. Bejlin przedstawił wychudłą repatrjantkę-izraelitkę 45 lat, z **bardzo rozwiniętemi żylakami** na dolnych kończynach, jednak bez owrzodzeń. Żylaki zaczynają się na stopach kończą guzami wielkości jaja kurzego w pachwinach, podobnemi do przepukliny udowej. Okaz nadawał się do fotografji, lecz, niestety fotografję zrobiono dopiero we dwa miesiące po pokazie, kiedy repatrjantka zdążyła się odżywić, przezco wyrazistość guzów znacznie zmalała. Guzy stopniowo się rozwijały od 20-go roku życia, po 7 porodach; bywały i owrzodzenia na nogach.



2) Kol. M. Jasiński wygłosił referat pod tytułem: „**Choroby oczu z punktu widzenia biochemicznej teorji odporności Ehrlicha**", który w streszczeniu podajemy.

Na wstępie mówca przytoczył niektóre dane o krążeniu i powstawaniu płynów śródocznych (dośw. Leber'a, Priesthley Smith'a, Nieznamowa i in.) i wspomniał o znaczeniu ciałka rzęskowego i tęczówki, t. zw. aparatu wydzielinowego (Römer), jako źródła powstawania płynów w komorach oka. Następnie przeszedł do wyjaśnienia pytań: 1) czy oko nasze bierze czynny udział w biologicznych zjawiskach uodpornienia ustroju, 2) o ile obronnemi stają się poszczególne tkanki oczne w przebiegu tej lub owej zakaźnej choroby, i 3) jakich wyników spodziewać się możemy przy sztucznem uodpornieniu ustroju w sprawie zakaźnej tkanek ocznych. Wskazał na powstanie i rozwiązanie problematu o przesiąkaniu ciał ochronnych czynnych z naczyń krwionośnych ciałka rzęskowego do płynów śródocznych, mianowicie badania Wesely'ego, Gatti'ego, wykazały, że hemolizyny nie przesiąkają do ciałka szklistego i cieczy wodnistej oka. Römer jednakże wyświetlił, że, o ile przeciwjady i zlepniki do płynów ocznych się przedostają, o tyle z reguły ciałka bakterjobójcze nie przesiąkają, ponieważ aparat wydzielinowy posiada własność biologiczną, elekcyjną w stosunku do niweczników 3-go stopnia. Zjawisko to ma celowy charakter: wśród ciał czynnych, krążących we krwi, są autocytotoksyny, stwierdzone przez Dungern'a, Paul'a, Sachsa i in., szkodliwie oddziaływające, w razie przedostania się do oka, na pierwoszczę tkanek jego.

Mówca roztrząsał, jakie zjawiska zachodzą przy uodpornieniu w poszczególnych układach oka (posiadających i nieposiadających naczynia krwionośne). Wyjaśnił powstawanie autocytotoksyny w ustroju przy sztucznem uodpornianiu, w warunkach fizjologicznych i patologicznych, a także oddziaływanie cytotoksyn na tkanki oczne w myśl zasady teorji Ehrlicha, że *„corpora non agunt, nisi fixata"*. Przytoczone dane były podstawą na której osnute: 1) Teorja pochodzenia współczulnego zapalenia oka pod wpływem specyficznych cytotoksyn, powstających przy rozpadzie komórek uszkodzonego ciałka rzęskowego (Hołowin, Römer). 2) Pochodzenie zaćmy starczej (Römer), jako następstwo uszkodzenia soczewki autocytotoksynami. 3) Niektóre postacie zapaleń siatkówki, naczyniówki etc. Następnie mówca zaznaczył, jakie znaczenie uzyskała teorja odporności w zakresie serodjagnostyki kiły i gruźlicy oka (odczyn Wassermanna, v. Pirqueta, Calmette'a i Wolf Eisner'a). Szczegółowo omówił, co dała teorja odporności w zastosowaniu praktycznem przy leczeniu chorób oczu, przeważnie drobnoustrojowego i toksycznego pochodzenia (bierne i czynne uodpornienie przy ulcus serpens, leczenie za pomocą autosurowicy różnych chorób oczu). Przytoczył dane własnych spostrzeżeń i zwraca uwagę kolegów, że w jednym przypadku wrzodu oka stosowana autosurowica bardzo dodatnio wpłynęła na łuszczycę zwykłą. Wspomniał o stosowaniu jequiritol'u w przypadkach łuszczki, surowicy przeciwbłoniczej, surowicy Deutschman'a i o przypadku zastosowania przez prof. Elschniga hemolitycznej surowicy przy krwawych wybroczynach w ciałku szklistem. Przytoczył także dane prac Hippel'a i jego szkoły o pomyślnych skutkach leczenia gruźlicy oka.

Streszczając mówca powiedział, że teorja bocznych łańcuchów rozszerzyła naukowy horyzont, pozwoliła lepiej zrozumieć znaczenie faktów zdobytych doświadczeniem. W zakresie rozpoznawania chorób wogóle i ocznych w szczególności prace Bordet'a, Gengou, Wassermanna, Römera i in. wyświetliły patogenezę niektórych chorób oczu o niezrozumiałem i zagadkowem pochodzeniu (współczulne zapalenie oka, zaćma). Leczenie chorób oczu też zostało oparte na racjonalniejszych podstawach. (Autoreferat).

W dyskusji zabierali głos koledzy Miłaszewski, Mininzon i Lipiński.

Kol. Lipiński zaznacza, że w klinice dermatologicznej we Lwowie stosują leczenie autosurowicą pęcherzycy z doskonałym wynikiem. Następnie przytacza przypadek łuszczycy, leczonej przez siebie autosurowicą z dobrym skutkiem. Kol. Wojnicz zapytuje, czy prelegent do swego referatu czerpał wiadomości tylko z literatury obcej, czy też i z polskiej. Kol. Jasiński potwierdza podanie kol. Lipińskiego i zaznacza, że literatura polska z dziedziny okulistyki jest bardzo skąpa.

3) Na delegatów na **Walne Zgromadzenie Z. L. P. P. w Warszawie** w dniu 30 kwietnia 1922 r. wybrano kol. Miłaszewskiego i Wojnicza. Kol. Miłaszewski zabiera głos w sprawie urządzenia **sanatorjum dla chorych piersiowych** i proponuje przekazać ją nowopowstałemu Oddziałowi Tow. Higjenicznego, co uchwalono z tem, żeby w posiedzeniach Tow. Higjenicznego brał udział delegat związku Lekarzy.

4) Gość, kol. Królewski z Kowla zaznajamia zebranie z nowo zorganizowanym kołem Z. L. P. P. w Kowlu.

Posiedzenie doroczne z dn. 5 Maja 1922 r.

Przewodniczącym wybrano kol. J. Ranca. Obecnych 15.

1) Kol. B. Bejlin przedstawił chorego izraelitę z Łucka, lat 53, z „**cavernitis penis**", która to choroba przed pół rokiem bez przyczyny zaczęła się pojawieniem małych stwardnień w wałkach jamistych prącia, na $1^1/_2$ cm powyżej rowka żołędnego. Stwardnienia te mają zbitość prawie chrząstki, są niebolesne, przeszkadzają tylko przy spółkowaniu i zwolna rosną. Jedno znajduje się na tylnej powierzchni prącia, bardziej płaskie, wielkości paznokcia; dwa z boków, każde wielkości grochu polnego. Leczenie jodem i arszenikiem wewnątrz, okładami i kąpielami zewnątrz, pozostało bez skutku. Chory podaje, że od wczesnej młodości leczył się na płuca, gardło i przebył ropne zapalenie kości piszczelowej prawej. Obecnie stwierdza się katar szczytów płucnych i przetokę u nasady górnej prawej piszczeli, dotąd niezagojoną (po wielu operacjach).

W dyskusji brali udział kol. Miłaszewski, Mininzon, Lipiński i Wojnicz i przyszli do przekonania, że cierpienie jest pochodzenia gruźliczego. Kol. Lipiński zaznaczył, że przy rzeżączce spostrzegał guzy zapalnego pochodzenia w ciałach jamistych cewki moczowej, nie widział zaś w ciałach jamistych prącia. Kol. Wojnicz przytoczył ze swojej praktyki chorego wieśniaka lat 47, który zresztą zdrów, miał „cavernitis" całej żołędzi.

2) **Sprawozdanie doroczne naukowe** odczytał sekretarz kol. Wojnicz; kasowe i komisji rewizyjnej skarbnik kol. Bejlin. Obydwa sprawozdania zostały przyjęte i zatwierdzone.

3) Kol. Miłaszewski zdał sprawę z walnego zgromadzenia Zw. Lek. P. P. w Warszawie, podnosząc, że Zw. nadal pozostaje jednostką samodzielną obok Izb lekarskich i że or-

ganem Zw. są Nowiny Lekarskie, wreszcie zakomunikował, że złożył ofiarowane przez Łuckie Tow. Lek. 30.000 Mk. na cegiełkę Wawelską.

Miłaszewski, prezes. *A. Wojnicz*, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 16. maja 1922.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. Prof. F. Czubalski. **Nowsze poglądy na charakter krzywej elektrokardjograficznej** Mowca przedstawia w krótkości poglądy na źródło elektryczności zwierzęcej oraz omawia charakter prądów czynnościowych w tkankach, przechodząc następnie do rozpatrzenia krzywej elektrokardjograficznej i sposobu jej tłumaczenia. Zrozumienie załamków P, Q, R i S nie nastręcza większych trudności, natomiast załamek T przez różnych autorów rozmaicie był ujmowany i tłómaczony. Mowca, nawiązując do prac de Meyer'a, który źrodła różnic potencjałów w mięśniach dopatruje się także nie tylko w sprawach chemicznych, ale i w czysto fizycznych stanach tkanki, a mianowicie w różnym stopniu jej rozciągnięcia lub skrócenia (prądy deformacyjne), przypuszcza zgodnie z de Meyer'em, że te właśnie sprawy mogłyby być przyczyną powstawania załamka T na krzywej elektrokardjograficznej. Przemawiałaby za tem ujęciem także i ta okoliczność, że powstawanie załamka T wypada na okres zmian mechanicznych serca w przeciwstawieniu do pierwszej części elektrokardjogramu. W ten sposób mielibyśmy w krzywej elektrokardjograficznej odbicie spraw biochemicznych (I. część krzywej) oraz zmian mechanicznych mięśnia sercowego (II. część krzywej, począwszy od załamka T). Mowca sądzi, że klinika powinna się zainteresować tem nówem ujęciem elektrokardjogramu i wypowiedzieć swe poglądy w tej sprawie.

W dyskusji Pawiński dziękuje mowcy za dokładne przedstawienie poglądów na krzywą elektrokardjograficzną i zwraca uwagę na 2 punkty praktyczne, jakie daje elektrokardjograf, a mianowicie na łatwość zbierania krzywych elektrokardjograficznych i na to, że chorzy nie podlegają wrażeniom wzruszeniowym. Rezultaty praktyczne dla klinicysty są jednak mniejsze, niż się spodziewano. Za pomocą ektrokardjografu udało się wyjaśnić działanie przedsionków podczas ich migotania, częstoskurcz napadowy. Dawniej bardzo trudno było zdać sobie sprawę z działalności przedsionków. Pawiński na krzywych kardjograficznych widywał brak skurczów przedsionkow, wyjaśnić tego zjawiska nie mógł. Krzywe otrzymane za pomocą kardjografu Jaquet'a zbliżone są do krzywych elektrokardjograficznych i dają pojęcie o skurczu przedsionków i komór.

Goldbaum zgadza się z Pawińskim, że elektrokardjografia ma dla kliniki małe znaczenie, są jednak pewne cierpienia, które przy pomocy elektrokardjogramu można wykryć. Strobl z Drezna i Nicolai na podstawie badania krzywych elektrokardjograficznych stawiali rozpoznania cierpień u chorych, których zupełnie nie widzieli. Zdaniem Goldbanma badania za pomocą elektrokardjografu można zastosować w klinice i przy badaniach farmakologicznych. Sam elektrokardjograf może być źródłem wielu błędów, które trzeba uwzględniać przy rozumowaniu.

Semerau przedstawia krzywą elektrokardjograficzną u człowieka, oraz zmiany, jakie spotykał przy badaniu osób umierających, w załamkach Q i R. Załamek T starano się wytłumaczyć przewagą lewej komory nad prawą. Tłomaczenie Meyer'a, że przy końcowym stanie skurczu serca następuje silna deformacja, zdaje się być najprawdziwszem, jak to wykazywały krzywe, zebrane przez S. na umierających, gdzie powstała zasadnicza zmiana w mięśniu sercowym. Załamek P zmienia się, spłaszcza się, staje się nawet ujemnym, o ile punkt wyjścia dla skurczu zmienił się.

Posiedzenie kliniczne z dnia 6 czerwca 1922.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

1. T. Trzciński **„Z kazuistyki leczenia neosalwarsanem"**. (Rzecz przeznaczono do druku).

W dyskusji Chrostowski wspomina, że interniści stosują salwarsan w leczeniu zgorzeli płuc. W jednym przypadku po zastrzyknięciu dożylnie 0,3 neosalwarsanu wystąpiła niedomoga mięśnia sercowego, którą udało się opanować zastrzykiwaniem kamfory i adrenaliny. Doc. Janowski W. w dwukrotnem przemówieniu występował przeciwko zastrzykiwaniu neosalwarsanu. Dziesięcioletnia próba stosowania neosalwarsanu wykazała skłonność świata lekarskiego do stosowania silnie działających środków. Zastrzykiwania te, jak stwierdza praktyka syfilidologów, u młodych ludzi udawały się. Obecnie budzi się wśród lekarzy pewien zwrot. W pismach lekarskich niemieckich z marca, francuskich z maja liczni autorzy występują przeciw neosalwarsanowi. Chorzy po zastrzyknięciu neosalwarsanu często dostawali żółtaczki, cierpieli na wątrobę. Objawy zapadu ze spadkiem ciśnienia wywołało trujące działanie neosalwarsanu na nadnercza. W leczeniu duru powrotnego u chorych występował zapad, przemijające porażenia, jak o tem wspomniano w Archives des maladies du coeur, ratowano tych chorych dużemi dawkami adrenaliny, do 4 mlgr. Trucizna ta hamuje i czynność nerek, jak wykazują szczegółowe badania, występuje azotaemia u znacznej liczby ludzi. J. przestrzega, że neosalwarsan jest b. silną trucizną, i stawia wniosek, aby dalsze stosowanie salwarsanu bez czynnościowego badania wątroby, nerek, nadnerczy było wzbronione.

Kopytowski pomimo, iż bardzo oględnie i względnie rzadko stosuje stosuje wlewania salwarsanu, widział kilkakrotnie ciężkie przypadki zatrucia. Jeden przypadek ze śmiertelnem zejściem dotyczył pierwszego chorego, któremu w Warszawie zastosowano w szpitalu na oddziale mówcy salwarsan podskórnie przez kol. Malinowskiego. Chory ten figurował nawet jako przypadek wyleczenia po jednorazowem zastosowaniu salwarsanu; okazało się jednak, że chory ten zmarł po 4 zastrzykach w szpitalu Jana Bożego na zapalenie mózgu krwotoczne. Pierwszy stosowany przetwór arszeniku w kile, arsacetin, powodował zanik nerwu wzrokowego. Alt-salwarsan powodował dość często nieszczęśliwe przypadki i względnie często głuchotę. K. widział dwa takie przypadki. Neosalwarsan okazał się najmniej jadowitym środkiem, lecz nawet w średnich dawkach niekiedy wywołuje zapad po dożylnem wlewaniu. Zazwyczaj taki chory po każdem wlewaniu reaguje osłabieniem działalności serca. Zapach naszego neosalwarsanu jest odmienny od necsalwarsanu niemieckiego. Podczas pierwszej kuracji niemieccy syfilidolodzy stosują 4 gr neosalwarsanu, licząc 60 kg przeciętną wagę człowieka, co odpowiada 1 gr na 15 kg wagi. Większość niemieckich autorów, a i wielu francuskich stosuje odrazu duże dawki tj. 0,6 na pierwszy zastrzyk, powtarzając je w odstępach tygodniowych. K. w swej praktyce stosuje neosalwarsan »Grodzisk« od 0,3—0,45, stosownie do przypadku co tydzień lub co 10 dni, rzadko dochodząc do dawki 0,6 i to tylko u mężczyzn. Podczas pierwszej kuracji, jeżeli chory dobrze znosi, K. robi dożylne wlewania od 4 do 6 razy. K. od kilku lat stosuje neosalwarsan w lawatywach, zazwyczaj w ilości 0,45, rozpuszczonych w 50 gramach wody przegotowanej, po oczyszczeniu kiszki odchodowej za pomocą lawatywy z przegotowanej wody. Zabieg ten K. poleca stosować wieczorem przed udaniem się na spoczynek. Lawatywy powtarza się co tydzień w ilości od 4 do 6 na kurację. U małych dzieci od 4 lat dawki wynoszą od 0,05 neosalwarsanu, u dzieci 6-cio i 8-mio letnich dawki dochodzą do 0,15. Stowanie lawatyw ma o tyle rację bytu, o ile chorym nie można z powodów technicznych tj. niedorozwoju żył zrobić dożylnie wlewania. Działanie leku jest widoczne. Analizy moczu wykazały, że po 12 godzinach w moczu nie można wykryć As; po 24 g odczyn na As występuje; po 2-ch lawatywach odczyn na As występuje wyraźnie i bardzo wyraźnie po 4 lawatywach (analizy Dr. Wojciechowskiego). Przyjmowanie jodku potasu utrudnia wykrycie arsenu w moczu.

Prof. Gluziński z odczytu Trzcińskiego przekonał się, że stosował neosalwarsan częściej, niż radzi mowca. Poważniejsze niebezpieczeństwo przedstawiały następujące przypadki. Do kliniki przywieziono chorego, lat 30, z objawami ciężkiej plamicy Werlhoffi. Rok temu miało miejsce zakażenie kiłowe, w ciągu roku przeprowadzono kilka seryj leczenia neosalwarsanem i rtęcią. Długie stosowanie neosalwarsanu doprowadziło do skazy krwotocznej, od której chory zmarł. W drugim przypadku u studenta stwierdzono zapalenie nerek (nephritis parenchymatosa) z objawami skazy krwotocznej. Przypuszczano zatrucie sublimatem. Badanie moczu nie wykryło ani śladu rtęci, natomiast duże ilości arszeniku. Objawów ostrego zatrucia arszenikiem nie było. Prof. G. uważa, że za dużo stosuje się neosalwarsanu i za często powtarza się zastrzykiwania.

Skłodowski często widywał chorych po odbytem leczeniu salwarsanem. Chorzy ci zapadają na ciężkie choroby wątroby. S. obserwował ostry zanik wątroby po 3 miesięcznem, bardzo energicznem, leczeniu neosalwarsanem. U innego chorego S. widział ciężką żółtaczkę, która trwała 5 tygodni i wystąpiła w miesiąc po leczeniu neosalwarsanem. Próba Wassermanna wykazała dwa plusy.

Wernic stwierdza, że pesymistyczny ton, jaki daje się wyczuć z przemówień, ma dużą rację. Nie można jednak powikłań, wywoływanych przez salwarsan, przenosić na neosalwarsan, który jest mniej trujący. Preparaty krajowej fabryki neosalwarsanu po rozpuszczeniu w wodzie nie dają żadnych mętów. Przed wypuszczeniem do sprzedaży wykonywane są badania na królikach, na myszach, odpowiednio do wagi ciała. Ostrożność w stosowaniu neosalwarsanu jest ważna, ujemnych wyników miał bardzo mało.

K. Zieliński wbrew twierdzeniu Wł. Janowskiego, odmawiającemu leczniczych własności neosalwarsanowi w durze powrotnym, na zasadzie danych z piśmiennictwa lat ostatnich, a głównie pracy śp. Zdwarda Zielińskiego, wygłoszonej w Tow. Lek. w odczycie uznanym w r. 1920 za najlepszy (nagroda im. Moczutkowskiego), widzi w neosalwarsanie środek swoisty dla duru powrotnego. Własne spostrzeżenia utwierdziły go w tem przekonaniu. Ostatnio leczył dwa przypadki duru powrotnego u osób starszych, obydwa z zejściem pomyślnem.

Doc. Bronowski widział w szpitalu Mokotowskim razem z kol. Gromskim 40 przypadków duru powrotnego, leczonych neosalwarsanem z dobrym wynikiem. Po zastrzyknięciu neosalwarsanu podczas 1-go napadu, drugiego napadu nie było zupełnie lub też był bardzo lekki.

Szmurło stwierdzał dobre wyniki po stosowaniu neosalwarsanu w postaci pędzlowania i zasypywania w najcięższych rozpadowych postaciach zapalenia gardła Vincenta i przemawia za stosowaniem neosalwarsanu.

Szulc uważa, że w wojsku trudno byłoby się wyrzec

stosowania neosalwarsanu, gdyż wtenczas chorych trzeba byłoby przetrzymywać w szpitalach bardzo długo, dopóki byliby zaraźliwi.

W odpowiedzi Trzciński wypowiada zdanie, że salwarsan nie wyjdzie z użycia w leczeniu kiły, ale musi być stosowany bardzo oględnie i z dłuższemi przerwami pomiędzy jednem zastrzyknięciem, a drugiem.

2. Michalski Z. **„Miażdżyca tętnicy płucnej“.** (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji Pawiński zaznacza, że rozpoznanie zmian w tętnicy płucnej należy do bardzo trudnych i wątpliwych. Przy zmianach zastawki dwudzielnej i rozedmie płuc znajdujemy tętnicę płucną nieco rozszerzoną, zmian makroskopowych nie widujemy; w rozgałęzieniach tętnicy płucnej niekiedy wykrywano zmiany. Rozpoznać te zmiany nie jest w stanie nawet doświadczony klinicysta, może je wywnioskować na podstawie innych objawów i domyślać się ich obecności. Rozszerzenie łuku tętnicy płucnej na rentgenogramie nie potwierdza rozpoznania. Duszność zaś, o której wspominał mowca, może być większą lub mniejszą.

Prof. Głuziński wyjaśnia, że różne są typy rozedmy płuc: jedne przebiegają pod obrazem przypominającym wadę serca; w innych znowu uderza wybitna sinica. Te ostatnie przypadki zależą od zmian w rozgałęzieniach tętnicy płucnej, obraz rentgenologiczny jest charakterystyczny — uderzają wybitnie jasne pola płuc.

Michalski zaznacza, że nie tylko rozszerzenie łuku tętnicy płucnej, ale cały zespół objawów, a szczególniej wybitna jasność pól płuc przy obecności sinicy, przemawiają za zmianami w rozgałęzieniach tętnicy płucnej. Sinica występuje w takim stopniu, że pozwala odróżnić omawiane cierpienie od innych.

W. Kowalski, sekretarz doroczny.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska w Krakowie zwrócił się do P. Prezydenta Ministrów, Prof. Dra Juljana Nowaka w Warszawie, z następującą sprawą i prośbą:

Taksy sądowo lekarskie, obowiązujące dziś w Małopolsce i na Śląsku Cieszyńskim, są tak niskie, że nietylko nie przynoszą lekarzom sądowym żadnego dochodu, ale owszem przez odrywanie ich od praktyki prywatnej wyrządzają nadzwyczaj dotkliwą szkodę materjalną. Wystarczy nadmienić, że za sekcję zwłok, wykonaną w miejscu, oddalonem o kilkanaście kilometrów od siedziby sądu i lekarza, otrzymuje znawca tysiąc kilkadziesiąt marek, w czem za samą sekcję dwieście sześćdziesiąt marek, płatnych nieraz w trzy lub cztery lata. (!) Wskutek tego wartość tych żebraczych honorarjów spada niemal do zera, a wypłacanie ich w tak póżnym terminie zakrawa na ironję. Zdawałoby się to nieprawdopodobne, a jednak dzieje się to istotnie, n. p. w sądzie powiatowym w Dębicy (sąd okręgowy w Tarnowie). Wysyłane w tej sprawie podania do Ministerjum Sprawiedliwości i Ministerjum zdrowia publicznego zbyto niczem.

Żądania nasze były bardzo skromne. Domagaliśmy się trzystokrotnego pomnożenia przedwojennej taksy austrjackiej (w czerwcu b. r.) i wyznaczenia automatycznego dodatku drożyźnianego.

Pod naporem kolegów w Małopolsce i na Śląsku (Cieszyńskim), od których otrzymaliśmy bardzo liczne zażalenia, Wydział Związku uchwalił wezwać Kolegów do zaprzestania czynności sądowo lekarskich. Wskutek tego wielu lekarzy zaczęło się uchylać od czynności sądowych, na co sądy znów odpowiedziały represaljami ustawowemi, a więc nakładaniem niezmiernie wysokich grzywien, względnie kary aresztu, na opornych, albo też groźbą przymusowego dostawienia znawcy przez organa policji państwowej. Naodwrót zaś znamy przypadek, gdzie sędzia śledczy ośmielił się wbrew ustawie wezwać do sekcji z braku lekarzy dwóch medyków, jednego z pierwszego, a drugiego z trzeciego roku medycyny (sąd powiatowy w Czarnym Dunajcu). Naturalnie, że obwinionego musiał trybunał karny w Nowym Sączu uwolnić na wniosek obrońcy z powodu braku stwierdzenia przedmiotowej istoty czynu. Do takiego stanu, trącącego bezrządem, doprowadziły władze z powodu obojętności, z jaką traktują słuszne żądania lekarzy sądowych.

Zwracamy się do Pana Prezydenta Ministrów z uprzejmą prośbą, aby z urzędu swego zechciał polecić Ministerjum sprawiedliwości, by sprawę taks lekarskich ujednostajniło jak najrychlej w myśl naszych słusznych żądań i zarządziło wypłacanie należytości za komisje sądowe najpóźniej do jednego miesiąca. Odniesie to pożądany skutek i przyczyni się do uspokojenia wzburzonych umysłów, a zarazem wprowadzi ład i porządek w czynnościach sądowo-lekarskich. Jak najrychlejsze załatwienie sprawy odniesie z pewnością lepszy skutek, aniżeli rozsyłanie poufnych okólników do sądów na zarządzenie władz naczelnych, gdzie poleca się sądom stosowanie jak najostrzejszych kar ustawowych na opornych lekarzy. Jestto dolewaniem oliwy do ognia, a nie załatwieniem sprawiedliwem naszych słusznych żądań.

Kończymy pismo w przekonaniu, że Pan Prezydent Ministrów, sam z zawodu lekarz, braci lekarskiej nie opuści i na mocy swego, pierwszego w Polsce urzędu poleci natychmiastowe załatwienie tej sprawy.

Kreślimy się z wysokim szacunkiem za Wydział:

Dr. *Kostecki*, sekretarz. Dr. *Żydłowicz*, wiceprezes.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok 1922/23 został wybrany prof. dr. Hilary Szramm w miejsce prof. Bednarskiego, który zrezygnował z powodu objęcia tymczasowego kierownictwa kliniki okulistycznej.

Kursy dla lekarzy rozpoczęły się na tutejszym Uniwersytecie w dniu 21 b. m. Uczestnictwo w kursach zgłosiło przeszło 40 lekarzy ze wszystkich, nawet najdalszych, stron Polski. Uczestnicy niemal bez przerwy zajęci są po klinikach i pracowniach zakładów teoretycznych, w których słuchają już to teoretycznych wykładów, już też praktycznie są w nich zajęci.

Zdroje Polskie, Towarzystwo akcyjne, które wydzierżawiło od Tow. lekarzy polskich b. Galicji zdrojowisko Morszyn i eksploatację znanej soli morszyńskiej, ogłosiło subskrypcję na akcje III emisji. Ponieważ Towarzystwo uważa za rzecz pożądaną, aby jak najwięcej akcyj było w rękach lekarzy, przeto wyjątkowo liczy dla nich za akcję 500 markową po 600 mkp. »Zdroje Polskie posiadają już dziś wielki majątek, między innemi w terenach w Zakopanem, doskonała zaś sól gorzka morszyńska cieszy się wielkim zbytem w kraju i wielkiemi zamówieniami na zewnątrz.

Zgłoszenia na akcje do I. X. b. r., z podaniem imienia i nazwiska oraz dokładnego adresu należy przesyłać pod adresem »Zdroje polskie«, Warszawa, Nowy Świat l. 27. m. 3.

XXV. posiedzenie naukowe lwowskiego Towarzystwa lekarskiego odbędzie się w piątek d. 6. października b. r. w Poliklinice (ul. Lindego) o godzinie 6-tej wieczorem.

I. **Pokazy chorych.**

II. **Wykład:** kol. Rotfeld: Zaburzenia naczynioruchowe i obrzęki troficzne kończyn (z pokazami).

Schusterówna zast. sekret. *Franke* prezes.

Warszawa.

Do podręcznika bakterjologji, wydawanego przez Zakład państwowy badania surowic, Prof. Funk z New-Yorku przesłał artykuł o awitaminozach, który kończy następującą uwagą: »Chciałbym zaznaczyć, że oprócz pracy Budzyńskiego i Chełchowskiego żadna praca polska z dziedziny witaminów nie jest uwzględniona w literaturze wszechświatowej. Byłoby rzeczą korzystną dla autorów polskich, pracujących w tej dziedzinie, i dla specjalistów, zajmujących się kwestją odżywiania, gdybym mógł otrzymać odbitki polskie, które zreferuję w następnem wydaniu mojej książki o witaminach. Jestem pewien, że lekarze polscy mieli sposobność spostrzegać i opisać interesujące stany chorobowe z tej dziedziny«. Adres Prof. Funka: Ameryka, New-York Columbia University Departement of biological chemistry. College of Physicians and Surgeons. 437 West Street 59.

Ponowny trzeci spis chorych wenerycznych zarządziło Ministerstwo zdrowia publ. rozporządzeniem z dn. 2. VIII. b. r. Spis ma się odbyć w czasie od 1 do 30 września br. w całem Państwie polskiem. Według instrukcji należy, poczynając od rana 1 września 1922 r., odnotowywać starannie liczbę chorych i rodzaj ich choroby tak, aby w dn. 30 września 1922 r. wypełnić schemat dołączony. Nie należy podawać nazwisk chorych, lecz tylko ich liczbę tak, aby każdy chory, leczący się w danym okresie, choćby radził się wielokrotnie, był liczony raz jeden. Otrzymane od odpowiednich władz kwestjonarjusze należy po ich wypełnieniu odesłać z powrotem.

Ze Śląska.

Już po wydrukowaniu komunikatu Związku lekarzy Państwa Polskiego, Oddział Górnośląski, Nr. 38. P. Gazety lek., Redakcja otrzymała zawiadomienie, że zatarg lekarzy z Administracją Spółki Brackiej w Tarnowskich Górach jest zakończony, gdyż podwyżki, których żądali lekarze, przyjęto.

Ze świata.

Na plenarnem posiedzeniu Zgromadzenia Ligi narodów 2ga komisja składała sprawozdanie w sprawie organizacji higjeny. Na trybunę prezydjalną został powołany minister Chodźko, który, jako prezes komisji, spełnia czynności wiceprezesa ogólnego zgromadzenia.

Po wysłuchaniu sprawozdania komisji zgromadzenie uchwaliło trzy wnioski tego sprawozdania, odnoszące się do organizacji higjeny, mianowicie: 1) Zgromadzenie przyjmuje do wiadomości dotychczasowe prace, dziękuje fundacji Rockefellera za poparcie finansowe i wyraża życzenie utrwalenia organizacji higjeny przed czwartem zgromadzeniem; 2) Zgromadzenie stwierdza groźny stan epidemij w Europie Wschodniej, podnosi z uznaniem poniesiony przez państwa sąsiadujące z Rosją wielki wysiłek materjalny i wzywa członków Ligi do zgłaszania sum, jakie rządy mogłyby przekazać na zwalczanie epidemij, zaznaczając, że rząd Wielkiej Brytanji zaofiarował 100 tysięcy funtów, pod warunkiem wniesienia przez inne rządy 200 tysięcy; 3) Zgromadzenie żąda wniesienia do budżetu, do rozporządzenia tymczasowej komisji epidemjologicznej, sum, potrzebnych na pokrycie kosztów badań epidemjologicznych.

Nr. 40. 1. października 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. K. KARELUS, asystent kliniki. Kraków.

Przyczynek do techniki operacji zeza rozbieżnego [1].

Z Kliniki okulistycznej Uniw. Jagiell. (Dyr. Prof. K. Majewski).

Dobry wynik antepozycji w przypadkach zeza rozbieżnego zależy od spełnienia trzech zadań, a mianowicie: 1) wybrać dla mięśnia nowe odpowiednie miejsce przyczepu gałkowego bliżej rogówki, 2) zapewnić dokładne zrośnięcie się ścięgna mięśnia z nowem miejscem przyczepu, 3) podnieść działanie mięśnia do tego stopnia, by był w stanie równoważyć działanie mięśnia antagonistycznego przy istniejącej skłonności do rozbieżności. Jesteśmy w możności wypełnić dokładnie dwa pierwsze z wymienionych zadań, wykonanie natomiast trzeciego zadania drogą zabiegu chirurgicznego jest niemożliwe. To też, aby dodatni wynik uzyskać w zupełności, staramy się stworzyć *hypereffectus* t. j. by gałka oczna ustawiła się w zezie zbieżnym. W ten sposób zapobiegamy dążności do ustawienia się gałki w zezie rozbieżnym.

Mimo to wszystko jednak nie można nigdy z góry być pewnym bezwzględnie dobrego wyniku, ani też utrzymania go przez dłuższy czas, gdyż trudno jest naprzód ocenić, jak się zachowa później mięsień antagonistyczny, czy wykonanie zabiegu nie oddziała jak podnieta na wzmożenie czynności tego mięśnia tak, że końcowy wynik zostanie znacznie osłabiony.

Nic więc dziwnego, że usiłowania chirurgów, wyrażające się w dość pokaźnej liczbie podanych sposobów operacyjnych, nie zawsze spełniają pokładane nadzieje. Trudno byłoby wymienić wszystkie sposoby antepozycji, bo jest ich wyżej 20, ograniczę się więc tylko do opisu trzech podstawowych niejako sposobów:

Antepozycję sposobem podanym przez Weckera wykonuje się w następujący sposób:

Po przecięciu spojówki, jak do tenotomji, ujmuje się ścięgno w hak podwójny i odcina się je od strony gałki. Mięsień trzymany jest przez hak. Następnie przygotowujemy długą nitkę, dość grubą, zaopatrzoną na końcach w igły, składamy ją podwójnie i zakładamy w miejscu złożenia trzecią igłę. W ten sposób przygotowany szew wkłuwamy środkową igłą w mięsień, względnie w ścięgno, od strony gałki poprzez spojówkę, a następnie przeprowadzamy obie igły, założone na końcach nitki, jednę pod spojówkę gałki aż do miejsca ponad rogówką, drugą zaś do miejsca popod rogówką. Po wykłuciu igieł ściągamy równocześnie oba szwy, górny i dolny. Działanie tych szwów odbywa się po wypadkowej czyli w kierunku przebiegu mięśnia. Osobnych szwów nie zakłada się na ranę spojówki, gdyż brzegi jej przylegają dokładnie do siebie. Opatrunek na obydwa oczy zatrzymuje się przez trzy do czterech dni, dnia 5 lub 6-go wyjmuje się nitki. Zabieg ten sprawia lekarzowi czasem dużo kłopotu, a operowanemu dużo niezadowolenia. Pominąwszy przypadkowe pęknięcie nitek przy zawiązywaniu szwów, które spowodować może skręcenie gałki ocznej, przedewszystkiem punkt oparcia szwów, podciągających mięsień, jak spojówka, która z natury swej jest bardzo przesuwalna, nie daje nigdy pewnej rękojmi dodatniego wyniku na czas dłuższy. Nawet może się wydarzyć rzecz gorsza, a mianowicie, że mimo dobrze zaciągniętych szwów, na skutek jakiejś drobnej nieprawidłowości, czy w samym zabiegu, czy też w czasie gojenia, ścięgno nie zabezpieczone niczem więcej, jak tylko tym jednym podwójnie założonym szwem, nie zrośnie się z nowem miejscem przyczepu i cały mięsień się cofnie. Mamy wtedy przed sobą tylko skutek wykonanej tenotomji, wprost przeciwny celowi operacji. Te niespodzianki stanowią dla chirurga źródło niezadowolenia, a dla sposobu operacyjnego jego ujemną stronę.

Drugim, równie prostym, zabiegiem jest antepozycja według sposobu, podanego przez Szymańskiego. Po wykonaniu tenotomji ujmuje się ścięgno w hak podwójny i przeprowadza szew materacowy pomiędzy częścią ścięgna poza hakiem a przygałkowym końcem ścięgna, przez spojówkę. Następnie odcina się kawałek ścięgna, uchwyconego hakiem; w ten sposób skraca się ścięgno, nie zmieniając jego miejsca przyczepu do gałki.

Jak widzimy, istnieje zasadnicza różnica między sposobem Weckera a sposobem Szymańskiego. W metodzie Weckera przesunięcie miejsca przyczepu gałkowego ku rogówce gra rolę czynnika, podnoszącego siłę działania mięśnia na gałkę oczną, w metodzie zaś Szymańskiego tę samą rolę ma spełniać skrócenie odcinka ścięgnistego mięśnia, bez zmiany miejsca jego przyczepu. Sposób Szymańskiego, oprócz swej prostoty w wykonaniu, nie przedstawia dodatnich stron. Materacowy szew założony pomiędzy odcinkami ścięgna nie zapewnia wystarczającego i trwałego wyniku, łatwo bowiem może przeciąć złączone brzegi mięśnia czy ścięgna. Jedynie skuteczną może być resekcja mięśnia i ścięgna, ponieważ przez zwiększenie napięcia pozostałej części mięśnia wzrasta jego kurczliwość, a dalej tkanka bliznowata w miejscu rany, kurcząc się zwolna, przyczyniać się może w znacznym stopniu do utrzymania dobrego wyniku. W ostatnich miesiącach podano w pismach amerykańskich sposób antepozycji (Schwartz Fryderyk). Po nacięciu spojówki, jak do tenotomji, odsłania się mięsień prosty i rozszczepia się go wzdłuż. Ramiona rozdwojonego w ten sposób mięśnia podciąga się przy pomocy nitek, jedno ku górze, drugie ku dołowi. Następnie zakłada się dwie płytki złote z otworkami na spojówkę, jedną przed ranę, drugą poza nią i przeciąga się jedwabne nitki przez otworek w płytkach poprzez ramiona mięśnia. Po zaciśnięciu węzłów płytki przylegają szczelnie do siebie i skracają w ten sposób trwale odcinek mięśnia. Opatrunek obuoczny pozostaje ośm dni; dnia 12-go po zdjęciu płytek wyciąga się nitki. Sposobu tego nie stosowaliśmy i z braku doświadczenia nie możemy nic powiedzieć o jego zaletach.

Inne sposoby antepozycji są więcej skomplikowane a zasadniczo nie wiele się różnią od powyżej opisanych. Mają one za punkt wyjścia przeciągnięcie mięśnia bliżej ku rogówce, albo polegają na resekcji mięśnia, względnie jego sfałdowaniu.

By odpowiedzieć wszelkim wymaganiom i zapewnić sobie dobry i trwały wynik antepozycji, przy możliwie prostym zabiegu, połączyliśmy dwa powyżej opisane sposoby, mianowicie sposób Weckera i Szymańskiego, z drobną zmianą, i przez to staraliśmy się zyskać obydwie korzyści, jakie nam daje każdy z nich z osobna, t. zn. w sposobie Weckera przemieszczenie przyczepu ku przodowi i w sposobie Szymańskiego skrócenie bezpośrednie ścięgna a nawet mięśnia. Zabieg ten wykonujemy w znieczuleniu miejscowem przez zapuszczenie 4% kokainy z adrenaliną do worka spojówkowego. Przeciw wystąpieniu bólów późniejszych wstrzykuje się po operacji 0.01 morfiny. Trwanie zabiegu wynosi 8 do 12 minut. Po przecięciu spojówki nakłada się ścięgno mięśnia na hak podwójny, który przesuwa się w kierunku mięśnia na odległość 5 mm od przyczepu gałkowego, a następnie hak się zaciska. Po odcięciu ścięgna poza hakiem spaja się szwem katgutowym materacowym część mięśnia poza hakiem z przyczepem gałkowym ścięgna pod spojówkę. Uważać należy, by hakiem nie ciągnąć zbytnio mięśnia ku górze, a dalej dobrze rozważyć, jak daleko oddzielić mięsień od torebki Tenona i jak

[1]) Według odczytu, wygłoszonego na I zjeździe okulistów polskich w Warszawie (1921).

daleko założyć szew. Po założeniu tego katgutowego szwu nie związujemy go jeszcze, lecz najpierw zakładamy szew jedwabny sposobem podanym przez Weckera na mięsień poza szwem katgutowym. Po odcięciu kawałka mięśnia wraz z trzymanem przez hak ścięgnem związujemy najpierw silnie szew katgutowy, którego węzeł zostaje pod spojówką tak, że brzegi mięśnia i ścięgna zachodzą na siebie, i teraz dopiero ściągamy równocześnie oba szwy Weckera. Gałka oczna, w ten sposób ściągnięta, ustawia się w zezie zbieżnym. Wystarcza opatrunek na jedno oko. Dnia 5 lub 6-go wyjmuje się nitki jedwabne. W ciągu 2 tygodni wyrównuje się fałd spojówki zupełnie i pozostaje biała blizna, jak po tenotomji. Zaznaczyć trzeba, iż lepiej jest wyciąć mięsień względnie ścięgno, aniżeli je fałdować, gdyż powstałe po sfałdowaniu mięśnia zgrubienie spojówki w miejscu blizny może szpecić gałkę oczną. Zabiegiem, w ten sposób wykonanym, nie tylko skracamy odcinek działający mięśnia, ale także zapewniamy dokładne przyleganie brzegów rany do siebie, umożliwiając im zgojenie pewne i trwałe. W każdym zaś wypadku liczyć możemy, że gdyby jeden z tych szwów rozluźnił się, to pozostaje drugi i sam może zapewnić względnie dobry wynik. Operacja ta, po dokładnem znieczuleniu miejscowem, nie jest bolesna i trwa tak samo długo, jak antepozycja, wykonana sposobem Weckera. Leczenie pooperacyjne nie daje żadnych powikłań. Najlepiej nadają się do tego zabiegu zastarzałe przypadki zeza rozbieżnego dużego stopnia, zwłaszcza przy jednostronnej ślepocie, bo wtedy i dla chorego jest korzystniejsze, gdy operację wykonujemy tylko na jednem oku, a nie rozdzielamy jej na obydwa oczy. W spostrzeganiu klinicznem przeszło od roku mamy już 6 przypadków zeza rozbieżnego wysokiego stopnia, w którym kąt zeza, perymetrem oznaczony, przed operacją wynosił około 50°, i jeden przypadek równie silnego zeza zbieżnego. We wszystkich tych przypadkach operacja, wykonana sposobem wyżej opisanym, wyrównała zez zupełnie (kąt zeza = 0) i wynik ten utrzymuje się u wszystkich chorych dotąd bez najmniejszej zmiany.

Piśmiennictwo.

1) Czermak: Augenärztliche Operationen. — 2) Pflugk: Zur Technik der Schieloperation. Zeitschr. f. Aghk. 1905. — 3) Tensam: Bericht der Ophthalm. Ges. Heidelberg. 1905. — 4) Schweigger: Die Erfolge der Schieloperationen. Arch. f. Aghk. XXIX. 1894. — 5) Müller: Beiträge zur operativ. Augenheilkunde. Klin. Monatsbl. f. Aghk. XXXI. 1893. — 6) Bourgeois: Avancement capsulo-musculaire par doublement et avancement du muscle, Arch. d'ophth. 1906. XXII. Nr. 6. — 7) Frederick Oscar Schwartz: Tenotomy and looping for the surgical correction of strabismus, Americ. Journal of Ophth. 1921.

Dr. Wł. FILIŃSKI, st. asystent kliniki. Warszawa.

Badania nad leukopenja trawienną.

Z I. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.
(Dyrektor prof. Dr. A. Głuziński).

Doniesienie tymczasowe.

Widal, Abrami i Iancovesco[1]) opisali zjawisko leukopenji trawiennej, połączonej ze zmianami w ciśnieniu krwi i w jej krzepliwości. Zespół tych objawów autorowie ci nazwali »*crise hémoclasique*» i uzależnili go od upośledzenia czynności wątroby, a mianowicie jej udziału w ostatecznej przeróbce spożytych substancyj białkowych. Według ich zdania, zespół tych objawów występować może tylko po spożyciu pokarmów, zawierających ciała białkowe. Próba ta miała być tak czułą, że powinna być zużytkowana w klinice do czynnościowego rozpoznawania stanu wątroby.

Późniejsze spostrzeżenia kliniczne nie potwierdziły jednak stałej obecności leukopenji trawiennej we wszystkich schorzeniach wątroby. W klinice naszej miałem możność widzieć przypadki wątroby zastoinowej, kiły wątroby, a nawet ciężkiej żółtaczki, w których ta próba Widal'a wypadła ujemnie. Często natomiast wynik bywa dodatni tam, gdzie klinicznie nie można podejrzewać jakiegokolwiek schorzenia wątroby.

Spostrzeżenia takie nasuwają wątpliwość, czy zjawisko leukopenji trawiennej po spożyciu pokarmów białkowych można uważać za dowód upośledzonej czynności wątroby. Aby tę sprawę rozstrzygnąć, trzeba, zdaniem mojem, przekonać się przedewszystkiem, czy leukopenja rzeczywiście występuje w pewnych razach tylko po spożyciu pokarmów, zawierających ciała białkowe. W tym celu w doświadczeniach swoich używałem wyskoku, podając go choremu pod postacią śniadania Ehrmann'a (15,0:200,0). W spostrzeżeniach moich po spożyciu tego śniadania leukopenja występowała zawsze w tych samych przypadkach, w których zjawiała się i po wypiciu szklanki mleka. Również podanie przez zgłębnik 200,0 wody lodowej powoduje w tychże przypadkach leukopenję, chociaż mniejszą, niż po wyskoku. Podając dalej różne pokarmy, zauważyłem, że, im silniejszym bodźcem jest dana strawa dla błony śluzowej żołądka, tem większa jest następująca po niej leukopenja. Objaśnia to podany niżej przykład, pokazujący zachowanie się białych ciałek krwi u tego samego chorego po podaniu różnych pokarmów.

Pokarm	Ilość leukocytów naczczo przed próbą	Ilość leukocytów po 40 minutach
10. I. Befsztyk	15600	11400
11. I. Mleko	15400	11700
12. I. Wyskok	16700	13700
13. I. Śniadanie Ewald'a	14500	12300
14. I. Białko jaja	16100	13900
15. I. Woda lodowa	15600	14600

Wspomniane spostrzeżenia nasunęły mi myśl, czy w powstawaniu leukopenji trawiennej nie gra większej roli sposób oddziaływania danego pokarmu na błonę śluzową żołądka lub na jego aparat nerwowy, niż skład chemiczny wprowadzonego pokarmu. Stosując lewatywy z tych samych pokarmów, które podawałem przez usta, miałem możność przekonać się, że leukopenja nie zależy od zmian błony śluzowej żołądka, względnie od pracy jego gruczołów. Po takiej lewatywie leukopenja występowała tak samo, jak i po spożyciu tegoż pokarmu przez usta. Również należy zaznaczyć, że, gdyby tu układ nerwowy grał rolę, to odnieść byto należało nie do układu nerwowego żołądka, lecz, do całego przewodu pokarmowego.

Mam tu na myśli cały układ wegetacyjny. Wobec tego postanowiłem przekonać się, jaki jest odczyn białych ciałek krwi na podanie pokarmu po uprzedniem zadziałaniu na ten układ nerwowy środkami farmakologicznemi. W tym celu w przypadkach, w których poprzednio nie stwierdzono leukopenji trawiennej, stosowałem podskórnie atropinę, pilokarpinę i ezerynę. Wynik tych badań pouczył mnie, że pilokarpina i ezeryna nie wywierają żadnego wpływu, natomiast atropina w dawce 0,001 (atrop. sulf.), wstrzyknięta na 5 minut przed wypiciem szklanki mleka, wywoływała w tych przypadkach leukopenję trawienną.

Atropina w warunkach prawidłowych ma nie wywierać wpływu na zakończenia nerwowe w błonie śluzowej przewodu pokarmowego, pobudza ona natomiat splot Auerbach'a, wskutek czego otrzymujemy hypertonję przewodu pokarmowego. Taka hypertonja jest, między innemi objawami, wyrazem stanu t. zw. wagotonji. To też, gdyby tak było, należałoby leukopenję trawienną stwierdzić u wagotoników i zaliczyć ją również do cech wagotonji. I rzeczywiście w przypadkach, które można zaliczyć do wagotonji, a w których o cierpieniu wątroby nie można było myśleć, stwierdziłem to zachowanie się białych ciałek krwi.

Faktem jednak jest niezbitym, że leukopenję trawienną spotyka się rzeczywiście najczęściej właśnie w chorobach wątroby. Objaśnienie tego zjawiska, nie uciekając się do czynnościowej niedomogi wątroby, nie będzie wcale trudne. Przedewszystkiem trzeba zaznaczyć, że leukopenja trawienna występuje najwybitniej w schorzeniach wątroby, połączonych z żółtaczką. Zatrucie zaś żółcią, a właściwie kwasami żółciowemi, powoduje podrażnienie nerwów błędnych czyli wywołuje wagotonję. Szczegół ten mógłby nam tłómaczyć częstość leukopenji trawiennej w chorobach wątroby, połączonych z żółtaczką. Idąc dalej, możemy znaleźć wytłumaczenie, dlaczego nieraz w bardzo silnej żółtaczce, ale długotrwałej, pochodzenia mechanicznego, próba Widal'a wypada ujemnie. Jak wiadomo, w stanach przewlekłych żółtaczek wątroba z biegiem czasu wytwarza coraz mniej kwasów żółciowych. To też wtedy krąży ich w ustroju tak mało, że nie są w stanie wywołać podrażnienia nerwów błędnych i pośredniczyć

[1]) Presse Médicale, 1920. N. 91 str. 893.

w wystąpieniu leukopenji trawiennej, pomimo istniejącej niedomogi czynnościowej wątroby.

By znaleźć potwierdzenie wypowiedzianych tu uwag, podawałem żółć do żołądka osobom zdrowym, a więc z prawidłową czynnością wątroby, u których poprzednio nie było można wywołać leukopenji trawiennej. Dawałem żółć zgęszczoną *(fel tauri inspissatum)* naczczo na 3 godziny przed wykonaniem próby, w ilości 3,0—5,0, i otrzymywałem u tych osobników leukopenję trawienną. Takie same wyniki otrzymałem, podając 3,0 żółci suszonej *(fel tauri siccum)*. Wystąpienie zaś leukopenji trawiennej w tych warunkach popiera myśl moją, wyżej wyrażoną.

Wobec tych wszystkich spostrzeżeń byłbym zdania, że leukopenja trawienna jest prawdopodobnie wyrazem pewnego zaburzenia równowagi w układzie nerwowym wegetacyjnym. Będzie to wagotonja ogólna lub miejscowa przewodu pokarmowego, która może być stałą lub przejściową (żółtaczka).

Częściowe potwierdzenie tego przypuszczenia znajduję w ostatnich obserwacjach klinicznych. W roku bieżącym Galup[2]) ogłosił, że u 77% astmatyków, a więc u ludzi z dysharmonją w układzie nerwowym wegetacyjnym, udało mu się wywołać *»hémoclasie digestive«*. O swoich własnych spostrzeżeniach już wspomniałem wyżej.

Dr. KAROL RYDER. Będzin.

O zakażeniu dróg moczowych w wieku dziecięcym z pokazem odczynu Donnégo.

Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Zagłębia Dąbrowskiego w 1921 r.

Finkelstein (1) mówi, że u dziecka przy każdym stanie gorączkowym, którego przyczyny zwykłym sposobem badania nie możemy wykryć, musimy się liczyć z możliwością istnienia zajęcia wyprowadzających dróg moczowych. Tego samego uczą nas Heubner (2) i Salge (3) i obecnie należy do przykazań każdego pedjatry i lekarza, mającego do czynienia z dziećmi, pamiętać o tej możliwości. Lecz nie zawsze tak bywa.

W podręczniku Gerharda mówi Bokai (4), że często przy sekcjach dzieci, zmarłych z powodu zaburzeń kiszkowych, znajduje się zupełnie nieoczekiwanie zapalenie miedniczek nerkowych, za życia bardzo rzadko rozpoznane. To samo mówi o zapaleniu pęcherza moczowego. Spotyka się je w wieku dziecięcym bardzo rzadko: szczególniej tyczy się to pierwotnego, samoistnego zapalenia pęcherza, wtedy, gdy wtórne zapalenie spotykane bywa znacznie częściej, np. już w każdym przypadku kamieni nerkowych. Równie często na sekcjach dzieci, zmarłych z powodu różnych innych chorób ostrych i przewlekłych, stwierdzano zapalenie pęcherza moczowego, za życia nie rozpoznane. A Barthez i Rillet (4) zaznaczają nawet, że nieżyty, zapalenia pęcherza moczowego są tak rzadkie, że oni sami, nie spotkawszy się z niemi nigdy, muszą odesłać czytelników do podręczników, traktujących o chorobach dróg moczowych. Z reszty starszych autorów, których nazwiskami nie będę nużył Sz. Kolegów, jedni albo wcale nie wspominają o tej chorobie, albo mówią o niej kilka słów tylko, inni (Romberg) (4) uważają, że właściwe zapalenie pęcherza moczowego spotykamy bardzo rzadko, częściej natomiast spostrzegamy sprawy nieżytowe jego błony śluzowej.

Ze wszystkich tych prac wynika, że samoistne zapalenie pęcherza moczowego jest w wieku dziecięcym wielką rzadkością.

Dopiero pierwszy Escherich (5) w roku 1894 zwrócił uwagę na samoistne ropne zapalenie pęcherza moczowego i dowiódł licznemi i dokładnemi badaniami, że choroba ta nie jest tak rzadką w wieku dziecięcym, jak dotąd ogólnie mniemano.

W tych pierwszych liczniejszych przypadkach (tyczyły się one wyłącznie dziewcząt, co miało pewne znaczenie dla wytłómaczenia powstania choroby, do czego niżej powrócę) była mowa wyłącznie o zapaleniu pęcherza moczowego. Potem ukazały się dalsze prace Finkelsteina (6) Trumpa (7), którzy chorobę tę określają też mianem *cystitis*, lecz podają wyniki sekcji, wskazujące i na to, że możliwe jest zajęcie przez sprawę chorobową pęcherza albo miedniczek nerkowych oddzielnie, w niektórych zaś przypadkach i pęcherza i miedniczek nerkowych jednocześnie. Lecz materjał ich jest zbyt szczupły, aby z niego można było stworzyć regułę dla wszystkich przypadków. I otóż, ponieważ z biegiem czasu możliwość zajęcia dróg moczowych u dzieci zostaje coraz więcej uznana przez ogół lekarzy i utrwalone zostają różne postacie kliniczne, od najlżejszego stanu do ciężkiego zachorowania z dużą gorączką skaczącą, zajęciem układu nerwowego, nieomal stanem posoczniczym, więc dalsze prace zajmują się mniej kazuistyką i opisem przebiegu choroby, jak i wyjaśnieniem następujących pytań:

1) jaka jest siedziba sprawy chorobowej,

2) jakie są przyczyny powstania danej choroby i jej zarazki chorobotwórcze,

3) jakie są drogi, któremi zakażenie dostało się do tych narządów.

Omówieniem tych trzech pytań zajmę się poniżej.

Goeppert (8) spostrzegał przeszło 100 przypadków, w których występowały dość ciężkie objawy kliniczne tak, że w niektórych przypadkach myślano o zapaleniu płuc, durze brzusznym, zapaleniu opon mózgowych, nic zaś nie wskazywało na zajęcie dróg moczowych. Dopiero badanie moczu wykrywało istotę choroby. Jeżeli by więc w tak ciężkich przypadkach, siedziby choroby należało szukać w pęcherzu, wtedy musielibyśmy oczekiwać wybitniejszych objawów ze strony tego narządu. Ponieważ tego nie było, więc Goeppert skłania się więcej do rozpoznania zapalenia miedniczek nerkowych, przy którem klinicznie pęcherz wcale nie jest zajęty, albo tylko nieznacznie. Tylko w niektórych, nielicznych przypadkach zapalenie pęcherza występuje na pierwszy plan. Proponuje więc dla określenia zajęcia dróg moczowych u dzieci nazwę *pyelocystitis* z zaakcentowaniem pierwszej części nazwy. Lecz nie wszyscy się z tem zgadzają. Finkelstein (1), który w pierwszych pracach, jak widzieliśmy, używa określenia *cystitis*, w podręczniku swoim o chorobach osesków mówi jednak o *pyelitis* i te uważa za przeważające, choć nie wyklucza możliwości istnienia samoistnego zapalenia pęcherza moczowego. Natomiast Heubner (2) w swoim podręczniku traktuje na równi tak zapalenie miedniczek nerkowych, jak i pęcherza, poświęcając każdemu schorzeniu oddzielny rozdział.

Trudność różniczkowania polegała na tem, że ocena podmiotowych objawów u dzieci jest bardzo niepewna i dowolna, a najbardziej objektywna, ustalająca rozpoznanie metoda, zgłębnikowanie moczowodów, jest w większości przypadków niedostępna, aczkolwiek Finkelstein (l. c.) podaje, że u dzieci już w drugiej połowie pierwszego roku życia, naturalnie u dziewczynek, zgłębnikowanie moczowodów jest możliwe. Ostatniemi czasy coraz częściej stosuje się sposób ten u nieco starszych dziewczynek i wtedy, naturalnie, rozpoznanie daje się najłatwiej i najpewniej ustalić. Pozatem takie objawy, jak ból na ucisk nerki, ewentualne wyczuwanie powiększenia jej, przemawiają za zajęciem nerki, czy jej miedniczek, lecz objawy te w większości przypadków, albo nie dają się ustalić, albo ich brak zupełnie. Z drugiej strony często przy ustalonem zajęciu pęcherza moczowego brak tak zwykłych objawów, jak wzmożone parcie, zwiększona częstość oddawania moczu, wrażliwość pęcherza na ucisk i t. p.

Również mało pewności co do siedziby choroby daje nam badanie moczu.

Heubner (9) starał się z ilości ropy w moczu, zebranym z całej doby, wywnioskować o miejscu zakażenia i przypuszczał, że przy zapaleniu miedniczek nerkowych ma jej być mniej, aniżeli przy zapaleniu pęcherza moczowego, lecz ilość ropy jest zmienną, zależnie od trwania sprawy chorobowej i od ogólnego stanu dziecka. Rozenfeld (10) znajdował, że pojedyńcze ciałka ropne są lepiej zachowane, jeżeli pochodzą z pęcherza, a gorzej, jeżeli z miedniczek nerkowych, czego nie może potwierdzić Heubner. Czy leżą one pojedyńczo, czy zbijają się w grupki, nie zależy też od tego, z której części dróg moczowych pochodzą.

[2]) Presse Médicale, 1922. N. 9. str. 93.

Obecność czerwonych ciałek krwi uważa Heubner za dowód zajęcia wyłącznie pęcherza, choć to nie zgadza się u dorosłych z danemi Frischa, który twierdzi, że obecność krwinek w moczu dowodzi właśnie zajęcia miedniczek nerkowych. Długi czas starano się przywiązywać dużą wagę przy stawianiu rozpoznania do znajdowanych w moczu nabłonków, które powinnyby posiadać różny wygląd, zależnie od miejsca pochodzenia, lecz w nowszych pracach nie znajdujemy powoływania się na ten szczegół.

Tak samo mało przyczyniają się do wyjaśnienia obchodzącej nas sprawy: barwa moczu, jego ilość, odczyn, mniejsza lub większa ilość znajdujących się w nim drobnoustrojów, czy wreszcie zawartość białka w moczu. Wszystkie te cechy są zmienne i mogą wskazywać tak na zajęcie pęcherza, jak i miedniczek nerkowych.

Z innych objawów, towarzyszących zajęciu dróg moczowych, starano się z przebiegu ciepłoty wysnuć wnioski, lecz i tutaj nie udało się ustalić nic pewnego, gdyż ataki ciepłoty podniesionej, trwającej kilka dni do kilku tygodni, o zwalniającem, mało charakterystycznem tempie (w ciężkich przypadkach wysoka, posocznicza gorączka, dreszcze i upadek sił) zdarzają się przy zakażeniu miedniczek nerkowych, zaś przy zapaleniu pęcherza spostrzegamy nieprawidłowe wahania gorączki, z dużemi nasileniami, czasami też kilka dni ciepłotę o więcej ciągłym charakterze, potem znowu kilka dni stan podgorączkowy, jednem słowem, i w jednym i w drugim przypadku bardzo zmienny obraz krzywej ciepłoty. A przy niezatamowanym odpływie ropnego moczu zapalenie miedniczek nerkowych może tak samo przebiegać bez podniesienia ciepłoty, jak i podostre, albo chroniczne zapalenie pęcherza moczowego. Wobec tych trudności ustalenia drogą badania klinicznego rozpoznania w stronę zapalenia pęcherza, czy miedniczek nerkowych, Thiemich (11) skłania się na ogół do zaniechania takiego podziału na zapalenie miedniczek i pęcherza i przyjmuje dla większości spostrzeganych przez siebie przypadków określenie Goepperta »*pyelocystitis*«, które wypowiada, że w wieku dziecięcym, szczególnie u osesków, należy miedniczki nerkowe, moczowody i pęcherz uważać za jednolity układ. Układ ten przy zakażeniu zostaje cały zajęty: naturalnie w jednym przypadku może być silniej zaatakowana jedna część tego układu, w innym druga.

Ale oprócz tych zanotował Thiemich (l. c.) kilka bardzo ciężkich przypadków, wskazujących klinicznie na zajęciem dróg oczowych, jednak sekcyjnie nie udało się wykryć zmian w drogach moczowych odprowadzających w jakiejkolwiek ich części, leżącej poniżej nerki. Natomiast we wszystkich tych przypadkach nerki były zasiane małemi ropniami, mieszczącemi się przeważnie w korze, od których szły żółte pasma w głąb nerki. W niektórych miejscach widoczne były nacieczenia i blizny, jako oznaki gojenia się sprawy poprzedniej. Otóż dla tych przypadków, w których uderza taki kontrast pomiędzy ciężkiemi objawami klinicznemi, a brakiem zmian w miedniczkach czy pęcherzu, nie wystarcza nazwa *pyelocystitis*. Tutaj należy rozpoznać *pyelonephritis* — zapalenie miedniczek nerkowych i nerki.

W czerwcu 1913 r. w jednem z towarzystw lekarskich w Berlinie wygłosił Langstein (12) odczyt o zapaleniu miedniczek nerkowych, w którym omawia zarówno przyczyny powstania, jak i różne kliniczne postacie tej choroby, zwracając uwagę na niektóre nowe przejawy jej, szczególnie na krwiomocz. W bardzo ożywionej dyskusji, w której brali udział wybitni pedjatrzy berlińscy, mówcy zgadzali się na ogół z jego definicją. Tylko Czerny zajął odrębne stanowisko, z którego wynikało, że nie bywa zapalenia miedniczek nerkowych bez zapalenia nerek.

Jak widzimy: do ostatnich czasów nie udało się rozstrzygnąć pierwszej, obchodzącej nas sprawy, sprawy umiejscowienia zakażenia dróg moczowych. Jedni uznają istnienie samoistnych stanów zapalnych zarówno pęcherza jak i miedniczek nerkowych, inni nie rozgraniczają tych narządów, obejmując odnoszące się tutaj zachorowania jednem mianem *pyelocystitis*, jeszcze inni uważają za niedostateczne powyższe definicje i dodają jeszcze *pyelonephritis* dla najcięższych obrazów klinicznych.

Jeszcze rozmaitszemi od poglądów powyższych, są, podawane przez różnych autorów, przyczyny powstania omawianego przez nas cierpienia. Dadzą się one ująć w dwie ogólne grupy, a mianowicie: przyczyny usposabiające i przyczyny wywołujące.

Do przyczyn pierwszej grupy należy przedewszystkiem płeć dziecka, gdyż, jak wszyscy bez wyjątku autorzy stwierdzają, większość spostrzeganych przypadków dotyczy dziewczynek, aczkolwiek ilość opisanych przypadków chłopców coraz więcej wzrasta. Tak n. p. podają Trumpp (7) na 28 przypadków 7 chłopców, Goeppert (8) na 104 przypadków 11 chłopców, Cornelia de Lange (13) na 60 przypadków 20 chłopców, Finkelstein na 80 przypadków 22 chłopców, Fraenkel na 200 przypadków 20 chłopców.

Co do wieku, aczkolwiek Finkelstein już w pierwszych 14 dniach życia spotykał omawianą przez nas chorobę, to jednak najczęściej występuje ona w 2—4 półroczu, podług Goepperta zaś w 2 i 3 kwartale pierwszego roku życia, w 4, 5 i 6 kwartałach spotykamy ją dwa razy rzadziej, a w drugiej połowie 2-go roku zaczyna choroba występować jeszcze znacznie rzadziej.

Rodzaj odżywiania, szczególniej u osesków, nie wywiera żadnego wpływu na powstawanie zakażenia dróg moczowych, gdyż nawet dzieci przy piersi będące zapadają na nie.

Nieczystość w utrzymywaniu dzieci odgrywa dużą rolę w powstawaniu tego zachorowania. Pewnym wskaźnikiem co do tego może być klasa, z której rekrutowały się dzieci, spostrzegane przez Goepperta:

niższa klasa dostarczyła	62	przypadków
średnio zamożna	36	«
zamożna	4	przypadki

Z tem niezupełnie zgadza się Finkelstein, gdyż dość często spostrzegał przypadki u dzieci, otoczonych najtroskliwszą opieką.

Co do pory roku, największą ilość przypadków notuje Goeppert w letnich miesiącach: od maja do sierpnia, co tłómaczy wyprzeniem skóry wokoło organów płciowych, spowodowane poceniem się. Zaś z zestawienia przypadków Finkelsteina, dokonanego przez Friedenthala (1), wynika zupełnie przeciwnie, że większość przypadków widzimy w jesieni i zimie, coby się zgadzało ze zdaniem Heubnera, że przeziębienie dolnej części ciała, siedzenia i nóg może odgrywać pewną rolę w powstawaniu zapalenia pęcherza. Bokai zaś powiada, że dość często szukamy przyczyny w przemoczeniu dolnych kończyn i tłómaczymy powstające potem zapalenia pęcherza zaburzeniem w miejscowem krążeniu krwi, spowodowanem nagłem oziębieniem. Jeżeliby tak było, to takie samoistne zapalenie pęcherza byłoby spotykanem znacznie częściej, aniżeli w rzeczywistości bywa. To też Finkelstein dochodzi do wniosku, że pod wpływem różnych przyczyn, niemających nic wspólnego z pogodą, większość przypadków gromadzi się w różnych porach roku.

Najczęstszą przyczyną, wywołującą zajęcie dróg moczowych, jest osłabienie ustroju dziecka przez inną chorobę. Tutaj występuje na widownię cała litanja chorób, w których przebiegu albo następstwie występuje zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza.

Na pierwszym planie stoją ostre choroby osutkowe, z których najczęściej wymieniają płonicę, odrę, ospę, zarówno prawdziwą jak i wietrzną, podczas których omawiane cierpienie występuje w okresie łuszczenia się albo odpadania strupów.

Naturalnie, że i inne choroby zakaźne, jak dur, cholera, influenza, (tą ostatnia szczególniej u osesków), koklusz, też w dość znacznym stopniu przyczyniają się do powstawania zapalenia miedniczek nerkowych i pęcherza.

Podzielone są zdania co do częstości występowania powikłań ze strony dróg moczowych przy zaburzeniach kiszkowych, a rozstrzygnięcie tej sprawy ma też wpływ na niżej obchodzącą nas sprawę sposobu powstawania zakażenia pęcherza i miedniczek nerkowych. Tutaj zaznaczam, że jednak większość autorów notuje często długotrwałe rozwolnienia,

poprzedzające powstanie zapalenia pęcherza moczowego, czy miedniczek nerkowych.

Naturalnie, że przy wszelkich sprawach ropnych w narządach, połączonych bezpośrednio z miedniczkami nerkowemi lub pęcherzem, a więc nerkach i pochwie, mogą *per continuitatem* przejść zarazki na miedniczki lub pęcherz i spowodować tam ropienie, czego też przykłady spotykamy w piśmiennictwie.

Urologja wymaga obecności przekrwienia, urazu i zastoju moczu dla powstania zapalenia miedniczek nerkowych lub pęcherza, więc każda choroba, czy każda inna przyczyna, która tym wymaganiom odpowiada, może być powodem ropienia dróg moczowych. A takich przyczyn może być bardzo dużo, to też różni autorzy, poza wyżej przytoczonemi, przytaczają różne inne przyczyny, które w każdym poszczególnym przypadku wywołały to ropienie, że wymienię tylko niektóre jak: 1) kamienie dróg moczowych, będące najczęściej przyczyną ropienia i, jak mówi Bokai (l. c.), w każdym przypadku kamienia stwierdzamy zapalenie miedniczek nerkowych, albo pęcherza moczowego, zależnie od tego, gdzie kamień leży;

2) ciała obce, które dostały się do pęcherza moczowego czy to w celach leczniczych (np. cewnik stały, bougie), czy w celach masturbacyjnych (szpilki do włosów, włos kobiecy, którym był obwiązany zwinięty w wałeczek papier, wprowadzony do cewki, włókna tkaniny z ubrania, które przy tarciu dostały się do cewki, a z niej do pęcherza itp.), czego przykłady były przedmiotem różnych publikacyj. Również, jako ciała obce, należy traktować niektóre pasorzyty, dostające się do dróg moczowych i wywołujące w nich ropienie (*Oxyuris, Echinococcus*).

3) Następuje cała grupa ostrych ciał, wprowadzonych do ustroju i wydzielanych przez mocz, mianowicie kantarydyna (dawniej często używana u dzieci jako plaster), terpentyna, balsam kopaiwiany, kubeba i inne środki balsamiczne, zarówno jak i niektóre ostre środki moczopędne. Duże dawki kwasu salicylowego posiadają także podobne własności.

4) Jako przygodne przyczyny, które w poszczególnych opisanych przypadkach powodowały powstanie ropienia w drogach moczowych, spotykamy jeszcze w piśmiennictwie zgorzel pępka u noworodka, przechodzącą na pęcherz (Bednar), w jednym przypadku chorobę Hirschsprunga, jako przyczynę powstania zapalenia miedniczek nerkowych (Langstein 12).

5) Przy bardzo ciężkich schorzeniach, jak ropnica, cholera, krwawa postać ospy, przychodzi czasami do zapalenia miedniczek nerkowych o charakterze błoniczym, a przy plamicy Werlhof'a, gnilcu (scorbut) spotykamy formę krwotoczną zapalenia miedniczek nerkowych.

Aczkolwiek w przytoczonych wyżej przyczynach odróżniłem już przyczyny, usposobiające od wywołujących stany zapalne w miedniczkach nerkowych i pęcherzu moczowym, jednak i te ostatnie należą właściwie do usposabiających, gdyż właściwą przyczyną są w rezultacie zawsze drobnoustroje, one to rozwijają swoją działalność na przygotowanem przez powyższe przyczyny podłożu, gdyż zwykle zdrowa, prawidłowa błona śluzowa dróg moczowych daje sobie radę z przenikającemi do nich drobnoustrojami. Dowodem tego jest obserwowana często bakteriurja, nie wywołująca absolutnie żadnych objawów chorobowych. A więc przytoczone powyżej choroby zmieniają błonę śluzową pęcherza i miedniczek nerkowych w ten sposób, że bakterje, przedostające się na nie, mogą wywołać ropienie.

Jakie bakterje spotykamy przy ropieniach dróg moczowych?

Jak już wspomniałem, Escherich (5) pierwszy zebrał większą ilość obchodzących nas przypadków i wykazał analogję przyczynową z zapaleniem pęcherza u dorosłych, dla których już dawno za przyczynę wywołującą uznano bakterję okrężnicy (B. coli com.). Po odczycie Eschericha zebrano obszerny materjał o zapaleniu pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych u osesków i starszych dzieci, wskazujący na bakterję okrężnicy, jako wywołującą zakażenie. Na zasadzie tych spostrzeżeń ustalono nawet nazwę *colicystitis*, której i teraz często się używa.

Z biegiem czasu i z pomocą ulepszonych bakterjologicznych sposobów badania, udało się wykazać, że duża część zakażeń dróg moczowych zostaje spowodowaną nie bakterją okrężnicy, lecz różnemi innemi bakterjami. A więc różni autorzy wykrywali w tych przypadkach w moczu gronkowce, paciorkowce i inne. Pewne znaczenie kliniczne posiadają nadzwyczaj uporczywe, trwające miesiące i lata, zapalenia dróg moczowych, wywołane prątkiem odmieńcem (Bacill. proteus). W niektórych przypadkach spotykano bakterję dwudzielną (Bac. bif. com.). Również podczas zakażenia tyfusem, i paratyfusem spostrzegano zapalenia dróg moczowych.

Na szczególniejszą uwagę zasługują laseczniki Kocha, gdyż, jak wykazali Załęski i Nitsch (14), gruźlicze zapalenie pęcherza zdarza się znacznie częściej, aniżeli dotąd przypuszczano. Na 4 przypadki udało się tym autorom wykryć 3 razy, przy pomocy badania drobnowidowego i doświadczenia na zwierzęciu, zakażenie gruźlicze.

Wystarczy nadmienić tylko o tem, że naturalnie i dwoinka wiewiórowa (*Gonococcus*) może wywołać zapalenie pęcherza moczowego i miedniczek nerkowych.

Inni autorzy wykrywali malutkie bakterje, które zaliczali do grupy bakteryj grypy, jeszcze innym udawało się wyhodować bakterje z otoczką, i bakterje Boas-Opplera. Bagiński (15) wyhodował prątek ropy błękitnej (*Pyocyaneus*). Wreszcie dużą rolę w powstawaniu ropienia dróg moczowych odgrywają pewne bakterje, należące do grupy okrężnicy. Ponieważ Escherich w badaniach swych dał obszerny opis wszystkich własności, zarówno morfologicznych, jak i biologicznych i chorobotwórczych, więc bakterje okrężnicy, odpowiadające tylko pewnej części tych wymagań, lecz różniące się, czy to pod względem wyglądu, ruchliwości, czy własności biologicznych, należy zaliczyć do grupy okrężnicy, ale nie utożsamiać ich z tą ostatnią. Ponieważ różni autorzy i z tych bakteryj wyhodowali kilka odmian, różniących się od siebie którąkolwiek z własności (jak np. brakiem tworzenia indolu, lub gazu w buljonie z cukrem mlecznym) przeto Gilbert (16) ugrupował je w 5 różnych typów jednej grupy, nazwanej *Paracoli*.

Pozatem różni autorzy w poszczególnych pojedyńczych przypadkach hodowali jeszcze inne bakterje, które nie mają wielkiego ogólnego znaczenia, więc i wyliczanie ich niema wielkiego celu. Należy tylko o nich pamiętać, chcąc w każdym danym przypadku zastosować swoiste leczenie szczepionkami, o których jeszcze niżej wspomnę. Ale wtedy trzeba i tak przeprowadzić dokładne badanie bakterjologiczne i postarać się zróżniczkować znaleziony zarazek, co naturalnie nie jest łatwem zadaniem.

Z przytoczonych danych widać, że, aczkolwiek zapalenie wyprowadzających dróg moczowych może być wywołane najróżnorodniejszemi bakterjami, jednak większość autorów zgadza się na przypisywanie głównej roli bakterji okrężnicy, która z jelit dostaje się jakimś sposobem do pęcherza moczowego, względnie miedniczek nerkowych i tam wywołuje ropienie.

Jaką drogą dostają się tam bakterje?

Pomijając rzadko stosowane w wieku dziecięcym cewnikowanie, podczas którego można naturalnie wprowadzić bakterje do dróg moczowych, istnieją 3 możliwości przedostania się bakteryj na błony śluzowe dróg moczowych:

1) Bezpośrednio z odbytnicy przez zanieczyszczenie szpary sromowej, a przez nią do cewki i dalej w górę.

2) Istnieje możliwość przedostania się bakteryj z jelita przez jego ścianę, tkankę łączną, oddzielającą jelito od pęcherza, i przez ścianę tego ostatniego na jego błonę śluzową.

3) Wreszcie przez krwiobieg i to albo przez naczynia, doprowadzające krew do błony śluzowej tych narządów bezpośrednio, albo przez naczynia nerki, przez którą, wraz z moczem, zostają wydzielone na błonę śluzową miedniczek nerkowych, czy pęcherza moczowego.

Pierwszy sposób wytłómaczenia nasuwał się sam przez się przy pierwszych spostrzeganych przypadkach, które, jak zaznaczyłem wyżej, dotyczyły wyłącznie, a przy następnych w przeważającej ilości, dziewczynek. Różnica w budowie

cewki dziewcząt i chłopców wskazuje na taką możliwość. Krótkość cewki i niedostateczne zamknięcie pęcherza przy pewnych położeniach dziecka są decydującemi momentami. Szczególniej podczas wolnych wypróżnień, które zalewają szparę sromową, zarazki łatwo mogą dostać się do cewki. W cewce, w której normalnie znajdowano bakterje okrężnicy, często oddawany mocz stanowi podatne podłoże dla dalszego ich rozwoju. Stąd droga do pęcherza niedaleka i, jeżeli bakterje znajdą tam odpowiednie warunki, o których mówiłem wyżej, to zapalenie pęcherza gotowe. To też to wytłómaczenie powstawania omawianego cierpienia było długi czas uznane niemal za regułę, aż zaczęto spotykać takie same zachorowania u chłopców, nigdy dotąd nie cewnikowanych, a więc u takich, u których było wykluczone wprowadzenie bakteryj z zewnątrz. Gromadzenie coraz liczniejszych przypadków zajęcia dróg moczowych u chłopców zachwiało utrwalonem przedtem mniemaniem. Jeżeli zaś uznamy, że zakażenie błony śluzowej pęcherza i części wyższych u dziewcząt powstaje nie wskutek zwyczajnej wędrówki bakteryj z cewki w górę, lecz wskutek posuwania się procesu zapalnego *per continuitatem* z błony śluzowej cewki na błonę śluzową części wyżej leżących, wtedy tłómaczenie to daje się zastosować i do chłopców. Jednak należy dodać, że zapalenie cewki moczowej u chłopców zdarza się tylko na tle rzeżączki. Nawet wtedy, gdy istnieje silne zapalenie żołędzi (*balanitis*), jakie widujemy często w 2 i 3-cim roku życia u czołgających się po podłodze dzieci, ogranicza się zapalenie błony śluzowej cewki do części przedniej i nigdy nie dochodzi do zapalenia błony śluzowej tylnej części cewki, lub do zapalenia pęcherza. Wobec tego zaś, że u chłopców odbytnica na znacznej przestrzeni przylega do pęcherza moczowego, zaczęto przypuszczać możliwość bezpośredniej wędrówki zarazków z odbytnicy do pęcherza.

I tu naturalnie istnieją dowody za i przeciw. Za wędrówką bakteryj z jelita do pęcherza przemawia przeważająca ilość przypadków, w których wyhodowano bakterje okrężnicy. Za dowód tego, że przyczyną powstawania sprawy ropnej w drogach moczowych są bakterje z jelita, służył pewien czas odczyn nitkowaty Pfaundlera (17) (*Fadenreaction*), który polegał na tem, że surowica krwi chorego na »Colicystitis«, krwi, wziętej podczas stanu gorączkowego, aglutynowała w wyższym stopniu, bo w rozcieńczeniu 1 : 30—1 : 200, bakterje wyhodowane z moczu tego chorego. Lecz wyniki były bardzo niestałe i trudno było z nich wywnioskować, czy surowica nie nabierała tych własności aglutynujących pod wpływem bakteryj okrężnicy, przebywających, jak. zwykle, w jelitach.

Jeżeli zaś w niektórych przypadkach nie udawało się wyhodowanego z moczu zarazka odnaleść w masie bakteryj jelitowych, to jednak możemy uważać zakażenie za powstałe z jelita, gdyż, jak powiadają Rach i Reuss (18), właśnie ta izolacja, która się nie udała człowiekowi, udała się naturze. Natura dostarczyła w ropie pęcherza i miedniczek nerkowych czystej hodowli zarazków, które z całej masy jedyne przeszły z jelita na drogi moczowe i tam wywołały ropienie. Autorowie ci idą nawet dalej i utrzymują, że prawdopodobnie te same bakterje, które znajdujemy w moczu, wywołały i zaburzenia jelitowe, poprzedzające ropienie z dróg moczowych, i dlatego po zakończeniu sprawy w jelitach można do pewnego stopnia, po zbadaniu zapalenia pęcherza, powiedzieć, jakie bakterje wywołały zaburzenia w jelitach. Istnienie tych zaburzeń przed powstaniem sprawy ropnej w drogach moczowych większość autorów uważa za *conditio sine qua non* przejścia zarazków z jelit do dróg moczowych. Podstawę do tego dały, po pierwsze przypadki, w których zaburzenia kiszkowe poprzedzały wyraźnie ropienie z dróg moczowych, a powtóre doświadczalne prace Wredena (19), który na królikach dowiódł, że normalna, nienaruszona błona śluzowa jelita nie przepuszcza bakteryj, natomiast uszkodzenie błony śluzowej powoduje przejście bakteryj do pęcherza moczowego i zapalenie tegoż, przyczem w moczu znalazł te same zarazki, co w jelicie. Wyniki te tłómaczyłyby w zupełności powstanie tych przypadków ropienia dróg moczowych, które poprzedzało rozwolnienie mniej lub więcej długotrwałe. Ale przedewszystkiem Denysowi (7) nie udało się potwierdzić danych Wredena, a pozatem Escherich ani razu nie znalazł w moczu bakterji okrężnicy przy krwawej biegunce, aczkolwiek sekcje wykazywały rozległe i dość głęboko idące zniszczenia błony śluzowej jelita. Wobec tego, powiada Trumpp (7), jesteśmy zmuszeni przy zapaleniu pęcherza u chłopców, które miało powstać wskutek przejścia bakteryj jedynie z jelita, przypuścić jakieś niezwykłe zachowanie się czy to błony śluzowej czy bakteryj, o czem na razie nic nie wiemy.

Wreszcie pozostaje jeszcze trzecia możliwość przedostania się bakteryj na błonę śluzową dróg moczowych — przez krwiobieg i naczynia chłonne. Pierwszym dowodem tej możliwości są te choroby, podczas których zarazki krążą we krwi, zostają wydzielone przez nerki i mogą być wykryte w moczu. O ile ta bakterjurja napotka na prawidłową błonę śluzową dróg moczowych, to przejdzie bez objawów, w przeciwnym zaś razie, jak wspomnieliśmy wyżej, może wywołać ropienie. Dalej za możliwością zakażenia drogą przedostania się zarazków przez krwiobieg przemawiają badania Czernego i Mosera (20) i innych, którzy wykazali, że możliwe jest przedostanie się zarazków do krwiobiegu bez wywołania za każdym razem posocznicy. W każdym więc przypadku krążenia bakteryj we krwi może dojść do wydzielania ich przez nerki, a przez to samo do usadowienia się na błonie śluzowej dróg moczowych wyprowadzających i, przy odpowiednich warunkach, wywołania ropienia. Niektóre opisane w piśmiennictwie przypadki, w których bezpośrednio przed powstaniem ropienia dróg moczowych udawało się wykryć we krwi te same, co i w moczu zarazki, przemawiają za zakażeniem drogą krwiobiegu. Jeżeliby się to udawało w każdym poszczególnym przypadku, wtedy sprawa byłaby rozstrzygnięta. Ponieważ zaś tak nie jest, więc i tu musimy pozostawić swobodę wyjaśnienia przypadków różnym autorom.

Przedostawanie się bakteryj do naczyń chłonnych nerek spostrzegał Wunschheim w doświadczeniach nad zwierzętami po zastrzykiwaniu drobnoustrojów do moczowodu. Podaje on, że spostrzegał napewne przejście bakteryj z miedniczek nerkowych i napchanych kanałów moczowych do nerki, ale czy odwrotny proces, bez uszkodzenia nabłonka nerkowego, jest możliwy pozostaje kwestją nierozstrzygniętą. Opisane niedawno specjalne naczynia chłonne pomiędzy okrężnicą a prawą miedniczką nerkową i częstość zapalenia miedniczek nerkowych po stronie prawej zdają się przemawiać za możliwością zakażenia drogą naczyń chłonnych.

I w lecznictwie daje się zanotować pewna zmienność zabiegów w stosunku do panujących poglądów. Mając do czynienia przeważnie z dziewczynkami, u których cewnikowanie, a z jego pomocą i przepłukiwanie pęcherza, było tak łatwe, stosowano prawie w każdym przypadku przepłukiwanie pęcherza, 5—6 razy dziennie, słabym rozczynem kreoliny używanej wtedy ogólnie zamiast karbolu w ilości 30—50,0 gr. Dziś płukalibyśmy rozczynem kwasu karbolowego lub lapisu (1:1000—2000).

Ten sposób leczenia odnosił zwykle bardzo dobre skutki, za wyjątkiem niektórych przypadków, w których, jak się z późniejszych badań okazało, miało się do czynienia nietylko z pęcherzem, ale i z miedniczkami nerkowemi, albo z temi ostatniemi wyłącznie. Naturalnie, że wtedy trudno było oczekiwać dobrych wyników po płukaniach pęcherza. Zarzucono więc stopniowo przepłukiwanie i zwrócono się do leczenia środkami odkażającemi, podawanemi do wewnątrz, a które w pierwszej fazie uważano za pomocnicze. A więc podawano dawniej naftalinę, benzonaftol, kwas kamforowy, teraz salol, urotropinę, hippol, helmitol, cystopurynę i t. p., w niemałych dawkach (1—1,5 gr. dziennie) i niezbyt krótko. Niektórzy, jak Goeppert, podają najpierw salol (po 0,05—0,2 5—8 razy dziennie zależnie od wieku), a po ośmiu do dziesięciu dniach urotropinę, inni widzą dobre skutki po połączeniach salolu z urotropiną, co mogę z własnego doświadczenia potwierdzić. Trochę ostrożniej należy tylko podawać salol u oseskód, gdyż Escherich opisuje przypadek krwiomoczu, który wystąpił po podaniu salolu, choć Finkelstein tego potwierdzić nie może. Przy jednoczesnem zajęciu nerek należy naturalnie zaniechać stosowania salolu, jako preparatu salicylowego, drażniącego.

Nieco dyskusji wywołały dwie metody leczenia: podawanie alkaljów i dużej ilości płynów.

Klotz (21) z kliniki Czernego bardzo zachwala podawanie kalium citricum. Dużą zaletą roślinnych alkaljów jest ich nieszkodliwość. Można oseskom podawać 0,5—1,0 gr. 2—3 razy dziennie i nawet więcej, o ile po 2—3 dniach odczyn moczu nie jest alkaliczny. Finkelstein natomiast spostrzegał u osesków występowanie wolnych stolców, utratę wagi, niepokój i osłabienie, jako skutki zatrucia kalium. Również we wspomnianej wyżej dyskusji w Berlinie Langstein, Dawidson i Goeppert i inni wypowiedzieli się przeciw leczeniu alkaljami; podają dzieciom kompot z borówek, który powoduje kwaśny odczyn moczu, gdyż urotropina ma jakoby działać skuteczniej przy kwaśnym odczynie moczu. Ale i co do tego ostatniego faktu są zdania podzielone. W tejże dyskusji twierdził Lewin, że salol lepiej działa przy odczynie alkalicznym, a urotropina przy kwaśnym, natomiast Langstein tego nie mógł potwierdzić.

Za podawaniem dużej ilości płynów przemawiają bardzo Finkelstein (1) i Thiemich (11), gdyż u małych dzieci brak zwykle tych przyczyn, wywołujących tak znaczny zastój moczu, jak u dorosłych, więc silny prąd płynu, przepuszczanego przez nerki zdoła przemódz istniejący nieznaczny zastój i jednocześnie przepłukać drogi moczowe. Pozatem Finkelstein kładzie duży nacisk na potrzebę wody w ustroju dziecka, gdyż przy braku łaknienia i pragnienia, który zwykle towarzyszy tym chorobom, dzieci mało piją i następuje z tego powodu brak wody w organiźmie, bardzo niekorzystnie odbijający się na dziecku. Każe więc podawać słabą herbatkę albo wody alkaliczne (Vichy, Fachinger, Wildungen i t. d.). Jeżeliby dzieci nie chciały pić wtedy, należy stosować płyny jako lewatywki duże albo kroplowe.

Naturalnie, że obejmujące wszystkie choroby leczenie szczepionkami nie zapomniało o leczeniu zapaleń błony śluzowej dróg moczowych. Dla tego sposobu leczenia ma wielkie znaczenie wykrycie w każdym poszczególnym przypadku zarazka, o czem wyżej wspominałem. Ale wyniki są jeszcze tak nikłe, że ograniczę się (22) tylko do tej wzmianki.

Pewien czas próbowano w klinice Eschericha (17) leczyć dzieci te surowicą krwi kozy, której zastrzykiwano uprzednio bakterje okrężnicy, ale bez dodatnich wyników.

Muszę tu wspomnieć o przemywaniu miedniczek nerkowych za pomocą zgłębnikowania moczowodów (*ureteroskopia*), gdyż, jak powiedziałem, u starszych dzieci, szczególniej dziewczynek, sposób ten jest możliwy do wykonania, a daje podobno bardzo dobre wyniki (23).

Z wszystkiego tego, co miałem zaszczyt przedstawić Sz. Kolegom, wynika tylko jedno z całą pewnością: że u dzieci bywają stany chorobowe z mniej lub więcej wysoką gorączką o różnym typie. z mniej lub więcej ciężkiemi objawami, dla których zwykłym sposobem badania nie można znaleźć przyczyny i które nie wskazują na zajęcie dróg moczowych. Badanie moczu wyjaśnia wszystko. Dlatego, powtarzam, że w każdym niewyraźnym przypadku, w którym chodzi o dziecko gorączkujące bez widocznej przyczyny, a w którym nic na pęcherz moczowy czy miedniczki nerkowe nie wskazuje, należy badać mocz.

W tym celu pozwolę sobie zwrócić uwagę Sz. Kolegów na odczyn nadzwyczaj prosty i dogodny, nie wymagający żadnych aparatów i instrumentów po za probówką i rozczynem wodorotlenku sodowego albo potasowego (*Natr.* albo *Kal. caust.*), odczyn, przy którym moczu nie trzeba ani przesączać ani gotować. Próbą tą posługiwałem się dość długo i w swoim czasie sprawdziłem ją w szpitalu Anny Marji dla dzieci w Łodzi systematycznie na blisko 100 moczach, kontrolując w każdym przypadku wynik pod mikroskopem. Zaznaczam odrazu, że odczynem tym nie można określić, w którem miejscu dróg moczowych tkwi sprawa ropna. Wskaże nam on jedynie, że mocz zawiera ciałka ropne w dostatecznej na to ilości, abyśmy, zobaczywszy pod mikroskopem, rozpoznali zapalenie pęcherza lub miedniczek nerkowych. Wobec wszystkiego, wyżej wspomnianego, wystarcza to najzupełniej i dla tego pozwolę sobie Sz. Kolegom, którzy się tą próbą nie posługują, polecić ją gorąco, a jestem przekonany, że w niejednym ciemnym przypadku nie pożałują nie wiele zużytego czasu i trudu.

Odczyn ten, opisany przez Donne'go, wykonywa się w następujący sposób: 4—5 ccm. świeżo oddanego moczu, względnie przysłanego nie później, jak 24 godz. po oddaniu, nalewamy do probówki. Do tego dodajemy od kilku kropel do 1 ccm., zależnie od stężenia, rozczynu ługu potasowego albo wodorotlenku sodowego. Przy obecności ciałek ropnych w moczu, zależnie od ich ilości, tworzy się mniej lub więcej gęsta galaretowata ciecz. Jeżeli potrząsnąć teraz probówką, to tworzące się przy tem pęcherzyki powietrza, które zwykle w normalnym moczu szybko lecą w górę i rozbijają się na powierzchni, względnie tworzą tam piankę, utrzymują się teraz w miejscu powstania.

Odczyn ten daje wynik dodatni w każdym przypadku, w którym pod mikroskopem znajdujemy ilość ciałek ropnych, wystarczającą do rozpoznania ropienia z dróg moczowych. Ta sama ilość ciałek ropnych przy obecności wałeczków, a więc przy jednoczesnem zapaleniu nerek, daje odczyn ujemny. Dopiero większa ilość ciałek ropnych, pomimo obecności wałeczków, znowu czyni odczyn dodatnim. Możemy więc w każdym przypadku, w którym zwykłem badaniem nie możemy sobie wytłumaczyć chorobliwego stanu dziecka, stanu, o którym wyżej była mowa, a nie mamy podejrzenia na zapalenie nerek, skorzystać z tego nadzwyczaj prostego odczynu, a naprowadzi on nas na właściwą drogę i uchroni od omyłek rozpoznawczych.

Przy pewnej wprawie odczyn ten może służyć także do kontrolowania przebiegu choroby lub skutków leczenia, gdyż jak powiedziałem, zależnie od ilości ciałek ropnych staje się mocz po dodaniu odczynnika mniej lub więcej gęstym, a wynik odczynu mniej lub więcej wybitnym. Porównując więc wyniki odczynu tego samego moczu możemy, bez kontroli mikroskopu, stwierdzić polepszenie lub brak jego pod wpływem zaleconego leczenia.

Piśmiennictwo.

1) Finkelstein. Lerbuch der Säuglingskrankheiten 1912. 2) Heubner. Lehrbuch der Kinderheilkunde 1911. — 3) Salge. Einfuehrung in die moderne Kinderheikunde 1909. — 4) Bókai. Erkrankungen der Harublase. Gerhardt's Handbuch. Bd. IV. — 5) Escherich. Jahrb. f. Kinderh. T. 40. str. 282. — 6) Finkelstein. Jahrh. f. Kinderh. T. 43. str. 150. — 7) Trumpp. Jahrb. f. Kinderh. T. 44. str. 268. — 8) Göppert. Ergebn. der inner. Mediz. u. Kinderh. T. II. str. 30. 1908 i Berlin. Klin. Wochenschr. 1909 N. 14. — 9) Heubner. Ther. d. Gegenw. 1899. N. 2. — 10) Rozenfeld. Berl. Klin. Woch. 1898. str. 661 i Ctrlbl. f. inn. Mediz. 1902. N. 8. — 11) Thiemich. Jahrb. f. Kinderh. T. 72. str. 243. — 12) Langstein. Referat z odczytu w Deutsche med. Woch. 1913. str. 1810. — 13) Cornelia. Jahrb. f. Kinderh. T. 72. str. 117. i Ref. w Monatsh. f. Kinderh. T. 2. str. 445. — 14. Załęski i Nitsch Zur Atiologie der Cystitis im Kindesalter. Wien. klin. Wochenschr. 1904. str. 123. — 15) Baginski. Arch. f. Kinderh. T. 22. str. 238. — 16. Gilbert. Przyt. podł. Kodama i Krasnogorski. Bakterjologische Befunde bei Erkrankungen der extrarenalen Harnwege bei Kindern und Erwachsenen. Ztrlbl. f. Bakt. 1913. T. 69. str. 8 Tam też piśmiennictwo o bakterjologji omawianej sprawy. — 17) Pfaundler. Spezielle Immunitätslehre betr. Bact. coli. Handb. der path. Mikr. T. IV.— 18) Rach i Reuss. Ctrlbl. f. Bakt. Orig. T. 50. 1909. str. 169. — 19) Wreden. Zur Aetiologie der Cystitis. Ctrlbl. f. Chir. 1893. N. 27. — 20) Czerny. Jahrb. f. Kinderh. T. 38. str. 340. — 21) Klotz. Th. der Pyelitis. Berl. klin. Woch. 1911. str. 801. — 22) Kromer. Ref. z odcz. w Deutsche med. Woch. 1923. str. 483. — 23) Hohlweg. Ref. z odcz. w Deutsche med. Woch. 1913. str. 631.

Sprawozdania poglądowe.

Doc. Dr. HENRYK SOCHAŃSKI, asystent kliniki. Lwów.

Choroby narządu oddechowego a układ nerwowy.

Z Kliniki chorób wewnętrznych we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. R. Rencki.

(Dokończenie).

IV.

Najtypowszem schorzeniem nerwowem narządu oddechowego jest dychawica oskrzelowa (*asthma bronchiale*). Jest ona wynikiem patologicznego odruchu, którego punktem wyjścia mogą być najrozmaitsze części ludzkiego ustroju. Dotyczy ona osobników do tego usposobionych przez odpowiedni stan układu wegetatywnego, wywołany bądźto jego swoistemi właściwościami (konstytucja, dziedziczność), bądźto pewnym nieraz czasowym zespołem czynnościowym gruczołów dokrew-

nych. Piśmiennictwo, dotyczące patogenezy dychawicy, jest nader obfite, co już dowodzi, iż właściwa istota choroby nie jest jeszcze całkiem dokładnie poznaną. Jedna grupa badaczy szuka źródła sprawy w nadczułości ośrodka oddechowego, w nadmiernem życiowem napięciu (hyperergji) jego komórek, w pojęciu Goldscheidera, spowodowanem bodźcami, pochodzącemi od zewnątrz lub wewnątrz. Nadczuły ośrodek oddechowy oddziaływa na najrozmaitsze bodźce w sposób nadmiernie silnie a przytem odmienny (dysfunkcja), doprowadzając następowo do napadu astmatycznego. Brügelmann, który spostrzegał 3510 przypadków dusznicy nerwowej, uważa ją za następstwo podrażnienia ośrodka oddechowego na urazowem (np. uraz psychiczny) lub toksycznem tle. O przeczuleniu ośrodka oddechowego mówi też Schittenhelm i Sahli. Moeller twierdzi, że u astmatyka pojawia się napad w miejsce innych zwyczajnych odruchów z dróg oddechowych, jak kaszel i kichanie. Inni badacze umiejscawiają sprawę gdzieindziej. Treupel sądzi, że właściwej przyczyny dychawicy należy szukać w sferze psychicznej (*asthma psychogenes*). Podobne zdanie wypowiada Rosenbach i Norman. Winter sądzi, że z mózgu i układu wegetatywnego wychodzą podniety do rozszerzenia naczyń błony śluzowej oskrzeli, następstwem tego jest obrzęk tejże błony, utrudniony dopływ powietrza do płuc, następowa duszność z wynikającem stąd dusznicowem podrażnieniem ośrodków wdechowych, a stąd niskie ustawienie przepony i rozdęcie płuc. Tłómaczeń istoty dychawicy nerwowej jest prócz wspomnianych jeszcze dużo więcej. O dostarczanie ustrojowi skłonności do dychawicy bywa obwiniane zaburzenie w wydzielaniu wewnętrznem tarczycy, grasicy, gruczołów przytarczycznych (Curschmann), przysadki mózgowej (Borchardt) [9]) nadnerczy [10]), i gruczołów płciowych [11]), hypertonia układu parasympatycznego [12]) i i. Mechanizm samego napadu bywa najrozmaiciej wyjaśniany. Jedni sądzą, że jestto skurcz mięśni drobnych oskrzeli (Biermer, Wiliams), drudzy tłómaczą sprawę skurczem tężcowym przepony (Wintrich, Bamberger, Edinger, Riegel), inni uważają dychawicę za następstwo rozszerzenia naczyń i następowy obrzęk błony śluzowej oskrzeli (Weber, Störk), inni wreszcie tłómaczą sprawę w jeszcze odmienny sposób. (*Neurosis secretoria glandularum bronchialium, bronchitis nervosa* Curschmann, Schmidt, Fraenkel [13]), *phreno et bronchospasmus* Lebert, drażnienie błony śluzowej oskrzeli kryształkami Charcot-Leydena [14]) etc.). Punktem wyjścia odruchowego mogą być najrozmaitsze miejsca ludzkiego organizmu (punkta astmogenne) najczęściej nos [15]), gardło, żołądek [16]) jelita [17]) i organa płciowe niewieście [18]). Zatrucia i choroby przemiany materji wywołują nieraz dychawicę (Hg, Pb, mocznica, skaza moczanowa, Br. J, As, chinina, antypiryna, wymiotnica, ursol (Curschmann). Zatrucia przewodu pokarmowego, powodujące pokrzywkę, są u tychsamych osobników niekiedy przyczyną i stanów dychawicowych (Raynand, Brigault, Ungar), stanowiących równorzędny objaw, należący do cech wagotonji, w myśl definicji Eppingera i Hessa [19]). Czasem pojawia się dychawica jako objaw anafilaksji (Turnbull), to znów naprzemian z objawową migreną, jako dowód naczynioruchowej pobudliwości ustroju (Eulenburg) [20]), niekiedy zaś powstaje ona pozornie samoistnie i musi się przeprowadzać długie badania, zanim uda się znaleść punkt wyjścia choroby. Dychawica oskrzelowa jestto więc wybitny patologiczny odruchowy objaw najrozmaitszych schorzeń ustroju, panujący dzięki swej intenzywności nad całością obrazu chorobowego i długo ukrywający przez to nieraz właściwe cierpienie organiczne.

V.

Prócz typowej dychawicy znamy i stany jakby poronne, polegające na chwilowem utrudnieniu oddychania o mechanizmie mniej lub więcej podobnym do dychawicy. Powstają one chwilowo pod wpływem silnych wzruszeń psychicznych (np. strach), odruchowo w następstwie bardzo silnego bólu (kolki) i dołączają się nieraz do spraw chorobowych organicznych, toczących się w narządzie oddechowym lub innych narządach. Są ludzie, którzy pod wpływem pewnych myśli popadają w stan podobny. Widziałem osobę, która na wspomnienie przebytego zapalenia płuc dostawała chwilowej duszności. Czasami znów widuje się podobne stany nader ciekawe, bo występujące jakby samoistnie, jeśli jednak dociekać ich przyczyny, wchodzą tu w grę złożone procesy psychiczne, powikłane odruchy korowe o typie odruchów względnych, wywołane pojawieniem się pewnych skojarzeń korowych. Znałem osobnika, który przebywał chorobę nosa połączoną z napadową dusznością typu nerwowego. W czasie choroby pokazano mu fotografję pewnej osoby, której nigdy przedtem nie widział. Chory wyzdrowiał, napady dychawicy ustąpiły zupełnie, a kiedy po dłuższym czasie zobaczył na ulicy pierwszy raz ową osobę, której fotografję mu pokazywano, momentalnie dostał krótkotrwałej duszności, będącej jakby miniaturą dawnych ciężkich napadów dychawicy. Mechanizm tego procesu był jasny. W chwili, gdy do środkowego układu nerwowego, dochodziły u chorego bodźce odczuwane jako duszność i bodźce, donoszące o zaburzeniu w czynności narządu oddechowego podniety z forsownie pracujących mięśni oddechowych i t. p.) powstał w mózgu chorego obraz człowieka uwidocznionego na fotografji. Kiedy zaś po wyzdrowieniu zobaczył chory tego człowieka, stanął mu w myśli cały obraz choroby i drogą skojarzenia korowego spowodował szereg procesów bjologicznych w mózgu, z których wynikło powstanie ośrodkowych podniet do niżej położonych ośrodków i wywołało w wyniku poronny napad dychawicy. Dlaczego na widok znajomych, których widywał często w czasie choroby, nie wpadał w stan podobny, można wytłumaczyć tem, że widział ich zbyt często a więc w okre-

[9]) Borchardt stwierdził skuteczność pituglandolu w astmie. Krause (Die Therapie d. Gegenw. 1913) uważa ten środek za rodzaj sensybilatora wobec adrenaliny i stosuje wraz z Weissem mieszaninę wyciągu przysadki z adrenaliną w przypadkach dychawicy oskrzelowej.

[10]) Z tego, co wiemy o nadnerczach, można w astmie przypuszczać istnienie wydzielniczej ich niedomogi. Weiss sądzi, że dychawica oskrzelowa jest wynikiem zaburzenia w czynności nadnerczy, przysadki mózgowej i gruczołów płciowych.

[11]) Gruczoły płciowe mają wpływ na powstawanie astmy. Czy wchodzi tu w grę ich swoisty wpływ na układ parasympatyczny, czy ścisły związek z resztą układu gruczołów dokrewnych, czy ujemny wpływ ich hypofunkcji na przyswajalność tlenu przez tkanki i stąd głód ich tlenowy a następowy nadmiar CO_2 w ustroju, na to trudno jeszcze dać pewną odpowiedź.

[12]) Za hypertonią układu parasympatycznego w astmie przemawiać by mogła eozynofilja i monocytoza we krwi (Salecker) oraz skuteczność jodu (Grumme) i atropiny. Według Grummego (D. med. Woch. 1919, 7) pobudza jod tarczycę, ta nadnercze, a nadnercze przez pobudzenie układu współczulnego znosi nadmierne napięcie systemu parasympatycznego.

[13]) To, że przy procesach zapalnych grają rolę wpływy nerwowe, stwierdzili Bayliss, Spiess (Münch. m. Wochenschr. 1906) i Bruce (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. 1910. Bd. 63).

[14]) Kryształki Charcot-Leydena powstają w następstwie rozpadu ciałek białych typu leukocytów wielojądrzastych o ziarnistości kwasochłonnej. Salecker stwierdził, że ilość tych ciałek zmniejsza się we krwi dychawicznych w czasie napadu astmy, a zwiększa się wtedy w plwocinie (*chemotaxis*) (Münch. m. Wochenschr. 1907. 8).

[15]) W pracy um. w Nr. 3. W. kl. Wochenschr. z 1901 r. podaje Schiff ciekawą łączność nerwową błony śluzowej nosa z organami płciowemi kobiety. Widział on ustępowanie bólów miesiączkowych po znieczuleniu bł. śluzowej nosa, drażnienie natomiast przegrody nosowej wywoływało bóle w krzyżach itp.

[16]) Dychawica oskrzelowa była spostrzegana przy różnych schorzeniach żołądka. Wywołać ją może hyper — i hypochlorhydria, a nawet i sama nadczułość błony śluzowej żołądka (Boas).

[17]) Z chorób jelit wywołać mogą astmę drogą zwrotną: nieżyt jelit, nerwice jelitowe, intoksykacje intest. (obstypacja, czerwie). Punktem wyjścia sprawy są tu zadrażnione, przeczulone lub toksycznie zmienione zakończenia nerwowe, czuciowe w jelitach.

[18]) Najczęściej pojawia się astma nerwowa u kobiet w czasie przekwitania (climacterium), rzadziej w okresie pokwitania, przy ciąży lub w następstwie chorób kobiecych (choroby jajników, jajowodów i macicy).

[19]) V. prace L. Korczyńskiego (Przegl. lek. 1913, 8-13, i 1914, 8—13).

[20]). Bliższe dane, dotyczące migreny, jej rodzajów, punktów wyjścia i umiejscowienia zaburzeń naczyniowych w systemie nerwowym znaleść można w pracach Charcota, Babińskiego, Finka, Lathama, Du Bois Reymonda, Kaekena, Tissata, Turzańskiego Saundbyego, Remana i Moebiusa.

się pogorszenia, w chwilach poprawy, a wreszcie i po wyzdrowieniu, a stąd nie było warunków do ścisłego odosobnienia tak sztucznego zespołu skojarzenia, odznaczającego się, jak podobne inne, niewielką trwałością, i łatwo dającego się zniweczyć (doświadczenia Wassiljewa i Misztowa). Przypadki zbliżone do opisanego nie należą do rzadkości, ale przeważnie uchodzą uwagi i stąd wydają się mniej częste, aniżeli są niemi w rzeczywistości.

Należą one do grupy zjawisk, polegających na tworzeniu się t. zw. odruchów względnych, o których była już wzmianka. Odruchy te mogą mieć dla nauki dużą wartość. Chwiejne zazwyczaj kompleksy associacyjne, grające w nich ważną rolę, odkrywają niekiedy, w czasie krótkiego swego istnienia, takie tajniki przyrody, na które w innych razach nie łatwo jest natknąć.

Obserwowałem człowieka, który w chwili włożenia ręki do zimnej wody dostawał silnego ślinotoku. Nie wchodzę w to, w jaki sposób wyrobiła się u niego zależność wydzielania śliny od bodźców termicznych, bo musiałbym omawiać nader zawiłą kwestję utrwalania się niektórych odruchów względnych w pewnych, specjalnych, korzystnych pod tym względem warunkach. Odruch wspomnianego typu stał się w tym przypadku tak wyjątkowo silnym i trwałym, że można traktować go było, jak odruch zwyczajny. Otóż poleciłem wspomnianemu osobnikowi wąchać w czasie reflektorycznej saliwacji strączki wanilji i z czasem udało się wywołać ślinotok bez udziału wpływu zimna na ręce, ale jedynie działaniem powyższego bodźca węchowego. Powstał tu więc odruch względny. Badany dostawał ślinotoku, ile razy powąchał wanilię, ale wobec innych wonnych substancyj był zupełnie nieczuły. Jedynym pod tym względem wyjątkiem była sztuczna heliotropina zawierająca, jak wiadomo, miłe woniejący związek aromatyczny, zwany piperonalem. Substancja ta, pokrewna składnikowi wanilji, wanilinie, nie była używana przy tworzeniu opisanego odruchu względnego, ale, dzięki li tylko chemicznemu podobieństwu, zdolna ją była zastąpić. Dla ścisłości dodam jeszcze, że badany nie doznawał poprzednio nigdy saliwacji pod wpływem zapachu wanilji, a wpływ procesów associacyjnych kory mózgowej, które mogłyby tu były mieć miejsce przy uwzględnieniu, iż wanilia bywa dodawaną do pieczywa, mogącego inną, bo smakową drogą wpływać na wydzielanie śliny, został przed rozpoczęciem doświadczenia wykluczony. Z czasem udało mi się u badanego wywołać odruchowe ślinienie pod wpływem woni neroliny, zawierającej eter betanaftoloetylowy, a kiedy to miało już miejsce, występował ślinotok i po powąchaniu betanaftolu, podczas gdy alfanaftol był przy pierwszej próbie bez działania. W miarę zwiększania ilości substancji wonnych, używanych do badania, zaczęły przy dalszych doświadczeniach wchodzić w grę wtórne refleksy względne a przez to zjawisko całe stało się nader skomplikowanem. Z tego, co wskazały pierwsze badania, było widoczne, że budowa drobin gra rolę w nawiązaniu kontaktu związków chemicznych z zakończeniami węchowemi. Ciała wonne, lubo odmienne, ale strukturowo do siebie zbliżone, łączą się w sposób sobie pokrewny ze substancją czułą włosków komórek węchowych i dzięki temu przy powstawaniu odruchów względnych mogą się nawzajem zastąpić. Gdyby nie te odruchy, trudno byłoby znaleźć równie czuły sposób dla wykrywania zjawisk odsłaniających nam najgłębsze tajniki biochemji ustroju. Aby refleksy względne mogły być użyte do doświadczeń, muszą być — jak wyżej opisane - nieszkodliwe. Narząd oddechowy jest nieraz punktem wyjścia najrozmaitszych wzgl. odruchów, ale niestety nie odpowiadają one wymaganym warunkom, tworzą się jednak nader łatwo przy schorzeniach, mogąc w swoisty sposób wpływać na ich symptomatologję, i tą drogą są w stanie, poddane trafnej a ścisłej obserwacji, rzucić nieraz snop światła na pewne ważne problemy patologji.

VI.

Dychawica oskrzelowa i stany jej pokrewne, względnie z nią złączone, nie są wyłącznym objawem ze strony narządu oddechowego, mającym tło nerwowe. Ostatnie czasy dostarczyły nam szeregu badań, które stwierdziły, iż wpływy nerwowe mogą sięgać dalej, wnikać w najsubtelniejsze czynności narządu oddechowego i odpowiednio je modyfikować. Pojemność płuc może być np. zależną od wpływów nerwowych, wychodzących z ośrodków oddechowych na skutek najrozmaitszych bodźców dośrodkowych, jak zimno (Hasselbach), ból (Bittorf, Forschbach) i wpływy chemiczne (Minkowski).

G. Zueltzer opisał jeszcze w roku 1901 zwiększenie pojemności płuc w następstwie zaburzeń w czynności układu parasympatycznego. Obustronne zmiany w nerwie błędnym wywołują rozdęcie płuc. A ileż razy ma się do czynienia z najrozmaitszemi rodzajami t. zw. irradjacji, powodującej zmiany w czynności płuc, zależnie od spraw chorobowych umiejscowionych w powierzchownych częściach klatki piersiowej [21]). Czyż można też milczeniem pominąć zaburzenia oddechowe u wagotoników, czy można nie wspomnieć o możliwości wpływów troficznych i naczynioruchowych na przebieg schorzeń płucnych?

Stwierdzono, że w następstwie zmian w ciałkach prążkowanych pojawiają się nieraz ogniska zapalne w płucach, najprawdopodobniej na tle zaburzeń w odżywieniu tych ostatnich, rozedma płuc bywa według niektórych ułatwiona przez wystąpienie zmian troficznych [22]) i naczyniowych [23]) w przegrodach międzypęcherzykowych (Isaaksohn, Münzer) i to często w następstwie najrozmaitszych wpływów nerwowej natury. Zgorzel płuc wiąże się czasem etjologicznie ze stanem spastycznym naczyń (Foot), a przeciwne poprzedniemu zaburzenie w unerwieniu tych ostatnich może przyczynić się do powstania obrazu, zbliżonego do obrzęku płuc (Eichhorst); tak zwany surowiczy przewlekły nieżyt oskrzeli polega też w pewnej części przypadków na podobnym stanie naczyń błony śluzowej i kombinuje się zwykle z mniej lub więcej rozwiniętym stanem astmatycznym (dychawica wilgotna, *asthma humidum*). Uwzględniając wszystko dotychczas powiedziane, a pomijając nawet t. zw. nerwowe krwotoki płucne, opisane wprawdzie przez licznych badaczy (Brown Sequard, Nothnagel, Heitler, Olivier, Barétsy, Laboulbène, Jackson, Rosenbach, Jehn, Carré, Eichhorst), ale obecnie coraz mniej uznawane, musimy dojść do wniosku, że bodźce nerwowe są bardzo ważnym czynnikiem w patologji chorób narządu oddechowego i że w żadnym przypadku pomijać ich nie można. Lekarz-internista musi mieć to zawsze na względzie, że każdy zespół objawów wywołany być może nie tylko samą chorobą organiczną, ale i całem mniejszem lub większem zbiorowiskiem nerwowych wtórnych czynności odruchowych, które mogą nieraz wpływać na samą chorobę [24]) a które należy, o ile możności, oddzielić od objawów właściwych schorzeniu organicznemu w dzisiejszem tego słowa znaczeniu.

Na zakończenie dorzucę jeszcze kilka ogólnych uwag.

W pracy niniejszej wspominałem często o nerwowych objawach, względnie czynnościach dodatkowych, wikłających obrazy chorobowe, i podnosiłem ich znaczenie dla symptomatologji schorzeń narządu oddechowego. Objawy te oddzielałem zawsze od symptomów wynikłych z dostrzegalnych zmian organicznych. Robiłem to dlatego, że dodatkowe objawy nerwowe są w istocie swej mniej uchwytne, mniej zazwyczaj trwałe, i polegają często na chwilowych stanach powstałych niekiedy w sposób nader zawiły i nie mających pozornie tła anatomicznego. Oddzielanie tych dwóch rodzajów symptomów jest konieczne dla celów rozpoznawczych i z tego względu musi lekarz odróżniać schorzenia organiczne i czynnościowe. Biorąc jednak rzecz z punktu widzenia ściśle biologicznego, nie można zawsze przeprowadzić ścisłej granicy między niemi. Granica ta konieczna dla jest celów praktycznych przy obecnym stanie wiedzy, ulegnie z czasem w wielu przypadkach znacznemu przesunięciu. Widzieliśmy w poprzednich ustępach, że czynnościowe zaburzenia na tle nerwowem mogą mieć ujemny wpływ na ważne czynności ustroju, zwiększać jego podatność do schorzeń i stać się pośrednio przyczyną chorób organicznych. Nierzadko stwierdzamy, że histologicznie normalny układ nerwowy był za życia osobnika czynnościowo nienor-

[21]) V.: praca W. Janowskiego ogł. w Przegl. lekarskim w 1906 r. (N. 41—46).

[22]) Wpływy troficzne polegają na dostarczaniu bodźców nerwowych, warunkujących prawidłowy tok procesów biochemicznych. Stwierdzono już obecność osobnych dróg nerwowych przewodzących te bodźce dla pewnych tkanek. Według niektórych badaczy wychodzą centralne impulsy odżywcze dla ustroju z wyższych ośrodków układu nerwowego (móżdżek, kora płatu ciemieniowego), inni natomiast przeczą istnieniu specjalnych nerwów troficznych (G. Bikeles i A. Jasiński w pracy ogł. w 1898 r. z pracowni Prof. Becka we Lwowie), a uważają zaburzenia odżywcze za następstwo zmian głównie czuciowych i naczynioruchowych.

[23]) V.: praca E. Münzera (Die Therapie d. G. 1920. 12) oraz pr. Pala, Munka, Posselta, Ljugdahla, Eppingera i Wagnera.

[24]) Por. pracę M. Sternberga ogł. w r. 1898 w Nr. 20 W. Klin. Wochenschrift.

malny. Ludzie z takim układem nerwowym przedstawiają nieraz szereg wielce charakterystycznych objawów ubocznych, wikłających schorzenia organiczne. Pozornie zdrowy układ nerwowy jest wtedy nietylko przyczyną niezwykłych odczynów osobnika na pewne bodźce, ale wprost stwarza w nim warunki dla powstania przeróżnych chorób.

Czyż można przypuszczać, że taki układ nerwowy jest naprawdę normalny, że w jego komórkach nie ma zasadniczych zmian w budowie, dla nas obecnie całkiem jeszcze niedostrzegalnych?

Sprawa ważności wpływów nerwowych w schorzeniach narządów wewnętrznych była już dawno poruszana przez niektórych autorów. Przed wielu jeszcze laty zwracano uwagę na wzajemną zależność zjawisk, dającą się wytłómaczyć jedynie drogą nerwową. Wiemy naprzykład, że drażnienie błony śluzowej żołądka wywołuje wydzielanie kwasu solnego przez gruczoły żołądka przy udziale ośrodków nerwowych umiejscowionych wścianach omawianego narządu (Popielski). Zakończenia nerwowe czuciowe dostarczają bowiem bodźców, które dochodzą do komórek wspomnianych obwodowych ośrodków i pobudzają je do czynności. Jakże więc nie uzależnić od tego mechanizmu nadkwaśności treści żołądkowej przy zaleganiu pokarmów w następstwie zwężenia odźwiernika tak dawno już podkreślanej przez badaczy (Rencki). A tło ogólne, na którem rozwijają się owrzodzenia w żołądku i dwunastnicy, przed tak wielu laty spostrzeżone (Gluziński), a dające się obecnie w znacznej części włożyć w ramy wagotonji, czy nie dowodzi niezmiernej ważności układu nerwowego w patologji chorób wewnętrznych.

Przejdźmy nakoniec do rozpatrzenia udziału systemu nerwowego w zaburzeniach wewnętrznego wydzielania.

Poglądy na to ostatnie ulegają ciągłym zmianom. Obecnie nikt nie zaprzeczy, że znaczenie gruczołów dokrewnych jest dla ustroju bardzo wielkie, ale przytem każdy przyzna, że udział układu nerwowego w tych czynnościach nie jest pośledni. Bardzo ciekawe badania (Cl. Bernard, Aschner, Leschke, Eisner), dotyczące funkcji niektórych części układu nerwowego (międzymóżdże, rdzeń przedłużony) udowodniły, że w tych ostatnich kryją się nader ważne centra, kierujące czynnościami uważanemi dłuższy czas za niezależne prawie od układu nerwowego. Przemiana materji, a więc wszystkie funkcje chemiczne organizmu mają w systemie nerwowym swe ośrodki, zależne, jak obecnie wiemy, od gruczołów wydzielających wewnętrznie (Falta, Aschner i i.) Znamy centra wodne (Cl. Bernard, Bechterew, Kahler, Aschner), cukrowe (Cl. Bernard), solne (E. Mayer, Jungmann), białkowe (Cl. Bernard, Aschner), purynowe (Edgar Michaelis) i i. wpływające na odpowiednie czynności chemiczne ustroju. Trofika tkanek ma, bez względu na swą istotę, niezaprzeczoną łączność tak z układem nerwowym (móżdżek? kora płatu ciemieniowego?), jak i z tak zwanym przez Faltę systemem hormonopoetycznym (zwłaszcza z tarczycą). Wiemy, że wzrost, rozwój i niedorozwój narządów jest zależny od czynności pewnych gruczołów dokrewnych. Tarczyca np. zdaje się hamować rozrost układu naczyniowego i grubienie kości, zmniejszać sprawność utkania erytroblastycznego a wpływać natomiast korzystnie na rozwój płuc (por. prace Goulda i Jousseta), układ chromochłonny działa pobudzająco na siłę mięśni, na serce, naczynia i tkankę erytroblastyczną, grasica powoduje silny rozwój aparatu chłonnego (Park), nie działając mimo to jednak korzystnie na jego funkcjonalną sprawność biochemiczną (Laub), przysadka mózgowa (płat przedni) wraz z gr. przytarczykowemi a poniekąd i z grasicą oraz tarczycą pobudzają rozwój kości (tarczyca o tyle, o ile chodzi o wzrost na długość), trzustka w końcu nie jest snać bez wpływu na rozwój przewodu pokarmowego. Wiemy, że czynność narządów zależna jest od gruczołów wewnętrznie wydzielających. Tarczyca ułatwia czynność sfery czuciowej i assocjacyjnej mózgu, wzmaga pobudliwość naczynioruchową i przyśpiesza wybitnie akcję serca (część t. zw. nerwic serca przebiegających z tachykardją polega na nadmiernej czynności tarczycy [Ficher]). Układ chromochłonny zwiększa siłę serca i funkcje utkania erytroblastycznego oraz wpływa korzystnie na elementy motoryczne systemu nerwowego, przysadka mózgowa pobudza nerki do sprawnej czynności (Eisner, Leschke), powoduje ruchy jelit (Bayer-Peter), skurcze pęcherza (Frankl-Hochwart, Fröhlich) i macicy oraz skrzepia mięsień sercowy przez wpływ na obwodowe centra troficzne serca (Kussmaul). Trzustka kieruje funkcją wątroby (Minkowski, Mering. Hédon, Lepine i i.) a może i całego przewodu pokarmowego. Kora nadnercza odtruwa ustrój, potęguje energję biologiczną n. płciowych zmacnia serce (oxycholesteryny w myśl badań Fausta) i bierze prawdopodobnie udział w czynnościach tonizujących (Karakaczew). Gruczoły płciowe (komórki Leydiga w jądrach, membrana granulosa, corpus luteum a chwilowo i jajo w gr. płciowych kobiety) wpływają głównie pośrednio na ustrój, działając swoiście na resztę układu hormonopoetycznego. Droga, którą wspomniane zjawiska przychodzą do skutku, jest bardzo zawiła i trudna nieraz do odszukania. Wchodzą tu w grę przeróżne wpływy nerwowe, chemiczne i mieszane, wzajemna zależność poszczególnych gruczołów i stosunek ich do systemu wegetatywnego.

Nie miejsce tu omawiać szerzej podobne zjawiska. Nie ulega dziś wątpliwości, że czynność gruczołów dokrewnych oraz wpływ ich na narządy jest w związku z układem nerwowym, który jest równie zależny od gruczołów wydzielających wewnętrznie, jak te ostatnie od niego. Zagadnienie to, jedno z najzawilszych i najciekawszych problemów wiedzy, omówię szczegółowo w innej pracy. Tu z braku miejsca wspominam o niem jedynie.

Schorzenia narządów wewnętrznych zawisłe są, jak wspomniałem, od układu gruczołów dokrewnych, a że nie da się on prawie pomyśleć bez funkcjonalnego udziału systemu nerwowego, nie można stąd żadną miarą nie doceniać ważności tego ostatniego w patologji chorób wewnętrznych. Określić jego rolę w poszczególnych przypadkach, uwzględnić stosunek do gruczołów dokrewnych, powiązać objawy czysto nerwowe ze sobą, odróżnić je od przejawów schorzenia organicznego, to zadanie bardzo nieraz trudne do rozwiązania i wiele jeszcze lat minie, zanim w każdym przypadku będziemy w stanie mu sprostać. To nas jednak zrażać nie powinno. Przeciwnie! Powinno nas to zachęcać do dalszej pracy, do dalszych dociekań i pobudzić do tem pilniejszego uwzględniania ważnej a dotychczas nieraz niedocenianej roli układu nerwowego w schorzeniach narządów wewnętrznych.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Szczęsny Bronowski. **Plan badania klinicznego.** Wydanie II. Warszawa 1922. stron 39. Krótka a treściwa ta praca, będąca dopełnieniem znanego powszechnie podręcznika autora, zawiera bezsprzecznie więcej, aniżeli określa tytuł. Jestto niewątpliwie drogowskaz dla badania klinicznego, cenny nie tylko dla słuchaczy medycyny, lecz i dla młodych lekarzy, ale prócz niego znaleść można w pracy szereg głębszych myśli i nader trafnych uwag, opartych ,na bogatem doświadczeniu lekarskiem. Ustęp o wywiadach, uwzględniający doskonale psychikę chorego, a dający prócz tego szereg wskazówek ważnych dla lekarza-praktyka, godny jest szczególnej wzmianki. Badanie przedmiotowe, ujęte treściwie, wszechstronnie i systematycznie, może być wzorem bardzo wartościowym dla młodych adeptów sztuki lekarskiej, gdyż systemizuje i grupuje szczczegóły, ułatwiając budowanie z nich diagnozy, na którą B słusznie szczególny kładzie nacisk i różne jej typy odróżnia. Zakończeniem pracy jest zestawienie metod badania, wskazówki ich używania w poszczególnych przypadkach z uwzględnieniem wartości ich i dla lekarza-praktyka. Całość, napisana jasno, przejrzyście i zajmująco, jest cennym nabytkiem nie tylko dia uczącej się młodzieży, ale i dla młodych lekarzy. *Dr. Sochański.*

Th. de Martel et Ed. Antoine. **Les fausses appendicites.** *Etude clinique, radiologique et thérapeutique des syndromes douloureux du coecum et du colon proximal.* Str. 184 29 rysunków i 10 tablic. Paris 1922. Masson. 10 fr. Monografja niezmiernie interesująca i bardzo pouczająca, którą powinien przestudjować każdy lekarz, nietylko chirurg i radjolog.

Autorzy podają tu szereg spostrzeżeń pod każdym względem dokładnie zbadanych i wykazujących na przykładzie. dlaczego tak często (według Gibsona 40%) po wycięciu wyrostka robaczkowego dolegliwości nie ustępują wcale lub niezadługo powracają na nowo.

Najważniejsze postacie rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego są: 1) nienormalna ruchomość kątnicy; 2) kątnica opadła *(ptosis)* i przyrosła; 3) opadnięcie zagięcia prawego okrężnicy; 4) całkowite opadnięcie okrężnicy wstępującej wraz z kątnicą; 5) okołokątnicza błona Jackson'a *(mesenteritis membranacea)*; 6) zrosty w zagięciu prawem; 7) przyrośnięcie równoległe okrężnicy wstępującej do po przecznicy. Wszystkie te zboczenia są przyczyną mniejszych

i większych bolów w okolicy okrężnicy, a następnie prowadzą do zatrzymywania kału i jego następstw, a więc rozszerzenia kątnicy. Na te sprawy zwrócono baczniejszą uwagę dopiero w ostatnich 20 latach. Dla rozpoznania pomienionych spraw chorobowych, oprócz zwykłych sposobów, nieodzowne jest badanie promieniami Roentgena. Od 3 lat autorowie stosują badania w ten sposób, że chorzy otrzymują mieszankę barytową w trzech porcjach co 4 godziny, po 22 godzinach od pierwszej porcji odbywa się badanie, nadto jeszcze chory dostaje jedną porcję baryty dla zbadania żołądka i dwunastnicy. Drugi sposób polega na badaniu promieniami Roentgena po 14 i więcej godzinach przy jednorazowem użyciu mieszanki barytowej.

Taka radjoskopja w położeniu pionowem, poziomem, rzadziej na brzuchu, daje nam wskazówki o położeniu, kalibrze, zrostach, zwężeniu, rozszerzeniu i. ruchomości oddzielnych części okrężnicy i stosunku tych danych do punktów bolesnych.

Ruchomość różnych części kiszek należy starannie badać zapomocą obmacywania pod ekranem przy skurczach dowolnych i zwolnieniu mięśni brzusznych, przy ruchach oddechowych, przy zmianie położenia chorego. Bardzo ważną jest rzeczą odszukiwanie i umiejscowienie punktów bolesnych pod kontrolą ekranu.

Normalnie kątnica i okrężnica wstępująca powinny się opróżniać zupełnie z baryty po 12 do 15 godzinach. U chorych wyżej wymienionych często po 24, 30—36 i więcej godzinach są pozostałości mieszanki barytowej. Podczas badania można też zauważyć stany skurczu, atonji i hyperkinezji kiszek. Autorowie w dalszym ciągu rozpatrują oddzielne postacie cierpień okrężnicy: 1) nienormalna ruchomość kątnicy (więcej niż 10 cm), skutkiem czego może nastąpić zagięcie i skręcenie; przy badaniu pod ekranem można kątnicę przemieszczać w różne strony. Nienormalna ruchomość kątnicy i okrężnicy wstępującej sprawia z początku małe zaburzenia, następnie ostre napady skręcenia, które bywają przyjmowane za ostre zapalenia wyrostka robaczkowego. Radjologja i radjopalpacja wykazuje prawdziwą przyczynę choroby; 2) zrosty dolne (*periviscérite*): kątnica rozszerzona, opadnięta i przytwierdzona; przy radjoskopji widać wypełnienie kiszki zupełnie nieregularne, ruchomość zmniejszoną; 3) opadnięcie całej okrężnicy wstępującej; 4) zrosty okołookrężnicze »*membrane de Jackson*«, wtedy kątnica jest wypełniona barytem jeszcze po 24 godzinach; 5) zrosty górne w kącie wątrobowym; 6) przyrośnięcie okrężnicy wstępującej do poprzecznicy (zgięcie równoległe), zrazu rozsuwalne, następnie nieruchome. Rozpoznanie różniczkowe tych cierpień opiera się na szeregu danych klinicznych, radjologicznych i hematologicznych.

Według Quinby'ego w 90% wyrostek robaczkowy jest widzialny na ekranie; według innych zaś tylko w 10%. Przy rozpoznawaniu przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego należy wyłączyć cierpienia podobne lub rzekome, a więc: 1) cierpienia histeryczne; 2) cierpienia kątnicy; 3) zapalenie sieci; 4) zgięcie kiszki cienkiej — Lane's kink — zapalenie krezki; 5) skurcz jelita cienkiego; 6) przypadłości wątrobowe i żółciowe; 7) cierpienia nerki; 8) choroby jajowodu, niekiedy jednocześnie z zapaleniem wyrostka robaczkowego; 9) gruźlica dołu biodrowego; 10) *megacolon — megacoecum*; 11) guzy i nowotwory kątnicy. Na zakończenie autorowie podają obszerne wskazówki leczenia operacyjnego rozmaitych postaci na zasadzie 15 spostrzeżeń oraz liczne figury radjologiczne i rysunki rzadszych zmian chorobowych.

Wł. Szteyner.

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Bull. et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris. Nr. 12. 1922.

M. Lanze, d'Aimargues (Gard) **Autohemoterapja w chorobach zakaźnych o przebiegu przewlekłym.** Idąc za wskazówkami Mouriquand'a autorowie stosowali autohemoterapję z dobrym skutkiem w 3-ch przypadkach chorób zakaźnych o przeciągającym się przebiegu. Technika tego zabiegu przedstawiała się, jak następuje: z żyły w przegubie łokciowym brano 5 ccm krwi i krew tę natychmiast, zanim skrzepła, wstrzykiwano pod skórę w tylną część ramienia tej samej kończyny. Zabieg ten w dwóch przypadkach stosowano dwukrotnie w ciągu dwóch dni z rzędu, a w jednym przypadku ograniczono się do zabiegu jednokrotnego.

Pierwszy przypadek dotyczył 34-letniej kobiety, zapadłej na gorączkę połogową. Po wyczerpaniu stosowanych zwykle w tych przypadkach zabiegów, 23. dnia choroby, zastosowano autohemoterapję; po dwóch dniach gorączka spadła i chora wróciła do zdrowia. Taki sam skutek otrzymano w przypadku drugim, dotyczącym 45. letniego mężczyzny, od 55 dni chorego na gorączkę maltańską; i w tym przypadku wszelkie, stosowane uprzednio, metody leczenia pozostawały bez skutku. Wreszcie trzeci przypadek dotyczył 9-letniego chłopca, który zapadł na paratyfus B.; autohemoterapję zastosowano również z dobrym skutkiem w okresie recydywy.

Opisana metoda leczenia nie jest nowa; stosowano ją już dawniej w cierpieniach skóry i padaczce. Jak widzimy z przytoczonych spostrzeżeń, zasługuje ona na uwagę i w leczeniu chorób zakaźnych.

J. Troisier i R. Clément. **Przypadek choroby »Sodoku« w Paryżu.** Choroba Sodoku, czyli gorączka po ukąszeniu przez szczury, należy do chorób względnie często spostrzeganych na dalekim Wschodzie, a w szczególności w Japonji. Na Zachodzie i w Ameryce należy do spostrzeżeń rzadkich, a we Francji wyjątkowo tylko spostrzeganych. Dwa przypadki tej choroby opisał podczas wojny jeden z autorów u żołnierzy w okopach, ukąszonych przez szczury. W jednym z tych przypadków objawem, rzucającym się w oczy, była wysypka, podobna do różyczki, a w drugim wysypka, zbliżona do wysypki kiły drugorzędnej. W przytoczonym przez autorów przypadkuwysypki nie było, i przypadek ten zaliczyć należy do tak zwanej postaci nerwowej tego cierpienia. Przypadek dotyczył 25-letniego chińczyka, który na 4 dni przedtem był ukąszony przez szczura. Dominujące skargi — bóle mięśniowe, niezwykle dotkliwe, bóle głowy, ogólny upadek sił. Przy badaniu stwierdzono objawy zapalne na miejscu ukąszenia, obrzmienie sąsiednich gruczołów, zniesienie odruchów ścięgnowych na kończynach dolnych. Po kilkudniowym okresie gorączkowym (około 39°) nastąpił 8 dniowy okres bezgorączkowy, a następnie znowu okres gorączki, trwający 20 dni (38° - 38,5°). Po kilkakrotnem badaniu krwi znaleziono wreszcie charakterystyczne spirochety. Leczono chorego neo-salwarsanem (7 wstrzyknięć od 0,3 do 0,6). Chory w zupełności wrócił do zdrowia.

D'Oelsnitz, Balestre i Daumas. **Nowy przypadek Kala-Azar u dziecka we Francji.** Przypadek dotyczył 2-letniego dziecka, urodzonego we Francji, u którego punkcja śledziony wykazała pasorzyty Leishman'a. Po spostrzeżeniach Marcel Labbé'go, Ameuille'a i Targhetta'y jest to jeden jeszcze dowód, że na południu Francji, na brzegu morza Śródziemnego, choroba ta spostrzegać się daje u mieszkańców stałych. Źródła zarazy nie wykryto.

René Benard. **Śpiączka mózgowa z objawami moczówki zwykłej. Moczówka przysadkowa a moczówka nerwowa.** Ponieważ zmiany anatomiczne w śpiączce mózgowej (*encephalitis lethargica*) spostrzegamy najczęściej w śródmózgowiu, wystąpienia objawów moczówki zwykłej w przebiegu tego cierpienia możnaby było częściej się spodziewać, niż wskazują dotychczasowe obserwacje. Tymczasem spostrzeżenia tego rodzaju należą do wyjątkowych. Charakterystyczne pod tym względem spostrzeżenia przytacza autor. 21-letni mężczyzna z klasycznemi objawami śpiączki zaczął oddawać stopniowo zwiększającą się ilość moczu, od 4-ch do 20 litrów na dobę. W pierwszym okresie choroby, kiedy wpływy psychiczne i dążenia do ograniczenia przyjmowanych płynów pozostawały bez skutku, autor osiągnął pomyślne względnie wyniki przy wstrzykiwaniu hypofizyny (ilość moczu zmniejszyła się do 10 litrów). W drugim okresie choroby, kiedy chory zaczął wracać do zdrowia, sam zaczął dążyć usilnie do ograniczenia przyjmowanych płynów, i ilość moczu stopniowo zmniejszać się zaczęła; w tym okresie wstrzykiwania hypofizyny pozostawały bez skutku. W końcu codzienne ilości moczu nie przekraczały $1^1/_2$ litra na dobę. Autor na podstawie tego

spostrzeżenia przychodzi do wniosku, że przypadki moczówki zwykłej, w znacznym stopniu zależne od woli, a więc na pozór pochodzenia czynnościowego, mogą zależeć od przejściowych zmian anatomicznych w mózgu.

J. Troisier, M. Wolf i R. Marquézy. **Dwa przypadki krupu pierwotnego pochodzenia błonicowego u osób dorosłych** (Treść w tytule).

Ch. Achard i J. Rouillard. **Zespół objawów przysadkowych.** U 63-letniego mężczyzny z powiększonemi rozmiarami siodła tureckiego, ale bez objawów wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego oraz zaburzeń wzroku, stwierdzono niektóre z objawów akromegalji: nadmierny rozwój podbródka, łuków brwi, wydłużenie nosa, małżowin usznych oraz skrzywienie kręgosłupa (kończyny były normalne). Stwierdzono również niektóre z objawów infantylizmu: zanik narządów płciowych, słabe owłosienie, ale przy braku wszelkiej otyłości. Nadto stwierdzono lekką niewydolność glykolityczną, ale bez samoistnej moczówki cukrowej. Etjologja tego stanu pozostała nie wyjaśnioną.

Laignel-Lavastine i Couland. **Limfogranuloma. Leczenie zapomocą promieni X. Wyzdrowienie.** Demonstracja chorego, zdjęć radjograficznych i preparatów drobnowidowych z wyciętego gruczołu.

J. Genévrier i Lorrain. **Przypadek choroby Hodgkin'a z umiejscowieniem w śródpiersiu.** Przypadek dotyczył 19-letniej panny, u której choroba rozpoczęła się od zapalenia opłucnej, chociaż już wtedy po wypuszczeniu płynu badania radjologiczne wykazywały rozległe zaciemnienie śródpiersiowo-sercowe. Rozpoznanie i w tym przypadku, jak i w wyżej przytoczonym, postawiono na zasadzie badania anatomicznego wyciętego gruczołu. Choroba zakończyła się zejściem śmiertelnem, przyczem badanie pośmiertne wykazało, obok powiększenia gruczołów nad obojczykami, w pachwinach i pod prawą pachą, prawie zupełne zniszczenie prawego płuca przez tkankę pozornie nowotworową, wychodzącą z śródpiersia. Badanie drobnowidowe tej tkanki wykazało budowę granulomatu, przyczem w wielu miejscach znaleziono skupienia laseczek gramujemnych, nie kwaso-odpornych. Chociaż na razie o roli tych drobnoustrojów niewiele dałoby się powiedzieć, to jednakże cały przebieg tej choroby wskazuje na tło infekcyjne.

Nr. 14. 1922.

P. Ribierre i R. Giroux. **Uabaina, jako środek leczniczy, dla którego białkomocz i niewydolność nerek nie stanowią przeciwwskazania.** Uabainę stosuje się w przypadkach ostrej dilatacji serca oraz w przypadkach powtarzającej się niedomogi sercowej, zależnej od hypotonji mięśnia sercowego, a w szczególności komory lewej. Podług Vaquez'a i Lutembacher'a stosowanie tego środka jest przeciwskazane w stanach następujących: osłabienie serca z przesiękami w jamach surowiczych, zmiany organiczne nerek, wtórne zapalenie wsierdzia. Podług tych poglądów stosowanie uabainy byłoby bardzo ograniczone. Autorowie pod tym względem doszli do innych wniosków, stosując z dobrym wynikiem uabainę w 4-ch przypadkach niedomogi sercowej, połączonej z organicznemi cierpieniami nerek. Zastrzeżenia autorów dotyczą poniekąd dawki tego środka. Przynajmniej w początkach leczenia autorowie nie przekraczali $^1/_8$ mgr dziennie (wstrzykiwania dożylne); do zwykłej dawki $^1/_4$ mgr dochodzili wtedy tylko, jeżeli dawki poprzednie były dobrze znoszone.

Demètre Em. Pauljan (Bukareszt). **Uraz, jako czynnik, wywołujący zespół objawów choroby Parkinsona.** Autor przytacza 4 przypadki choroby Parkinson'a. W trzech przypadkach choroba wystąpiła bezpośrednio po urazach cielesnych: w 2-ch przypadkach po dość silnych uderzeniach w głowę, a w jednym uraz dotyczył kończyn dolnych. W czwartym przypadku chory właściwie doznał tylko silnych wzruszeń podczas pożaru.

Autor wypowiada przypuszczenie, że wymienione stany chorobowe wywołane zostały przez wylewy krwawe w wielkich jądrach mózgu.

Prof. Urechia. (Rumunja). **Encephalitis lethargica z objawami choroby Parkinsona i przejściowemi wybuchami pobudliwości psychicznej. Badanie pośmiertne.** W opisanym przypadku badanie anatomiczne wykazało zmiany w zwojach szarych mózgu. Zmiany dotyczyły przeważnie komórek nerwowych (różne stopnie zwyrodnienia); nacieczenia drobnokomórkowe były bardzo nieznaczne, zaledwie dające się stwierdzić.

Urechia i Rusdea. (Rumunja). **Bóle strzelające żołądka od 12-tu lat u osobnika, niemającego żadnego z objawów wiądu rdzenia.** Treść w tytule.

Emile-Weil. **Leczenie zapalenia ropnego gruczołu przyusznego.** Leczenie operacyjne wymienionego cierpienia pozostawia często blizny oszpecające, a niekiedy częściowe długotrwałe porażenia twarzy. Wobec tego metoda zaproponowana przez autora, zasługuje na uwagę. Metoda polega na drenowaniu ropnia zapomocą 2-ch nitek florenckich, wprowadzonych do ropnia z igłą Reverdin'a; nitki te codziennie się porusza, aby przyśpieszać odpływ ropy. Zabieg ten nie pozostawia żadnego śladu. W przypadkach poczynających się ropni autor proponuje stosowanie szczepionek przeciwgronkowcowych, gdyż te tylko drobnoustroje autor w zapaleniu gruczołu przyusznego spotykał.

M. Desage. **Przypadek myoklonji-epilepsji postępującej.** Przypadek autora zasługuje na uwagę z tego względu, że dotyczy on chłopca, który przez 4 lata miewał napady kurczów w kończynach, rozpoznawanych jako pląsawica; potem zaczęły występować typowe napady padaczki naprzemian z napadami kurczów poprzednich. Spostrzeżenie to wskazuje na bliskie powinowactwo, zachodzące pomiędzy pląsawicą i padaczką samoitną.

F. Rathery i Fernet. **Moczówka cukrowa pochodzenia kiłowego.** Autorowie przytaczają przypadek moczówki cukrowej u 16-letniego chłopca, obarczonego kiłą dziedziczną. Odczyn Wassermanna wypadł ujemnie, lecz ponieważ chory jednocześnie zapadł na zapalenie tęczówki, zastosowano więc leczenie swoiste (wstrzykiwania dożylne małych dawek sulfarsenolu). Przy tem leczeniu zauważono stopniowe zwiększanie się tolerancji na węglowodany i dość szybki przyrost na wadze. Po 8-miu wstrzyknięciach chory, pozostawiony na djecie zwykłej, przestał zupełnie wydzielać cukier z moczem; na wadze zyskał $2^1/_2$ kg.

Ricaldoni (Montevideo). **Przewodnictwo szmerów, pochodzących z klatki piersiowej, przez usta.** Autor przytacza dwa przypadki, w których tony serca słychać było przy otwartych ustach na odległości $^1/_2$ do 1 metra; jeden przypadek dotyczył chorego z odmą piersiową, a drugi chorej z kawernami w lewem płucu. Na podstawie tych obserwacji autor wyjaśnia mechanizm powstawania tych objawów z uwzględnieniem istniejącej literatury.

De Jong i Hutinel. **Rozstrzeń oskrzeli u osób dorosłych.** Autorowie przytaczają 3 przypadki tego cierpienia z dokładnym opisem przebiegu i naogół znanemi objawami. W jednym przypadku dokonano badania pośmiertnego, przyczem badanie drobnowidowe, dokonane przez prof. Letulle'a, wykazało zmiany w tkance płuc, jakie uważamy za charakterystyczne dla dziedzicznej kiły. Z punktu widzenia leczniczego w przypadkach zaawansowanych ani na odmie sztucznej, ani na zabiegach chirurgicznych autorowie nie pokładają wielkich nadziei. Pozostaje leczenie objawowe, jak w przypadkach zap. oskrzeli przewlekłego, lub też przeciwprzymiotowe, o ile rozpoznanie w tym kierunku daje się ustalić.

Souques i Alajouanine. **Atrophia muscularis progressiva subacuta z zejściem śmiertelnem. Pomyślne wyniki doświadczalne na zwierzętach.** Autorowie przedstawili królika, któremu wstrzyknięto do tkanki mózgowej emulsję z rdzenia chłopca zmarłego na *polyomyelitis anterior subacuta.* W 6 miesięcy po wstrzyknięciu wystąpiły u królika pierwsze objawy osłabienia w kończynach tylnych, a w kilka tygodni w przednich. Autorowie zamierzają podjąć dalsze badania w tej sprawie.

Maurice Renaud. **Uwagi co do zmian chorobowych w uszach, wywołujących zapalenie mózgu w śmiertelnych przypadkach odry** (treść w tytule).

Laubry i Daniel-Routier. **Przypadek niedomogi komory prawej wskutek ucisku tętnicy płucnej; tętniak tętni-**

czo-żylny szyjny (*carotido-jugularis*). Rozpoznanie na podstawie objawów fizykalnych i badań radjologicznych. (Treść w tytule).

Louis Ramond, Baudouin i Bertrand. **Przypadek pęknięcia serca, tworzącego się w tempie powolnem. Badanie anatomiczne makro- i mikroskopowe.** W przypadku tym, jak i w większości innych, pęknięcie serca spowodowane zostało przez rozmiękczepie ściany lewej komory wskutek zawału bezkrwistego (zakrzep tętnicy wieńcowej przedniej). Przebieg choroby odbywał się w 2-ch tempach: napad duszności bolesnej, odpowiadający tworzeniu się zawału, i po 10 dniach pęknięcie serca w miejscu rozmiękczenia wskutek zawału.

Robert Debré **Choroba Heine Medin'a z umiejscowieniem opuszkowem. Leczenie surowicą antypolionmyelityczną Pettit'a.** Przypadek dotyczył 9-letniego chłopca. Choroba zaczęła się nagle: gorączka, objawy dyspeptyczne, a później porażenie podniebienia, duszność, przyśpieszenie tętna. W stanie bardzo ciężkim zastosowano dwukrotnie surowicę antypoliomyelityczną Pettit'a w ilości 20 ccm do jamy mózgowo-rdzeniowej i 40 ccm do mięśni za każdym razem. Stan chorego poprawił się i już w okresie powrotu do zdrowia nastąpił nowy napad duszności, podczas którego chłopiec zmarł. Jakkolwiek wynik leczenia był niepomyślny, autor podkreśla wybitną poprawę po zastosowaniu surowicy i wypowiada przypuszczenie, że, być może, zaprzestanie leczenia surowicą zbyt wczesne, było przyczyną zejścia śmiertelnego.

J. Bełkowski (Warszawa).

Gruźlica.

Revue de la Tuberculose.
T. III. Nr. 1. 2.

Maurice Letulle i André Jacquelin. **Przyczynek do sprawy ogólnego ostrego serowaciejącego nacieczenia gruźliczego. (Gruźlica ostra niegruzełkowata).** Przypadek utajonej ostrej gruźlicy, przebiegającej pod postacią rumienia guzowatego, z wysoką ciepłotą, z wielokrotnemi krwawieniami, z grzybicą jamy ustnej i przełyku; przypadek zakończył się śmiercią po dwóch miesiącach trwania cierpienia. 38-letnia chora, zachorowała 20/12 20 na cierpienie przyjęte za grypę, które trwało przez 2 tygodnie; w parę dni później wystąpił rumień guzowaty najpierw na pośladkach, następnie na kończynach dolnych. Ciepłota wahała się pomiędzy 38° i 40°, po 15 dniach rumień rozszerzył się na kończyny górne, wystąpiły bóle reumatyczne w stawach kończyn górnych; stan chorej szybko się pogarszał; wystąpiła niedokrwistość, która stale pogarszała się wskutek wielokrotnych krwawień z ust i jamy ustnej. Przez cały czas choroby w płucach nie stwierdzono żadnych zmian. Przy badaniu pośmiertnem stwierdzono gruźlicę ogólną prosówkową ostrą; gruczoły zserowaciałe. Badanie zaś drobnowidowe wykazało nacieczenie gruźlicze nader ostre (bez utworzenia gruzełków) gruczołów chłonnych, wątroby, śledziony, opłucny, tchawicy, mięśni przełyku; wykryto w tkankach duże ilości lasecznikòw Kocha.

Zmiany histologiczne przedstawiają dwie osobliwości: 1) wszystkie ogniska chorobowe, bez względu na miejsce, formę i rozmiary, przepełnione są prątkami Kocha; 2) wnętrze każdego ogniska uległo martwicy. Laseczniki i ich toksyny zniszczyły wszystkie tkanki, które napotkały na swej drodze; przytem nie wywołały najmniejszego odczynu zapalnego, nie widać próby zatrzymania sprawy chorobowej; nie widać żadnej obrony organizmu. Śmierci uległy i kuleczki wątroby i tkanka siatkowata gruczołów i miazga śledziony i pęczki i komórki mięśni gładkich przełyku. Mała tylko liczba elementów komórkowych unikła katastrofy, fala lasecznikòw i toksyn jakby o nich zapomniała. Zjawisko podobne wcale nie lub b. rzadko się spotyka przy zwykłej gruźlicy prosówkowej; spotyka się natomiast przy kilakach narządów wewnętrznych.

Autor uważa za uzasadnione wprowadzenie nazwy ostrego nacieczenia gruźliczego serowatego; niektóre postacie gruźlicy powstają w ten sposób, do nich należą nacieczenia szare, żółte i żelatynowate w gruźlicy płucnej (Laënnec); pewna ilość serowatych cierpień gruczołów chłonnych, gruźlica nadnerczy i śledziony częściej powstaje przez nacieczenie, niż zwykłą drogę gruźlicy gruzełkowatej. Zakażenie gruźlicze działa tu na tkanki podobnie, jak drobnoustroje płonicy lub jak na rad zdrową śluzówkę. Organizm nie znajduje w sobie niezbędnych źródeł obronnych. Gruźlica nacieczeniowa jest zakażeniem bardziej ostrem w sensie anatomo-patologicznym i klinicznym, niż zwykła prosówkowa gruźlica ostra.

E. Lenoble. **Sposób powstawania zakażenia histologicznego w nieżytach gruźliczych jelit.** Autor nie zgadza się z panującemi obecnie poglądami co do sposobu przenikania lasecznika gruźliczego do jelita. Na ogół przypuszcza się obecnie, że lasecznik dostaje się do jelita: albo drogą naczyń chłonnych, co się zdarza rzadko, częściej drogą krwionośną i najczęściej bezpośrednio przez narządy trawienne.

Na zasadzie swych badań pośmiertnych, jakoteż doświadczalnych, autor przypuszcza, że w większości przypadków, jeżeli nie zawsze, powodem zmian w tkankach jelita jest zator drobnych naczyń, wywołany przez laseczniki Kocha. Autor widział wszystkie fazy wejścia lasecznika do jelita i następstwa, jakie one wywołały; widział lasecznika w tkance mięśniowej jelita, widział przejście lasecznika przez szpary do naczyń krwionośnych, i sadowienie się ich w tkance limfoidalnej, gdzie lasecznik rozmnażał się, widział jego wkroczenie do nabłonka jelitowego, widział jego wyjście z tego narządu drogą naczyń chłonnych podotrzewnowych, by przedostać się do krezki. Autor kreśli drogę powstawania nieżytu gruźliczego jelita w ten sposób. Z początku powstaje zator: tętniczka lub naczynie włoskowate są zatkane lasecznikami, które przez ścianki naczyń dostają się do sąsiedniej tkanki lymfoidalnej, tam rozmnażają się; tkanka ulega martwicy skrzeplinowej lub zserowaceniu wskutek działania toksyn; ostatni okres następuje wyłącznie drogą naczyń chłonnych. Owrzodzenie gruźlicze jelita powstaje albo jako następstwo wtórnej inwazji innych lasecznikòw albo też, stosownie do fenomenu Kocha, przypływ bezustanny lasecznikòw wywołuje odczyn alergiczny, wskutek czego następuje masowe wydalanie lasecznikòw, martwica i następnie owrzodzenie błony śluzowej jelita.

Za przyjęciem poglądu o powstawaniu pierwotnem zatoru przemawia jeszcze budowa anatomiczna jelita oraz charakter tętnic jelitowych.

Autor nie jest bezwzględnym przeciwnikiem powstawania nieżytu gruźliczego jelit drogą bezpośrednią przenikania lasecznikòw przez szczeliny jelitowe, lecz, podobnie jak Calmett'e i jego szkoła, sposób ten uważa za bardzo rzadki.

Geeraerd. **Nieprawidłowy rozwój niektórych postaci gruźlicy płuc.** Niedawno wprowadzona przez Dumaresta, zdaniem autora, najlepsza klasyfikacja, zawierająca 5 postaci miąższowych gruźlicy płuc, 2 postacie oskrzelowe i 3 opłucnowe, nie obejmuje wszystkich możliwych postaci rozwojowych gruźlicy płuc.

Niektóre postacie gruźlicy płucnej, podobne pod względem anatomo-patologicznym, rozwijają się w różny sposób. Do takich autor zalicza niektóre przypadki gruźlicy włóknisto-serowatej pospolitej. Autor spostrzegał przypadki, w których zmiany anatomiczne stale postępowały naprzód, przy czem stan ogólny chorych ulegał poprawie. Autor widywał ludzi napozór kwitnących, którzy przy badaniu mieli rozległe zmiany w płucach; niektóre przypadki gruźlicy płuc włóknikowo-serowatej mogą rozwijać się aż do utworzenia jam, podczas gdy chory czuje się zupełnie dobrze i nie wie nic o swojej chorobie. Rozwój choroby postępuje wolno, bywają długie przerwy. Pomimo dobrego wejrzenia takich chorych, pomimo pewnego rodzaju ogólnej odporności organizmu, możliwość powstawania krwotoków każe uważać rokowanie za wątpliwe. Chorzy tacy nadają się do leczenia odmą piersiową sztuczną. W przeciwieństwie do tych przypadków, które rozwijają się, tworzą jamy, zagarniają coraz większą część tkanki płucnej bez jawnych objawów toksycznych, autor widywał przypadki, w których nie znajdował żadnych zmian lub zmiany nieznaczne, które tem nie mniej w przeciągu miesięcy odznaczały się złym stanem ogólnym, długotrwałą ciepłotą podwyższoną, wycieńczeniem. Przyczynę tych dwóch różnych postaci autor widzi w różnicy odczynu obronnego organizmu

przeciwko lasecznikowi Kocha, zarówno w odczynach tkankowych, jakoteż w odporności ogólnej. Dotychczasowe wiadomości nasze o własnościach lasecznika gruźliczego nie pozwalają przypuszczać, że źródło leży w różnej zjadliwości lasecznika; nie przypuszczamy, by jeden lasecznik gruźliczy wywoływał zserowacenie bez gorączki, drugi ogólne objawy toksyczne bez zmian anatomo-patologicznych. Należy szukać tłómaczenia w sposobie, w jaki reaguje organizm ludzki na działanie laseczników. W niektórych przypadkach organizm broni się skutecznie przeciw jednym toksynom i jednocześnie jest bezbronny lub niedostatecznie obronny przeciw innym toksynom, pochodzącym z działania tego lasecznika. Chorzy pierwszej grupy są czuli na działanie toksyn, wywołujących zserowacenie, inne toksyny nie są dla nich szkodliwe; u chorych drugiej kategorji istnieje odporność co do toksyn, wywołujących zserowacenie i jednocześnie brak odporności na działanie toksyn, wywołujących gorączkę i wycieńczenie.

E. Arnould. **Śmiertelność z powodu gruźlicy wśród kobiet.** Mało zajmowano się dotychczas sprawą śmiertelności z powodu gruźlicy wśród kobiet oraz jej przyczynami. Statystyki Anglji, Austrji, Badenu, Bawarji, Holandji, Prus, Szwajcarji i Wirtembergji z ostatnich lat wieku XIX. i początku XX-go wykazują naogół mniejszą śmiertelność z powodu gruźlicy wśród kobiet, niż wśród mężczyzn. W niektórych krajach, jak w Japonji, Włoszech i w Kanadzie, widzimy stosunek odwrotny. We wszystkich prawie krajach śmiertelność z gruźlicy w końcu 19 wieku i w początku 20 zmniejszała się; zmniejszenie to szło nierównolegle dla mężczyzn i kobiet. Odsetek śmiertelności wśród kobiet z powodu gruźlicy był większy w Anglji w połowie zeszłego wieku, następnie zaczął się zmniejszać, i odsetek śmiertelności wśród mężczyzn zaczął wzrastać. W Niemczech od r. 1880 do 1914 śmiertelność z powodu gruźlicy zaczęła się zmniejszać, a to zmniejszanie się postępowało szybciej u mężczyzn, niż u kobiet. Naogół śmiertelność z powodu gruźlicy u kobiet jest większa w I. połowie życia, największa była dawniej między 20 i 25 rokiem, obecnie między 30 i 35, poczem odsetek śmiertelności u kobiet jest mniejszy niż u mężczyzn; śmiertelność wśród mężczyzn z powodu gruźlicy zwiększa się po 30 roku życia, a w niektórych krajach po 40 i nawet po 50 roku.

Śmiertelność z powodu gruźlicy wśród kobiet wiejskich jest większa, niż wśród mężczyzn. Śmiertelność wśród kobiet z powodu gruźlicy znacznie się zwiększyła podczas ostatniej wielkiej wojny; przyczyną tego zjawiska było, zdaniem autora, nie niedostateczne odżywianie, lecz znaczne zwiększenie się ilości kobiet, pracujących w różnych gałęziach przemysłu. Wogóle w pracy zawodowej autor dopatruje się najgłówniejszej przyczyny wzrostu śmiertelności z powodu gruźlicy kobiet.

Za wpływem pracy zawodowej przemawia fakt, że śmiertelność z powodu gruźlicy wśród płci żeńskiej jest 2—3 razy większa od 15 roku wzwyż, niż między 10 i 15 rokiem życia, gdyż od 15 roku pracuje dużo dziewcząt w fabrykach i w polu. Macierzyństwo nie wpływa na odsetek śmiertelności; w Anglji większość pracujących kobiet jest niezamężna; podczas wojny ilość urodzeń była mniejsza w całej Europie, ilość przypadków śmierci z powodu gruźlicy była większa.

Im więcej kobiet pracuje w przemyśle i w polu, tem więcej ginie ich od gruźlicy. Należałoby poddać rewizji, zdaniem autora, rozpowszechnione pojęcie o wpływie pierwszorzędnym na odsetek gruźlicy takich zjawisk, jak alkoholizm i warunki mieszkaniowe. *A. Tenenbaum* (Łódź).

Stomatologja.

La Revue de Stomatologie.
XXIV. Nr. 2. (1922).

Guilly. **Nadżerki zębowe i nieprawidłowości szczęk i zębów; ich związek z kiłą dziedziczną.**

Od czasu Hutchinsona, a dzięki głównie pracom Fourniera odgrywa kiła dziedziczna dominującą rolę w etjologji nadżerek zębowych; przytem jednak i inne czynniki, jak ostre choroby wysypkowe, choroby zakaźne narządu oddechowego i pokarmowego i i., występujące w czasie zwapnienia zębów i upośledzające je, mogą stać się powodem nadżerek, których najwybitniejszym typem są t. zw. „zęby Hutchinsonowskie. Z innych zniekształceń znachodzą się: microdontia, najczęściej siekaczy górnych środkowych, rozmaitego stopnia, tudzież brózdy poprzeczne. Również znaleść można macrodoncję, lecz rzadziej, niż n. p. u matołków; dotyczy ona głównie górnych siekaczy. Wreszcie zmiany postaci zębów: zęby kształtu kołka, siekiery, rogu, tudzież różne guzki na koronie.

Podobnie jak zęby, tak i szczęki w całości ulegają zmianom przy kile dziedzicznej; żuchwa przybiera nadmiernie wielkie kształty i wychodzi poprzed szczękę górną w przeciwieństwie do stosunków prawidłowych, w szczęce górnej daje się zauważyć zanik kości międzyszczękowej, skutkiem którego siekacze obu szczęk przy zamknięciu ust nie dotykają się. Częstokroć znajdują się nadmierne rozstoje pomiędzy zębami mające swe źródło w zniekształceniu kości szczękowych.

Wszystkie te zniekształcenia zębów i szczęk nabierają jednak dopiero znaczenia patognomonicznego w związku z innemi typowemi objawami kiły dziedzicznej: głuchotą, zapaleniem rogówki (trójca Hutchinsona).

Coustaing. **Zapalenie gruczołów chłonnych podbródkowych.** Przypadek kazuistyczny, w którym przy sprawie ropnej zęba dolnego mądrości, istniał znaczny obrzęk nietylko gruczołów chłonnych podszczękowych, lecz także podbródkowych, co tłómaczyć należy nieprawidłowością sieci naczyń limfatycznych w danym przypadku.

Vincent. **Przypadek tocznia dziąsłowego.** U 38-letniej nauczycielki przeszedł toczeń nosa na błonę śluzową dziąsła prawdopodobnie skutkiem przewlekłego urazu paznokciem palca wskazującego przy każdorazowem zdejmowaniu dostawki zębowej.

Coffart. **Stwierdzenie tożsamości zwłok po siedmiu latach pogrzebania we wspólnej mogile (1914—1921) według zapisków dentystycznych.** Na życzenie rodziny stwierdził autor przy ekshumacji tożsamość zwłok żołnierza poległego w roku 1914 i pogrzebanego wraz z siedmnastu towarzyszami we wspólnej mogile. Pomocne były przy tem zapiski dentystyczne, według których stwierdził, iż uzębienie zwłok zupełnie odpowiadało pod względem ilości zębów i wypełnień schematowi, przez niego w swoim czasie zanotowanemu.

Allerhand, Lwów.

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy N. 6. Urbanowicz. Badanie inteligencji w wojsku. — L. Karwacki i Z. Krukowska. O odczynie Wassermanna w przebiegu zimnicy. — I. Zieliński. Zaprowjantowanie chorych w szpitalach wojskowych. — M. Biehler. Leczenie surowicą czerwonki u dzieci. — N. 7. J. Świątecki. Najczęstsze samouszkodzenia i udawanie chorób chirurgicznych u rekrutów i żołnierzy. — G. Szulc. W sprawie statystyki wojskowo-sanitarnej. — D. Sohn. Przyczynek do kazuistyki moczówki prostej. — M. Selzer. Sprawozdanie lekarskie o ruchu chorych i uwagi o leczeniu w sanatorjum.

Zdrowie N. 6. Szcz. Mikołajski. Przesilenie w zdrojownictwie w Małopolsce. — J. Chmielewski. Samobójstwo ze stanowiska psychopatologji i medycyny społecznej. — Sz. Mikołajski. Poprawa zdrowotności w mieście Lwowie w r. 1921.

Przegląd epidemjologiczny N. 1. t. II. St. Sierakowski. Badania nad pożywkami. Zależność wzrostu bakteryj chorobotwórczych na podłożach agarowych od czynników fizycznych. St. Laskownicki. Działanie dezynfekcyjne jodyny. — J. Supniewski. Badania nad istotą dopełniacza. O działaniu jonów wodorowych na własności lityczne surowic świeżych. — H. Brokman i H. Sparrow. Z etjologji i epidemjologji anginy Plant-Vincent i stomatitis ulcerosa. — St. Mutermilch. Epidemja cholery w Armji Polskiej i wśród jeńców bolszewickich w 1920 i 1921 r. — L. Anigstein. Gorączka (febra) żółta.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

XIII. Posiedzenie naukowe z dnia 5 kwietnia 1922 odbyło się w klinice chirurgicznej.

Przewodniczy kol. Wojciechowski. Obecnych członków 96.

Kol. Ciechanowski zawiadamia, iż do Rady Zawiadowczej Tow. akc. Pol. Piśm. lekarskiego — wybrano prof.

Renckiego i dr. Woyciechowskiego. Następnie odbyły się pokazy chorych.

1. Kol. Nowicki Fr. przedstawia cztery przypadki **zapalenia szpiku kostnego** z tego dwa ostre, jeden podostry i chroniczny, w których leczeniu zastosowano szczepionki własne chorych, z gronkowca złocistego. Ropę uzyskiwano z pod skóry lub mięśni strzykawką, albo, jeżeli zmiany były umiejscowione w samym szpiku kostnym, stosowano trepanację próbną. Szczepionki przygotowywano na karbolu i zestawiano w 3 rozcieńczeniach, zawierających w 1 ccm po 17, 35 i 70 miljonów bakteryj. W dawkowaniu kierowano się odczynem miejscowym w postaci bolesności, nacieku guzkowatego i zaczerwienienia w miejscu wstrzyknięcia podskórnego i umyślnie nastawianemi próbami przez wstrzyknięcie śródskórne. Prócz tego występowały objawy ogólne, jak podwyższenie ciepłoty, nieprzenoszące 1°, bóle głowy, ogólne osłabienie, niekiedy poty. Wstrzykiwano przeważnie w odstępach 3 dniowych, gdyż w tym czasie ustępował odczyn miejscowy i stopniowo podwyższano dawki co do ilości i stężenia.

2. Kol. Dengel przedstawia **zdjęcie röntgenowskie** oraz dwóch chorych po **operacji zeszycia rzepki** wskutek jej złamania. Rozstęp odłamków przed operacją wynosił 3—5 cm; zeszycia dokonano sposobem Payera, funkcja kończyny przywrócona w zupełności. Złamania rzepki zdarzają się stosunkowo rzadko. W klinice w ostatnich 3 miesiącach zbiegiem okoliczności operowano 5 przypadków złamań rzepki, wszystkie z doskonałemi wynikami. Zwraca uwagę na konieczność operowania, przy złamaniach bowiem rzepki następuje przerwa w ciągłości mięśnia czwórgłowego uda, dla której usunięcia niezbędny jest zrost kostny rzepki. Zrost ten może być uzyskany tylko za pomocą zeszycia. Bez operacji otrzymujemy zrost łącznotkankowy, niedostateczny dla prawidłowego funkcjonowania kończyny dolnej.

3. Kol. Michejda przedstawia:

a) Chorego ze **skrętem jelita cienkiego w obrębie przepukliny w bliźnie pooperacyjnej**, ze zgorzelą jelita. Chory operowany przed 20 laty z powodu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Przepuklina w bliźnie pooperacyjnej wytworzyła się niedługo po operacji. Objawy uwięźnięcia wystąpiły na 9 godzin przed przyjęciem do kliniki. Operacja wykazała zgorzel jelita cienkiego, skręconego o 180° naokoło krezki. Resekcja, wyzdrowienie;

b) chorego, u którego wykonano wycięcie **śluzako włókniaka powłok brzusznych**. Chodziło o nawrót tego nowotworu u chorego, którego już 6 lat przedtem operowano z tego samego powodu. Pokaz preparatu;

c.) dwie chore z **guzowatą postacią wrzodu dwunastnicy**; przebieg kliniczny u jednej z nich przypominał raczej przewlekłą niedrożność jelit, u drugiej guz jelita wstępującego, niż wrzód dwunastnicy, stwierdzony dopiero w czasie operacji. Wykluczenie odźwiernika sposobem Eiselsberga, wyleczenie. Podczas zabiegu stwierdzono u obydwu chorych guz zapalny, wychodzący z dwunastnicy, a przechodzący na krezkę jelita grubego, gdzie zmiany były największe.

4. Kol. Glatzel przedstawia: a) dwie chore po **wycięciu woreczka żółciowego z powodu kamicy**. Przy tej sposobności pokazuje szereg preparatów woreczków, uzyskanych drogą zabiegu operacyjnego, i pokrótce omawia anatomję patologiczną w świetle nowszych badań. — Na zakończenie ujmuje wskazania leczenia chirurgicznego;

b) preparat **wyciętej części moczowodu** u chłopca 5-cio letniego. — Chłopiec ten zgłosił się z klinicznym obrazem wolnej przepukliny pachwinowej, natomiast zabieg chirurgiczny wykazał w miejscu worka przepuklinowego zsunięty do dna moszny i rozszerzony do grubości jelita cienkiego pętlę moczowodu. — Po wycięciu części najbardziej zmienionej i po połączeniu końca z końcem chory wyleczony opuścił oddział;

c) chorego, który zgłosił się z **przebiciem wrzodu trawiennego** odźwiernika i z następowem zapaleniem otrzewny, trwającem 5—6 godzin. — W przypadku powyższym zastosowano całkowite wycięcie części odźwiernikowej żołądka. — Pokaz preparatu.

W dyskusji kol. Kostanecki omówił II-gi przypadek ze stanowiska embrjologicznego.

5. Kol. Kosiński przedstawia dwa przypadki **zastarzałego zwichnięcia stawu łokciowego**, odprowadzone drogą krwawą z wynikiem czynnościowym bardzo dobrym, a to dzięki następowemu leczeniu, przeprowadzonemu w Zakładzie ortopedycznym, fundowanym przez p. A. T. Whitea z Brooklyn New. York za pośrednictwem ameryk. Czerw. Krzyża, oraz jeden przypadek urazowy oddzielenia nasady dolnej kości ramieniowej — gdzie wykonano szew kostny — wynik czynnościowy po 20 dniach od dnia operacji bardzo dobry.

6. Kol. Drobniewicz przedstawia chorego 24-letniego, który zgłosił się z **cierpieniem pęcherza moczowego** i podał, że w 1916 r., służąc w armii austr., dostał się do niewoli włoskiej, podczas której żołnierze włoscy włożyli mu gwóźdź do cewki moczowej. Badanie narządu moczowopłciowego wykazało: mocz zasadowy, cuchnący, z dużą domieszką ciałek ropnych i krwinek czerwonych. Cewnik gumowy przechodził do pęcherza bez większych trudności, zgłębnik zaś metalowy napotykał ciało obce w tylnej cewce, nie pozwalające mu wejść do światła pęcherza. Badanie przez kiszkę stolcową wykazywało gwóźdź, którego główkę wyczuć można było na kroczu, koniec zaś w części sterczowej cewki. Zdjęcie röntgenologiczne wykazywało prócz gwoździa długości 8 cm tkwiącego w cewce, a sięgającego końcem światła pęcherza kamień wielkości małego jaja kurzego.

Wykonano zabieg operacyjny: przez *sectio mediana* odsłonięto tylną cewkę, nacięto ją podłużnie i wydobyto gwóźdź długości 8 cm, na końcu sterczącym do pęcherza inkrustowany solami wapniowemi do grubości ołówka. Następnie rozszerzono palcem cewkę tylną i pod kontrolą palca wydobyto kleszczykami kamień — bez większych trudności. Pęcherz wydrenowano przez ranę, którą wysetonowano.

Stan chorego po operacji był zupełnie dobry. Rana szybko pokryła się ziarniną, na dziesiąty dzień usunięto dren i założono komornem cewnik przez przednią cewkę, który po 5-ciu dniach usunięto. Chory oddaje obecnie mocz przez cewkę grubym strumieniem — rana na kroczu zagojona.

7. Kol. Knorek przedstawia dwa przypadki **choroby Recklinghausena**. Cechują się one prócz rozległych, typowych i daleko posuniętych zmian w skórze, także bardzo charakterystycznemi zmianami w kościach czaszki, które na podstawie ich cech i stosunku do zmian innych uważać musimy jako zmiany pierwotne z innemi cechami patognomonicznemi równorzędne.

W zestawieniu z przypadkami zmian w systemie kostnym w obrazie choroby Recklinghausena, opisanemi w piśmiennictwie, przypadki te służyć mogą za dowód: 1) że zmiany w systemie kostnym należą do zespołu klinicznego omawianego schorzenia, 2) że są zmianami, polegającemi na wadzie rozwojowej, 3) że całe schorzenie pojmować należy, jako wadę rozwojową.

W dyskusji zabrał głos kol. Ciechanowski i omówił szczegółowo najnowsze poglądy na istotę powyższego cierpienia. Przemówienie swe uzupełnił przedłożeniem preparatów histologicznych.

8. Kol. Górski, nawiązując do 2 przypadków przytoczonych poniżej, omawia nowy **pomysł z zakresu zabiegów plastycznych**.

Mianowicie w 1920 r. Gillies z Londynu pomysłowo rozwiązuje kwestję plastyki twarzy w następujący sposób. Po stronie tej, gdzie ma być wykonana plastyka, zaznacza przebieg *art. temporalis superf.* i wzdłuż jej przebiegu przecina skórę po obu jej stronach, tworząc w ten sposób pas skórny 1—1½ cm szeroki, a zależnie od miejsca ubytku krótszy lub dłuższy. Skórę podpreparowywuje się na tępo w ten sposób, by nie uszkodzić tętnicy, i stworzyć pas skórny zawierający tętnicę; brzegi tego pasa zszywamy z sobą, tworząc tubus skórny, tętniący. Ubytek powstały przez to na policzku daje się łatwo pokryć, spajając z sobą szwami brzegi rany. W ten sposób przygotowaną szypułę pozostawiamy przez 2—3 tygodni. W tym czasie tętnica skroniowa, przez przecięcie bocznych skórnych gałązek, kieruje cały prąd krwi w *ramus frontalis* (ramus pariet. przecięty), zaopatrując obficie krwią skórę czoła. Po tym czasie wycinamy nowotwór wargi, nosa lub policzka, a odpowiednio do wielkości ubytku wycinamy płat skórny z czoła, bardzo bogato ukrwiony i wiszący na przygotowanej szypule Ubytek na czole pokrywamy nabłonkiem modo Thiersch. Szypułę po wygojeniu się płatu za 3 tyg. odcinamy. Demonstracja 1) chorego z rozległym nowotworem rakowym wargi dolnej z przygotowaną szypułą, 2) chorego z rakiem policzka, już płat z czoła jest wszyty w miejsce ubytku po usunięciu nowotworu policzka.

9. Kol. Rutkowski przedstawia dwie chore, u których, z powodu **zbliznowacenia przełyku**, wytworzył sztuczny przełyk z krzywizny dużej żołądka.

XIV. Posiedzenie naukowe z dnia 12 kwietnia 1922.

Przewodniczy kol. Woyciechowski. Obecnych członków 60.

Przewodniczący podaje Towarzystwu uchwałę Pol. Tow. walki ze zwyrodnieniem rasy, wzywającą do walki z chorobami wenerycznemi zapomocą odczytów, gazet, broszur i t. d.

Następnie zawiadamia, że Ministerjum Wyz. Rel. i Oświecenia p. tudzież Min. Zdrowia wydało rozporządzenie w sprawie Państwowego Instytutu Dentystycz. w Warszawie (umieszczone w Monitorze N. 25).

W dalszym ciągu omawia sprawę zniżki taksy telefonowej dla lekarzy, powołując się na okólnik Min. Poczt. i Telegr. z dnia 14 grudnia 1921. L. 4116. IX.

1. Kol. Szumowski przedstawia **ilustracje historyczno-medyczne**.

Mówca pokazał na ekranie kilkadziesiąt obrazów, przeważnie arcydzieł Rafaela, Leonarda da Vinci, Michała Anioła, Tycjana, Rubensa, Rembrandta, Holbeina, Murilla i in. o treści lekarskiej. Najwięcej uwagi, poświęcił mówca trądowi, o którym w Polsce obecnie, zdaniem mówcy nie należy zapominać. Kol. Sz., będąc w Rosji w r. 1917 i 1918, kilkakrotnie czytał w dzien-

nikach, że towarzysze więźniowie, urządzali wiece w leprozorjach w północno-zachodnich częściach państwa i domagali się wypuszczenia na wolność, a potem tę wolność zdobywali sobie sami. Stąd niebezpieczeństwo zawleczenia trądu do Polski jest zawsze duże. Teraz właściwie jest sam czas, żeby o trądzie myśleć, ponieważ okres wylęgania tej choroby trwa 3—5 lat. Większość obrazów, przedstawiających trąd, ma charakter raczej schematyczny, symboliczny i alegoryczny. Artyści, zwłaszcza przed końcem XV w., t. j. przed wystąpieniem epidemji kiły, często przedstawiają trąd jedynie pod postacią plam na ciele. Z wyjątków najbardziej zasługuje na wymienienie Pochód triumfalny śmierci, przedstawiony *al fresco* na ścianach w Campo Santo w Pizie. Grupa trędowatych ma przedstawiać tych, co chcą umrzeć wskutek strasznych męczarni, jakie znoszą, ale umrzeć nie mogą. Trędowaci mają guzy na twarzy (*lepra tuberosa*), która u niektórych nabiera wyrazu, znanego pod nazwą *facies leonina*; widać kończyny zniekształcone, porażenia, ślepotę. Najbardziej realistycznie przedstawił trąd Mikołaj Manuel, zwany Niemcem, na początku XVI w. w obrazie Modły do św. Anny, znajdującym się w Bazylei. Dwie osoby, dotknięte są trądem. Młoda, piękna kobieta pokazuje guz (*leproma*) na przedramieniu, jako początek strasznej choroby. Grozi jej los towarzyszącego mężczyzny, u którego trąd jest w ostatnim okresie rozwoju. Mężczyzna ten ma niby kończyny, ale górne obie musi trzymać na temblaku wskutek porażeń i zniekształceń; dolne kończyny grubością i brakiem stóp przypominają nogi słonia, skóra na nich pomarszczona i pokryta owrzodzeniami. Na twarzy kilka typowych guzów, twarz zastygła w niewysłowionej boleści i smutku.

Z dziedziny chirurgji mówca pokazuje między innemi obrazy kamieni, wydobytych z pęcherza moczowego, z nich największy, wyjęty w r. 1727, wagi 29½ łuta, t. j. około 350 g., omawia historyczny przypadek Jana Doot, który w r. 1651, nie mogąc dłużej znieść dolegliwości, jakie mu sprawiał kamień w pęcherzu, wbił sobie w brzuch nóż i kamień wielkości gęsiego jaja sam wydobył. Zdjęcie przedstawia podobiznę Jana de Doot, trzymającego kamień w ręku, u dołu obrazu pudełko, w którem do tej pory kamień się w Lejdzie przechowuje, wreszcie historyczny nóż. Dalej kol. Sz. pokazuje własnoręczny rysunek Ludwika Bierkowskiego, przedstawiający twarz Wawrzyńca Stelmacha, l. 50, dotkniętego *atresia oris, defectus nasi, defectus oculi sinistri*. Osobnik ten, karmiony, jak się zdaje, dotąd jedynie przez wązki otwór w miejscu ust, mający średnicy nie więcej jak 3 mm., był przez Bierkowskiego operowany w r. 1858. Drugi rysunek przedstawia u tegoż osobnika usta, zęby i język.

Z obrazów o treści neuropatologicznej zasługują na uwagę współczesne obrazy malarzy francuskich, dwa Moreau de Toursa i Matignon'a, przedstawiające morfinistki w stadjum daleko posuniętego działania morfiny, oraz obraz Gourdaulta, przedstawiający kobietę w stanie upojenia i ekstazy po wypaleniu fajki z opium.

XV. Posiedzenie naukowe z dnia 10 maja 1922.

Obecnych członków 76.

Przewodniczy kol. Woyciechowski.

1. Kol. Majewski przedstawia kobietę, z **zaćmą ciemną**, podając równocześnie historję zapatrywań na powyższe schorzenie.
2. Kol. Steinberg wygłosił odczyt: **O ortopedji jamy ustnej.** (Odczyt powyższy w całości przeznaczony do druku).

Sekretarz Dr. *Wysocki.*

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska

Zgłosili się i zostali przyjęci do Związku: Dr. Woś Marcin ze Sokołowa pod Rzeszowem, Dr. Herzig Samuel z Chrzanowa, Dr. Puchalski Stefan, Dr. Goldberg Herman z Dobromila, Dr. Schwarzer Wilhelm z Pruchnika, Dr. Berlstein Karol, Dr. Pietruszewicz Piotr z Delatyna, Dr. Kanarienstein Samuel ze Sołotwiny, Dr. Klein Jakób z Brzozdowiec, Dr. Bardecki Stanisław z Cieszanowa, Dr. Bargiel Antoni, Dr. Lewicki Zygmunt z Krosna, Dr. Muraszkówna Jadwiga z Sieniawy, Dr. Eisner Filip z Radymna, Dr. Niewirowicz Stefan ze Staszowa. Dr. Gozdziewski Stanisław z Tarnowa, Dr. Przysłópski Jakób, Dr. Bleicherówna Fryda z Rzeszowa, Dr. Rossberger Salo z Jarosławia, Dr. Dorosz Antoni, Dr. Kurasiewicz Józef z Sanoka, Dr. Żegleń Józef z Makowa, Dr. Soczyński Roman z Zakliczyna, Dr. Stemerowicz Leonard z Radziechowa, Dr. Berger Abraham, Dr. Biegelmeyer Alfred, Dr. Langberg Zygmunt z Sambora, Dr. Leibel Karol z Myślenic, Dr. Zehner Łazarz z Jaworowa, Dr. Ruebenfeld Mojżesz z Korczyny, Dr. Kaefer Adolf z Oleszyc, Dr. Juengst Wacław z Boryni, Dr. Dymnicki Stanisław z Jasła, Dr. Wallach Zygmunt z Iwonicza, Dr. Kwaśniewski Bolesław ze Lwowa, Dr. Eisen Natan z Gorlic, Dr. Wakulicz Hieronim z Białej, Dr. Wałach Józef z Bielska, Dr. Jaremkiewicz Michał z Chyrowa, Dr. Fischer Ludwik z Zakopanego, Dr. Kronberg Jakób z Podhajec, Dr. Karwacki Mięczysław z Ostrowca, Dr. Rosenschein Zygmunt z Borysławia, Dr. Fränkel Józef z Bochni, Dr. Ruśkiewicz Edward z Turki nad Stryjem, Dr. Dadlez Zygmunt, Dr. Rozwadowski Piotr, Dr. Syrop Jakób, Dr. Friedmann Henryk, Dr. Gruener Aleksander, Dr. Trzebicki Rudolf, Dr. Zapałowicz Władysław, Dr. Piotrowski Kazimierz, Dr. Pilecki Łazarz, Dr. Dunaj Zygmunt i Dr. Pogonowski Bolesław z Krakowa. Ogółem członków 650.

Do Kasy Pogrzebowej: Dr. Englaender Bernard, Dr. Mech Władysław, Dr. Hirsch Herman, Dr. Służewski Kazimierz, Dr. Zamorski Stanisław z Krakowa, Dr. Lichtgarn Dawid z Wolanki, Dr. Braun Alfred z Sambora, Dr. Fraenkel Emanuel z Zarszyna; Dr. Woś, Dr. Herzig, Dr. Puchalski, Dr. Schwarzer, Dr. Berlstein, Dr. Kanarienstein, Dr. Dadlez, Dr. Rozwadowski, Dr. Klein Jakób, Dr. Bardecki, Dr. Bargiel, Dr. Lewicki Zygmunt, Dr. Muraszkówna, Dr. Niewirowicz, Dr. Gozdziewski, Dr. Przysłópski, Dr. Rossberger, Dr. Dorosz Antoni, Dr. Żegleń, Dr. Bleicherówna, Dr. Goldberg, Dr. Gruener, Dr. Soczyński, Dr. Trzebicki, Dr. Zapałowicz, Dr. Stemerowicz, Dr. Berger, Dr. Leibel, Dr. Zehner, Dr. Pilecki, Dr. Pietruszewicz, Dr. Ruebenfeld, Dr. Juengst, Dr. Biegelmayer, Dr. Wallach, Dr. Fischer, Dr. Wałach, Dr. Eisen Natan, Dr. Kwaśniewski, Dr. Karwacki, Dr. Langberg, Dr. Dunaj, Dr. Rosenschein, Dr. Pogonowski, Dr. Fraenkel Józef i Dr. Ruśkiewicz. Ogółem członków 561. Wkładka za każdym wypadkiem śmierci 1200 Mk. Premja pogrzebowa **550.000** Mk. Członkiem Kasy Pogrzebowej może być tylko członek Związku. Wydział wzywa członków Związku, zalegających z wkładkami, do jak najrychlejszego ich uiszczenia, a członków Kasy Pogrzebowej, do dokładnego i szybkiego płacenia wkładek po otrzymaniu zawiadomienia o czyjejś śmierci. Nadto poleca Kolegom fundusz im. Jordana (cegiełki po 500 Mk) oraz fundusz im. Dra Juljana Niecia dla niezaopatrzonych wdów i sierót po członkach Związku.

Dr. Kostecki, pisarz. *Dr. Żydłowicz*, prezes.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie:

Słuchacze kursu uzupełniającego dla lekarzy, urządzonego przez Wydział Lekarski U. im. Jana Kazimierza we Lwowie, składają serdeczne podziękowanie Kolegom Organizatorom i Prelegentom za pełną poświęcenia i owocną pracę. Wysokie pod względem naukowym postawienie kursu, dało nam możność poznania najnowszych zdobyczy wiedzy lekarskiej w różnych jej dziedzinach.

Z uczuciem podziwu i uznania dla Waszej wiedzy i pracy Czcigodni Prelegenci, odjeżdżamy do różnych zakątków naszej Ojczyzny, ażeby w dalszym ciągu z powiększonem zasobem wiedzy i zbogaceni doświadczeniem Waszem nieść ulgę cierpiącym. 30. września 1922.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXVI. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 13 października 1922 r. o godzinie 6-tej w Poliklinice, ul. Lindego l. 5.

1) Pokazy z kliniki chirurgicznej.
2) Wykład kol. Steusinga; Rozwój poglądów na patogenetyczne działanie t. zw. drobnoustrojów endotoksycznych, oraz o Danysza teorji chorób zakaźnych i niezakaźnych.

Kmietowicz, sekretarz *Franke*, prezes.

Warszawa.

Na stanowisko redaktora Pamiętnika Warszawskiego Tow. Lekarskiego Zarząd Towarzystwa powołał Dra Witolda Szumlańskiego. — Jednem z pierwszych zadań nowego redaktora będzie wydanie zaległych roczników Przeglądu piśmiennictwa lekarskiego polskiego.

Nowomianowanemu redaktorowi składamy od siebie serdeczne życzenia.

Wykłady dla Lekarzy odbędą się w Szpitalu Starozakonnych na Czystem w Warszawie, w czasie od d. 2 do 13 Listopada 1922 r.

Opłata za wykłady wynosi 5000 Mkp. Ograniczona liczba uczestników może, o ile wcześnie się zgłosi, mieć zapewnione pomieszczenie na czas wykładów. Zapisy (do 15 października) przyjmuje Sekretarz Komitetu Organizacyjnego dr. Stanisław Klejn, Warszawa, Nowogrodzka 46. Telef. 190-88 i 507-09.

Spis wykładów:

1. L. Bregman. Wykłady kliniczne z dziedziny patologji i terapji chorób mózgowych — 5 godzin. 2. E. Flatau. O zespołach pozapiramidowych — 3 godziny. 3. St. Klejn. a) O żółtaczce 3 godziny; b) Nauka o niedokrwistości. Przetaczanie krwi — 3 godziny. 4. L. Krauze. O zapaleniach przewlekłych i zaburzeniach czynności jelita grubego na podstawie doświadczenia chirurgicznego — 6 godzin. 5. N. Mesz. Rentgenologja płuc i żołądka — 3 godziny. 6. A. Natanson. O krwotokach macicznych 7 godzin. 7. J. Rotstadt. Cierpienia stawowe a leczenie fizykalne 2 godziny. 8. Wacł. Sterling. O obecnym stanie leczenia prymiotu — 3 godziny. 9. Wł. Sterling. O zespołach wielogruczołowych — 4 godziny. 10. D. Szenkier. O nowoczesnych metodach rozpoznawania czynności nerek — 4 godziny. 11. Bornsztajn. Psychonerwice w świetle teorji Freuda.

Dr. Adam Lewinter, lekarz okręgowy w Sądowej-Wiszni, zamianowany został lekarzem miejskim w Leżajsku.

Nr. 41. 8. października 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

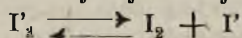
Prace oryginalne.

Dr. St. LASKOWNICKI, asyst. klin. chirurg. Lwów.

Bakterjobójczość płynu Lugola.

Z Zakładu higjeny i bakterjologji Uniw. J. Kazimierza we Lwowie. Kierownik: doc. dr. Zdzisław Steusing.

Badając i porównując działanie odkażające nalewki jodowej z działaniem różnych środków bakterjobójczych byłem zdumiony niezwykle silną bakterjobójczością płynu Lugola. Wiedziałem o tem, że wodne roztwory jodu są silnie bakterjobójcze, opierając się jednak na zdaniu Paula i Krönига, że roztwór jodu w roztworze jodku potasu traci na swej bakterjobójczości, tworząc grupę drobinową z obu tych środków, i przez to nie działa już tak silnie bakterjobójczo, jak roztwór czystego jodu we wodzie, przypuszczałem, że płyn Lugola będzie o wiele mniej bakterjobójczy, niż to jest w istocie. Tak jednak nie jest. W roztworze jodu w jodku potasu jod jest zawarty w postaci jonów I'_3 i pozostaje w równowadze chemicznej z jonami jodowemi i jodem



$$I'_3 \rightleftarrows I_2 + I'$$

i wywiązuje ciągły wolny jod, o ile ten jod z białkiem lub innemi częściami składowemi ustroju się zwiąże, a przytem jon I'_3 jest jednym z najpotężniejszych środków ścinających białko (jako odczynnik alkaloidowy) i w ten sposób kombinuje się działanie ścinające jonu I'_3 i wiązanie się z białkiem jodu I_2 w bardzo silne działanie odkażające.

Płyn Lugola (*sol. fortior*) jest *in vitro* 15 razy silniej bakterjobójczy, niż 5% nalewka jodowa — zabija gronkowca (złocistego) już po 1—1½ minutowem działaniu. Jest jedynym ze środków bakterjobójczych (prócz nalewki jodowej), których działanie bakterjobójcze badałem, zabijającym zarodniki lasecznika siennego (*bac. subtilis*) przed upływem 24 godzin (płyn Lugola zabija je w 6-ciu godzinach, 5% nalewka jodowa w 12-tu godzinach; sublimat w rozczynie 1:1000, 5% chlor meta kresol, alkohol absol, 70% alkohol, nie zabijają tych zarodników po 24 godzinach działania).

Wobec silnej bakterjobójczości płynu Lugola i wobec możliwości zastosowania go w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, postanowiłem zbadać dokładniej jego działanie bakterjobójcze w różnych warunkach.

Technikę badania zastosowałem tę samą, jaką zastosowałem w doświadczeniach z odkażaniem nalewką jodową, t. zn. drobnoustroje zawieszone w buljonie zasuszałem na granatkach i poddawałem je działaniu środka odkażającego; następnie zobojętniałem działanie badanego środka przez opłukanie w odpowiednim płynie, wreszcie po opłukaniu w jałowym rozczynie fizjologicznym soli kuchennej rzucałem granatek na pożywkę.

Doświadczenia przeprowadziłem na szczepie gronkowców złotych i na lasecznikach Kocha.

Laseczniki Kocha uzyskałem z plwociny, zawierającej wielką ich ilość, co stwierdziłem drobnowidowo.

Jedną część tej plwociny przepłukałem w jałowym rozczynie fizjologicznym soli kuchennej, następnie roztarłem ją dokładnie we wyjałowionym moździerzyku porcelanowym, aż przedstawiała się jako szarawo żółtawa, homogenna, gęsta ciecz; w cieczy tej maczałem granatki i poddawałem je wyschnięciu w eksykatorze nad chlorkiem wapniowym, umieszczonym w termostacie o temp. 37° C.

Uzyskałem w ten sposób szereg granatków do wykonania doświadczeń nad odkażaniem, na których zasuszone zostały w ogromnej ilości laseczniki Kocha, w skorupie białka i śluzu. Wraz z niemi zasuszone zostały także i inne drobnoustroje, jak łańcuszkowce i gronkowce, których obecność w plwocinie stwierdziłem, nie obawiałem się jednak jadowitego ich działania na zwierzęta, byłem bowiem pewny na podstawie doświadczeń już przedtem przezemnie wykonanych, że płyn Lugola zabije te drobnoustroje w przeciągu kilku minut (5 — 10) pomimo ochronnej skorupy, jaką są otoczone.

Chodziło mi o przekonanie się, czy laseczniki Kocha, zasuszone w stanie takim, w jakim znajdują się w przyrodzie, będą się opierać dłużej działaniu odkażającemu, niż laseczniki przerobione z antiforminą i, po przepłukaniu, zawieszone w rozczynie fizjologicznym soli kuchennej.

Drugą część plwociny przerobiłem z antiforminą, odwirowałem, uzyskany osad przepłukałem trzykrotnie, odwirowując go z jałowym rozczynem fizjologicznym soli, poczem po odlaniu z próbówki płynu fizjologicznego, skłóciłem osad z kilku pozostałemi kroplami płynu wyżarzonem oczkiem platynowem i po stwierdzeniu wielkiej ilości lasecznikow Kocha w tej zawiesinie, umaczane w niej granatki wysuszyłem w eksykatorze.

Uzyskałem w ten sposób drugi szereg granatków, z zasuszonemi lasecznikami Kocha, które zawieszone były we fizjologicznym rozczynie soli kuchennej i uwolnione od śluzu, białka i towarzyszących im innych drobnoustrojów, za to jednak na każdym granatku było ich znacznie więcej, niż w poprzednim przypadku.

Oba te rodzaje granatków poddawałem działaniu płynu Lugola przez pewien czas, następnie zaś, po dokładnem opłukaniu w jałowym 1% rozczynie tiosiarkanu sodowego i w jałowym rozczynie fizjologicznym soli, wszczepiałem je świnkom morskim pod skórę, w specjalnie do tego uczynioną kieszonkę. Miałem zamiar pierwotnie granatki wszczepiać do jamy otrzewnowej świnek, wobec tego jednak, że sprawia to pewne trudności, zwierzę jest niespokojne, rzuca się, piszczy i przez to powoduje ciągłe wypadanie sieci i jelit, przyczem trudniej jest zachować potrzebną aseptykę, odstąpiłem od tego i granatki wszczepiałem pod skórę, poczem rankę skórną zeszywałem szwem strunowym ciągłym na głucho.

Zwierzętom kontrolnym wszczepiałem granatki, po opłukaniu ich takiem samem, w tych samych płynach, bez maczania ich w płynie Lugola. Ranka zgoiła się u wszystkich zwierząt doraźnie.

Doświadczenia przeprowadziłem z lasecznikami Kocha dlatego, bo mają być one odporniejsze od gronkowców na działanie środków dezynfekcyjnych, zwłaszcza we wodnych roztworach, z tego powodu, że trudne zwilżanie się prątków, których otoczka jest bogata w lipoidy, utrudnia wniknięcie środka dezynfekcyjnego do ciała drobnoustroju.

Bakterjobójczość płynu Lugola względem gronkowców przedstawia się następująco:

Działanie płynu Lugola (*sol. fortior*) na gronkowce.

Sposób postępowania:

1) Płyn Lugola, 2) tiosiarkan sodowy, 3) dtto, 4) płyn fizjologiczny, 5) dtto.

Czas działania	po 1 dniu	po 2	po 3	po 4	po 5	po 6	po 7	po 8	po 9	po 10
0'	+63	+	+	+	+	+	+	+	+	+
½'	—	+11	+	+	+	+	+	+	+	+
1'	—	+16	+	+	+	+	+	+	+	+
2'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
3'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
5'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Czas działania oznacza czas działania środka dezynfekcyjnego. Liczby po 1, po 2 i t. d. oznaczają czas obserwacji a więc wzrost po 1 dniu, po 2 dniach i t. d. Liczby przy + oznaczają ilość kolonij.

Jak widać z wyżej podanych tablic, zabija płyn Lugola gronkowce złote po 2 minutach działania (zabija je zwykle wcześniej, a mianowicie już po 1 minutowem działaniu, zależne to jest od odporności użytego szczepu).

Płyn Lugola traci znacznie na swej sile bakterjobójczej w obecności płynu białkowego (w tym przypadku zmie-

Działanie płynu Lugola (*sol. fortior*) **+ ascites na gronkowce.**
Sposób postępowania jak wyżej.

Czas działania	po 1 dniu	po 2	po 3	po 4	po 5	po 6	po 7	po 8	po 9	po 10
0'	+70	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1'	+42	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3'	+36	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5'	+15	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10'	—	—	+3	+	+	+	+	+	+	+
20'	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
30'	—	—	—	+3	+	+	+	+	+	+
45'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
60'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
90'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

szany w równych częściach z ascites), ale i tam jest jeszcze silnie działającym środkiem bakterjobójczym. Już po 5-ciu minutowem działaniu wyrasta mniejsza ilość kolonij gronkowców, po 10-ciu minutowem działaniu widać jeszcze wyraźniejsze działanie powstrzymujące rozwój drobnoustrojów, działanie to potęguje się jeszcze bardziej po 20-tu i 30-to minutowem działaniu płynu Lugola, zmieszanego z ascites w równych częściach.

Zwracam uwagę, że płyn Lugola po zmieszaniu go w równej części z płynem białkowym (*ascites*) działa jeszcze pomimo związania się dużych ilości jodu z białkiem tak intenzywnie bakterjobójczo, jak roztwór sublimatu 1‰, zabija bowiem gronkowce w tym samym czasie t. j. w przeciągu 45 minut.

Doświadczenia te powtórzyłem kilkakrotnie z tym samym mniej więcej wynikiem.

Płyn Lugola w rozczynie słabszym (1:2:300) zabija gronkowce również po dwu minutach działania, zmieszany z równą częścią ascites nie zabija ich jeszcze po 4 godzinach.

Oprócz tego zrobiłem jeszcze jedno następujące doświadczenie: płyn Lugola (*sol. fortior*) zmieszałem w równej ilości ze świeżą ropą gronkowcową (*aureus*) i, zatkawszy probówkę, skłóciłem oba płyny ze sobą. Płyn Lugola odbarwia się w obecności ropy, jod jego wiąże się bowiem natychmiast z białkiem.

Po pewnym czasie osadzają się w probówce części stałe, zabarwione na kolor jasnożółty, nad niemi zaś jest warstwa jasnego, przeźroczystego, zupełnie jak woda, płynu. Część tej mieszaniny po 24 godzinach odlałem, skłóciwszy ją najpierw, do probówki, dodałem równą ilość 1%-ego roztworu tiosiarkanu sodowego, poczem nastąpiło zupełne odbarwienie, skłóciłem silnie, odwirowałem, osad uzyskany poddałem jeszcze raz tej samej manipulacji, następnie przepłukałem go jeszcze dwa razy w ten sam sposób jałowym rozczynem fizjologicznym soli kuchennej. Oczko tego osadu zaszczepiłem na płytce Petriego z agarem; płytka pozostała jałowa, co dowodzi, że rozczyn Lugola (*sol. fortior*) działa intenzywnie bakterjobójczo na gronkowce nawet wobec bardzo dużych ilości ropy.

Granatki ze zasuszonemi laseczniakami Kocha poddawałem w ten sam sposób działaniu płynu Lugola przez 30', 1, 2, 3 i 4 godziny i po zneutralizowaniu jodu przez dokładne opłukanie ich w rozczynie tiosiarczanu sodowego i w płynie fizjol. soli kuchennej wszczepiałem świnkom morskim pod skórę.

Zwierzęta kontrolne padły po trzech tygodniach na gruźlicę, co stwierdziłem sekcją. Pozatem wszystkie inne zwierzęta nie wykazują żadnych objawów chorobowych, są żywe, przybywają na wadze i są zupełnie zdrowe. Czas obserwacji wynosi przeszło 6 miesięcy. Okazuje się z tego, że płyn Lugola zabija z całą pewnością laseczniki Kocha w przeciągu pół godziny, nawet wtedy, gdy znajdują się one zasuszone we warstwie śluzu.

Po wykonaniu tych doświadczeń przystąpiłem do leczenia ropni gruźliczych wstrzykiwaniami płynu Lugola do jamy opróżnionego ze swej płynnej zawartości ropnia, przypuszczając, że przez wstrzyknięcie środka silnie bakterjobójczego, a oprócz tego wywołującego przez swe drażniące działanie czynne przekrwienie i działającego chemotaktycznie na leukocyty — uzyskam korzystne wyniki lecznicze. Wyniki leczenia ropni opadowych i chłoniaków gruźliczych za pomocą wstrzykiwań płynu Lugla (*sol. fortior*) będą przedmiotem osobnej publikacji.

Piśmiennictwo zebrane.

Laskownicki. Działanie dezynfekcyjne jodyny. Przegl. epidem. 1922. zeszyt I. Oprócz tego Friedberger i Pfeiffer: Lehrbuch der Mikrobiologie i Uhlenhut, Jötten, Haiter. Med. Klin. 1921 Nr. 10.

W. GRZYWO-DĄBROWSKI. Warszawa.

Przyczynek do kazuistyki dzieciobójstwa.

(Z Zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Warszawskiego).

Sposoby, któremi się posługują przy pozbawianiu życia noworodków, nie są zbyt urozmaicone. Może najczęściej spotykamy się z pozostawieniem bez pomocy nowonarodzonego dziecka, jako t. zw. dzieciobójstwem biernem. Pozatem często zdarza się widzieć pozbawienie życia noworodka przez zaduszenie, rzadziej zapomocą rozbicia główki, utopienia, a do rzadkości należy pozbawienie życia zapomocą zadania ran.

Na 711 oględzin zwłok płodów i noworodków, od września 1917 r. do 31. XII. 1921, w 102 przypadkach stwierdziliśmy śmierć wskutek pozostawienia bez pomocy, w 44 przypadkach miało miejsce zaduszenie, w 19 rozbicie główki, w 1 utopienie, w 1 uszkodzenie ciała, w 1 otrucie. Noworodki pozostałe urodziły się nieżywe, lub zmarły śmiercią naturalną w pewien czas po urodzeniu. Poniżej pozwolę sobie przytoczyć 7 przypadków z naszej kazuistyki, gdzie śmierć była zadaną w sposób rzadki lub skomplikowany.

Przypadek I.: **Śmierć noworodka wskutek ran kłutych serca, wątroby i nerki prawej.** Dla oszczędności miejsca podajemy możliwie skrócony wyciąg z protokołu oględzin zwłok.

Zwłoki tego noworodka, płci męskiej, znaleziono w lutym 1922 r. na śmietniku w pewnym domu pod miastem; jak się zdaje, zostały one wraz ze śmieciami przywiezione do miasta. Długość ciała i ogólny jego rozwój przemawiał za tem, że noworodek był urodzony najprawdopodobniej około 8½ mies. księżyc. ciąży. Na spojówkach obu oczu znaleziono liczne drobne wybroczynki krwawe. Skóra prawie na całej powierzchni ciała o zabarwieniu czerwono-fjoletowawem. Za lewem uchem kilka drobnych podłużnych odrapań.

Na skórze klatki piersiowej od przodu, po stronie lewej, tuż przy linji środkowej, na wysokości brodawki sutkowej, znajduje się rana o brzegach równych, rozwartych, o kształcie owalnym, dług. 7 mm, także rana na lewym łuku żebrowym przy przedniej linji pachowej; pod prawym łukiem żebrowym, od tyłu, 3-cia rana podobna.

Przy sekcji zwłok tego noworodka znaleziono: Czaszka, przedgłowie w okolicy tylnej części czaszki; pod okostną kości czaszki liczne drobne wybroczyny krwawe. Kości czaszki bez uszkodzeń; opony miękkie mocno przekrwione. Innych zmian w mózgu nie znaleziono.

W obrębie dolnej części mięśnia sutkowo-mostkowo-obojczykowego prawego znaleziono dosyć obfite wylewy krwawe; w obrębie pochewki prawej tętnicy dogłowowej nieobfite punkcikowate wybroczynki. W tkankach szyi, tuż pod tarczycą, jak również poza przełykiem, u góry, dosyć obfite wylewy krwi. Narządy szyi nieuszkodzone, bez zmian, tętnice dogłowowe również nie uszkodzone. Pod lewem żebrem, w miejscu, odpowiadającem opisanej poprzednio ranie, szczelinowate pęknięcie, biegnące równolegle do chrząstki żebra, dług. 14 mm, o brzegach równych. Naokoło w tkankach wylewy krwawe. W okolicy lewego łuku żebrowego, tam, gdzie się znajdowała ranka na skórze, w tkankach widzimy otwór o równoległych brzegach, dług. 6 mm, otoczony wylewami krwi i prowadzący do jamy brzusznej. W lewej jamie opłucnej 10 ccm płynnej ciemnej krwi. W tkance wiotkiej na nasierdziu wylew krwawy na przestrzeni dwu ccm. Płuca w całości i pokrajane na drobne kawałki, powoli tonęły w wodzie; przy ucisku płuc, tu i ówdzie, z miąższu dało się wycisnąć trochę pęcherzyków powietrza; miąższ płuc czerwony; pod opłucnemi od tyłu płuc nieobfite wybroczyny krwawe.

W worku osierdziowym znaleziono u dołu od tyłu szczelinowaty otwór o równych brzegach; na tylnej powierzchni serca w środku, otwór podłużny, 6 mm długi, o brzegach trochę zazębionych, prowadzący do lewej komory; naprzeciwko tego otworu w przegrodzie sercowej u góry znaleziono podobny, szczelinowaty otwór, otwierający się na zewnątrz tuż u podstawy tętnicy płucnej. Komory serca puste. Na górnej powierzchni lewego płatu wątroby 3 otwory szczelinowate o równych brzegach, dług. 6—7 mm; dwa z tych otworów komunikowały ze sobą przez kanał przechodzący pod powierzchnią wątroby, o kierunku z góry ku dołowi i od strony prawej ku lewej, a trzeci dawał początek kanałowi idącemu ku dołowi i stronie lewej i kończącemu się ślepo. Otrzewna narządów jamy brzusznej przykryta warstwą ciemnej płynnej krwi. Naokoło prawej nerki trochę wylewów krwawych, a w miąższu, tuż przy wnęce, od tyłu, szczelinowaty otwór, głębokości około 3 mm, o równych brzegach. Próba żołądkowo-jelitowa wypadła ujemnie. Jelita grube zawierały dużą ilość ciemno-zielonej smółki. W innych, nieopisanych tu, narządach ciała zmian chorobowych ani uszkodzeń nie znaleziono.

Reasumując zmiany znalezione w tym przypadku, widzimy, że noworodek ten urodził się żywo, lecz żył po urodzeniu bardzo krótko. Jak się zdaje, oddychał krótko i bardzo powierzchownie, zapewne z tego powodu, że szyja jego i klatka piersiowa zostały mocno uciśnięte, za czem przemawia obecność wylewów krwawych w obrębie tkanek szyi i mięśni piersiowych. Zapewne w tej samej chwili zostały mu zadane 3 rany kłute jakiemś wązkiem i ostrem narzędziem, jedno z uderzeń spowodowało przebicie klatki piersiowej, narzędzie przytem drasnęło osierdzie i utkwiło w wątrobie; drugie uderzenie było skierowane z dołu ku górze, przytem narzędzie, zapewne to samo, co i poprzednio, przeszło przez wątrobę i przeszyło serce. 3-cie uderzenie, od tyłu zadane, powierzchownie zraniło prawą nerkę. Śmiertelnem było zranienie serca; ta rana była zadana zapewne ostatnia, gdyż po zranieniu serca śmierć nastąpiła prawie natychmiast; rany inne były zadane najprawdopodobniej przed zranieniem serca.

Przypadek nasz należy do rzadkości w kazuistyce sądowo-lekarskiej. O ile sięgniemy do odpowiedniej literatury, widzimy, iż Wachholc w swym podręczniku wspomina tylko o ranach kłutych, które były zadane noworodkom; Hofmann się przyznaje, że nie widział ani razu tego rodzaju dzieciobójstwa; Haberda w okresie od 1895—1905, nie miał sposobności obserwować innych przyczyn śmierci gwałtownej noworodków, jak zaduszenie lub rozbicie czaszki. W r. 1909 w jednym przypadku widział ranę kłutą w okolicy ciemienia, drążącą do mózgu, pozatem w tym przypadku znaleziono rozcięcie kąta prawego warg i brak części szczęki dolnej, w podniebieniu ranę 1 cm długą. Rana kłuta była zadana nożycami, a rozdarcie ust i uszkodzenie dolnej szczęki powstały przy próbach zatamowania krzyku dziecka. Od czasu do czasu opisywano przypadki, w których noworodki zabito zapomocą wbijania igły do mózgu przez ciemiączko; obserwowali tego rodzaju przypadki Hofmann, Fritsch, Büttner, a przedewszystkiem Brouardel, który wspomina o 40 podobnych przypadkach, gdzie akuszerka w ten sposób zabijała noworodki. Tenże Brouardel widział noworodka, na którego ciele znaleziono 16 ran kłutych w rozmaitych częściach ciała; w innym przypadku tego autora, poza ranami kłutemi nożem, znaleziono także ranę, zadaną igłą. Ipsen widział noworodka, u którego znalazł 5 ran kłutych na głowie i klatce piersiowej; został on zabity przez zadzierzgnięcie. Valenta wspomina o przypadku, gdzie rany kłute zostały zadane nożycami.

Ignatowski ani razu nie widział tego rodzaju przypadków dzieciobójstwa, a Tardieu uważa, że matka, zadając rany kłute, których zwykle bywa kilka, działa w podnieceniu, że są to przeważnie kobiety o cechach histerycznych lub nadużywające alkoholu.

Reasumując dostępną nam literaturę, widzimy, że dotąd ogłoszono wszystkiego 5 przypadków dzieciobójstwa, wykonanego zapomocą ran kłutych (pomijając dzieciobójstwo przez ukłucie igłą przez ciemiączko, gdyż ten rodzaj dzieciobójstwa ma inny charakter i inne zabarwienie psychologiczne). Taką małą liczbę tego rodzaju przypadków śmierci, być może, musimy sobie tłómaczyć tem, że z jednej strony matka w chwili porodu, lub po porodzie, niema pod ręką odpowiedniego narzędzia, a z drugiej strony, co może odgrywa większą rolę, na zadanie ran narzędziem ostrem nie każda kobieta się zdobędzie, a tem bardziej matka, szczególnie, gdy ma możność zgładzić dziecko w sposób łatwiejszy i pewniejszy przez zaduszenie lub, ostatecznie, przez rozbicie główki.

Przypadek II. **Zabicie noworodka przez poderżnięcie gardła.** W styczniu r. 1922 w sieni pewnej kamienicy znaleziono noworodka z poderżniętem gardłem. Przy oględzinach znaleziono, co następuje (podajemy tylko najważniejsze dane z protokołu sekcji): Noworodek płci żeńskiej, donoszony. Na szyi znaleziono ranę, biegnącą w poprzek, dług. 5 cm, szerokości przy lekko uniesionej główce 4 cm. Oba zewnętrzne brzegi rany znajdują się mniej więcej na jednakowej wysokości; brzegi górny i dolny rany są równe i gładkie; tuż nad górnym brzegiem rany, po stronie prawej, znajduje się w skórze powierzchowne draśnięcie, równoległe do brzegu rany, dług. dwudziestu mm. Narządy szyi, krtań, przełyk, naczynia i mięśnie zostały przecięte przez całą grubość aż do kręgosłupa, który stanowi dno rany; pomiędzy 5 a 6 kręgiem szyjnym szczelina, oddzielająca te kręgi jeden od drugiego, głębokości do dwóch mm. Innych uszkodzeń nie znaleziono. Pępowina nie podwiązana. Próba płucna i żołądkowa wypadły dodatnio; próba jelitowa ujemnie. W jelitach grubych dużo smółki. W narządach ciała zmian chorobowych nie znaleziono, oprócz ich znacznej bladości. Cech gnicia na ciele nie stwierdzono.

Reasumując całość zmian znalezionych, widzimy, że noworodek ten, urodzony jako donoszony, żywy i do życia zdolny, żył po urodzeniu czas bardzo krótki i zmarł wskutek poderżnięcia gardła, co spowodowało szybki upływ krwi. Ten przypadek, chociaż nie tak wyjątkowy, jak poprzedni, również należy do bardzo rzadkich w kazuistyce tego rodzaju. Haberda o tego rodzaju przypadkach wspomina, jako o bardzo rzadkich, inni autorzy również podkreślają rzadkość tego rodzaju dzieciobójstwa.

Przypadek III. **Rozdarcie bródki i policzków u noworodka.** Noworodek płci żeńskiej, wraz z łożyskiem i pępowiną został znaleziony w końcu stycznia 1922 r. w pewnym domu w Warszawie. Noworodek ten był urodzony około $9^1/_3$ mies. ciąży, jak o tem świadczyły wymiary i ogólny rozwój ciała. Na ciele znaleziono uszkodzenia następujące: od obu kątów ust w kierunku ku tyłowi przechodzą rozdarcia o kształcie łukowatym, sięgające aż do środka policzków i przechodzące przez wszystkie tkanki tychże, tak że otwór ustny został ogromnie rozszerzony od strony prawej ku lewej; długość tego rozdarcia po stronie lewej około dwóch cm, po stronie prawej około 3 cm; brzegi skórne rozdarć zupełnie równe, brzegi rozdarcia mięśni poszarpane; w obrębie opisanego uszkodzenia i na jego brzegach znajdowały się tu i ówdzie skrzepy ciemnej krwi. Dziąsła szczęki górnej po stronie prawej od kości oderwane; gruczoł podszczękowy po stronie prawej oderwany i wystaje z poza wargi dolnej; język oderwany na całej przestrzeni od swego dolnego przyczepu; rozerwana również przepona ustna (*diaphragma oris*) w części górnej. Szczęka dolna w części środkowej rozerwana. Na szyi w kilku miejscach drobne otarcia naskórka o kształtach nieregularnych. Na klatce piersiowej, na skórze, po stronie prawej, widać zadrapania o kolorze czerwonym, biegnące od wyrostka mieczykowatego aż do zewnętrznego końca prawego obojczyka, w postaci szramy. Na sekcji stwierdzono: wybroczyny krwawe, dosyć obficie rozsiane w tkance wiotkiej naokoło przełyku i tchawicy; rozdarcia lub uszkodzenia mięśni i narządów szyji nie stwierdzono. Pod nasierdziem od tyłu liczne drobne wybroczynki krwawe; przedgłowie wyraźne, w obrębie niego liczne wylewy krwi rozmaitej wielkości. Próba płucna wypadła w zupełności dodatnio; próba żołądkowo-jelitowa ujemnie. W innych narządach ciała uszkodzeń lub zmian nie znaleziono.

Uszkodzenia bródki i policzków w danym przypadku powstały najprawdopodobniej wskutek nieumiejętnej pomocy przy porodzie; należy zaznaczyć, że w obrębie rozdarć policzków brzegi skórne były zupełnie równe, jakby rozcięte, co jednak nie przeczy temu, że rozdarcie tu mogło mieć miejsce, gdyż skóra może pękać, dając zupełnie równe brzegi w miejscu rozdarcia.

Przypadek IV. **Rozdarcie wątroby i oderwanie języka u noworodka.** W lutym r. 1922 na jednej z ulic Warszawy znaleziono zwłoki noworodka płci żeńskiej. Przy oględzinach stwierdzono (podajemy tylko cechy najważniejsze), że noworodek ten urodził się około 9 miesiąca księżycowego ciąży. Na powłokach zewnętrznych uszkodzeń nie znaleziono. Wargi różowe bez uszkodzeń. Śluzówka na dziąsłach szczęki dolnej od przodu zasiniona, dziąsła górnej szczęki blade. Język wysunięty pomiędzy dziąsłami swym koniuszkiem, na końcu języka znajduje się trochę skrzepów krwi. Wędzidełko języka rozerwane, rozdarcie to sięga w głąb tkanek podstawy języka na głębokość około 1 cm, szerokość rozdarcia 1,5 cm. Mięśnie podstawy języka obnażone; brzegi rozdarcia dosyć równe. Na migdałkach trochę skrzepów ciemnej krwi. Na szyi uszkodzeń nie widać. Spojówki

wybroczyn nie wykazują. Pępowina 6 cm długa, podwiązana taśmą białą, brzeg pępowiny obcięty równo.

Oględziny wewnętrzne. Przedgłowie w okolicy potylicy; pod skórą czaszki tu i ówdzie drobne wybroczynki. Kości czaszki nieuszkodzone. Opony miękkie znacznie przekrwione. W zatokach mózgowych krew płynna, ciemna. Mózg miękki, bez uszkodzeń. Próba płucna wypadła ujemnie; w krtani tchawicy, oskrzelach ciał obcych nie znaleziono. Pod opłucnemi płuc nieobfite wybroczynki krwawe. Serce nic szczególnego nie przedstawia. Jama brzuszna po otwarciu stwierdzono obecność dość znacznej ilości skrzepów ciemnej krwi, zmieszanych z ciemną, płynną krwią. Wątroba waży 73 gr. Na tylnej powierzchni prawego płatu u góry rozdarcie na przestrzeni 3 cm×2 cm, głębokości około 1 cm, o brzegach nierównych; w okolicy tego rozdarcia obfite skrzepy krwi. Próba żołądkową wypadła dodatnio, próba jelitowa ujemnie. Jelita grube wypełnione smółką. W innych narządach uszkodzeń ani odchyleń od normy niema.

Opisane rozdarcie wątroby powstało tu zapewne z powodu nieumiejętnej samopomocy lub podczas porodu. Rozdarcie podstawy języka najprawdopodobniej jest tegoż samego pochodzenia. W tym przypadku zwracają uwagę dwa tak od siebie, co do umiejscowienia, odległe uszkodzenia.

Przypadek V. **Rozdarcie bródki, oderwanie języka, krtani, rozdarcie podniebienia.** Zwłoki noworodka, płci żeńskiej, znalezione na ul. Freta w lutym r. 1921. Przy oględzinach stwierdzono, że noworodek ten urodził się około 9½ mies. księżycowego ciąży. Przy zwłokach znajdowało się łożysko, nie oddzielone od pępowiny. Skóra ciała blada, tu i ówdzie przykryta warstwą skrzepłej krwi. Wargi rozdarte w kierunku poprzecznym, skóra na szyi i na podbródku, od przodu, rozdarta, mięśnie szyi i mięśnie na podbródku zostały wskutek tego obnażone na przestrzeni 6 cm×5 cm. Szczęka dolna w przedniej części złamana, a od przodu brak w niej kawałka 3 cm szerokiego; mięśnie szyi poszarpane, język i krtań oderwane od podstawy; podniebienie miękkie po stronie prawej również częściowo oderwane; wśród poszarpanych tkanek znajdują się dosyć obfite ciemne skrzepy krwi. Innych uszkodzeń lub zmian przy oględzinach zewnętrznych nie znaleziono. Na sekcji zwłok stwierdzono wybroczyny krwawe pod skórą czaszki, próba płucna wypadła dodatnio. Pod opłucnemi obu płuc tu i ówdzie drobne, nieobfite wybroczynki krwawe; takież wybroczynki znaleziono i pod nasierdziem od tyłu u podstawy, w komorach serca znaleziono trochę ciemnej płynnej krwi. Próba żołądkowo-jelitowa ujemna; w jelitach grubych znajdowała się nieznaczna ilość ciemnej smółki. W innych narządach ciała nie znaleziono żadnych uszkodzeń lub zmian chorobowych. Cech gnicia nie było.

Opisane uszkodzenia bródki i części miękkich twarzy powstały najprawdopodobniej przy pomocy lub wskutek samopomocy porodowej; noworodek ten po urodzeniu żył przez czas pewien i zmarł wskutek krwotoku z rozdartych tkanek. Opisane wybroczyny przemawiają, jak się zdaje za tem, że podczas porodu, który był trudny, o czem świadczy udzielenie samopomocy lub pomocy, miało miejsce częściowo duszenie się, czego wyrazem mogły być opisane wybroczynki.

Przypadek VI. **Rozbicie czaszki w połączeniu z zadzierzgnięciem.** Noworodek płci męskiej, znaleziony w lutym 1922 r. w okolicy ogrodu Pomologicznego. Przy oględzinach stwierdzono, że był to noworodek donoszony, duży (długość ciała 52 cm, waga 3700 gr). Spojówki nastrzykane; na spojówce powiekowej prawego oka, przy kącie zewnętrznym, drobne, ciemne wybroczynki. Na szyi widać brózdę, przebiegającą naokoło, szerokości około 1 cm; na przedniej powierzchni brózda ta przebiega tuż pod chrząstką tarczową, po bokach w odległości około 2½ cm od kątów dolnej szczęki, od tyłu na wysokości V kręgu szyjnego. Brzegi brózdy wygórowane i zlekka zaczerwienione, szczególnie wyraźnie od przodu. Wybroczyn w obrębie brózdy niema; naskórek brózdy nigdzie niestarty i niewyschnięty. Na sekcji stwierdzono: w obu kościach ciemieniowych znajdują się pęknięcia, idące od guzów kości ku górze i ku dołowi, dług. 4—5 cm, w obrębie kości czołowej pęknięcie, poziomo przebiegające, dług. 4 cm. Pod okostną i w tkankach miękkich naokoło tych pęknięć obfite wylewy krwawe. Pod oponami miękkiemi na półkulach tu i ówdzie wybroczynki krwawe. Mózg nieuszkodzony. W obrębie prawego mięśnia tarczowo-gnykowego pasmowate wylewy krwawe; w obrębie mięśni przepony ustnej po stronie lewej wylew krwawy na przestrzeni 5 mm×3 mm; pozatem w obrębie szyi niema zmian ani uszkodzeń. Próba płucna dodatnia, płuca równomiernie powietrzne, wybroczyn pod opłucnemi niema. Serce wybroczyn pod nasierdziem niema; w komorach krew płynna w niedużej ilości, pozatem zmian niema. Żołądek wraz z odcinkiem jelit cienkich długości 12 cm pływa we wodzie, reszta jelit tonie. Jelita grube wypełnione dużą ilością ciemno-zielonej smółki. Pozatem w narządach ciała nie znaleziono żadnych zmian ani uszkodzeń.

W danym przypadku mamy kombinację zadzierżgnięcia z rozbiciem czaszki; zadzierżgnięcie nie spowodowało zejścia śmiertelnego i sprawca doprowadził swe dzieło do końca przez rozbicie główki zapomocą uderzenia o jakiś przedmiot twardy lub przez uderzenie w głowę jakimś twardym przedmiotem.

Przypadek VII. **Częściowe rozkawałkowanie zwłok noworodka.** Noworodek płci męskiej znaleziony w kwietniu r. 1921 na ul. Wałowej. Noworodek ten urodził się donoszonym (długość ciała 51 cm; inne wymiary odpowiednie do tego wieku). Przy oględzinach znaleziono, że kręgosłup w części dolnej i kość krzyżowa rozcięte w linji środkowej, brzegi rozciętych kręgów są równe; przez to rozcięcie wypadają na zewnątrz pętle jelit cienkich i grubych. Główka kości ramieniowej prawej w części środkowej równo przecięta przez całą grubość. Skóra w wielu miejscach poszarpana; części miękkich tu i ówdzie brak, tak że wobec czego obnażone są częściowo kości nóg i rąk. W brzegach opisanych uszkodzeń części miękkich, jak również i w ich okolicy, niema nigdzie wybroczyn ani wylewów krwi. Pod skórą czaszki znaleziono wylewy krwawe w okolicy kości ciemieniowej u góry; obie te kości okazują pęknięcia: lewa u góry dług. 5 cm, prawa u dołu dług. 3 cm. Pod oponą twardą znajduje się nieznaczna ilość krwi płynnej; mózg bez uszkodzeń. Próba płucna dodatnia; pod opłucnemi od tyłu duże, około 2 cm długie, wybroczyny krwawe. Pod nasierdziem wybroczyn niema. W komorach serca krew pienista. Pod błoną śluzową języka, na powierzchni górnej, w tylnej części wybroczyny krwi, ok. 5 mm w średnicy. Narządy szyi bez uszkodzeń. Żołądek i dwunastnica wrzucone do wody pływają, reszta jelita tonie w wodzie. W innych narządach ciała zmian i uszkodzeń niema. Rozkład ciała dosyć znaczny.

Przypadek ten jest trochę niejasny; noworodek został zabity przez rozbicie czaszki, a potem była zapewne dokonana próba rozkawałkowania zwłok, przez rozcięcie ciała i odcięcie prawej rączki, lecz z jakichś powodów zamiar ten nie był doprowadzony do końca. Rozcięcie było dokonane narzędziem ostrem.

Rozkawałkowanie zwłok noworodków zdarza się bardzo rzadko. W naszej kazuistyce są opisane tylko dwa przypadki tego rodzaju: pierwszy przez Blumenstocka, drugi przez Wachholca. W przypadku Blumenstocka matka odcięła swemu 7-mio dniowemu dziecku główkę, oddzieliła powłoki czaszki, czaszkę pocięła na części, wyjęła gałki oczne, tułów pocięła na trzy części, kończyny górne i dolne również były rozcięte na kilka kawałków. Tak pocięte ciało zakopała w płytkim dole. W przypadku Wachholca donoszony noworodek był przez matkę pocięty na 5 części, przytem główka, kończyny dolna i górna lewe były odcięte, jak również i stópka prawa.

Piśmiennictwo.

Podręczniki medycyny sądowej Wachholza, Hofmanna, Krattera, i in.

Dzieła: Brouardela. L'infanticide. Haberda. Ueber Kindesmord.

Kazuistyka: Vierteljahrschrift für die ger. Medizin i w Przeglądzie Lekarskim.

Dr. I. SOHN. Kustanaj.

Sialoadenitis sublingualis acuta epidemica.

Ze szpitala miejskiego w Kustanaju (Turgajska obłast.).

Sprawa zapaleń gruczołów ślinowych wogóle nie jest jeszcze dokładnie wyjaśniona. W głównych zarysach dzielimy zapalenia te na ostre i przewlekłe. W danym przypadku zajmują nas ostre zapalenia ślinianek, które mogą być samoistne lub następcze. Najczęściej spotyka się ostre zapalenie gruczołów przyusznych (*Parotitis epidemica*, *Mumps* niemieckich autorów), rzadziej samoistne zapalenie gruczołów podszczękowych, a już do zupełnie rzadkich przypadków należy zapalenie samoistne gruczołu podjęzykowego.

Wedle dostępnego mi piśmiennictwa zapalenie gruczołów podszczękowego i podjęzykowego, jako samoistne, spostrzegano nadzwyczajnie rzadko, i to w czasie nagminnego zapalenia gruczołu przyusznego. I tak Leitzen w czasie epidemji w Halle widział na 77 przypadków nagminnego zapalenia gruczołu przyusznego tylko 6 przypadków zapalenia samych gruczołów podszczękowych. Penzold również opisał kilka przypadków samoistnego zapalenia gruczołu podszczękowego; w jego przypadkach gruczoły były wielkości orzecha włoskiego lub jaja gołębiego, twarde i nadzwyczaj bolesne przy dotyku. Ciepłota 3—4 dni dochodziła do 39—40° C. Zapalenie zaś samoistne gruczołu podjęzykowego, jak już wsnomniałem, należy do przypadków nadzwyczajnie

rzadkich. Leitzen widział w czasie wspomnianej epidemji w Halle tylko jeden taki przypadek. Hegler zaś w roku 1912 na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego w Hamburgu przedstawił swoje spostrzeżenia nad małą epidemją zapalenia gruczołu podjęzykowego (8 przypadków).

Obraz chorobowy, wedle Heglera, przedstawia się w ten sposób: Bez wszelkich innych objawów chorobowych (jak nieżyt, zapalenie migdałków, zapalenie gruczołów przyusznych, ból zębów lub t. p.) zjawia się nagle obrzęk w okolicy podbródka (*regio submentalis*), skóra staje się naciągniętą, błyszczącą, bolesną i wypukla się, jak przy podwójnym podbródku. We wszystkich przypadkach, za wyjątkiem jednego, zauważyć można było obfite ślinienie. Ślina była rzadka i zawierała przy badaniu mikroskopowem dużo płaskich nabłonków i niewielką ilość ciałek wypocinowych. W niektórych przypadkach ujście przewodu gruczołu ślinowego (*caruncula* i *plica sublingualis*) były obrzękłe i zaczerwienione. W jednym przypadku w przewodzie napotkano na zbitą białą grudkę; w tym też przypadku było równocześnie zapalenie prawego gruczołu podszczękowego. We wszystkich przypadkach była lekko podwyższona ciepłota ciała. Komplikacyj ze strony innych narządów nie spostrzegano. Podmiotowo chorzy odczuwali tylko ciągłe uczucie napięcia skóry i ciągnięcia na dnie jamy ustnej. Oprócz tego chorzy skarżyli się na bóle głowy, łamanie w kościach, lekki zawrót głowy i osłabienie. W tych przypadkach zapalenia gruczołu podszczękowego nie można było, mimo dokładnych badań w tym kierunku, wykazać jakiegoś związku z nagminnem zapaleniem gruczołu przyusznego, wobec czego Hegler przypuszcza, że miał do czynienia z nową jednostką chorobową. Chorzy wyzdrowieli w przeciągu 1—2 tygodni, w jednym tylko przypadku w przeciągu 3 dni. Tyle jest danych dotychczas o wyżej wspomnianej jednostce chorobowej.

Nie rozporządzając w Kustanaju żadną bibljoteką, nie wiem, czy później jeszcze po roku 1912 były ogłoszone podobne przypadki, a wobec skąpych dotychczas wiadomości o nagminnem zapaleniu gruczołu podjęzykowego, spieszę do ogólnych o tym przedmiocie wiadomości dorzucić jeszcze kilka własnych spostrzeżeń z mojej praktyki na obczyźnie i dalekim Sybirze.

Wszystkich przypadków widziałem 11. Z tego 10 dotyczyło chorych przychodnich szpitala, którego jestem kierownikiem, a 1 miałem w prywatnej praktyce. Przypadki te odnoszą się do czasu od 1. IX. do 20. X. 1917 roku, zatem okresu 7 tygodniowego; ani przedtem ani potem żadnych przypadków parotitis epidemica nie zanotowano. Wszystkie przypadki odnoszą się do osobników młodych wieku 1—23 lat, największa liczba przypada na osoby powyżej 10—23 lat.

Oto krótki wyciąg z historji chorób wszystkich przypadków:

I. N. 4676 1. IX. 1917 E. D., l. 20, podaje, że zachorowała przed 2-ma dniami, skarży się na ból ciągnący w podbródku, obfite ślinienie z ust, ból głowy i ból w kościach rąk i nóg. Na ból zębów lub ból w jamie ustnej wogóle nigdy nie cierpiała.

Badanie: Pod podbródkiem guz wielkości jaja gołębiego, twardy, skóra nad nim blada, sucha, błyszcząca, napięta; przy ucisku guz jest bolesny. Przy ucisku w miejscu obrzęku i masowaniu wydziela się z przewodu gruczołu podjęzykowego, ślina zwykła, ciągnąca się. Ujście przewodu nieco zaczerwienione, obrzęku niema. W jamie ustnej nie ma żadnych owrzodzeń, ani zepsutych zębów, żadnego zaczerwienienia błony śluzowej. Gruczoły przyuszne podszczękowe, karkowe i t. d. nie są powiększone; zresztą stan innych narządów prawidłowy. Ciepłota 37·8° rano, wieczorem 38·4°. 2. IX. czuje się lepiej t. rano 37·2, wieczorem 37·6. 3. IX. Idem. t. prawidłowa. 6. IX. Obrzęk mniej twardy i mniejszy, wydzielanie śliny prawidłowe, czuje się dobrze.

Ostatni raz widziałem chorą 15. IX. zupełnie zdrową.

II. N. 4675. 1. IX. A. O., lat 8. Matka opowiada, że zachorował przed 3-ma dniami, wśród bólów rwących w okolicy podbródka; za powód podaje, że spał w nocy w polu na wilgotnej ziemi; obecnie obfite ślinienie, ból głowy, bóle w krzyżach. Stan obecny: na górnej wardze *herpes labialis*; w jamie ustnej zepsutych zębów ani owrzodzeń niema; błona śluzowa jamy ustnej nie zaczerwieniona, ujście przewodu gruczołu podjęzykowego zaczerwienione, z przewodu wydziela się ślina z drobnemi strzępkami. Pod podbródkiem obrzęk twardy, który przypomina nam jakby drugi podbródek, skóra w tem miejscu naciągnięta, błyszcząca, sucha, nie zaczerwieniona — inne gruczoły nie powiększone, niebolesne. Ślina wprost leje się z ust. 1. IX. Ciepłota rano 37·9°, wieczorem 38·8°. 2. IX. Ciepłota rano 38·3°, wieczorem 39·2°, skarży się na bóle głowy, dreszcze, nie może się utrzymać na nogach. 3. IX. W nocy pocił się silnie, rano ciepłota 37°, czuje się lepiej, obrzęk pod podbródkiem nieco mniejszy. Później widziałem chorego 18. IX. Obrzęku nie ma, czuje się dobrze.

III. N. 4687. 1. IX. R. J., l. 23, chora już od 6 dni, zachorowała wśród bólu w podbródku i bólu głowy, obfite ślinienie z ust. W następnym dniu pojawił się obrzęk pod podbródkiem, który w następnych 2-ch dniach powiększył się; obecnie obrzęk utrzymuje się w jednym stanie, ślinienie nieco mniejsze. Z początku ciepłota była podwyższona, obecnie prawidłowa. Stan obecny: usta otwarte, z ust cieknie obficie ślina, język nie obrzękły, w jamie ustnej żadnych owrzodzeń, błona jej śluzowa prawidłowa, ujście przewodu gruczołu podjęzykowego prawidłowe. Pod podbródkiem obrzęk twardy, nie bolesny przy dotyku, skóra blada, przesuwalna lekko nad obrzękiem. 8. IX. W przeciągu tygodnia pod wpływem okładów z 10% ichtyolem obrzęk znikł, chora czuje się dobrze, w miejscu obrzęku nieznaczne stwardnienie.

IV. N. 4741. F. A., l. 2. 5. IX. Zachorował przed 3-ma dniami z gorączką, dziecko ciągle krzyczy, w nocy nie śpi, z ust ciągle ślinienie. Badanie: Dziecko dobrze rozwinięte, blade. Ciepłota 37·6°. Błona śluzowa jamy ustnej prawidłowa, owrzodzeń ani opuchnięcia dziąseł, ani zepsutych zębów nie ma. Pod podbródkiem obrzęk wielkości orzecha włoskiego twardy, skóra nad nim napięta, nie zaczerwieniona. Inne gruczoły nie powiększone. Dziecka tego więcej nie widziałem.

V. N. 4750. P. J., l. 22, 5. IX. 1917. Zachorował przed 5 dniami z podwyższeniem ciepłoty ciała, bólem głowy, bólami w kościach i stawach, a na następny dzień pojawił się obrzęk pod podbródkiem i obfite ślinienie. Chory nie może dobrze otworzyć ust i czuje głównie bóle przy jedzeniu, wskutek czego żywi się od czasu zachorowania tylko mlekiem. Obrzęk więcej się nie powiększa, ale też i nie zmniejsza. Przy badaniu znaleziono uzębienie i błonę śluzową jamy ust i ujście przewodu gruczołu podjęzykowego bez zmian. Pod podbródkiem obrzęk szeroki, rozlany, wielkości pół rubla srebrnego, twardy, skóra nad nim nie zmieniona. Ciepłota miejscowa nie podwyższona, ciepłota ciała 37°. Chory ten więcej do ambulatorjum się nie zgłosił.

VI. N. 4797. M. G., l. 5., 9. IX. Matka opowiada, że córka zachorowała przed 2-ma tygodniami z gorączką, kaszlem, ślinieniem, bólem głowy, później po 2-ch dniach wystąpił obrzęk pod podbródkiem, gorączka była tylko przez 4—5 dni, później chora czuła się dobrze, obecnie zgłasza się tylko z powodu obrzęku pod podbródkiem, który nie znika. Badaniem stwierdzono prawidłowy stan jamy ustnej i gruczołów przyusznych podszczękowych, karkowych i szyjnych; pod podbródkiem obrzęk rozlany, nie bardzo twardy, bolesny, skóra nad nim nie zmieniona. Ciepłota ciała prawidłowa. — Polecono 10% Ichtiol do okładów. Chorą widziałem po dwóch tygodniach — obrzęk znikł.

VII. N. 4808. N. Cz., l. 13. 10. IX. Zachorował przed czterema dniami podczas robót w polu — (noce były zimne i spał na wilgotnej ziemi, czemu przypisuje przyczynę zachorowania). Zrazu bóle głowy, dreszcz, bóle w stawach i kościach, tak że chodzić nie może. Równocześnie w 1. dniu zachorowania pojawił się obrzęk pod podbródkiem i ból rwący w tem miejscu. Badanie: Ciepł. 38·4. Na wardze w kącie ust *herpes labialis*. Błona śluzowa jamy ust prawidłowa, zepsutych zębów nie ma. Ujście przewodu gruczołu podjęzykowego zaczerwienione. Pod podbródkiem obrzęk twardy rozlany wielkości rubla srebrnego. Skóra nad nim prawidłowa, fluktuacji niema. Przy ucisku na miejsce obrzęku wydziela się z ujścia przewodu ślina biaława gęsta z białemi nitkami, gruczoły podszczękowe nieco większe, twarde, nie bolesne; szyjne, karkowe, przyuszne, nie powiększone. 10. IX. Ciepł. 38·6. 11. IX. Ciepł. rano 38·1° C. Stan taki sam. 12. IX. Ciepl. 37·2. Czuje się lepiej, obrzęk nie większy. Chorego więcej nie widziałem.

VIII. N. 5185. I. A. 1 rok. 3. X. Zachorował przed 3-ma dniami; dziecko płacze ciągle, śliní, dnia poprzedniego matka zauważyła obrzęk pod podbródkiem. Dotychczas dziecko karmione piersią, od chwili zachorowania piersi nie bierze. Badanie: Ciemię wielkie nie zarosłe, stać samo nie może, zęby tylko po 2 siekacze w każdej szczęce. Błona śluzowa jamy ustnej prawidłowa. Warga dolna i język nie zmienione; pod podbródkiem rozlany obrzęk twardy, bolesny przy dotyku. Skóra nad nim nie zmieniona. Ciepłota 37·6° C. Gruczoły podszczękowe, szyjne, karkowe, przyuszne, nie powiększone. 8. X. Obrzęk taki sam, dziecko spokojniejsze, obrzęk przy dotyku niebolesny. Ciepłota 36·4° C. 11. X. Obrzęk znacznie mniejszy, dziecko spokojne, ssie pierś.

IX. Z prywatnej praktyki. K. M., lat 12. 10. X. Zachorował przed 5 dniami, z dreszczem, bólem głowy, łamaniem w kościach rąk i nóg, ciepłota była podwyższona przez pierwsze 4 dni, dochodziła do. 39° C. Na drugi dzień po zachorowaniu pojawił się obrzęk pod podbródkiem, który dalej się nie powiększa, i ślinienie. W nocy chory spać nie może, wskutek bólów rwących w całej szczęce dolnej. Badanie: błona śluzowa

jamy ustnej bez owrzodzeń, nie zmieniona, zepsutych zębów ani opuchnięcia dziąseł nie ma. Pod podbródkiem duży rozlany obrzęk, tak że przypomina drugi wiszący podbródek u ludzi otyłych. Inne gruczoły nie powiększone, nie bolesne. 22. X. widziałem chorego, gdy zgłosił się do mnie po świadectwo dla szkoły, był zupełnie zdrów — po obrzęku ani śladu.

X. N. 5408. T. I., lat 11. 17. X. Zachorował przed 2-ma dniami z bólem głowy, bólami w kościach i krzyżach. W nocy pojawił się obrzęk pod podbródkiem, obfite ślinienie i bóle rwące w szczęce dolnej. Badanie: *herpes labialis* na wardze górnej pod nosem. Jama ustna i jej błona śluzowa nie zmieniona. Karjetycznych zębów niema, za wyjątkiem jednego zęba trzonowego w szczęce górnej, który jest niebolesny, dziąsła nie rozpulchnione ani nie obrzękłe. Język nie obłożony, na nim brodawka płaska (którą chory już ma od kilku lat). Pod podbródkiem obrzęk twardy, rozlany, na przestrzeni srebrnego rubla, przy dotyku bolesny. Przy lekkiem uciskaniu obrzęku wydziela się z ujścia przewodu gruczołu podjęzykowego ślina biała gęsta. Ciepłota 38·6° C. 18. X. Ciepłota 38·8°. Stan taki sam. Aspirini 0·30. 19. X. W nocy chory silnie się pocił, dzisiaj czuje się dobrze; bólów głowy ani w kościach nie ma, także bóle strzykające pod podbródkiem mniejsze. Ciepłota prawidłowa. 24. X. Obrzęk mniejszy, miękki, chory czuje się dobrze.

XI. N. 5569. K. M., l. 21, austrjacki jeniec wojenny. 20. X. Zachorował przed 8 dniami z bólem głowy; bóle rwące w szczęce dolnej, dreszcze i gorączka, bólu zębów nigdy nie miał. Ślinienie obfite z ust. Obecnie bólów żadnych nie ma, jest tylko obrzęk pod podbródkiem, który się nie zmniejsza, i ślinienie. Przy żuciu czuje ból w końcu języka i podbródku. Badanie: Błona śluzowa jamy ustnej i uzębienie żadnych nieprawidłowości nie przedstawia. Ujście przewodu ślinowego gruczołu podjęzykowego nieco zaczerwienione, przy ucisku na obrzękły gruczoł wielkości srebrnego rubla, wydziela się ślina biała, ciągnąca się. Inne gruczoły niepowiększone. Ciepłota obecnie prawidłowa. 20. X. Widziałem chorego — obrzęk znacznie mniejszy, miękki, nie bolesny.

Leczenie we wszystkich przypadkach było: w dzień ciepłe kompresy z grysu, otręb lub kaszy, na noc kompres z 10% mazi ichtyolowej lub roztworu *plumbum aceticum* 3%. Przeciw bólom głowy i łamaniu w kościach: Pyramidon, aspirin, salipyrin lub phenacetin.

Jak widać z przytoczonych historyj chorób, przypadki te zgadzają się zupełnie z tą jednostką chorobową, którą opisał Hegler. Uwagę należy zwrócić, że w 3-ch moich przypadkach zanotowano opryszczki na wargach. Wszystkie prawie zaczęły się nagle: dreszczem, gorączką, bólem głowy, łamaniem w kościach, we wszystkich prawie ciepłota była średnio podwyższona, przyczem podwyżka trwała tylko 3—4 dni, następnie poty, ciepłota spada, obrzęk zaś znika powoli do dni 14-tu. Zmiany w błonie śluzowej ust lub migdałkach albo zepsutych zębów w danych przypadkach nie było. Komplikacyj ze strony innych narządów, jak n. p. przy *parotitis epidemica* zapalenie jąder lub jajników i td., w żadnym przypadku nie spostrzeżono, chociaż baczną na to zwracałem uwagę. We wszystkich było obfite ślinienie, ślina wprost leje się z ust, zawiera tylko ciałka wypocinowe, nabłonki płaskie, w niektórych przypadkach nitki włóknika.

Wobec ostrego początku w zachorowaniu i objawów ogólnych, daną jednostkę chorobową należy odnieść do chorób ostrych zakaźnych, chociaż w żadnym przypadku, mimo dokładnych poszukiwań w danym kierunku, nie można było stwierdzić zachorowania i innych członków w jednej rodzinie. Większość zwracała uwagę, że zachorowała w polu, w czasie jesiennych robót polnych, po spaniu na gołej ziemi; za powód podawano przeziębienie.

Z chorób w tym czasie zanotowanych w ambulatorjum zwraca tylko uwagę większa liczba chorych na influencę i gościec stawowy, o czem wspominam tylko dlatego, że niektóre z objawów ogólnych, przypominają objawy tejże grupy chorób. Niestety z braku urządzeń laboratoryjnych i bakterjologicznych na miejscu, nie mogłem się dokładniej zająć wyjaśnieniem tej jednostki chorobowej. Dane powyższe podaję tylko, by zwrócić uwagę kolegów na ewentualne przypadki tej choroby i jako przyczynek do nie rozstrzygniętej jeszcze sprawy. W każdym razie z dotychczasowych danych można wnosić, że mamy tu do czynienia z nową jednostką chorobową, bardzo rzadko występującą. Może być, że tak, jak przy *parotitis epidemica* zostaje właśnie atakowany gruczoł przyuszny, tak w tych przypadkach, nie wiadomo na razie dlaczego i zależnie od jakich okoliczności, zajęty zostaje gruczoł podjęzykowy.

Sprawozdania poglądowe.

EDWARD BRUNER. Warszawa.

O znamionach typu Vörnera.

W roku 1906 dermatolog lipski Vörner opisał po raz pierwszy pod nazwą *naevus anaemicus* wrodzone plamy białe, występujące na skórze na ograniczonych przestrzeniach. Autor ten podał cechy kliniczne, wyraźnie odgraniczające cierpienie wzmiankowane od zmian, spowodowanych przez przemieszczenie barwika, optycznie zaś łudząco do niego podobnych (bielactwo wrodzone i nabyte). Na kilka lat przed Vörnerem Jadassohn spostrzegał takie same plamy i wyodrębniał je klinicznie, nie ogłosił jednakże spostrzeżeń swych drukiem. Ten więc typ znamion związany być musi z nazwiskiem Vörnera, który w 1915 r. uzupełnił pierwsze swe doniesienie, opierając się już na 16 przypadkach.

Na nową tę, dotychczas nieopisywaną, postać zboczeń rozwojowych skóry zwrócili przedewszystkiem uwagę Buschke i Jadassohn.

W 1909 roku ukazuje się z oddziału Buschkego (szpital im. Virchova w Berlinie) praca Fischera, w 1912 roku moja, wreszcie ostatnio w roku ubiegłym — samego Buschkego.

Z kliniki berneńskiej Jadassohna piszą o *naevus anaemicus* Stein w 1910 r. oraz Naegeli w 1916 r. Pozatem w piśmiennictwie niemieckiem znajdujemy jeszcze w tej sprawie spostrzeżenia Seegera, Meirovsky'ego, Wagnera i Saphiera, w piśmiennictwie zaś francuzkiem pierwszy przypadek znamienia bladego ogłaszają w 1914 r. Nanta i Lavau z kliniki tuluskiej Audry'ego, jako *angio-naevus anaemicus*. W roku ubiegłym Dohi z Japonji opisał 4 przypadki znamienia bladego. Niezależnie od tych ogłoszeń na posiedzeniach towarzystw dermatologicznych, niektórzy z autorów przedstawiają odnośnych chorych, a więc w towarzystwie wiedeńskiem — Sprinzels (1910 r.) i Lipschütz (1918 r.), w monachijskiem — Saphier i Tiefenbrunner (1921 r.), w londyńskiem — Graham Little (1920 r.), na zjeździe dermat. skandynawskich w Kopenhadze (1919 r.) — With, u nas wreszcie w Tow. derm. lwowskiem (posiedzenie lutowe 1922 r.) — Leszczyński. W ten sposób liczba opisanych względnie demonstrowanych przypadków wzrosła do 60. Gromada znamion została wzbogacona o nową postać, którą już uwzględniają najnowsze podręczniki dermatologiczne (Bernhardt'a, Brocq'a).

Znamię blade, jako wykwit poszczególny, przedstawia się nam pod postacią plamy wielkości od główki szpilki do soczewicy, owalnej lub okrągłej, nie wznoszącej się ponad powierzchnię otoczenia. Już od pierwszego wejrzenia uderza nas bladość tej plamy w stosunku do sąsiadujących odcinków skóry, nie wykazujących zazwyczaj żadnych zmian patologicznych. Plamy te niejednokrotnie zlewają się ze sobą w większe ogniska, dochodzące do rozmiarów dłoni ludzkiej, lub też tworzą grupy wykwitów, pooddzielanych pasemkami skóry normalnie ukrwionej. Postać znamion jest wogóle bardzo nieprawidłowa, brzegi nierówne, zazębione, niewyraźnie odcinające się od otoczenia, w przeciwstawieniu do zmian barwikowych, zwykle bardzo ostro odgraniczonych. W obrębie znamienia spostrzegamy często wysepki o barwie normalnej, na brzegach zaś — plamki blade, bezładnie rozsiane wśród skóry zdrowej, czasami połączone jakby mostkami z wykwitem środkowym.

W przypadkach poszczególnych znamię zajmuje bardzo rozległe przestrzenie; umiejscowienie jego jest prawie dość ściśle jednostronne, jednakże bez ułożenia systemowego. Płeć — zdaje się — roli nie odgrywa.

W $^1/_3$ przypadków siedzibą znamienia jest tułów, głównie przednia część klatki piersiowej, wyjątkowo tylko kończyny dolne.

Dwa zasadnicze objawy kliniczne rozstrzygają o rozpoznaniu: występowanie wyraźniejsze plam przy wywołaniu przekrwienia oraz ustępowanie ich przy ucisku szkiełkiem.

Przy tarciu np. skóry otoczenie plam staje się żywoczerwonem, uwydatniając tembardziej jaskrawo odcień blady

znamienia, na które słabe podrażnienie mechaniczne wpływu żadnego nie wywiera. Jeżeli zaś uciskamy mocno szkiełkiem znamię wraz z przylegającemi częściami zdrowemi, granica pomiędzy niemi zaciera się zupełnie. W niektórych, co prawda, przypadkach otoczenie jest normalnie nieznacznie przekrwione, co nam na pierwszy rzut oka uwidocznia znamiona, w innych za to plamki zaledwie można zauważyć. Dopiero po sztucznem podrażnieniu skóry, jak np. w spostrzeżeniu Wagnera po naświetlaniu lampą kwarcową — miejsca blade wystąpiły wyraźnie na tle rumienia. Vörner już w pierwszej swej pracy zdawał sobie doskonale sprawę z tego, iż mamy w danym razie do czynienia z zaburzeniami wrodzonemi rozwojowemi skóry.

Przeprowadzając badania drobnowidowe wyciętych kawałków znamienia, autor ten stwierdził brak naczyń tętniczych i żylnych. Zastępowały je naczynia włosowate, które — według poglądu Vörnera — nie były w stanie rozszerzać sią pod wpływem bodźców zewnętrznych. Badania jednakże innych autorów, jako to Fischera, Steina i moje, zgodnie wykazały, iż obraz drobnowidzowy znamienia bezwzględnie niczem się nie różni od obrazu skóry normalnie ukrwionej. Naczynia, ilość barwika, budowa gruczołów zupełnie nie odbiegały od normy.

Nie mogąc objaśnić zjawiska na podstawie histo-patologicznej, przeprowadzono szereg prób czynnościowych w przypuszczeniu, że na tej drodze uda się wytłómaczyć przyczynę umiejscowionej niedomogi naczyniowej.

Już i bez badania drobnowidowego, mając na uwadze tylko objawy kliniczne, można było wykluczyć zmiany barwikowe. Zaburzeń czucia dotykowego, bólowego, jakoteż cieplnego, nie notowano nigdy. Działalność gruczołów potowych jest zupełnie prawidłowa.

Przy tarciu słabem skóry znamię pozostaje bladem, jeżeli jednakże zabieg ten wykonamy energiczniej, to otrzymamy przekrwienie miejsc bladych z tą tylko różnicą, iż ukaże ono się później, ustąpi zaś szybciej, niż w otoczeniu zdrowem. Zaczerwienienie to będzie nieznacznego stopnia, obejmie czasami tylko pewne części znamienia. U osobników z wrażliwym układem naczynioworuchowym, a zatem u takich, u których z łatwością spowodować możemy wystąpienie odczynu skóry czerwonej (*dermographismus*), spostrzegamy, co następuje.

Wbrew pierwotnemu przypuszczeniu Vörnera pręga czerwona, a następowo biała, powstaje również w obrębie znamienia i w przebiegu swym nie różni się od odczynu, wywołanego w innych miejscach powierzchni ciała. Jedynie obrzeża czerwone, otaczające smugi, giną szybciej w obrębie znamienia. Przy próbach z śródskórnemi zastrzykiwaniami 1% roztworu morfiny i przy działaniu na skórę śniegu kwasowęglowego otrzymujemy bąble, względnie pęcherze, których rozwój oraz zanik są zupełnie prawidłowe. Różnicę wykazać możemy tylko jak i uprzednio, w zachowaniu się otoczek rumieniowych (Stein).

Wyniki, otrzymane przezemnie przy naświetlaniu lampą kwarcową miejsc bladych oraz otoczenia ich, wykazują, iż promienie pozafijołkowe są w stanie wywołać, choć nieco później, przekrwienie znamienia, a w dalszym ciągu i zapalenie skóry. Przy dużym stopniu nasilenia zapalnego różnice stają się już nieuchwytne dla oka.

I w tych doświadczeniach zawsze stwierdzałem szybsze ustępowanie zaczerwienienia w miejscach bladych.

Vörner powtarzał próby z działaniem promieni świetlnych. Wyniki, otrzymane przez niego, w zupełności zgadzają się z mojemi. Podobne zmiany otrzymamy i wtedy, gdy bodziec drażniący będzie działał od wewnątrz. Tenże Vörner spostrzegał, iż osutka odrowa, która wystąpiła u 5-cio letniego dziecka z *naevus anaemicus*, początkowo tylko była słabiej zaznaczona w ogniskach bladych. W miarę rozwoju sprawy różnica ta zupełnie się zatarła. Tak samo przebiegała w obrębie znamienia osutka plamisto-grudkowata przymiotowa. Jeżeli jednakże bodziec doprowadza tylko do szybko przemijającego rozszerzenia naczyń, to znamię pozostaje blade.

Tak było w spostrzeganym przezemnie przypadku.

Zgłosiła się do mnie chora, w wieku lat dwudziestu kilku, z prośbą o poradę z powodu pryszczycy łojotokowej uwłosionej głowy.

Badając, zupełnie przypadkowo, jak to zwykle bywa, zauważyłem plamy blade na policzku prawym o wyglądzie charakterystycznym dla znamienia typu Vörnera. Przy ucisku szkiełkiem granice plam zupełnie się zacierały. Otoczenie ich było nieznacznie zaczerwienione, co tem bardziej uwydatniało obraz chorobowy. Osoba ta przy opowiadaniu o swych dolegliwościach łatwo się podniecała i wtedy na twarz jej oraz szyję występował wybitny rumień przelotny. Rumień nigdy nie przekraczał granicy plam. Przy silnem zaś bardzo tarciu skóry udawało się wywołać krótkotrwałe zaczerwienienie.

Podobne spostrzeżenia poczynił i Vörner u dwóch chorych. U jednego z nich *naevus anaemicus* występował na tle *erythema pudendi*, u drugiego zaś na skórze zaczerwienionej wskutek podniesionej ciepłoty ciała. W obydwóch przypadkach przekrwienie nie obejmowało miejsc bladych. Przy ucisku znamienia pomiędzy palcami w fałdzie skórnym staje się ono niewidocznem.

To samo bywa, jeżeli np. na ramię nałożymy opaskę uciskającą powyżej ogniska chorobowego. Znaczyło by to, iż pod wpływem zastoju naczynia wypełniają się krwią i zmieniają barwę skóry bladej. Vörner przypisuje momentowi zastoinowemu znaczenie decydujące w wywoływaniu przekrwienia mechanicznego, podczas którego wywieramy na skórę słabszy lub silniejszy ucisk.

Czy możemy na zasadzie tych badań czynnościowych wyciągnąć jakie wnioski co do zachowania się układu naczyniowego względnie naczynioruchowego znamienia?

Vörner snuje przypuszczenie, iż naczynia są jakby dostosowane do najwyższego stopnia napełnienia krwią. Warunki patologiczne, jako to sprawy zastoinowe i zapalne, mogą stan ten zmienić.

Wszystkie zaś bodźce ośrodkowe, jakoteż obwodowe, które wywołują tylko przekrwienie odruchowe, nie okazują wpływu na stan naczyń. Według zaś Buschkego z badań tych wypływa, iż bodźce, które działają bezpośrednio na ścianę naczyniową, mogą wywołać normalne wypełnienie naczyń krwią, te zaś, które działają za pośrednictwem układu nerwowego, odczynu żadnego nie dają.

Zdaniem mojem należy bardzo krytycznie zapatrywać się na zjawiska opisane, subjektywizm bowiem badacza odgrywa tu rolę doniosłą. Z całą pewnością możemy tylko stwierdzić, iż układ naczyniowy znamienia bladego pod wpływem różnorakich bodźców daje odczyn jakościowo słabszy, niż układ naczyniowy otoczenia. Dopiero w miarę potęgowania się podrażnienia zjawia się odczyn, który już zasadniczo nie różni się od odczynu naczyń skóry zdrowej. W ten sposób możemy spostrzegać w obrębie znamienia sprawy pokrzywkowe, zapalne oraz zastoinowe.

Niezależnie od badań tych, w znacznym stopniu uwarunkowanych subjektywizmem autorów, poczyniono w ostatnich latach szereg obserwacyj klinicznych, potwierdzających przypuszczenie o przynależności znamienia bladego do grupy wrodzonych zaburzeń rozwojowych skóry.

Zwrócono mianowicie uwagę na współistnienie w znacznej liczbie przypadków innych znamion, a głównie — barwikowych i naczyniowych. Ilość tych znamion oraz wzajemny ich stosunek podlega najrozmaitszym wahaniom. W dalszym ciągu opisano (Nägeli, Wagner) kilka przypadków choroby Recklinghausena, w których stwierdzono współistnienie zupełnie typowych znamion bladych. Wagner wykrył *n. anaem.* u chorego ze znamionami typu Pringle'a. Rozszerzenia naczyniowe w otoczeniu plam bladych były od samego początku przedmiotem uwagi autorów.

Zdarzają się one bardzo często; widywałem je kilkakrotnie w przypadkach berlińskich na oddziale Buschkego oraz u chorej, opisanej powyżej. Miała ona na policzku dość gęstą siateczkę naczyniową, nieregularnie okalającą blaszki znamienia. Po za uchem zaś stwierdziłem u niej obecność znamienia naczyniowego wielkości wiśni. Do tego ostatniego współistnienia większość autorów przywiązuje szczególniejsze znaczenie, wiążąc genetycznie obydwa typy znamion.

Przypadki takie opisali Stein, Vörner, Fischer i Buschke.

Bardzo ciekawy jest zwłaszcza przypadek ostatniego

przytoczonego autora, w którym obok rozległego znamienia naczyniowego, przebiegającego pod postacią smug linijnych, znajdowało się też rozległe znamię blade.

Otrzymywało się wrażenie, jakoby jedna postać przechodziła bezpośrednio w drugą.

Tutaj też odnoszą się dwa spostrzeżenia Bernhardta z jego praktyki prywatnej, łaskawie mi zakomunikowane.

Przypadek I. Osobnik 19-letni, z kiłą wrodzoną. Asymetrja twarzy. *Spina bifida occulta Hypertrichosis sacralis.* W okolicy kąta lewej łopatki znamię blade wielkości pół dłoni ludzkiej obok licznych znamion barwikowych i naczyniowych w innych miejscach ciała.

Przypadek II. 27-letni chory ze świerzbem. W okolicy lędźwiowej znamię blade wielkości pół dłoni ludzkiej z nieco rozszerzonemi naczyniami krwionośnemi na obwodzie.

Ze zrozumiałych względów plamy blade praktycznego znaczenia nie posiadają, powiększenia się ich nigdy nie notowano. Znajomość ich jednakże z punktu widzenia teoretycznego jest ważną, gdyż z jednej strony rozszerza nasze pojęcia o znamionach, z drugiej zaś pobudza do dalszych badań, mających na celu wyjaśnienie mechanizmu wrodzonego umiejscowionego niedokrwienia skóry. Na pytanie to bowiem dzisiaj nie jesteśmy w stanie dać decydującej odpowiedzi. Nie będę tu wchodził w szczegółowe rozpatrywanie czasami bardzo daleko idących i dość naciągniętych przypuszczeń autorów, zaznaczę tylko, iż walczą ze sobą dwie teorje.

Jedna z nich upatruje przyczynę zaburzenia we wrodzonych wadliwościach samego tylko układu naczyniowego skóry, inne zaś doszukują się zmian pierwotnych w nerwach naczyń. Chociaż początkowe badania histologiczne Vörnera, o których wspomniałem, nie zostały potwierdzone przez innych badaczów, jednakże Saphier na zasadzie metody dermatoskopowej dochodzi do przekonania, iż w obrębie blaszek znamieniowych znajdują się tylko naczynia włosowate. W ten sposób ogólna pojemność naczyniowa jest zmniejszona w stosunku do normy.

Badanie dermatoskopowe jest jeszcze tak niedawne, tak mało sprawdzone i podlegać może jeszcze takiej krytyce, iż wyciąganie na jego podstawie zupełnie pewnych wniosków jest stanowczo przedwczesne.

Stein i Näegeli skłonni są do przypuszczenia, iż ogólna ilość naczyń jest mniejsza, chociaż dowodów oczywistych przytoczyć nie mogą.

Zauważyć należy, iż teorja naczyniowa jest zasadniczo bardziej prosta i dość łatwo możnaby objaśnić na jej podstawie zjawiska zachodzące w znamieniu. Przyjąć jej jednakże bez zastrzeżeń nie możemy. Zwolennikiem teorji nerwowej jest przedewszystkiem Buschke. Uważa on, iż znamiona blade i naczyniowe są to pokrewne wadliwości rozwojowe: podczas gdy w pierwszych zachodzi brak lub niedorozwój vasodilatatorów, w drugich vasokonstriktorów. Fischer mówi o stałem zaburzeniu czynnościowem nerwów naczyniowych, Vörner (w drugiem doniesieniu) przenosi punkt ciężkości na zwoje nerwowo w ścianach naczyń, które automatycznie regulują ich skurcz i rozkurcz.

Wskutek bardzo jeszcze skąpych wiadomości naszych o anatomji i fizjologji układu naczynioruchowego skóry — przypuszczenia autorów mogą być uważane za mniej lub więcej śmiałe hipotezy. Znamię blade nie spotyka się tak rzadko, jakby się zdawało na pierwszy rzut oka. Z chwilą zaznajomienia się większej liczby kolegów z objawami klinicznemi znamion, spostrzeżenia będą się mnożyły.

Niektóre plamy, przyjmowane za bielactwo wrodzone lub nabyte, względnie za powstałe w przebiegu przymiotu czy łuszczycy, przy bliższem zbadaniu okażą się znamionami blademi.

Nazwa *naevus anaemicus,* podana pierwotnie przez Vörnera, może nie jest zbyt szczęśliwie pomyślana. Czy nie lepiej by było nadać znamieniu miano czysto opisowe (*naevus albus* lub *angio-naevus albus*), jak to czyni Bernhardt w synonimie tego cierpienia.

Piśmiennictwo.

Do roku 1912 w pracy mojej Naevus anaemicus Gazeta Lekarska 1912 rok N. 14. str. 363 (to samo po niemiecku Iconographia dermatologica 1914 r. str. 277). — Bernhardt. Choroby skóry. — Brocq. Précis-atlas de pratiq. dermatol. 1921. — Buschke. Archiv für Derm. t. 129. str. 233. — Dohi Sh. Zeitschrift f. Derm. u. Urol. Tom 21. N. 1. str. 3—4 1921 r. ref. Centralblatt f. Haut und Geschlechtskrankheiten tom IV. zeszyt 6 str. 351. — Meirovsky. Zur Kenntnis des Naevus anaemicus Vörner. Dermatol. Wochenschrift Tom LXIII u. 35 str. 833. — Naegeli. Naevi anaemici und Recklinghausensche Krankheit, Archiv 1916 r. CXXI. zeszyt 5 str. 772. — Nauta i Lavau. Sur l'angio-naevus anémique. Annales de Derm. 1914 r. Tom V. N. 8—9. str. 472. — Saphier. Die Dermatoskopie II. Mitteilung Archiv T. 132. str. 69. — Vörner. Zur Kenntis des Naevus anaemicus Vörner. Archiv. 1916 r. T. CXXI. zeszyt 5 str. 369. — Wagner Richard. Zum Wesen des Naev. anaem. Dermat. Wochenschrift N. 36 r. 1921.

Oceny i sprawozdania.

Schmidt Richard. **Fakire und Fakirtum im alten und modernen Indien.** Yoga-Lehre und Yoga-Praxis nach den indischen Originalquellen. Mit 87 erstmalig veröffentlichten indischen Original-Zeichnungen und 2 Abbildungen. II Aufl. Berlin, Barsdorf 1921.

Książkę o fakirach biorę do ręki z ciekawością, ale przedewszystkiem postanawiam upewnić się, o ile autor jest sprawozdawcą wiarogodnym. Czytam przedmowę i nabieram zaufania. Autor w niej mówi, że ogromna większość fakirów to prości złodzieje i oszuści, że jeżeli się zabrał do tego tematu, to tylko dlatego, że widzi w nim ciekawy i niezwykły rozdział z historji ludzkiej głupoty. Do uważnego czytania dzieła zniewalają mnie liczne ilustracje, wzięte z oryginalnych rysunków indyjskich, przedstawiające fakirów w ich niezwykłych i nieprawdopodobnych pozach.

Jak wiadomo, fakirów, mniej lub więcej prawdziwych, znajduje się w Indjach olbrzymie mnóstwo. Podróżnik spotyka ich wszędzie: zarówno na ulicach miast, jak na drogach i w lasach, gdzie nieraz bywają pożerani przez dzikie zwierzęta. Fakir jest nagi i okryty łachmanami, włosy ma długie i rozczochrane, obsypany cały popiołem; przy nim stoi dzbanek, do którego przechodzień rzuca fakirowi pożywienie.

Pod względem lekarskim fakir jest postacią do tej pory mało zbadaną. Zasługują na uwagę pozy, przez fakirów przybierane, dla zwykłego śmiertelnika niemożliwe, będące wyrazem ćwiczeń i ascezy, najdalej posuniętej, niewątpliwie także nieraz katalepsji. Przybrawszy pozę, fakir nie zmienia jej tygodniami i miesiącami. Obserwowano fakirów, którzy po trzy lata i dłużej stali na jednem miejscu Im bardziej fakir jest zdany na łaskę przechodnia, tem bardziej jest święty. Dobrowolne kalectwa nie należą do rzadkości. Fakir podnosi rękę prosto do góry, przywiązuje ją w tej pozycji do prostopadłego kija i pozostaje tak długo, aż ręka uschnie, zesztywnieje i nie da się więcej spuścić. Jeżeli obie ręce w ten sposób zesztywniały, święty fakir zdany jest wtedy oczywiście bezwzględnie na łaskę przechodniów i zowie się urdhvabahu. Widziano fakirów z zamkniętą na zawsze ręką. Z palców nieużywanych i wychudłych wyrastają paznokcie, jak pazury i wpijają się głęboko w dłoń, nawet aż na wylot do grzbietu ręki.

Fakir mało je. Długotrwałe okresy postu a nawet głodu sprawiają, że fakirowi wystarczają bardzo małe ilości pożywienia. Szczytem opanowania ciała jest zapadanie w długotrwały sen bez żadnego pożywienia. Sen taki z zakopywaniem fakira w ziemię na 6 tygodni, wielokrotnie przez podróżników opisany, uchodził nieraz wśród lekarzy za nieprawdopodobną bajkę. A jednak liczne spostrzeżenia, protokolarnie dokonywane z zupełną niewiarą i wszelkiemi ostrożnościami, wskazują, zdaje się, niezbicie, że to są fakty, a nie bajki. Schmidt należy do autorów bardzo ostrożnie wnioskujących. Podaje, że fakirzy, którzy naprawdę umieją w taki sen zapadać, należą do rzadkości. Najsławniejszy z nich był Haridas. Na wstępie dzieła jest jego portret. Zapadał on w taki sen niejednokrotnie. Anglicy przestali już niewierzyć, mają bowiem zbyt liczne wiarogodne opisy protokolarne, ze strażami wojskowemi, z sianiem trawy na grobie śpiącego fakira i t. p. Obecnie spokojnie studjują te rzadkie fakty »ludzkiego snu zimowego« (*human hibernation*).

Zakopywanie zresztą jest rzeczą niebezpieczną. Raz po raz zdarzają się fakty, że fakir zakopany kończy rzeczywistą śmiercią. Z opisów wynika, że potrzebne są tutaj następu-

jące ostrożności. Przedewszystkiem długotrwałe, często powtarzane posty aż do zupełnego głodu oraz ćwiczenia w zatrzymywaniu oddechu; przed snem fakir kilka dni nic nie je, zażywa środki przeczyszczające, oczyszcza sobie żołądek zapomocą długiej taśmy płóciennej, którą łyka i wydobywa, zatyka sobie woskiem wszystkie otwory ciała, wreszcie w specjalny sposób cofa język do gardła. Przy budzeniu śpiącego fakira pierwszą rzeczą jest otworzenie nożem ust i wydobycie z powrotem języka. Rozcieranie ciała dokonywa reszty.

Być może, sen fakirów nie zupełnie odpowiada przyjętym w europejskiej medycynie poglądom i teorjom. Ale medycyna jest nauką opartą na faktach. Jeżeli fakty nie odpowiadają teorji, to teorję należy odrzucić, fakty przyjąć i szukać innej teorji. Dlatego Schmidta warto przeczytać.

Sudhoff Karl. **Geschichte der Zahnheilkunde.** Ein Leitfaden für den Unterricht und für die Forschung. Mit 125 Abbildungen. Leipzig, Barth 1921 str. 205.

Dawniejsze podręczniki Geist-Jacobi'ego (Geschichte der Zahnheilkunde 1896) i Guerini'ego (A History of Dentistry 1909) uzupełnia najnowszy podręcznik Sudhoffa. Wydany pięknie na kredowym papierze z licznemi ilustracjami, daje zajmujący obraz rozwoju sztuki pielęgnowania zębów od najdawniejszych czasów aż po czasy obecne. Zwracają uwagę wśród pięknych ilustracji narzędzia ludów pierwotnych, skrzynka toaletowa królowej Mentuhotep z 13-ej dynastji egipskiej, sztuczne zęby fenickie z IV-go wieku prz. Chr., eleganckie wykałaczki chińskie, złote mostki etruskie, narzędzia ojca nowoczesnej dentystyki Faucharda itp.

Wykład przystępny i zajmujący powstał z kursu, wygłoszonego kilkakrotnie przez autora dla studjujących dentystykę w Lipsku. Autor zresztą, jak wiadomo, nie jest dentystą, lecz historykiem medycyny, w szczegóły, zwłaszcza nowoczesne, się nie zapuszcza, natomiast daje obraz ogólny rozwoju dentystyki na tle historji kultury i historji medycyny. *Szumowski* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Fizjologja.

I. N. Langley. (Cambridge). **Czy układ współczulny wywiera wpływ bezpośredni na mięsień prążkowany?** (Naturwissenschaften, t. X. str. 829, 22. IX. 1922). Artykuł wybitnego fizjologa angielskiego, twórcy współczesnej nauki o układzie współczulnym i autonomicznym, zajmuje się krytyczną oceną sprawy, określonej w nagłówku. »Teorję, która się raz zakorzeniła, trudno wytrzebić i dlatego należy ją poddać krytyce najwcześniej. Dzieje fizjologji wykazują, że pierwsze ujęcie teorji rzadko jest ścisłe; ale wykazują także, że naogół tkwi w nich ziarenko prawdy«.

Rozdział pierwszy zajmuje się krytyką źródeł histologicznych nauki o współczulnem unerwieniu mięśnia szkieletowego. Spostrzegane już dawniej zakończenia nerwów bezrdzennych w mięśniach szkieletowych stwierdził histolog holenderski Bocke ogólnie i nazwał zakończeniami dodatkowemi (*accessorische Nervenendigungen*), uważając je za zakończenia nerwów współczulnych. Langley omawia szczegółowo trudność i niepewność tego ostatniego wniosku, a w odniesieniu do niezbitych dowodów Bocke'go, Agduhra i Boeckego z Dusser'em de Barcune, którzy po przecięciu nerwów mięśni ocznych, pni nerwów splotu ramieniowego, oraz nerwów piersiowych, spostrzegali zwyrodnienie włókien ruchowych i czuciowych, ale wywołali zwyrodnienia zakończeń dodatkowych nerwów bezrdzennych, które zatem musiały należeć do układu współczulnego. Langley podaje w wątpliwość, czy zakończenia te leżą rzeczywiście wewnątrz włókien, a nie należą do nadwłókniowych nerwów naczyniowych, i zaznacza pozatem, że tych zakończeń dodatkowych jest bardzo niewiele; streszcza swój pogląd w słowach: »że na pozór istnienie zakończeń współczulnych w mięśniach wydaje się rzeczą pewną, ale, że po dokładniejszem zbadaniu rzecz mogłaby się jeszcze okazać złudną«.

Rozdział drugi zajmuje się stroną eksperymentalną sprawy. Fizjolog holenderski de Boer pierwszy spostrzegł, że w preparacie Broendgusta można obniżyć napięcie (*tonus*) odnóża żabiego jednej strony, jeśli przeciąć *rami comunicantes* tej strony między pasmem współczulnem a temi nerwami, które składają się na nerw biodrowy. Niezadawalniającą stroną tego doświadczenia jest fakt, że przecięcie zupełne nerwu nie powoduje dalszego obniżenia napięcia, a przecież niewątpliwie włókna mózgowo-rdzeniowe mają także udział w podtrzymaniu napięcia. Inni autorowie (Jansma, Salek, Kuno, Monmary) otrzymywali po przecięciu *rami comunicantes* wyniki różne; Langley streszcza swój pogląd, uważając, że u żaby układ współczulny wywiera na napięcie mięśni wpływ conajwyżej bardzo nikły, i że zagadnienie obecnie jest takie, że nie chodzi o to, czy sam tylko układ współczulny pracuje nad napięciem mięśniowem, lecz czy wogóle na nie wpływa. Doświadczenia na ssakach normalnych nie dały wyników jasnych i zgodnych; w doświadczeniach nad sztywnością po oddzieleniu mózgu (*decerebration rigidity*) nie zdołano wykazać ani wpływu usunięcia pasma współczulnego, ani działania nikotyny na zwój szyjny dolny na napięcie nerwowe, ani wpływu u żaby przecięcia pasma współczulnego na odruch obłapieniowy samca.

Przedewszystkiem jednak w żadnym przypadku nie stwierdzono wzmożenia napięcia mięśniowego na skutek podniecenia układu współczulnego, czyto przez adrenalinę, czy też przez pobudzanie nerwu.

Langley streszcza swój pogląd następująco: »Jest naogół prawdopodobne, że układ współczulny wywiera nieznaczny wpływ na napięcie mięśni szkieletowych, nie jest jednak rzeczą pewną, czy się to dzieje bezpośrednio, czy też pośrednio. Za działaniem bezpośredniem przemawia to, że istnieją zakończenia współczulne w mięśniach, ale, ponieważ nie znamy dokładnie stosunków ilościowych, i. nie możemy w żadnym przypadku stwierdzić wzmożenia napięcia wskutek pobudzania nerwów współczulnych, musimy się wstrzymać od ostatecznego rozstrzygnięcia, czy takie działanie istnieje«.

Patologja eksperymentalna.

The Journal of metabolic Research. (Archiwum badań nad przemianą materji. Wydanie F. M. Allen. Morristown, N. Y.). Tom I. Nr. 1. 1922.

F. M. Allen. **Badania eksperymentalne nad cukrzycą.** Serja III: Patologja cukrzycy. Komunikat 2.

W. B. Martin. **Barwienie ziarenek w wysepkach Langerhansa trzustek cukrzycowych i niecukrzycowych.**

W wysypkach Langerhansa istnieją dwa rodzaje komórek, rozpoznane przez Schulzego, Diamera i Dewitt'a, a badane głównie przez Lane'a (Amer. Journ. Anatom. VII, 1907), Beneley'a (ibid. tom XII, (1911), Homans'a (Journ. of med. research, XXX (1914) 33 (1919), oraz autora (Anat. Record IX, 1915). Homans stwierdził, że w cukrzycy doświadczalnej zwierząt i cukrzycy ludzkiej tylko komórki β (beta) tracą uziarnienie i zanikają, natomiast komórki α (alfa) trwają, a uziarnienie ich nawet się wzmacnia. M. rozszerza te badania na cały szereg zwierząt laboratoryjnych, normalnych i pozbawionych cukrzycy, i na sześć przypadków cukrzycy ludzkiej, w celu stwierdzenia podanych przez innych badaczy cech komórek alfa i beta, badania zależności zmian patologicznych w wysepkach zwierząt, częściowo pozbawionych cukrzycy, od djety i przemiany cukrowej; wreszcie badań histologicznych nad cukrzycą ludzką. Technika: Zupełnie świeża tkanka, wzięta w przeciągu pierwszej godziny po śmierci, utrwalenia w oziębianym płynie, utrwalanie w płynie Zenkera (5 gr sublimatu, 2·5 gr dwuchromianu, 2 ccm octu lodowatego, do 100 ccm wody), lub mieszaninie równych objętości nasyconego roztworu sublimatu w alkoholu 95% i 2·5% roztworu wodnego dwuchromianu potasowego. Barwienie: roztwór wodny fioletu etylowego strąca się takimże roztworem kwaśnej azo-fuksyny; osad odsącza się, wymywa wodę i suszy; barwi się roztworem zawierającym 1 mg barwika w 100 ccm alkoholu 20%. Skrawki w parafinie, barwione przez 24 g., myte acetonem, różnicowane w acetonie, przeprowadzone przez toluol do balsamu. Tło czerwone: zymogen w gęstych fiołkowych ziarnach; ziarenka komórek alfa są ciemno fioletowe, ziarenka komórek beta są czerwone. Rozróżnienie komórek alfa i beta jest zupełnie ostre. Drugi sposób barwienia obojętną kombi-

nacją fioletu etylowego i oranżu G. w stężeniu 2 mg w 100 ccm alkoholu 20%. Tło jest żółte, zymogen fiołkowy, jądra niebieskie, komórki alfa są żółte, beta wypełnione są fioletowemi lub niebieskiemi ziarenkami. Potwierdzenie danych Homans'a: u wszystkich badanych ssaków stwierdzono obydwa rodzaje komórek; komórki alfa, większe i nieliczne, położone są odśrodkowo i zawierają liczne ziarenka barwiące się częścią zasadową barwika; komórki beta, o wiele liczniejsze, są mniejsze, o jądrze okrągłem, ułożone gęsto szeregami wzdłuż naczyń włoskowatych, wypełnione — przy wymienionych sposobach utrwalania — ziarenkami, zabarwionemi barwikiem kwaśnym. Po utrwaleniu w płynie wodnym (5 gr sublimatu 2·5 gr dwuchromianu do 100 ccm wody) jest obraz odwrotny zabarwienia ziarenek.

Autor spostrzegał zmiany w wysepkach Langerhansa na 79 psach, 38 kotach, pozbawionych trzustki, częstokroć w różnym okresie cukrzycy doświadczalnej, wywołanym przez stopniowe usuwanie trzustki, pogarszanie stanu cukrzycczego przez podawanie glukozy, lub polepszanie stosowną dietą. W zmianie chorobowej zwyrodnienia opuchlinowego wysepek odróżnić można cztery stadja: 1) obrzmienie komórek beta, rozrzedzenie uziarnienia; 2) wakuolizacja tych komórek, już pozbawionych ziarenek, ale bez zmiany jądra i zarysu komórek; 3) kurczenie się jądra i zatracenie się zarysu komórki; 4) zanik komórek beta tak, że wysepki składają się tylko z komórek alfa (4 barwne obrazy).

Komunikat 1. F. M. Allen. **Zwyrodnienie wodniczkowe wysepek Langerhansa po częściowem usunięciu trzustki.** (21 tablic). Zwyrodnienie wodniczkowe (spostrzeżone pierwotnie w cukrzycy ludzkiej przez Weichselbauma i Stangl'a) wysepek Langerhansa trzustki zachodzi zarówno w cukrzycy eksperymentalnej, jak i ludzkiej (Allen, Stillman, Fitz, Monograph. 11 of the Rockefeller Institute, 1919), i jest zjawiskiem swoistem dla cukrzycy, wywołanem przez wyczerpanie i wyniszczenie komórek beta, wskutek nadmiernego pobudzania wydzielania wewnętrznego tych komórek; nadmierne pobudzanie wywołane jest przez żywienie ponad miarę osłabionych zdolności przyswajania.

Badania A., wykonane w Szpitalu Instytutu Rockefellera, opierają się na spostrzeżeniach, poczynionych na 90 psach, u których przez usunięcie określonej części trzustki wywołano cukrzyce eksperymentalne w rozmaitym stopniu natężenia. 10 przykładów, w których usunięcie $^1/_3$ do $^8/_9$ trzustki nie wywołało cukrzycy czynnej, ani zmian w wysepkach; 34 przykładów, w których jednorazowe wycięcie $^7/_8$ do $^{69}/_{70}$ trzustki wywołuje — zależnie od djety — cukromocz i większe lub mniejsze zwyrodnienie opuchlinowe wysepek; 25 przykładów, w których stopniowe usuwanie trzustki — przyczem pobierano próby do kontroli histologicznej — wywoływało, w miarę występowania cukromoczu, w różnym stopniu zwyrodnienie wysepek: np. usunięto $^{15}/_{16}$ trzustki; djeta skąpa, bez cukromoczu; nie ma zmian w wysepkach; po 2 tygodniach usnnięto jeszcze 0·4 gr. trzustki; pozostałość miąższu i wysepek normalne; brak cukromoczu; usunięto dalsze 0·7 gr trzustki; po 3 miesiącach na djecie obfitej (chleb, cukier, mięso) cukrzyca, zanik wysepek, złożonych tylko z komórek alfa i nielicznych zwakuolizowanych beta; 11 przykładów, w których ciężka cukrzyca (usunięcie $^7/_8$ do $^{28}/_{29}$ trzustki) nie wybucha pod wpływem racjonalnej djety, a zmian w wysepkach brak.

Zmiany w wysepkach występują z ciężką cukrzycą w przeciągu 4 do 7 dni, zmiany maksymalne — zupełny zanik komórek beta — w 6 do 8 tygodni. Zmiany puchlinowe są w pewnych granicach odwracalne, i komórki już zwakuolizowane, o ile ich błonka nie pękała a jądro nie zwyrodniało nadmiernie, mogą, zdaje się, powrócić do stanu pierwotnego, jeśli stan cukrzycy poprawić przez djetę.

Cukrzyca zapalna — o takim samym stosunku $\frac{D}{N}$, jak po wycięciu zupełnem trzustki — trwa przy takiem zwyrodnieniu wysepek, w którem komórki beta zanikły, ale alfa trwają przy pełnem uziarnieniu. W takich stanach nie występuje charłactwo w podobnym stopniu, co po wycięciu zupełnem trzustki, a A. wnosi stąd, że charłactwo takie nie jest wywołane jedynie przez zaburzenie przemiany cukrowej, i że komórki trzustki inne, niż beta — więc alfa, zrazikowe lub przewodowe — dostarczają ustrojowi jakiegoś czynnika wewnętrznego.

Komunikat 3. F. M. Allen. **Wpływy nerwowe w powstawaniu cukrzycy doświadczalnej.** U zwierząt (psów i kotów), doprowadzonych przez częściowe wycięcie trzustki do granicy między stanem normalnym a cukrzycą, u których przez obfitszą djetę można wywołać objawy cukrzycy, wpływy nerwowe (np. u kota ciężka walka z buldogiem) nie wywołują cukrzycy. Nakłucie (piqûre Claude'a Bernarda) w nielicznych tylko przypadkach wywołuje u takich psów cukrzycę.

Oddzielenie trzustki pozostawionej lub przeszczepionej od wszelkich połączeń nerwowych nie wpływa ani na stan cukrzycy, ani na zwyrodnienie opuchlinowe kępek Langerhansa, która zależy tylko od stanu zachorzenia czynnego.

Komunikat 4. F. M. Allen. **Wpływ przecukrzenia krwi na zwyrodnienie wodniczkowe wysepek Langerhansa.** A. wpływał na ucukrzenie krwi u psów, wprowadzonych w stan bliski cukrzycy przez częściowe wycięcie trzustki, zwiększając ucukrzenie przez wstrzyknięcie dożylne lub inne glukozy, albo zmniejszając ucukrzenie przez zatrucie floryzyną. Przecukrzenie sztuczne krwi (do 2% D we krwi) nie wpływa na wodniczkowatość komórek beta, ani jej nie wywołuje, ani nie przyśpiesza. Nawet u zwierząt tak bliskich cukrzycy, że wywoła ją usunięcie dodatkowe ułamka grama z trzustki pozostawionej, można podtrzymywać sztucznie przecukrzenie w ciągu tygodni lub miesięcy bez wpływu na kępki. U zwierząt, u których wywołano cukrzycę, można obniżyć przez zatruwanie floryzyną — która sama nie wpływa na kępki — poziom ucukrzenia krwi, nie zapobiegając przez to zwyrodnieniu komórek beta w wysepkach. Przecukrzenie krwi nie jest zatem owym wpływem humoralnym, który wywołuje zwyrodnienie tych komórek.

Komunikat 5. F. M. Allen. **Wpływ krążenia na cukrzycę doświadczalną.** Ani wstrzymanie dopływu tętniczego, ani zahamowanie odpływu żylnego, ani wzmożenie dopływu tętniczego krwi, nie wpływa na zmiany morfologiczne w wysepkach Langerhansa. *Parnas* (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

La Presse Médicale.
N. 72. 9. IX. 1922.

L. Cheinisse. **O nadużyciach w dziedzinie opoterapji.** Na 73 zjeździe dorocznym amerykańskiego Towarz. Lekarskiego w Saint-Louis, odbytym w maju rb., omawiano szeroko sprawę opoterapji, którą nigdzie na świecie nie zajmują się z takim zapałem, jak w Stanach Zjednoczonych Ameryki półn. Istnieje tam towarzystwo specjalnie, poświęcone badaniom wydzielania wewnętrznego (*Association for the Study of Internal secretion*), które wydaje miesięcznik *Endocrinology*, dość rozpowszechniony po całym świecie.

Z drugiej strony nigdzie na świecie reklama handlowa tak nie zagarnęła w swoje ręce tej mało jeszcze znanej dziedziny, a łatwowierność publiczności, a nawet i znacznej części lekarzy, nie jest wyzyskiwaną na tak szeroką skalę, jak to ma miejsce w Ameryce. Nie darmo Harvey Cushing, przewodniczący Towarzystwa, porównuje endokrynologję do »nieznanego i mgłą przesłoniętego morza, gdzie łatwo można się zabłąkać, zwłaszcza gdy się ma słabe pojęcie o nawigacji i o celu podróży«. Przeprowadzając dalej swoją alegorję, tak charakteryzuje »żeglarzy«, którzy po tem morzu podróżują: »jednych pociąga żądza odkryć, inni są poważnymi kolonizatorami, inni fanatycznymi misjonarzami, ale wielu czyni to dla zysków materjalnych, wyzyskuje publiczność łatwowierną. To są handlarze, awanturnicy, często po prostu piraci«.

Te właśnie względy powodowały członków wyżej wymienionego Zjazdu (wśród których widzimy zasłużonych fizjologów, jak Barker, Cannon, Aub, Carlson i inni), że na porządku dziennym była postawiona opoterapja tj. zastosowanie lecznicze endokrinologji. Prof. Carlson (Chicago) zaznaczył, że w tej dziedzinie «pole naukowe» jest nader zacieśnione w stosunku do »pola fikcji«. Z wyjątkiem hypotyreordyzmu, całe obszerne piśmiennictwo organoterapji

dostarcza mało lub prawie nic z wiadomości pozytywnych, tyczących niedostatecznej czynności gruczołów dokrewnych. Pomijając już pewną przesadę co do znaczenia tzw. hormonów, przyjmując nawet za pewnik istnienie chorób, zależnych od niedostatecznej produkcji tych hormonów, trzeba się dobrze zastanowić, czy te hormony nie są zbyt słabe, aby mogły wytrzymać bezkarnie cały szereg procedur dla ich otrzymania i przyswajania ich przez ustrój (zastrzykiwania dożylne, trawienie).

Pomijając hormon tarczycy, powiada C., nie wiemy w gruncie rzeczy, co robimy, zalecając chorym do wewnątrz przetwory jajników, trzustki, nadnerczy, gruczołów przytarczycznych itd. Co więcej, rola etjologiczna czynników stosowanych w danej chorobie jest najczęściej hypotetyczna, tym sposobem leczymy choroby nieznanego pochodzenia przez środki również nieznane. A wyniki są często tak sprzeczne, że zdają się zależeć nie tyle od samych preparatów, ile od lekarza, który je zaleca. Wyciągi gruczołowe bardzo często są zalecane jednocześnie obok spokoju, wypoczynku, dobrego odżywiania, które same przez się mogły uzdrawiać. Nawet w przypadkach hypotyreozy, stosowanie przetworów tarczycy niezawsze jest w stanie zastąpić normalną czynność tego gruczołu. We Francji prof. Gley powstawał również przeciwko utożsamianiu działania wyciągów z gruczołów z wydzielaniem wewnętrznem samych gruczołów.

Hoskins nie zaprzecza bynajmniej temu, że wyciągi organiczne posiadają bardzo wybitne działanie farmakodynamiczne, jak np. adrenalina, wyciągi z przysadki mózgowej (*extr. hypophysaire*) [1], ale działanie to nie posiada żadnych cech swoistości. Nawet tyreoidyna, według Hoskinsa, działa raczej jako środek pobudzający żywotność komórkową (*stimulant cellulaire)* wogóle, aniżeli jako środek swoisty. Jedynie tylko w obrzęku śluzowatym (*myxoedema*) ujawnia się działanie swoiste tego środka i to nie bez zastrzeżeń. O innych wyciągach tego naprawdę powiedzieć nie można.

Jeżeli organoterapja jednogruczołowa opiera się na wątłych podstawach i awanturniczych hypotezach, to cóż dopiero powiedzieć o terapji wielogruczołowej? Z pośród wszystkich opoterapij »wątpliwych«, zdaniem M. Fiessingera, ta jest najbardziej wątpliwą.

Mówią nam, że zespoły zaburzeń ze strony wydzielania wewnętrznego (*syndromes endocriniens)* są zawsze wielogruczołowe. Ale jakże mało wiemy o wzajemnem oddziaływaniu tych gruczołów, a już o wpływie wyciągów organicznych na sharmonizowanie tych czynności nie posiadamy żadnych wiadomości pozytywnych — jest to rzeczą przyszłych badań.

Zwolennicy opoterapji wielogruczołowej powołują się na teorję, głoszącą, że komórki ustrojowe biorą na siebie czynność wybierania potrzebnych im hormonów z przetworów wielogruczołowych, dostarczanych choremu organizmowi. Hoskins słusznie powstaje przeciwko tej zbyt prostackiej koncepcji (*conception trop simpliste*), która nie jest dowiedzioną ani klinicznie, ani doświadczalnie.

Wszystko to, powiada z ironią Carlson, nie przeszkadza bynajmniej temu, że »specjaliści wielogruczołowi« w Stanach Zjednoczonych dokonywują cudów jeszcze większych, niż w swoim czasie sławna spermina Poehla, która przed 20 laty w Rosji była uważana za prawdziwy wszechlek (*panaceum*). *A. Puławski.*

Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin u. Chirurgie. Tom 34. Zeszyt 3. 1921 r.

Lehmann i Elfeldt. **Próby wodna i stężenia w chirurgicznych schorzeniach nerek.** Dla celów rozpoznawczych nerek chirurdzy posiłkowali się dotychczas próbą fenolsulfoftaleinową oraz krjoskopją krwi, które to próby, zwłaszcza ostatnia, są niewystarczające. Próba Albarran'a doświadczalnej polyurji z założeniem cewników do moczowodów jest zbyt drażniącą, dlatego też należy uciec się do stosowania próby wodnej oraz próby stężenia. Z badań autorów wynika, że istnieje wprawdzie pewna równorzędność między ilością zachowanego czynnego miąższu nerkowego, a ilością wydalanej wody wogóle, oraz pierwszej półgodzinnej ilości w szczególności, lecz mniejsza wydolność jednej nerki może być skompensowana przez pracę nerki zdrowej. I wówczas jednak częściej dadzą się stwierdzić zaburzenia w stężeniu moczu. Obie próby jednak nie dają nam pojęcia ani o rodzaju cierpienia, ani nie pozwalają ustalić wskazania do zabiegu operacyjnego, są jednak pomocne jako uzupełnienie innych prób czynnościowego badania nerek i dają możność porównania. stanu chorego przed i po dokonaniu zabiegu operacyjnego

Wiktor Hautsch. **Dalsze przyczynki do plastyki opony twardej i czaszki.** Celem pokrycia ubytku u operowanych zwierząt autor używał płytki celuloidowej według metody Fraenkla oraz worka przepuklinowego, na który zadziałano formaliną. Hautsch przychodzi do wniosku, że worek przepuklinowy ulega przemianie na tkankę bliznowatą, analogicznie do danych doświadczeń Denk'a; naokoło płytki celuloidowej tworzy się otoczka łącznotkankowa, przyczem tak otoczka, jak i worek przepuklinowy łączą się z powierzchnią uszkodzonego mózgu przy pomocy szerokich, licznych zrostów.

J. Amreich. **Zropienie bąblowca wątroby po przejściu duru brzusznego.** Opis przypadku operowanego w trzy tygodnie po przebyciu duru brzusznego; w ropie torbieli bąblowca wykryto laseczniki durowe.

G. Katsch i L. v. Friedrich. **O czynnościowem znaczeniu drogi żołądkowej.** Na zasadzie badań promieniami X autorzy doszli do przekonania, że, wbrew opinji Waldeyer'a, płyny nie przechodzą jedynie przez rynnę powstającą jako fałd błony śluzowej na małej krzywiźnie, lecz obmywają mniej więcej jednostajnie śluzówkę całego żołądka. Płyny dostają się prędzej od części stałych do kanału odźwiernikowego jedynie dlatego, że działa on jako pompa ssąco-tłocząca. Wobec wyników doświadczeń autorów upada pogląd Aschoff'a o częstszem drażnieniu małej krzywizny, jako przyczynie częstszego umiejscowiania się tam wrzodów żołądka.

Karol Propping. **Przyczynek do mechaniki płynu mózgowo-rdzeniowego.** Autor występuje w obronie własnej teorji przeciwko zarzutom postawionym przez Haller'a; swoje dawne stanowisko modyfikuje o tyle, że uznaje, że nie istnieje prąd płynu w kanale mózgowo-rdzeniowym, a działanie leków zastrzykniętych następuje wskutek zmieszania się ich z płynem. Pod tym względem uznaje słuszność stanowiska Walter'a.

Franciszek Rollwage. **O wyłuszczeniu nerki z otoczki w zatruciu sublimatem.** Chorzy znoszą dobrze ten zabieg operacyjny. Aczkolwiek nie udało się przy pomocy tej metody uratować ani jednego chorego, to jednak, być może, przedłużono życie o parę dni. Należałoby dokonywać zabiegu możliwie wcześnie i jednostronnie, by mieć możność następnie histologicznego porównania obu nerek. Przy zupełnym braku środków, któreby można stosować do wewnątrz, nie należy odrzucać metody chirurgicznej.

H. Schaeffer i S. Weil. **Badania elektrograficzne nad skurczami mięśni przy stopie płaskiej przykurczowej.** Na zasadzie badania prądów czynnościowych należy uważać skurcze mięśniowe przy stopie płaskiej przykurczowej, za odruchowo wywołany skurcz tężcowy trwały. W przypadkach silnego przykurczu otrzymujemy krzywą z częstemi przerywanemi wahaniami prądu; przy słabszej formie stopy płaskiej przykurczowej prądy czynnościowe występują dopiero przy rozciąganiu biernem. W powstawaniu przykurczu odgrywają rolę przedewszystkiem oba mięśnie strzałkowe, w małym zaś stopniu i mięsień piszczelowy przedni.

Edward Melchior. **Badania kliniczne nad tężyczką.** W literaturze ustalonym już został bliski stosunek zmiękczenia kości i tężyczki z zaburzeniami w przemianie wapnia w ustroju. W związku z wojną i wygłodzeniem ludności nastąpiło zwiększenie ilości zachorzeń także i po operacji usunięcia wola. Powstanie i przebieg pooperacyjnej tężyczki nie zależy jedynie od ilościowego stosunku gruczołów przytarczycznych, lecz i od innych tak zewnętrznych, jak i wewnętrz-

[1]) Niewątpliwem np. jest dobroczynne działanie na napady dychawicy oskrzelowej przetworów astmolizyny (połączenie adrenaliny z hypofizyną). Przyp. sprawozd.

nych czynników. Dotychczas zanadto podkreślano objawy obwodowe kurczowe, podczas gdy trzeba też zwracać uwagę na zmiany troficzne, zaburzenia w przemianie materji. Opanowanie objawów kurczowych przy tężyczce, np. proponowanemi przez Mac Callum'a wlewaniami dożylnemi soli wapniowych, nie zapobiega cherze tężyczkowej. Objawy niedomogi gruczołów przytarczycznych mogą wystąpić i samoistnie, nietylko po zabiegach chirugicznych. Falta i jego szkoła słusznie podkreślają konieczność zwrócenia uwagi na objawy tężyczki »trzewiowej«, na zaburzenia w układzie nerwowym wegetacyjnym. *A. Stefanowski* (Warszawa).

Choroby skórne.

Dermatologische Zeitschrift.

T. 36 Z. 1.

Schmidt W. I. **Zapatrywania Waltera Frieboes na budowę naskórka w świetle badań porównawczo-histologicznych.**

Krefting R. **Leczenie kiły wyłącznie salwarsanem.** Autor oddaje pierwszeństwo staremu salwarsanowi; stosował go w dawkach 0·4—0·6 gr dla mężczyzn, a 0.3—0·4 gr dla kobiet, w odstępach 14-dniowych. Zwykle stosował 5 wlewań śródżylnych, jednak przekonał się, że 3-ma lub nawet 2-ma wlewaniami można otrzymać również dobre wyniki. Typowe powtórne zakażenie spostrzegał w 19 przypadkach. Na 169 przypadków zmiany pierwotnej z O. W. ujemnym, leczonych 3—6-ma wlewaniami śródżylnemi salwarsanu, ani w jednym przypadku nie wystąpił nawrót, w 221 przypadkach z O. W. dodatnim, nawrotów było 19. Na 196 przypadków kiły drugorzędnej, przy zastosowaniu większej ilości wlewań (do 6-ciu), nawrotów było 22, a na 472 przypadków leczonych mniejszą ilością wlewań, nawrotów było 21. W przypadkach kiły III-rzędnej, zmiany ustępowały bardzo szybko, wśród leczenia, jednak niejednokrotnie nie można było zmienić dodatniego odczynu W. na ujemny, w 262 przypadkach kiły utajonej, wielokrotnie otrzymał odczyn Wassermanna ujemny.

Born W. **Stosowanie nowych preparatów dziegciowych w leczeniu chorób skórnych.** Przez wyciąg wyskokiem z dawnych preparatów dzięgciowych otrzymane nowe, okazały się skutecznemi w leczeniu wyprysków, łuszczycy, a pozbawione w zupełności działania drażniącego. Są to: Cadinol, wyciąg wyskokowy z ol. cadini, Ruscinol z ol. rusci, Fuliginol, jasny i ciemny z Fuligo splendens, Sangajol-Lithantrol, wyciąg sangalowy z dziegcia węgla kamiennego, Salicyllithantrol i β lithantrol.

Ruscinol okazał się wybitnym środkiem łagodzącym świędzenie skóry. W przypadkach wyprysku przewlekłego, z naciekiem w skórze, działał wybitnie leczniczo, natomiast własności przeciwpasorzytniczych nie posiada, jak również w łuszczycy nie działa skutecznie. Stosuje się go w paście 5%, lub w linimentum zinci. Cadinol posiada małe własności uśmierzające świędzenie, nie drażni skóry, w leczeniu łuszczycy działa bardzo skutecznie. Fuliginol ciemny działa słabiej, niż preparaty poprzednie; jasny pozbawiony jest wszelkich własności drażniących, jednak jego lecznicze działanie jest słabe. Trzy pozostałe preparaty, stosowane przeważnie w łuszczycy, nie są jeszcze dostatecznie wypróbowane, chociaż działanie ich okazało się nieraz bardzo korzystne. Preparaty te stosuje się przeważnie w pastach lub maściach.

T. 36. Z. 2.

Strempel R. **Przypadek Erythema mikrogyratum persistens.** U 12 l. dziewczęcia, po przebyciu zapalenia migdałków wystąpiły na skórze czoła, twarzy, klatki piersiowej i kończyn górnych liczne nacieki w postaci plam o zabarwieniu czerwonem, nieco wystające nad powierzchnię skóry, ustępujące pod naciskiem palca, częściowo zlewające się, częściowo przybierające postać girland lub pierścieni, o środku żółtawo zabarwionym a otoczeniu żywo czerwonem. Histologicznie stwierdzono zmiany w naczyniach, szczególnie w warstwie podbrodawkowatej, z naciekiem dookoła naczyń, a złożonym przeważnie z komórek okrągłych. Badanie jamy ustnej wykazało obraz wrzodziejącego zapalenia błony śluzowej.

Przypadek ten przyjmuje autor, jako postać opisaną przez Hoffmanna pod nazwą: »*Erythema mikrogyratum ersistens*«, różniącą się od *Eryth. simpl. gyratum Jadassohni*, brakiem procesu wysiękowego (brak pęcherzy) i długością trwania. Cierpienie to w powyżej opisanym przypadku powstało w następstwie zapalenia migdałków i w związku z wrzodziejącem zapaleniem jamy ustnej, przeto należy je uważać za cierpienia skóry pochodzenia toksycznego, z działaniem przedewszystkiem na naczynia.

Hess P. **O badaniach dermatoskopicznych chorób skórnych.** Autor, posługując się w swych badaniach starą lupą Zeissa, drobnowidem skórnym Leitza i przyrządem optycznym O. Müllera i Zeissa, mógł potwierdzić szczegółowe badania Safiera i innych. Największą uwagę zwracają naczynia włoskowate skóry sieci podbrodawkowatej i brodawkowatej, dalej rozmieszczenie barwika, twory rogowacenia naskórka i powierzchowne nacieki. W rozpoznaniu różniczkowem sposób ten nie odegra żadnej roli, gdyż obrazy poszczególnych cierpień skórnych nie są charakterystyczne. Niektóre tylko cechy histologiczne, jak zachowanie się naczyń krwionośnych, rozmieszczenie barwika i nacieku, mogą przedstawiać pewne ciekawe dane.

T. 36. Z. 3.

Wertheim L. **Przypadek nawracającego rumienia wielopostaciowego, ze szczególnem umiejscowieniem na błonach śluzowych.** U 22 letniego mężczyzny wystąpiły objawy rumienia wielopostaciowego Hebry w postaci pęcherzyków na błonach śluzowych, policzków i warg, i na obu dłoniach. W pół roku później nawrót cierpienia, na błonach śluzowych jamy ustnej, na spojówce powiek, w postaci drobnych pęcherzyków o treści wodojasnej, później wystąpiły zmiany podobne i na grzbietniej stronie palców rąk. Leczenie miejscowe i dożylne wlewaniami salwarsanu. Za moment etjologiczny uważa autor zakażenie, drogą przetoki utrzymującej się po wyrwaniu zęba; ustawicznie trwające ognisko ropne było powodem nawrotu rumienia. Leczenie salwarsanem odniosło działanie skuteczne, powodując niszczenie działania toksycznego krętków jamy ustnej.

Lehner E. i Vajda E. **Obwodowe porażenie nerwu twarzowego, w przebiegu kiły drugorzędnej.** W okresie pierwszej plamistej wysypki kiłowej, wystąpiło porażenie prawostronnego nerwu twarzowego, obejmujące wszystkie jego gałązki. Przy zastosowaniu leczenia swoistego zmiany te ustępowały bardzo powoli i objawy porażenne utrzymywały się. W przypadku drugim guzkowej wysypki kiłowej, podobne porażenie nerwu twarzowego ustąpiło bardzo szybko wśród leczenia. Podobne przypadki, znane z piśmiennictwa, niejednokrotnie szybko ustępują wśród leczenia, niekiedy natomiast utrzymują się uporczywie. Porażenie w przypadku drugim, było niewątpliwie pochodzenia swoistego, natomiast w pierwszym przypadku przypuszcza autor, że mimo możliwości istnienia gośćcowego przypadkowego porażenia, występowanie równoczesne zmian kiłowych i ustępowanie, chociaż bardzo powolne, objawów porażennych, dowodzi, że i ten przypadek uważać należy za swoisty.

Krantz W. **O pewnych postaciach krętków, występujących przy zapaleniu napletka.** Przy sposobności badania zawartości worka napletkowego w przypadkach ropnych zapaleń napletka, lub owrzodzeń, zauważył autor, prócz spotykanych zwykle krętków typu refringens, szereg różnorodnych innych krętków. Bardzo często spotykał krętka w postaci krótkiej laseczki, którego skrętów z powodu szybkości ruchów nie mógł zauważyć, natomiast w czasie obumierania można było rozróżnić 3—5 płaskich skrętów. Nadaje tej postaci krętka nazwę *Spirochaeta celerrima*. Druga postać krętka charakteryzuje się ostremi skrętami i bardzo delikatnem ciałem. Ruch tego krętka jest bardzo charakterystyczny: środek pozostaje nieruchomy, natomiast końce poruszają się bardzo szybko. Trzeci rodzaj krętka posiada skręty ostre i delikatne, długość jego jest taka sama, jak krętka bladego, porusza się bardzo szybko, przyczem ruchy jego podobne są do ruchów robaka. Czwarty rodzaj krętków natomiast, bardzo jest podobny do krętka bladego i z trudnością daje się od niego odróżnić, jest nieco grubszy, a znachodzi się u osobników, którzy nigdy kiły nie przechodzili. Autor sądzi, że krętki te uważać należy za te same, które spotyka się w jamie ustnej, i dlatego określenie »krętki jamy ustnej«

należałoby odpowiednio rozszerzyć. Ze względów praktycznych należy zwrócić baczną uwagę na czwarty rodzaj krętka spotykanego w przypadkach zapaleń, nadżerek i owrzodzeń, napletka, który to krętek tak jest podobny do bladego, że może spowodować fałszywe rozpoznanie.

T. 36. Z. 4.

Oswald W. **Przyczynek do leczenia wiewióra własną szczepionką.** Autor sporządzał szczepionkę z hodowli z wycieku ropnego, wyjaławiał ją przez 24 godz. przez pozostawienie jej w cieplocie 37° i dodanie $^1/_4$% rozczynu kwasu karbolowego. Wstrzyknięcia wykonywał dożylnie, tylko w przypadkach bardzo silnych odczynów ogólnych śródmiąższowo. Objawów szkodliwych nie zauważył nigdy. Jako pierwszą dawkę stosował 0·2 ccm szczepionki tj. 12 miljonów bakteryj, a następnie, co drugi dzień, stosował dalsze dawki, zwiększając je za każdym razem aż do ilości 2 ccm tj. 120 miljonów bakteryj. Równocześnie stosowano i leczenie miejscowe. Wpływ leczenia szczepionkami na przebieg wiewióra był bardzo korzystny; wyciek zmniejszał się szybko, dwoinki znikały z preparatów już po 2 lub 3 wstrzyknięciu, a mocz stawał się przeźroczysty. W żadnym przypadku nie przyszło do powikłań. W drugiej części przypadków stosował szczepionkę wiewiórowo-białkową, sporządzoną sposobem Hechta, z ropy wiewiórowej rozcieńczonej 4—5 krotną ilością $^1/_4$% rozczynu kwasu karbolowego. Stosował ją tylko wśródmiąższowo; niekorzystnych objawów nie spotykał nigdy. W kilka godzin po zastrzyknięciu występowało podniesienie ciepłoty, mniejszego lub większego stopnia. Wybitnego wpływu tego sposobu leczenia na przebieg choroby nie zauważył, natomiast w powikłaniach wiewiórowych np. przy zapaleniu najądrza, gruczołu krokowego itd. otrzymywał znaczną poprawę. Sposób Hechta, do pewnego tylko stopnia może zastąpić własne szczepionki, których sporządzenie w leczeniu prywatnem napotyka na znaczne trudności.

Mras F. **Leczenie kiły mirionem.** Prócz działania swoistego, krętkobójczego, środkami przeciwkokiłowemi, jak salwarsan, duże znaczenie mają w leczeniu kiły i inne czynniki dotychczas nieznane od których zależy również działanie swoiste salwarsanu. Działania salwarsanu dokładnie nie znamy; o tem pouczyć nas mogą raczej przypadki nieudałego leczenia salwarsanem. Zadaniem więc polepszenia stron leczniczych salwarsanu jest praca nad zmianą salwarsanu z jednej strony, a z drugiej wzmożenie własnych czynników obronnych ustroju. Wpływ korzystny podniesienia ciepłoty na przebieg kiły, jest zjawiskiem znanem, odczyn zapalny w znaczeniu Biera odgrywa pierwszorzędną rolę. Czy stosujemy swoiste środki przeciwkiłowe, czy obce białka, wywołujemy zmiany w układzie koloidalnym ustroju (*Luitlen*); po zastosowaniu tych środków powstają, jak uczy nas doświadczenie, zjawiska odczynowe w ogniskach chorobowych i działanie to podrażniające środków koloido-leczniczych ma wpływ przyśpieszający i korzystny na przebieg leczenia. Takie działanie podrażniające ma salwarsan Badania nad zastosowaniem nieswoistego czynnika w leczeniu kiły, wymagają jeszcze dalszych systematycznych doświadczeń, dziś bowiem stososowane środki koloidalne okazywały się zbyt słabem, w działaniu. W mirionie posiadamy środek koloidalny — zupełnie bezpieczny. W rozszczepianiu jodu w ogniskach chorobowych, upatrywano przyczynę korzystnego działania tego środka, wywołującego przekrwienie i pobudzenie elementów tkankowych do wzmożonej czynności. Jednak musimy zaznaczyć, że rola jodu jako koloidu nie jest jeszcze zupełnie jasna.

Autor stosował mirion śródmiąższowo podczas całego leczenia przeciwkiłowego lub tylko w pewnym okresie. Leczenie samym mirionem przeprowadził tylko w jednym przypadku, w którym po 80 ccm mirionu można było jeszcze znaleźć krętki blade w preparatach. W przypadkach, w których zastosowano leczenie mirionem przed leczeniem rtęcią i salwarsanem, nie zauważył autor żadnych zmian w ogólnem działaniu na korzyść czynników swoistych. W drugiej grupie przypadków, leczonych tylko mirionem i salwarsanem, zauważył że ustępowanie zmian odbywało się powoli, tak, że odnosiło się wrażenie, że walka ustroju z kiłą nie tylko nie jest przyśpieszoną, ale raczej opóźnioną.

Mayr I. **Ograniczone zmniejszenie oporu skóry na prąd stały.** (doniesienie II-gie). *F. Walter* (Kraków).

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy N. 8: E. Niemczycki: W drugą rocznicę. — J. Świątecki: Najczęstsze samouszkodzenia i udawania chorób chirurgicznych u rekrutów i żołnierzy. — Składkowski: Lekcja gimnastyki wojskowej, a praca serca. — E. Wajs: Przyczynek do leczenia zgorzeli płucnej za pomocą Tra Allii.

Nowiny lekarskie N. 9: Grzywo-Dąbrowski: Przyczynek do kazuistyki przestępstw dzieci. — J. Stasiński: O zaburzeniach czynnościowych nerwów organo-wegetacyjnych. — K. Bross: Przypadek pierwotnego raka prawego oskrzela. — W. Giedgowt: Do kazuistyki otrucia zepsutą rybą.

Zdrowie N. 7: I. E. Chmielewski: Samobójstwa ze stanowiska psychopatologji i medycyny społecznej. — Szcz. Mikołajski: Poprawa zdrowotności w mieście Lwowie w r. 1921. — N. 8: W. Gądzikiewicz: Stosunki sanitarne w Piotrogrodzie.

N. 9: Sprawozdanie szczegółowe z I Zjazdu Pedjatrów Polskich. 8, 9 i 10 września 1922 r.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Łuckie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 7 czerwca 1922 r.

Przewodniczy kol. Dr. F. Miłaszewski, obecnych 10 i jeden gość, repatrjant z Kijowa, Dr. Cichocki.

1. Kol. Jasiński przedstawił 10 letniego chłopca **ze skórzakiem spojówki** lewego oka. Nowotwór wrodzony, wielkości ziarnka grochu, znajduje się w zewnętrznym kącie szpary ocznej i ze spojówki przechodzi częściowo na rogówkę. Przy pomocy lupy dobrze widać trzy włoski, rosnące na tym guzie.

2. Kol. Wojnicz przedstawił trzy chore:

a) Chorą lat 52, operowaną z powodu wypadnięcia macicy. Cierpi od 7 lat. Od 4 lat macica wypadła kompletnie — przy tem przepuklina pęcherza i odbytnicy (*cysto i rectocele*). Następnie potworzyły się wrzody na szyjce macicznej, które obecnie zlały się się w jeden obszerny. W 30 roku życia wyszła zamąż. Początkowo miała dwa samowolne poronienia; następnie odbyła dwa ciężkie pologi — dzieci żyją. Obecnie wykonano wysokie odcięcie szyjki macicznej, obszernych płatów z przedniej i tylnej ściany pochwy i perineorafię. Wynik znakomity.

b) Wieśniaczkę M. W., lat 54, zamężną po **usunięciu macicy rakowatej** sposobem Wertheima. Miała 6-oro dzieci. Od dziewięciu miesięcy stale krwawi. U chorej rozpoznano raka szyjki macicznej, który zniszczył ją aż do ujścia wewnętrznego, zostawiając w pochwie krwawiące lejkowate wgłębienie, macica jednak była ruchoma. Wraz z macicą wycięto gruczoły rakowo zmienione, przylegające do pęcherza i odbytnicy. Chora po 5 tygodniach opuściła szpital w dobrym stanie.

c) Kobieta F. W., lat 64, z **wypadnięciem jelit po rozdarciu powłok brzusznych** rogiem krowy. Przez tydzień leżała w domu, oczekując śmierci, potem przywieziono ją do szpitala łuckiego w stanie następującym: w okolicy podbrzusza, na trzy palce ponad łonem, rana otwarta, wielkości ręki dorosłego mężczyzny, z której wypadły pętle kiszek cienkich, brzegi rany pokryte strzępami zmartwiałych tkanek, a na górnym brzegu cały płat skóry, wielkości dłoni, zmartwiał, z pod brzegów sączy się ropa. Przy palpacji brzucha wyczuwa się pod wiotką przednią ścianą nacieki twarde na granicy rany. Przy ucisku ilość ropy w ranie zwiększa się — kiszki odbywają ruchy robaczkowe na powietrzu. Wypadłe kiszki tworzą zlepiony stożek, wystający z rany, pokryte są ropą i w niektórych miejscach barwa otrzewnej na nich zmieniona. Po usunięciu części zmartwiałych kiszki obmyto eterem siarczanym i na cały brzuch zrobiono kompres z tegoż eteru. W parę dni z pod górnego brzegu rany usunięto kawał zmartwiałej sieci. Około miesiąca pozostał zaciek w głębi jamy brzusznej, który w końcu znikł.

Ranę, wypełnioną gołemi kiszkami, leczono przy pomocy kompresów z eteru i przez naciąganie na nią skóry plastrami lepkiemi. Leczenie pomyślne trwało 2½ miesiąca.

d) W końcu kol. Wojnicz przytoczył przypadek **wynicowania macicy po porodzie**, który był skutecznie wyleczony w szpitalu powiatowym za pomocą szczelnego tamponowania marlą z eterem.

Wieśniaczka E. K., lat 18, dobrze zbudowana, 29 maja r. b. urodziła dziecko, chłopca. Ponieważ łożysko zaraz nie odeszło, baby zaczęły ciągnąć za pępowinę i wyciągnęły na zewnątrz macicę. Po odjęciu łożyska macicę popchnęły do pochwy. Tymczasem chora krwawiła i mdlała. Krwotok trwał pół doby, poczem ustał, lecz pozostało krwawienie. W takim stanie chora przetrwała 6 tygodni w domu, poczem przywieziono ją do szpitala w stanie znacznej niedokrwistości. Pierwsze badanie, przeprowadzone wraz z kol. Miłaszewskim, wykazało w pochwie krwawiący guz, wielkości pomidora, była

to wynicowana macica. Próby oprowadzenia macicy pod chloroformem nie udały się, wówczas postanowiłem zastosować uciskowe tamponowanie merlą, maczaną w eterze, (tylko pierwszy tampon był z eterem, reszta z suchej merli). W ciągu tygodnia trzy razy zmieniono tampony i to wystarczyło, żeby macica sama powróciła na miejsce, niespostrzeżenie dla chorej.

W dyskusji zabierał głos kol. Miłaszewski. Co do przypadku z wynicowaniem macicy zaznaczył, że było to wynicowanie nie częściowe, lecz zupełne. Mowca przytoczył sposoby leczenia, jakich używali rozmaici autorzy. Omówił sposób przez tamponowanie pochwy merlą jodoformową, który to sposób daje wyniki, jakoby mniej skuteczne, co jednak w tym przypadku się nie sprawdziło. Przytem zauważył, że tamponowanie uciskowe z eterem siarczanym dało wynik znakomity, ma tylko tę wadę, że sprawia kilkunastominutowe pieczenie.

Kol. Bejlin opowiedział ze swojej 27 letniej praktyki, że tylko raz jeden był wzywany do położnicy z wynicowaną macicą, która, jednak jeszcze przed jego przybyciem z Krakowa, umarła.

Kol. Kubaszewski zapytuje, czy może kobieta po operacyjnem odnicowaniu macicy zajść w ciążę i szczęśliwie urodzić?

Kol. Wojnicz zaznaczył, że etjologicznie rozróżniamy trzy rodzaje wynicowania. Pierwsze — tak zwane wynicowanie poporodowe, które zależy od nieracjonalnego pociągania za sznurek pępkowy ku dołowi, jak pisze Dr. W. Bylicki w swoim podręczniku, albo gdy noworodek ciężarem swoim opciąga nadmiernie krótką pępowinę; drugi rodzaj wynicowania bywa powodowany przez guzy wewnątrz-maciczne, trzeci stanowi wynicowanie tak zwane samodzielne. Co do leczenia wynicowania, oprócz sposobów podanych przez kol. Miłaszewskiego, wspomina mówca o odnicowaniu samodzielnem (*reinversio spontanea*), o którem mówi w swoim podręczniku (r. 1894) W. Bylicki: »pod wpływem emocji nerwowej, trwającej dwa tygodnie, gdy chora dostała biegunki, macica sama się odnicowała (przypadek Szpiegelberga«). Według Bylickiego co do możności zadawnionego odnicowania macicy sposobem bezkrwawym, to Bejgel odnicował wynicowanie trwające lat 9, Noeggerath — 13, a White 15 i 30 lat. Co do częstości wynicowania macicy, mówca zaznacza, że w przeciągu 32 letniej praktyki pierwszy raz widział podobny przypadek i nie słyszał, żeby kto z kolegów w Łucku spostrzegał. Co do pytania, czy może być zapłodniona macica po operacyjnem wyleczeniu, to Dr. Born w odpowiedzi na artykuł Dr. F. Neugebauera z Warszawy (Nowiny lek. N. 4. r. 1907) przytacza następujący przypadek: w r. 1901 chora była operowaną z powodu wynicowania, a w r. 1906 zaszła w ciążę i przebyła poród zupełnie szczęśliwie; łożysko tylko było przyrośnięte i zostało wydobyte szczęśliwie ręcznym sposobem.

Co się tyczy chorej z wypadnięciem kiszek po uszkodzeniu przez krowę, to koledzy uznali, że leczenie kompresami eterowemi dało znakomity wynik; jeżeli chora będzie zupełnie zdrowa, należy na ten sposób zwrócić szczególniejszą uwagę.

A. Wojnicz, sekretarz.

Medycyna społeczna.

Dr. JAN ZAORSKI. Warszawa.

W sprawie leczenia gruźlicy chirurgicznej *).

Walka z gruźlicą, prowadzona przed wojną z inicjatywy prywatnej przy poparciu nielicznej garstki społeczeństwa, wchodzi z chwilą odbudowania Państwa Polskiego w nowy okres. Ministerstwo Zdrowia Publicznego, zdając sobie sprawę z grozy położenia, by tem łatwiej podołać trudnemu zadaniu, postanowiło akcję całą oprzeć na podstawach prawnych. Opracowana przez czynniki rządowe „Ustawa o zwalczaniu gruźlicy" przeszła już stadjum przygotowawcze i została zaopatrzona opinją Najwyższej Rady Zdrowia. Niestety od tego czasu słych o niej zaginął. Wśród wielu środków zaradczych, projektowana ustawa zajmuje się z jednej strony ograniczeniem i uniemożliwieniem rozszerzenia się zarazy, z drugiej zapewnia chorym na gruźlicę odpowiednią ilość zakładów leczniczych. Dzisiejszy brak szpitali, sanatorjów, a chociażby sal specjalnie dla gruźlicy przeznaczonych, odbija się fatalnie na stanie naszej zdrowotności. Poczynania prywatne, mając z natury rzeczy ograniczone środki, nie mogły zaspokoić potrzeb w tym kierunku. Zaopiekowano się dotychczas właściwie tylko jedną postacią gruźlicy, mianowicie płucną i, dla tego rodzaju chorych, wzniesiono szereg domów zdrowia, sanatorjów i t. d. Suma wysiłków jest niedostateczna, ale zrobiono tyle, na ile stać było garstkę ludzi dobrej woli.

A cóż dzieje się z innemi postaciami gruźlicy? Naprzykład z gruźlicą stawów i kości? Te pytania powinniśmy sobie postawić dziś, kiedy chcemy zwalczać gruźlicę we wszystkich jej postaciach. Odrazu można powiedzieć, że gruźlicę kości i stawów zlekceważyliśmy najzupełniej. Wymienionych chorych traktuje się, jako zwykłych chorych chirurgicznych, nie potrzebujących specjalnej troskliwości i zabiegów. Czy takie postawienie rzeczy sprawę wyczerpuje? Jeżeli przejrzymy nasz materjał chorych szpitalnych, szczególnie oddziałów dla dzieci, to łatwo dojdziemy do przekonania, że $^{2}/_{3}$ chorych ma za tło choroby — gruźlicę. Z drugiej strony łatwo się przekonamy, że gruźlica chirurgiczna pozornie tylko atakuje pewne części organizmu. Bliższe i dokładniejsze badanie wykaże nam, że prawie każdy z tych chorych ma zmiany pierwotne w innych narządach, np. płucach itd., które, zaniedbane, wybuchną prędzej, czy później. Dla tych chorych pobyt w naszych, po większej części starych i niehigjenicznych szpitalach, częstokroć tak przepełnionych, że ilość chorych przekracza ilość łóżek, jest bezwarunkowo nietylko szkodliwy, ale wprost zgubny. Prócz przestrzeni i powietrza, chory na gruźlicę, przy innych koniecznych warunkach, musi mieć dobre i obfite pożywienie. Tego też nie jesteśmy w stanie dostarczyć im w naszych zakładach chirurgicznych, gdyż porcje żywnościowe są obliczone raczej na przeżywienie, niż na odżywienie. Do tego dodajmy brak w wielu szpitalach odpowiednich urządzeń ortopedycznych, aparatów roentgenowskich, a będziemy mieli niepełny, ale smutny stan lecznictwa gruźlicy chirurgicznej.

Stan powyższy nietylko u nas przedstawia się w ciemnych barwach. Ażeby temu zapobiedz, Anglja, Francja, Włochy, zbudowały szereg sanatorjów nadmorskich dla leczenia gruźlicy kości i stawów. Tamtejsza metoda lecznicza kombinuje kąpiele morskie z naświetlaniem słonecznem. Szczególnie we Francji liczba sanatorjów dla leczenia gruźlicy wzrosła podczas wojny, wskutek wydatnej pomocy Ameryki, która przeszło 5 miljonów dolarów włożyła w powyższe zakłady.

Pozbawiona morza Szwajcarja zastosowała u siebie leczenie gruźlicy promieniami słonecznemi na znacznych wyżynach górskich. Typem powyższych sanatorjów jest zakład w Leysin. Leczenie tam odbywa się głównie słońcem przy stosowaniu małych zabiegów chirurgicznych i ortopedycznych. Dopełnia powyższe leczenie powietrze górskie i dostatnie odżywianie. System ten, polegający na leczeniu tak prostemi i naturalnemi środkami, nie jest nowy. Przeciwnie środki te znano już w starożytności. Pierwszą wzmiankę o leczniczem działaniu promieni słońca spotykamy w dziełach Herodota i jemu współczesnych. Herodot pierwszy spostrzegał różnicę spoistości czaszek Egipcjan i Persów. Kiedy mianowicie czaszki kościotrupów egipskich były »twarde jak kamienie', perskie dały się rozbijać bardzo łatwo. Herodot odnosi to do wzmacniającego wpływu promieni słońca, które, działając wprost na obnażone głowy Egipcjan, wzmacniały spoistość ich kości czaszkowych, gdy w przeciwieństwie Persowie, nosząc wysokie nakrycie głowy, byli pozbawieni tego dobroczynnego wpływu. Inna notatka z tych czasów podaje, że „dla ludzi, którzy potrzebują wzmocnienia lub odzyskania swych mięśni, słońce jest konieczne". Należy jednak „unikać promieni słonecznych w okolicach zasłoniętych od wiatru, gdyż tam działają zbyt silnie", „w zimie, na wiosnę i w jesieni promienie słoneczne powinny działać wprost na chorego; w lecie natomiast nie można tej metody stosować u osobników słabszych; w każdym jednak przypadku, kiedy ją stosujemy, głowa chorego powinna pozostawać w cieniu". Jak widzimy, niezgorsze wskazania przechowały się dla nas z owych czasów.

W starożytnym Rzymie stosowano leczenie słońcem na szeroką skalę i było ono cenione nie mniej od kąpieli wodnych. Czasy średniowieczne nie przekazały nam żadnych śladów stosowania leczenia słońcem. Dopiero epoka Rousseau'a, hasło »powrotu do natury«, jest i dla lecznictwa słońcem dniem triumfu. W roku 1774 pierwszy Faure ogłasza, że promienie słoneczne działają bardzo energicznie w leczeniu wrzodów podudzia, o ile siła ich dochodzi do 33 stopni R. W 2 lata później Peyer i Le Goucta uzyskali wyleczenie kilku przypadków nowotworów, działając na nie promieniami słońca, wzmocnionemi odpowiedniemi soczewkami. Rok

*) Rzecz wpłynęła do Redakcji z początkiem b. roku.

1815 jest przełomowym w lecznictwie promieniami słonecznemi, Francuz Cauvins i Niemiec Loebel ogłaszają swe monografje o leczniczem działaniu słońca, podając wskazania, przeciwwskazania i sposób ich stosowania. Poddanie jednak gruźlicy leczniczemu działaniu promieni słonecznych jest zasługą wyłącznie Francuzów, a wśród nich t. zw. szkoły Lyońskiej. Najpierw Bonnet w roku 1845, następnie Lebert w r. 1849, stosują i zalecają leczenie słońcem nietylko w gruźliczych schorzeniach stawów lub kości, ale także w celu poprawienia i wzmocnienia ogólnego stanu organizmu. Idąc śladem poprzedników, Olier, po nim Poncet, urządzają kąpiele słoneczne na galerji starego lyońskiego szpitala.

Usiłowania powyższe, stosowane coraz śmielej i szerzej, nie opierają się jednak dotąd na podkładzie naukowej teorji. Dopiero Duńczyk Finsen pierwszy zaczął badać skład i własności poszczególnych wiązek widma słońca i on dał nam naukowe podstawy leczenia słońcem. Finsen na podstawie swych doświadczeń wykazał, że niektóre wiązki promieni działają energiczniej i jak gdyby swoiście na pewne schorzenia. Dowiódł on, że na owrzodzenia ospowe działają leczniczo czerwone wiązki promieni, na wilka zaś wiązki ultrafioletowe. Po Finsenie cały szereg uczonych badał własności promieni słońca, głównie jednak chodziło im o siłę bakterjobójczą. Różnica między Finsenem a następcami polega na tem, że Finsen utrzymywał, że promienie słońca działają tylko powierzchownie, kiedy przeciwnie Malgot i Witmer udowodnili, że promienie słońca przepuszczone przez klatkę piersiową potrafią naświetlić podłożoną płytę fotograficzną.

Jak widzimy z powyższego, metoda lecznicza, zastosowana z bardzo dobremi wynikami w Szwajcarji, ma za sobą nietylko podstawy teoretyczne, nietylko doświadczenie praktyczne, ale ma swoją własną historję, sięgającą wieków starożytnych.

Przechodząc do naszych czasów i stosunków spróbujemy zastanowić się nad środkami, jakiemi w tym dziale lecznictwa dzisiaj rozporządzamy. Lecznictwo gruźlicy chirurgicznej, stosowane w obecnym stanie chirurgji, rozróżnia 2 drogi postępowania. Pierwsza, to kierunek czynny, polegający na stosowaniu radykalnych zabiegów chirurgicznych w celu usunięcia choroby. Drugi kierunek, zachowawczy, polega na wstrzykiwaniu różnych zawiesin i stosowaniu zabiegów ortopedycznych w połączeniu z koniecznemi drobnemi zabiegami chirurgicznemi. Do ostatniego kierunku należy również leczenie słońcem w połączeniu z powietrzem górskiem lub wodą morską.

Co do nas, na pierwszem miejscu stawiamy leczenie zachowawcze. Tylko w przypadkach zaniedbanych i groźnych dla życia chorego należy uciekać się do radykalnych zabiegów chirurgicznych. Metoda zachowawcza, jakiej jesteśmy zwolennikami, opiera się przedewszystkiem na leczeniu promieniami słońca. Kąpiele morskie lub powietrze górskie uważamy za bardzo cenne okoliczności towarzyszące, które muszą nam wzmocnić działanie naszego nizinnego słońca. W ten sposób zaznaczając nasze stanowisko, zastanowić się musimy, w jaki sposób uda się tę metodę wprowadzić w życie w Państwie Polskiem.

Hołdując lecznictwu słońcem nie twierdzimy, że słońce działa specyficznie na prątki gruźlicze; opierając się tylko na praktycznem doświadczeniu całego szeregu lekarzy sądzimy, że ten sposób leczenia daje nam najlepsze wyniki wobec gruźlicy.

O sanatorjach nadmorskich nie chcemy na razie mówić, ponieważ nasze wybrzeże morskie nie jest nam jeszcze dokładnie znane, ani klimat jego nie jest jeszcze zbadany. Z pobieżnego tylko wrażenia turystycznego obawiamy się, czy projektowanie już dziś całorocznie działających sanatorjów nie jest przedwczesne. Postępowanie takie bez dokładnego zbadania klimatu, a przedewszystkiem ilości i jakości wiatrów panujących na wybrzeżu, może nas narazić na ogromne bezcelowe koszta. Piękny gest Rady m. Warszawy, która dla upamiętnienia chwili odebrania wybrzeża polskiego, chce na Helu budować sanatorjum, uważam stanowczo za zbyt pochopny eksperyment, który z jednej strony może zawieść, z drugiej zniszczyć jako taki.

Na potrzebę zbudowania sanatorjum górskiego w Tatrach na wzór szwajcarski zwracałem uwagę jeszcze w r. 1914. Projekt ten, złączony z eksploatacją kamieniołomów tatrzańskich, miał przyczynić się do rentowności kolejki, którą wówczas chciano budować w tej okolicy Tatr. Niestety z wybuchem wojny sprawa upadła. Przeglądając piśmiennictwo lekarskie z ostatnich lat, znalazłem wzmiankę, że w r. 1913 na posiedzeniu wydziału lekarskiego Tow. Naukowego Poznańskiego Dr. Zielewicz, przedstawiając chorych, postawił w dyskusji wniosek zbudowania sanatorjum, na wzór Leysin, na świnicy. Dr. Szulczewski wyraził zapatrywanie, że więcej nadawałaby się ku temu okolica Morskiego Oka, która leży mniej więcej na tej samej wysokości nad poziomem morskim, co Leysin. Powyższy zbieg okoliczności, jak powstanie rok po roku niezależnie od siebie tej samej myśli, wskazuje na trzeźwość propozycji i odpowiedni moment działania. Dziś należy projekt ten przypomnieć i podkreślić że właśnie w Tatrach orawskich i spiskich znajdujemy najodpowiedniejsze warunki dla sanatorjów górskich. Zasłonięta od północy z otwartem południem okolica ta, pozbawiona wiatrów halnych, co tworzy idealne wprost warunki dla powyższego celu.

Pozostaje nam jeszcze inny środek leczniczy, stosowany na wielką skalę w innej postaci gruźlicy, mianowicie w gruźlicy systemu limfatycznego. Środkiem tym jest nasza solanka ciechocińska.

Leczenie gruźlicy chirurgicznej kąpielami słonemi jest znanym i często stosowanym środkiem leczniczym. Nic dziwnego, że już w r. 1875 zastosował go Dr. Stockmann, który pozostawił nam opis dwuch przypadków garbu, leczonych przez siebie solanką ciechocińską z wynikiem dodatnim (Gaz. Lek. Tom XVIII. Nr. 4). W następnych latach żaden z lekarzy ciechocińskich nie opisał przypadków gruźlicy chirurgicznej, leczonych wodami Ciechocinka. Że jednak leczono tam rozmaite gruźlicze schorzenia stawów, przekonałem się naocznie w r. 1918. Musiało to leczenie być skuteczne, skoro chorzy chętnie je stosowali. Niestety wskutek braku sprawozdań z praktyki ciechocińskiej pod tym względem nie możemy powołać się na żadne dowody z piśmiennictwa lekarskiego. Jeżeli jednak przejrzymy statystykę innych chorób, leczonych w Ciechocinku, jeżeli na miejscu sprawdzimy, jak silnie i jak skutecznie działa solanka we wszelkiego rodzaju naciekach przewlekłych, możemy nabrać prawie pewności, że i w gruźlicy chirurgicznej odda nam ona nieoszacowane usługi. Ażeby jednak solanka osiągnęła najwyższe natężenie swej siły, musi być stosowana w odpowiednich dla leczenia warunkach.

Dzisiejszy Ciechocinek posiada wiele wad, prócz tego wszyscy lekarze w swoich sprawozdaniach i pismach zastrzegają się, że dla osobników ze zmianami płucnemi pobyt w Ciechocinku jest zgubny. Niechciałbym dłużej rozwodzić się nad tem, dlaczego tak jest, podkreślę tylko, że głównym złem w Ciechocinku jest wilgoć gruntowa. Uzdrowisko dzisiejsze rozłożyło się na dnie starego koryta Wisły. Zbudowany przed niedawnym czasem wał chroni od zalewów wiosennych wiślanych, z drugiej jednak strony nie pozwala na odpływ do Wisły wód t. zw. Mazowieckich, które, spadając z wyżyny Raciążkowskiej, gromadzą się w obszarze zdrojowiska. Dość powiedzieć, że w niektórych miejscach, np. w parku zakładowym, można na wiosnę pływać łódkami, a większa część willi zalana jest do parteru wodą. Nic dziwnego, że w tak trudnym terenie ciężko myśleć o odwodnieniu i niemożliwe przeprowadzić odpowiednią kanalizację. Są to niektóre tylko braki tego zdrojowiska, których usunąć niepodobna.

Przystępując obecnie do budowy sanatorjum dla t. zw. gruźlicy chirurgicznej, należy wybrać teren tak, by rodzime nasze środki wyzyskać w jaknajwiększej mierze dla leczenia tej choroby. Środki te są następujące: słońce, powietrze zapewnienie dobrego odżywienia i dostateczne środki lekarskie jak solanka, rentgen, sztuczne słońce i wreszcie przyrządy chirurgiczno-ortopedyczne wszelkiego rodzaju. Kiedy w ten sposób rzecz przyjmiemy, to niedaleko Warszawy, np. w Otwocku, Świdrze, znajdziemy doskonałe warunki atmosferyczne;

żeby jednak dodać do nich i solankę naturalną, trzeba zakład umieścić w okolicy Ciechocinka. Tam należy wyszukać teren suchy, dostatecznie osłonięty od wiatrów i tam zbudować wzorowe sanatorjum dla gruźlicy chirurgicznej. Zbudowany na dalekich Kujawach, daleko od większych centrów zakład łatwiej i lepiej odżywi swych chorych, a dodana do leczenia chir.-ortopedycznego solanka, sprowadzona z Ciechocinka wodociągiem, pozwoli na wyzyskanie wszystkich środków rodzimych, jakiemi rozporządzamy w walce z gruźlicą.

Będzie to miało jeszcze jedną dodatnią stronę, na którą chciałem zwrócić uwagę, że leczenie chorych w powyższym zakładzie, będzie się odbywało w klimacie nizinnym, w którym oni żyją i do którego wrócą po wyleczeniu, nie zaś w klimacie, który z powodu swej łagodności lub rzadkości powietrza wprawdzie leczy, ale i (wydelikaca) mniej uodparnia chorych na panujące w nizinach stosunki atmosferyczne.

Na końcu jeszcze raz wracam do tego: szpitale nasze obecnie nie nadają się zupełnie do leczenia gruźlicy we wszystkich jej postaciach, bo nie posiadają ani budynków ani środków leczniczych po temu, dlatego sprawa jest nadzwyczaj poważna i bardzo pilna. Z powodu braku odpowiedniego leczenia setki i tysiące ludzi traci możność pracy, a następnie życie. Nie zaniedbujmy więc sprawy, z której będziemy zdawać rachunek przed potomnymi.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie.

Protokół 220 posiedzenia Wydziału z dnia 21 lipca 1922.

Związek lekarzy PP. donosi, iż zwracał się dwukrotnie do Dra Papéego we Lwowie w sprawie złączenia się organizacji lekarzy w Małopolsce i na Śląsku z ogólną organizacją, lecz dotychczas nic otrzymał odpowiedzi.

Powiatowa Kasa chorych w Tarnowie zawiadamia, że przywróciła do pełnienia obowiązków lekarskich Dra Joachima Frenkla. Stało się to dzięki usilnemu pośrednictwu Związku u głównych władz w stolicy.

Ministerjum Zdrowia publ. donosi, iż (na starania Związku) wszelkie konkursy na posady lekarzy będą ogłaszane przynajmniej w Polskiej Gazecie lekarskiej. Ministerjum to uwiadamia również, że poparło sprawę podniesienia taks sądowo-lekarskich w Ministerjum sprawiedliwości.

Dr. S. z Mielca uchwalono odpisać, że, chociaż Rząd podwyższył nieznacznie honorarja za leczenie funkcjonarjuszy państwowych, to jednak posad tych nie wolno nikomu z członków Związku przyjmować.

Dr. Żydłowicz odczytuje memorjał do Ministerjum zdrowia publicznego i do Wydziałów lekarskich w Krakowie, Lwowie i Warszawie w sprawie poddawania lekarzy, przybywających z Rosji z dyplomem rosyjskim pewnego rodzaju colloquium, okazało się bowiem, że zdarzają się sfałszowania dyplomów. Uchwalono memorjał ten wysłać i wydrukować ponadto w Polsk. Gazecie lekarskiej.

Dr. Grzybowski zdaje sprawę z pobytu w Sanoku w dniu 8 lipca br., gdzie, jako delegat, dokonał formalnego zawiązania Koła Związku. Koło sanockie obejmuje lekarzy powiatu dobromilskiego, brzozowskiego, liskiego i sanockiego. Po wyborze prezydjum (przewodniczący Koła D. Ramer Salomon, zastępca dyr. Dr. Pajączkowski Włodzimierz, sekretarz i skarbnik Dr. Domański Stanisław) uchwalono wstrzymać się od wykonywania czynności sądowych. Koło sanockie należy do najdzielniejszych i najlepiej zorganizowanych kół Związku.

Ostrzeżenie.

Towarzystwo Lekarzy Spółki Brackiej w Królewskiej Hucie natknęło się na trudności w rokowaniach tak dalece, że należy się liczyć w najbliższym czasie ze strejkiem lekarzy.

Wydział Związku przestrzega Członków przed wyjazdem do Królewskiej Huty i łamaniem koleżeńskiej łączności.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Żydłowicz*, wiceprezes.

Korespondencje.

Otrzymaliśmy list od dr. Fr. Lenarta z Chicago, w którym dr. Lenart podkreśla, że dostęp do polskiego piśmiennictwa lekarskiego jest nawet dla lekarzy Polaków w Ameryce nader trudny; sam autor listu od zwolnienia się z Armji polskiej (Hallera) i powrotu do Ameryki przez dwa lata różnemi drogami (nawet przez konsulat) nadaremnie starał się o czasopisma lekarskie polskie. Wina leży po stronie tych czasopism, a w związku z tem pisze dr. Lenart, co następuje:

»Polonja Amerykańska interesowała się i interesuje sprawami Polski, czego dała i daje namacalne dowody. Nie mniej też interesują się niemi lekarze pochodzenia polskiego, których jest spora liczba w całych Stanach Zjednoczonych, a przeszło 150 w samem tylko Chicago; interesują się niemi i Amerykanie w ogólności.

Polscy lekarze w Ameryce pragnęliby wiedzieć, co robią ich Koledzy w Polsce. Lekarze Amerykanie zainteresowaliby się tem także.

Wszyscy oni czytują co tydzień »Journal«, organ »American Medickal Association« gdzie, oprócz prac oryginalnych, znajdują przegląd literatury lekarskiej całego świata, korespondencje z różnych środowisk lekarskich Europy i Azji jak: Paryż, Londyn, Berlin, Tokio, itd., ale, co najważniejsze, znajdują także i korespondencje z Pragi oraz z Belgradu, a czasem nawet z Moskwy i Petersburga, ale jeszcze ani razu z Warszawy, Krakowa, Lwowa, czy Poznania.

Z Polski nikt tu nic ani nie widział, ani nie słyszał.

Polski świat lekarski dla świata lekarskiego w Ameryce dotychczas jeszcze nie istnieje, a jeśli istnieje, to tylko po kątach.

Dla świata lekarskiego w Ameryce prace pani Curie, prof. Święcickiego, prof. Godlewskiego i wielu innych idą na rachunek Francji lub Niemiec już nie tylko dlatego, że pomieszczane były w pismach zagranicznych, ile dlatego, że właśnie te zagraniczne pisma są streszczane w pismach tutejszych, a nic się nie słyszy o pismach polskich. Nic też dziwnego, że młodsza generacja lekarzy polskich nie potrafi objaśnić swoich kolegów Amerykanów o właściwym udziale Polaków w postępie nauk lekarskich, ale przeciwnie, twierdzi czasem, że Polska niema żadnych sił naukowych w medycynie.

Przekonanie to należy stanowczo zmienić i to jaknajrychlej, już nie tyle ze względu na to młodsze pokolenie, ile ze względu na obcych, których należy koniecznie uwiadomić o pracach polskich uczonych i zasługach położonych około postępu nauk medycznych.

Osiągnąć to można najlepiej przez Journal of American Medical Association, do którego należy stale wysyłać Polską Gazetę lekarską oraz korespondencje o ważniejszych wydarzeniach z zakresu lekarskiego w Polsce.

Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago poruszono sprawę reprezentacji świata lekarskiego polskiego wobec świata lekarskiego amerykańskiego, podobnie, jak dentyści z Polski mają swego reprezentanta w Chicago. Reprezentant taki miałby za zadanie informować świat lekarski w Ameryce o czynnościach świata lekarskiego w Polsce oraz zabierać głos przy różnych okolicznościach, jeżeliby tego zaszła potrzeba.

Rzecz tę uznało Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago nie tylko za wskazaną, ale nawet konieczną i poleciło gorąco Ministerstwu Zdrowia w Warszawie, proponując równocześnie, aby mnie wyznaczyć takim reprezentantem. Z tego mogłyby tylko wypłynąć daleko idące korzyści natury nietylko moralnej dla świata lekarskiego w Polsce, ale i natury politycznej dla całej Polski, korzyści, których dziś nie można należycie ocenić. Czy w tej sprawie już coś zrobiono, lub zdecydowano, dotychczas jeszcze nic mi nie wiadomo. Chciałbym jednakowoż wiedzieć, jakie zdanie ma o tej propozycji sama Redakcja Gazety lekarskiej.

W nadziei, że moje starania w tej i innych sprawach porozumienia nie pozostaną tym razem bez skutku, kreślę się z szacunkiem *Dr. F. Lenart* (1121. Milwaukee, ave. Chicago, Ill.)«

Uwagi dr. Lenarta są w zasadniczym punkcie niewątpliwie słuszne, a mianowicie dokładne i ciągłe informowanie nietylko Ameryki, ale wogóle zagranicy, o polskiej medycynie, o postępach polskiej nauki, o pracach w zakresie służby zdrowia publicznego i t. d. jest rzeczą konieczną. Niestety pod tym względem nic lub prawie nic się nie robi. W najbliższej nam n. p. prasie lekarskiej francuskiej poza dwoma, czy trzema artykułami informacyjnemi prof. Majewskiego i prof. Szumowskiego w »Presse médicale« i kilku publikacjami naukowemi nic się nie ukazało, a w kronikarskiej rubryce »Presse médicale« p. t. »A travers le monde«, z której ciągle korzystają Czesi, Rosjanie i t. p., niema żadnych wzmianek z Polski, chociaż sama redakcja tego czasopisma o to swego czasu prosiła. Prócz francuskiej i amerykańskiej należałoby pomyśleć o informowaniu także prasy angielskiej i włoskiej, nie mówiąc już o innych. Zadania tego najłatwiej podjąćby się mogło Ministerstwo zdrowia (referent prasowy), w którem z natury rzeczy skupiają się — lub skupiać powinny — wiadomości z całej Polski; gdyby ten sposób zawiódł, przypadłoby Towarzystwom lekarskim zadanie stworzenia takiego biura, informującego zagranicę.

Sprawa utworzenia »przedstawicielstwa lekarskiego w Ameryce nie jest natomiast tak prosta, aby ją można naprędce załatwić. Jej strona polityczna, niewątpliwie istniejąca, wymaga rozpatrzenia przez Rząd, przyczem opinja kompetentnych czynników lekarskich nie powinna być pominięta.

Redakcja.

Wiadomości bieżące.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXVII. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek 20. X 1922. w Poliklinice. 1. Pokazy: kol. Progulski: Zwężenie przełyku; kol. Domaszewicz: Kliniczne objawy schorzenia dróg pozapiramidowych. 2. Wykład: kol. Allerhand: O zakażeniu ustnem.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Nr. 42. 15. października 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. med. HENRYK HIGIER. Warszawa.

Z dziedziny djagnostyki i chirurgji rzadszych guzów kąta móżdżkowo-mostowego (*Chondromyxofibroma*).

Z oddziału chirurgicznego Szpit. Przem. Pańsk. Dra Zawadzkiego. (Według pokazu w Tow. Neurologicznem ze stycznia 1922).

Z licznego szeregu przypadków nowotworów kąta móżdżkowo-mostowego, jakie miałem możność spostrzegać i demonstrować w ciągu ostatnich 20 lat, opisuję poniższy, jako stanowiący w przebiegu swoim poniekąd wyjątek z reguły, bliżej wyjaśniony przez operację i badanie pośmiertne.

38 letni, dotychczas zdrowy, kupiec narzeka od pół roku na niepewność chodu. Żonę i dzieci ma zdrowe. Nigdy trunków nie nadużywał, kiły ani innych chorób nie przechodził. Stopniowo tracił słuch w lewem uchu i chód stał się niepewnym. Nigdy na bóle głowy, wymioty, zawroty i drgawki nie narzekał i do końca życia ich nie miał. Do szpitala przybył 25-go kwietnia 1921 r. (N. 553 Księgi Głównej).

Budowa ciała delikatna. Narządy wewnętrzne są prawidłowe. Tętno miarowe, 80 na minutę, ciepłota 36·5 c. Bolesności i zniekształcenia czaszki niema, odgłos opukowy czaszki wszędzie jednakowo tępy. Ruchy głowy wolne. W pozycji stojącej trudno choremu bez oparcia wykręcić głowę, aby nie wywołać zaburzenia w równowadze ciała. Oczopląs obrotowy i poziomy obu oczu we wszystkich kierunkach. Źrenice równe, oddziaływują żywo na światło i przystosowanie. Wzrok prawidłowy. Dno oka oraz pole widzenia nie zmienione. Lekki niedowład lewego nerwu twarzowego we wszystkich gałązkach z osłabieniem pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwu. Ruchy języka i szczęki, mowa i łykanie nie zmienione. Uczucie drętwienia lewej połowy ciała, szczególnie wybitne w twarzy i dziąsłach. Uczucie dotykowe i bólowe błon śluzowych jamy ustnej i języka po stronie lewej nieco jest osłabione. Smak na lewej połowie języka zniesiony.

Brak odruchu z lewej łącznicy i rogówki. Słuch lewego ucha zniesiony w przewodnictwie powietrznem i kostnem. Niedowład odwodzącego nerwu gałki lewej z dwojeniem odpowiedniem. Żadnych zmian widocznych ucha wewnętrznego. Ruchy kończyn oraz gruba ich siła zachowane, atoli niezgrabne, powolne i bezładne. Ataksja i adiadochokineza kończyn lewych. Chód ataktyczny, o typie móżdżkowym, bez zataczania się stale w jednym kierunku. Odruchy ścięgnowe i okostne są niezmienione. Odruchy brzuszne i jądrowe obustronnie zniesione. Radiogram czaszki, w 2-ch kierunkach zdjęty, nie daje żadnych zmian ani w siodle tureckiem, ani w wyciskach palczastych (*impresiones digitatae*).

Mocz bez białka i cukru. Krew i płyn mózgowo-rdzeniowy nie dają odczynu Wassermanna.

Kilkomiesięczna obserwacja nie wykazała żadnego postępu. Leczenie swoiste zdawało się na początku działać pomyślnie na bezład i drętwienie twarzy.

Rozpoznanie i umiejscowienie cierpienia nie przedstawiały poważnych trudności i skłaniały do interwencji chirurgicznej. Miało się bowiem do czynienia z chorobą mózgu, stopniowo postępującą, której początek zauważył chory przed pół rokiem. Choroba zdążyła wywołać poważne spustoszenia: głuchotę lewego ucha, bezład ogólny tułowia z zataczaniem się, ataksję wybitną lewej połowy ciała i adiadochokinezę, drętwienie i osłabienie czucia lewej połowy ciała, zwłaszcza twarzy, brak odruchu z rogówki, dwojenie, oczopląs poziomy i obrotowy, niedowład lewego nerwu twarzowego z obniżeniem pobudliwości elektrycznej i zniesienie smaku w połowie języka.

Takie elektywne zajęcie nerwów 5, 6, 7 i 8-go z jednej strony świadczy odrazu o zajęciu środkowej jamy czaszkowej tejże strony, a postępujący rozwój sprawy chorobowej o procesie nowotworowym. Chodziło o ściślejsze określenie natury cierpienia i siedliska oraz wskazań do operacji. Brak w wywiadach kiły, a w płynie mózgowo-rdzeniowym i we krwi odczynu Wassermanna oraz zdrowe rodzeństwo pozwalały wykluczyć kilak, mimo krótkotrwałej poprawy w toku leczenia swoistego.

Mało też prawdopodobną była sprawa gruźlicza ograniczona. Uderzał przez cały czas choroby brak objawów ogólno uciskowych, brak bólu głowy i zawrotów, wymiotów, tarczy zastoinowej i zaburzenia wzroku. Wszystko to, obok ujemnych wyników radiografji czaszki i względnie stacjonarnego stanu choroby przez kilka miesięcy obserwacji szpitalnej, dało pochop do przypuszczenia, iż guz jest nieduży, dobrotliwy, najprawdopodobniej włókniak, lub torbiel, tembardziej że objawy kliniczne zmuszały do umiejscowienia guza w lewym kącie móżdżkowo-mostowym, mieszczącym powyżej wspomniane 4 nerwy czaszkowe. W tym to kącie, jak doświadczenie kliniczne nas poucza, t. zw. guzy nerwu słuchowego (*Acusticustumoren*), mające za punkt wyjścia otoczkę łącznotkankową nerwu słuchowego, należą do rzeczy częstych, jak również, acz o wiele rzadziej, torbiele okolicy uchyłka słuchowo-móżdżkowego (*recessus acustic cerebellaris*), zarówno torbiele samoistne, stanowiące poniekąd uchyłki wrodzone komory czyli wodozbioru bocznego (*Cystis arachnoidalis lateralis pontis*), jak torbiele zapalne, znane jako zapalenie pajęczynowo-zlepne ograniczone albo surowicze (*Arachnitis cystica*).

Sprawa nowotworowa w samym móżdżku była mniej prawdopodobną wskutek braku zmian na dnie oka, w samym moście zaś — z powodu braku zaburzeń porażennych i rzekomo opuszkowych obustronnych.

Po kilkomiesięcznem spostrzeganiu przystąpiono do operacji dwuokresowej, dokonanej przez kol. Zawadzkiego metodą Krause'go z otwarciem tylnej jamy czaszkowej w znieczuleniu miejscowem. Pierwszą operację chory wytrzymał dobrze, drugiej, dokonanej w tydzień później, wyczerpany chory nie przeżył długo, kończąc życie w stanie drgawkowym w kilka godzin po zabiegu.

Autopsja potwierdziła w zupełności rozpoznanie i umiejscowienie guza w lewym kącie móżdżkowo-mostowym. Okazał się on atoli znacznie większych rozmiarów, niż przypuszczano za życia, sądząc z braku objawów ogólnych. Guz wychodził z pochwy nerwu słuchowego i rósł w kierunku ku tyłowi aż do *foramen jugulare*, był miękki, konsystencji i wyglądu śluzowatego, poniekąd w budowie oddzielnych gron, lekko otorbiony, wielkości małego jaja kurzego; 3-cia i 4-ta komory były znacznie rozszerzone, na dnie 4-ej komory był wylew krwawy, który prawdopodobnie wywołał zejście śmiertelne.

Badanie nowotworu, dokonane łaskawie przez prof. Skubiszewskiego, wykazało, co następuje. Spoistość guza niejednakowa, konsystencja bardzo miękka, utkanie różnorodne, miejscami jednolite o powierzchni gładkiej szklistej, tu i ówdzie pasemkowate, zabarwienie miejscami brunatne lub śnieżnobiałe, guz łatwo kruszący się pod wpływem ucisku.

Przy badaniu mikroskopowem występuje na pierwszy plan tkanka jednolita, w której zanurzone są komórki okrągłe i pęcherzykowate, umieszczone w przestrzeniach o wyraźnej otoczce, dokoła której widać obramowanie, składające się z drobnych ziarenek. Są to ziarenka złogów wapiennych. Komórki ogromnie przypominają komórki roślinne, a z nowotworów są podobne do komórek chrząstniaka, t. j. nowotworu pochodzenia zarodkowego, przyczem leżącego w masie szklistej, spotykanej zazwyczaj w chrząstce.

Wśród tej masy jednolitej, w pewnych miejscach nader delikatnej i pasemkowatej, są rozsiane komórki gwiaździste, różnej wielkości, z długiemi i krótkiemi wypustkami (komórki śluzakowe).

Trzecie z kolei ogniska cechują się tem, że budowa szklista przechodzi w wyraźnie pasemkowatą, w której biegną naczynia o charakterze naczyń włosowatych, komórki tych ognisk są długie, wrzecionowate, wąskie i spłaszczone. Budowa więc nowotworu w tych miejscach ma charakter tkanki łącznej zarodkowej.

Jest to więc nowotwór, który powstał na skutek jakiegoś zboczenia rozwojowego, nowotwór złożony, mesenchymalny, powstały z jednego ciałka zarodkowego (*Chondro-myxo-fibroma congenitale*), prawdopodobnie ze środkowego listka zarodkowego.

Guzy te noszą, jak wiadomo, ogólną nazwę guzów kąta móżdżkowo-mostowego (Henneberg), lub zaułka (Klarfeld), nazwę nb. czysto topograficzną, która nie przesądza bynajmniej ich charakteru, a zwłaszcza pochodzenia. Prawdą jest, że większość, lecz nie wszystkie nowotwory zaułka i części przyległych mózgowia, pochodzą embrjologicznie (Orzechowski) z przyśrodkowej ściany uchyłka bocznego (*recessus lateralis*), z t. zw. wtórnego wałka jamy czworobocznej, między tyło- a rdzenio-mózgowiem położonej. Nowotwory nerwu słuchowego nie zawsze są w ścisłej z nim łączności, często są one jedynie luźno spojone z jego pochwą lub szypułkowato na torebce jego usadowione. Sternberg nawet statystycznie na materjale z 26 guzów odnośnych do-

wiódł, że jedynie 16% miało organiczny związek z n. słuchowym. Możliwe jest, że guz u naszego chorego, jako potworność wrodzona, w swej budowie histologicznej rzadka, istniał długie lata, nie dając żadnych objawów klinicznych.

Przypadek nasz różnił się od guzów tylnej jamy czaszkowej, do których należy pod względem klinicznym, zasadniczo tem, że brakło w nim 3-ch głównych cech, prawie stale spotykanych: uporczywych bólów głowy z wymiotami, tarczy zastoinowej z osłabieniem wzroku i stałych zawrotów głowy. Nie dominowały też w obrazie, jak to bywa często, napady o typie Ménière'a, o typie bolesnych przykurczeń wyprostnych lub o typie omdlewań. Co prawda, zespół objawów miejscowych zupełnie wystarczał do rozpoznania i zlokalizowania guza, chociaż przyznać należy, że naogół chirurga mało obchodzi rozpoznanie różniczkowe między guzem samego móżdżka a guzem kąta móżdżkowo-mostowego, gdyż metoda operacyjna nie wiele się różni w obu przypadkach. Dla neurologa przemawiają *caeteris paribus* na korzyść kąta te okoliczności, że mimo wczesnej tarczy zastoinowej bóle głowy i wymioty są słabo wyrażone, że obok wybitnego zajęcia nerwu słuchowego cierpi nierzadko nerw trójdzielny i że przez ucisk na most są czasem zaznaczone przeciwległe objawy piramidowe. W naszym przypadku dane powyższe ułatwiły rozpoznanie i umożliwiły chirurgowi interwencję, co bywa rzadko, przed wystąpieniem objawów ogólnych.

Jeśli mam słówko powiedzieć o wynikach operacyjnych wogóle, to są one, sądząc z mojego materjału z ostatnich lat kilkunastu, bardzo mało zachęcające. Większość chorych umierała w dniu operacyjnym, jedynie dwoje dzieci wyzdrowiały zupełnie. I opisany wyżej chory, który wytrzymał ciężki pierwszy okres operacyjny pod znieczuleniem miejscowem, przeżył drugi okres tylko o kilka godzin i, jak wykazała autopsja, znalazł się wylew krwawy na dnie 4-ej komory. Ponura statystyka osobista jest tem smutniejsza, że wszystkie — z jedynym wyjątkiem — rozpoznania były wczesne i ścisłe, a operacja stale potwierdzała słuszność rozpoznania i wskazania do zabiegu, nawet gdy był dokonany przed wystąpieniem objawów uciskowych, jedynie decydujących o obecności nowotworu. Wiem, że są u nas szczęśliwsi, którzy mieli po kilka przypadków z pomyślnem zejściem, wprawdzie guzów otorbionych, ściśle odgraniczonych, nie dużych i doszczętnie usuwalnych.

Czego nas poucza statystyka klinik zagranicznych, które rozporządzają większym materjałem?

Według Marburga i Ranziego, którzy opracowali materjał mózgowy z kliniki wiedeńskiej Eiselsberga za ostatnie dwudziestolecie, na 27 chorych operowanych z powodu t. zw. *Acusticustumor* czyli guza móżdżkowo-mostowego, tylko 6-iu przeżyło zabieg.

Statystyka Leischnera 44-ch przypadków z piśmiennictwa wymienia 15-tu operacyjnie wyleczonych. Tooth wspomina o 24-ch operowanych, z których 7-miu przeżyło zabieg. Cabanis mówi o 6-iu operowanych, którzy przeżyli zabieg operacyjny lat kilka. Borchard na 7-miu operowanych wyleczył 4-ch. Bliżej mi nieznana ogromna statystystyka amerykańska Cushinga przytacza jeszcze lepsze wyniki.

Osobiście mam wrażenie, że 1) należy chorego umiejętnie układać do operacji, albo na brzuchu, albo też w pozycji stojącej, względnie siedzącej, z mocno przechyloną ku przodowi głową, 2) że pierwszeństwo należałoby dać dawnej metodzie tylnej Krause-Cushinga (obustronne otwieranie opony twardej nad móżdżkiem) przed metodą boczną Borchardta (usunięcie kości skalistej), anatomicznie racjonalniejszą i 3) że w celu uniknięcia traumatyzacji opuszki zadowalniać się należy częściowem wyłuszczeniem, jeśli guz jest zbyt duży, lub trudno dostępny. Przyczyną śmierci jest zazwyczaj wstrząs, obfite krwawienie i ucisk na leżący w pobliżu nerw błędny i jego jądra. Śmiertelne porażenie oddechowe występuje często podczas operacji, rzadko w kilka lub w kilkanaście godzin po operacji. Jak dalece bliskość opuszki wpływa na wynik zabiegu, dowodzi okoliczność, że operacja guzów przysadki mózgu (*hypophysis*) dała w klinice wiedeńskiej śmiertelność 20%, podczas gdy guzów kąta móżdżkowego wynosiła około 80%, mimo że i tu nie brakło chorych z poprawą 4, 5, 10 i 11-to letnią.

Sprawa wyżej poruszona jest ważna nie tylko z punktu widzenia teoretycznego, gdyż, według Cushinga, rozporządzającego największym odnośnym materjałem klinicznym, częstość guzów kątowych wynosi 7·3% wszystkich mózgowych, a 25% guzów tylnej jamy czaszkowej.

Bliższe szczegóły, dotyczące tej kwestji, znajdzie czytelnik w mojej pracy, ogłoszonej z tegoż oddziału chirurgicznego w 1913 roku w Gazecie Lekarskiej pod tytułem: »Śródbłoniak-piaszczak (*Endohelioma psammosum*) na dnie III-ej komory i torbiel międzyszypułkowa (*Cystis interpeduncularis*) na podstawie mózgu, naśladujące nowotwór kąta móżdżkowo-mostowego. Zabieg operacyjny«.

Doc. Dr. TADEUSZ OSTROWSKI. Lwów.

W sprawie podwiązywania tętnicy szyjnej wspólnej (*art. carotis communis*) i jej pni głównych.

Z oddziału chirurgicznego dla dzieci Szpitala państwowego we Lwowie. (Prymarjusz Doc. Dr. T. Ostrowski).

Bezwzględnem wskazaniem do podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej bywają jej uszkodzenia urazowe, grożące bezzwłocznem skrwawieniem się na zewnątrz, czy też na wewnątrz, a więc rany cięte, kłóte, postrzałowe itp. Wskazania te spotykamy jednak na stole operacyjnym nie często, nawet statystyki z ostatniej wielkiej wojny światowej nie przynoszą nam zbyt wielkich ilości takich przypadków, n. p. Rehn w r. 1915, na Zjeździe chirurgów niemieckich w Brukseli, omawiał tę sprawę i pośród 201 przypadków, w których z powodu rany postrzałowej wielkiego pnia tętniczego wykonano jego podwiązanie bezpośrednio po zranieniu, nie przytacza ani jednego przypadku podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej. Słusznie też zauważył wówczas Küttner, że zjawisko to tłómaczyć należy tem, że większość tego rodzaju rannych z uszkodzoną tętnicą szyjną wspólną ginie na miejscu zranienia z powodu skrwawienia się lub też zaduszenia, przy krwotoku wewnętrznym. Analogicznie na tą sprawę zapatrują się Haberer, Guleke, Goldammer i inni.

Daleko częściej wykonywano podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej w następstwie jej uszkodzenia, jednak nie bezpośrednio po wypadku, ale w okresach późniejszych, gdzie następowo wytworzyły się tętniaki urazowe.

Lenormant w r. 1921 przytacza 65 przypadków, gdzie z powodu tętniaka urazowego (po postrzale) w zakresie tętnicy szyjnej wspólnej wykonano podwiązania tej tętnicy, przyczem śmiertelność pooperacyjna wynosiła 20%, z tego znaczna część śmiertelnych przypadków wykazywała zaburzenia mózgowe, które wystąpiły po podwiązaniu tętnicy na ogół w 15.9%. Do omówienia tej sprawy wrócę jeszcze.

Trzecią wreszcie grupę przypadków, w których zachodzi wskazanie do podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej, stanowią te przypadki, w których mamy do czynienia z nowotworami złośliwemi w zakresie krążenia tętnicy szyjnej wspólnej; nowotwory te mogą być bądźto bezpośrednio zrośnięte ze ścianą tętnicy wspólnej, bądź też mogą być tak bogato unaczynione przez gałęzie tej tętnicy, że dla zatamowania krwawienia przy ich operacyjnem wyłuszczaniu, w specjalnych warunkach, może zajść potrzeba podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej; do tejże grupy zaliczyć można przypadki krwotoku, spowodowanego przez naddarcie tętnicy przez bujający nowotwór lub sprawę ropną, toczącą się w obrębie krążenia tętnicy szyjnej wspólnej.

Niedawno operowałem przypadek, dający się zaliczyć do tej trzeciej grupy, w którym przed wyłuszczeniem nowotworu złośliwego czaszki wykonałem zapobiegawczo podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej z wynikiem pomyślnym. Ponieważ takie przypadki należą naogół do rzadkości, a sam zabieg podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej wymaga uzasadnienia, podaję go do wiadomości ogólnej.

Zgłosiła się do Szpitala Powszechnego, na oddział chirurgiczny dla dzieci, matka z córeczką K. Z., lat 2 licząca, podając

że od pół roku rośnie dziecku guz na głowie w okolicy skroniowej prawej. W wywiadach nie podała niczego, co by mogło stać w związku przyczynowym ze zjawieniem się tego guza. Stwierdziłem wówczas u dziecka, na swój wiek prawidłowo rozwiniętego i miernie odżywionego, na głowie po stronie prawej guz wielkości 2 dużych pięści dorosłego mężczyzny, zajmujący całą powierzchnię skroniową, przechodzący ku przodowi na brzeg oczodołu prawego, którego zarysy kostne były rozszerzone na zewnątrz i wciągnięte w obręb guza; ku tyłowi guz sięgał poza linję tylnego brzegu małżowiny usznej, która była na swej podstawie uniesiona; w dół guz sięgał poniżej łuku jarzmowego prawego, którego wyczuć nie można było — cała ta okolica była wypełniona utkaniem guza. Guz ten miał postać kulistą, powierzchnię gładką, jednolitą, skóra nad nim napięta, lśniąca, z siecią licznych porozszerzanych żył. Przy dotyku guz przedstawiał spoistość elastyczną, skóra nad nim dawała się nieco przesunąć; na podstawie guz był zupełnie nieruchomy, spojony z kośćmi czaszki. Tętnienia guz nie wykazywał, przy krzyku dziecka lekko się powiększał; przy nakłuciu próbnem otrzymałem z łatwością czystą krew. Badanie rentgenologiczne wykazało, że guz wychodzi z kości czaszki, powodując ubytek w czaszce wielkości 2 koronówki srebrnej; brzegi kostne dookoła ubytku były nieprawidłowe, zgrubiałe, wyrostkami swemi wchodziły w głąb utkania guza, które na zdjęciu rentgenowskiem przedstawiało się niejednolicie, wykazując miejsca o większem i mniejszem zacienieniu. Zniszczenie struktury stwierdzić można było w obrębie kości skroniowej, klinowej na jej powierzchni skroniowej, dalej łuk jarzmowy zniszczony był prawie w zupełności, a wyrostek czołowo-klinowy (*fronto-sphenoidalis*) kości jarzmowej, ograniczający od zewnątrz oczodół, przedstawiał nadżerki i rozdęcia, świadczące o wrastaniu w jego utkanie bujającego nowotworu. Badanie oka (prof. Dr. Bednarski) i ucha zmian nie wykazało; stwierdzono nieznaczne ograniczenie ruchów żuchwy, zależne od rozciągnięcia nadmiernego ponad guzem mięśnia skroniowego jakoteż od bujania nowotworu poniżej łuku jarzmowego w kierunku stawu żuchwowego i m. żwacza. Badanie jamy ustnej, nosa, jamy nosowo-połykowej zmian nie wykazało. W narządach wewnętrznych zmian nie stwierdzono. Tętno 84. Temp. prawidłowa. 19. IV 1921. w uśpieniu eterowem wykonałem podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej sposobem typowym, poczem wyłuszczyłem guz. Cięciem eliptycznem, którego górny początek sięgał linji skroniowej górnej mniej więcej w linji szwu wieńcowego, dolny zaś sięgał poniżej linji łuku jarzmowego, wycięto z największej wypukłości guza płat skórny owalny, poczem odsłonięto guz, siedzący szeroką podstawą na kościach czaszki w okolicy ciemiączka klinowego, przechodząc na otaczające je kości, a więc kości skroniową, klinową, ciemieniową; po oddzieleniu nożem resekcyjnym i skrobaczką guza od jego podstawy, odsłonięto kości: czaszki wyżej wspomniane; wobec stwierdzonych w nich zmian nowotworowych wycięto je kleszczami kostnemi Luera aż po za granice zdrowe, przyczem odsłonięto oponę twardą na przestrzeni wielkości srebrnej pięciokoronówki; opona wykazywała wyraźne tętnienie, a stwierdzone w niej zagłębienie, zależne od wpuklania się guza w kierunku do jamy czaszkowej, po usunięciu guza wyrównało się. W czasie całego zabiegu krwawienie było bardzo nieznaczne, jakkolwiek sieć naczyń krwionośnych, wrastających z otoczenia w utkanie guza była bardzo obfita. Po zeszyciu, rozszczepionego wzdłuż przebiegu włókien, mięśnia skroniowego, skórę zaszyto w zupełności, pozostawiając w dolnym kącie rany sączek. Przebieg pooperacyjny był zupełnie prawidłowy. Zaburzeń ze strony układu nerwowego nie stwierdzono po operacji żadnych. Badanie mikroskopowe (Zakład Anatomji Patol., Prof. Dr. Nowicki) wykazało utkanie nowotworu mieszanego (*Angio-fibro-chondro-osteosarcoma*).

Jak z przytoczonego opisu choroby widać, mieliśmy tu do czynienia z mięsakiem, wychodzącym z kości czaszki, który wrastał częściowo w kierunku do czaszki, głównie zaś na zewnątrz, rozrastając się na szerokiej podstawie kości czaszki w okolicy, odpowiadającej ciemiączku klinowemu, a więc w okolicy jamy skroniowej (*fossa temporolis*). Ze względu na to umiejscowienie guza w okolicy bardzo bogato unaczynionej, a także ze względu na charakter budowy histologicznej guza, który przy badaniu wykazywał cechy nowotworu bogato unaczynionego (powiększanie się guza przy krzyku dziecka, znaczna ilość krwi uzyskiwanej przy nakłuciu próbnem), należało obawiać się znacznego krwotoku przy operacji i z tego powodu zastosowałem podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej, chcąc zapobiedz krwawieniu z zakresu tętnicy szyjnej zewnętrznej, a także z zakresu tętnicy szyjnej wewnętrznej, wobec stwierdzonego wrastania nowotworu do jamy czaszkowej. Wynik zabiegu był bardzo dobry: krwawienie w czasie operacji było bardzo nieznaczne i pomimo podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej nie było żadnych zaburzeń mózgowych. Zdawaćby się mogło, że wynik ten mógłby dostatecznie usprawiedliwiać zasadę stosowania zapobiegawczego podwiązywania tętnicy szyjnej wspólnej; tak jednak nie jest, o czem przekonać się możemy, przeglądając statystyki oparte na liczniejszym materjale. Streszczając się, można powiedzieć, że podwiązanie tętnicy szyjnej wspólnej, jako zabieg wstępny przed wyłuszczaniem nowotworów, usadowionych w obrębie krążenia rozgałęzień tej tętnicy, nie jest dla chorego obojętne, przeciwnie może zagrażać życiu i może być tylko wyjątkowo stosowane przy uwzględnieniu specjalnych warunków.

Pierwszą wzmiankę o zapobiegawczem podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej spotykamy w pracy Adelmanna z r. 1844, który ten zabieg wykonał, jako wstęp do wypiłowania szczęki górnej, następnie zalecali go Reyher, Weljaminow i inni. Madelung w swej pracy doświadczalnej z r. 1874 wykazał niebezpieczeństwo tego zabiegu, opisując wypadek skrwawienia się następowego po wytworzeniu się krążenia okolnego, a także, omawiając sprawę zaczopowania naczyń mózgowych w następstwie powstających zakrzepów w podwiązanej tętnicy szyjnej wspólnej; na podstawie tych spostrzeżeń zalecił Madelung w odpowiednich przypadkach podwiązywanie tętnicy szyjnej zewnętrznej. Pomimo tego, Lesser w r. 1882 zaleca ten zabieg ponownie, jako pewniej zapobiegający krwotokowi, aniżeli podwiązanie tętnicy szyjnej zewnętrznej. Zestawienia Piltza, Subbotischa, Zimmermanna, Leforta i innych wykazują dobitnie niebezpieczeństwo podwiązywania tętnicy szyjnej wspólnej, a to ze względu na zaburzenia, występujące po tym zabiegu ze strony centralnego układu nerwowego. Zaburzenia te mogą występować w rozmaitem nasileniu: najsłabsze pod postacią bolu głowy, zawrotów głowy, upośledzenia słuchu, zwężenia źrenicy, zaburzeń w połykaniu i oddychaniu, zmian w czuciu, dalej, cięższe postacie jako porażenia połowiczne, dające nieraz poprawę, wreszcie najcięższe zaburzenia, pod postacią czerwonego lub żółtego rozmiękczenia mózgu, powodującego zejście śmiertelne według Brauna w 33% przypadków podwiązania tętnicy. Sprawa przyczyny tych zaburzeń była i jest przedmiotem wielu rozpraw i na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich była też rozstrząsana; istnieje szereg tłumaczeń. Jedni, jak Piltz, Guinard, Kocher, Moszkowicz, uzależniają te zaburzenia mózgowe od niedostatecznego krążenia ubocznego. De Fourmestraux uzależnia je od powstawania zakrzepów w rozgałęzieniach tętnicy podwiązanej na tle zakażenia, czemu Hartmann przeciwstawia swoje spostrzeżenia, gdzie porażenie połowiczne wystąpiło przy idealnie bezgnilnym przebiegu sprawy; podobnie wnioskuje Bäumler Fowler widzi przyczynę nie w samem podwiązaniu tętnicy, ale w uszkodzeniu nerwu błędnego, współczulnego lub też żyły jarzmowej. Zimmermann i Perthes tłomaczą powstawanie zaburzeń mózgowych mniej brakiem wyrównania krążenia okolnego, głównie zaś tworzeniem się zatorów w mózgu na tle zakrzepów w miejscu podwiązania, wobec uszkodzenia błony wewnętrznej naczynia. Zgadza się to naogół ze spostrzeżeniami klinicznemi, gdzie szczególnie ciężkie zaburzenia spostrzegamy u osób starszych z miażdżycą, przy której podwiązanie tętnicy szyjnej łatwo może dać znaczne uszkodzenie błony wewnętrznej tętnicy, a co dalej idzie, powstanie zakrzepu i zatoru tętnic mózgowych. Znany jest jednak fakt, że u 3-letniego chłopca wystąpiło porażenie połowiczne, co prawda, przemijające (Friedrich). Na ogół przeważa zdanie, że nie brak wyrównania krążenia okólnego, ale stan naczyń krwionośnych i zależna od tego zdolność powstawania zakrzepów odgrywa decydującą rolę w tej sprawie. Mianowicie spostrzeżenia, jakoby w wypadkach tych, gdzie podwiązanie tętnicy wykonano po pewnym okresie przygotowawczym, gdzie guz nowotworowy pomału zaciskał światło naczynia, lub też, gdzie celowo stosowano ucisk stopniowy z zewnątrz (Smoler, Quenu, Marquis), podwiązanie definitywne tętnicy szyjnej nie miało powodować zaburzeń mózgowych, okazały się nie ścisłemi. Wieck, a głównie Lenormant przeprowadził na licznym materjale własnym i danych z piśmiennictwa porównanie co do częstości występowania zaburzeń mózgowych w przypadkach, gdzie podwiązanie tętnicy szyjnej wykonano po pewnym okresie przygo-

towawczym, z przypadkami, gdzie zabieg wykonywano doraźnie. Okazało się, że różnicy pod tym względem niema; pomimo tego, że celowo dążono do uzyskania krążenia okolnego przed podwiązaniem ostatecznem tętnicy, zabieg ten równie często powodował zaburzenia mózgowe, jak i bez tych czynności przygotowawczych. Praktycznie rzecz biorąc, osobniki młode, bez zmian miażdżycowych są mniej narażone na niebezpieczeństwo po omawianym zabiegu, aniżeli osoby starsze, u których przy istniejących zmianach miażdżycowych, podwiązanie tętnicy wywołuje uszkodzenie błony wewnętrznej naczynia, wraz z powstającym w następstwie tego zakrzepem i zatorem naczyń mózgowych.

Wobec powyżej przytoczonego niebezpieczeństwa, grożącego przy podwiązaniu tętnicy szyjnej wspólnej, zaleca wielu operatorów podwiązywanie w odnośnych wypadkach tętnicy szyjnej zewnętrznej (Schlatter, Rehn, Kocher, König jr., Quenu). Jednak materjał statystyczny tych autorów nie daje zbyt zachęcających rezultatów; po pierwsze, zabieg ten, jak i omawiany poprzednio, może nie dać pożądanego wyniku i nieraz trzeba było po podwiązaniu tętnicy zewnętrznej dodać podwiązanie tętnicy wspólnej (Schlatter, Smoler); po drugie, zabieg ten może być równie niebezpieczny i powodować zaburzenia mózgowe (Pozzi, Dubreuil, Gallandet). Wieting opisał przypadek podwiązania tętnicy szyjnej zewnętrznej, który zakończył się śmiertelnie. Sekcja wykazała zator w mózgu, w podwiązanej tętnicy szyjnej zewnętrznej skrzep, który sięgał od miejsca podwiązania aż do tętnicy szyjnej wspólnej i do tętnicy szyjnej wewnętrznej; uszkodzenie błony wewnętrznej na miejscu podwiązania spowodowało wytworzenie się tak rozległego skrzepu, który, odrywając się z miejsca swego powstania, spowodował zaczopowanie tętnic mózgowych z zejściem śmiertelnem. Zalecane przez Königa i Sattlera podwiązywanie tętnicy szyjnej zewnętrznej w pewnej odległości od miejsca podziału tętnicy szyjnej (pomiędzy *art. thyreoid. sup.* i *art. lingualis*) nie daje też gwarancji co do omawianego powikłania. Widzimy z powyższych wywodów, że korzyści po omawianym zabiegu są bardzo wątpliwe, niebezpieczeństwa aż nazbyt wyraźne. Niektórzy autorzy stają w obronie tego zabiegu, dowodząc w ten sposób, że, dążąc do podwiązania tętnicy szyjnej zewnętrznej przed wyłuszczeniem nowotworów złośliwych czaszki lub szczęki górnej, odsłaniamy leżące w sąsiedztwie tego naczynia gruczoły chłonne i, w razie stwierdzenia ich powiększenia, czy też podejrzenia co do obecności w nich przerzutów nowotworowych, możemy je usunąć i tem samem nadać operacji wyłuszczenia nowotworu cech zabiegu doszczętnego. Opierając się jednak na doświadczeniu klinicznem, zaznaczyć tu wypada, że nowotwory złośliwe, czy to czaszki czy to szczęki górnej, najczęściej wpierw przyjmują cechy guzów nienadających się do operacji ze względu na ich wzrost i warunki miejscowe, a dopiero w okresach najpóźniejszych dają przerzuty do sąsiednich gruczołów chłonnych. Dodam tu jeszcze, że odsłanianie okolicy tętnicy szyjnej zewnętrznej w celu poszukiwania za gruczołami chłonnemi może być zabiegiem dla chorego nie obojętnym, zwłaszcza w przypadkach nowotworu szczęki górnej. Nie mówiąc o tem, że najczęściej, w myśl wyżej wspomnianego, nie znajdziemy tam przerzutów nowotworowych, szczególnie dla chorych z wypiłowaną szczęką górną, a więc z uszkodzonym przez operację tą aparatem nosopołykowym, dodatkowe uszkodzenie okolicy dna jamy ustnej i szyi, przez odsłanianie okolicy tętnicy szyjnej nie może mieć bezpośrednio dodatniego wpływu. Chory po wypiłowaniu szczęki górnej, z uszkodzonem podniebieniem miękkiem, nieprawidłowo połyka, przy kaszlu zakrztusza się; jeżeli dodamy do tych zaburzeń nowe, zależne od uszkodzenia dna jamy ustnej i okolicy tchawicy w sąsiedztwie tętnicy szyjnej zewnętrznej, warunki rekonwalescencji pogorszą się, wiemy bowiem dobrze, jaką rolę w etjologji powikłań pooperacyjnych po wypiłowaniu szczęki górnej odgrywają zaburzenia w połykaniu, odkaszliwaniu itd.

Nie wynika jednak z powyższych słów, abym w przypadku nowotworu szczęki górnej, nadającego się do wypiłowania, a powikłanego przez macalne gruczoły na szyi, zalecał powstrzymanie się od ich wyłuszczenia, przeciwnie, odsłonięcie ich i wyłuszczenie będzie obowiązkiem naszym. Dla zmniejszenia jednak niebezpieczeństwa zabiegu zaleciłbym operację dwuczasową; na pierwszem posiedzeniu należałoby w znieczuleniu miejscowem wypiłować szczękę wraz z nowotworem, a po upływie 7—10 dni, kiedy już minie okres czasu dla chorego najniebezpieczniejszy, ze względu na powikłanie pooperacyjne, wówczas należałoby wyłuszczyć gruczoły chłonne; korzyść z dwuczasowego operowania może być też jeszcze i ta (co prawda mogę ją tylko teoretycznie popierać), że przez ten czas przerzuty z pierwotnego ogniska nowotworowego zdążyły już drogą naczyń chłonnych przeniknąć do swej pierwszej stacji zbornej; usuwając wówczas gruczoły chłonne, z wszelkiem prawdopodobieństwem, nie zostawiamy przerzutów nowotworowych w drogach pośrednich tj. naczyniach chłonnych, których przy wypiłowaniu szczęki górnej w ciągłości z pierwotnem ogniskiem nowotworowem usunąć nie możemy.

Jak z powyższego widać, podwiązywanie tętnicy szyjnej wspólnej, jako zabieg wstępny przed wyłuszczaniem nowotworów czaszki i szczęki górnej, nie zasługuje na to, aby zyskać w chirurgji prawo obywatelstwa. Sądzę, że tylko w wyjątkowych okolicznościach można go zastosować, a mianowicie przedewszystkiem u dzieci i ozdrowieńców bardzo młodych, u których stan naczyń krwionośnych pozwala przypuszczać, że podwiązanie wykonane *„lege artis"* nie wywoła zmian na błonie wewnętrznej, mogących powodować powstawanie rozległego zakrzepu. Jako wskazanie do podwiązania tętnicy szyjnej wspólnej uważam nowotwory złośliwe czaszki lub szczęki górnej, stojące na granicy *»operabilitatis«*, gdzie wyłuszczanie guza samo przez się przedstawia już sporą dozę ryzyka, budowa zaś anatomiczna guza każe spodziewać się znacznego krwawienia w czasie operacji. Spostrzeżenia kliniczne dają nam podstawę do przypuszczenia, że z powyższemi warunkami spotkamy się stosunkowo rzadko; nowotwory szczęki górnej najczęściej operujemy u osób starszych; wykonując zabieg bez podwiązania tętnicy szyjnej, natomiast w znieczuleniu miejscowem, bez usypiania, usuwamy główne niebezpieczeństwo, złączone z operacją wypiłowania szczęki górnej, a więc zachłyśnięcie się spływającą obficie krwią z następowem zapaleniem płuc.

Pozostają więc główmie nowotwory czaszki u dzieci, bogato unaczynione, gdzie przystęp do podstawy guza jest topograficznie ciężki i opanowanie krwotoku, z powodu sąsiedztwa gęstej sieci naczyń krwionośnych, trudne. Jako przykład mogę wskazać przypadek powyżej opisany.

Piśmiennictwo.

1. Adelmann. Untersuchungen über krankhafte Zustände der Oberkieferhöhle. — 2. Bade. Beitr. Bruns'a T. 74. — 3. Braun. Archiv. f. klin. Chir. T. 19. — 4. Fourmestraux. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1907. — 5. Fromme. Beitr. Bruns'a T. 105 r. 1917. — 6. Goldammer. Beitr. Bruns'a T. 106 r. 1917. — 7. Gulleke. Lehrbuch d. Kriegschirurgie. Borchard i Schmieden 1917. — 8. Haberer. W. klin. W. 1916. — 9. Hartmann. wedł. Lenormant'a. — 10. König Fr. Archiv f. klin. Chir. 61. — 11. Kuttner. B. klin. W. 1916 Nr. 5 i 6. — 12. Lenormant. Journ. de Chir. T. 17. Z. 2 r. 1921. — 13. Lesser. Zbltt f. Chir. 1883. — 14. Le Fort. Bull. de l'Acad. de Méd. 1917. — 15. Madelung. Archiv f. klin. Chir. T. 17. — 16. Marquis. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1918. — 17. Morestin. Bull. et. Mém. de la Soc. de Chir. 1915. — 18. Perthes. Zbltt. f. Chir. 1920 Nr. 21. — 19. Pozzi. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. 1915. — 20. Piltz. Archiv f. klin. Chir. T. 9. — 21. Quenu. Bull. et. Mém. de la Soc. de Chir. 1915. — 22. Rehn. Beitr. Bruns'a T. 112 Z. 4. — 23. Riese. D. med. W. 1896. — 24. Smoler. Beitr. Bruns'a T. 82. — 25. Subbotisch. D. Zeitschr. f. Chir. 1914. — 26. Schlatter. Beitr. Bruns'a T. 30. — 27. Wieting. D. Zeitschr. f. Chir. T. 90. — 28. Wieck. Beitr. Bruns'a. T. 118. — 29. Zimmermann. Beitr. Bruns'a T. 8. r. 1891. — 30. Zahradnicky. W. klin. W. 1915 Nr. 37.

Z praktyki.

Dr. JAN DEHNEL. Będzin.

O rzadkiem powikłaniu duru osutkowego *).

Podczas sześcioletniego pobytu na Syberji i pracy w szpitalach wojskowych miałem sposobność spostrzegać epi-

*) Część referatu, wygłoszonego na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Zagłębia Dąbrowskiego w Marcu r. 1922.

demje duru osutkowego i powrotnego, panujące w latach 1918 do 1921 w różnym stopniu. Charakter epidemij zmieniał się w miarę zmiany stosunków ekonomicznych, społecznych i politycznych, podczas wojny domowej na Syberji (czasy Kołczaka i bolszewików). Chorzy przywożeni do szpitali z frontów w wagonach towarowych, nieopalanych (podczas surowej zimy), wygłodzeni, ledwo odziani, znajdowali przytułek w szpitalach. Szpitale nie miały dostatecznej liczby łóżek i ledwo zasługiwały na miano szpitali. Straszne wrażenie robił nieład, brudy i niedbalstwo; chorzy nagromadzeni, pokryci wszami, nie posegregowani należycie, męczyli się na niewygodnych łóżkach nieraz po dwóch na jednem. Brak kąpieli, bielizny, słomy, okropne żywienie, brak opału, oto braki spowodowane przez nieudolność władz rosyjskich. Służba sanitarna w imię swobody i wolności nie chciała nic robić; co prawda, przykład szedł z góry. W tych warunkach szpitalnych grasowała epidemja duru bardzo złośliwa ze śmiertelnością do 40%, nie szczędząc lekarzy i niższej służby sanitarnej. W szpitalu, w którym pracowałem na początku 1920 roku, z 12 lekarzy zachorowało na dur osutkowy 10, a pięciu zmarło. W ciągu 1920 i w początkach 1921 r. miałem sposobność spostrzegać częste i rozmaite powikłania duru osutkowego i powrotnego (głównie pierwszego, chociaż chorzy często przechodzili obydwie choroby).

Z powikłań tych wspomnę o róży, zapaleniu gruczołu przyusznego, ropniach podskórnych (w związku z wstrzykiwaniem), o zapaleniach żył, zgorzeli kończyn, spowodowanej raczej odmrożeniem, aniżeli zgorzelą pochodzenia czysto durowego. Wspomnieć też muszę o ropnych zapaleniach około przełyku w głębokich warstwach szyi, powodujących gwałtowne zwężenie krtani i kończących się śmiercią pomimo tracheotomji i obszernych nacięć. W tym czasie miałem sposobność spostrzegać 28 przypadków dosyć charakterystycznego, a nie opisanego w dostępnem mi piśmiennictwie, cierpienia chrząstek żebrowych, żeber i mostka. Tylko w chirurgji angielskiej Choie'a i djagnostyce chirurgicznej de Quervain'a jest wzmianka króciutka o podobnych cierpieniach po durze. Tych 28 przypadków zapaleń żeber, chrząstek żebrowych i mostka należy do późnych powikłań duru. Niektórzy z chorych przebyli dur osutkowy i powrotny.

Zmiany widoczne występują w kilka tygodni po durze w postaci nacieków na chrząstkach i żebrach wielkości orzecha laskowego do jaja kurzego, niekiedy jeszcze większe, czasem pojedyńcze, częściej w kilku miejscach na chrząstkach i żebrach dolnych, zawsze na przedniej ścianie klatki piersiowej i mostka. Po pewnym czasie, blada skóra z lekka czerwienieje, tworzy się przetoka z nieznacznem ropieniem. Przy tworzeniu się tych zmian w większości przypadków stan ogólny jest dobry, czasem nieznaczne podniesienie ciepłoty i bóle niezbyt wielkie, wzmagające się przy forsownych ruchach; tylko przy większych naciekach i przetokach ropienie bywa większe, silniejszy odczyn i bóle czasem dotkliwe. Pierwszy przypadek tego cierpienia widziałem u sanitarjusza w dwa miesiące po przebyciu duru. Na pierwszy rzut oka miałem wrażenie dużych, ropiejących czyraków, jednak po zbadaniu wygląd, charakter ropy, kształt nacieku przemawiały za inną sprawą. Przy badaniu zgłębnikiem dochodziłem dosyć głęboko w tkanki, przyczem zgłębnik wskazywał mi zygzakowaty kierunek przetok; do kości jednak nie dochodziłem. Po wyskrobaniu łyżeczką ranki się oczyszczały, nawet nastąpiło jakby zabliźnianie, ale bardzo prędko przetoki się otwierały i wtenczas zgłębnikiem dochodziłem do nierównej kości i chrząstki. W tym czasie, w drugim oddziale szpitala pokazano mi kilka podobnych przypadków, tylko z naciekami znacznie większemi w rozmaitych okresach rozwoju.

Lekarze oddziału stosowali łyżeczkowanie i wstrzykiwania jodoformu i mentolu w eterze, ale pomimo zapewnień o skuteczności tego leczenia chorzy miesiącami pozostawać musieli w szpitalu, nacieki nie zmniejszały się, ropienie trwało. Radziłem zerwać z leczeniem zachowawczem i operować doszczętnie. Sam operowałem kilka przypadków lub asystowałem przy operacjach. Po szerokiem nacięciu nacieku dochodziłem do obnażonych chrząstek lub żeber, a po oddzieleniu miękkich części spostrzegałem w kości lub chrząstce różnej wielkości okrągławy otworek z nieznacznem ropieniem. Po rozszerzeniu zgłębnik wnikał w rozmiękłe tkanki i często przechodził do wewnętrznej powierzchni, po której obnażeniu widać było, że przy małym wewnętrznym otworze w kości lub chrząstce sprawa zniszczenia szerzy się wzdłuż żebra i chrząstki, dosięgając wewnętrznej strony. Nieraz otwory nie leżą na jednej linji, zniszczenie jest większe na wewnętrznej powierzchni, a sprawa niszcząca chrząstki i kości sięga dosyć daleko; niekiedy z jednego nacieku przechodzi się przez zmienione widocznie tkanki miękkie do drugiego. Tylko obnażenie zmienionych części, wycięcie zmienionych żeber i chrząstek, wyskrobanie nacieków daje wyleczenie prędkie i trwałe.

Przy badaniu wyciętych kawałków żeber widać było, że szpik kostny był zajęty sprawą ropną na przestrzeni większej lub mniejszej. Takich przypadków było 28 — na 200 chorych chirurgicznych w szpitalu, odsetek dosyć znaczny. W klinice chirurgicznej w Tomsku, operowano kilka podobnych przypadków. Przy badaniu wydalonych części znaleziono zwykłe bakterje ropne. Zdaje się, że początek sprawy odbywa się w szpiku kostnym, skąd sprawa przechodzi na żebra i *per continuitatem* na chrząstki, gdzie wskutek słabego ukrwienia doprowadza do większego zniszczenia tkanki. Że cierpienie to należy do rzadkich, że ta *chondritis et ostitis posttyphosa* nie często była spostrzegana, przekonał mnie przypadek tego rodzaju, operowany w klinice prof. Mysza w Tomsku. Doskonały chirurg i doświadczony lekarz prof. Mysz, mając pierwszy raz taki przypadek podczas epidemji duru, operował go jako gruźlicę. Po otwarciu ogniska na żebrach i chrząstce w tej chwili wyrzekł: »Ależ to nie gruźlica!«. Po operacji zakomunikowałem mu, że widziałem kilkanaście takich przypadków. Zainteresował się tą sprawą i zgodził się na moje wywody, że sprawa wychodzi ze szpiku kostnego, a stąd przechodzi na żebra i chrząstki.

Przegląd piśmiennictwa.

Położnictwo.

Gynaecologie et obstetrique Année 1921.
Tome IV.

Prof. Bylicki. **Przyczynek do biologji płodu.** Artykuł drukowany w języku polskim.

H. Fleurent. **W sprawie pęknięcia macicy.** Autor opisuje dokładnie pięć przypadków pęknięcia macicy w czasie ciąży i porodu. Każde z tych pęknięć odbyło się w inny sposób i miało różny przebieg.

1) Ciężarna piąty raz, w ósmym miesiącu księżycowym, doznaje bardzo silnego urazu w dolną część brzucha, przyczem traci przytomność. Badanie i zabieg operacyjny na trzeci dzień po wypadku stwierdza — przy braku zewnętrznych obrażeń — pęknięcie macicy zupełne z płodem w wolnej jamie brzusznej. Wyjęcie jaja płodowego, zaszycie macicy dwupiętrowo. Przypadek ten należy do bardzo rzadkich, gdyż urazy zewnętrzne, bez zranienia powłok, wywołują zwykle odklejenie łożyska; a jeżeli już przychodzi do pęknięcia, to raczej do podłużnego, a nie poprzecznego rozdarcia, jak w przypadku opisanym. Kobieta ta urodziła w rok potem samorodnie dziecko zdrowe donoszone.

2) U wieloródki dziewiąty raz ciężarnej, w dziewiątym miesiącu ks. z miednicą prawidłową (ostatnia ciąża polyhydramnios 20 litrów), nagle, wśród silnych bólów, przy stojącym pęcherzu płodowym i ujściu otwartem zaledwie na dłoń dziecka, nastąpiło pęknięcie macicy. Pęknięcie to było bardzo rozległe w kształcie litery T odwróconej. Macicę wyjęto, wyleczenie. Przypadek ten ciekawy z tego powodu, że pęcherz płodowy był utrzymany i dolny odcinek nierozciągnięty. Możliwem zdaje się przypuszczenie, że nadmierne rozciągnięcie mięśnia macicznego w ósmej ciąży wywołało małą odporność macicy. Zmian jednak histologicznych w mięśniu macicznym nie znaleziono.

3) i 4) Przypadki pęknięcia macicy, wywołane przez lekarza podczas porodu. Pierwsze, przy obrocie na nóżkę — niezupełne, leczone tamponadą. Drugie, pęknięcie zupełne, z wypadnięciem jelit do pochwy, wywołane narzędziem ostrem

przy trepanacji głowy dziecka. Drugi przypadek leczony operacyjnie; wyjęcie macicy, oba skończyły się śmiercią.

5) Przypadek, w którym lekarz, po kilkakrotnem zakładaniu kleszczy u wieloródki, wyciąga dziecko nieżywe. Ponieważ łożysko zaraz nie wyszło, postanowił wyjąć je ręcznie, aby »skończyć«. Zamiast je odkleić, zrobił dziurę w macicy, przez którą dostał się ręką do jamy brzusznej, oddarł znaczną część jelita cienkiego, prawie całe grube od krezki. Chora skrwawiona, bez tętna, przewieziona do szpitala, zmarła wkrótce po operacji.

W końcu artykułu omawia autor epikrytycznie te pięć przypadków i dochodzi do przekonania, że jedynem racjonalnem leczeniem w podobnych przypadkach jest laparotomia i to według zmian spotkanych: szew lub wyjęcie macicy zupełne, względnie amputacja.

B a r d o n: **Krążenie tętnicze we włókniakomięśniakach macicy.** Wyniki dotychczasowych badań, opartych na preparowaniu mięśniaków, pozwalały przypuszczać, że naczynia tych guzów dadzą się podzielić na trzy typy:

1) Tętnica maciczna rozwija się na powierzchni guza, a jej gałązki wnikają do wnętrza. 2) Tętnica maciczna wnika do guza i tam się rozdziela lub 3) tętnica odżywcza wnika do samego środka i tam dzieli się na trzy gałązki.

Dla rozwiązania typu ukrwienia mięśniaków, posługiwał się autor nastrzykiwaniem mięśniaków substancją nieprzepuszczającą promieni X (Minium 300 gr, olej lniany 100 gr, esencja terpentynowa 20 gr). Nastrzykany guz cięto na płytki 2—4 milimetrowe i fotografowano rentgenologicznie.

Na podstawie badania tych płytek, stwierdza autor w mięśniakach podwójny typ krążenia tętniczego: powierzchowny i środkowy. Pierwszy bardzo obfity pozostaje w związku z krążeniem macicznem przy pomocy licznych połączeń naczyniowych. Drugi, środkowy, jest reprezentowany przez jedną tylko tętnicę typu końcowego, której rozgałęzienia zmniejszają się coraz bardziej -- w miarę zbliżania się do obwodu guza.

Jak przy tego rodzaju unaczynieniu tłómaczyć sobie możemy obumieranie mięśniaków macicy? Na to pytanie odpowiada B. dwoma przykładami nekrobiozy mięśniaków, w których spostrzegał zupełny brak unaczynienia środkowego, gdy sieć naczyń powierzchownych była bardzo obfita.

W e b e r: **W sprawie krwotoków do otrzewnej wskutek pęknięcia żylaków okołomięśniakowych.** Cztery przypadki krwotoków śródotrzewnych z pęknięcia żył na włókniakach podsurowiczych, które ogłosił Chalier i Morenas, i dziewiętnaście zebranych przez autora, daje mu podstawę do zastanowienia się nad etjologją tychże krwotoków. A więc nadmierny rozwój żył, któremu towarzyszy zanik tkanki elastycznej w ich ścianach, przekrwienia z powodu skrętu szypuły, a wreszcie przypływ miesiączkowy usposabiać mają do pęknięć naczyń. Oprócz tego, wszelkiego rodzaju urazy spowodować mogą pęknięcie zmienionych żył.

C o l i e r. **Sztuczna odma otrzewna w ginekologji.** Na rycinach objaśnia C. możliwość rozpoznawania zmian chorobowych w macicy, jajowodach i jajnikach przy pomocy sztucznej odmy brzusznej.

Metoda ta dość skomplikowana, wymagająca odpowiedniego instrumentarjum (stojaki rentgenologiczne, ruchome stoły) jest we Francji dopiero w początkach rozwoju, w okresie doświadczeń, może jednak przynieść, zwłaszcza w przypadkach bardzo zawiłych, duże usługi w ginekologji.

W czterech ułożeniach Trendelenburga przy odpowiedniem nastawieniu lamp, możliwe jest prześwietlanie miednicy małej. C. wtłacza do jamy brzusznej przy pomocy trójgrańca Kussa jeden do dwóch litrów tlenku węgla, który wypycha pętle jelit ku górze, odsłaniając zawartość miednicy małej. Żadnych powikłań autor przytem nie spostrzegał. Inni autorowie posługują się w tym samym celu tlenem, który wsysa się powoli, 3—4 dni, może jednak mieć znaczenie lecznicze. Amerykanin Rubin wtłaczał gaz do jamy brzusznej przez macicę i stwierdzał równocześnie tym samym zabiegiem drożność lub niedrożność jajowodów. Wreszcie sztuczna odma brzuszna może oddawać pewne usługi przy leczeniu rentgenologicznem lub radiologicznem, usuwając jelita poza obręb miednicy małej, i chroniąc je w ten sposób od niepotrzebnego wpływu promieni X.

J. Szymanowicz (Kraków).

Laryngologja.

Nowiny Lekarskie.
Rocznik 34. Zeszyt 2.

A. J u r a s z sen. **O ewolucyjnych i inwolucyjnych zmianach krtani w obrazie klinicznym.** Ewolucja i inwolucja krtani przedstawiają szereg zmian, których znajomość jest niezbędna dla uniknięcia błędów rozpoznawczych, niewłaściwego leczenia, oraz uchronienia chorego od często niepowetowanych szkód we właściwościach muzycznych głosu. Chodzi nie tylko o to, aby w okresie tak ważnym, jak mutacja głosu, zjawisko to należycie ocenić i ująć, ale, by i wtedy, gdy czynność krtani w wieku późniejszym ma się już ku schyłkowi, przez odpowiednie zabiegi, sprawność jej możliwie przedłużyć. Budząca się czynność gruczołów płciowych jest tem zjawiskiem, które, nadając całemu organizmowi pełniejszą linję, życiu psychicznemu nowe pierwiastki, wyprowadza organ głosowy ze stanu pod względem anatomicznym i fizjologicznym obojętnego, obdarzając go cechami właściwemi danej płci. Zjawisko to zachodzi między 13. a 15. rokiem życia. Wówczas to zaczyna znikać owa równoległość pod względem anatomicznym i fizjologicznym, a także i muzycznym, kiedy głos, zarówno chłopców, jak i dziewcząt, obejmuje $1\frac{1}{2}-2$ oktaw, a ma cechę wysokiego względnie niskiego sopranu, z nieco tylko inną barwą u chłopców (większa pojemność płuc i sprężystość tkanek), — a w miejsce jej wytwarzają się dwa odrębne typy krtani: męski i żeński.

Okres ten, zwany okresem mutacji głosu, trwa od 6ciu miesięcy do 3 lat. U chłopców przebiega w sposób burzliwy. Wskutek nagłego i obfitego dopływu krwi wszystkie części krtani okazują zaczerwienienie i rozpulchnienie błon śluzowych; chrząstki zaczynają w szybkiem tempie rosnąć, tężeć i zbliżać się do postaci ostatecznej. Wnętrze krtani zaczyna zyskiwać na rozmiarach, struny głosowe zaś na długości, czynność fizjologiczna natomiast pozostaje w tyle, nie jest zdolną do tak prędkiego przystosowania się do nowych warunków anatomicznych. Stąd też sprawność przy zamykaniu głośni i napinaniu więzadeł okazuje się niewystarczającą: mutujący skarży się na chrypkę lub bezgłos, niekiedy okazuje charakterystyczną postać bezładu głosowego, wydobywając głos mało dźwięczny, to o fistułowej wysokości, to opadający do barytonowej lub basowej niskości. Powoli objawy te ustępują; z dysharmonji muzycznej wyłania się głos czysty i dźwięczny, — tenor, gdy poprzedzał go wysoki sopran, zaś baryton lub bas w miejsce niskiego sopranu przed mutacją.

Mutacja u dziewcząt nie przebiega tak burzliwie. Odpowiednio do mniej nasilonych zmian anatomicznych, zaburzenia głosowe nie są tak wybitne. Przytłumienie czystości brzmień, łatwość znużenia wśród mowy lub śpiewu, trudności w wydobywaniu zamierzonych tonów, rzadziej chrypka, stanowią szereg objawów, których wytłumaczenie daje nam również obraz laryngoskopijny, wykazując niedostateczną czynność w zamykaniu głośni i napinaniu więzadeł. Wkrótce jednak objawy te znikają, a głos o 1 lub 2 tony obniżony, okazuje czystość i miękkość w skali sopranu, względnie mezzo-sopranu lub altu. Od tej normalnej linji rozwojowej zachodzą jednak u chłopców niekiedy odchylenia, — mutacja przeciąga się ponad 3 lata, chrypka nie ustaje, a jednak nie jest niczem innem, jak ciągle tylko objawem mutacji, w tym przypadku ponad normę przedłużonej, — mutatio prolongata. Również powtórna mutacja, — mutatio secundaria, — zachodząca niekiedy około 20 r. życia, powinna wchodzić w rachubę przy rozpoznawaniu. Wreszcie niejednokrotnie zaburzenia w rozwoju i czynności krtani należy rozpatrywać pod kątem korelacji między funkcją gruczołów płciowych a czynnością i postacią krtani. Błędy rozpoznawcze, popełnione odnośnie do okresu mutacji głosu, jak również i zaniedbywanie w tym okresie przepisów higjenicznych prowadzą do dwóch chorobowych następstw: utraty dźwięczności i przymiotów muzycznych głosu i do nawyknienia fistułowego. W pierwszym przypadku systematyczna gimnastyka głosu oraz leczenie przewlekłego nieżytu krtani może sprowa-

dzić poprawę; w drugim przez ćwiczenie woli, nakłanianie osobnika do używania niskiego głosu, daje się po szeregu ćwiczeń głos ustalić. Inwolucja krtani doprowadza z czasem do podwyższenia głosu u mężczyzn, obniżenia go u kobiet z równoczesną utratą walorów muzycznych, czemu jednak zapobiedz można przez odpowiednie ćwiczenie i pielęgnowanie głosu. Znajomość zatem zasad higjeny głosu i tu okazuje się pożyteczną, zwłaszcza, jeżeli chodzi o zawód, wymagający znacznej sprawności głosowej, a już osobliwie staje się ta sprawa ważną, gdy dotyczy młodzieży w wieku szkolnym.

(Zeitschr. fuer Laryngol. Rhinol u. ihre Grenzgeb.)
T. I. Zeszyt 2.

Prof. Jurasz sen. **Podskórne oderwanie się krtani z ukośnem skręceniem skutkiem zasypania.** Nader rzadki, a może jedyny, przypadek podskórnego oderwania się krtani ze skręceniem tejże, zaszedł u pewnego żołnierza, u którego wskutek zasypania ziemią po wybuchu granatu nastąpiło gwałtowne przemieszczenie krtani, widoczne już na zewnątrz przy zwykłem oglądaniu, wyraźniejsze przy badaniu dotykiem, ze zmienionym obrazem laryngoskopijnym. Z objawów należy wymienić trudności przy połykaniu i duszność podczas prędkiego chodzenia lub przegięcia głowy ku przodowi, z zachowaniem natomiast normalnej fonacji. Przy oglądaniu zauważa się wybitniejsze zagłębienie prawego dołu nadobojczykowego z rozszerzeniem na lewo; przy zwrocie głowy na lewo brak napięcia mięśniowego, odpowiadającego przebiegowi prawego mięśnia mostko-sutko-obojczykowego; wygładzenie części środkowej szyi poniżej kości gnykowej oraz guz wielkości „małego jabłka, sterczący tuż powyżej mostka. Dotykiem stwierdza się przerwanie prawego mięśnia mostko-sutko-obojczykowego, którego tylko jeden koniec, przy wyrostku sutkowym, daje się wyczuć, co tłumaczy równocześnie zmienioną konfigurację prawego dołu nadobojczykowego; dalej brak napięcia, odpowiadającego mięśniom gnykotarczykowym i więzadłom tejże nazwy. Odpowiada to owemu wygładzeniu szyi poniżej kości gnykowej, oraz przemawia za tem, że ów guz nie jest niczem innem, jak krtanią przemieszczoną ku dołowi. Przemieszczenie to nastąpiło nie tylko w jednym kierunku, ku dołowi; dotykiem stwierdza się, iż krtań skręciła się około osi pionowej na lewo, a wyrazem tego jest prawie czołowe ustawienie prawej płyty chrząstki tarczykowej i prawie strzałkowe lewej. W obrazie laryngoskopijnym głośnia ma przebieg skośny, co odpowiada również skręceniu krtani na lewo, tak, iż spoidło stwierdza się na lewo od linji środkowej, a fałd międzynalewkowy na prawo. Równocześnie lewa połowa krtani wygląda jakby skrócona i podsunięta pod nagłośnię, wskutek czego lewe więzadło głosowe zaledwie częściowo uwidacznia się w chwili wydawania głosu, podczas, gdy prawe występuje w całej swej rozciągłości.

Badanie rentgenologiczne objaśnia wspomnianą trudność przy połykaniu. Powoduje ją niemożność wykonania ruchu właściwego krtani podczas aktu połykania, jej bierny opór przy przesuwaniu się pokarmu, czyli zwężenie przełyku wskutek przemieszczenia krtani. Odnośnie do samego faktu przerwania się mięśni, to o ile dla mięśnia mostko-sutko-obojczykowego ma główne znaczenie nagłe napięcie się mięśni przy silnym nacisku i gwałtownem skręceniu głowy, to przy przerwaniu się mięśnia gnykowo-tarczowego i więzadła gnykowo-tarczowego, obok czynnika urazowego, należy przyjąć gwałtowne, *sui generis*, naprężenie się tychże, jako wyraz aktu odruchowego w chwili duszenia się. W akcie tym krtań, wykonując ruchy ku górze i ku dołowi, wywołuje nadmierne napięcie wymienionych mięśni i więzadeł. *Z. Chrapek* (Poznań).

Choroby skórne.

Dermatologische Zeitschrift.
T. 36. Z. 5.

Polland R. **Pokrzywka po salwarsanie i zbiór objawów naczyniowo-nerwowych.** U pacjentki z kiłą utajoną, która poprzednio była leczona starym salwarsanem bez jakichkolwiek ubocznych objawów, wystąpiły po wstrzyknięciu dożylnem neosalwarsanu (0·3, 0·45) gwałtowne objawy, jak zaczerwienie i zsinienie skóry, obrzęk błon śluzowych, utrudnienie oddychania. Po zastosowaniu III-ciej dawki w ilości 0·15 (na wyraźne żądanie chorej), wystąpiła pokrzywka na całej skórze. Przypadek ten uważa Polland za ostre zapalenie skóry po salwarsanie pochodzenia vasotoksycznego, a za przyczynę działanie salwarsanu vasodilatyczne i vasomotoryczne na system nerwowy. Stosowanie późniejsze salwarsan-natrium, objawów tych nie wywoływało.

Grütz O. **Flora chorób grzybkowych w Szlezwig-Holsztynie.**

Fischl F. i Kirschner L. **Przyczynki do kliniki i bakterjologji wrzodu pełzającego.** W dwóch przypadkach owrzodzeń pełzających dolnych kończyn znaleźli autorowie w preparatach mikroskopowych prątki krótkie, kolbkowato rozdęte, podobne do bakterji tężca. Hodowle bez dostępu powietrza udały się, jednak próby przeszczepienia dały wynik ujemny. W 4 przypadkach wrzodów pełzających prącia, mogli potwierdzić badania innych autorów, że przyczyną jest współżycie krętków z bakterjami wrzecionowatemi (*b. fusiformis*).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne. Oddział lwowski.

X. Posiedzenie naukowe z dnia 16. lutego 1922.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia przypadek **mięsaka krwotocznego samoistnego mnogiego** (*sarcoma idiopaticum haemorrh.*), umiejscowionego na lewej połowie ciała (twarz, pierś, kończyna górna i dolna, oraz prącie); prelegent przedstawia szereg preparatów histologicznych.

W dyskusji przemawia doc. Leszczyński i Mierzecki.

2. Doc. dr. Steusing wygłasza odczyt: **„O endotoksynach“.**

XI. Posiedzenie naukowe z dnia 2. marca 1922.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia:

a) **ostrą łuszczycę** (*psoriasis acuta*), rozsianą po całem ciele dwudziestoletniej dziewczyny, leczonej wstrzykiwaniami zawiesiny siarkowej Bory'ego;

b) dwa przypadki **rozlanej twardziny skóry** (*sclerodermia diffusa*), jeden u kobiety, drugi u mężczyzny 50-letniego, u którego można nadto stwierdzić sączącą pryszczycę lewego podudzia.

2. Prym dr. Świątkiewicz przedstawia przypadek **rozsianej łuszczycy, leczonej naświetlaniem grasicy.**

3. Doc. dr. Leszczyński przedstawia:

a) przypadek **strupnia** (*favus*) tułowia i owłosionej części głowy;

b) przypadek **bliznowców skóry** z keloidami;

c) przypadek **znamienia białego** (*naevus anaemicus Vörner*) na powłokach brzusznych u osobnika kiłowego;

d) przypadek **zespołu objawów kiły i tuberkulidów.**

W dyskusji: dr. Łukasiewicz, Krzemicki i Mahl.

XII. Posiedzenie naukowe z dnia 16. marca 1922.

1. Dr. Demianowska przedstawia chorego z objawami **wiądu rdzenia** (*tabes dorsalis*) **z równoczesnemi objawami opuszkowemi.**

W dyskusji przemawia dr. Łukasiewicz, dr. Leszczyński, dr. Krzemicki i dr. Demianowska.

2. Doc. dr. Leszczyński przedstawia chorą **pro diagnosi ze zmianami na policzkach i tułowiu.**

Dyskusja: prof. Łukasiewicz rozpoznaje **zwykłego toczenia.**

3. Dr. Salpeter przedstawia chorego z **pęcherzycą**, leczonego na klinice autosurowicą z wynikiem pomyślnym.

W dyskusji: prof. Łukasiewicz, dr. Leszczyński, dr. Salpeter i dr. Krzemicki Leon.

4. Prof. Łukasiewicz przedstawia powtórnie chorą z **łuszczycą ostrą**, której objawy ustępują przy stosowaniu metody leczniczej Bory'ego. *Dr. Mierzecki.*

I. Zjazd Pedjatrów Polskich.

Po 11 miesięcznych wytrwałych przygotowaniach odbył się z pełnem powodzeniem (240—250 uczestników) w Warszawie d. 8—10 września 1922 Zjazd pedjatrów polskich.

W szeregu zapowiedzianych odczytów na pierwszem miejscu W. Jasiński (ze Lwowa obecnie we Wilnie) dał **„Rzut oka na rozwój pedjatrji polskiej“**, wiążąc przeszłość z teraźniejszością i rozwijając jej zadania na najbliższą przyszłość.

Główną część tego posiedzenia poświęcono chorobom zakaźnym, a zwłaszcza błonicy i płonicy. R. Stankiewicz (Warszawa) w odczycie **„Konstytucja a dyfterja“** wykazał statystycznie na podstawie materjału szpitala im. Karola i Marji wpływ skaz ustrojowych, a zwłaszcza limfatyzmu, na przebieg błonicy oraz stosunek jej do krzywicy. W. Puławski (Radziejów) mówił **„O reinjekcji surowicy przeciwbłoniczej“** na zasadzie spostrzeżeń własnych w ciągu 27 lat (1895—1922), w których miał 99 przypadków reinjekcji, leczonych razem 286 zastrzykiwaniami, i ani razu nie spostrzegał przypadku śmierci ani wstrząsu anafilaktycznego. J. Truszkowski (Piotrków) w wykładzie **„O etjologji płonicy“**, której nie wyjaśniają ani zawsze znajdowane paciorkowce ani teorja Szontag'ha, wspom-

niał o swoich badaniach ropy z płoniczo-zapalonego ucha środkowego, w której znajdował, jako domniemany zarazek płonicy, małe dwoinki bez otoczki, wywołujące u królików ogólne niedomaganie i zaczerwienienie skóry z następczem łuszczeniem. S. Łyskawiński (Warszawa) referował **„W sprawie retrospektywnej djagnostyki płonicy"**, która często nastręcza trudności rozpoznawcze. Często bowiem dane epidemjologiczne zawodzą i objawy kliniczne początkowe płonicy są bardzo niewyraźne, a następowe powikłania w postaci zapalenia nerek, gruczołów i błon surowiczych, ani też łuszczenie wcale nie występują. Wtedy mają wielkie znaczenie zmiany śluzówki, poprzedzające język »malinowy«, i zmiany następowe w postaci języka ażurowego i opalizującego, oraz spostrzegane przez autora w szpitalu im. Karola i Marji zielonkawe zabarwienie moczu, które po ustąpieniu gorączki bardzo długo utrzymywało się w czasie uzdrowienia, a znikało przejściowo w czasie powikłań gorączkowych. Pewne znaczenie retrospektywne posiadają również linje paznogciowe Feer'a i objaw Schultze-Charlton'a. Następnie M. Biehlerowa (Warszawa) przedstawiła swoje **doświadczenia z ochronnemi szczepieniami przeciwpłoniczemi** na 1298 osobach i przebieg płonicy u dzieci szczepionych, zalecając jaknajszersze rozpowszechnienie szczepień. W końcu J. Celichowska i Wł. Szenajch (Warszawa) przedstawili **„Działalność oddziału obserwacyjnego Szpitala im. Karola i Marji od 8. XI. 1913 do 1. I. 1921"**, jako oddziału obserwacyjnego, zapasowego oraz izolacyjnego i wyprowadzili wniosek, że powinno być mniej więcej 21 łóżek oddziału obserwacyjnego na 100 łóżek szpitalnych.

Posiedzenie popołudniowe odbyło się w sali Tow. Lekarskiego, a było poświęcone tylko sprawie odżywiania dzieci.

Jako pierwsza mówiła Szczawińska (Warszawa) na temat **„Zasadnicze postulaty żywienia niemowląt"**, opierając się na blisko 3000 własnych spostrzeżeniach. Referat H. Frenklowej (Łódź) p. t. **„Rola głodzenia w patologji chorego i zdrowego niemowlęcia"**, odczytany z powodu jej nieobecności, podał obfity materjał interesujący. M. Michałowicz (Warszawa) podniósł **»Trudności odżywiania niemowląt o zmniejszonej tolerancji«**, gdyż doszedł do wniosku, że, przystępując do zapisania djety niemowlęciu, trzeba uświadomić sobie dokładnie jego przypuszczalne granice tolerancji względem zalecanego pokarmu. T. Mogilnicki (Łódź) wystąpił **przeciw niedostatecznemu odżywianiu i głodzeniu chorych gorączkujących**, stosowanemu przez ogół lekarzy, i na podstawie badań innych autorów oraz swoich spostrzeżeń w Szpitalu im. Anny Marji udowodnił, że djeta w chorobach zakaźnych u dzieci może zawierać taką ilość białka, jaka zapobiega rozpadowi białka ustroju. W. Jasiński dał szczegółowe zestawienie ostatnich wiadomości **»o czynnikach uzupełniających pożywienie«**. W końcu zamiast nieobecnego S. Progulskiego Fr. Gröer (Lwów) przedstawił w krótkości **„System odżywiania według Pirqueta"**, który opiera się na indywidualizowaniu osobnika według pewnego stosunku linijnych pomiarów do wagi jego ciała.

W dyskusji R. Barański (Warszawa) zarzucił systemowi Pirquet'a nieścisłość w fizjologicznych zapotrzebowaniach ustroju i zbytni schematyzm. T. Kryniewski (Puławy) dorzuca swoje myśli do wszystkich poruszanych tematów, podkreślając znaczenie naturalnego karmienia dla uodparniania niemowląt i dobrego odżywiania w chorobach zakaźnych. J. Bączkiewicz (Warszawa) przestrzega przed zbytniem teoretyzowaniem spraw odżywiania i poleca zwracać baczniejszą uwagę na stan matki karmiącej, a zwłaszcza w kierunku cukrzycy. W końcu Gröer jeszcze raz podkreślił dokładność i dogodność systemu Pirquet'a.

Niemniej pracowity był drugi dzień Zjazdu. Z dwóch 4-godzinnych posiedzeń, w Klinice chorób dziecięcych i w sali Tow. Lekarskiego, pierwsze poświęcono wyłącznie gruźlicy wieku dziecięcego. S. Rudzki (Warszawa) przedstawił **»Gruźlicę w wieku dojrzewania«**, opierając się na 850 własnych spostrzeżeniach u młodzieży od 10—18, lat a mianowicie 250 chłopców i 600 dziewcząt. K. Jonscher (Poznań) mówił **»O gruźlicze u zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci«**, podkreślając znaczenie pory roku, a zwłaszcza wiosny, dla powstawania zapalenia oraz objawów Brudzińskiego dla wczesnego rozpoznania. J. Judt (Warszawa) przedstawił swoje ciekawe **»badania roentgenologiczne i kliniczne nad t. zw. stwardnieniem pierwotnem w płucu«**, objaśniając je pięknie wykonanemi zdjęciami gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych, t. zw. stwardnień pierwotnych, gruźlicy prosówkowej, zapalenia płuc serowatego i gruźlicy przywnękowej. J. M. Judt w krótkiem przemówieniu podał swoje obliczenia **co do częstości gruźlicy wieku wczesnego** w poszczególnych płatach, oparte na zdjęciach roentgenograficznych dzieci szkolnych. Jako koreferent przemawiał Br. Sabat (Warszawa) **»o rentgenologicznem rozpoznawaniu gruźlicy gruczołów okołooskrzelowych u dzieci«**, powołując się na liczne własne zdjęcia, których z powodu braku transparentu nie mógł pokazać.

A. Nowiński (Bydgoszcz) miał wykład **»O skazie wysiękowej i jej znaczeniu w patologji dziecięcej«**, oparty na 563 własnych spostrzeżeniach w Kijowie, z których 127 pochodziło z najbiedniejszych warstw społeczeństwa, a 436 ze sfery zamożniejszej. Na podstawie swych badań doszedł mówca do wniosku, że polska nazwa dla *„diathesis exsudativa"* nie odpowiada treści i proponuje zachowanie słowa »konstytucja«. Br. Szulczewski (Poznań) mówił **»O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy u dzieci«** zapomocą wszystkich w klinice dostępnych metod i wspomniał o swoich doświadczeniach z tuberkuliną, zmodyfikowaną przez Moro. Jako ostatni Fr. Cieszyński (Warszawa) przedstawił swoje **»Próby proteinoterapji gruźlicy u dzieci«** z normalną surowicą końską w 7 przypadkach i *„Lactosteril Mag. Kluwe"* w 18 przypadkach, które dały tylko częściowo zachęcające wyniki.

Po przemówieniach T. Mogilnickiego w sprawie zebrania funduszu na dalsze wydawnictwo »Pedjatrji Polskiej«, oraz M. Michałowicza, Sz. Starkiewicza i Wł. Szenajcha w sprawie »Kolonji Leczniczej im. J. Brudzińskiego« w Busku, uczestnicy Zjazdu zwiedzili Klinikę chorób dziecięcych Uniw. Warsz. i Centralny Państwowy Instytut Epidemjologiczny w Warszawie.

Popołudniowe zebranie rozpoczęło się dyskusją, dotyczącą licznych rannych wykładów. Rubinrot (Warszawa) mówił **»O heljo- i klimatoterapji gruźlicy«**, powołując się na swoją pracę. Gröer dorzucił wiele uwag do wszystkich prawie tematów, podkreślając konieczność zwalczania gruźlicy, przedewszystkiem w wieku dziecięcym. Bondy (Warszawa) poświęcił specjalną uwagę gruźlicy gruczołów okołooskrzelowych. M. Michałowicz poddaje ocenie sprawozdanie m. Łodzi z działalności na polu walki z gruźlicą dziecięcą, poświęcone Zjazdowi. Mogilnicki zwraca uwagę na suchy kaszel, jako na pierwszy objaw gruźlicy. P. Szaniawski (Częstochowa) przytoczył swoje doświadczenia z wstrzykiwaniami mleka w 9 przypadkach gruźlicy płuc u dzieci, przeważnie z dodatnim wynikiem. Po przyjęciu kilku wniosków Roeder wspomniał jeszcze o odczynie moczu z ługiem przy obecności ciałek ropnych.

Po wyczerpaniu dyskusji wygłoszono referaty z dziedziny opieki społecznej nad dzieckiem, której było poświęcone ostatnie posiedzenie. T. Jaroszyński (Warszawa) zobrazował w krótkości **„Zadanie lekarza-psychologa wobec psychicznego rozwoju dziecka"** i ujął postulaty swe w 5 wnioskach, które Zjazd przyjął. S. Kramsztyk (Warszawa), przedstawił **„Wpływ eugeniki na pedjatrję i nowe poglądy na konstytucję"**, której znaczenie dla przebiegu choroby klinika coraz bardziej docenia. M. Gromski (Warszawa) zapoznał Zjazd z **„Organizacją opieki społecznej nad niemowlętami"**, którą zaczęło społeczeństwo nasze i rozbudował Amerykański Czerwony Krzyż, a która czeka na ugruntowanie przez współudział P. A. K. P. D. z rządem i społeczeństwem. H. Goldschmidt-Korczak (Warszawa) podkreślił **„Zadanie lekarza w internacie"**, którego przyrodniczy punkt widzenia na rozwój psychiczny młodzieży może lepsze dać wyniki, niż dotychczasowe metody wychowania stosowane przez teologa, filozofa i filologa. Br. Szulczewski, zamiast o roli pedjatry w dziedzinie opieki nad psychicznym rozwojem dziecka, ponieważ T. Jaroszyński temat ten wyczerpał, mówił głównie o badaniu dzieci w hipnozie i znaczeniu tej metody dla wypośrodkowania przyczyn powstawania różnych zboczeń psychicznych u dzieci.

Po krótszych przemówieniach dyskusyjnych Sachsa, Jasińskiego i Cywińskiego, którzy postawili swoje wnioski, zestawiono wszystkie w czasie zjazdu opracowane uchwały i poddano jeszcze raz głosowaniu, przyjmując je jednomyślnie.

Tegoż samego dnia odbyła się przy udziale 90 uczestników wieczerza towarzyska w sali Stow. Techników, na której wygłoszono w licznych przemówieniach życzenia, przeznaczone na powitanie Zjazdu.

Trzeci dzień Zjazdu poświęcono wyłącznie zwiedzaniu instytucyj, opiekujących się dzieckiem w Warszawie. Zwiedzono Dom Wychowawczy im. Ks. Boduena, Stację Tow. Opieki nad niemowlętami, Dom Sierót żydowski, Zakład naukowo-wychowawczy dla niedorozwiniętych, Żłóbek, Szkołę-Szwalnię i Dom Sierot Gminy Ew. Augsb., Centralną Kuchnię miejską, Kąpielisko miejskie, Stację Opieki nad dzieckiem na Podwalu i Kroplę mleka. W zwiedzaniu brało udział przeszło 90 uczestników Zjazdu. *Fr. Ksawery Cieszyński* (Warszawa).

(Dok. nast.)

Z powodu dwudziestopięciolecia pracy ordynatorskiej składamy Czcigodnemu Jubilatowi, Doc. Dr. Władysławowi Janowskiemu szczere życzenia dalszej, jak dotąd, wydatnej, zasłużonej i owocnej pracy zarówno na polu naukowem, jak również na polu działalności ordynatorskiej.

Redakcja.

Wiadomości bieżące.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie.

XXVIII. Posiedzenie naukowe odbędzie się dnia 27. października b. r. o godz. 6-tej wieczorem w Poliklinice, ul. Lindego 5.

1. Pokazy. 2. Wykład prof. Dra Gluzińskiego Antoniego z Warszawy, jako gościa p. t. »W sprawie rozpoznawania kiły płuc«.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

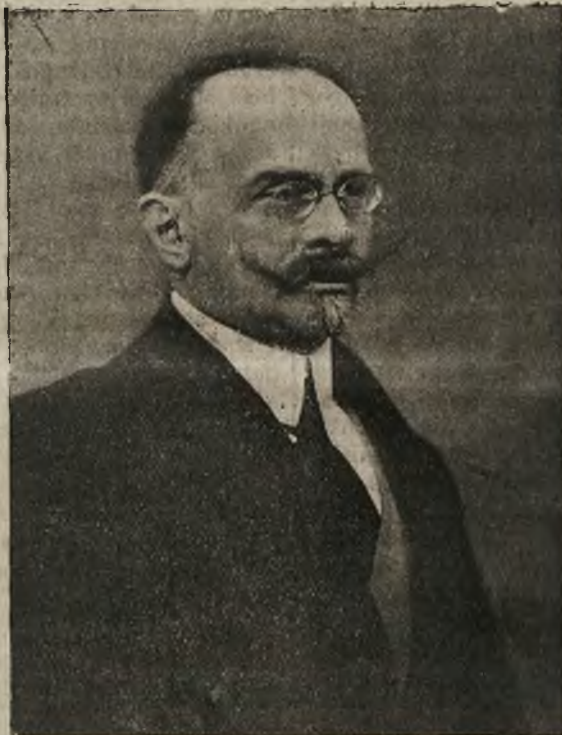
DOC. DR. MED. WŁADYSŁAWOWI JANOWSKIEMU

Z OKAZJI 25-LECIA PRACY ORDYNATORSKIEJ

POŚWIĘCAJĄ

UCZNIOWIE.

Nowe pokolenie lekarzy, rozpoczynające swe życie zawodowe na jednym z obecnie istniejących oddziałów szpitalnych, nie potrafi może zrozumieć w całej rozciągłości tego olbrzymiego znaczenia, jakie dla młodych adeptów medycyny posiadali niektórzy ordynatorowie szpitalni pokolenia starszego. Co więcej, koledzy z dzielnicy Mało- i Wielkopolskiej nie wszyscy może zdawali sobie sprawę swego czasu z tego poważnego, rzec można, prawdziwie narodowego zadania, jakie stawało przed ordynatorami szpitali w byłej Kongresówce. Szło tu nie tylko o krzewienie prawdziwej wiedzy lekarskiej, której z małemi wyjątkami (Brodowski, Baranowski, Hoyer, Przewoski i nieliczni jeszcze) w uniwersytecie warszawskim nie można było znaleźć, musiano bowiem jeszcze dbać o hodowanie medycyny naukowej i praktycznej swojskiej, o uobywatelnienie młodych lekarzy, o wyrwanie ich z pod możliwych wpływów oficjalnej medycyny rosyjskiej. Nie było też mowy o jakiemś oddziaływaniu szowinistycznem, lecz o podtrzymywaniu sławnych tradycyj medycyny polskiej w jej najszlachetniejszych przejawach. Nic więc dziwnego, że niektórzy z ordynatorów w b. Kongresówce niezmiernie wysoko pojmowali swe ordynatorskie obowiązki, jako lekarza i obywatela, i odnosili się do nich z niezmiernym pietyzmem. Im to mamy do zawdzięczenia, że medycyna polska za czasów okupacji rosyjskiej nie zamarła, lecz rozwijała się bujnie, dając często o sobie znać w postaci cennych prac naukowych, pomimo trudności niezwykłych, z jakiemi się spotykała na drodze swego rozwoju. Ich to również zasługa, że, nie bacząc na brak wyższych zakładów naukowych, odpowiednio postawionych, pomimo utrudnień w dalszem kształceniu się liczba lekarzy świetnie wyszkolonych i wysoko dzierżących sztandar nauki lekarskiej w kraju stale wzrastała. Jednym z takich ordynatorów, naprawdę zasłużonych w medycynie polskiej, był ś. p. T. Dunin, a jednym z jego następców Władysław Janowski.



Jakże inne są warunki, w których teraz nowy ordynator zastaje oddział szpitalny (choć i obecnie często dalekie od ideału) w porównaniu z warunkami pracy szpitalnej przed lat 25 — nie mówiąc już o czasach jeszcze dawniejszych. Czy jest np. do pomyślenia w czasach obecnych prowadzenie oddziału w jednej, wprawdzie dużej, bo na 80 łóżek obliczonej sali szpitalnej, przez 3 czy nawet 4 ordynatorów zupełnie od siebie niezależnych, jak to działo się swego czasu w Szpitalu Dzieciątka Jezus, gdy mieścił się przy placu Wareckim? A w tych właśnie warunkach rozpoczął swą pracę ordynatorską Władysław Janowski. Zawdzięczając jednak nadzwyczajnej harmonji, jaka panowała na sali między poszczególnymi ordynatorami i ich asystentami, skupieniu i ciszy, w jakich zazwyczaj jednocześnie w rozmaitych końcach wielkiej sali szpitalnej wypełniali swe obowiązki zawodowe i pedagogiczne ci właśnie ordynatorowie — sala szpitalna robiła, bez przesady, wrażenie świątyni, a lekarze zarówno między sobą, jak i z chorymi, starali się mimowolnie rozmawiać cicho — niemal szeptem. Dziwne, podniosłe uczucie odbierał młody lekarz, który po raz pierwszy wkraczał do tego przybytku cierpienia, miłosierdzia i wiedzy, i który przekonywał się wkrótce, że to wszystko, czego się nauczył na uniwersytecie, tak daleko odbiega od rzeczywistego zetknięcia się z chorymi. To pierwsze wrażenie, przykład, jaki widział przed sobą, traktowanie chorego i choroby, sposób badania i rozumowania przy łóżku chorego, z jakiem się tu zapoznawał — najczęściej wywierały rozstrzygający wpływ na całe następne życie zawodowe takiego lekarza i stawały się wskazówkami, któremi mniej lub więcej kierował się w latach późniejszych. Jednym z takich ordynatorów o wybitnej indywidualności był właśnie Wład. Janowski, uczeń śp. Dunina. Janowski starał się w swej działalności ordynatorskiej kontynuować wysoce obywatelską i pedagogiczną pracę swego nauczyciela i dążyć do jeszcze większego jej rozwinięcia. Rozmiłowany w nauce niemal bez granic, stanął u progu ordynatury już jako zupełnie samodzielny pracownik i postanowił pokazać, co potrafi zdziałać. Otrzymał 16 łóżek na ogromnej sali, przeznaczonej dla chorych wewnętrznych, niczem od pozostałej części sali nie odgrodzonych. Ot i cały dobytek, jaki zastał Janowski, obejmując w roku 1897 z konkursu ordynaturę w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Z zapałem zabiera się do pracy i zaczyna stopniowo z uporem i miłością budować sobie warsztat pracy taki, któregoby się nie miał potrzeby powstydzić. Idąc w ślad swego mistrza, dniem i nocą myśli o stworzeniu najniezbędniejszej instytucji przy oddziale — pracowni, której rolę początkowo odgrywa z musu... stolik z najniezbędniejszemi narzędziami do wykonywania analiz, umieszczony w kącie sali w pobliżu jego łóżek. Jak wszelkiemi sposobami myśli o utworzeniu oddzielnej pracowni, jak ją uważa za wprost niezbędną do życia oddziału, dowodzi fakt, że przekształca na nią... ustęp, znajdujący się w pobliżu sali szpitalnej. A gdy, włożywszy w to sporo swego grosza, a jeszcze więcej swej pracy i energji, urządził przy pomocy pierwszych swych asystentów prawdziwą pracownię, — nikt z obcych nie wpadł na myśl, w jakiem pomieszczeniu się znajduje. Nizki to był i wązki pokój, powietrze od badanych tam wydzielin i kwasów często niezbyt było tam przyjemne, ale szef umiał wśród asystentów wzbudzać zapal i zamiłowanie do pracy, zapominało się więc o ujemnych stronach tej prymitywnej pracowni. Ile prawdziwie niezapomnianych, cennych, a co więcej, i wesołych chwil spędziło się w tej niedoskonałej pracowni oddziałowej! Janowski, zdając sobie sprawę z tego, że dopiero co »upieczony« lekarz — zwłaszcza w warunkach ówczesnego nauczania uniwersyteckiego, — wstępuje w progi szpitala, co

najwyżej mając o wszystkiem zaledwie pojęcie tylko teoretyczne, rozpoczynał z swymi asystentami naukę perkusji, auskultacji i badania chorego od samego początku. Niezmordowanie codziennie, po kilka godzin spędzając w szpitalu, pokazywał, jak należy opukiwać, zmuszał do dokładnego określania objawów wysłuchowych, przeprowadzał rozpoznanie różniczkowe w najdrobniejszych szczegółach, omawiał sposoby leczenia, stawiał rokowanie, uczył wszelkich sposobów badania wydalin i krwi, przyrządzania preparatów anatomopatologicznych — jednem słowem, był nauczycielem w całem tego słowa znaczeniu. Jednocześnie dbał o to, by asystenci dokładnie zaznajamiali się z piśmiennictwem lekarskiem — wskazywał, co należy czytać, i bardzo często dawał ze swego bogatego księgozbioru podręczniki i książki do studjowania i stale użyczał asystentom bieżących pism lekarskich w różnych językach.

Dalszym etapem w postawieniu oddziału na odpowiedniej stopie naukowej było zużytkowanie materjału oddziałowego do celów naukowych: opracowywanie przypadków kazuistycznych, zasługujących na ogłoszenie, i dążenie do wygotowywania prac o większej wartości naukowej. J a n o w s k i sam ogłasza szereg prac i zachęca do tego swych asystentów, częstokroć na początku wspólnie omawiając temat, mający być przedmiotem pierwszych kroków asystenta na niwie literackiej. Nie żałuje ani czasu ani pieniędzy na potrzebne do pracy przyrządy lub odczynniki. A tak zawsze potrafił przedstawić sprawę jako coś nadzwyczaj łatwego, tak przytem namawiał lekarza w tym względzie początkującego, tak mu wreszcie pracę przypominał i o nią przy lada okazji pytał, że nieraz, doprawdy, jedynym sposobem wyjścia było napisanie pracy omawianej. Podobnie zachęcał do referowania artykułów, umieszczanych w pismach zagranicznych, i starał się o drukowanie ich w pismach lekarskich warszawskich. W okresie pełnienia przez J a n o w s k i e g o obowiązków redaktora »Zdrowia« — postawił dział referatowy tego pisma na najwyższym poziomie, a liczni już podówczas jego asystenci stale referowali wyznaczone im czasopisma polskie, angielskie, francuskie, niemieckie i rosyjskie. Gdy w roku 1903 odbywał się w Warszawie Zjazd Higjeniczny, wyszkolony sztab własnych sprawozdawców - asystentów szybko i sprawnie dostarczał mu sprawozdań z wszystkich posiedzeń zjazdowych. — A i szef daje przykład, jak pracować należy, sam ogłasza liczne streszczenia i wiadomości (dotąd ogłosił ich z górą 600) z różnych działów patologji ogólnej, anatomji patologicznej, medycyny wewnętrznej, chorób kobiecych oraz higjeny.

Dbając ciągle o możliwe pogłębienie wykształcenia lekarsko-naukowego swych współpracowników i chcąc jak najwcześniej przyzwyczaić ich do krytycznego myślenia w dziedzinie rozpoznawania i leczenia chorób, J a n o w s k i urządza u siebie stałe posiedzenia naukowe, na których sam i wszyscy asystenci obowiązani byli stale referować rozmaite pisma lekarskie. Referaty owe były zwykle podstawą do dyskusji, z których wyłaniały się nieraz pomysły do prac kazuistycznych i doświadczalnych. Nierzadko któryś z asystentów odczytywał na takiem posiedzeniu referat zbiorowy, który następnie ukazywał się w tem, czy innem czasopiśmie lekarskiem polskiem.

Nic też dziwnego, że tego rodzaju system prowadzenia pracy na oddziale i poza nim, ta ciągła współpraca całego zespołu asystentów z swym szefem przyciągały całe szeregi lekarzy, którzy garnęli się na oddział, chcąc tu nauczyć się tego, czego w warunkach życia uniwersyteckiego warszawskiego żadną miarą nie byli w stanie posiąść. I nic to nie odstraszało młodych adeptów medycyny, że musieli przedewszystkiem odbyć nowicjat, polegający na pełnieniu przez czas nieraz dłuższy roli pomocnika jednego z starszych asystentów, na wykonywaniu analiz, zdejmowaniu tętna, określanin ciśnienia krwi i na spełnianiu innych tego rodzaju czynności pomocniczych. Dopiero po odbyciu takiego nowicjatu można było rachować na objęcie łóżek oddziałowych do prowadzenia osobistego. I tu zaczynał się nowy okres działalności: zbieranie dokładne wywiadów, dopilnowanie, by wszelkie badania pomocnicze zostały wykonane, zanim nadejdzie szef, któremu trzeba było przedstawić chorego, niemal zupełnie już zbadanego i z gotowem rozpoznaniem. Był to swego rodzaju egzamin, składany przed szefem, wprawdzie wymagającym, ale zawsze jednakowo życzliwym i starającym się nie zadrasnąć ambicji sprawozdawcy. Wytykanie błędów i opuszczeń czynione było zawsze w tak koleżeńskim i życzliwym tonie, że niepodobna było odnosić się do nich ujemnie. To też na oddziale zawsze panowała harmonja, a stosunek między asystentami i szefem był zawsze bardzo serdeczny, co też wpływało i na to, że i stosunek wzajemny asystentów był zawsze wyśmienity — praca na oddziale była, istotnie, wspólną sprawą. Bywały okresy na oddziale, kiedy jednocześnie pracowało na nim 14 lekarzy asystentów — a ogólna liczba uczniów dochodzi obecnie już do 100.

Stopniowe udoskonalanie się asystentów doprowadziło do tego, że na oddziale, o co J a n o w s k i dbał niezmiernie, byli lekarze, znający specjalnie najrozmaitsze gałęzie medycyny praktycznej. Dumą J a n o w s k i e g o było to, że mógł obejść się bez pomocy lekarzy z poza oddziału, gdyż chory na oddziale bywał najdokładniej i wszechstronnie zbadany tylko przez lekarzy oddziałowych.

Bez przerwy myśląc o podniesieniu swego oddziału, J a n o w s k i nie szczędził własnych pieniędzy na wzbogacenie pracowni (już specjalnie w nowym Szpitalu Dzieciątka Jezus urządzonej), na chemikalja i przyrządy, a chętnie bardzo udzielał pieniędzy na kupno i utrzymanie zwierząt doświadczalnych, niezbędnych przy wykonywaniu prac przez asystentów. W tych warunkach jasnem się staje, że dorobek pracy naukowej oddziału, jako całość, jest dość znaczny, bo wynoszący przeszło 60 prac naukowych, ogłoszonych pod kierunkiem J a n o w s k i e g o — przez asystentów oddziału — a z prac tych nadto 30 wydano w języku niemieckim i 12 w języku francuskim. Sam szef z 92 prac dotąd ogłoszonych drukiem — 65 napisał, będąc już na stanowisku ordynatora Szpitala Dzieciątka Jezus. Z tych 65 prac ogłosił 24 w języku niemieckim, 17 w języku francuskim, 3 we we włoskim, 1 w angielskim. Wobec braku miejsca nie mam możności wyliczenia na tem miejscu wszystkich cennych prac J a n o w s k i e g o, ale już sama liczba świadczy, jak sam pracował i jakim był przykładem dla swych uczniów, którzy również musieli wciągać się do pracy.

Tutaj pozwolę sobie wymienić choć tylko kilka z prac napisanych przez Janowskiego a świadczących o ich wartości i ogromie włożonej pracy, a mianowicie:

1. O znaczeniu diagnostycznem i prognostycznem dokładnego badania tętna.
2. Funkcjonalna diagnostyka serca i naczyń.
3. Przyczynek do znaczenia krzywych, otrzymanych przez przełyk z lewego przedsionka serca dla dokładnego rozpoznania choroby Stokes-Adamsa, oraz parę uwag o bradykardji.
4. Współczesne metody badania serca.
5. Prawidłowa nazwa szmerów sercowych w różnych stanach chorobowych.
6. Zaburzenia żołądkowe i kiszkowe w najpierwszych okresach gruźlicy płucnej,

i wiele wiele innych z różnych działów medycyny wewnętrznej.

Po za pracą na oddziale szef zachęca swych asystentów do brania czynnego udziału w posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, Towarzystwa Naukowego, w posiedzeniach klinicznych w Szpitalu Dzieciątka Jezus przez wybitny udział osobisty.

Dorobek naukowy oddziału byłby jeszcze wielokrotnie większy, gdyby nie przeszkody, jak wojna japońska i ostatnia wszechświatowa. Jeśli pierwsza już zrobiła wielką szczerbę w ciągłości pracy na oddziale przez wyrwanie na lat $2-2^1/_2$ większości lekarzy oddziałowych, to druga zupełnie niemal rozbiła organizację oddziału. Zmienione zupełnie warunki życia powojennego, tak utrudniające pracę naukową wogóle, musiały ujemnie odbić się na działalności oddziału. J a n o w s k i nie traci jednak swego zapału i stara się, choć z musu, nieco w mniejszych rozmiarach, dalej prowadzić swą działalność obywatelsko- pedagogiczną i naukową. Nie traci nadziei, że stopniowo na oddziale wróci wszystko do stanu kwitnącego, a życzyć sobie należy, by tak się istotnie stało. Dotychczasowa działalność J a n o w s k i e g o na oddziale w ciągu ubiegłych lat 25 wykazała, co można zrobić mimo

liczne przeszkody i brak środków. Należy przypuszczać, że dalsza Jego praca w lepszych warunkach przyniesie jeszcze dużo korzyści całemu społeczeństwu i państwu. Niechaj jaknajdłużej przysparza społeczeństwu dzielnych lekarzy, w których, poza zamiłowaniem do nauki, wpoić się stara miłość do cierpiącego i starą zasadę: *salus aegroti prima lex esto!*

Władysław Janowski urodził się w Warszawie 3 października 1866 r. Po skończeniu II-go gimnazjum w roku 1885 wstąpił na Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego, który ukończył *cum eximia laude* w roku 1890. W ciągu roku 1891 zdał egzamina na stopień doktora medycyny, który otrzymał po publicznej obronie rozprawy pod tytułem »O marskości żółtaczkowej wątroby«. Do czasu objęcia posady ordynatora w Szpitalu Dzieciątka Jezus (w lutym 1897 r.), którą otrzymał na zasądzie konkursu — Janowski pracuje w zakładzie anatomji patologicznej prof. W. Brodowskiego — jednocześnie pełni obowiązki asystenta szpitalnego przy oddziale chorób wewnętrznych Dr. med. T. Dunina, jest bakterjologiem m. Warszawy i przez pewien czas — po przeprowadzeniu studjów nad seroterapją błonicy w Berlinie i Paryżu — prowadzi oddział błoniczy w szpitalu Dzieciątka Jezus. — Od roku 1897 do 1905 obierany jest na redaktora pamiętnika Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego a następnie Zdrowia i pełni te obowiązki aż do zrzeczenia się. Oprócz tego Janowski jest członkiem licznych Towarzystw naukowych, a jako członek założyciel Towarzystwa naukowego warszawskiego — przez długi czas wybitnie czynną odrywał rolę w tem Towarzystwie.

W roku 1903 Akademja Wojskowo-Lekarska w Petersburgu mianuje Janowskiego docentem.

W. Ettinger.

H. BROKMAN i M. ERLICHÓWNA, Warszawa.

Objawy mózgowe w zapaleniu miedniczek nerkowych u dzieci.

(Z kliniki Chorób Dziecięcych Uniwersytetu Warszawskiego. Dyrektor Prof. M. Michałowicz).

Poruszając sprawę zapalenia miedniczek nerkowych u dzieci, rozumiemy dobrze, że klinika tego cierpienia jest lekarzom dobrze znaną; czynimy to jednak dlatego, że należy ono do tej kategorji cierpień, które nie zawsze bywają rozpoznawane i o których dobrze jest często przypominać. Czynimy to także z tej przyczyny, że w ciągu niespełna roku mieliśmy sposobność spostrzegać aż cztery przypadki, w których wystąpiły wybitne objawy mózgowe i na ten właśnie moment, ciekawy teoretycznie, a ważny ze względów rozpoznawczych, chcemy położyć szczególny nacisk.

Na pierwszy rzut oka mogłoby się wydawać, że w występowaniu objawów nerwowych w zapaleniu miedniczek nerkowych niema nic szczególnego, gdyż wiadomo, że pewna kategorja dzieci oddziaływa na wszelkie zakażenia objawami oponowemi, jak wymiotami, drgawkami itp. Widzi się tu jednak różnice, które postaramy się poniżej podkreślić.

Przypadek pierwszy. Leszek S., 8 miesięcy. Karmiony sztucznie od 4-go miesiąca, zwykle nieco blady, odżywienie średnie, zachorował 1. IX. 1921 r., ciepłota 39·6, lekkie zaczerwienienie gardzieli, badanie moczu wykazało obecność licznych ciałek ropnych i laseczek paracoli. Przez następne dni ciepłota dochodziła do 40°, rozpoczęły się częste wymioty, widoczna trudność w łykaniu, apatja lub niekiedy podniecenie. Stan półprzytomny, od czasu do czasu ruchy automatyczne lewą rączką, sztywność karku może lekko zaznaczona przy braku uwypuklenia ciemiączka oraz braku objawów Brudzińskiego i Kerniga przez cały czas choroby. Od 5—10 dnia napady podniecenia z krzykami »cri encephalique«. Objawy nerwowe ustępują stopniowo, równolegle do obniżenia się ciepłoty i zmniejszenia się ilości ropy w moczu.

Przypadek drugi. Cześ K., 10 miesięcy, odżywiany pokarmem mieszanym. Zmiany krzywicze średniego stopnia. Dnia 10. V. 1921 r. dostał nagle drgawek i gorączki, odtąd jęczy, jest nieprzytomny, żuje ciągle językiem. Badany przez nas po raz pierwszy na 6-ty dzień choroby; stan ciężki, ciepłota 39°, odruchy prawidłowe, pewien opór przy zginaniu karku, poza tem brak odruchów oponowych i brak uwypuklenia ciemienia, co stwierdziliśmy i w dalszym przebiegu choroby. Badanie moczu wykazało zmiany typowe dla zapalenia miedniczek nerkowych. Mocz bakterjologicznie nie badany. Przez następne 10 dni stan pozostaje bardzo ciężki, dziecko jest nieprzytomne, górne kończyny ma stale zgięte w stawach łokciowych, piąstki zaciśnięte, raz długotrwałe drgawki. Nakłucie lędźwiowe wykonane dziesiątego dnia choroby wykazało ciśnienie niewzmożone, płyn mózgowo rdzeniowy normalny. Po 4 dniach opadła gorączka, ustąpiły objawy nerwowe, oraz zmiany w moczu. Dalsze spostrzeganie wykazało jedynie nasilenie się sprawy krzywiczej.

Przypadek trzeci. Marysia H., miesięcy 6, odżywiana od początku pokarmem mieszanym, ostatnio sztucznie. Dnia 6. II. 1921 r. zachorowała nagle. W nocy gorączka, nad ranem objektywne badanie dziecka dało wynik ujemny; w moczu znaleziono dużo ciałek ropnych, bakterjologicznie laseczka coli. Po kilku godzinach nagle wystąpił napad: przy napiętem ciemiączku drganie powieki górnej lewej, sinica, sztywność kończyn, piana na ustach, nieprzytomna. Po pięciu minutach napad mija, przyjmuje pokarm. Po pół godzinie występują drgawki w lewej rączce, później w całej lewej kończynie górnej, lewym kącie ust, i lewych kończynach dolnych; deviation conjugée w lewo. Drgawki trwają 25 minut. Po napadzie obydwie lewe kończyny bezwładne zupełnie, brak odruchów ścięgnistych, po 15 minutach zaczyna poruszać nóżką, wkrótce odzyskuje tu władzę. Po pięciu godzinach mija bezwład kończyny górnej, powracają odruchy; po dwóch dniach ciepłota powraca do normy. W dalszym przebiegu drgawki nie powtarzały się, tylko dwukrotnie wystąpiła kilkusekundowa utrata przytomności z sinicą.

Przypadek czwarty. Betty R., amerykanka, 7 miesięcy. Karmiona mlekiem sproszkowanem, zachorowała, nagle 10. XI. 1921 r. z objawami ostrego zapalenia miedniczek nerkowych, wywołanego laseczką coli, przy ciepłocie 40°—41°. Po dwóch tygodniach choroby ciepłota się nieco obniżyła i. 37·5—38·5, jednocześnie występował szereg powikłań; czyraki, zapalenie ucha środkowego z ropotokiem. Zwracał przy tem szczególną uwagę brak jakichkolwiek objawów oponowych czy mózgowych. 20-go dnia przy nieźłym stanie ogólnym i ciepłocie 38—39° chwilowe rozdrażnienie jakby połączone z bólem, niepokój; tego samego dnia stwierdziliśmy wraz z Drem Flatau'em niedowład lewej górnej kończyny, która leży wiotko z rączką odrzuconą na zewnątrz. Czucie bólowe zdaje się być zachowane. Najwięcej dotknięte są mięśnie rączki. Niedowład ustępował szybko, po pięciu dniach można już tylko było stwierdzić pewną niezręczność w ruchach. Dziecko przechodziło potem różne ciężkie powikłania, ale już bez żadnych objawów ze strony układu nerwowego.

Streszczając się: u czworga niemowląt w wieku od 6-ciu do 10-ciu miesięcy wystąpiły nagle objawy ostrego zapalenia miedniczek nerkowych. W związku z tą sprawą stwierdziliśmy objawy podrażnienia ośrodków nerwowych. W przypadku pierwszym objawy najsłabszego stopnia trwały koło 10-ciu dni; polegały na wymiotach uporczywych, trudności w przełykaniu, upośledzonej przytomności, krzykach o charakterze mózgowych, ruchach automatycznych kończynami, rozdrażnieniu, występującym napadowo, przy braku objawów oponowych. W przypadku drugim objawy bardzo ciężkie trwały tak długo, jak sprawa zasadnicza — drgawki, brak przytomności, wymioty, napięcie kończyn, ruchy automatyczne językiem, nieznaczna sztywność karku przy braku wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, stwierdzonym zapomocą nakłucia. W przypadku trzecim objawy nerwowe wystąpiły napadowo na początku choroby — drgawki, trwające kilka godzin z uastępczem krótkotrwałem porażeniem lewostronnem; jedynie podczas napadu objawy zwiększenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego w postaci napięcia ciemiączka. W dalszym przebiegu już tylko dwukrotnie utrata chwilowa przytomności. W przypadku czwartym przy zupełnym braku objawów oponowych albo mózgowych w trzecim tygodniu choroby jednorazowo silne podniecenie, po którym wystąpiła monoplegia lewej górnej kończyny trwająca pięć dni, nie pozostawiając w następstwie po sobie żadnych śladów.

Pomimo, że żadne z tych dzieci nie było badane elektrycznie, możemy na zasadzie stałego spostrzegania przez czas dłuższy, dokładnego badania klinicznego, i braku objawów Chvostka i Trousseau wyłączyć istnienie skazy skurczowej.

Istota zaburzeń nerwowych w naszych przypadkach nie jest łatwą do wyjaśnienia. W odnośnem piśmiennictwie spotykamy rzadko krótkie tylko wzmianki o występowaniu objawów nerwowych: niektórzy autorowie (Göppert, Finkelstein, S. Maggiore, Thomson i inni) wspominają o pewnej sztywności karku, podnieceniu, budzących podejrzenie w kierunku sprawy oponowej; nie zdają się oni widzieć w tych objawach nic szczególnie charakterystycznego dla ostrego zapalenia miedniczek nerkowych. Jedynie Bokay, który pierwszy zwrócił w tym kierunku uwagę, radzi przy

występywaniu objawów oponowych pamiętać między innem o tem cierpieniu.

W naszych przypadkach objawy oponowe były nieznacznego stopnia, a nawet niepewne — brak klasycznych objawów: Kerniga, Brudzińskiego, napięcie ciemiączka tylko w trzecim przypadku i tylko w czasie napadu, nieznaczna sztywność karku tylko w drugim przypadku, w którym przez nakłucie stwierdzono brak wzmożonego ciśnienia. Możemy więc wyłączyć uogólnioną sprawę zapalną opon i wątpić o ich podrażnieniu. Natomiast objawy wzbudzały raczej podejrzenie na umiejscowienie w mózgowiu: rozdrażnienie, ruchy automatyczne, drgawki, niedowład połowiczy w przypadku trzecim, przykurczenie kończyn w drugim, krzyki mózgowe w pierwszych dwóch, monoplegja w przypadku czwartym. Jakiego rodzaju były te zmiany, czy polegały na miejscowem zaburzeniu w krążeniu, przekrwieniu lub niedokrwistości, obrzęku, uszkodzeniu komórek nerwowych pod wpływem jadów, czy drobnoustrojów, czy były jednakowe w każdym przypadku — żadnego z tych pytań nie potrafimy narazie rozstrzygnąć.

Nie mniej trudną do wyjaśnienia jest patogeneza omawianej sprawy. Prawdopodobnie odgrywają tu rolę dwa czynniki: mocz, zmieniony chorobowo pod wpływem zarazków, zastój moczu oraz właściwości fizjologiczne dróg moczowych. Stan zapalny dróg moczowych powodować może nieskoordynowane skurcze muskulatury i co za tem idzie utrudniać normalny odpływ moczu lub też nawet jego powrót w kierunku ku nerkom (regurgitacja). Zjawisko to, jeśli pojawia się, znalazłoby niejednokrotnie wyraz kliniczny w pewnem zmniejszeniu ilości moczu, zwłaszcza w początkowych okresach choroby. Zaznaczyć należy, że w naszych przypadkach ilość moczu nie była określana, co wogóle u niemowląt przedstawia poważne trudności techniczne. Szczególnej wagi nabiera ta okoliczność, jeśli weźmiemy pod uwagę, że miedniczki posiadają silną własność wchłaniającą, zwłaszcza w porównaniu z pęcherzem moczowym; zatrzymane i wessane tą drogą składniki moczu chorobowo zmienionego powodują prawdopodobnie objawy ze strony ośrodków nerwowych. Jakie składniki odgrywają tu rolę główną lub wyłączną nie wiemy, podobnie jak dotąd nie ustalono, na czem polega zatrucie ustroju w mocznicy.

Nie stwierdzając związku pomiędzy osobniczą konstytucją dzieci a omawianą sprawą, zaznaczamy tylko, że jedno z tych czworga dzieci było aż do zachorowania karmione wyłącznie sztucznie, troje było dziećmi rodziców inteligentnych, żadne z dzieci nie odznaczało się wybitną nerwowością ani szczególną skazą, tylko u jednego z nich stwierdziliśmy wyraźne objawy krzywicy, czynniki więc te nie mogły mieć wpływu na przebieg choroby. Patogeneza tej sprawy opiera się więc na razie tylko na przypuszczeniach, podobnie jak mechanizm powstawania samego zapalenia miedniczek nerkowych pozostaje dotąd kwestją sporną.

Występowanie objawów nerwowych w tem cierpieniu nie wpływa ujemnie na rokowanie; we wszystkich przypadkach, niezależnie od przebiegu sprawy zasadniczej, objawy, od najlżejszych do najcięższych, ustąpiły bez pozostawienia śladu. Różniczkowe rozpoznanie obejmuje przedewszystkiem grupę cierpień układu nerwowego: drętwicę karku, zapalenie surowicze opon, chorobę Heine-Medin'a, sprawy ogniskowe jak ropień mózgowia, zapalenie mózgowia, guz mózgowia. Z innych cierpień zapalenie ucha środkowego, zimnica, objawy podrażnienia opon mózgowo-rdzeniowych w przebiegu innych spraw zakaźnych — przedewszystkiem w zapaleniu płuc. Natychmiastowe badanie moczu w każdym przypadku z objawami mózgowemi, w którym stwierdzamy wysoką ciepłotę, uchroni nas niejednokrotnie przed fałszywem rozpoznaniem.

Leczenie objawów nerwowych w zapaleniu miedniczek nerwowych polega przedewszystkiem na uwzględnieniu sprawy zasadniczej; poza tem stosujemy zwykłe środki objawowe, okłady, kąpiele, brom, luminal; nakłucia lędźwowe stosowaliśmy tylko w przypadku drugim bez żadnego wyniku. Leczenia zasadniczego omawiać tu nie będziemy, zaznaczamy tylko, że autowakcyjna zdawała się wywierać wpływ korzystny na przebieg sprawy w przypadku pierwszym i trzecim.

Piśmiennictwo:

Bokay J. f. Kinderh. 87. 1918. Finkelstein L. d. Säuglingkrank. 1921. Göppert. Berl. Klin. Woch. 1909. N. 14. Posner Kraus i Brugsch 1920. Salvatore Magiore Pediatria. 1912. Strümpel 1920. Thomson. Mon. f. Kinderh. 1913.

MIECZ. GANTZ i STAN. SASKI. Warszawa.

O obecności lasecznikόw Kocha w krwi chorych na gruźlicę płuc.

(Z oddziału Doc. Dr. W. Janowskiego w Szpitalu Dz. Jezus w Warszawie).

Sprawa obecności zarazka swoistego we krwi chorych na gruźlicę płuc zaprzątała umysły badaczy już dawno, była bowiem przedmiotem badań niemal od czasów Villemin'a. Dopiero jednak lata ostatnie postawiły ją poważnie na porządku dziennym, cały bowiem szereg prac, poświęconych badaniom krwi na obecność lasecznikόw Kocha, próbował rzucić tą drogą światło na niektóre strony zakażenia gruźliczego. Czy powodem szczególnej obfitości prac, poświęconych ostatniemi laty sprawie omawianej, była chęć usprawiedliwienia znacznego odsetka wyników dodatnich odczynu t. zw. biologicznego (Pirquet, Moro, Mantoux itp.), czy chęć objaśnienia przez bakterjemję gruźliczą powstawania nowych bardziej oddalonych ognisk gruźliczych w ustroju zakażonym, czy też wreszcie szło o sprawdzenie nieprawdopodobnych wprost wyników, otrzymywanych przez rozmaitych autorów — dość, że sprawa obecności prątków Kocha w krwiobiegu chorych na gruźlicę była w szeregu prac roztrząsana dość wyczerpująco i sądzić obecnie można, iż jest dostatecznie wyjaśnioną.

Praca niniejsza, której celem było przekonanie się, czy i w jakim stopniu istnieje t. zw. bakterjemja gruźlicza — rozpoczęta w r. 1912, musiała ulędz zakończeniu na 31-em doświadczeniu skutkiem wojny w r. 1914. Trudne i od nas niezależne warunki uczyniły to, że dziś dopiero podajemy do wiadomości publicznej wyniki ówczesnych naszych badań. Przegląd piśmiennictwa, ogłoszonego podczas wojny, przekonał nas, że wyniki, przez nas otrzymane, były najbliżej istoty rzeczy (Möllers i Oehler w r. 1916 i Weihrauch w r. 1918).

Prace nad stwierdzeniem obecności lasecznikόw Kocha we krwi chorych gruźliczych szły w dwóch kierunkach: 1) jako badania na zwierzętach chorych na gruźlicę lub umyślnie zakażanych, 2) jako poszukiwania, czynione na ludziach. Niektóre poza tem prace zajmowały się sprawą uruchomienia prątków Kocha w ustroju zwierzęcym i ludzkim przez zastrzykiwanie tuberkuliny. Nie przytaczamy poniżej całego obecnie bardzo już obfitego piśmiennictwa omawianego przedmiotu, gdyż z jednej strony zajęłoby to zbyt dużo miejsca, po drugie ponieważ jest ono już uwzględnione w innych pracach np. u Möllersa i Oehlera lub Calmette'a.

Jeśli pokrótce wspominamy o badaniach na zwierzętach, to z góry naznaczyć należy, że niektórzy autorzy zadawalniali się stwierdzaniem obecności prątków pod drobnowidzem, inni prócz tego szczepili krew zwierząt zakażonych innym zwierzętom do otrzewny lub pod skórę, inni wreszcie posiłkowali się li tylko szczepieniami, dokonywanemi na zwierzętach. Ażeby dać pojęcie o rozbieżności otrzymanych wyników, dość wspomnieć, że np. Bacmeister i Rueben znajdowali stale pod drobnowidzem pałeczki kwasotrwałe we krwi zdrowych królików, gdy Lange i Lindeman nie mogli ich znaleźć we krwi zdrowych królików, zaś Ischio Haga podobnie nie znajdował ich we krwi zdrowych świnek. We krwi świnek zakażonych [1]) drogą szczepień Möwes znajdował laseczki kwasotrwałe w 71—72%, Hage — przy szczepieniu pod skórę w 29,4%, Rabinowicz we krwi z żył miała wynik ujemny, z serca — dodatni; Kurashige

[1]) Bardzo interesujących badań Karwackiego, jako mniej odnoszących się bezpośrednio do poruszanej przez nas sprawy, obszernie nie omawiamy.

znajdował stale laseczki we krwi królików, zakażonych przed 9 miesiącami. Gdy dalej Titze, Thieringer i Jahn w 12 przypadkach gruźlicy u bydła ani razu nie znaleźli pod drobnowidzem prątków Kocha, Dressel stwierdził ich obecność w 12 przypadkach pod drobnowidzem 4 razy, w szczepieniach zwierzętom ani razu.

Już ten pobieżny przegląd niektórych tylko prac, dotyczących badań na zwierzętach, wyraźnie uwydatnia tę rozbieżność wyników. Ta sama, jeśli nie większa jeszcze, rozbieżność daje się zauważyć w wynikach poszukiwań, odnoszących się do krwi ludzi, chorych na gruźlicę. I tu mamy prace z badaniami ři tylko drobnowidzowemi, jak i takie, które uciekają się do badań pod drobnowidzem i na zwierzętach. I tu jedni znajdują laseczniki Kocha w znacznym odsetku u ludzi zdrowych (Kurashige w 59%), inni stwierdzają ich obecność prawie u wszystkich chorych lub podejrzanych o gruźlicę (Kurashige, Kennerknecht itp.). Niektórzy autorowie (Liebermeister) otrzymują rozmaite wyniki zależnie od tego, kiedy biorą krew od chorych — tuż przed śmiercią, czy w okresie bardziej oddalonym od zgonu. Zaznaczyć się godzi, że duży odsetek wyników dodatnich odnosi się do badań przeważnie tylko dorobnowidzowych. W naszem piśmiennictwie mamy pracę Rosenblatówny, która u osesków i dzieci 12 razy pod drobnowidzem znalazła pałeczki kwasotrwałe (na 32 badania). W zestawieniu z szczepieniami, dokonywanemi na zwierzętach, wyniki badań drobnowidzowych bardzo odbiegają zazwyczaj od wyników szczepień. Rumpf, który np. we wszystkich badanych przez siebie przypadkach stwierdził pod drobnowidzem laseczniki kwasoodporne we krwi, gdy szczepienie dało tylko 3 razy wynik dodatni, zastanawiając się nad tem wysoce paradoksalnem zestawieniem, sądzi, że albo laseczniki, przez niego stwierdzane, nie są lasecznikami Kocha, albo są to laseczniki nieżywotne, albo wreszcie wynik szczepień wypadał ujemnie na skutek jednoczesnego wprowadzania z zarazkiem niweczników, zawartych we krwi. Z tych samych powodów niektórzy autorowie wstrzykują krew całkowitą, inni jedynie osad, otrzymany w ten czy inny sposób po uwolnieniu go od krwi, inni stosują oba sposoby. Są i tacy, którzy, w obawie przed możliwością hamującego wpływu otrzewny, wolą wstrzykiwać krew pod skórę świnkom morskim.

Mimo wszystko rozbieżność, i to dość znaczna, istnieje między wynikami, otrzymywanemi przez rozmaitych autorów. Już sama rozbieżność co do wyników badań drobnowidzowych musi zastanowić każdego czytelnika krytycznego. Jeżeli wogóle zdumiewa prawie stale krążenie laseczników gruźliczych we krwi ludzi chorych, to cóż dopiero mówić o prawie stałej obecności prątków Kocha we krwi ludzi zdrowych, jak tego chcą niektórzy autorowie. Należy przy tem zauważyć, że tak łatwe znajdowanie laseczników w niewielkiej stosunkowo ilości krwi we wszystkich niemal badanych przypadkach przemawiałoby za krążeniem stałem we krwi sporej ilości zarazka, co znów musiałoby pociągnąć za sobą odpowiednie skutki pod względem występowania ognisk wtórnych i spraw rozsianych. Codzienne spostrzeżenia kliniczne zdają się odrazu przeczyć przypuszczeniu stałego krążenia laseczników swoistych (w znacznej przy tem ilości), spory zaś odsetek wyników dodatnich odczynów gruźliczych biologicznych bynajmniej nie musi iść w parze z obecnością laseczników we krwi. Należałoby więc przypuścić, że albo doświadczenia, dotyczące tylko badań drobnowidzowych, zawierają błędy, polegające na przyjmowaniu jakichś tworów kwasotrwałych za laseczniki swoiste, albo też że są to wprawdzie laseczniki kwasoodporne, lecz nieswoiste, pochodzące z zanieczyszczeń, lub też nieraz stwierdzane we krwi ludzi zdrowych, a pochodzące z kiszek lub z powierzchni skóry (Bergeron, Bezançon, Gouget, Pribram). Niepodobna wykazać w każdem z badań poszczególnych, na czem polegał błąd. To jednak potrzeba mieć na uwadze przy ocenianiu wyników badań za pomocą barwienia według Ziehl'a, że 1) pałeczki kwasotrwałe mogą pochodzić z wody wodociągowej, 2) z niedokładnie oczyszczonych naczyń, używanych do badań, 3) że, jak dowodzi Kahn, cząsteczki włóknika, otoczki krążków czerwonych mogą zatrzymywać barwnik czerwony, naśladując często pałeczki kwasotrwałe. A choć Haga nie podziela zdania Kahna, iżby otoczki czerwonych krążków i ciała wogóle białkowe krwi mogły przypominać prątki Kocha, to wypowiada jednocześnie przypuszczenie, że przyczyną błędów są pałeczki z zanieczyszczeń lub też te, które przypadkowo przedostają się do krwi przez śluzówkę dróg oddechowych, trawiennych czy moczopłciowych.

U nas Dębiński szukał prątków we krwi, otrzymując ją przez przystawianie pijawek i przez posiew krwi — z wynikiem ujemnym.

Tak czy inaczej samo drobnowidzowe badanie krwi na obecność laseczników Kocha, jako kryjące w sobie cały szereg możliwych błędów, nie może być wystarczającem i wymaga doświadczeń kontrolujących w postaci szczepienia krwi badanej zwierzętom zdrowym.

Lecz i te ostatnie próby nie są, jak się okazuje, wolne od zarzutów. Już powyżej wspomniano o tem, że niektórzy autorowie uciekają się do zastrzykiwań podskórnych a nie dootrzewnowych na tej jakoby zasadzie, że otrzewna odznaczać się ma większą nieco odpornością, dootrzewnowe więc wprowadzanie zarazka może dać mniej wyników dodatnich. Inni widzą przyczynę małego odsetka wyników dodatnich w porażającym wpływie krwi chorego, w której mają znajdować się ciała, hamujące rozwój zarazka gruźliczego. Jeszcze inni twierdzą, że, wobec niewielkiej liczby prątków, krążących nieraz czy stale we krwi chorego, jedynie wprowadzenie do ustroju zwierzęcia sporych ilości krwi może być miarodajne. Tem dziwniejszem wydaje się wobec tego rodzaju zastrzeżeń, że cały szereg autorów otrzymuje nieraz zupełnie rozbieżne wyniki, posiłkując się temi samemi metodami badania drobnowidzowego, lub też mają znaczny odsetek wyników dodatnich nawet wtedy, gdy do badania drobnowidzowego biorą niewielką stosunkowo ilość krwi. Mniejsza rozbieżność daje się zauważyć w wynikach badań, dokonywanych na zwierzętach.

Gdy Klopstock i Seligman, Möwes i Bräutigam, A. Mayer, Fischer i inni nie mogli stwierdzić wyniku dodatniego szczepienia krwi chorych na gruźlicę świnkom morskim, Rothacker i Charon 1 raz tylko mieli wynik dodatni (na 45 przyp.) w przypadku prosówki, Bernard z współpracownikami 4 razy na 41 chorych, Ameuille i Kindberg w 20%, Ischio Haga w 24,2% pod drobnowidzem i w 26,2% na zwierzętach, Möllers i Oehler, którzy tylko wstrzykiwali zwierzętom pod skórę krew odwłókniona ludzką, mieli 8,57% wyników dodatnich, zaś Weihrauch, wstrzykując niezmienioną krew świnkom do otrzewny, otrzymał podobny (7,4%) odsetek wyników dodatnich.

Badania nasze zapoczątkowaliśmy, jak już wspomniano, w r. 1912, t. j. wtedy, kiedy przeważnie ogłoszono prace, oparte na badaniach niemal wyłącznie drobnowidzowych. Wynik niektórych z nich był tak zastanawiający, że wprost zmuszał do osobistego przekonania się, jak istotnie stoi sprawa obecności laseczników we krwi chorych na gruźlicę. Nie było wtedy jeszcze w druku wielu z prac, już powyżej pobieżnie wspomnianych, nie było i klasycznego dzieła Calmette'a, który (1920 r.) jest zwolennikiem twierdzenia, że »w zakażeniu gruźliczem, nawet lekkiem, krew zawiera prawie stale prątki«, wyniki zaś ujemne wywołane są przez zużytkowanie małych ilości krwi, w której poza tem prawdopodobnie znajduje się pewna ilość t. zw. niweczników.

Ogółem zbadaliśmy na obecność laseczników gruźliczych krew 30 chorych na gruźlicę. W jednym przypadku krew badana była dwukrotnie, czyli wykonaliśmy 31 badanie. Krew braliśmy przeważnie od chorych gorączkujących z daleko posuniętą gruźlicą. U wszystkich chorych obecne były mniej lub więcej rozległe zmiany w płucach, u 11-tu zajęta była ponadto krtań, u 1-go krtań i przełyk, u 1-go opłucna (*pleuritis sicca*), u 1-go nerki, wreszcie w jednym przypadku stwierdzono przy badaniu pośmiertnem poza gruźlicą płuc i krtani guz serowaty w móżdżku.

W pierwszej serji, obejmującej 15 badań, wprowadziliśmy świnkom morskim do otrzewny krew całkowitą, wziętą z żyły chorego. Wstrzykiwaliśmy od 2 do 8 sz. cm., przeważnie po 5 sz. cm. W 4 przypadkach świnki padły w prze-

ciągu kilku, względnie kilkunastu dni, po szczepieniu z przyczyn ubocznych. Z pośród pozostałych 11 świnek 7 zabito, względnie padły po upływie 4—10 tygodni po szczepieniu, przy czem u żadnej z nich zmian gruźliczych nie stwierdzono. Cztery świnki, pozostawione przy życiu w czasie spostrzegania, trwającego kilka miesięcy, nie zdradzały jakichkolwiek objawów choroby. A zatem, w tej serji doświadczeń z 11 badań, które można uważać za miarodajne, wszystkie dały wynik ujemny.

Biorąc pod uwagę, że nieliczne laseczniki gruźlicze, znajdujące się we krwi całkowitej, wstrzyknięte wraz z nią do otrzewny świnki morskiej, mogą, ewentualnie, ulegać uszkodzeniu wskutek działania swoistych ciał przeciwbakteryjnych, przeszliśmy w 2-giej serji naszych badań do metod, umożliwiających zakażanie świnek odwirowanym osadem krwi, oddzielonym od osocza. Równocześnie część osadu poddawaliśmy dokładnemu badaniu drobnowidzowemu w preparatach, barwionych według Ziehl-Neelsena.

W serji 2-iej zbadaliśmy krew 16 chorych. W jednym przypadku świnka padła 2 dni po zastrzyknięciu osadu; po wyłączeniu więc tego doświadczenia na śwince pozostaje ogółem 15 badań, w których osad krwi zastrzyknięty został do otrzewny świnki morskiej oraz zbadany drobnowidzowo, i jedno badanie, w którem osad był zbadany tylko pod drobnowidzem.

W pierwszych dwóch doświadczeniach tej serji posiłkowaliśmy się metodą, używaną przez Kennerknecht, która, nawiasem mówiąc, znajdowała pod drobnowidzem pałeczki u chorych na gruźlicę w 100%, u osób podejrzanych w 90%, u osób, klinicznie nie mających objawów gruźlicy, w 44%. Wyniki te 13 razy były potwierdzone przez szczepienie zwierzętom. Do badań tych braliśmy do dwóch probówek z szczawianem potasu po 1 sz. cm. krwi i po odpowiednich manipulacjach — ściśle według przepisu Kennerknechta — osad jednej z nich po odwirowaniu badaliśmy pod drobnowidzem, osad zaś drugiej, zawieszony w niewielkiej ilości (do 2 sz. cm.) wody przekroplonej, zastrzykiwaliśmy śwince morskiej do otrzewny.

W dalszych 10 badaniach braliśmy od każdego chorego po 10 sz. cm. krwi, które wlewaliśmy bądź do 2 probówek, zawierających po 25 sz. cm. 0,2%-go roztworu szczawianu potasu, do każdej po 5 cm. sz. krwi, bądź też do 4 probówek z 12,5 cm. sz. szczawianu potasu po 2,5 cm. sz. krwi do każdej. W dalszym ciągu postępowaliśmy według Rumpf'a. Mianowicie płyn wirowaliśmy na wirówce elektrycznej w przeciągu $1/2$—1 godziny. Po zlaniu płynu, do zawieszonego w 5—10 cm. sz. wody przekroplonej osadu dodawaliśmy czystej antyforminy aż do zupełnego rozpuszczenia się osadu. Przy 5 cm. sz. wody wystarczała zazwyczaj 1 kropla antyforminy. Następnie dodawaliśmy równą ilość 60% wyskoku i wirowaliśmy w ciągu 30—40 minut. Po zlaniu płynu, osad z jednej, względnie dwóch probówek badaliśmy pod drobnowidzem, osad zaś z pozostałej lub pozostałych probówek zawieszaliśmy w niewielkiej ilości fizjologicznego roztworu soli i zastrzykiwaliśmy śwince do otrzewny.

Jakkolwiek badania Kurashige, Quernera, Uhlenhuta i Seemanna, jak i wynik jednego z naszych badań — przemawiają za tem, iż antyformina, działając w użytem przez nas stężeniu i w przeciągu czasu, przez nas stosowanym, nie niszczy zjadliwości i żywotności laseczników gruźlicy, niemniej jednak w dalszych badaniach chcieliśmy się zabezpieczyć przeciwko tej ewentualności. W tym celu w ostatnich 4-ech badaniach poddawaliśmy działaniu antyforminy i wyskoku wyłącznie tę część osadu, którą przeznaczaliśmy do badania drobnowidzowego, część zaś, przeznaczoną do zastrzykiwania zwierzętom, przemywaliśmy tylko roztworem fizjologicznym soli, wirując płyn 40—80 minut, czyli 2 razy dłużej, niż uprzednio, stosując antyforminę. Osad odwirowany wstrzykiwaliśmy świnkom do otrzewny z niewielką ilością soli.

Jak już zaznaczono, badaliśmy w 2-iej serji krew 16-tu chorych na gruźlicę. Wynik badania drobnowidzowego był następujący: w 13 przypadkach nie znaleźliśmy tworów kwasoodpornych, przypominających laseczniki gruźlicze, w 3-ech zaś stwierdziliśmy obecność pojedynczych prątków o cechach morfologicznych laseczników gruźliczych. W wymienionych trzech przypadkach osad otrzymano z 5 cm. sz. krwi. W jednym z nich (dośw. Nr. 18) znaleziono po jednym prątku w dwu preparatach (z pośród trzech). W przypadku drugim (dośw. Nr. 21) na 3 preparaty znaleziono w jednym — jeden prątek kwasoodporny. Wreszcie w trzecim znaleźliśmy (dośw. Nr. 26) w jednym preparacie (z dwóch) 3 prątki kwasoodporne. Godzi się zauważyć, że przeglądaliśmy preparaty drobnowidzowe z możliwą dokładnością i uwagą, oglądając całą powierzchnię preparatu z pomocą stolika ruchomego.

Co się tyczy szczepień, to z pośród 16 świnek, zakażonych osadem krwi, jedna padła 2 dni po zastrzyknięciu osadu, przeto nie może wchodzić w rachubę, pozostałe zaś wyżyły i były obserwowane w ciągu czasu, wystarczającego dla rozwinięcia się sprawy gruźliczej. U jednej tylko, która padła po $2^1/_2$ miesiącach, stwierdziliśmy obraz uogólnionej gruźlicy narządów wewnętrznych, poparty dodatnim wynikiem badania gruczołów na obecność prątków Kocha We krwi odnośnego chorego (dośw. Nr. 21) stwierdziliśmy również i pod drobnowidzem obecność prątków gruźliczych. Pozostałe świnki zostały zabite, względnie padły przygodnie w okresie 4—12 miesięcy po wprowadzeniu osadu do otrzewny. U żadnej z nich nie mogliśmy stwierdzić najmniejszych zmian, świadczących o obecnej lub przebytej gruźlicy.

Reasumując wyniki naszych badań, stwierdzamy, iż na 11 badań z wprowadzaniem 2-8 cm. sz. krwi całkowitej chorych na gruźlicę do otrzewny świnek morskich — wszystkie dały wynik ujemny. Przy poszukiwaniu laseczników Kocha w osadzie, otrzymywanym po odpowiednich manipulacjach, dokonanych z krwią, stwierdziliśmy pod drobnowidzem laseczniki w 3-ech przypadkach z 16-stu, więc w 18,75%, po zaszczepieniu zaś osadu świnkom — w jednym z 15-stu, czyli w 6,6%.

Zestawiając wyniki, otrzymane przez nas, z wynikami badań innych autorów, widzimy, iż, odnośnie do badań drobnowidzowych, odbiegają one znacznie od rezultatów prac, wykonanych w pierwszym okresie poszukiwań prątków Kocha we krwi, kiedy autorowie niektórzy stwierdzali ich obecność pod drobnowidzem w 89—100% przypadków. Najbliżej naszych wyników z prac okresu I-go (1910 r.) stoi praca Jessen i Rabinowicz, którzy podają wynik dodatni badania drobnowidzowego w 19,5%.

Odsetek wyników dodatnich w doświadczeniach ze szczepieniem — u nas 6,6% — stoi najbliżej wyników prac Möllersa i Oehlera (8,57%) i Weihraucha (7,4%). Czy ten nizki odsetek nie zależy istotnie, jak twierdzą niektórzy autorowie, od zbyt małej ilości krwi, branej przez nas do badań (2.—8 ctm. sz.), zaś w doświadczeniach z wstrzykiwaniem krwi całkowitej i od obecności niweczników — trudno orzec z pewnością. Według niesprawdzonych dotąd badań Klemperera w 5-ciu cm. sz. krwi chorych na gruźlicę znajdować się ma przeciętnie 2—5 laseczników gruźliczych, nigdy zaś więcej ponad 15—20, do zakażenia zaś świnki w warunkach doświadczalnych potrzeba, według tego samego autora, conajmniej 10 laseczników. Calmette i Massol podają również liczbę, przekraczającą 10 laseczników przeciętnej złośliwości, jako niezbędną przy wprowadzeniu dożylnem do wywołania zakażenia gruźliczego świnki morskiej. Może dalsze badania, oparte na bardzo dużym materjale i posiłkujące się dużemi ilościami krwi, przy zachowaniu możliwych środków ostrożności, rzucą jeszcze nieco światła w tej sprawie.

Nasze badania w zestawieniu z danemi z literatury pozwalają na wysnucie wniosków następujących:

1. We krwi chorych na gruźlicę płuc mogą znajdować się laseczniki gruźlicze, zdolne do rozwoju.

2. Bakterjemja ta nie jest stałą i daje się stwierdzić w stosunkowo niewielkiej liczbie przypadków.

3. Metoda drobnowidzowa laseczników Kocha we krwi chorych przewyższa pod względem liczby wyników dodatnich metodę szczepienia zwierzętom pracownianym, ustępuje jednak tej drugiej metodzie pad względem pewności wyników, kryje

bowiem w sobie źródła licznych błędów, szczególnie w rękach niedość doświadczonego badacza.

Piśmiennictwo.

A. Calmette. L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux 1920. — Ischio Haga. Ueber das Vorkom. und den Nachweis von Tuberk.-baz. im ström. Blute. Veröff. der Rob.-Koch-Stift. 1916. — Möllers u. Oehler. Die Tuberkelbac. im ström. Blut. Veröff. der Rob.-Koch-Stiftung 1916. — Weihrauch. Beitr. z. Klin. d. Tub. t. 39, r. 1918. — Dębiński. Djagnostyka gruźlicy, cz. I. — Rozenblatówna. Przegl. Pedjatryczny 1913, t. V. — L. Karwacki. Zakażenie obiegu krwi przez prątki Kocha w gruźlicy doświadczalnej. Spraw. z posiedz. Tow. Nauk. Warsz. 1916, Nr. 9.

R. HERTZ, b. st. ordynator. Warszawa.

O zachowaniu się białych ciałek krwi w zimnicy.

Szpital I. Okręgowy (Ujazdowski). Oddział kliniczny chorób wewnętrznych.
(Kierownik Prof. Dr. E. Żebrowski, Ppułk.-lek.).

Napady zimnicy w naszym klimacie ustępują zazwyczaj szybko w następstwie działania chininy; przeważnie już na 3—4 dzień stosowania chininy *per os* ciepłota spada do normy i tylko w nielicznych przypadkach zmuszeni jesteśmy wstrzykiwać bądź to chininę, bądź też neosalwarsan. W tych czy innych przypadkach, pomimo stałego podawania chininy przez czas dłuższy, niema się często pewności, czy chory rzeczywiście został wyleczony zupełnie. Nawet u osobników pozornie zdrowych (normalna ciepłota, brak niedokrwistości, prawidłowa śledziona) można spostrzegać, zwłaszcza w pierwszych miesiącach, typowe nawroty, bądź też napady poranne, względnie później takie objawy, jak nerwoból, biegunki i inne objawy, co do których trudno powiedzieć, czy należy je odnieść do przewlekłej zimnicy, czy tylko są następstwem przebytego zakażenia. Ponieważ u osobników takich tylko wyjątkowo stwierdza się pasorzyty we krwi, przeto starałem się dociec, czy nie dałoby się zauważyć we krwi innych stałych zmian morfologicznych, które pozwalałyby ustalić, że zimnica jest jeszcze w okresie czynnym.

Już pierwsze badania przekonały mnie, a następne potwierdziły, że zmiany, dotyczące krwinek czerwonych, mianowicie anisocytoza, aniso- i hypocyto-chromia, nakropienie Schüffnera oraz t. zw. zasadochłonne, następnie wielobarwliwość występują w okresie wolnym od gorączki niestale i wogóle nieczęsto; natomiast zmiany, spostrzegane w białych ciałkach krwi, zwłaszcza, o ile dotyczą wzajemnego ich stosunku do siebie, upoważniają do pewnych wniosków praktycznych. Zanim omówię je w szczegółach, przytoczę i dane z piśmiennictwa, o ile dotyczą zachowania się białych ciałek krwi w zimnicy wogóle. Według Ziemanna na początku napadu spostrzega się obojętnochłonną leukocytozę, która na szczycie i pod koniec napadu ustępuje miejsca neutropenji oraz względnej mononukleozie i limfocytozie; przy każdym następnym nawrocie leukocytoza zaznacza się słabiej; dla przewlekłej zimnicy charakterystyczna jest mononukleoza. Również Schilling (przyt. u Nochta, *Die Malaria 1910*) oraz Gotheim (*Fol. haem.* T. XI. Z. III.) widywali podczas napadu zimnicy nieznaczną neutrofilozę z przesunięciem obrazu krwi, według Arnetha, na lewo; po napadzie występowała leukopenja z mononukleozą i limfocytozą. Leukocytozę (do 10.000) i neutrofilję spostrzegał również v. Jagić (*Die diagnost. Verwertung des Leukocytenbildes 1919*), ale tylko podczas dreszczy i nie dłużej, niż pół godziny. Inne wyniki otrzymywali Loevy (*Fol. haem.* T. XX. Z. 2), Stoss (*ibidem*) oraz Wiener (*Klinik u. Therapie der Malaria 1918*), którzy podczas napadu najczęściej spostrzegali mononukleozę. Bardziej jednolite są wyniki autorów francuskich (przyt. u Rieux, *Fol. haem.* T. XVII. Z. 4); według nich w okresie poprzedzającym i na początku napadu, czyli w okresie dojrzewania schizontów i uwalniania się merozoitów, liczba białych ciałek krwi spada do 4—2.000 i niżej; pod koniec napadu, kiedy merozoity przedostają się do krwinek, leukopenja ustępuje miejsca leukocytozie, która trwa krótko i znów przechodzi w leukopenję. Leukopenja utrzymuje się dłuższy czas po napadzie i zależy od zmniejszonej liczby wielojądrowych obojętnochłonnych, przyczem liczba limfocytów pozostaje normalna, a nawet stosunkowo zwiększona.

Pewne wnioski praktyczne z zachowania się białych ciałek wyprowadza v. Jagić; a mianowicie utrzymuje, że trwanie monocytozy we krwi stanowi o możliwości nawrotu oraz Jardo (przyt. u Jagić'a), który uważa przypadek zimnicy za wyleczony dopiero wtedy, kiedy monocytoza ustępuje ze krwi.

Rozporządzając względnie wielkim materjałem zimniczym w Szpitalu Ujazdowskim na wiosnę 1921 r., dokonałem przeszło 150 morfologicznych badań krwi na preparatach mazanych i barwionych May-Giemsą u 100 chorych[1]). Badania te dadzą się podzielić na trzy kategorje: do pierwszej zaliczyłem badania, dokonane w okresie gorączki i tylko o tyle, o ile jednocześnie stwierdzono na preparatach obecność pasorzytów[2]) (54 chorych — 61 badań); druga kategorja obejmuje badania, dokonane w jakiś czas po napadzie (57 chorych — 79 badań); do trzeciej kategorji zaliczyłem przypadki, rozpoznawane, jako zimnica, w których przez dłuższy czas lub też zupełnie nie udawało się stwierdzić pasorzytów we krwi (8 chorych — 16 badań). Nie mogąc dla braku miejsca podać wszystkich tablic *in extenso*, ograniczam się do zestawienia pierwszej.

Liczba białych ciałek krwi, o ile sądzić można z preparatów, nie przekraczała zazwyczaj normy; w przypadkach, w których dokonano obliczenia, nie przekraczała 9.000; w 20-tu przypadkach była tak mała (leukopenja), że niekiedy niepodobna było obliczyć wzajemnego stosunku białych ciałek krwi (najniższa liczba 2.200); z tych 20 przypadków, w dziesięciu zanotowano względną limfocytozę, a w czterech względną neutrofilję. Co się tyczy pozostałych przypadków, to w 26 przeważała limfocytoza (od 33—70%), przyczem w 8 przypadkach limfocytozie tej towarzyszyła monocytoza (od 8% w zwyż); w 8 innych przypadkach występowała na plan pierwszy tylko monocytoza (od 8—14%); wreszcie w 6 przypadkach stwierdzono względną neutrofilję (75% i wyżej). Trzydzieści razy stwierdzono obecność eozynofilów (1—3%), tylko w dwóch przypadkach eozynofilja była większa (9 i 11%), co wskazuje, że w zimnicy krwinki eozynochłonne nie koniecznie giną w krwiobiegu. O komórkach plasmatycznych oraz myelocytach obojętnochłonnych, które niekiedy stwierdzałem w ilości bardzo nieznacznej, wspominam tylko pobieżnie. Nadmienić muszę, że nie udało mi się stwierdzić różnic zasadniczych w obrazie krwi u osobników, którzy dawniej chorowali na zimnicę, czy też teraz zapadali po raz pierwszy, jak również u leczonych, bądź nie leczonych chininą, wreszcie podczas pierwszego, czy też każdego następnego napadu.

Wnioski praktyczne. 1. Podczas napadu zimnicy nie stwierdza się tak wyraźnie zaznaczającej się na preparatach leukocytozy, jak to miewa miejsce w innych chorobach zakaźnych (dur powrotny, osutkowy);

2. najczęściej liczba białych ciałek krwi wydaje się być normalną, przyczem stosunkowo przeważają, i to znacznie, limfocyty. (Podobny obraz krwi przy gorączce stwierdza się w grypie, krztuścu, śwince, gruźlicy, kile, ziarnicy, po wprowadzeniu surowicy). Dość często limfocytozie towarzyszy, bądź też występuje samoistnie, monocytoza;

3. w przypadkach, które cechuje leukopenja ze względną limfocytozą, obraz krwi zbliżony jest do spostrzeganego w durze brzusznym (również w kala-azar i w gorączce maltańskiej): w innych znów, w których występuje leukopenja z neutrofilją, przypomina wzór, który się widuje w ciężkiej postaci posocznicy. W przypadkach takich obecność krwinek eozynochłonnych byłaby rozstrzygającą na korzyść zimnicy;

4. w zupełnie nielicznych przypadkach na plan pierwszy występuje względna leukocytoza;

5. w żadnym przypadku napadu zimnicy obraz krwi nie był normalny.

---

[1]) Badania w pracowni kol. Z. Szymanowskiego przy Szpitalu Ujazdowskim dokonane przezemnie osobiście, częściowo zaś przez laborantkę p. J. Olczykównę pod moim kierunkiem. Kol. Sz. i pannie O. składam na tem miejscu podziękowanie.

[2]) We wszystkich przypadkach mieliśmy do czynienia z postacią trzeciaczkową zimnicy.

Co się tyczy zachowania się białych ciałek krwi u chorych od dłuższego czasu (14 dni do 6—7—8 tygodni) już nie gorączkujących, to w żadnym przypadku nie stwierdzono leukopenji; w przypadkach, w których dokonano obliczenia, liczby białych ciałek krwi wahały się od 7—10 tysięcy; z pośród 79 badań, w 70-ciu znaleziono względną limfocytozę; w dwudziestu liczba limfocytów wahała się od 32—40%, w trzydziestu od 40—50%, w czternastu od 50—60%

TABLICA I. (podczas napadu).

L. p.	Nazwisko	N	E	L	MP	
1.	Walicki	54	1	41	4	leukopenja
2.	Konop.	36	—	62	—	leukopenja 2% basof.
3.	Jabł.	60	—	40	—	»
4.	Ros.	57	1.5	40	—	1.5 basof. 0.5 limfoc.
5.	Zwierz.	47	1	52	—	» »
6.	Eisen.	67	—	32	1	»
7.	Nys.	leukopenja z limfocytozą				
8.	Kuźn.	»				
9.	Gajc	»				
10.	Dziec. . . .					
11.	Gogol.	83	0.5	10.5	4.5	leukopenja 1.5 plasto
12.	Maz.	75	—	25	—	»
13.	Sob.	76	—	22	2	» »
14.	Omiot	80	2.2	11.1	6.7	» »
15.	Pow.	leukopenja				
16.	Baba					
17.	Kaśniew . . .					
18.	Czyżewski . . .					
19.	Piel.					
20.	Kamm					
21.	Tarnoż . . .	57.6 28.	0.5 2	51.4 63	10.5 7	
22.	Truskol. . . .	34.5	1	53	10	1% basof. 0.5 myel.
23.	Woźn.	46.7	—	34	19.3	
24.	Redam	38	0.8	51	10	0.2 basof.
25.	Tomcz	43 58 26	1.5 — 3	46.5 26.5 65	9 15.2 5	0,3 basof. 1% basof.
26.	Matn.	22 39	3 1	73 49	— 11	2% plasm.
27.	Cios	37	—	51	2	
28.	Kasprzak . . .	50	1	45	1	
29.	Hoffer	48	1	45.5	5	0.5 basof.
30.	Orlicki	40 35	1.75 3	55 52	3.25 10	
31.	Dzużyk	44	4	50	2	
32.	Kamiński . .	56	3	37	4	
33.	Krasz.	60	0.5	39.5	—	
34.	Polacz.	53 57	6.5 9	37.5 33	3 1	
35.	Kamiński . . .	36	11	50	3	
36.	Drzązga	53.5	1	45	0.5	
37.	Gorczyński . .	45	1.5	49	4.5	
38.	Milewski . . .	50.7	0.7	45.3	3.3	
39.	Bogusz	60	1	37	2	
40.	Brzozowski . .	62.3	—	34	3.7	
41.	Ciapa	59	1.5	33	6.5	
42.	Wesołowski . .	75	—	12.7	12.3	
43.	Świątek	62 56	1.5 2.5	26 30.5	8 10	2.5% basof. 1% basof.
44.	Kupis	65	—	26	8.5	0.5 basof.
45.	Chorod.	63	—	28.5	8.5	
46.	Szrawski . . .	62	—	24	14	
47.	Janik	69.3	1.3	18.8	10.3	0.3 basof.
48.	Piętak	65	—	23	12	
49.	Gęsik	78.7	1.3	18.7	—	1.3 basof.
50.	Wilman	75	1	22	2	
51.	Czech	77	—	18.6	3.7	0.7 basof.
52.	Wiktor	75	—	20	4.7	0.3 basof.
53.	Poplas	76.7	—	20.7	2.6	
54.	Zieliński	76.7	0.7	17	5.3	0.7 basof.

UWAGA. N (neutrof.), E (eozynof.), L (limfoc.), MP (mono-kom. i formy przejściowe).

w sześciu od 60—70%; w 20 przypadkach limfocytozie towarzyszyła mononukleoza (powyżej 6% i do 15%). W pozostałych 9 przypadkach limfocytozy nie było; z pośród nich cztery razy stwierdzono monocytozę 8—11%, dwa razy eozynofilję 9—12%, w trzech obraz krwi był normalny. Normalny obraz krwi stwierdzono p. i. w 9 dni po ataku u chorego W., u którego w sześć tygodni później znaleziono 45% limfocytów, również u innych, u których 11 względnie 17 dni później znaleziono 44% limfocytów. Chory K., który chorował od 5—6 miesięcy i którego krew wykazywała nawet pewną limfopenję (raz 22, później 10% limfocytów), był wybitnie blady, miał na 2—3 palce powiększoną śledzionę i poprawiał się bardzo powoli. Z pośród 50 chorych, którzy po przebytym ataku zimnicy wykazywali, względną limfocytozę, tylko nieliczni zapadali ponownie, i to zupełnie niezależnie od stopnia limfocytozy (i mononukleozy). Podkreślić należy, że w tym okresie u wszystkich chorych stwierdzano eozynofile we krwi, w 18 przypadkach powyżej 4%.

Wnioski. Po przebytym napadzie zimnicy wzór krwi przez dłuższy czas pozostaje zmieniony i cechuje się dość znaczną limfocytozą. Trudno powiedzieć z całą pewnością, czy limfocytoza jest objawem towarzyszącym ukrytej zimnicy; być może, że (wraz z eozynofilją) jest objawem następczym po zakażeniu. W każdym razie uderza, że limfocytoza występuje niemal stale i wykrywała się u tych chorych, u których badania wykonano po 7—8 tygodniach; przy tem

limfocytoza sięgała tak wysokich cyfr, jakich po innych zakażeniach nie zdarzało mi się stwierdzać.

Wartość rozpoznawcza omawianego objawu — limfocytozy — uwydatnia się w przypadkach klinicznie wątpliwych, względnie takich, które znajdują się w obserwacji już w okresie bezgorączkowym. Dla objaśnienia przytoczę kilka przykładów z grupy trzeciej: Chory Pil. w szpitalu nie gorączkował wcale, analiza wykryła L 42.8, MP 5.2; po tygodniu typowy atak zimnicy. Chory Orl. przy pierwszym ataku L 55, MP 3, przy drugim L 50, MP 15, plasmodji nie znaleziono, podczas trzeciego ataku po raz pierwszy wykryto nieliczne pierścienie L 52, MP 10. Chory Blach. — nieprawidłowe wahania T° od dłuższego czasu, znacznie powiększona śledziona; we krwi plasmodyj nie znaleziono; przy pierwszem badaniu L 46.5, MP 5, przy drugiem 46.8, MP 2.8.

Po kilku injekcjach neosalwarsanu i kilkunastu chininy śledziona wróciła do normy; ciepłota w przeciągu całego miesiąca utrzymywała się w normie; ostatnia analiza wykazała L 29, MP 5,5.

W przypadkach tych obecność limfocytozy umożliwiła właściwe rozpoznanie. Pamiętać należy o tem, że w zimnicy liczby limfocytów i dużych monokomórek często wzajemnie się uzupełniają.

JULJAN GOLDBERG. Warszawa.

Nalewka czosnkowa, jako środek obniżający ciśnienie krwi w naczyniach.

(Z Oddziału Władysława Janowskiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus).

Określanie ciśnienia krwi stało się zwykłą codzienną metodą badania, która posiada doniosłe znaczenie rozpoznawcze i dostarcza, obok innych danych klinicznych, materjału do rokowania. Wysokie ciśnienie krwi wpływa ujemnie na czynność samego serca, wywołując zmiany w mięśniu sercowym. Przy dłuższem trwaniu przyczynia się do osłabienia czynności serca, a nawet do zejścia śmiertelnego. Pozatem wysokie ciśnienie krwi przedstawia wielkie niebezpieczeństwo dla osobnika z powodu grożącego mu w każdej chwili wynaczynienia. Nic więc dziwnego, że, ze względu na doniosłą rolę ciśnienia krwi w powstawaniu i przebiegu cierpień krążenia, oddawna starano się w celu obniżenia ciśnienia krwi w naczyniach znaleźć środek mało szkodliwy i nadający się do dłuższego używania. Z nowszych środków ani gipsyna ani wasotonina nie zdobyły sobie praw obywatelstwa. Ostatnio L o e p e r i D e b r a y w »*Société Medicale des Hôpitaux*« (Nr. 24, str. 1032) [1]) podają wyniki swych badań: autorowie, wprowadzając *per os* od 15 do 30 kropli nastoju czosnku raz lub dwa razy dziennie, obniżali ciśnienie krwi w naczyniach. Przeważnie ulegało obniżaniu ciśnienie krwi skurczowe (do 30 mm Hg.), w mniejszym stopniu rozkurczowe. Spadek ciśnienia krwi występował zazwyczaj już w godzinę po wprowadzeniu nastoju czosnku, w 3-ch przypadkach opisywanych dopiero po 24 godzinach.

Według autorów obniżanie się ciśnienia krwi pod wpływem czosnku zależy od rozszerzania się naczyń dzięki nerwom naczynioruchowym.

Badania nad wpływem czosnku na ciśnienie krwi przeprowadziłem tymczasem na 50 chorych. [2]) Otrzymywały one w ciągu kilku tygodni od 15—30 kropli nastoju czosnku 2—3 razy dziennie. Wszystkie chore badane były codziennie lub co drugi dzień, tak że ogólna liczba dokonanych pomiarów ciśnienia krwi wynosiła 400. U kilkunastu chorych zarządzałem przerwy parodniowe, chcąc parokrotnie stwierdzić działanie czosnku u jednej i tej samej chorej.

Z pomiędzy 23 chorych, dotkniętych g r u ź l i c ą, pod wpływem nalewki czosnkowej wyraźnie obniżyło się ciśnienie krwi u 20 chorych, tylko u 3 chorych nie udało się obniżyć ciśnienia krwi. Przeważnie obniżało się ciśnienie krwi skurczowe: Mx. ciśnienia krwi zmniejszało się o 7—34 mm Hg; średnio spadek Mx. ciśnienia krwi wynosił 18 mm Hg, Ciśnienie krwi rozkurczowe obniżało się w słabszym stopniu, często wcale się nie obniżało; średnio spadek ciśnienia krwi rozkurczowego wynosił 7 mm Hg. Zmniejszone ciśnienie krwi utrzymywało się często i w parę dni po zaprzestaniu przyjmowania nalewki czosnkowej.

W przypadkach m i a ż d ż y c y naczyń na 13 badanych przypadków udało się obniżyć ciśnienie krwi jedynie w 9 przypadkach, w 4 przypadkach podawanie nalewki czosnkowej pozostało bez wpływu. Mx. ciśnienia spadało w ciągu 1—3 dób nieraz o 45 mm Hg; średnio spadek ten wynosił 28 mm Hg; w słabszym stopniu obniżało się ciśnienie rozkurczowe; średnio jego spadek wynosił 13 mm Hg.

TABLICA I.

		Mx.	Mn.	
Woźniak Marja lat 58 Atherosclerosis	21-go	152	60	3 razy dz. po 25 kropli nalewki czosnkowej
	22	132	65	
	23	130	55	przerwa
	24	142	65	
	25	142	60	25 kropli nalewki 3 razy dziennie
	27	128	50	
	29	120	50	przerwa
	30	132	55	
	31	142	50	30 kropli nalewki 3 razy dziennie
	5	128	50	

TABLICA II.

		Mx.	Mn.	
Rogulska Julja lat 57 Atherosclerosis	21-go	205	130	
	22	205	125	25 kr. nalewki czosnkowej 3 razy dziennie
	22	190	115	(w godzinę po przyjęciu nalewki)
	23	160	100	
	24	165	110	

		Mx.	Mn.	
Duz Józefa lat 42 Stenosis ostii venos. sin.	7/3	180	120	20 kr. nalewki czosnkowej 3 razy dziennie
	9	150	100	
	11	162	110	
	13	148	105	
	15	148	95	przerwa
	17	152	102	
	19	156	105	
	21	158	106	
	23	155	100	
	24	158	100	25 kropli nalewki 3 razy dziennie
	25	145	100	
	27	143	98	
	3/4	140	90	
	5	130	100	
	7	140	100	
	10	137	100	przerwa
	15	154	102	
	24	156	100	

Dwie tablice z przypadków najtypowszych objaśniają wyżej podane.

Spostrzeżenia z ujemnym wynikiem działania czosnku dotyczyły staruszek w wieku od lat 70—90, dotkniętych wybitną miażdżycą naczyń obwodowych.

W 3 przypadkach wady lewego ujścia serca obniżało się ciśnienie krwi przeważnie skurczowe. Dla przykładu przytoczę jeden z przypadków z wyraźnie dobrym wynikiem.

---

[1]) L'action hypotensive de la teinture d'ail par MM. Loeper et M. Debray. Bulletins et Memoires de la Société Medicale des Hôpitaux Nr. 24.

[2]) Nalewkę czosnkową ściśle podług przepisu L o e p e r'a i D e b r a y'a przygotowała już w roku zeszłym na żądanie drą J a n o w s k i e g o apteka Więckowskiego w Warszawie.

Chora ta z sinicą, dusznością, wysokiem ciśnieniem krwi brała jedynie nastój czosnku, występował przytem spadek ciśnienia krwi, duszność zmniejszała się, samopoczucie się poprawiało.

Z 14 przypadków z najrozmaitszemi cierpieniami (zapalenie opłucnej, dwa przypadki cierpienia nerek, histerja, nowotwór mózgu itd.) nalewka czosnkowa obniżyła ciśnienie krwi w 11 przypadkach, w 3 przypadkach podawanie czosnku pozostało bez wpływu. W jednym przypadku cierpienia nerek nie udało się obniżyć ciśnienia krwi, w drugim zaś Mx. ciśnienia krwi spadło z 210 mm Hg. do 165; Mm ze 120 mm Hg. do 105.

Rzecz prosta, że przy wyprowadzaniu wniosków należy uwzględnić te wahania w ciśnieniu krwi, które zachodzą normalnie u osobników, poddanych systematycznym badaniom w tym kierunku. Spadek ciśnienia krwi, otrzymywany przy stosowaniu czosnku w ciągu całego szeregu, dni przekraczał granice normalnych wahań wyraźnie, tak, że wątpliwości co do wnioskowania wyłączał w zupełności. Spadek ciśnienia krwi występował często już w godzinę po wprowadzeniu nalewki czosnkowej, nieraz dopiero na drugi lub trzeci dzień. Jeżeli 15 kropli nalewki czosnkowej nie wywiera odpowiedniego wpływu, dawkę należy zwiększyć do 30 kropli. Pomimo przykrego zapachu, chore dość chętnie przyjmowały nalewkę; na ogólną liczbę 50 jedynie dwie chore nie mogły znieść czosnku z powodu odrazy do jego zapachu. Na nerki i trawienie nastój czosnku złego wpływu u naszych chorych nie wywierał.

Powyższe badania oparte są dotąd na stosunkowo małej liczbie spostrzeżeń, ażeby można było na ich podstawie wyprowadzać zbyt daleko idące uogólnienia i wypowiadać pewne poglądy co do mechanizmu powstawania spostrzeganego zjawiska. Jednakże już na zasadzie naszego materjału twierdzić możemy, iż w olbrzymiej większości przypadków (40 spostrzeżeń na ogólną liczbę 50) nalewka czosnkowa działa niewątpliwie w sposób obniżający ciśnienie krwi. Zarysowuje się przytem już obecnie, że przypadki, w których środek ten wyraźnego działania obniżającego ciśnienie krwi nie wywiera, dotyczą albo osobników zdrowych, albo też osobników, u których ściany naczyń obwodowych uległy już tak znacznemu zwyrodnieniu, że aparat naczynioruchowy nie może już wywierać wpływu na zmiany światła naczyń, a co za tem idzie i samego ciśnienia. Pozatem działanie czosnku zdaje się zawodzić w przypadkach zapalenia nerek, które prowadzi do nagromadzenia w organiźmie związków trujących, których działanie naczyniokurczące jest zbyt silne nato, ażeby czosnek mógł je zrównoważyć.

STEFAN STERLING-OKUNIEWSKI. Warszawa.

Z zagadnień nauki o budowie osobniczej.

W rozwoju wiedzy, podobnie jak w rozwoju kultury, są nagłe wzniesienia, które przynoszą nowe wartości i prowadzą do przewartościowywania ustalonych pojęć, oraz spadki powolne, które wygładzają nowe, nieraz zbyt rewolucyjne idee, a niekiedy nawet znoszą je prawie zupełnie i przywracają wartości poprzednie wiedzy lub kultury. Takie fale powrotne w historji medycyny zdarzały się nieraz w zależności od jej kierunku spekulatywnego lub doświadczalnego. Rozwój pewnej jakiejś poszczególnej gałęzi wiedzy lekarskiej prowadził do zbyt jednostronnego ujmowania zjawisk, które musiało być następnie poprawiane, ulepszane, a nawet zmieniane. I obecnie jesteśmy w takim okresie — okresie nawrotu do poglądów z przed lat kilkudziesięciu, poglądów zupełnie zarzuconych wskutek rozwoju patologji doświadczalnej.

Wspaniały rozkwit bakterjologji w ciągu ostatnich lat pięćdziesięciu wywarł niezatarte piętno na filozoficznej myśli lekarskiej, stworzył pewien światopogląd, oparty na przesłankach nadzwyczaj prostych, przejrzystych. Uwidoczniło się to zwłaszcza na wielkiej grupie cierpień t. zw. zakaźnych. Tajemnicze pojęcie »choroby«, dzięki wykryciu zarazków swoistych, utraciło swój charakter mistyczny; drobnoustrój chorobotwórczy stał się wszech- i praprzyczyną, która miała tłómaczyć istnienie każdej choroby zakaźnej. Ten nowy kierunek przyczynowy (*causalismus*) chwilowo zapanował niepodzielnie w medycynie i święcił przez jakieś dwa dziesiątki lat tryumf zupełny. Zdawało się z początku, że obecność zarazka musi wywołać chorobę; utożsamiano z a k a ż e n i e z c i e r p i e n i e m. Ale wkrótce ta sama bakterjologja wykazała mylność tego założenia. Liczne spostrzeżenia, dotyczące roznosicieli zarazków (w durze brzusznym, cholerze), samozakażania (w zapaleniu nagminnem opon mózgowych, w zapaleniu włóknikowem płuc), zakażenia (np. kiłą lub gruźlicą) i odporności różnych osobników w jednakowych warunkach itp. — wszystko to zachwiało teorją przyczynowości, zaczęło powoli, ale stale poddawać w wątpliwość jej wartość bezwzględną. Wynikało coraz jaśniej, że niezawsze wystarczy obecność samego zarazka do wywołania choroby, że natomiast bardzo często — bodaj nawet, że zawsze — potrzebne są jeszcze warunki, ułatwiające w organizmie rozwój drobnoustroju swoistego i powstanie stanu chorobnego, mniej lub więcej ciężkiego. Wyłaniał się więc powoli odmienny kierunek, t. zw. kondycjonalizm (*conditionalismus*), którego zadanie polegało na wykryciu i podkreślaniu warunków, wpływających na wytworzenie stanu chorobnego. Jedne z tych warunków mają być niezbędne, konieczne do powstania choroby, inne podrzędne, poboczne, dodatkowe. A więc np. do wywołania duru brzusznego niezbędne są: czynnik etjologiczny, wywołujący to cierpienie, t. zw. zarazek swoisty, i stosowne podłoże, na którem może się rozwinąć, tj. odpowiednio przygotowane i wrażliwe na zakażenia jelito; inne czynniki, jak np. chwilowe osłabienie ogólne po jakiemś uprzednio przebytem cierpieniu, przemęczenie fizyczne lub umysłowe, przemijające upośledzenie czynności przewodu pokarmowego i t. d. i t. d, odgrywają rolę mniej lub więcej podrzędną. Jak widać z tego, czynnik etjologiczny, stanowiący dla kauzalizmu istotną przyczynę choroby, primum movens tego nader złożonego procesu biologicznego, w wykładni kondycjonalizmu stanowi tylko jeden z warunków — coprawda niezbędny, ale nie wyłączny. Staje się on tylko czynnikiem wywołującym, wywoływaczem choroby, i to jedynie w odpowiedniem podścielisku, które samo w sobie lub pod wpływem czynników (warunków) pobocznych zawiera jakby pewien zapas utajonej energji chorobnej, wyładowanej pod wpływem bodźca w postaci choroby. W ten sposób podścielisko jest nie mniej ważnym czynnikiem niż wywoływacz, który na podłożu obojętnem lub nawet odpornem nie spowoduje żadnych objawów chorobnych — pozostanie więc »filozoficzną« przyczyną, bez realnego jednak skutku. Niektórzy badacze posuwają się tak daleko, że cały punkt ciężkości przenoszą wogóle na podścielisko — ono właśnie jest praprzyczyną. Jako przykład, przytaczają różne sprawy patologiczne, z których każda może stanowić jednakowy skutek czynności różnorodnych zarazków, a więc n p. zapalenie włóknikowe płuc powstawać może pod wpływem różnych zarazków (choć najczęściej wskutek działania dwoinek swoistych) — czynnik etjologiczny nie jest tak ważny, jak specjalne usposobienie tkankowe, pewna gotowość narządu, względnie ustroju. Przenosząc to na inne zjawiska, n. p. fizyczne, możnaby porównać ustrój, w którym rozwija się choroba, z jakąś masą wybuchową, w której zawarta jest olbrzymia energja potencjalna, sam zaś zarazek — z bodźcem wywołującym wybuch, t. j. prowadzącym do wyładowania energji kinetycznej. Podobnie jednak, jak dla materjału wybuchowego bodziec taki może być rozmaity, więc przyrody mechanicznej (np. uderzenie), cieplnej (np. iskra), elektrycznej (np. prąd elektryczny), tak samo i bodziec etjologiczny, wywołujący tą samą chorobę, może być niekiedy różnorodny.

Nie wchodząc tu w szczegóły tych niezmiernie ważnych problematów o charakterze nietylko lekarskim, ale i filozoficznym, problematów, stanowiących podwaliny dwóch odrębnych światopoglądów, podkreślić wypada tylko to, co wypływa z ich wzajemnego tarcia, a co w ostatnich latach kilkunastu uwidacznia się coraz bardziej, mianowicie konieczność badania samego podścieliska, tj. człowieka, a więc jego budowy osobniczej, dalej związanej z nią skłonności do pewnych chorób lub odporności na nie, pewnych skaz, pewnych zboczeń czynnościowych.

Nauka o budowie (konstytucji) osobniczej musi być

zatem przystosowana do bardzo różnorodnych wymagań kliniki. Wychodząc z budowy normalnej człowieka, powinna ona wykazać najrozmaitsze odchylenia od normalnego typu morfologicznego i fizjologicznego, powinna uwidocznić wpływ dziedziczności lub znaczenie własności nabytych, powinna stworzyć wyraźny stosunek zależności pomiędzy odchyleniami nienormalnemi a każdym czynnikiem etjologicznym. Niestety, już samo określenie normy nastręcza trudności nieprzezwyciężone. Norma morfologiczna w każdej części świata, ściślej dla każdej rasy będzie różna: wśród europejczyków inna będzie dla rasy romańskiej, inna — dla rasy germańskiej, a zupełnie odmienna dla azjaty, czy to rasy mongolskiej, czy to rasy malajskiej itp. itp. Najprawdopodobniej i norma fizjologiczna, zwłaszcza, o ile dotyczy niesłychanie ważnego dla organizmu zespołu gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, jest równie zmienna, jak morfologiczna. I jedna i druga leżą, zapewne, w granicach wahań warjacyjnych, jakim ulega rodzaj »*homo sapiens*«. Dlatego też nauka o budowie osobniczej nie może się uciekać do norm idealnych, lecz do typów przeciętnych, które stara się ułożyć w pewne kategorje, różniące się między sobą tymi lub innymi zespołami morfologicznymi, temi lub innemi cechami, własnościami, skłonnościami. Stąd różnorodność kierunków t. zw. konstytucjonalizmu, różnorodność dróg, z których każda ma inne założenie, a często i inne cele.

Próbowano więc klasyfikować na podstawie zespołów cech anatomicznych, otrzymywanych na materjale sekcyjnym, lub badań antropologicznych na materjale żywym, na podstawie sprawności fizjologicznej tego lub innego układu, zwłaszcza nerwowego, na podstawie pewnych stanów, wyraźnie odbiegających od typu przeciętnego, a więc do pewnego stopnia już chorobnych, a wywołanych przez niedomogę lub przerost jakiegoś ważnego układu (np. chłonnego lub gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem itd. itd.).

Wszystkie te próby, jak wiemy, nie dały dotychczas ogólnej klasyfikacji i, prawdopodobnie, nigdy jej nie dadzą. Albowiem, jeśli nie każda choroba, to przynajmniej każda grupa genetycznie i klinicznie zbliżonych do siebie cierpień, opiera się na pewnych specjalnych odchyleniach i uszkodzeniach ustrojowych, które warunkują powstanie tej właśnie choroby, a nie innej, dla której niezbędne są znów inne warunki ustrojowe i zewnętrzne. Przeto dążeniem nauki o budowie osobniczej winno być stworzenie różnych układów klasyfikacyjnych, z których każdy podkreślałby warunki anatomiczne i fizjologiczne, ułatwiające powstanie pojedyńczej jakiejś choroby lub pewnej grupy cierpień pokrewnych. Dla klinicysty bowiem istnienie pewnego typu konstytucyjnego z jego skłonnościami i skazami musi stanowić podstawę, ułatwiającą orjentowanie się w ciężkości przebiegu samej choroby i dającą pewne wytyczne co do rokowania i leczenia.

I znowu uwidoczni się to najwyraźniej w tej grupie cierpień, która tak jasno uwypukliła przyczynowość w medycynie, a która dzięki ścisłemu sprawdzianowi doświadczalnemu, wkrótce uwydatniła konieczność badania budowy osobniczej — mianowicie w grupie ostrych chorób zakaźnych. A więc zupełnie odmienne muszą być wpływy budowy osobniczej np. podczas duru brzusznego i czerwonki, aniżeli w przebiegu tężca lub zapalenia nagminnego opon mózgowych, lub wreszcie w zapaleniu włóknikowem płuc albo w ostro przebiegającej gruźlicy. Stan przewodu trawiennego lub układu nerwowego lub narządu oddechowego stanowić będzie o stosunku do poszczególnego zarazka swoistego, wywołującego chorobę każdego z tych układów; poza tym warunkiem podstawowym do każdej grupy dołączą się jeszcze inne, podrzędne, zależne od układu, i zazwyczaj całkiem inne warunki.

Należy więc — jak widać z tego — już choćby dla tych samych grup chorób zakaźnych przyjąć różne podstawy klasyfikacyjne, nie pomijając przytem całokształtu rozmaitych cech anatomicznych i fizjologicznych budowy osobniczej. Należy zatem ustalić typy, które pozwoliłyby lekarzowi szybko zorjentować się, kiedy przebieg danej choroby zakaźnej — zakładając mniej więcej jednakowe warunki co do zjadliwości i ilości drobnoustrojów zakażających — będzie cięższy lub lżejszy, dalej, co wpłynie na kształtowanie się choroby, na czem można opierać rokowanie, z jakim czynnikiem należy liczyć się w leczeniu itd.

Naturalnie, rozszerzając to na wszystkie choroby zakaźne, zwiększymy liczbę typów; a przenosząc te same przesłanki na pozostałe dziedziny medycyny klinicznej (dział chorób wewnętrznych, chorób skórnych i in.), znajdziemy coraz to nowsze podstawy klasyfikacyjne. W ten sposób nauka o budowie osobniczej ma za zadanie stworzenie na podstawach morfologicznych i fizjologicznych różnych kategorji typów ludzkich i przystosowanie ich do potrzeb klinicznych, uwydatniając przytem różnorodność postaci chorobnych i zależność każdej z tych postaci od odpowiednich typów klasyfikacyjnych.

MAR. LANDSBERG, asystent kliniki Warszawa.

O badaniu sprawności trzustki zapomocą sposobu Wohlgemutha.

Z drugiej kliniki lekarskiej Uniw. Warszawskiego.
(Kierownik Prof. Kazimierz Rzętkowski).

Jednym z najmniej dla badania klinicznego dostępnych narządów jest trzustka. Toteż o schorzeniach jej sądzi się przeważnie na zasadzie zaburzeń w jej czynności; pewne objawy tej niedomogi, jak uporczywa biegunka, bóle w śródbrzuszu wraz z szybko postępującem charłactwem, są niemal charakterystyczne dla choroby tego narządu. Nie we wszystkich jednak cierpieniach trzustki objawy te występują wyraźnie, z drugiej zaś strony, znane są cierpienia i innych narządów, w których spotykamy się ze stanami podobnemi. Dlatego też dokładne rozpoznanie cierpienia trzustki musi być poprzedzone przez wykonanie kilku prób, pozwalających nam stwierdzić niedomogę czynnościową tego narządu, względnie stopień tej niedomogi.

Takie badanie czynnościowe polega na stwierdzeniu: a) wypadnięcia wydzielania zewnętrznego trzustki i b) wypadnięcia jej wydzielania wewnętrznego.

Do grupy pierwszej należy zaliczyć przedewszystkiem stwierdzenie bardzo wzmożonej ilości azotu oraz ciał tłuszczowych w stolcu; wiadomo bowiem, iż bez zaczynów trzustkowych białka i tłuszcze zostają przeważnie nieprzyswojone i znaczna ilość ciał tych, wprowadzonych do ustroju, jako pokarm, wydala się wraz z kałem. Takie ilościowe określanie „lienterji« jest związane z dokładnem obliczeniem azotu oraz tłuszczów pokarmowych i tych samych substancyj w stolcu dobowym (ściśle odgraniczonym) oraz azotu moczowego. Przeprowadzenie takiego bilansu jest żmudne i nie zawsze ściśle.

Daleko prostsza jest próba (Brugsch i Mueller) na obecność zaczynów trzustkowych, trypsyny, lipazy oraz amylazy, w stolcu. Próba ta, wypadająca dodatnio w stolcu człowieka zdrowego, ma na celu określenie jakościowe i ilościowe »*in vitro*« trypsyny, lipazy oraz djastazy. Rzeczywiście brak zaczynów tych mógłby być pewnikiem dla zupełnej niedrożności przewodów trzustkowych, jednakże, jak to wskazuje doświadczenie, w chorobach trzustki rzadko kiedy spotykamy zupełny brak jej zaczynów w stolcu. Dzieje się to po pierwsze, dlatego, że nie zawsze przewód Wirsunga ulega zupełnej niedrożności, i po drugie, że nawet przy zupełnie zamkniętym przewodzie Wirsunga zaczyny jelitowe oraz diastaza ślinianek zastępują częściowo zaczyny trzustki. Ilościowego zaś określania tych zaczynów nie można uważać za dokładne ze względu na trudności otrzymania ściśle odgraniczonego stolca dobowego oraz jego suszenie. Nieco lepiej przedstawia się już pod tym względem określanie zaczynów trzustkowych w soku dwunastnicowym, lecz właśnie w sprawach nowotworowych głowy trzustki oraz w przewlekłych jej zapaleniach, powodujących zgrubienie przeważnie głowy trzustkowej, przejście zgłębnika dwunastnicowego jest wielce utrudnione.

Daleko prostszym sposobem określania niewydolności czynnościowej trzustki jest podana przez Schmidta próba mięsna oraz próba jądrowa. Próba ta polega na faktach następujących: podczas kiedy pepsyna żołądka trawi przeważnie tkankę łączną, włókna mięsne oraz jądra komórek ulegają zniszczeniu dopiero pod wpływem soku trzustkowego, nad-

mierna więc ich ilość w stolcu, występująca po podaniu odpowiedniego pokarmu, wskazuje na niedomogę trzustki. Próba ta, jak również próba glutoidowa Sahliego, należy do najprostszych. Zarzucają jej jednak, że występuje ona także w przypadkach biegunki, kiedy dane podłoże nie ma możności dłużej trwającego zetknięcia się z zaczynem. Z drugiej zaś strony, nieznaczne zaburzenia działalności trzustki mogą być nie wykryte przez ową próbę. Próba Winternitza, polegająca na zjawieniu się w moczu jodu po rozszczepieniu przez lipazę trzustkową etylowego estru kwasu monojodbehenowego ma raczej znaczenie teoretyczne.

Co się tyczy objawów zakłócenia działalności wydzielniczej wewnętrznej, to występuje ona w chorobach organicznych trzustki stosunkowo rzadko. Cukromocz pokarmowy, hiperglikemję oraz nadczułość na adrenalinę (Loewi) spostrzega się (i to nie zawsze stale) tylko w bardzo ciężkich cierpieniach trzustki, obejmujących cały jej miąższ.

Poddając krytycznemu przeglądowi wszystkie wyżej wspomniane sposoby określania funkcjonalnej niedomogi trzustki, widzimy, że tylko pierwszy z nich, mianowicie określenie bilansu azotowego i tłuszczowego, daje wyniki bezsprzeczne. Lecz, jak to już wyżej zaznaczyłem, metoda ta jest żmudna i wymaga dobrego chemicznego wyszkolenia; wszystkie zaś inne metody nie zawsze okazują się na wysokości zadania. Toteż nie brak nowych usiłowań, zdążających do szybkiego i łatwego wykazania niedomogi trzustki. Mam tu na myśli, obok niezrozumiałej teoretycznie i nieścisłej reakcji Cammidge'a, próbę Wohlgemuth'a na diastazę we krwi i w moczu; podczas gdy wszystkie wyżej wspomniane próby mają na celu wykazanie braku wydzieliny trzustki, próba Wohlgemuth'a polega na stwierdzeniu chorobliwego zwiększenia się ilości zaczynów tego narządu we krwi i w moczu. Diastaza, zaczyn rozszczepiający skrobię, zostaje wydzielana w ustroju przez trzustkę oraz ślinianki. W przypadkach schorzenia trzustki lub jakiegokolwiek ucisku nań z zewnątrz, sok trzustkowy przesącza się w zwiększonej ilości do krwi, tak samo, jak w chorobach wątroby wydzielina jej, żółć, zamiast do przewodów żółciowych, wędruje do krwi. I tak samo, jak wzrost poziomu bilirubiny krwi, przemawia za schorzeniem wątroby, zwiększona ilość diastazy krwi świadczy przy zdrowych śliniankach, o zaburzeniach w wydzielaniu zewnętrznem trzustki. Oprócz tych dwóch narządów, diastazę w większej mierze wydziela wątroba, i zdaniem Umbera, wskutek uczynniającej siły żółci na diastazę, i w cierpieniach wątroby powinno nastąpić przepełnienie krwi przez diastazę. Badania nasze w tym kierunku na 28 przypadkach żółtaczek zastoinowych nie wykazały wzmożenia diastazy we krwi, zwiększoną zaś jej ilość stwierdziłem w 5 przypadkach. We wszystkich tych przypadkach stwierdzono, bądź przez chirurga, bądź na sekcji, mniejsze lub większe schorzenie trzustki. Widzimy więc, że obecność żółci, jakoby uczynniająca diastazę, przynajmniej we krwi, nie wpływa potęgująco na jej czynność.

Technika badania jest dosyć prosta: 8 próbówek (numerowanych) zadajemy jednym cm. sz. 0,9% rozczynu NaCl. do pierwszej probówki dodajemy 1 cm sz. surowicy krwi badanego osobnika; po skłóceniu zawartości pierwszej probówki, jeden cm sz. jej zawartości przenosimy pipetą do probówki 2-ej; po skłóceniu zawartości tej ostatniej znowu przenosimy 1 cm sz. do naczynia 3-go; tak samo postępujemy z pozostałemi probówkami. W ten sposób probówka 1-sza zawiera 0,5 cm sz. surowicy, probówka 2-ga 0,25, 3-cia 0,125, 4-ta 0,0625, 5-ta 0,03125, itd. Do każdej z tych probówek dodajemy po 2 cm sz. Q 1% rozczynu skrobi (*Amylum sulubile*)

6 numerowanych probówek wstawiamy do kąpieli wodnej, bacząc, aby jej ciepłota utrzymywała się stale pomiędzy 38 a 40 st. C. Po upływie 30 minut, po usunięciu kąpieli wodnej, wszystkie probówki zadajemy 3 kroplami N/5 rozczynu jodu. Ciemnoniebieskie zabarwienie, występujące w obecności skrobi, zjawi się w tych probówkach, w których skrobia ta nie została strawiona przez diastazę surowicy. W lwiej części przypadków otrzymywaliśmy ów charakterystyczny odczyn skrobi na jod w 3-ej probówce, tj. w tej, która zawiera 0,125 cm sz. surowicy 0,125 czyli że 0,25 cm sz. surowicy zdrowego człowieka w ciągu 1/4 godziny zdoła strawić 2 mg skrobi.

Na ilość diastazy nie wpływa ani djeta ani stan gorączkowy. Co prawda w przypadkach żółtaczek oraz niedomogi nerek spostrzegamy zwiększoną siłę diastatyczną krwi, lecz owa nadwyżka w stosunku do krwi normalnej jest tak nieznaczna, że da się ujawnić przy próbach, trwających nie 1/2 godz. a 24 i dłużej godzin. Przy stosowaniu próby 1/2 godzinnej wzmożoną ilość diastazy zdołaliśmy stwierdzić w 5 przypadkach, w których bądź chirurgicznie, bądź przez autopsję wykazano niewątpliwe cierpienie trzustki. Badania powyższe, acz na nielicznych oparte przypadkach, wykazują, że próba określania diastazy we krwi posiada pewne znaczenie. Dla ilustracji przytoczę krótki opis choroby Ignacego B., w którym to przypadku próba powyższa pozwoliła na dokładne określenie schorzenia trzustki.

Chory ów przybył w listopadzie r. u. ze skargami na dotkliwe bóle w śródbrzuszu oraz biegunkę. Badanie wykazało: ogólne wychudzenie, lekki opór w górnym śródbrzuszu, przy głębokiej palpacji wyczuwało się pewne walcowate ciało, nie przesuwające się przy oddechu i nie należące ani do żołądka, ani do grubego jelita. Badanie żołądka wykazało: ogólna kwasota 26, wolna kwasota 8; krwi ani pałeczek Boasa, ani kwasu mlecznego nie wykryto. Stolec 2—3 razy dziennie, obfity, zawiera sporo śluzu, leukocyty w ilości znacznej; szczególną uwagę zwracają kropelki tłuszczowe w znacznej ilości oraz liczne niestrawione włókienka mięsne (szczególnie po spożyciu befsztyka). Badanie na krew ujemne. Badanie moczu: odczyn Ehrlicha dodatni, cukru niema, odczyn Cammidge'a ujemny. Po spożyciu 150 gr cukromocz nie występuje. Próby na obecność zaczynów trypsycznego, diastatycznego i lipazy dodatnie. Krew: białka 7,6%, cukier 0,11%. Badanie dwunastnicy bez rezultatu: oliwka Einhorna nie przechodzi do dwunastnicy.

Po 2 tygodniach pobytu chory uskarża się na bóle przy przełykaniu, sonda nie przechodzi do żołądka.

Roentgen wykazuje brak zaległości w żołądku po godzinie; kasza barytowa powoli i cienką smugą przechodzi przez okolicę wpustu, nie kierując się poziomo ku dnu żołądka, lecz, okalając górną część żołądka, udaje się na lewo ku dolnej krzywiźnie, którą powoli wypełnia, po pewnym czasie widzimy zaciemnienie tylko dolnej części żołądka, górna zaś część jest wolna od barytu. Czynne oraz bierne ruchy żołądka tego defektu nie wypełniają. Okolica odźwiernika prawidłowa.

Wobec powyższego, ustalono rozpoznanie jako ca (Scirrhus) *reg. super. curvaturae min. ventriculi*. Jednakoż liczne włókienka mięsne w stolcu nasuwały podejrzenie co do schorzenia trzustki; z drugiej zaś strony podobny objaw stwierdzamy i w biegunkach jelitowego pochodzenia, a w danym przypadku śluz, większa ilość leukocytów w stolcu oraz anamnestyczne dane mogłyby przemawiać za cierpieniem jelit.

Jednakże próba Wohlgemuth'a wykazała, że ilość diastazy krwi w danym przypadku była znacznie zwiększona. (Odczyn na skrobię występował nie w 3-ej, jak u osobnika zdrowego, lecz dopiero w 5-ej próbówce). Wynik ten upewnił nas co do współistniejącego cierpienia trzustki, mocno zaś zaznaczony odczyn na urobilinogen w moczu wskazał nam na pewną niedomogę wątroby (przy ujemnej reakcji hemoklastycznej Widal'a).

Wobec coraz bardziej występującej dysfagji chory poddał się operacji gastrostomji (prof. Radliński).

Autopsja »*in vivo*« wykazała: *scirrhus curv. minor. ventriculi*, *metastases in pancreate et in hepate*.

Przerzuty rakowe znajdowały się przeważnie w trzonie trzustki, podczas gdy głowa była zupełnie wolna; w ten sposób rozumiemy dlaczego, mimo schorzenia trzustki, stolec nie był pozbawiony jej wydzieliny: schorzenie to bowiem nie dotykało ani *papilla Vateri*, ani też sporej części trzustki, zupełnie prawidłowo funkcjonującej; ucisk zaś na trzon spowodował przedostanie się większej ilości soku trzustkowego (a więc i diastazy) do krwi.

Widzimy więc, że stosowanie kilku prób, z szczególnem uwzględnieniem próby Wohlgemuth'a, może nietylko wykazać sam fakt cierpienia trzustki, ale i niejako owo schorzenie umiejscowić.

BRONISŁAW SZERSZYNSKI, Warszawa.

O zaburzeniach nerwowych w ścianie brzusznej w zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Z I. kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Warszawskiego.
(Dyr. Prof. A. Leśniowski).

Od czasu, gdy Head i Mackenzie opisali (w r. 1892), jeden niezależnie od drugiego, zmiany czucia w skórze brzucha w przebiegu schorzeń narządów jamy brzusznej, sprawa ta — i specjalnie zaburzenia czucia w zapaleniu wy-

rostka robaczkowego — nie przestają interesować klinicystów. Piszą o niej Sherren, Kirmisson, Metzger, w naszem zaś piśmiennictwie poruszył ją niedawno Janowski. Ostatnio Uhlmann (1921 r.) wyciąga wnioski praktyczne z umiejscowienia tego rodzaju zmian czucia. Zachodzi jednak duża różnica poglądów na wartość praktyczną tego objawu: Sherren i Uhlmann np. uważają go za cenny nabytek w diagnostyce schorzeń narządów jamy brzusznej, gdy inni autorowie (Moll von Charante, Faber, Kast) wręcz odmawiają mu tego znaczenia Podobna rozbieżność zdań istnieje i co do szczegółów: Head, Mackenzie, Janowski, Uhlmann piszą o przeczulicy powłok brzusznych, Metzger zaś znajdował przytłumienie czucia; Uhlmann stwierdzał przeczulicę w przypadkach ropni przywyrostkowych, Sherren — brak zmian czucia. Dla wyjaśnienia tych różnic, głównie zaś, chcąc przekonać się, czy rzeczywiście objaw ten może mieć jakąś wartość praktyczną, zacząłem badać czucia powłok brzusznych u chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego zarówno z ostrem i podostrem, jak i z przewlekłem, lub po uspokojeniu się objawów ostrzejszych. Badanie polegało na stwierdzaniu wrażliwości na dotykanie palcem lub tępym przedmiotem wrażliwości bólowej (kłucie szpilką i szczypanie palcami), wreszcie na określaniu wrażliwości cieplnej za pomocą dotykania probówkami z gorącą lub zimną wodą. Czucie chorej strony porównywałem z czuciem zdrowej, dolną połowę brzucha z górną, brzuch z klatką piersiową lub kończynami. Dla ścisłości do statystyki mojej nie wciągałem chorych ze schorzeniami nerwowemi, osób bardzo wrażliwych, ciężko chorych itp.

Z pośród 80 chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego zmiany czucia w skórze brzucha stwierdziłem u 60, czyli u 75%: w 22 przypadkach — przeczulicę, w 38 — przytłumienie czucia, w 20 — albo zmian czucia nie było wcale, albo chory dawał odpowiedzi zmienne. Zaburzenia te występowały nie we wszystkich przypadkach z tą samą wyrazistością, u niektórych były one bardzo wybitne i sami chorzy natychmiast orjentowali się co do nich, kiedyindziej stwierdzenie ich wymagało dokładniejszego badania i skupienia ze strony chorego. W przypadkach ostrych chorzy z przeczulicą niekiedy skarżyli się, że boli ich skóra, jak po oparzeniu. Co się tyczy umiejscowienia i rozciągłości tych zmian, to zajmywały one w typowych przypadkach powierzchnię, ograniczoną od góry linją pępkową, od strony bocznej — linją pachową przednią prawą, kolcem biodrowym przednim górnym i w części więzadłem Pouparta, u dołu sięgały na 3 do 5—6 palców poprzecznych poniżej pępka, od strony przyśrodkowej zmiany czucia dochodziły najczęściej tylko do brzegu bocznego mięśnia prostego brzucha prawego, rzadziej sięgały linji pośrodkowej. Od tego typu zdarzają się niekiedy odchylenia, zwłaszcza w przypadkach ostrych lub podostrych — odchylenia, polegające na zwiększeniu się opisanej powierzchni — głównie ku górze, na 1—2 do 3—4 palców poprzecznych powyżej linji pępkowej, rzadziej ku dołowi lub bocznie aż na okolicę lędźwiową. W wyjątkowych razach cała prawa połowa brzucha wykazywała te zmiany, zachodziły one nawet na łuk żebrowy prawy, niekiedy aż do wysokości brodawek. Nie wszystkie rodzaje czucia ulegały zmianom w stopniu jednakowym. Częstokroć widzimy zmiany, dotyczące wszystkich zarówno rodzajów czucia skórnego, niekiedy jednak można było stwierdzić zmiany jedynie poszczególnych rodzajów czucia, np. bólowego lub cieplnego z pominięciem dotykowego. Nawet czucie bólowe zachowywało się niejednakowo, w zależności od sposobu badania: zdarzało mi się dość często stwierdzać przeczulicę przy szczypaniu skóry, gdy kłucie chory czuł prawidłowo*). Tutaj dodać muszę, że najczęstsze zmiany dotyczyły czucia bólowego (przy szczypaniu) oraz cieplnego.

Jeśli teraz zestawimy wynik badania czucia skórnego z innemi danemi klinicznemi, to uwagę naszą zwraca to, że przypadki ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego, w których przeczulica trzymała się przez czas dłuższy (od kilku do kilkunastu dni), przebiegały dość łagodnie, objawy ostre ścichały szybko, chorych można było wcześnie operować „na zimno". I z punktu widzenia anatomo-patologicznego przypadki te można zaliczyć do łagodnych: nacieków w nich nie wyczuwałem, a podczas zabiegu nie znajdowano ani ropy, ani przedziurawienia lub zgorzeli wyrostka. W 7-miu tego rodzaju przypadkach ostrych, operowanych w dwa tygodnie po uspokojeniu się sprawy, można było jamę brzuszną zaszyć całkowicie, nie zakładając sączka. Inaczej rzecz się miała ze spostrzeżeniami, w których stwierdzałem albo przytłumienie, albo też brak zmian czucia. Na 15 takich chorych u 7-u wyczuwałem nacieczenie w prawym dole biodrowym, u 5-u znaleziono ropień przywyrostkowy podczas zabiegu, u 3-ch ślady przedziurawienia wyrostka i zrosty dokoła. Wszystkie 9 przypadków ostrych, w których wypadło sączkować jamę brzuszną, należały do tej kategorji zmian czucia Czas występowania tych zaburzeń w ostrym okresie oraz zmiany natężenia ich są różne dla przeczulicy i dla przytłumienia czucia. Przeczulica zjawia się jednocześnie z innemi objawami zapalenia wyrostka robaczkowego. trwa zwykle 6—7 do kilkunastu dni i stopniowo słabnie, w miarę uspakajania się sprawy zapalnej. W wyjątkowych razach przeczulica może zniknąć w początkowych dniach, pomimo trwania ostrych objawów (wskazuje to, zdaniem Sherrena, na wytworzenie się ropnia, przedziurawienie lub zgorzel wyrostka). Przytłumienie czucia natomiast występuje nie odrazu: zwykle mamy z początku brak zmian czucia i dopiero po upływie kilku — kilkunastu dni można stwierdzić lekkie przytłumienie czucia, które powoli wzmaga się, dosięgając stopnia najwyższego niekiedy po upływie miesiąca, po czem zaczyna słabnąć. Zmiany te trzymają się jeszcze po zabiegu wycięcia wyrostka: w jednych przypadkach po parę dni lub tygodni, w innych — miesiącami.

Powyższe uwagi zgadzają się w głównych zarysach z wynikami badań Sherrena, który przyszedł do następujących wniosków: 1. przeczulica towarzyszy ostremu zapaleniu wyrostka robaczkowego prawie stale w pewnym okresie schorzenia, 2. wyjątek stanowią przypadki, przebiegające bardzo ostro, ze zniszczeniem tkanki wyrostka lub przypadki po przebytem poprzednio ciężkim napadzie, 3. nagłe zniknięcie przeczulicy bez poprawy w ogólnym stanie wskazuje na zgorzel lub przedziurawienie wyrostka, 4. przeczulicy zwykle brak w przypadkach, powikłanych ropieniem. O przytłumieniu czucia w ostrych przypadkach Sherren nic nie wspomina, choć w moim materjale w 8 przypadkach było ono bardzo wyraźne. Z zestawienia spostrzeżeń Sherrena z mojemi wynika, że zaburzenia czucia ulegają w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego pewnym zmianom i wahaniom, to też liczba 75%, wyprowadzona przeze mnie dla oznaczenia częstości spostrzegania zmian czucia w zapaleniu wyrostka robaczkowego byłaby z pewnością znacznie większa, gdyby chorego można było zbadać już w pierwszym dniu schorzenia, a nie — jak to miało miejsce w moich spostrzeżeniach — po upływie kilku — kilkunastu dni, oraz gdyby można było dłużej obserwować chorego: i w napadzie, i w okresie międzynapadowym.

Z przebiegiem podostrym lub wkrótce po uspokojeniu się ostrzejszych objawów spostrzegłem 33 przypadki, z nich w 8 zmian czucia nie stwierdziłem, w 11 czucie było przytłumione, w 14 — przeczulica. Wreszcie w pozostałych 26 przypadkach, o przebiegu przewlekłym lub badanych w okresie wolnym od dolegliwości, przytłumienie znalazłem w 21, brak zmian w 5. Naogół więc widzimy, że przeczulica jest właściwością raczej ostrego lub podostrego przebiegu, poza tem stanowi ona wyjątek. Przeciwnie, przytłumienie czucia zjawia się, w słabym co prawda stopniu, niekiedy już w pierwszych dniach napadu, ale wzmaga się w miarę przycichania sprawy zapalnej, w podostro przebiegających przypadkach występuje nieco rzadziej od przeczulicy, w przewlekłych zaś lub w okresie ponapadowym stwierdzamy je bardzo często.

Prócz tych zmian czucia skórnego u chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego znajdujemy przeczulicę głębszych warstw powłok brzusznych — przedewszystkiem mięśni,

---

*) Mackenzie odróżnia przeczulicę skórną powierzchowną i głęboką. Pierwszą stwierdzamy dotykaniem lub kłuciem, drugą — ujmowaniem w fałdę skóry lub szczypaniem jej palcami. Pierwszy rodzaj, zdaniem M., jest rzadszy.

być może, i innych tkanek, w tej liczbie i przyotrzewnowej. Stwierdzić ją możemy, czy to ujmując w fałdę mięsień, np. mięsień prosty przy wiotkich powłokach, czy też wprost uciskając palcem odpowiednie miejsce ściany brzusznej. Koniecznym warunkiem ścisłości spostrzeżenia jest brak przeczulicy skóry w tem miejscu. Objaw ten, zdaniem Mackenzie'ego, jest tak częsty w schorzeniach narządów jamy brzusznej i występuje tak wyraźnie, że należy mu się więcej, niż dotychczas, uwagi ze strony klinicystów. Do rzędu tych zaburzeń czuciowych w zapaleniu wyrostka robaczkowego zalicza Mackenzie objaw, znamienny dla tego schorzenia — bolesność punktu Mac-Burney'a*) i tłumaczy go podrażnieniem gałązki nerwowej, przebiegającej w tem miejscu w głębi powłok brzusznych. Poglądu tego nie podziela wielu autorów, między nimi Hausmann i Kelling przypuszczają, że ból pochodzi z uciskania położonego na mięśniu lędźwiowo-udowym splotu nerwowego, który ulega podrażnieniu we wszystkich sprawach zapalnych w najbliższej okolicy. W każdym razie objaw ten nie zależy, zdaje się, od drażnienia chorego wyrostka (narządu, jak wiadomo, pozbawionego nerwów czuciowych i niewrażliwego na tego rodzaju bodziec)—tem bardziej, że anatomicznie punkt Mac-Burney'a nie odpowiada położeniu wyrostka robaczkowego, jak tego dowiedli na zwłokach Lanz, Hingenberg, Liertz i Garau. Liertz np. przekonał się, że igła, wkłuta w ten punkt, tylko w 6 spostrzeżeniach na 85 trafiła w wyrostek robaczkowy lub w pobliżu, że natomiast wkłuta w punkcie Lanza przekłuwała trzewia w odległości mniejszej, niż 2 cm od wyrostka robaczkowego. Lanz doszedł do wniosku, że punkt Mac-Burney'a odpowiada zwykle brzegowi przyśrodkowemu okrężnicy wstępującej, na 4—5 cm powyżej nasady wyrostka. Pogląd na tę sprawę Mackenzie'ego jest o tyle uzasadniony, że w zapaleniu przewlekłem wyrostka robaczkowego znajdujemy bolesność na ucisk nie tylko w punkcie Mac-Burney'a, ale i w pewnej od niego odległości oraz poza dołem biodrowym prawym. Dość często, bo u 19 chorych mogłem stwierdzić bolesność przy brzegu bocznym mięśnia prostego brzucha prawego na 2 palce poprzeczne powyżej linji pępkowej, jako pewną analogję punktu Morrisa. Niektórzy chorzy uczuwali ból przy uciskaniu na sam mięsień na tej wysokości lub przy ujmowaniu go w fałdę. Nieco rzadziej objaw ten występował na wysokości pępka, u niektórych chorych bolesny był brzeg mięśnia prostego, poczynając od miejsca nad pępkiem na 2—3 palce poprzeczne i kończąc na miejscu o 3—4 palce poniżej pępka, maximum zaś bolesności wypadało na punkt Morrisa.

Niekiedy i lewy mięsień prosty na tej samej wysokości bywa bolesny. U jednej np. z chorych najżywsza bolesność utrzymywała się wciąż przy uciskaniu lewego dołu biodrowego w odległości 4—5 cm od pępka, co skłoniło kolegę operującego do otworzenia jamy brzusznej nie cięciem Jataguier'a, jak zwykle, lecz w smudze, by móc obejrzeć trzewia w lewym dole biodrowym. Okazało się jednak, że trzewia i lewe przydatki wyglądały prawidłowo, tylko wyrostek, położony ze strony prawej wykazywał typowe zmiany. W kilku przypadkach mogłem stwierdzić bolesność głębokich warstw powłok brzusznych, nawet na bocznej powierzchni brzucha lub w okolicy lędźwiowej prawej.

Obok powyższych zaburzeń czuciowych u chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego spostrzegamy zaburzenia ruchowe. Oprócz wzmożonego napięcia ściany brzusznej w przypadkach ostrych należą do nich zmiany, dotyczące odruchów brzusznych ze strony prawej, głównie dolnego, rzadziej środkowego, wyjątkowo górnego. Zmiany te polegają na osłabieniu odruchu w porównaniu ze stroną lewą, w niektórych przypadkach nawet brak odruchu prawego przy zachowanym lewym, w innych znów, przeciwnie, odruch prawy bywa mocniejszy od lewego. W ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego, gdy mamy do czynienia ze wzmożonem napięciem mięśni brzusznych osłabienie odruchu uważamy za proste następstwo tego przemijającego stanu mięśni. W przypadkach natomiast przewlekłych lub w okresie ponapadowym zjawisko to musi mieć głębszą, bardziej stałą przyczynę i poniekąd wyrasta do znaczenia samodzielnego objawu chorobowego. Na takie zachowanie się odruchów brzusznych w schorzeniach narządów jamy brzusznej zwrócił uwagę Mackenzie, w zapaleniu zaś wyrostka robaczkowego specjalnie — Sicard, później — Metzger. W moich spostrzeżeniach różnicę między odruchami prawej i lewej strony stwierdziłem w 41 przypadku. Jeśli z liczby tej odrzucić 14 przypadków ostrych, w których różnica w odruchach mogła zależeć od wzmożonego napięcia mięśni, pozostanie nam 27 podostrych lub przewlekłych, w których objawu tego w taki sposób tłumaczyć nie możemy. Z liczby tych 27 spostrzeżeń w 13 osłabienie odruchu dolnego prawego było bardzo wyraźne, czasami był zupełny brak odruchu, w 7-miu różnica była niewielka, w 7-miu prawy odruch, przeciwnie, był mocniejszy od lewego.

Wytłumaczenie wyżej opisanych zaburzeń nerwowych zawdzięczamy, jak wiadomo, Headowi (t. zw. zony Heada) i Mackenzie'emu. Podrażnienie, wywołane sprawą chorobową w narządzie wewnętrznym, dochodzi do rdzenia drogą nerwu współczulnego i tu przenosi się na komórki nerwowe odpowiedniego odcinka rdzenia, które oddziaływują na nie stosownie do ich czynności: jedne dadzą zaburzenia czuciowe w odpowiednim odcinku powłok brzusznych, inne — zaburzenia ruchowe, w obrębie odnośnych mięśni. W świetle więc tej teorji osłabienie lub wzmożenie odruchów brzusznych ma za przyczynę zmianę pobudliwości komórek rdzenia, nie zaś zaburzenia czucia w skórze, jak mniemali Sicard i Metzger. Potwierdzają to moje spostrzeżenia: osłabienie odruchu stwierdzić mogłem nietylko w 14 przypadkach z przytłumieniem czucia w tej samej okolicy, ale i w 7-miu bez zmian czucia oraz w 3-ch z przeczulicą. Tak samo wzmożenie odruchu prawostronnego występowało nietylko u 3 chorych z przeczulicą, ale i u chorego z brakiem zmian i u 3 z przytłumieniem czucia. Widzimy więc, że przyczyna zmiany siły odruchów, w myśl teorji Heada i Mackenzie'ego, leży nie w czuciowej połowie łuku odruchowego, lecz w ruchowej.

W pewnym związku z tą sprawą pozostaje objaw, spostrzegany przez Wołkowicza u chorych z często powtarzającemi się napadami zapalenia wyrostka robaczkowego. Stwierdzał on w takich przypadkach zwiotczenie mięśni prawego dołu biodrowego, które był w możności wykazać za pomocą przyrządu Exnera i Tandlera, służącego do badania napięcia mięśniowego. Zdaniem Wołkowicza mamy tu do czynienia ze zmianami odżywczemi w mięśniach, przypominającemi podobne zmiany w ostrych sprawach zapalnych stawów, które Vulpian, Paget, Charcot i inni tłumaczą zmianami w rdzeniu pod wpływem podrażnień, idących z chorego stawu. Być może, zmiany takie w mięśniach brzusznych są przyczyną nie tylko osłabienia odruchu, ale i uporczywości tego zaburzenia już po wycięciu wyrostka robaczkowego. U jednej z chorych np. w 4 miesiącu po zabiegu nie znalazłem już pierwotnie stwierdzonego przytłumienia czucia, odruch jednak dolny i środkowy ze strony prawej poprawił się bardzo mało i pozostaje nadal słabszy od lewego.

Przechodząc do oceny znaczenia praktycznego wyżej opisanych objawów, zastrzec się muszę, że nie podzielam poglądu tych autorów którzy na umiejscowieniu zmian czucia chcą opierać rozpoznanie nieomal w każdym przypadku, z drugiej jednak strony nie zgadzam się z biegunowo przeciwnym poglądem, który objawom tym odmawia wszelkiej wartości rozpoznawczej. Zastrzeżenia moje dotyczą przedewszystkiem tych ostrych i podostrych postaci, w których rozciągłość zmian czuciowych jest tak duża, że obejmują one sąsiednie tereny skóry, zajęte zwykle w innych schorzeniach Dalej, umiejscowienie zmian czucia w kolce nerkowej, jak widać z rysunków Heada, jest tak podobne do umiejscowienia

*) Mac-Burney, opisując ten objaw w r. 1889, umiejscawia punkt bolesny w odległości 1½—2 cali angielskich (+5 cm) od kolca biodrowego przedniego górnego na linji kolcowo-pępkowej prawej. Według Lejars'a punkt ten dotychczas zachował swe znaczenie kliniczne, ale zmienił swe umiejscowienie i obecnie określa się go, jako środek linji kolcowo-pępkowej. W ostatniem zaś wydaniu »Schmidt's Klinik der Darmkrankheiten« punktem Mac-Burney'a nazywa się miejsce skrzyżowania brzegu mięśnia prostego ze wspomnianą linją — to, co amerykanie nazywają punktem Morrisa.

w zapaleniu wyrostka robaczkowego, że w tym wypadku objaw ten nie może mieć znaczenia rozpoznawczego, z wyjątkiem chyba tych spostrzeżeń, w których zmiany te występują wysoko — w podżebrzu lub nisko — w pachwinie, jak to widać na rysunku Mackenzie'ego. Łatwiej byłoby odróżnić na zasadzie tego objawu zapalenie wyrostka robaczkowego od schorzeń narządów górnej części jamy brzusznej, jak pęcherza żółciowego lub dwunastnicy, ale tylko wtedy, gdy zmiany czucia w omawianem schorzeniu zajmują typowe miejsce i nie przekraczają u góry linji pępkowej. Co do schorzeń przydatków, to zachowanie się czucia skórnego w nich miałem możność sprawdzić na chorych w oddziale p. dra Grzankowskiego, któremu przy sposobności serdecznie dziękuję za uprzejme pozwolenie przeprowadzenia tych badań. Na 24 chore z tem schorzeniem tylko u 2 zmian czucia nie znalazłem, u 22 były one wyraźne: u 18 z obu stron, u 4 z jednej. Tylko w 2 przypadkach stwierdziłem przytłumienie czucia skórnego, gdy w pozostałych 20 przeczulicę. Ta ostatnia u większości chorych dotyczyła czucia dotykowego, cieplnego i bólowego (kłucie i szczypanie), w kilku jednak spostrzeżeniach znajdowałem ją tylko przy szczypaniu, gdy inne rodzaje czucia albo były niezmienione, albo nawet osłabione. Niekiedy przeważały zaburzenia z jednej strony, odpowiadało to zwykle większym zmianom anatomo-patologicznym po tej samej stronie. Rozciągłość zmian powyższych była dość różna. W większości spostrzeżeń zajmowały one powierzchnię od linji pępkowej do spojenia łonowego, w dodatku w jednych przypadkach były więcej wyrażone tuż poniżej pępka, w innych nad spojeniem. Czasami przekraczały one u góry linję pępkową na 1—2 palce poprzeczne lub nie dochodziły do niej, kiedyindziej u dołu nie dosięgały spojenia łonowego. Taka różnorodność umiejscowienia zmian czucia w zapaleniu przydatków zależy być może od tego, że według Heada w schorzeniach jajników występują zaburzenia w obrębie X nerwu grzbietowego, w schorzeniach zaś jajowodów — w obrębie XI i XII nerwów.

W zależności więc od mniejszego lub większego zajęcia przez sprawę zapalną bądź pierwszego z tych narządów, bądź też drugiego, będziemy mieli taką czy inną powierzchnię skóry, dotkniętą temi zaburzeniami. Od zmian w zapaleniu wyrostka robaczkowego różnią się one może tem, że częstokroć sięgają niżej, bo aż do kości łonowych, różnica ta jednak nie jest stała, podobieństwo zaś wogóle tak duże, że posiłkować się temi danemi w różniczkowaniu między temi dwoma schorzeniami należy bardzo ostrożnie. Coprawda, niektórzy autorowie różnice tych zmian uważają za bardziej wyraziste, Uhlmann np. umiejscawia zmiany czucia w zapaleniu przydatków poniżej punktu Mac-Burney'a, Mackenzie — w pachwinie i poniżej, gdy w moich spostrzeżeniach sięgają one prawie stale do pępka. Różnica ta pochodzi, być może, stąd, że badane przezemnie chore były w okresie obostrzenia sprawy zapalnej, niektóre miały stan podgorączkowy, inne wysięki i to może daje zwiększenie się rozciągłości zmian czucia, jak to widzimy w takich razach w zapaleniu wyrostka robaczkowego. Szczegółu tego nie miałem możności sprawdzić na chorych przychodnich, ze zmianami wyraźnie przewlekłemi. Większe już znaczenie rozpoznawcze posiada jedno- lub obustronne występowanie zmian czucia, choć nie jest ono wskazówką niezawodną, gdyż na 18 przypadków zmian dwustronnych widzimy 4 z zaburzeniami jednostronnemi, w zapaleniu zaś wyrostka robaczkowego w wyjątkowych razach mogą występować zmiany z obu stron, o czem wspominają Mackenzie i Sherren, co też spostrzegałem w jednem z moich przypadków. Pewną wartość rozpoznawczą posiada również ten szczegół, że w zapalenin wyrostka robaczkowego ropniom i naciekom w moich 14 spostrzeżeniach nigdy nie towarzyszyła przeczulica, również Scherren na 51 przypadków ropni przywyrostkowych stwierdził przeczulicę tylko 5 razy, w schorzeniach zaś kobiecych u wszystkich 3 chorych z ropniakiem jajowodu znalazłem przeczulicę. U czwartej, skierowanej do kliniki z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, badanie wykazało obok guza zapalnego w prawym dole biodrowym, opuszczającego się do małej miednicy, — wybitną przeczulicę ze strony prawej od. linji pępkowej aż do wiązadła Pouparta. Na tej podstawie rozpoznawałem nie zapalenie wyrostka robaczkowego, lecz ropniak jajowodu, co też znalazło potwierdzenie podczas zabiegu.

U moich 80 chorych z zapaleniem wyrostka robaczkowego 38 razy stwierdziłem przytłumienie czucia, gdy w schorzeniach innych narządów jamy brzusznej wszyscy autorowie spostrzegali tylko przeczulicę. Nie posiadam pod tym względem osobistego doświadczenia, jedynie co do zapalenia przydatków mogę powiedzieć, że prawidło to potwierdza się, z małemi zresztą wyjątkami, na korzyść przytłumienia czucia. Coprawda, moje spostrzeżenia dotyczą chorych w okresie obostrzenia sprawy zapalnej w przydatkach, po uspokojeniu się jej, być może, czucie zachowywać się będzie tak, jak w przewlekłych postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego. Gdyby jednak dalsze badania nie usprawiedliwiły tych moich zastrzeżeń, możnaby, sądzę, na zasadzie przytłumienia czucia w typowem miejscu odróżnić zapalenie wyrostka robaczkowego od schorzenia innych narządów jamy brzusznej.

Wreszcie, na uwagę zasługuje pogląd Uhlmanna, że na podstawie umiejscowienia i rozciągłości zmian czucia w skórze można różniczkować między schorzeniami organicznemi a czynnościowemi. W przedmiocie tym nie posiadam osobistego doświadczenia.

Z zestawienia powyższego wynika, że zaburzenia czucia w zapaleniu wyrostka robaczkowego mogą mieć w pewnych warunkach wartość rozpoznawczą. Rzecz prosta, w przypadkach typowych obraz kliniczny jest tak znamienny, że zbytecznem byłoby uciekać się do badania czucia. W pewnych jednak razach rozpoznanie tego schorzenia opiera się na danych niezbyt pewnych, na wywiadach i na bolesności punktu Mac-Burney'a. Tymczasem, ten ostatni objaw występuje niekiedy i w zapaleniu przydatków lub kamicy nerkowej, a czasami brak go zupełnie. Wtedy to, o ile nie chcemy polegać wyłącznie na danych z wywiadów, pozostaje nam szukać typowych zmian czucia w powłokach brzusznych. Z drugiej strony, w przypadkach orzeczeń sądowo-lekarskich lub wojskowo-lekarskich, o ile zachowanie się badanego budzi u nas nieufność, nie możemy polegać na wywiadach ani na stwierdzonej bolesności punktu Mac-Burney'a, jako na objawie podmiotowym. Stwierdzenie natomiast typowo umiejscowionych zmian czucia, a zwłaszcza osłabienie lub brak odruchu (niekiedy wzmożenie) ze strony prawej posiada wartość objawu przedmiotowego. Objawy te zresztą, nie mówią bezwzględnie na korzyść zapalenia wyrostka robaczkowego, bo występować mogą i w innych sprawach zapalnych w tej okolicy. Rolleston np. u chorego z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego i z przeczulicą w typowem miejscu znalazł podczas zabiegu, zamiast chorego wyrostka, rozpulchniony, obrzmiały gruczoł chłonny w pobliżu kątnicy.

Znajomość poruszonej wyżej sprawy ma prócz tego znaczenie dla klinicysty ze względu na to, że przeczulica powłok brzusznych niekiedy przypomina nerwoból i wtedy nie zawsze łatwo zorjentować się, z czem mamy do czynienia. Stwierdzenie bolesnych punktów i bolesności skóry w prawej połowie brzucha nie upoważnia jeszcze lekarza do rozpoznania nerwobólu i do zaniechania poszukiwania innych objawów zapalenia wyrostka robaczkowego, przeciwnie, na rozpoznaniu nerwobólu lekarz może zatrzymać się dopiero wtedy, gdy na zasadzie badania, a niekiedy obserwacji, przyjdzie do przekonania, że niema do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Oprócz rozpoznania klinicznego w przebiegu zapalenia wyrostka robaczkowego ważnem jest rozpoznanie anatomopatologiczne i chirurg często musi znaleźć odpowiedź na pytania: czy jest przedziurawienie wyrostka? czy jest ropień? Zdaje się, że i pod tym względem badanie czucia skórnego nie jest pozbawione pewnej wartości. Sherren np. na 51 chorego z przeczulicą skóry tylko u 5 znalazł ropień przywyrostkowy, u 20 zaś bez przeczulicy — zgorzel lub przedziurawienie wyrostka. Podobnie i u moich chorych, jak podałem wyżej, przypadki z przeczulicą przebiegały bez ropienia, u chorych zaś z przytłumieniem lub brakiem zmian czucia stale stwierdzałem bądź naciek, bądź wyraźny ropień, bądź też przedziurawienie wyrostka oklejone.

Piśmienni ctwo.

Head. »Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen« Berlin 1898. — Mackenzie. »Les symptômes et leurs interprétation« Paris 1918. — Sherren. Lancet 1903 str. 816. — Bérard et Vignard: L' Appendicite« Paris 1914. — Deaver. »Appendicitis« London 1913. — W. Janowski. Pol. Mies. Lek. 1917 Nr. 7. — Uhlmann. Archiv f. Verdanungskrankheiten T. 26 Z. 1—2. — v. Noorden. »Schmidt's Klinik der Darmkrankheiten« 1921. — Lejars. Sem. Méd. 11. III. 1908. — Metzger. Bul. Méd. 1905 str. 571.

Dr. med. A. WOJCIECHOWSKI, asyst. kliniki. Warszawa.

Kilka uwag o sympatektomji okołotętniczej.

Z pracowni anatomo-patologicznej I. kliniki chirurgicznej U. W. Dyr. Prof. A. Leśniowski.

Przeżywamy obecnie okres przewartościowania pojęć naszych o fizjologji i patologji układu współczulnego. Do niedawna skromne tylko w patologji ogólnej zajmujący miejsce, wysuwa się obecnie układ ten często na czoło zagadnień patologicznych, zwłaszcza, dotyczących zaburzeń krążenia. Coraz więcej widocznem się staje, jak wielki jest wpływ nerwów współczulnych na ukrwienie, na tętno i t. d. Coraz to nowe zaburzenia naczyniowe przypisywane są nieprawidłowemu działaniu układu współczulnego, jako to dusznica bolesna, choroba Raynaud'a, ból piekący (*causalgia*) etc. Zrozumiałe są też usiłowania kliniki bądź to zdania sobie sprawy ze stanu, w jakim znajduje się układ współczulny naczyniowy, (Barbier), bądź to próby zmiany jego czynności zapomocą zabiegu chirurgicznego, mianowicie wycięcia splotu okołotętniczego (Leriche). Większe naczynia krwionośne posiadają dwie siecie współczulne (Glaser), jedną powierzchowną wokoło naczynia, drugą pomiędzy błoną zewnętrzną, a mięśniówką; poszczególne włókna nerwowe sięgają aż do błony wewnętrznej. Mniejsze naczyńka posiadają tylko jedną sieć, ale nawet najmniejszym naczyńkom włoskowatym towarzyszą włókienka współczulne, oplatające się wokoło naczynia. W splotach naczyń jamy brzusznej, piersiowej i czaszki, tudzież tętnicy szyjnej znajdowano oprócz włókien — komórki zwojowe, co, zdaje się, wskazuje na dość znaczną samoistność układu współczulnego naczyniowego, a więc tem samem i na dość łatwe przystosowywanie się jego do warunków i potrzeb miejscowych. Ośrodki tych splotów współczulnych nie są nam jeszcze obecnie dokładnie znane i rozbieżność zdań pod tym względem jest znaczna. Natomiast nie ulega wątpliwości, że na przebiegu naczynia sploty te otrzymują liczne gałązki łączące od znajdujących się w pobliżu nerwów obwodowych. Co do włókien zwężających i rozszerzających światło naczynia — panuje również wielka niezgodność poglądów, zarówno co do ich istnienia, jak i przebiegu.

Leriche pierwszy w roku 1915 wykonał wycięcie splotu okołotętniczego i polecał następnie ten zabieg w najrozmaitszych schorzeniach i sprawach: ból piekący, owrzodzenia, początkowa zgorzel, obrzęki kikutów amputacyjnych, marskość sromu i t. d. W ślad za nim zaczęli i inni, przeważnie we Francji, stosować ten zabieg, a i u nas Sławiński kilkakrotnię wykonał tę operację z pomyślnym wynikiem. Sympatektomja polega na „oblupieniu" tętnicy na przestrzeni 6 - 8 cm z błony zewnętrznej. O ile zostało to należycie wykonane, tętnica bezpośrednio kurczy się, następnie wszakże rozszerza się, fala tętna staje się żywszą, tętnią nawet drobne gałązki, ukrwienie jest lepsze, ciepłota miejscowo zwiększona. Dzięki lepszemu ukrwieniu ubytki tkanek zabliźniają się znacznie prędzej (Leriche i Haour). Pomimo jednak, że sympatektomja okołotętnicza była już niejednokrotnie wykonywana i, zdaje się, powoli zyskuje sobie prawo obywatelstwa w chirurgji, niema, być może, innego zabiegu o tak niepewnym podłożu anatomicznem, fizjologicznem i klinicznem, jak ten właśnie. Pośród dość licznych prac odnośnych nigdzie nie znalazłem wzmianki, co dzieje się po upływie pewnego czasu w miejscu, gdzie splot okołotętniczy został wycięty, brak również badań doświadczalnych w tym kierunku. Wobec tego wykonałem szereg sympatektomij okołotętniczych na zwierzętach i na zwłokach ludzkich z następnem badaniem drobnowidowem. Do doświadczeń moich używałem królików, chociaż odpowiedniejsze, zdaje się, byłyby psy (wbrew mniemaniu Leriche'a), który twierdzi, że układ współczulny naczyniowy u psów ulega znacznym wachaniom). Wybierałem tylko młode, zdrowe zwierzęta i wycinałem splot okołotętniczy bądź tętnicy udowej (najczęściej), bądź szyjowej. Niektórym zwierzętom oprócz tego wycinałem w celach porównawczych górne zwoje szyjne, co wywołuje wiadomy zespół współczulny (przekrwienie ucha, objawy źrenicowe). Sam zabieg był wykonywany nieco inaczej, niż u człowieka, a to ze względu na niezmierną cienkość ścian tętnicy u królika. Wszelkie próby nacinania błony zewnętrznej kończyły się zawsze zranieniem tętnicy. Wobec tego usuwałem błonę zewnętrzną na tępo; ujmowałem wydzieloną tętnicę ostrożnie w poprzek szczypczykami anatomicznemi i takiemiż bardzo delikatnemi szczypczykami zdzierałem cieniutką błonę, aż do mięśniówki, na przestrzeni $1/2$—1 cm. Przy ostrożnem postępowaniu udaje się w ten sposób usunąć błonę zewnętrzną bez uszkodzenia tętnicy; stroną ujemną jest to, że nie otrzymujemy równej linji jako granicy, lecz poszarpaną, Uważałem te tylko przypadki za udane, idąc za wskazówkami Leriche'a, gdzie po takim zdarciu następowało zwężenie naczynia poniżej; zwężenie to przeistaczało się później w rozszerzenie. W samem miejscu zdarcia tętnica zawsze odrazu, jeszcze podczas manipulowania, rozszerzała się dość znacznie. Po dokonanej sympatektomji układałem naczynie na miejsce i zeszywałem skórę szwem strunowym. Cięcie skórne było zawsze tak wybrane, ażeby nie stykało się z pęczkiem naczyniowym, co przy wielkiej przesuwalności skóry u królika jest rzeczą łatwą. Rany prawie bez wyjątku goiły się przez rychłozrost bez ropienia, i te tylko zostawały uwzględnione. Następnie po okresie 7, 14, 21, 30, 40, 50 i 75 dni odpowiednie odcinki naczyń zostawały usunięte i poddawane badaniu drobnowidowemu. Posługiwałem się albo przyżyciowem barwieniem błękitem metylenowym, albo metodą molybdenową Bethe'go, bądź oryginalną, bądź w modyfikacji Donaggio, lub wreszcie sposobem Bielschowsky'ego, po poprzedniem zadziałaniu pirydyną. Barwienie błękitem dawało mi ładne, lecz niestety nietrwałe obrazy i, jak wiadomo, nie bywa ono nigdy zupełne; metoda zaś molybdenowa, czy to wskutek mej nieumiejętności, czy to wskutek zwietrzałych odczynników (posługiwałem się jeszcze przedwojennymi) nie zawsze się udawała. Wobec tego najczęściej używałem srebrzenia, jako sposobu względnie pewnego i jednostajnie zabarwiającego wszystkie elementy nerwowe. Jednakże i ten sposób ma wielkie niedogodzości a mianowicie — srebrzeniu oprócz nerwów ulegają włókna tkanki łącznej (Maresch), śródbłonek, co znacznie zaciemnia obraz i utrudnia ocenę zmian nerwowych.

Przechodząc do wyników, zaznaczyć odrazu winienem, że nigdy nie udało mi się wywołać za pomocą sympatektomji okołotętniczej przekrwienia tak wybitnego, jak widujemy po wycięciu zwojów szyjowych współczulnych. Staje się to zrozumiałe, jeżeli uprzytomnimy sobie, że niepodobna usunąć cały splot okołotętniczy. Badając odcinki tętnic po tylko co dokonanej sympatektomji przekonałem się, że zarówno na zwłokach ludzkich, jak i u zwierząt po najskrupulatniejszem »obłupieniu« tętnicy pozostaje jednak znaczna część głębokiej (intraparjetalnej) sieci współczulnej, a nawet niekiedy cząstki sieci zewnętrznej. Przerwanie więc ciągłości splotu okołonaczyniowego nie jest zupełne. Pomimo to nie da się zaprzeczyć, że odruch rozszerzenia się naczynia poniżej i, co za tem idzie, lepszego ukrwienia jest dość wyraźny. Już wieczorem dnia zabiegu kończyna operowana jest cieplejsza; stan taki trwa kilka dni — tydzień, potem dotykiem różnic ciepłoty stwierdzić nie można. Lecz, operując powtórnie, drogą biopsji przekonać się można, że pewne rozszerzenie tętnicy i przekrwienie istnieje w dalszym ciągu i daje się to spostrzegać w ciągu 3—4 tygodni po pierwszym zabiegu. Jednakże coraz nieznaczniejszą staje się ta różnica i znika w ciągu drugiego miesiąca zupełnie, podczas gdy muszla uszna po wycięciu zwoju po tym samym czasie jest jeszcze ciągle wyraźnie przekrwioną. Co się tyczy zmian w miejscu zabiegu, to już w kilka dni po operacji znajdujemy delikatne zrosty i zlepy tętnicy z żyłą i mięśniami, w ogóle z otaczającemi tkankami w miejscu, pozbawionem błony zewnętrznej. W ciągu drugiego tygodnia występuje wyraźne bujanie tkanki łącznej, przekraczające

Operacja włókniaka macicy, mianowicie cięcie nadpochwowe lub całkowite usunięcie macicy włókniakowatej, kryje w sobie pewne ryzyko dla życia lub późniejszego zdrowia chorej. Wprawdzie istnieją statystyki niektórych wybitnych operatorów (Bumm, Franz i inni), którzy miewali serje po 100—200 przypadków operacyjnych włókniaka bez zejścia śmiertelnego, atoli statystyki, obejmujące większy materjał, jak n. p. statystyka Dame'go, nie wykazują tak pomyślnych wyników. Dame zestawił wyniki 8003 przypadków operacyj włókniaka macicy, ogłoszonych drukiem w ciągu ostatnich lat 10 i stwierdził że w 251 przypadkach było zejście śmiertelne (3,1%), w operacjach zaś drogą brzuszną wykonywanych śmiertelność wynosiła 3,7%. Powikłania pooperacyjne (zapalenie otrzewnej, niedrożność jelit, zakrzep, zator, zapalenie płuc) wystąpiły w 13,25%, uszkodzenia sąsiednich narządów pęcherza, moczowodu, krocza w 1%. Podług J. L. Faure'a[1]) śmiertelność po leczeniu operacyjnem włókniaków waha się około 5%.

Inaczej zgoła przedstawiają się wyniki naświetlania włókniaków promieniami Roentgena. Gauss zebrał z piśmiennictwa około 3000 włókniaków, w których stosowana była rentgenoterapja. Z danych jego wynika, że wyleczenie, t. j. uzyskanie amenorrhoeae, osiągnięto w 90 99%.

Odsetek wyleczeń zwiększał się z każdym rokiem w miarę stosowania coraz silniejszych jednorazowych dawek promieni. 3 przypadki śmierci (0,1%), które zanotowano w czasie naświetlania u osób wykrwawionych, w pierwszych latach stosowania rentgenoterapji, tłómaczyć należy zbyt słabą dawką promieni, które miały własności podrażniające, miast niszczących, dla pęcherzyków Graafa.

Zmniejszenie guza następowało w 68—86%, zanik zupełny w 21—32% przypadków. Uszkodzenia skóry po naświetlaniu włókniaków należą obecnie do rzadkości, bowiem z 14 przypadków zaniku skóry oraz 11 przypadków wrzodu na skórze, znanych w literaturze, ani jeden nie przekroczył 1913 roku.

Co się tyczy sposobu działania promieni Roentgena we włókniakach, to większość autorów, że wymienię Albeos-Schönberga, Beclére'a, Costa, Bertoletti, Wernera, przyjmuje jednoczesne działanie promieni na jajniki i macicę, przytem to drugie działanie, tj. bezpośredni wpływ promieni na samą macicę, odgrywa rolę podrzędną. Eymer w bardzo ciekawej pracy wykazał, że najwrażliwsze na działanie promieni są jądro i komórka jajowa największych pęcherzyków Graafa, na 5 tem miejscu dopiero stoją pęcherzyki pierwotne, na 8-mem ciałko żółte, na ostatniem — komórki nabłónka zarodkowego, pokrywającego jajnik.

Ta stopniowość w działaniu promieni na poszczególne elementy składowe jajnika tłómaczy nam czasowe ustanie miesiączkowania po naświetlaniu niezbyt wielkiemi dawkami promieni, spowodowane zanikiem największych i rosnących pęcherzyków Graafa z pozostawieniem pęcherzyków pierwotnych, które po upływie pewnego czasu rozwijają się i wywołują ponowne miesiączkowanie.

Słów kilka o przeciwwskazaniach do naświetlania. Bezwzględnie nie nadają się do naświetlania:

1. zeszypułowane włókniaki podśluzowe, częściowo zwodzone do pochwy, włókniaki podśluzowe zaś o szerokiej podstawie można śmiało naświetlać, 2. włókniaki uległe zgorzeli i sposoczeniu, 3. włókniaki, które dają objawy ostrego uwięźnięcia pęcherza, o ile silna dawka promieni nie prowadzi do szybkiego ustąpienia groźnych objawów, 4. włókniaki u kobiet młodych, u których operacja zachowawcza (wyłuszczenie) może utrzymać miesiączkowanie oraz zdolność do zajścia w ciążę i rodzenia, oczywiście, przy warunku że powyższa operacja w miarę rozwoju techniki dawać będzie niższy odsetek śmiertelności, statystyka bowiem Olshausena, obejmująca 563 przypadków wyłuszczenia włókniaków, wykazuje 10,5% śmiertelności, nowsza statystyka Abuladse podaje 767 przypadków z 9,2% śmiertelności. Nawrót cierpienia wystąpił w 14% — zajście w ciążę z 214 przypadków Wintera w 7 (3,26%), z 412 przypadków Engströma w 27 (6,8%); u jednego i drugiego autora odsetek zajścia w ciążę jest znacznie niższy od podanego wyżej odsetka śmiertelności pooperacyjnej.

Nie jest przeciwwskazaniem do naświetlania włókniaków podejrzenie co do zwyrodnienia mięsakowego guza — po pierwsze dlatego, że zwyrodnienie to występuje stosunkowo bardzo rzadko — na 21315 przypadków, zebranych przez Gaussa, zwyrodnienia mięsakowe stwierdzono w 1,06%, a powtóre dlatego, że, jak wykazują ostatnie doniesienia Seitza, rentgenoterapja mięsaków macicy daje 3 razy lepsze wyniki, niż operacja, która zaledwie poszczycić się może 25% trwałych wyleczeń. Dawka mięsakowa promieni jest 2 razy większą od jajnikowej.

Nie będzie również przeciwwskazaniem obawa jednoczesnego zwyrodnienia rakowego śluzówki trzonu macicy, bowiem w prawie każdym przypadku poszczególnym włókniaka przy wystąpieniu nieprawidłowych krwawień międzymiesiączkowych można za pomocą próbnego skrobania ustalić rozpoznanie a następnie wybrać odpowiedni sposób leczenia.

Nie jest wreszcie przeciwwskazaniem stosowanie promieni Roentgena we włókniakach powikłanych obecnością starych spraw zapalnych przydatków lub drobnych torbieli w jajnikach, bowiem te ostatnie rzadko dają wskazania do zabiegu operacyjnego, przytem, jak praktyka kliniki fryburskiej wykazała, we wszystkich odnośnych przypadkach rentgenoterapja cel zamierzony osiąga.

Zestawienie wyników operacyjnego leczenia włókniaków macicy i naświetlanie za pomocą promieni Roentgena daje niewątpliwą przewagę rentgenoterapji, którą uważać należy na ogół za najwłaściwszą metodę leczniczą we włókniakach macicy i najbardziej oszczędzającą siły fizyczne i moralne chorej.

Osobiste doświadczenie moje rozciąga się na 45 przypadków włókniaków, leczonych za pomocą promieni Roentgena. W 41 nastąpił brak miesiączki, w 4 przypadkach po kilkumiesięcznej przerwie zjawiło się ponowne krwawienie. W 2 przypadkach guzy, sięgające do żeber, znikły po upływie lat 2 i 3½. Każda chora otrzymywała po 4—8 seryj miesięcznych, składających się z 5—10 posiedzeń w ciągu 5 -10 dni kolejnych.

To zbyt ostrożne dawkowanie promieni, stosowane przez naszych rentgenologów, wzorujących się na Albers-Schönbergu i francuskiej szkole Beclère'a, nastręcza pewne uwagi. W wielu klinikach obcych stosują obecnie we włókniakach jednorazową dawkę dwugodzinną, rozłożoną na 1—2 dni, przy użyciu filtra z ciężkich metali miedzi lub cynku. Ogólna dawka nie przekracza 75 X, obliczanych za pomocą iontognantimetru Friedricha, umieszczonego w pochwie. U nas do wywołania cessationis mensium potrzeba od 20—80 posiedzeń dziesięciominutowych, rozłożonych na szereg miesięcy, co oczywiście jest bardzo męczące dla chorej. Wysuwanie argumentu, że metoda Beclère'a przez wielokrotne naświetlanie macicy skuteczniej od innych prowadzi do zmniejszenia i zaniku guza, zdaje się, polega na złudzeniu.

Promienie Roentgena nie wyczerpują atoli całego zakresu stosowania energji promiennej.

Do współzawodnictwa, bodaj czy nie zwycięskiego, staje rad t. j. curieterapja, wprowadzona przez Oudin'a, Vərchère'a, Lacapère'a Cheron i Bouchacourt'a we Francji — a dzisiaj na szeroką skalę prowadzona we wszystkich zamożniejszych klinikach, posiadających odpowiedni zapas soli radowych.

Rad stosuje się trzema drogami: przez skórę brzucha, przez pochwę, a właściwie przez tylne sklepienie, i wreszcie przez jamę trzonu macicy i przewód szyi. Cienką rureczkę, zawierającą od 50 do 100 mgr radu, wsuwa się do drugiej rureczki z ołowiu, platyny, mosiądzu, noszącej nazwę filtru; zakłada do macicy na przeciąg od 24—72 godzin przy jednorazowem naświetlaniu lub na 8—24 godziny, co kilka lub co kilkanaście dni. Ogólna dawka wynosi od 800—7200 miligram godzin (24×3×100).

Najprostszem, a mimo to skutecznem, było naświetlanie włókniaków, stosowane przez Rouffarta z Brukseli. Autor ten kładł na skórę brzucha na okolicę jajników po 50 mgr radu w ciągu 8 nocy kolejnych po 12 godzin, nadto do tylnego sklepienia pochwy również 50 mgr radu na 48 godzin.

[1]) Journal de radiologie et d' elekrologie t. IV. Nr. 4.

Filtr ołowiany 2 mm. Na 50 włókniaków tą metodą leczonych, uzyskał wyleczenie, tj. brak miesiączki, 49 razy.

J. L. Faure chętnie posługuje się radem w leczeniu włókniaków; zdaniem jego prawie zawsze wystarcza jedno posiedzenie.

Clark z Filadelfji wyraża się entuzjastycznie o działaniu radu w krwawieniach macicznych, wywołanych obecnością włókniaka. Wygłasza on zdanie, że żaden inny środek nie jest tak skuteczny i nieszkodliwy, jak rad; działa on z dokładnością zegarka i dlatego włókniaki u kobiet w wieku średnim, zdaniem Clarka, nie powinny być odtąd dziedziną chirurgji. Do roku 1921 ogłoszono około 1150 przypadków włókniaków, leczonych radem, wyleczenie uzyskano u 88,6—94.5%. Doniesienia powyższe wykazują, że w promieniach gamma radu, który, bodajże Beclère, nazwał rentgenem w kieszonce od kamizelki, znaleziono środek równie skuteczny, jak promienie Roentgena, mający natomiast nad ostatnim przewagę w prostocie techniki i możności stosowania przy łóżku chorego w każdych warunkach, czego dotąd nie można powiedzieć o promieniach Roentgena.

Z kolei przechodzę do leczenia raka macicy. Leczenie operacyjne raka trzonu macicy zapomocą doszczętnej operacji sposobem Wertheima, wobec faktu, że *operabilitas* w raku trzonu dosięga 100% a odsetek absolutnego wyleczenia dosięga 70—80%, jest zabiegiem celowym i wskazanym, natomiast w przypadkach raka szyi i części pochwowej macicy, które niestety stanowią 75%—90% wszystkich przypadków raka macicy, leczenie operacyjne za wyjątkiem bardzo wczesnych postaci daje dotąd wyniki mało pomyślne. Odsetek absolutnego wyleczenia po doszczętnej operacji raka szyi u najlepszych operatorów waha się pomiędzy 17% (Döderlein) a 28,6% (Bumm).

Z polskich statystyk znana jest statystyka kliniki krakowskiej Rosnera z r. 1911. Na 455 kobiet, dotkniętych rakiem macicy, które zgłosiły się do kliniki w latach 1900—1910, zaledwie u 60 tj. u 13% dokonać można było operacji doszczętnej.

Nie mamy dotąd polskiej statystyki trwałych wyników leczenia operacyjnego raka macicy, opierającej się na większym materjale i uwzględniającej postulaty Wintera, i dlatego z konieczności posługiwać się muszę materjałem obcym. Drugim niekorzystnym czynnikiem, obniżającym wartość rezultatów osiąganych drogą operacji raka macicy, jest wysoka śmiertelność pooperacyjna, która u Wertheima dochodziła do 25%, Bumma 25,8%, Rosnera 28,3%, Króniga 28,8%, w klinice w Tübendzie do 38%, u Marsa w pierwszej serji kilkunastu przypadków nawet do 40%, przeciętnie zaś waha się między 10 i 20%.

Krönig, jeden z najdzielniejszych i najbardziej krytycznie myślących ginekologów niemieckich, zadał sobie trud zbadania dalszego losu operowanych przez siebie chorych, dotkniętych rakiem macicy, i ogłosił drukiem wyniki swych dociekań, druzgocące świetne statystyki niemieckie. Krönig przekonał się, że po upływie lat 5 żyło zaledwie 5,85% operowanych, a po upływie lat 10 ani jednej chorej nie znalazł przy życiu. Zarzucił tedy zupełnie operacyjne leczenie raka macicy i posługiwał się odtąd radioterapją. Schauta zestawił wynik blisko tysiąca dokonanych przez siebie operacyj raka macicy i na podstawie wyniku zestawienia wypowiedział na schyłku życia (w r. 1917) również pesymistyczne zapatrywanie co do chirurgicznego leczenia raka macicy.

Tym środkiem, który wystąpił w pierwszym rzędzie do współzawodnictwa z operacją raka macicy jest rad.

Wiadomości o nadzwyczajnych wyleczeniach za pomocą promieni radu graniczyły niemal z cudownością. obiegły szybko cały świat lekarski, budząc ogromne nadzieje. Istotnie stwierdzano raz po raz trwałe wyleczenia, t. j. ponad 5 lat trwające, w szeregu zupełnie beznadziejnych przypadków raka. Przytoczę dwa przykłady. J. E. Faure na posiedzeniu paryskiego Twa chirurgicznego z dn. 24. III. 1920 podał przypadek następujący: W r. 1913 wykonał próbne cięcie brzuszne u chorej, dotkniętej rakiem macicy. Znalazł macicę wmurowaną w małą miednicę, otoczoną naciekami nowotworowemi. O usunięciu macicy nie mogło być mowy. Wobec tego zaszył powłoki brzuszne. Chora była następnie przez samego lekarza skierowana do naświetlania radem; wyleczyła się zupełnie. Badanie ponowne chorej po upływie lat 7 potwierdziło to wyleczenie.

Drugi przypadek omawiał Walthard na ostatnim zjeździe ginekologów niemieckich w 1920 roku. U chorej 62-letniej z powodu raka jajnika, który wrastał z jednej strony w szyję macicy, a z drugiej w esicę aż do śluzówki, usunięto macicę wraz z przydatkami oraz dokonano poprzecznej resekcji esicy. Po upływie 8 miesięcy stwierdzono ogromny nawrót guza, wypełniającego tym razem małą miednicę i zwisającego w postaci czopu ze sklepienia pochwy. Po ostrożnem wyskrobaniu guza, założono rad na 144 godzin bez przerwy w ilości 50, 100 i 150 mg bromku radu. Ogółem chora otrzymała 6900 miligram godzin czystego radu. Guz znikł, nastąpiło zupełne wyleczenie, trwające $6^1/_2$ lat.

Naświetlanie raka macicy promieniami gamma radu datuje się od r. 1909. Szereg klinik niemieckich od r. 1913 zarzucił zupełnie operację raka szyi, a nawet i trzonu macicy, i rozpoczął systematyczne i planowe próby naświetlania radem, względnie promieniami Roentgena. Niektórzy ginekolodzy, jak Döderlein, Krönig, Baisch, Flatau, Seitz, zostali wierni radioterapji, inni, jak Bumm, powrócili częściowo do operacji.

Słów kilka o technice stosowania radu. Rureczkę z preparatem radowym, zawierającą około 100 mgr bromku radu, zaopatrzona w odpowiedni filtr, mający na celu zatrzymanie miękkich promieni alfa i beta, przed włożeniem do krateru lub kanału szyi bądź macicy pokrywa ją jeszcze wyjałowionym paluszkiem gumowym, aby zapobiedz wtórnemu promieniowaniu metalu. Lekkie wytamponowanie pochwy utrzymuje rurkę *in situ* w kraterze, lekkie wytamponowanie tylnego sklepienia odsuwa odbytnicę od szyi macicy. Dobrze pomyślanym przyrządem do utrzymywania preparatu radowego w macicy jest przyrząd, podany przez Zandera w 115 tomie Archiv f. Gyn. Składa się z rurki złotej o grubości ściany 0.8 mm, długości 7 cm opatrzonej na dolnym końcu krążkiem, mogącym się unosić ku górze i opuszczać ku dołowi, zapomocą gwintu. Do rurki wprowadzonej do jamy macicy wkłada się jeden za drugim dwa preparaty radu po 50 mgr bromku radu, każdy w ten sposób aby obydwa preparaty dotykały się końcami. Dwa dodatkowe preparaty radowe umieszcza się na krążku przed częścią pochwową i cały przyrząd utrzymuje się *in situ* zapomocą ogrzanej masy wyciskowej używanej przez dentystów, masa ta, stygnąc, unieruchamia przyrząd i wypukla, lekko uciśnięta, tylne sklepienie, zabezpieczając tym sposobem odbytnicę przed ewentualną zgorzelą. Rurkę z radem pozostawia się w macicy na 24—48 godzin, po upływie 2—3 tygodni — a u Kehrera, który ma dotychczas jedne z najlepszych wyników, po upływie 4—6 dni, następuje druga serja, po takiej samej przerwie trzecia i ostatnia. Jeżeli odległość odbytnicy od szyi wynosi więcej niż 2 cm. Kehrer dodaje 4 i 5-tą serję. Ogólna dawka radu nie powinna przekraczać 72000 mlgr godzin (48×3×50) czystego radu, przy odległości zaś odbytnicy od szyi dochodzącej do 3 cm może do sięgnąć 12000 mgr (48×5×50).

Przy stosowaniu wysokich dawek radu łatwo powstać może przetoka odbytnicowo-pochwowa, jak się to istotnie niejednokrotnie zdarzało wskutek przedawkowania w pierwszych latach naświetlania.

W moim przypadku raka trzonu macicy u chorej 38-letniej — wprowadziłem do jamy macicy i szyi dwie rurki radu [1]), zawierające razem 110 mgr bromku radu na 48 godzin z przerwą 24-godzinną z wynikiem pomyślnym. Krwawienia i perjody ustały. macica skurczyła się, nastąpiło zupełne wyleczenie, trwające już 13 miesięcy.

Niedomagania poradowe, najczęściej notowane są następujące: bóle głowy, zawroty, bóle w stawach, brak łaknienia, pragnienie, nudności, wymioty, nerwowe zaburzenia, bezsenność, niekiedy lekka psychoza u psychopatów. We krwi wskutek naświetlania narządów krwiotwórczych (kości miednicy, bioder i gruczołów chłonnych) stwierdzono lekką leukocytozę i zwiększenie ilości wielojądrzastych neutrofilów oraz procentowy spadek limfocytów; liczba czerwonych krwinek spada również w umiarkowanym stopniu, to samo odsetek hemoglobiny. Po upływie 2 miesięcy zmiany we krwi ustępują.

[1]) Własność kol. Węckowskiego, który posiada 143 mgr radu.

Wyniki wyłącznego naświetlania raka macicy radem są zależne od stosowanej techniki. Döderlein miał po stosowaniu radu lepsze wyniki, niż po operacji. Na 204 przypadki naświetlania raka szyi macicy radem uzyskał absolutne wyleczenie w 40 przypadkach. Operacja wobec 105 przypadków nadających się do zabiegu dałaby mu trwałe wyleczenie zaledwie w 33 przypadkach.

Bumm po radzie miał 25% absolutnego wyleczenia, odsetek nieco niższy, niż po operacji, która daje mu 28,6% wyleczeń bezwzględnych. Kehrer — 22%. W przypadkach raka macicy już nienadających się do operacji, ilość trwałych wyleczeń waha się między 4—16% (Weinbrenner, Adler).

Aby poprawić wyniki wyłącznego naświetlania radem, w ostatnich czasach w wielu klinikach obcych stosują w raku szyi, obok radu lub wyłącznie naświetlania promieniami Roentgena, wychodząc z założenia, że wobec znanego prawa fizycznego zmniejszania się natężenia światła w kwadratowym stosunku do odległości, wyspy rakowe i gruczoły, dalej ponad 5 cm od źródła światła położone otrzymują po naświetlaniu radem zaledwie dawkę podrażniającą miast doszczętną. To ostatnie zadanie, to jest skuteczne naświetlanie przymacicza i gruczołów na ścianie miednicy położonych, mogą wykonać promienie Roentgena.

W leczeniu nawrotu po operacji raka i po naświetlaniach zapobiegawczych pooperacyjnych, rentgenoterapja występuje bezsprzecznie na plan pierwszy, wykazując ogromną przewagę nad curieterapją, rad bowiem po operacji doszczętnej w braku centralnie położonego wydrążonego narządu, t. j. szyjki i trzonu macicy, może być obecnie umieszczony w sklepieniu znacznie skróconej po operacji pochwy. Tym sposobem odległość radu od ścian miednicy zwiększa się, co z kolei czyni niewystarczającem działanie promieni gamma na rakowato zwyrodniałe gruczoły, obok naczyń położone.

Przez naświetlanie pooperacyjne promieniami Roentgena przypadków raków szyi w klinice Bumma udało się Warnekrosowi podnieść, podobno, odsetek wyzdrowień trwałych z 35,7% na 71,8 t. j. w dwójnasób.

Streszczam uwagi moje o stosowaniu radioterapji w ginekologji, w następujących zdaniach:

1. Radioterapja jest najwłaściwszą metodą leczniczą we włókniakach macicy.

Odsetek włókniaków, wymagających operacji, nie przekracza 10—20%.

2. Curieterapja włókniaków przy jednakowych mniejwięcej wynikach leczniczych ma wyższość nad rentgenoterapją dzięki ogromnej prostocie techniki, słabszym objawom ubytkowym, szybszemu działaniu — nie nadaje się jednak do leczenia guzów, sięgających ponad pępek.

3. W leczeniu raka macicy wyłączne stosowanie promieni radu w niektórych klinikach dało wyniki nieustępujące wynikom operacyjnym, a nawet przewyższające te ostatnie (Döderlein).

4. Curieterapja jest niezastąpionym środkiem w leczeniu raków macicy, nienadających się do operacji, wykazując od 4—16% trwałych wyleczeń.

5. Do naświetlania zapobiegawczego po doszczętnej operacji raka macicy oraz do leczenia nawrotów nowotworu więcej się nadają promienie Roentgena.

6. Ani curieterapja ani rentgenoterapja nie wypowiedziały jeszcze ostatniego słowa. Przy porównywaniu radioterapji z wynikami operacji, której technika doskonaliła się przez lat dziesiątki, pamiętać należy, że stoimy raczej na początku racjonalnego stosowania obydwóch postaci energji promiennej. Jeżeli udało się wzmocnić natężenie promieni wgłąb bez uszkodzenia zdrowych tkanek lub uczulić komórkę rakową na działanie promieni, to dodatnie wyniki naświetlania tych nowotworów mnożyć się będą w szybkiem tempie. Jedno i drugie zadanie leży w granicach możliwości.

7. Pomimo stosunkowo pomyślnych wyników radioterapji raków macicy, większość ginekologji stoi dziś jeszcze na stanowisku operowania raka trzonu oraz wczesnych przypadków raka szyi przy warunku ograniczenia zbytniego radykalizmu w wykonywania zabiegu operacyjnego w celu zmniejszenia wysokiej śmiertelności bezpośredniej i następczego naświetlania pełną dawką rakową promieni Roentgena ewent. radu. Z materjału operacyjnego należy wykluczyć chore, u których podeszły wiek, choroby serca i naczyń, otyłość już z góry każe się spodziewać zejścia niepomyślnego.

8. Należy jak najenergiczniej zwalczać t. zw. »dzikie« naświetlania raków czy to niedostateczną ilością preparatu radowego, czy to słabemi dawkami promieni Roentgena, które, zamiast niszczyć doszczętnie komórki rakowe, działają jako dawki podrażniające, pobudzają raczej do szybszego bujania komórek nowotworowych i tym sposobem dyskredytują w opinji lekarzy i chorych całą radjoterapję nowotworów, tę niezaprzeczenie potężną zdobycz lat ostatnich.

Dr. EUGENJUSZ TRYJARSKI. Warszawa.

Szczęka sztuczna w jamie nosowogardłowej.

Przypadek ciała obcego, usuniętego z jamy nosowogardłowej, jaki mam zamiar poniżej opisać, aczkolwiek z dziedziny laryngologji, należy jednak do kategorji tych, które winny zainteresować szerszy ogół lekarzy.

W końcu 1920 r. zgłosiła się do mnie chora pani H., lat 29, z Kielc ze skargami na nieżyt cuchnący nosa, trwający już około pół roku. Chora, nadmieniam, należy do inteligencji; epileptyczka, słabo rozwinięta fizycznie. Rozliczne zabiegi, jako to pędzlowanie błony śluzowej nosa, przemywanie etc. nie dały pożądanego rezultatu.

Powierzchowne badanie jamy nosowej nie przedstawiało nic osobliwego. Dopiero podczas pędzlowania rozczynem kokainy natrafiłem na przeszkodę w okolicy tylnych otworów nosa. Przy powtórnem badaniu jamy nosowej po ustąpieniu skurczu śluzówki nosa i po usunięciu śluzu z dna jamy nosowej, można było dostrzec z obu stron jakąś szaro-białą masę o twardej, gładkiej powierzchni, wklinowaną w tylne otwory nosa i zakrywającą je całkowicie. Badanie jamy ustnej i gardzieli nie przedstawiało nic osobliwego. Przy badaniu jamy nosowo-gardłowej w lusterku rzuca się w oczy jakaś czerwona masa, wypełniająca jamę, o gładkiej, połyskującej powierzchni; tylne otwory nosa były całkowicie zakryte przez tę masę. Przyszły mi na myśl zęby sztuczne. Na moje zapytanie w tym kierunku chora po namyśle odpowiedziała, że istotnie przed mniej więcej pół rokiem zginęły jej sztuczne zęby podczas ataku epileptycznego, lecz ani poszukiwania w mieszkaniu, ani badanie lekarskie, ani nawet prześwietlanie promieniami R. całego kanału pokarmowego nie dały pożądanego rezultatu. Powyższe dane potwierdziły moje przypuszczenia. Na drugi dzień w obecności jednego z kolegów i przy pomocy felczera szczękę usunąłem po znieczuleniu nosa i jamy nosowo-gardłowej 20% rozczynem kokainy z adrenaliną. Szczęka była ustawiona w poprzek jamy nosowo-gardłowej, obejmując haczykiem ujście lewej trąbki Eustachjusza. Po odchyleniu hakiem przez pomocnika tylnego prawego łuku uchwyciłem korncangiem wystający brzeg kauczukowego podniebienia i, nadając stopniowo szczęce położenie pionowe, zęby usunąłem. Rozmiary szczęki są następujące: wymiar poprzeczny — 4 cm, podłużny — 2 cm, wysokość samych zębów 1 cm, 4 zęby razem w poprzecznym wymiarze 3 cm. Naturalnie, w kilka dni po zabiegu nieżyt cuchnący ustąpił.

Mimowoli nasuwa się pytanie, czy istotnie chora nie zdawała sobie sprawy przez tak długi czas z obecności w jamie ciała obcego tak znacznych rozmiarów? O ile można wnosić z wywiadów, istotnie — nie. Sprawa ta bowiem dotyczyła chorej, cierpiącej na padaczkę, co mogło powodować pewne znieczulenie śluzówki; zresztą i lekarze po przeprowadzeniu szeregu badań mogli utwierdzić ją w tem przekonaniu, że ciała obcego tam niema.

W dostępnem mi piśmiennictwie (*Centralblat für Laryngologie etc.*) nie spotkałem podobnego przypadku, z wyjątkiem przypadku Eulensteјna w 1898 r., w którym autor stwierdził u 21-letniego mężczyzny kawałek żelaza długości 6 cm, szer. 1 cm i usunął go po 12 latach dolegliwości. W innych przypadkach, zresztą dość rzadkich, spotykano ciała obce w jamie nosowo-gardłowej zazwyczaj u dzieci i to ciała znacznie mniejszych rozmiarów.

Nr. 43 22. października 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. TEOFIL ZALEWSKI. Lwów.

Schorzenia narządu słuchowego w przebiegu duru osutkowego.

Nie mamy prawie żadnych badań nad zmianami w narządzie słuchowym w przebiegu duru osutkowego. W piśmiennictwie spotykamy nieliczne wzmianki, oparte na bardzo nieznacznej ilości przypadków. Dlatego wyciąganie jakichś ogólnych wniosków, co do częstości zmian chorobowych i jakości tychże w przebiegu duru osutkowego, jest na podstawie dotychczasowego materjału niemożliwe. Szczupłość badań nad stosunkiem narządu słuchowego do duru osutkowego nie zadziwi nas, jeżeli uwzględnimy, że do niedawna o samej chorobie mieliśmy niedostateczne pojęcie, że dopiero podczas wojny mieliśmy sposobność przeprowadzić nowoczesne badania nad tą chorobą.

Systematycznych badań na znaczniejszej liczbie chorych na dur osutkowy, co do zmian w narządzie słuchowym, nie posiadamy, przeprowadzenie zresztą podobnych badań natrafia ze względów technicznych na duże trudności, a tylko takie badania dałyby nam możność stwierdzić częstość zmian chorobowych w narządzie słuchowym. W braku podobnych badań musimy zadowolić się badaniami w skromniejszym zakresie.

W czasie epidemji duru osutkowego w zimie 1919/20 roku spostrzegałem na oddziele oto-laryngologicznym w wojskowym szpitalu okręgowym we Lwowie 51 chorych, którzy okazywali zmiany w narządzie słuchowym, powstałe w przebiegu samej choroby lub też w okresie ozdrowienia. Z powodu tego, że o każdym przypadku, w którym chory sam skarżył się na dolegliwości ze strony narządu słuchowego, lub w którym zauważono objawy ze strony narządu słuchowego, byłem zawiadamiany, albo chory — o ile to było możliwe — wprost był na oddział przenoszony, można przyjąć, że chyba bardzo nieliczne przypadki uszły mej uwagi.

Ogólna ilość przypadków duru osutkowego podczas epidemji 1919/20 roku, spostrzeganych w wojskowym szpitalu epidemicznym we Lwowie, wynosiła około 5000. Z tego wypada, że powikłania ze strony narządu słuchowego w przebiegu tej choroby wynoszą 1%.

Co do zmian, jakie w narządzie słuchowym spostrzegano, Jürgens mówi o częstych zmianach w uchu środkowem, natomiast Grünwald i Lehmann[1]) spostrzegali zmiany przedewszystkiem w uchu wewnętrznem; Lehmann nie spostrzegał ani jednego przypadku zapalenia ucha środkowego. Materjał jego jednak jest bardzo mały, badał on bowiem wogóle tylko 28 przypadków, z tego stwierdził w 8 przypadkach zmiany w narządzie słuchowym.

Materjał, zebrany przezemnie, wskazuje, że w przebiegu duru osutkowego występują zmiany przedewszystkiem ze strony ucha środkowego, zmiany zaś w innych częściach narządu słuchowego powstają tylko w znikomej ilości przypadków. Na 51 przypadków 43 okazywało ostre ropne zapalenie ucha środkowego, a tylko w 8 zmiany dotyczyły innych części narządu słuchowego.

Z 43 przypadków ze zmianami w uchu środkowem w jednym przypadku miało miejsce zaostrzenie sprawy przewlekłej ropnej, 42 zaś przypadki okazywały typowe ostre ropne zapalenie, przytem w 6 przypadkach ropienie było obustronne; w przypadkach z jednostronnem zajęciem połowa przypadków dotyczyła strony prawej i w takiej samej ilości przypadków zajęte było ucho lewe.

Zapalenie ucha środkowego częściej powstaje po spadku ciepłoty w okresie ozdrowienia: na 43 przypadki w 27 zapalenie ucha środkowego powstało właśnie w tym okresie, w 12 przypadkach — w drugiej połowie choroby, a tylko w 4 przypadkach początek zmian w uchu środkowem należy odnieść do pierwszej połowy choroby, przyczem w jednym przypadku zapalenie ucha środkowego powstało prawie jednocześnie z pojawieniem się pierwszych objawów durowych. Powstanie powikłań ze strony ucha środkowego w późniejszym okresie duru osutkowego, względnie w okresie ozdrowienia, wskazuje na to, że ogólne wycieńczenie organizmu i upadek ogólny sił ma duże znaczenie w powstawaniu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego; z drugiej strony trudność przeprowadzenia należytej pielęgnacji jamy ustnej, jamy gardła i nosa u ciężej chorych przyczynia się niewątpliwie do łatwiejszego zakażenia ucha środkowego.

Tylko w jednym przypadku nie było przedziurawienia błony bębenkowej, we wszystkich innych błona bębenkowa była zawsze przedziurawiona. Umiejscowienie przedziurawienia nie przedstawia nic charakterystycznego; przedziurawienie prawie zawsze umiejscowione jest w dolnej części błony bębenkowej a tylko wyjątkowo w górnej części; w jednym przypadku była przedziurawiona część wiotka błony bębenkowej. Obraz wziernikowy, jakoteż ilość i jakość wydzieliny, nie przedstawia również nic charakterystycznego. Natomiast uderza niezwykle duża ilość przypadków z powikłaniem ze strony wyrostka sutkowego. Na 43 przypadki ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego w 16 wykonano wydłótowanie wyrostka sutkowego z powodu ropienia i próchnienia, prócz tego w 6 przypadkach stwierdzono lżejsze objawy zapalne ze strony wyrostka. W przeważającej ilości przypadków stwierdzono przy operacji w wyrostku sutkowym bardzo znaczne zmiany w kości, sięgające często do zatoki poprzecznej i opony twardej. Te znaczne zmiany w wyrostku sutkowym mają — przynajmniej do pewnego stopnia — przyczynę w wycieńczeniu i osłabieniu organizmu.

Przebieg leczenia tak przypadków nieoperowanych, jak również operowanych, nie przedstawiał żadnych charakterystycznych cech. Należałoby się spodziewać wobec znacznego upadku sił i wycieńczenia chorych, że proces gojenia będzie rozwijał się powoli, tymczasem okazało się, że proces gojenia, tak u jednych, jak u drugich, przebiegał zupełnie prawidłowo, a w wielu przypadkach uderzała wprost szybkość gojenia w miarę, jak chorzy odzyskiwali siły.

Na postawie przebiegu ostrego ropnego zapalenia ucha środkowego można powiedzieć, że w przebiegu duru osutkowego mamy do czynienia nietyle z jadowitością samego zakażenia ucha środkowego, ile ze znacznem obniżeniem odporności organizmu na zakażenie, z tego powodu zakażenie ucha środkowego wywołuje łatwo dość znaczne zmiany i powoduje duże zniszczenie w kości, organizm jednak daje sobie łatwo radę z tem zakażeniem przy odpowiedniem leczeniu i zyskiwaniu sił przez chorego. Dlatego też prócz leczenia miejscowego należy zwrócić należytą uwagę na ogólne podniesienie sił chorego. Zmiany w uchu środkowem nie są wyrazem swoistego zakażenia ucha środkowego jadem durowym.

Z przypadków ze zmianami w uchu środkowem zmarł jeden z obustronnem cierpieniem, u którego po jednej stronie wykonano wydłótowanie wyrostka. Sekcja wykazała, jako przyczynę śmierci, zapalenie opłucnej i zapalenie otrzewnej.

Z innych powikłań w jednym przypadku stwierdzono zapalenie zewnętrznego przewodu słuchowego, w jednym zaś ropień ślinianki przyusznej przebił do zewnętrznego przewodu słuchowego; przypadek ten skończył się wyleczeniem bez otwierania ropnia z zewnątrz.

W 6 przypadkach stwierdzono zmiany w uchu wewnętrznem. W dwóch przypadkach ucho wewnętrzne i przed

[1]) Archiv f. Ohrenh. T. 103. s. 99.

chorobą nie było zupełnie prawidłowe: chorzy już dawniej okazywali upośledzenie słuchu obustronne z powodu ogłuszenia na froncie; w przebiegu duru osutkowego dolegliwości — upośledzenie słuchu i szum — znacznie się wzmogły, szczególnie po tej stronie, po której i przedtem dolegliwości były większe. W przypadkach tych dolegliwości nie okazywały dążności do zmniejszania się. Z czterech innych przypadków dwa okazywały lekkie zmiany w uchu wewnętrznem po obu stronach; upośledzenie słuchu było nieznacznego stopnia i okazywało stałą powolną poprawę. W dwóch przypadkach musimy przyjąć w uchu wewnętrznem zmiany znacznego stopnia. W jednym przypadku, który był badany w trzy miesiące po przebyciu duru osutkowego, słuch okazywał znaczne jednostronne upośledzenie, przyczem upośledzenie to nie okazywało dążności do poprawy. Zaburzenia równowagi, jakie w tym przypadku istniały, nie były pochodzenia usznego. Drugi przypadek okazywał bardzo znaczne zmiany w nchu wewnętrznem, i to w części ślimakowej i w części przedsionkowej. Badanie, przeprowadzone w miesiąc po przebytym durze, wykazało zupełną głuchotę po jednej stronie i zupełną niepobudliwość cieplikową narządu przedsionkowego, stwierdzono przytem zaburzenia równowagi przy chodzeniu, a chory skarżył się na zawrót głowy. Wedle podania chorego dolegliwości ze strony narządu słuchowego pozostają bez zmiany.

Co do czasu powstania zmian w uchu wewnętrznem, zmiany te we wszystkich przypadkach powstały w przebiegu samej choroby, ani w jednym przypadku nie powstały w okresie ozdrowienia. W dwóch ostatnich przypadkach, w których zmiany — wprawdzie jednostronne — były szczególnie silne, i przebieg duru był ciężki, zmiany w narządzie słuchowym powstały w czasie, kiedy chorzy byli nieprzytomni. Okoliczność, że zmiany w uchu wewnętrznem powstają w przebiegu samej choroby i że wielkość zmian odpowiadałaby ciężkości duru, świadczyłaby, że zmiany w uchu wewnętrznem mogą być wywołane przez sam jad duru osutkowego.

Na podstawie moich przypadków należy przyjąć:

1. Powikłania ze strony narządu słuchowego w przebiegu duru osutkowego występują mniej więcej w 1% przypadków.

2. W 84% przypadków zmiany dotyczą ucha środkowego i występują w postaci ostrego ropnego zapalenia lub w postaci zaostrzeń przewlekłego ropienia.

3. Przebieg ropienia ucha środkowego w przebiegu duru osutkowego tem się różni od innych ropnych zapaleń ucha środkowego, że w znacznej ilości przypadków występują bardzo rozległe zmiany w wyrostku sutkowym, które w 37% przypadków wymagają operacji.

4. Zmiany w uchu środkowem nie są wyrazem swoistego zakażenia jadem durowym, a do powstania ich przyczynia się w znacznej mierze zmniejszona odporność na zakażenie ropne.

5. Zmiany w uchu wewnętrznem występują znacznie rzadziej, gdyż zaledwie w 12% przypadków; zmiany najprawdopodobniej powstają przez zadziałanie samego jadu durowego na ucho wewnętrzne.

Dr. MARCIN ZIELIŃSKI. Kraków.

Udział układu wegetatywnego w obrazie klinicznym kauzalgji postrzałowej.

[Z kliniki neurologiczno-psychjatrycznej U. J. (Dyrektor Prof. Dr. Jan Piltz) i z klinicznego oddziału wojskowego chorób nerwowych Szpitala Okręgowego w Krakowie. (Dowódzca: pułkownik lekarz Dr. Krysakowski, lekarz naczelny oddziału: major lekarz Dr. Marcin Zieliński)].

Faktem występowania nadzwyczaj silnych bólów po postrzałach niektórych nerwów zainteresował się już w czasie wojny amerykańsko-angielskiej H. Mitchell i opisał go nazwą »causalgie«, przyjętą później przez autorów fran-[c]uskich.

W niemieckiem piśmiennictwie pierwszy Oppenheim spostrzeżenia tego rodzaju z czasu ostatniej wojny 14 i 1915. Oppenheim[1]) podkreśla, jako rys woich przypadków, że powstawanie bólów jest wprawdzie związane z podrażnieniem miejscowem zranionego nerwu czuciowego, nie mniej jednak sprawa nie ogranicza się do schorzenia miejscowego. Świadczą o tem fakty takie, że bodźce, działające na kończynę przeciwległą uszkodzonej, lub jakiś daleki punkt obwodu ciała wywołują takie same napady bólu w zranionym nerwie, że dalej obok miejscowych zjawiają się odległe zmiany naczynio-ruchowe, n. p. zaczerwienienie twarzy i obu rąk przy kauzalgji nerwu kulszowego. Dalsze spostrzeżenia podobnych przypadków Weiganda, Manna, Förstera podtrzymywały ten punkt widzenia. Zwłaszcza Mann[2]) i Förster[3]) akcentowali tę niesłychanie żywą reakcję bólową w odpowiedzi na dotknięcie lub oziębienie dowolnego punktu ciała a przedewszystkiem kończyn, równie dobrze zjawiającą się w chwili nagłego wzruszenia. »Każdy normalny dośrodkowy bodziec promieniuje na obszar uszkodzonego nerwu« mówi Förster.

Niezależnie od tych autorów wystąpił w roku 1916 Fuchs z pojęciem t. zw. alloparalgji.[4]) Istotę tego zjawiska upatrywał on w spostrzeganym przez siebie fakcie przenoszenia się bolesnych paraestaezji z kończyny uszkodzonej na przeciwległą zdrową, czemu chorzy starali się zapobiegać przez ciągłe okłady. Celem wyjaśnienia tego przerzucania się podniet za pośrednictwem rdzenia na homologiczny odcinek drugiej strony powołał się na doświadczenia Dusser'a de Batenne. Spostrzeżenia Fuchsa nie były jednak zupełne i przekonywujące. Wywołały one energiczny protest ze strony Oppenheima, który podkreślił[5]), jako cechę znamienną, że »urazowe uszkodzenie nerwu czuciowego nie ogranicza się do miejsca zranienia, lecz pociąga za sobą na drodze odruchowej skutki w innych odległych okolicach« a nie tylko w przeciwległej kończynie. Borowiecki[6]) w r. 1916 zwraca uwagę na towarzyszące kauzalgji zaburzenia czucia, zmiany troficzne i naczynio-ruchowe, a zwłaszcza na często spotykany zespół objawów erytromelalgiczny (hyperaemia i bolesność w zakresie uszkodzonego nerwu, występujące napadowo), co winno, jego zdaniem, rzucić światło na pochodzenie erytromelalgji spontanicznej, opisanej przez Cassirera.

We Francji opisali przypadki uszkodzeń nerwowych powikłanych silnemi bólami P. Marie, Souques, Meige, Athanassio-Benisty; wszyscy podkreślają spotęgowaną wrażliwość zranionego nerwu na wszelkie podniety, działające w jakimkolwiek punkcie ciała, a także na przeżycia wzruszeniowe; dążność do chronienia się przed bólami za pomocą wilgotnych okładów przeradza się często w »hygromanię«. Do zagadnienia alloparalgji powrócił Straussler[7]) na podstawie spostrzeganego w r. 1917 przez dłuższy czas postrzału lewego ramienia z nadzwyczaj silnemi bólami w dwóch ostatnich palcach lewej ręki; bóle te potęgowały się nie do zniesienia pod wpływem podniet działających na kończynę przeciwległą zdrową, którą chory chronił, podobnie jak zranioną, wilgotnemi okładami. Tę samą reakcję bólową wyładowywały dotknięcia jakiegokolwiek punktu ciała a przedewszystkiem wzruszenia związane z obawą urażenia przez kogoś. Natomiast mokre okłady i ciepłe kąpiele wpływały kojąco. W zakresie czuciowym nerwu łokciowego stwierdzono na grzbiecie ręki upośledzenie czucia, na dłoni przeczulicę bólową i dotykową. W ciągu pół roku objawy kauzalgiczne osłabły a szeroka dawniej strefa podrażnienia, którą stanowił obwód ciała, ograniczyła się teraz do najbardziej obwodowych i wystających jego części (ręce, stopy, nos, broda). Punkty ciała, których pobudzenie nie dawało dawnego efektu, można było jeszcze uczulić w tym kierunku za pomocą oziębienia eterem.

Opisane spostrzeżenia i doświadczenia pozwoliły Strausslerowi podać w wątpliwość zjawisko alloparalgji i próbę jego wyjaśnienia podjętą przez Fuchsa. Przemawiała mu natomiast do przekonania teorja Oppenheima, który przyjął za punkt wyjścia nadwrażliwość dotyczącego ośrodka kory, wywołaną powtarzaniem się potężnego bodźca czuciowego. W tem uczuleniu ośrodka korowego tkwić miała przyczyna, że każda podnieta czy wzruszenie znajdowały swój oddźwięk w niezwykłym bólu zranionego nerwu.

Spostrzegane i przedstawiane w roku 1920 w Krak.

Towarzystwie lek. i w Towarzystwie neurologicznem obrazy kliniczne kauzalgji pozwalają mi bliżej wglądnąć w ten ciekawy zespół objawów, który już dla Oppenheima miał być pobudką i podnietą do przeciwstawienia się zwartej opinji neurologów niemieckich w kwestji ujmowania istoty nerwic urazowych.

Podpor. K., 27-letni; alkoholizm u rodziców matki. Ranny po raz pierwszy w r. 1919 w prawe udo; drugą ranę w prawe ramię otrzymał we wrześniu 1920; w następstwie tego powstał silny ból w prawej dłoni od chwili zranienia, wzmagający się napadowo nie do zniesienia. W kilka dni, dostawszy się do stałego szpitala, doznał znacznej ulgi podczas kąpieli. Zaczął stosować okłady na rękę zranioną a gdy spostrzegł, że dotykanie przedmiotów ręką zdrową wywołuje także ból, trzymał w niej odtąd stale zwilżoną chustkę. Z tego samego powodu unikał stąpania boso po podłodze, a nawet w łóżku nie zdejmował skarpetek, żeby utrzymać stopy w pewnym stanie ogrzania i wilgoci. Zabiegi te chroniły chorego przed napadowemi bólami ręki, gdy w czasie snu nogi ocierały się o kołdrę. Papierosa przed włożeniem do ust musiał dobrze oślinić, unikać ciepłych potraw i napojów wyskokowych. Silne i nagłe wzruszenia sprowadzały także ból napadowy. Chory opisywał ten ból, jako uczucie wbijania ostrego szkła w dłoń; w mimice i postawie malował się wyraz strasznego cierpienia; zjawiały się poty i przyśpieszone bicie serca; na ręce miejscowe zaczerwienienie obejmowało obszar czuciowy nerwu środkowego i odgraniczało się wyraźną linją od reszty dłoni. Porażenia ruchowe, znaczniejsze w nerwie łokciowym, ze szponowatem ustawieniem palców. Zniesienie pobudliwości faradycznej i galwanicznej nerwu łokciowego i jego mięśni; nerw środkowy i dotyczące mięśnie dają skurcz powolny przy 3—5 Ma z odwróceniem reakcji. W zakresie nerwu łokciowego, na dłoni, osłabienie czucia; w zakresie nerwu środkowego oznacza chory bodźce dotykowe, jako przytępione, lecz przykrzejsze, niż w miejscach zdrowych (*hypaesthesia dolorosa*). Wobec pogarszania się ruchów i stanu mięśni, a nadewszystko utrzymywania się bóló w kauzalgicznych, wykonano w styczniu 1921 operację (Dr. Szenker w szpitalu okręgowym). Nerw środkowy tkwił w tkance bliznowatej, nerw łokciowy był nadto zgrubiały i miał bliznę wewnętrzną przy zachowaniu swej ciągłości. Po dokonanej neurolizie przemieszczono oba nerwy w nowe łożysko mięśniowe. Dopiero po szeregu miesięcy, dzięki niewyczerpanej cierpliwości chorego, któremu miejscowe zabiegi lecznicze (mięsienie, elektryzacja, ćwiczenie ruchów), sprawiały męczarnia, następować zaczęła powolna poprawa. W czerwcu 1921 wróciła pobudliwość faradyczna nerwu środkowego i szybki skurcz galwaniczny. We wrześniu zjawiła się pobudliwość galwaniczne nerwu łokciowego przy 9 Ma a mięśnie kurczyły się już faradycznie; wreszcie na wiosnę r. 1922. reakcja elektryczna n. środkowego i jego mięśni stała się z powrotem prawidłowa a nerw łokciowy odzyskał pobudliwość faradyczną oczywiście jeszcze znacznie obniżoną, podobnie jak galwaniczna (8 Ma). W parze z tem postępowało polepszenie ruchów palców i stanu troficznego mięśni, aż do możności poprawnego pisania i utrzymania szabli w ręce. Bóle kauzalgiczne osłabły a strefa ich wywołania ograniczyła się do nieznacznego obszaru na środku dłoni. Historja choroby, dająca miarę, jakie wyniki można osiągnąć celowem i systematycznem, chociaż długiem (w tym przypadku przeszło półtorarocznem leczeniem) spraw, które niestety za wcześnie i za często w czasie wojny uznawano za niepoprawne kalectwo.

Zespół objawów kauzalgji, który ujawnił się w całej pełni swego nasilenia, nieco słabiej był wyrażony w dwóch następnych przypadkach. Nie mniej jednak znajdą się tam jego rysy istotne i nadające mu znamienne piętno.

Szeregowiec D., 20-letni, ranny z początkiem września 1920. w prawe ramię. Tuż po zranieniu dotkliwy ból w dwóch pierwszych palcach ręki, porażenie ruchowe w zakresie nerwu środkowego i promieniowego. Napady kauzalgiczne przy silniejszych podnietach. Po kilku miesiącach bóle osłabły, natomiast przybyły oprócz sinicy kończyn, wybitnej dermografji, szybkiego tętna, napadowe zaburzenia naczynio-ruchowe w związku z jedzeniem ciepłych potraw, przebywaniem na słońcu itd. Napady te wyrażały się w silnych potach, znacznem przyśpieszeniu akcji serca i przemijającej wysypce plamistej całej skóry, której towarzyszyło przykre pieczenie. Na dłoni, w obrębie nerwu środkowego, lekkie tylko obniżenie czucia, natomiast dotkliwie przykre zabarwienie każdej choćby słabej podniety.

Szeregowiec M., 20-letni, ranny w październiku 1920 roku w prawą łydkę. Porażeń ruchowych i zaników niema; skargi na nieznośne palenie w podeszwie i wielkim palcu, potęgujące się do niezwykłej siły w warunkach opisanych poprzednio. Chory chodził charakterystycznie, by uniknąć zetknięcia wewnętrznego brzegu stopy z podłogą. Parestezje były tak dokuczliwe, że mimo zakazów dzień i noc przykładane okłady zmacerowały zupełnie skórę odcinka n. plantaris med. Na obszarze tego nerwu stwierdzono także przytępienie czucia z równoczesnem przykrem zabarwieniem odbieranych wrażeń dotykowych. Elektrycznie dało się wykazać nieznaczne osłabienie pobudliwości. Pod wpływem fizykalnej terapji (naświetlania kwarcowe, kąpiele komorowe) bóle stopniowo zmalały.

Na podstawie trzech opisanych przypadków można w obrazie klinicznym kauzalgji wykazać pewne cechy istotne, które pozwalają, nie tylko na objawowe wyodrębnienie tego zespołu, lecz rzucają pewne światło na jego genezę i podłoże. W samym momencie zranienia występuje ból o charakterystycznej siedzibie w najbardziej obwodowej części uszkodzonego nerwu. Ból ten, utrzymujący się stale, z mniejszem lub większem natężeniem, a wzmagający się pod wpływem różnych czynników do niesłychanego napięcia, każe nam szukać przedmiotowych zmian w czuciowym zakresie nerwu. Spotyka się je najczęściej w postaci objawu opisanego już przez dawniejszych autorów, jako hypaesthesia dolorosa, gdzie, obok obniżonej wartości perceptywnej czuć dotykowych na danym obszarze, uderza przykre, aż do uczucia bólu potęgujące się, ich zabarwienie. Förster[8]) podnosi, że w niektórych przypadkach stwierdzał wyraźną przeczulicę skóry (na stopie przy postrzałach nerwu kulszowego, na dłoni po zranieniu nerwu środkowego) przy najdelikatniejszem muśnięciu, w innych natomiast hyperaesthezję głęboką (ucisk na łydkę), chociaż skóra ponad temi miejscami była znieczulona. Na poparcie tego spostrzeżenia Förstera i podkreślanego przezemnie faktu, że zaburzenia czucia, towarzyszące kauzalgji wyróżniają się swoiście od innych, można się powołać na rozważania Edingera[9]) nad budową i czynnością nerwów obwodowych. Edinger podnosi tam z całym naciskiem znaczenie badań Heada, które wykazały niezbicie, że przy zupełnem zniesieniu czucia powierzchownego (na dotknięcie watą) utrzymuje się czucie głębokie i odpowiada na najlżejszy ucisk. Tak więc, dające się przedmiotowo stwierdzić i ściśle umiejscowić uszkodzenie gałązki czuciowej nerwu jest źródłem ciągłego podrażnienia, które wyraża się w postaci uporczywego bólu. Równocześnie jednak występują, pomijając nienależące do istoty obrazu porażenia ruchowe i troficzne mięśni, miejscowe zaburzenia ze strony układu wegetatywnego. Zmiany w ukrwieniu obwodu zranionej kończyny, wzmożone lub zniesione pocenie się, patologiczne reakcje naczynio-ruchowe i pilomotoryczne w zakresie czuciowego upośledzenia, który jest równoznaczny ze strefą promieniowania bólu, oto objawy z tej dziedziny. Podłoże tych zmian stanowią najprawdopodobniej, jakby wynikało z doświadczeń Förstera[10]), włókna sympatyczne (skurczające i rozszerzające naczynia) nerwu obwodowego, które skutkiem postrzału doznają uszkodzenia wraz z innemi gałązkami. Nie mniej jednak odgrywać może tu rolę t. zw. własne śródścienne unerwienie naczyniowe, należące do układu parasympatycznego. Ten własny aparat nerwowy naczyń, pozbawiony hamulców dosyłanych drogą nerwu obwodowego, popada w stan nadpobudliwości i doznaje zaburzenia swojej równowagi zarówno w systemie włókien skurczających, jak rozszerzających. Z tem zachwianiem się równowagi narządu naczynio-ruchowego na obszarze ograniczonym ściśle zmianami czuciowemi idzie w parze niezwykła pobudliwość i wrażliwość bólów kauzalgicznych na wpływy ciepłoty zewnętrznej, na stopień wilgotności kończyny. Wiemy, że oziębienie kończyny, potęguje bóle do niezwykłego nasilenia, że okłady mokre je znacznie łagodzą. Nie na tem jednak kończy się rola wegetatywnego układu w zajmującym nas zespole. Uszkodzone gałązki czuciowe i sympatyczne nerwu obwodowego stają się punktem wyjścia stałego podrażnienia, którego działanie odbija się przedewszystkiem na układzie wegetatywnym w całości i narusza równowagę między składowemi jego częściami. Müller jest zdania, że każde żywe uczucie bólu powoduje zmianę w inerwacji dróg wegetatywnych i podaje następujące wyjaśnienie tej współzależności: [11]). »Ponieważ wszystkie włókna przewodzące ból biegną przez wzgórek wzrokowy i dochodzą tam do komórek zwojowych, w których doznają przerwy, przeto jest zrozumiałe, że stąd promieniują podniety bólowe na blizko położoną szarą substancję trzeciej komory i powodują zmiany czynności wegetatywnych, jak wydzielanie łez, śliny, zaburzenia naczynio-ruchowe i źreniczne. Nie musi przytem — to jest wielkiej teoretycznej wagi — przyjść do świadomego uczucia bólu«.

Przypadki kauzalgji postrzałowej dostarczają nam

całego szeregu objawów wegetatywnych, wykraczających poza granice uszkodzonego nerwu. Należą tu przedewszystkiem stałe zmiany naczynio-ruchowe w odległych od miejsca zranienia okolicach, opisane już przez Oppenheima, jak zaczerwienienie twarzy, akrocyanoza kończyn. Tutaj też zaliczyć wypada, spostrzegany przezemnie zespół objawów, który wytworzył się po kilku miesiącach uporczywej kauzalgji i występował napadowo w postaci piekącej wysypki plamistej, obfitych potów i przyśpieszonej akcji serca. Do tej grupy wchodzi też zjawisko pozornego przenoszenia się kauzalgji z kończyny zranionej na przeciwległą, opatrzone przez Fuchsa mianem alloparalgji. Pojęcie alloparalgji zostało obalone na podstawie spostrzeżenia, że równie dobrze z przeciwległej kończyny, jak z każdego innego punktu obwodu ciała, można wywołać ból kauzalgiczny. Zjawisko to raczej możnaby nazwać akralgją z tem jednak zastrzeżeniem, że najbardziej obwodowe punkty ciała są jedynie uczulonemi specjalnie stacjami odbiorczemi dla wrażeń wywołujących ból zawsze w obrębie uszkodzonego nerwu. Straussler miał sposobność śledzić stopniowe wytwarzanie się tych akralgicznych okolic i dopatrywał się przyczyny tego zjawiska w zmianach naczynio-ruchowych na obwodzie ciała. Liczne spostrzeżenia wykazały ścisły związek, jaki zachodzi między przeżywaniem silnych wzruszeń, występujących zawsze w towarzystwie charakterystycznych zmian układu wegetatywnego a bólem kauzalgicznym. Tak samo działają wszelkie podniety (gorące potrawy, napoje alkoholowe), których wpływ wyraża się w nagłych zmianach naczynio-ruchowych.

Obraz kliniczny kauzalgji powstaje zatem w następstwie skrzyżowania się i oddziaływania wzajemnego dwojakiego rodzaju czynników. Pierwszy z nich przedstawia się, jako stan podrażnienia gałązek czuciowych uszkodzonego nerwu wraz z towarzyszącemi stale lub pojawiającemi się napadowo miejscowemi zmianami sympatycznemi, do których należy tak często przez Edingera i Borowieckiego spotykany zespół objawów erytromelalgiczny. Drugi czynnik występuje w postaci wzmożonej pobudliwości układu wegetatywnego i rozluźnionej koordynacji pomiędzy poszczególnemi jego działami, nadając całości obrazu znamienne piętno. Każdy bodziec, trafiający na swoiście zmieniony obszar czuciowy zranionego nerwu, wywołuje wraz z przejmującym bólem wstrząs w układzie wegetatywnym i prowadzi w końcu do daleko sięgających zaburzeń. Naodwrót każde podrażnienie układu wegetatywnego odzwierciedla się natychmiast w niezwykle silnym napadzie bólowym.

Piśmiennictwo.

1) Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung Nr. 4, 1915, Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 45, 1915.
2) Berl. klin. Wochenschr. 1915. 131.
3) Berl. klin. Wochenschr. 1915. 131.
4) Wien. med. Wochenschr. Nr. 36. 1916.
5) Neurolog. Zentralbl. 1916/21.
6) Neurolog- Zentralbl. 1916/11.
7) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 50. 1919.
8) Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilkunde Bd. 59.
9) D. Zeitschr. f. N. Heilkunde Bd. 59.
10) D. Zeitschr. f. N. Heilkunke Bd. 59.
11) L. R. Müller. Das vegetative Nervensystem 1920. str. 51.

Z praktyki.

Dr. W. ARNOLD, prymarjusz. Lwów

O możliwości zastąpienia olejku cedrowego olejkiem santałowym do celów mikroskopowych.

(Z oddz. chor. zak. szpitala powsz. we Lwowie).

Gdy w ostatnich latach olejku cedrowego, mimo usilnych starań, za żadną cenę otrzymać nie mogliśmy, musieliśmy z tej przyczyny przez czas dłuższy wogóle zrzec się używania systemów imerzyjnych. Gliceryna do tego celu zupełnie się nie nadawała. Pragnąc zastąpić olejek cedrowy innym olejkiem, jeszcze dla nas dostępnym, przypomniałem sobie, że do tego celu nadawałby się może olejek santałowy, wytwarzany zresztą, tak jak olejek cedrowy, z drzewa. Ku mojemu wielkiemu zadowoleniu okazało się, że istotnie olejek santałowy, nietylko może zastąpić do celów imerzyjnych olejek cedrowy, ale nawet przewyższa go pod różnemi względami. Preparaty są jaśniejsze i bardziej wyraźne, aniżeli przy użyciu olejku cedrowego i nie ma przykrego przylepiania się szkiełka nakrywkowego do soczewki systemu imerzyjnego. Pokazywaliśmy nieraz nasze preparaty kolegom i nie zdarzyło się nigdy, aby ktokolwiek z nich okazał niezadowolenie z jakości olejku imerzyjnego. Używamy już od roku olejku santałowego i nie przejdziemy do użycia olejku cedrowego, ponieważ jesteśmy zupełnie z naszego olejku imerzyjnego zadowoleni.

Co do olejku santalowego, to używaliśmy najpierw kilku próbek, znajdujących się jeszcze na oddziale z czasów przedwojennych, jednak i olejek santałowy, dostarczony nam obecnie przez aptekę szpitalną, nie jest gorszy od przedwojennego i nadaje się zupełnie dobrze do celów imerzyjnych. Również i santyl Knolla, obojętny ester salicylowy santalolu, daje się użyć jako olejek imerzyjny.

Podaję moje spostrzeżenia o olejku santałowym w tej nadziei, że skorzysta z nich może ktoś z Kolegów, gdyż brak olejku imerzyjnego jest dla każdego oddziału szpitalnego rzeczą niesłychanie przykrą, a olejek santałowy zawsze o wiele łatwiej i taniej otrzymać można, jak cedrowy.

Uwagi do rozdziału, podanego przez doc. dra Leszczyńskiego, zawartego w sprawozdaniu poglądowem „O leczeniu ciałami koloidowemi i t. d.“ w Nr. 37. Str. 726. P. Gazety lek.

W sprawozdaniu poglądowem: Leczenie ciałami koloidowemi i nieswoistemi białkami na podstawie własnych spostrzeżeń, zamieszczonem w Polskiej Gazecie lekarskiej Nr. 37. r. 1922 na stronicy 726 i 727, znajduje się następujący ustęp, podany przez Doc. Dra Leszczyńskiego:

Zostaje nam tedy tylko krew własna, jako prototyp substancyj własnych ustroju, przydatnych do koloidoterapji. Autohemoterapję zastosował pierwszy Ravaut w r. 1913. Krew wziętą z żyły wstrzykiwał bezpośrednio potem temu samemu choremu wśródmięśniowo w pośladki, w ilości 10—20 ccm, co 2—3 dni. Stosował ten zabieg w rozmaitych dermatozach. W niektórych przypadkach otrzymał wyniki zachęcające. Po nim stosowano ten zabieg w zakresie chorób wewnętrznych.

Otóż pozwalam sobie zaznaczyć, iż już na rok przedtem, bo w r. 1912, ogłosiłem obszerną pracę z oddziału chorób wewnętrznych I. B. Krajowego Szpitala św. Łazarza w Roczniku lekarskim (str. 392—420) pod tytułem: Z dziedziny badań nad rakiem. Autohemoterapja a rak« — i w Wiener klin. Woch. N. 35. r. 1912.: »Aus dem Gebiete der Krebsforschung II. Teil: Autohaemotherapie u. Krebskranke«. Pracę tę przytacza Roman Nitsch w podręczniku: Szczepionki i surowice wraz z nauką o odporności r. 1921. str. 48. W czasie badania chorych na raka nasunęła mi się myśl, czyby w przypadkach raka daleko posuniętego i nie nadającego się do operacji nie można wstrzymać i złagodzić sprawy chorobowej przez zastosowanie u tychże chorych wstrzykiwań podskórnych ich własnej krwi t. j. autohemoterapji. W tym celu utaczano chorym na raka krew z żyły pośrodkowej (V. mediana) wśród wszelkich ostrożności aseptycznych w ilości 6 ccm i następnie zaraz wstrzykiwano ją w tkankę podskórną na klatce piersiowej. Zabieg ten powtarzano zazwyczaj kilkakrotnie co 8—10 dni; równocześnie odstawiono wszelkie środki lecznicze. W każdym przypadku, prócz dokładnego spostrzegania klinicznego, zwracano uwagę na zachowanie się krwi i uwzględniano codzienną ilość wydzielanego moczu i mocznika. Badania krwi dokonywał z wielką ścisłością Dr. Xawery Walter; oznaczenie ilości mocznika uskuteczniano zbiorowemi siłami na oddziale według metody Burieza, podając od czasu do czasu wyniki skontrolowaniu w Zakładzie Chemji lekarskiej Uniw. Jag. Autohemoterapję stosowano w 13 przypadkach raka i to u 10 chorych na raka żołądka, u 2 chorych na raka macicy i u jednej chorej na raka sutka. W ogóle wykonano ten zabieg 51 razy, a chorzy znosili go b. dobrze, bez jakichkolwiek ubocznych przypadków z wyjątkiem 2 chorych na raka żołądka, gdzie wystąpiły zaburzenia. W przypadkach tych u jednego chorego na trzeci dzień po wykonaniu pierwszego zabiegu wystąpił przemijający zapad, a u drugiego po 3 i 4 zabiegu pojawiła się najpierw hematurja a następnie hemoglobinurja.

W przypadkach raka żołądka wykonano autohemoterapję 38 razy. Najmniejsza ilość zabiegów wynosiła 1 a średnio 3—5. Chorzy na raka żołądka znajdowali się w wieku 29—66 lat; wszyscy okazywali b. znaczne ogólne wyniszczenie i sprawę nowotworową daleko posuniętą. W 6 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne; w 4 przypadkach znaczne polepszenie stanu ogólnego. W przypadkach zejścia śmiertelnego stwierdzono na stole sekcyjnym, jako bezpośrednią przyczynę, dwa razy zapalenie otrzewnej, a raz zapalenie włóknikowe płuc.

Czas spostrzegania klinicznego wynosił najkrócej 16 dni a najdłużej 85 dni; średnio 40 dni. Niekiedy już na 3—4 dzień po zastosowaniu po raz pierwszy autohemoterapji, a zawsze w kilka dni po zastosowaniu jej powtórnem, można było zauważyć znaczne zmniejszenie się bólów żołądka tak co do nasilenia, jak i trwania, a u 3 chorych bóle zupełnie ustały. Wogóle bóle, jeśli występowały, trwały krótko i były nieznaczne; podanie wewnątrz w ciągu doby 30 kropli mieszanki mentolowej (Mentholi 0,25, Cocaini mur. 0,15, Spirit. rectif., Aqu. foeniculi aa 10 ccm) + 5 kropli nastoju makowca, wystarczało zupełnie do ich uśmierzenia i nie potrzeba było nigdy uciekać się do stosowania środków energiczniejszych. W 2 przypadkach wymioty zupełnie ustały, a w 7 przypadkach znacznie się zmniejszyły; u jednej tylko 29-letniej kobiety, dotkniętej bardzo rozległym rakiem żołądka, gdyż zajmującym całe jego dno i całą wielką krzywiznę, wymioty trwały wciąż w tem samem nasileniu, atoli naówczas zastosowane równocześnie wstrzykiwania podskórne chlorku morfiny i kokainy, jak i podawanie wewnątrznie wody chloroformowej, przetworów bromowych i t. d. były zupełnie bezskuteczne. Chorzy w ogóle odzyskiwali lepszy apetyt i sen; odczuwali większą energję życiową. U 3 chorych, którzy okazywali znaczne polepszenie, przybytek na wadze w ciągu 16 do 55 dni wynosił od 800 gr do $4\frac{1}{2}$ kg; w przypadkach tych odnosiło się wrażenie, że guzy żołądka były mniej bolesne przy ucisku.

Ze względu na zachowanie się krwi można było zauważyć w przypadkach polepszenia ogólnego nieznaczne tylko obniżenie się hemoglobiny (3^0 według Sahliego); zresztą ilość hemoglobiny ulegała powolnemu zmniejszeniu się (o 5^0 rzadko 8^0—12^0); toż samo nieznacznie zmniejszała się ilość krwinek czerwonych (najwięcej o 500000 w 1 ccm). W 2 przypadkach zauważono zwiększenie się, a w 5 przypadkach zmniejszenie się liczby ciałek eozynowych; zresztą stosunek wzajemny krwinek białych do siebie nie ulegał zmianom znaczniejszym. Toż samo nie można było zauważyć przy stosowaniu autehemoterapji wybitniejszej różnicy ze względu na codzienną ilość wydzielanego moczu i mocznika, gdyż wahania były nieznaczne i zależne od ilości stolców.

Przy raku macicy zastosowano autohemoterapję u 45 i 50 letniej chorej; w obu przypadkach b. znaczne polepszenie. U kobiety 50 letniej, u której nowotwór zajął całą macicę i części przydatkowe, wykonano pięciokrotnie autohemoterapję w czasie 10 tygodniowego pobytu w szpitalu. Chora przybrała na wadze $4\frac{1}{2}$ kg, czuła się znacznie silniejszą, odzyskała apetyt i sen, przyczem upławy znacznie się zmniejszyły i utraciły woń cuchnącą a bóle w krzyżach rzadko i w słabem nasileniu się pojawiały. U drugiej chorej 45 letniej, u której po wyjęciu macicy nowotworowej nadal utrzymywała się chera wraz z silnemi bólami w jamie brzusznej, brakiem apetytu i bezsennością, nastąpiło b. znaczne polepszenie, gdyż wszystkie te przypady ustąpiły, a chora po 4 zabiegach autohemoterapji w przeciągu 28 dni przybrała na wadze o 2 kg 300 gr. Skład krwi i ilość dziennie wydzielanego moczu i mocznika uległy niejednostajnym wahaniom.

Natomiast w przypadku rozległego raka sutka i licznych przerzutów nowotworowych w narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej u kobiety 40 letniej pod wpływem autohemoterapji nie można było zauważyć złagodzenia przypadów chorobowych w żadnym kierunku, prócz nieznacznego zmniejszenia się bólów i powstrzymania rozpadu nacieku nowotworowego sutka. W przypadku tym zauważono pod koniec życia powiększenie się ilości ciałek eozynowych.

W ogóle doświadczenia nasze wykazują, co następuje:

1. Wstrzykiwania podskórne małych dawek (6 ccm) własnej krwi chorym rakowym przyczyniają się do złagodzenia chery nowotworowej przez zmniejszanie bólów i wymiotów. Chorzy w stosunkowo krótkim czasie odzyskują apetyt, sen, siły i energję życiową, czego poprzednio nie mogli osiągnąć przy żadnem innem leczeniu. W rzadkich przypadkach bóle i wymioty zupełnie ustępują i może się znacznie poprawić ogólne odżywienie chorych.

2. W przypadkach, w których wykonano z powodu nowotworu rakowego doszczętny zabieg operacyjny, autohemoterapja może wpływać w wysokim stopniu na ozdrowienie i powinna być naówczas stosowaną, jako dalszy środek leczniczy.

Prym. *Dr. A. Krokiewicz.*

Uwagi Prym. Dr. A. Krokiewicza przynoszą przypomnienie jego cennych doświadczeń leczniczych z r. 1912. Wyrozumieć z nich można, że autor chciał uzyskać efekt podobny do tego, jaki uzyskujemy n. p. surowicą przy błonicy, zatem działanie swoiste antytoksyczne. Natomiast nie znajdujemy tam uwzględnienia anafilaksji, antianafilaksji, desensibilizacji, ergotropizmu, uczynniania pierwoszczy. A właśnie na tych pojęciach opiera się leczenie koloidami.

Ravaut zastosował w r. 1913 pierwszy autohemoterapją przy dermatozach z pełną świadomością mechanizmu i celu. Szło mu o desensibilizację, o działanie antianafilaktyczne w myśl teorji Widala, Besredki. Zupełnie nie wchodziło w rachubę bezpośrednie antytoksyczne działanie.

Nie wiem, czy empiryczne próby Prym. Krokiewicza można podciągnąć pod pojęcie koloidoterapji, bo wątpię, żeby mu chodziło o uczynnianie komórek rakowych.

R. Leszczyński.

Oceny i sprawozdania.

Dr. St. Peszyński. **Odmładzanie zwierząt i ludzi w świetle najnowszych badań.** 1922 r. Wydawnictwo Księgarni stowarzyszenia nauczycielstwa polskiego w Wilnie.

Dzieło Peszyńskiego ogarnia całokształt aktualnego zagadnienia — odmładzania, uzupełniając w ten sposób skąpe wiadomości, jakie posiadamy dotychczas w piśmiennictwie polskiem. O dążeniach Steinacha pisał już przygodnie Grzywo-Dąbrowski w »Lekarzu wojskowym«, Nowakowski zaś wystąpił na Zjeździe chirurgów w Warszawie z praktycznem zastosowaniem owej metody. I oto wszystko.

Peszyński zdobył się na ujęcie całokształtu, mając widocznie na uwadze przedewszystkiem biologów i lekarzy. W szeregu rozdziałów autor zastanawia się nad dotychczasowem niepowodzeniu w sprawie przedłużenia życia, pisze o przyczynach starości i śmierci, o znaczeniu gruczołów i hormonów, o metodzie Brown-Sequard'a i doświadczeniu Steinacha, o próbach Woronowa z Paryża — odmładzanie kóz i owiec i doświadczeniu Lichtensterna na człowieku. W końcu w rozdziale o spożytkowaniu zbytecznych gruczołów człowieka lub małp przytacza przykłady zastosowania wyżej wymienionego przez Morrice-Carrel, jako wyraz nowej chirurgji, która miast pozbawiania członków, usiłuje zastąpić utracone gruczoły wszczepieniem. Książka pisana bardzo dostępnie i wydana w ładnej szacie zewnętrznej.

G. Roussy et R. Leroux. **Diagnostic des tumeurs.** Paris. Masson et Cie 1921 r.

Wymieniona w tytule książka ukazuje się jako 2-ga serja ogłoszonych już w r. 1920 »*Travaux pratiques d' anatomie pathologique*«. Djagnostyka nowotworów składa się z 2 części. W pierwszej autorowie przypominają zwięźle wszelkie zmiany anatomo-patologiczne, niezbędnie potrzebne dla zrozumienia obrazów drobnowidowych i ułatwiające każdemu początkującemu ścisłe sprecyzowanie i rozróżnienie nowotworów. W drugiej serji podaje 129 tablic ze szczegółowemi rysunkami, przeważnie półschematyczne. Zrozumiałe rysunki i szczegółowa analiza poszczególnych przypadków ułatwiają zrozumienie powikłanych przypadków i służyć może jako doskonała książka podręczna w każdej pracowni.

W. Janusz (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby wewnętrzne.

Bul. et Mémoires de la Société Médicale des hôpitaux de Paris. Nr. 15. 15 maja 1922 r.

J. Huber, D. Rentier i M. Wolf. **Dwa przypadki stałych szmerów w miejscu rozszerzenia żył ściany brzusznej.** Przypadek pierwszy dotyczył 28-letniego mężczyzny, syfilityka od 13-u lat chorego na zimnicę, z obrzękami kończyn dolnych, niewielką opuchliną brzuszną, z powiększoną wątrobą i śledzioną, wypełniającą niemal całą jamę brzuszną. Nad wyrostkiem mieczykowatym szmer, zupełnie niezależny od torów serca; w miejscu tem rozszerzenie żył o szerokości 4 cm. Pod pępkiem z prawej strony również pakiet żył rozszerzonych; na miejscach tych wyczuwa się fremissement. Ucisk okolicy tętnicy udowej znosi zupełnie szmer wymieniony.

Drugi przypadek dotyczył 45-letniego mężczyzny, również obarczonego kiłą i ziarnicą z dużą śledzioną i nieco powiększoną wątrobą. Z prawej strony ściany brzusznej nieco nad pępkiem rozszerzenie żył; w dolnej części tego rozszerzenia wysłuchuje się szmer stały na przestrzeni 5—6 cm. Mechanizm powstawania takich szmerów nie jest jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Nasuwałaby się suppozycja co do połączenia układu tętniczego z żylnym.

Loeper i Mougeot. **O działaniu pepsyny na układ sercowo-naczyniowy.** Krzywa ciśnienia krwi podczas trawienia jest naogół stała: w początkach ciśnienie obniża się, a następnie wzmaga. To początkowe obniżanie się ciśnienia zależne jest prawdopodobnie od wielu przyczyn, a pomiędzy niemi i od przechodzenia pepsyny do krwiobiegu. Otóż auto-

rowie zajęli się badaniem tej sprawy. Podawanie pepsyny, per os nie wpływało zupełnie na ciśnienie krwi. Natomiast wstrzykiwania podskórne w ilości nawet 0,2 gr obniżało stale ciśnienie u osób normalnych około 2 cm Hg, przyczem obniżenie dotyczyło zarówno maksimum, jak i minimum ciśnienia. Obniżenie to było mniej wybitne u osób z ciśnienieniem niżej normy i bardziej wybitne u osób z ciśnieniem wzmożonem; dochodziło w tych przypadkach do $4\frac{1}{2}$ cm. Po wstrzykiwaniach dożylnych wyniki były identyczne. Z doświadczeń tych autorowie wyprowadzają jeden wniosek praktyczny: pepsyna, stosowana podskórnie, obniża ciśnienie krwi nie gorzej od środków dotychczas stosowanych (np. nitryty); działanie jej natomiast trwa bezwarunkowo dłużej. Dawka do wstrzykiwań 0,2 do 0,4 gr (pepsine du Codex w rozczynie 20 na 100).

Loeper i Baumann. **O działaniu pepsyny na ruchy jelita grubego.** W 12—13 godzin po spożyciu barytu autorowie wstrzykiwali pod skórę 0,2 gr pepsyny w 1 ccm fizjologicznego rozczynu i badali ruchy jelita grubego na ekranie. Działanie pepsyny na ruchy jelita grubego przejawia się dopiero w 30—40 minut po wstrzyknięciu i trwa bardzo krótko. Działanie polega nie tyle na przyśpieszeniu ruchów robaczkowych, ile na wzmożeniu napięcia, wskutek czego w pewnych przypadkach jelito opróżnia się szybciej. W zastosowaniu praktycznem wstrzykiwania pepsyny dają dobre wyniki w przypadkach opuszczenia trzew i atonji muskulatury jelit. Natomiast w przypadkach zaparcia spastycznego po wstrzykiwaniach pepsyny zaparcie jeszcze się bardziej potęguje.

A. Florand i H. Flurin. **Zstępujący nieżyt nosa i oskrzeli a rozedma płuc.** Rozróżniamy, może nieco sztucznie, dwa rodzaje rozedmy płuc: 1) rozedma częściowa, która towarzyszy stwardnieniu płuc; 2) rozedma ogólna, zależna od przyczyn bliżej niewyjaśnionych, czy też konstytucjonalnych. Rozedma częściowa zależy przeważnie od gruźlicy, rzadziej od innych czynników, oddziaływających destrukcyjnie na tkankę płucną, jak: kiła, róża, grypa, krztusiec, błonica, gazy trujące (yperit) itd. Autorowie przypuszczają, że nieżyty nosowooskrzelowe, umiejscawiając się w wierzchołkach płuc i wywołując bronchiolity, a także zapalenia płuc odoskrzelowe, mogą być również przyczyną powstawania rozedmy częściowej; cierpienia tego rodzaju zazwyczaj utożsamiamy z gruźlicą. Co się tyczy rozedmy ogólnej, to w etjologji tego cierpienia, zdaniem autorów, nieżyty nosooskrzelowe zstępujące odgrywają główną rolę. Dusznica i gruźlica są na drugiem miejscu. Oczywiście wchodzi tu w grę i zmniejszona odporność tkanki łącznej płuc, która, podług teorji autorów angielskich, ma zależeć od wrodzonej słabości tkanki elastycznej. Podług zaś autorów przewlekłe nieżyty nosooskrzelowe i pod tym względem nie pozostają bez wpływu; stale zakażając ustrój, osłabiają odporność całego układu elastycznego, a więc i tkanki płucnej.

Gougerot i Blamontier. **Anafilaksja przy stosowaniu środków zewnętrznych. Wstrząs anafilaktyczny przy zewnętrznem użyciu olejku jałowcowego przypalonego (*ol. cadinum*); odczulenie tą samą drogą.** Autorowie przytaczają dwa przypadki anafilaksji wskutek zewnętrznego stosowania olejku jałowcowego przypalonego w łuszczycy. W obu przypadkach obniżenie ciśnienia krwi oraz leukopenia w okresie wstrząsu były bardzo wybitne. W obu przypadkach autorom udało się doprowadzić do odczulenia ustroju, stosując zewnętrznie początkowo maleńkie, stopniowo zwiększające się dawki tego środka.

Gougerot i Blamontier. **Pryszczycowate zapalenie skóry, wywołane przez pyłek drzewa palisandrowego. Wstrząs anafilaktyczny przy zewnętrznem stosowaniu pyłku. Odczulenie zapomocą wyciągów alkoholowych tego pyłku.** Spostrzeżenia identyczne z poprzedniemi.

H. Tecon (Lozanna). **Kula w mięśniu sercowym przez 26 miesięcy, niewywołująca cięższych przypadłości.** Przypadek dotyczył rannego żołnierza francuskiego, który dostał się do niewoli i po upływie kilkunastu miesięcy został wysłany do Szwajcarji z rozpoznaniem gruźlicy. Chory ten, poza stałym bólem w 5 em i 6 em międzyżebrzu z lewej strony z przodu, niezbyt dokuczliwym, czuł się nieźle, chodził po górach i nie męczył się przy chodzeniu. Badanie radjologiczne wykazało w mięśniu sercowym około koniuszka kulę. Chory ten miał być operowany przez prof. Roux, gdy nagle przyszedł rozkaz wysłania go do Francji. Od tej chwili autor nie miał o nim wiadomości.

Emile Weil i Isch Wall. **Zakrzepy w tętnicach i w sercu a stany krwotoczne.** Autorowie przytaczają przypadek zwężenia ujścia żylnego lewego i tętniczego, który zasługuje na uwagę z tego względu, że w przebiegu choroby notowano jednocześnie stany pozornie wzajemnie się sobie przeciwstawiające, mianowicie: usposobienie krwotoczne i usposobienie do tworzenia się zakrzepów w naczyniach i sercu. Przypadek zakończył się śmiercią i badanie pośmiertne wykazało istnienie zakrzepów, podczas kiedy za życia notowano objawy krwotoczne (wybroczyny w skórze, częste i obfite miesiączkowanie itp.).

T. Mironesco (Bukareszt). **Stosunek leukocytów krwi naczyń włoskowatych do leukocytów krwi żylnej w szkarlatynie.** Badania autora dotyczyły 9 przypadków szkarlatyny i 5-u przypadków innych chorób zakaźnych. Ciałka białe krwi liczono jednocześnie z krwi, otrzymanej przez ukłucie palca, (z naczyń włoskowatych) i z krwi otrzymanej z żyły w przegubie łokciowym. W przypadkach płonicy krew z naczyń włoskowatych zawierała znacznie więcej leukocytów, niż krew żylna (przykłady: 1) 28600 i 18200 2) 27000 i 15000 3) 21000 i 12000). W innych chorobach zakaźnych różnice były nieznaczne i niekiedy w kierunku odwrotnym. Zjawisko to autor uzależnia od przypuszczenia, że czynniki chorobotwórcze w płonicy bardziej atakują skórę i dlatego ustrój dostarcza skórze więcej czynników obronnych w postaci leukocytów.

Nr. 16. 18. maja 1922 r.

Lechelle. **Cierpienie kostno-stawowe na tle 3-rzędnej kiły przy jednoczesnem istnieniu objawu Argyll-Robertsona.** U 41-letniej chorej z objawami przewlekłego zapalenia stawu skokowego i znacznem zniekształceniem, z bólami przy ruchach i napadami samoistnych bólów nocnych, stwierdzono objaw Argyll-Robertsona, który to objaw autor zalicza raczej do objawów kiły mózgu, niż do objawów wiądu rdzenia. Po zastosowaniu leczenia swoistego (rtęć, bismut, neoarsenobenzol) wszelkie objawy chorobowe w stawie skokowym ustąpiły. Autor nie wspomina nic o wpływie leczenia swoistego na objaw oczny.

M. Labbé i H. Bith. **Ostra niewydolność wątroby i zatrucie kwaśne ustroju w przebiegu czerwonki.** Autorowie przytaczają przypadek podostrej czerwonki z objawami niezbyt burzliwemi, który zakończył się śmiercią przy objawach zatrucia kwaśnego, wywołanego przez ostre zapalenie wątroby. Zatrucie kwaśne nie zależało od głodzenia chorej, gdyż podawano jej dostateczne ilości węglowodanów, lecz od zaniku stopniowego czynności wątroby (obok acetonu, kwasu acetooctowego w moczu stale wykazywano duże ilości urobiliny). Badanie pośmiertne obok zmian nekrotycznych w jelicie grubem stwierdziło zwyrodnienie tłuszczowe ostre wątroby.

Laederich i Le Goff. **Przypadek bolesnego rozrostu sutka męskiego, wyleczonego zapomocą promieni X.** Przypadek dotyczył 77-letniego mężczyzny, przyczem w jądrach żadnych zmian nie zauważono. Pod tym względem jest to spostrzeżenie bardzo rzadkie, gdyż pierwotny rozrost sutka męskiego zdarza się prawie wyłącznie w okresie dojrzewania płciowego. W przypadku tym rozrastające się sutki miały kształt sutków dziewczyny w okresie miesiączkowania i były bardzo bolesne na dotyk. W takich razach najczęściej wyłuszczano sutki z powodu dotkliwych bólów. Autorowie zastosowali naświetlania promieniami X. Pod wpływem naświetlań nastąpił zanik rozrastających się sutków, czyli powrót do stanu pierwotnego. Pod koniec naświetlań chory zaczął doznawać senzacyj bólowych w jądrach bez zmian widocznych przy badaniu tych narządów.

Joca (Montevideo). **Przypadek zapalenia mnogich nerwów wskutek zatrucia emetyną; zejście śmiertelne.** Chora na czerwonkę amebową była leczona wstrzykiwaniami chlorku emetyny (0,06—0,09 na dawkę); razem wstrzyknięto jej 1,05 gr tego preparatu. Ósmego dnia po ostatniem wstrzyknięciu chora

zaczęła się skarżyć na utratę sił i bóle we wszystkich kończynach, szczególnie po stronie lewej. Stwierdzono znaczne osłabienie kończyn dolnych, wrażliwość pni nerwowych przy ucisku, ból przy ucisku nerwu błędnego, przyspieszone tętno (130—150), objawy zapalne w nerkach. Kiedy chora zaczęła już wracać do zdrowia, wystąpiły objawy ze strony nerwów opuszkowych i wkrótce chora zmarła.

Dargein i Plaxy. **Zapalenie wsierdzia a objaw Josserand'a.** Niedawno Josserand zwrócił uwagę na objaw, pozwalający już na samym początku rozpoznawać ostre zapalenie osierdzia, szczególniej pochodzenia gośćcowego. Objaw ten polega na właściwościach 1-go tonu nad tętnicą główną: ton ten jest wzmożony, dźwięczny i jednocześnie chropowaty. Podług Josserand'a objaw ten jest zwiastunem nie tylko zapalenia osierdzia, ale również cięższych zmian wsierdzia i samego mięśnia sercowego. Autorowie przytaczają dwa przypadki, w jednym z których objaw Josserand'a poprzedzał wystąpienie zapalenia osierdzia, a w drugim zapalenia wsierdzia.

Pagnier i de Gennes. **Przypadek ogólnego nadmiernego owłosienia z niezwykłym kształtem twarzy.** 12-letnia dziewczynka, normalnie rozwinięta, nie obarczona dziedzicznemi chorobami, cała pokryta włosami ciemno-rudemi; owłosienie podbródka, wargi górnej i głowy — bardzo obfite (włosy twarde i gęste). Nadto twarz dziewczynki o nosie spłaszczonym, wystającej dolnej części twarzy, wystających wargach przypomina twarz zwierzęcia. Podniebienie podzielone na części fałdami poprzecznemi na kształt podniebienia psa. Kończyny silnie rozwinięte, ręce szerokie, palce krótkie. Rozwój psychiczny i fizyczny normalny. Zaburzeń czynności gruczołów o sekrecji wewnętrznej nie stwierdzono. Cała postać przypomina opisy człowieka-małpy, człowieka-psa, czy też człowieka-lwa.

Gilbert i Coury. **Zakrzepowe zapalenie tętnic (Arteriitis obliterans of Hebrews non syphilitica).** Przytoczony przez autorów przypadek dotyczył 36-letniego żyda, przybyłego z Polski, który zaczął doznawać gwałtownych bólów w kończynach na tle poczynającej się samoistnej zgorzeli. Choroba ta z dłuższemi przerwami trwa od 3 lat. Przez ten czas choremu amputowano wielkie palce u nóg z powodu zgorzeli. Za każdym razem leczenia i dłuższego wypoczynku następowała poprawa. Objawy chorobowe występowały nie tylko w kończynach dolnych, ale i w górnych (w palcach), wprawdzie w mniejszym stopniu. Chory ten był bardzo dokładnie zbadany. Stwierdzono zmniejszone ciśnienie krwi we wszystkich kończynach (zmniejszenie nierównomierne). Dodatni objaw Weber'a (kończyna w pozycji obwisłej po wykonaniu kilku ruchów zginania i wyprostowywania staje się wybitnie bladą). Kiła i miażdżyca wykluczone. Natomiast jako moment usposabiający podkreślić w tym przypadku należy nadmierne palenie tytoniu. Opisana choroba dotyczy przeważnie rasy żydowskiej (*Arteriitis obliterans non syphilitica judaica* podług Webera).

Marcel Labbé i Stévenin. **Łagodna postać marskości wątroby i trzustki z objawami moczówki bronzowej.** Spostrzeżenie autorów zasługuje na uwagę z tego względu, że moczówka bronzowa ma przebieg ciężki i zazwyczaj prędko prowadzi do śmierci. Tymczasem w przytoczonem spostrzeżeniu choroba ciągnęła się 14 lat i właściwą przyczyną śmierci było inne cierpienie (rak żołądka), które rozwinęło się w ostatnim okresie życia. Pomimo to moczówka cukrowa należała do ciężkich postaci i tolerancja na węglowodany prawie nie istniała. Rozpoznanie: Morskość wątroby za życia nie ulegało żadnej wątpliwości (ascites twardy, nierówny brzeg wątroby). Rozpoznanie marskości trzustki było mniej pewne, chociaż niezupełne trawienie tłuszczów, jąder komórkowych i białka wzbudzało pod tym względem podejrzenie.

Burnaud (Leysin). **Siedem przypadków gruźlicy płuc, leczonej zapomocą torakoplastyki.** Operację tę autor uważa za wskazaną w tych tylko przypadkach, w których sztuczna odma piersiowa z powodu zrostów jest niemożliwa. Wskazania więc dla tej operacji są identyczne ze wskazaniami dla odmy piersiowej, przyczem jedno płuco musi być bezwzględnie zdrowe. Wszystkie operacje były dokonane przez prof. Roux z Lozanny. Operacje polegały na resekcji żeber długości od 3 do 15 a nawet 20 cm, poczynając od pierwszego do 10-go włącznie tuż przy kręgosłupie w przestrzeni między kręgosłupem i łopatką. Pierwsze operacje były dokonane przy ogólnej narkozie, później tylko pod miejscowem znieczuleniem. Wyniki operacji nie ustępują wynikom odmy piersiowej.

Sicard i Lermoyez. **Tabetyczne napady bólowe w zależności od czynników anafilaktycznych. Leczenie zapomocą adrenaliny.** Okresowe zjawianie się napadów niekiedy w zależności od zmian temperatury, używania napojów wyskokowych, pokarmów pikantnych itp. nasunęło autorom myśl uzależniania tych napadów od czynników anafilaktycznych. Konsekwentnie rozwijając ten pogląd, autorowie zaproponowali leczenie napadów tabetycznych wstrzykiwaniami dożylnemi adrenaliny $^{1}/_{2}$ mgr w 10 cm fizjologicznego rozczynu). Przeciwko tym poglądom wystąpili energicznie Marcel Pinard i Milian. *J. Bełkowski* (Warszawa).

Choroby skórne i weneryczne.

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
N. 3. Marzec 1922.

S. Nicolan i A. Bancin. **Badania biologiczne nad odczynem kłaczkowacenia Sachsa-Georgiego w kile.** Z pracy doświadczalnej niezwykle szczegółowej i dokładnej, nie nadającej się do krótkiego streszczenia, nie mniej jednak polecenia godnej do przeczytania w oryginale wysuwają autorzy następujące końcowe wnioski:

1. Zjawisko kłaczkowacenia, które zachodzi w odczynie Sachsa-Georgiego, jest wyrazem oddziaływania fizykalno-chemicznego między koloidami surowicy kiłowej (reaginami) z jednej a koloidami wyciągu cholesterynowego (wywoływacza) z drugiej strony, przyczem reaginy surowicy kiłowej powodują zlepianie i kłaczkowacenie cząsteczek lipoidowych.

2. Tak odczyn Sachsa-Georgiego, jak i odczyn Wassermanna, są co do swej istoty odczynami równoznacznemi, t. j. oba są wyrazem tych samych zjawisk, jakie zależne są od ich części składowych. Różnica optyczna, jaką dostrzegamy w obu odczynach, polega, odnośnie do odczynu Wassermanna, na tem, że w odczynie Wassermanna czynnym jest dopełniacz (komplement). On to chroni lipoidy wywoływacza, utrzymując je w stanie rozproszenia i zapobiegając ich skłaczkowaceniu. Tę czynność osłaniającą i zapobiegawczą rozwija dopełniacz najprawdopodobniej w ten sposób, że otacza powierzchnię koloidów wywoływacza warstwą ochronną, nie wchodząc jednak z niemi w żadne związki stałe, albo co najmniej nie zmieniając całkowicie ich właściwości. Toteż kłaczkowacenie powstrzymane chwilowo przez dopełniacza występuje znowu, skoro dopełniacz ulegnie zniszczeniu przez ogrzanie lub starzenie się.

3. Kłaczki składają się wyłącznie lub prawie wyłącznie z lipoidów wywoływacza, na co wskazuje ich niemal zupełna rozpuszczalność w eterze. Biologicznie rzecz biorąc ujawniają więc one jedynie właściwości wywoływacza. W rzeczywistości ani kłaczki w całości wzięte ani ich wyciągi eterowe, czy alkoholowe, same w sobie nie posiadają innych właściwości, jak właściwości wywoływacza t. zn. same przez się nie są zdolne rozwinąć czynności wiążących dopełniacza a czynią to dopiero po dodaniu surowicy kiłowej.

4. Reaginy surowicy kiłowej, jakoteż część lipoidów wywoływacza, pozostają częściowo niezużyte nawet po wystąpieniu skłaczkowacenia. Po odwirowaniu i starannem oddzieleniu od kłaczków sam płyn czysty okazuje własności wiązania dopełniacza, choćby płynu użyto w małych ilościach.

5. Objaw skłaczkowacenia, jakkolwiek zmienia równowagę koloidalną ciał, z których powstaje, nie odejmuje im ich pierwotnych właściwości. Kłaczki powstałe ze składników wywoływacza zachowują nadal właściwości wywoływacza, jeśli działają w obecności reagin, okazują zatem właściwości wiązania dopełniacza.

6. Reaginy (surowicy kiłowej) posiadają ponadto zdolność wywoływania nowego kłaczkowacenia nowych seryj wywoływacza tak, jak gdyby niezużywały się zupełnie lub tylko nieznacznie w tym akcie biologicznym, w którym są czynne. Ten fakt niezużywania się reagin pozwala porównać czyn-

ność reagin z czynnością zaczynów (diastaza) a zjawiska zachodzące między surowicą kiłową a lipoidami wywoływacza zaliczyć do rzędu zjawisk dyastatycznych, których końcowym wynikiem byłoby kłaczkowacenie koloidów lipoidowych wywoływacza.

Mestehersky: **O wpływie zakażeń durowych na odczyn Bordet-Wassermanna.** Autor przypomina poglądy dawnych klinicystów na oddziaływanie chorób zakaźnych gorączkowych (w szczególności duru brzusznego i osutkowego) na przebieg kiły i zwraca uwagę na różnicę zdań w tym kierunku. Z danych zebranych z piśmiennictwa, jakoteż z obszernej dyskusji lekarskiej na zjeździe w Paryżu w r. 1900, wynika, że zdania poszczególnych klinicystów na tym punkcie nie były zgodne. Jedni (M. Moes) utrzymywali, że dur nie wpływa bynajmniej na kliniczny przebieg kiły, inni (Etienne, Scalese) przyjmowali wprost wpływ niekorzystny, prowokujący nawroty kiły, wreszcie grupa trzecia przypisywała chorobom gorączkowym wpływ korzystny na przebieg kiły a nawet wpływ wprost leczniczy. (Julien, Ducrey, A. Fournier). Te tak różne poglądy dawnych klinicystów oparte były jedynie na spostrzeżeniach klinicznych nie uzupełnionych badaniami serologicznemi. W czasie wielkiej epidemji duru, jaka w ostatnich latach dziesiątkowała ludność Rosji, miał Meszczewski sposobność spostrzegać 8 przypadków duru (bądź brzusznego bądź osutkowego) u kiłowych i kontrolować wpływ tych chorób gorączkowych na przebieg kiły odczynem Bordet-Wassermanna.

W grupie pierwszej przypadków (kiła z objawami drugorzędnemi przebyta i leczona przed laty) przebycie duru nie wywarło żadnego wpływu na przebieg kiły, czy to pod względem klinicznym, czy serologicznym. W dwu przypadkach tej grupy odczyn Wassermanna był przed przebyciem duru i po jego przebyciu stale ujemny w jednym poprzednio dodatni pozostał i później stale dodatnim.

W grupie drugiej (jeden przypadek kiły wrodzonej późnej) w 15 dni po ozdrowieniu z duru pojawiły się kilaki podudzia mimo, że chora przez lat cztery była wolna od nawrotów.

W grupie trzeciej, obejmującej trzy przypadki kiły utajonej późnej z uparcie utrzymującym się dodatnim O. W., nie ustępującym nawet pod wpływem energicznego leczenia, zaznaczył się wybitnie korzystny wpływ przebytego duru osutkowego (2 przypadki) i duru brzusznego (1 przypadek) tem, że O. W. po przebyciu choroby gorączkowej przeszedł w ujemny i już stale ujemnym pozostał. Korzystny wpływ obu rodzajów duru na O. W. w tej trzeciej grupie przypadków przypisuje M. nie antagonizmowi toksyn kiłowych i durowych, ale raczej działaniu podwyższonej ciepłoty. Zgadza się to ze spostrzeżeniami tych klinicystów, którzy ustępowanie zmian kiłowych w czasie chorób gorączkowych zakaźnych tłómaczyli intuicyjnie już dawniej działaniem podwyższonej ciepłoty. Wiadomo też z kiły doświadczalnej na zwierzętach, że wyższa ciepłota niszczy krętki blade.

Autor rozumie, że ani brak objawów klinicznych ani ujemny O. W. nie świadczą o wyleczeniu kiły, ale świadczyć mogą w każdym razie conajmniej o stanie jej przygłuszenia lub znacznego osłabienia.

L. Chatellier. **Język olbrzymi ze zmianami na policzkach i na błonie śluzowej jamy ustnej.** Opis przypadku, w którym u 31 letniego mężczyzny język okazywał zmiany, cechujące język olbrzymi, ale ponadto w lewej połowie na stronie grzbietnej języka znachodził się guz, który mógł naśladować kilaka lub trzeciorzędne zmiany włókniste. Obok tego w obu kątach szczęk znachodziły się guzy uszypułowane o powierzchni płatowej pokryte błoną śluzową zgrubiałą i zmętniałą. Podobne zgrubienie i zmętnienie okazywała znaczna część błony śluzowej policzków, korzenia języka, gardzieli i krtani. Owo zgrubienie i zmętnienie błony śluzowej mogło nasuwać myśl łuszczycy błony śluzowej i skłonić do rozpoznania zmian kiłowych języka i jamy ust. Chorego też leczono w dzieciństwie kilkakrotnie przeciwkiłowo bez skutku. Andry sprzeciwił się bezwarunkowo rozpoznaniu kiły a ujemny odczyn Wassermanna, jakoteż dalsze spostrzeganie kliniczne, wykazały, że w danym przypadku nie chodzi o kiłę lecz o język olbrzymi z towarzyszącą mu słoniowatością błony śluzowej jamy ust i gardzieli. Słoniowatość należało uważać za wrodzoną a nie nabytą, za wrodzony przerost tkanki łącznej za pewien rodzaj znamienia (naevus). Za sprawą wrodzoną przemawiała też poniekąd dosyć wyraźnie zaznaczona akromegalja, rozszerzenie siodła tureckiego, stwierdzone w obrazie rentgenologicznym, i upośledzenie inteligencji, stanowiące zespół objawów zwyrodnienia.

A. Nanta i Cadenat. **Kiła serca w 44 lat po zmianie pierwotnej.** W 30 roku życia zakażenie kiłowe, leczone w okresie kiły drugorzędnej. W 74 roku życia zmiany guzkowo-wrzodziejące o typie kiły drugo i trzeciorzędnej usadowione na prąciu i mosznach. Język okazywał zmiany, odpowiadające »glossitis sclerogummosa«. Obok tych zmian zwolnienie tętna (55—56 na minutę) z przerwami znamionującemi niezupełne rozszczepienie przedsionkowo-komorowe. Rozpoznano schorzenie wiązek Hissa. Leczenie arsenobenzolem usunęło szybko tak zmiany na skórze, jakoteż przypadłości sercowe.

M. Guibert. **Przypadek kiły opornej na arsen i rtęć, ustępującej pod wpływem leczenia bizmutem.** Opis przypadku, w którym zmiana pierwotna swoista, usadowiona na członku, mimo energicznego leczenia miejscowego i ogólnego rtęcią i arsenem, nie ustępowała, owszem powiększała się bez przybierania cech wrzodu żrącego. Zastosowanie soli bizmutowych w ilości 8 wstrzyknięć śródmięśniowych sprowadziło zupełne wygojenie zmiany w przeciągu 4 tygodni. Zdaniem autora jest to pierwszy przypadek odporności krętków bladych na rtęć i arsen, dowodzący zarazem skuteczności leczniczej bizmutu wobec kiły. *Lenartowicz* (Kraków).

Choroby oczu.

Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.
T. 66. Maj 1921.

Fleischer. **Przyczynki do dziedziczenia chorób ocznych.** Krótki wstęp do następujących prac:

Mücke. **Przyczynek do dziedziczności zwyrodnienia barwikowego siatkówki.** Znanym jest fakt, że w 25—40% przypadków zwyrodnienia barwikowego siatkówki daje się stwierdzić pokrewieństwo rodziców. Drzewo rodowe przez M. zestawione opiera się na wyciągach z ksiąg kościelnych. Częste pojawianie się ukrytej choroby u dzieci z małżeństw, które zdają się być ze sobą nie spokrewnione, jest najprawdopodobniej wyrazem zakażenia ukrytym zarazkiem chorobowym całej wsi, która zdala od ruchu światowego oddalona wykazuje wiele małżeństw między sobą.

Andrassy. **Przyczynek do dziedziczności zaćmy.** Zestawione drzewo rodowe rodziny z zaćmą wykazuje, że w różnych gałęziach rodziny, u której w starszych generacjach stwierdzono zaćmę starczą, w pokoleniach młodszych, pojawiła się przedwczesaa zaćma starcza lub też zaćma wrodzona, i to nie tylko u potomków, którzy w późniejszym lub wcześniejszym wieku na zaćmę zachorowali lecz także, u takich, których rodzice od zaćmy byli wolni. Często pojawianie się schorzeń kości i zaburzeń psychicznych świadczy o tem, że musi być jakaś wspólna przyczyna, która powoduje zaćmę i powstanie przytoczonych zmian chorobowych.

Fritscheller. **Przyczynek do dziedziczności rodzinnego zwyrodnienia rogówki.** Zwyrodnienie polega na rozmieszczeniu we wszystkich warstwach rogówki drobnych, krystalicznych zaćmień, o nieregularnym kształcie. Drzewo rodowe sięga aż do szóstego pokolenia.

Barth. **Dalszy przyczynek do dziedziczności rodzinnego zaniku nerwu wzrokowego (choroba Lebera).** Sześć drzew rodowych, które zgodnie wykazują, że skłonność do choroby przenosi się za pośrednictwem zdrowych kobiet na potomków męskich.

Fleischer. **O samoistnem oderwaniu naczyniówki.** Cierpienie to rzadko bywa rozpoznawanem. Na podstawie spostrzegania przypadków własnych i danych z piśmiennictwa dzieli F. samoistne oderwania naczyniówki na dwie grupy. Do pierwszej zalicza oderwanie naczyniówki, przebiegające z obniżeniem ucisku śródocznego, a czasami także ze znacznem pogłębieniem komórki przedniej. Przyczyny tego oderwania należy szukać w schorzeniu ciała szklistego. Do dru-

giej grupy zalicza F. oderwanie naczyniówki w następstwie zwiększonego wydzielania, zastoju, zmian naczyniowych i zapalnych. Wiadomość o istnieniu takiej zmiany chorobowej ma także znaczenie praktyczne, gdyż w razie rozpoznania różniczkowego między guzem mózgu uchroni oko przed wyłuszczeniem.

Scheerer. **W sprawie zamknięcia tętnicy środkowej.** Na podstawie badań histologicznych dwóch przypadków chorobowych dochodzi S. do wniosku, że miażdżyca tętnicy środkowej w okolicy blaszki sitowej może występować w dwóch charakterystycznych postaciach, które mogą spowodować całkowite przerwanie krążenia: 1) Zwężenie dośrodkowe pod postacią nowej węższej rurki naczyniowej w naczyniu starem i stłuszczenie znacznego stopnia wybujałości błony wewnętrznej. 2. Zwężenie na wzór garbu ze skłonnością do zwapnienia aż do utworzenia obrazu chorobowego rzekomo wolno w rozszerzonem świetle naczynia leżącego czopu zwapniałego. Skrzepów krwi i oderwanych części błony wewnętrznej nie należy mieszać z czopami zatorowemi; są one tworami wtórnemi lub pośmiertnemi lub też sztucznemi. Także inne przyczyny (krwotoki, zapalenia, w poszczególnych przypadkach prawdziwe zatory) mogą sprowadzić przerwę w krążeniu.

Zeller. **Studja nad naczyniami spojówkowemi.** Sieć naczyń spojówki gałkowej nadaje się bardzo dobrze do badań nad zachowaniem tychże naczyń pod wpływem rozmaitych środków leczniczych i w pewnych ogólnych schorzeniach ustroju. Do mierzenia szybkości prądu krwi w naczyniach posługiwał się Z. specjalnym aparatem. Szybkość prądu krwi w tętnicy o średnicy 0,01—0,03 mm wynosi 1,6—3,5 mm na sekundę, w żyłach 0,7—1,8 mm na sekundę. U osobników starszych jest prąd krwi powolniejszy, niż u młodszych.

Przy miażdżycy charakterystycznem jest rozszerzenie się naczyń przy równoczesnem tworzeniu się silnych skrętów. Bardzo często stwierdza się drobne tętniaki i żylaki. Przed miejscami rozszerzonemi znajdują się ograniczone zwężone przestrzenie naczyń, które właściwie rozszerzenie spowodowały.

Przy kile występują zmiany chorobowe naczyń często jako wielorakie wrzecionowate lub workowate rozszerzenia naczyń, zajmujące odcinek żylny naczyń najdrobniejszych i włosowatych. Przy miąższowem zapaleniu rogówki zwraca uwagę silne tworzenie się nowych naczyń i częściowe znaczne rozszerzenie.

Przy cukrzycy zmiany występują na naczyniach włosowatych, w odcinku, łączącym naczynia tętnicze z żylnemi, w szczególności część żylna jest rozszerzona tak, że przy miernym obrzęku ona tylko staje się widoczną, zakrywając prawie zupełnie część tętniczą. W jednym przypadku stwierdził Z. śrubowate skręty naczyń i gęsto rozsiane prosowate tętniaki. Równocześnie istniały nieregularnie rozsiane liczne drobne krwotoki. Także pączkowanie przy ścianach naczyń włosowatych w postaci ślepo się kończących wyrostków napotyka się często przy silniejszem tworzeniu się naczyń nowych.

Do badań nad działaniem miejscowem na naczynia gałki używanych powszechnie środków leczniczych posługiwał się Z. okularem mikrometrycznym (5 : 100). Po zapuszczeniu adrenaliny w rozczynie 1 : 1000 znikają już po 50—80 sekundach wszystkie powierzchowne naczynia średnicy 0,02 mm. Naczynia włosowate znikają już przedtem. Krążenie krwi staje się coraz powolniejsze aż w końcu widać, jak pojedyńcze ciałka krwi przesuwają się przez naczynie, przyczem przybierają postać wrzecionowatą. Takie zbite w grudki ciałka krwi mogą się przesuwać przez zwężone naczynie, znacznie je rozszerzając. Atropina rozszerza naczynia, lecz działanie jej jest minimalne, tak, że pomiarów na oku ludzkiem robić nie można. Maksymalne zwężające działanie na naczynie ezeryny występuje po 6—15 minutach. Działanie zwężające kokainy 5% występuje po 10—20 minutach.

Stock. **O zrogowaceniu nabłonka spojówkowego.** (*Tyloma conjunctivae*). Dwa bardzo rzadkie przypadki, spostrzegane jednego dnia u dwóch mężczyzn (53 i 50 lat). Przy rąbku rogówkowym można było zauważyć mały guzek około 2 mm² o powierzchni białawej, suchej. Obaj chorzy pochodzą z jednej miejscowości. Badanie histologiczne wykazuje zrogowacenie nabłonka, który w tych miejscach jest 3—4 razy grubszy od prawidłowego. Poniżej przybłonka warstwa tkanki jednostajnie się barwiącej z licznemi ziarnami amyloidu.

Kayser. **Uwagi do operacji zaćmy, w szczególności o powikłaniu z jaskrą.** Na podstawie 150 przypadków operacji wydobycia zaćmy podaje autor kilka praktycznych wskazówek. 1) Blepharotomia externa, dość wydatna, jest zabiegiem pomocniczym bardzo cennym, gdyż uniemożliwia choremu kurczenie powiek, i lepszym od bezwładu osiąganego głębokiemi wstrzykiwaniami nowokainy i adrenaliny (Lint). 2). Do otwarcia torebki zaleca K. szczypczyki torebkowe — znacznie rzadziej występuje zwichnięcie soczewki a wydobyta część torebki usuwa powikłania, które mogą powstać, gdy torebka przecięta dostanie się między brzegi ranki. 3) Powikłania w przebiegu leczenia. Zalicza tu K. przypadek, w którym 2. dnia po operacji wystąpiły na obwodzie rogówki liczne żółtawo-białe nacieki, które przy dalszem leczeniu uległy wessaniu. K. przypuszcza, że zmiany te w rogówce były następstwem zaburzeń w odżywianiu. Pozatem spostrzegał K., jako powikłanie, dwa przypadki zapalenia tęczówki na tle reumatycznem. 4) Powikłania z jaskrą wynoszą u K. 11,2% przypadków: a) jaskra przed wydobyciem zaćmy — 3 przypadki zaćmy starczej przy jaskrze, b) okres pęcznienia zaćmy nie musi być przyczyną powstania jaskry — przypadek jaskry na oku z soczewką prawidłową, podczas gdy pęczniejąca zaćma na oku drugiem wcale jaskry nie wywołała, c) jaskra, jako bezpośrednie następstwo wydobycia zaćmy — mimo to jest jaskrą pierwotną, gdyż skutki następowe po wydobyciu zaćmy nie mogły jeszcze zadziałać, d) przypadki jaskry, będące w związku z wessaniem i pęcznieniem resztek soczewkowych, e) przypadki jaskry w następstwie uwięźnienia tęczówki, torebki lub ciała szklistego, f) jaskry po dyscysji zaćmy wtórnej. Jaskra występująca po operacji zaćmy nie jest tak złośliwą, jak jaskra samoistna, i przebieg jej jest względnie dobry.

Weigelin. **Doświadczenia z leczeniem tuberkuliną przy gruźlicy oka.** Przypadki chorobowe dotyczyły przeważnie zmian umiejscowionych w przednim i tylnym odcinku jagodówki. Działanie tuberkuliny nie jest pewne, w cięższych postaciach należy w każdym razie to leczenie zastosować.

Kayser. **Przypadek wnętrznego, powtarzającego się zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego.** Etjologja niejasna — gruźlica lub posocznicoropnica o nieznanych wrotach zakażenia.

Kayser. **Przypadek wrodzonego porażenia nerwu trójdzielnego i zupełnego wrodzonego braku łez.**

Lutz. **O rzadkiej postaci zaburzenia pola widzenia.** U młodego, dobrze zbudowanego i odżywionego robotnika tytoniowego z ujemnemi wywiadami powstaje w przeciągu 2 lat od doznanego lekkiego urazu czaszki zmiana w polu widzenia, rozpoczynająca się jako skrzyżowana obustronna nosowa tetrantanopsja (ćwiartka pola widzenia, w przeciwieństwie do hemiopsji), która przechodzi następnie w różnoimienne poziome niedowidzenie połowicze. Mimo znacznego upośledzenia siły wzroku pozostają źrenice wąskie, wytwarza się zanik nerwu wzrokowego, do którego przyłącza się później obraz wziernikowy, jak przy białkomoczowem zapaleniu siatkówki. Badanie radjograficzne w cztery lata po urazie wykazuje nieznaczne ścieńczenie tylnej ściany siodła. W końcu występuje brak powonienia. Badanie płynu mózgo-rdzeniowego wskazuje na wybitnie przewlekły proces chorobowy, przypuszczalnie na gruźlicę.

Lutz. **O przypadku skrzyżowanego połowiczego porażenia (Millard-Gubler) i kilka uwag co do przebiegu włókien rozszerzających źrenicę.** Badanie dna oka, które wykazuje przejście z neuroretinitis albuminurica w tarczę zastoinową, jak i obustronna utrata pobudliwości pionowych kanałów półkolistych, wskazują na to, że chory cierpiał na wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, prawdopodobnie w następstwie guza położonego w pniu mózgu. Guz ten spowodował skrzyżowane porażenie połowicze, pozostawił jednak nienaruszone włókna sympatyczne, rozszerzające źrenicę.

Huppenbauer. **O okulistycznej praktyce u zachodnioafrykańskich murzynów.**

Erggelet. **Próby, dotyczące obucznego widzenia bryłowatego przy różnomiarowości oczu wysokiego stopnia.**

Piesbergen. **O polipowych wybujałościach we wnętrzu woreczka łzowego.**

Becker. **Dwanaście przypadków obustronnego zwyrodnienia plamki żółtej.**

Engelking. **O oddziaływaniu źrenicy przy wrodzonej całkowitej ślepocie na barwy.** Oddziaływanie źrenicy u osobników ślepych na barwy odróżnia się w sposób charakterystyczny od oddziaływania źrenicy u osobników odczuwających wszystkie barwy. Przy najsilniejszem przystosowaniu na światło brak odruchu świetlnego. Przy przystosowaniu do ciemności powstaje odruch źreniczny rzekomo w sposób prawidłowy — jednakże zależnie od siły bodźca tylko raz a najwyżej kilka razy.

Vogt. **Rysunek włókien nerwowych siatkówki ludzkiej w świetle bezczerwiennem.**

Holm. **Anatomicznie badany przypadek wrodzonego braku tęczówki.**

Rumbaur. **O gwiaździstych pozostałościach błony źrenicznej na przedniej torebce soczewki.**

Knapp. **Ślepota w następstwie pozagałkowego wylewu krwawego.**

Raffin. **O kile oczodołowej.** 1) U 22-letniej dziewczyny wystąpiło w osiem tygodni po zakażeniu kiłowe zapalenie okostnej górnego brzegu oczodołowego, powikłane w dalszym ciągu zapaleniem opony twardej mózgu, stwierdzonem anatomicznie przy zabiegu operacyjnem. Wczesne wystąpienie tak ciężkich zmian kiłowych tłumaczy R. tem, że zakażenie musiało być ciężkie a chora przeciwkiłowo nie była leczona.

2. Obustronny śluzoropotok woreczka łzowego. Okolica nosa i policzka naciekła, twarda, w szczególności część dolno-wewnętrzna brzegu oczodołowego. Leczenie przeciwkiłowe z wynikiem dodatnim.

Blaskovits. **O ustaleniu oka.** Wiadomem jest, jak zgubne skutki przy operacji zaćmy może pociągnąć za sobą skurcz powiek. By temu zapobiedz, sporządził B. instrument, nazwany przez niego rozwórką bezpieczeństwa. Modyfikacja polega na tem, że przy rozwórce Pretoriego z obu stron przymocowane są na ruchomych zawiaskach śrubki, które znajdują oparcie w okolicy nosa i skroni. Śrubki te podkręca się tak wysoko, żeby powieki dostatecznie były od samej gałki oddalone i nie mogły wywierać ucisku na gałkę. Podpórki śrubowe nic nie przeszkadzają przy wykonywaniu operacji. Zupełne unieruchomienie oka przy operacji zaćmy osiąga B. także przez założenie szwu w ścięgno mięśnia prostego.

Kyrieleis. **Przyczynek do obwodowego wyżłobienia i obwodowego wydęcia rogówki.** *W. Reis* (Lwów).

Bibljografja.

Piśmiennictwo niemieckie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften 1922. Zeszyt 8 (Sierpień). Monachium (J. F. Lehmann). Cena 24 mk. niem., zawiera: 1) Prof. Pick: O zmianach oddziaływań ustroju na trucizny i leki. 2) Prof. Strauss: Czy istnieje minimum tłuszczu dla odżywiania. 3) Laqueur: Nowe poglądy na działanie zabiegów fizycznych. 4) Staunig: Praktyczna rentgeno-spektrometrja. 5) Weil: Z kongresu seksuologicznego.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

I. Zjazd Pedjatrów Polskich.

Dokończenie.

Uchwały Zjazdu.

w sprawach organizacyjnych:

I.

W sprawie Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego:

Organizacja to siła. W myśl tej zasady Zjazd Pedjatrów uchwala, aby wszyscy lekarze, zajmujący się chorobami dzieci, zapisywali się na członków Towarzystwa Pedjatrycznego, czynnych lub popierających, i w ośrodkach, gdzie znajduje się przynajmniej 10-ciu pedjatrów, tworzyli oddziały miejscowe Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego.

II.

W sprawie pisma »Pedjatrja Polska«.

Celem popierania polskiej nauki lekarskiej o dziecku, Zjazd P. P. postanawia poprzeć wszelkiemi siłami wydawnictwo »Pedjatrji Polskiej«. W tym celu Zjazd nakłada moralny obowiązek na wszystkich Kolegów, aby zapisywali się w poczet prenumeratorów pisma, a oprócz tego w miarę możności przyczynili się do zebrania funduszu, któryby umożliwił utrzymanie wydawnictwa nadal i postawienie go na właściwym poziomie.

III.

W sprawie pisma »Opieka nad dzieckiem«.

I. Zjazd P. P. uznaje konieczność istnienia w Polsce organu do spraw opieki nad dzieckiem i matką: wzywa Polskie Towarzystwo Pedjatryczne do podjęcia wspólnie z P. A. K. P. D. (Polsko Amerykański Komitet Pomocy Dzieciom) starań o założenie perjodycznego pisma, poświęconego opiece nad dzieckiem i macierzyństwem pod tytułem »Opieka nad dzieckiem«.

IV.

W sprawie kolonji leczniczej im. Brudzińskiego w Busku.

I. Zjazd P. P. zebrany w dniu 8. i 9. września w Warszawie wyraża uznanie Rządowi Polskiemu, Radom miejskim i Sejmikom, oraz Zarządom Kas Chorych, które w zrozumieniu wielkiej doniosłości walki z gruźlicą dziecięcą, zorganizowały akcję współdzielczą, w celu budowy Sanatorjum dla dzieci zołzowatych w Busku. Zjazd wyraża nadzieję, że pozostałe miasta Polskie i Sejmiki, które nie zdążyły jeszcze przyłączyć się do tej akcji, przystąpią do niej w jak najkrótszym czasie.

V.

W sprawie pielęgniarek dla zakładów dziecięcych.

Zjazd P. P. uchwala, ażeby opieka nad chorem dzieckiem w szpitalach i klinikach była powierzona wyłącznie odpowiednio wyszkolonym, pielęgniarkom zawodowym, o wysokim poziomie moralnym i intelektualnym.

VI.

W sprawie ustawowego unormowania opieki nad dzieckiem.

Zjazd P. P. zwraca się do Pana Ministra Zdrowia Publicznego o uczynienie odpowiednich kroków, celem przyśpieszenia opracowania i zatwierdzenia przez Wysoki Sejm odpowiednich ustaw, normujących stosunek Państwa do potrzebujących pomocy i ochrony dzieci, kobiet ciężarnych, rodzących i matek karmiących.

VII.

W sprawie opieki nad noworodkiem.

Opieka pedjatrji nad dzieckiem nie objęła jeszcze dotąd pierwszego najważniejszego okresu życia. Noworodki w zakładach położniczych, znajdują się pod opieką niedostatecznie wykwalifikowaną w pielęgnowaniu akuszerek, w najlepszym razie pod kierunkiem akuszera, który z konieczności musi całą swoją uwagę poświęcić matce. Wobec tego Zjazd uchwala:

1. W zakładach położniczych powinny istnieć oddzielne sale dla noworodków;
2. Noworodki powinny znajdować się pod opieką wykwalifikowanych pielęgniarek, względnie akuszerek, wykształconych specjalnie w tym kierunku;
3. Sale noworodków powinny być prowadzone przez pedjatrę;
4. W szkołach akuszeryjnych o noworodkach ma wykładać pedjatra;
5. W wykształceniu pedjatrów należy położyć nacisk, jakiego dotąd brak, na naukę o higjenie, djetetyce i chorobach zakaźnych.

VIII.

W sprawie opieki nad matkami nieślubnemi.

W celu ratowania niemowląt matek nieślubnych należy zarzucić stosowany dotychczas system lokowania tych dzieci w żłobkach i puszczanie matek na wolność, jako dający fatalne rezultaty: roztoczyć natomiast należytą opiekę nad matką w ten sposób, aby ona sama miała możność karmienia i wychowania swojego niemowlęcia.

IX.

W sprawie opieki nad psychicznym rozwojem dziecka.

1. Wobec tego, że dziecko od chwili przyjścia na świat jest istotą nader mało odporną na wszelkie czynniki szkodliwe — roztoczenie nad niem opieki higjeniczno-wychowawczej od najwcześniejszych lat życia jest rzeczą pierwszorzędnego znaczenia.
2. Wobec tego, że fizyczny i duchowy rozwój dziecka podlega ciągłym wahaniom i uchyleniom od norm przeciętnych, co grozi mu szeregiem zawikłań i zaburzeń chorobowych, traktowanie spraw wychowawczych pod kątem widzenia profilaktycznym w ciągu całego rozwoju dziecka staje się konieczne i wskazane.
3. Wobec tego, że ogół rodziców jest mało uświadomiony, pod względem higjeniczno-wychowawczym, niezbędnem jest utworzenie poradni pedagogicznych, gdzie lekarze z udziałem pedagogów i psychologów mogliby udzielać wskazówek i rad zgłaszającym się rodzicom.

4. Wobec tego, że rozwój cielesny i duchowy dziecka we wszystkich okresach tego rodzaju jest ściśle zespolony, i że wychowanie dziecka powinno uwzględniać obie te dziedziny — wzajemnie od siebie uzależnione, pożądanem jest, aby lekarze pedjatrzy, psychologowie-wychowawcy i higjeniści szkolni, znajdowali się w ciągłej styczności ze sobą i w stałej współpracy.
5. Wobec tego, że zagadnienia higjeniczno-wychowawcze powinny być dokładnie znane ogółowi lekarzy, koniecznem jest, aby zamiar M-stwa W. R. i O. P. utworzenia przy wszystkich Uniwersytetach Polskich katedr higjeny szkolnej i wychowania fizycznego, był jak najrychlej wprowadzony w życie.

X.

W sprawie przeciążenia w szkole.

Wobec stwierdzonego przez lekarzy pedjatrów wzmożonego rozwoju gruźlicy u dzieci, zwłaszcza w wieku dojrzewania, który przypada na wiek szkolny, I. Zjazd P. P. w Warszawie uchwala zwrócić się do M. W. R. i O. P. z wnioskiem:

1. Aby wychowaniu fizycznemu w szkole i wzmacnianiu odporności ustroju poświęcono więcej, niż dotychczas,uwagi.
2. Aby ograniczono liczbę godzin, siedzenia na lekcjach w szkole, zwłaszcza w niższych klasach.
3. Aby zmniejszono zakres materjału naukowego, przypadającego na wiek dojrzewania.

XI.

W sprawie uzdrowisk polskich.

I. Zjazd P. P. wzywa Ministerstwo Zdrowia Publicznego do wydania podręcznika dla zapoznania lekarzy z uzdrowiskami polskiemi.

II. Zjazd wzywa Komitet organizacyjny Zjazdu Pedjatrycznego do zorganizowania w r. 1923 wycieczki dla zapoznania lekarzy z uzdrowiskami i sanatorjami w Polsce.

XII.

W sprawie walki z alkoholizmem.

1. Zjazd P. P. wita z całem uznaniem uchwalenie przez Sejm ustawy przeciw-alkoholowej, jako wyraz poważnej troski narodu o zdrowie obecnych i przyszłych pokoleń.
2. Zjazd P. P. uważa za niezbędne wprowadzenie do programu szkół powszechnych, średnich, a w szczególności seminarjów nauczycielskich, nauk o szkodliwości alkoholu.
3. Zjazd P. P. uważa za konieczne, aby lekarze szkolni w wykładach higjeny, kładli większy nacisk na szkodliwość używania napojów alkoholowych, szczególnie przez młodzież.
4. Zjazd P. P. uważa za wskazane, ażeby do programu kursów uzupełniających dla nauczycieli i szkół powszechnych wprowadzono wykłady alkohologji.

XIII.

W sprawach ogólnych.

W sprawie wyrażenia uznania p. Zofji Szlenkierównie fundatorce szpitala im. Karola i Marji:

Uczestnicy I. Zjazdu P. P., zebrani na posiedzeniu inauguracyjnem w szpitalu im. Karola i Marji, wyrażają fundatorce tej wspaniałej Instytucji swe najgłębsze uznanie za zasługi poniesione na polu szpitalnictwa dziecięcego w Polsce.

XIV.

W sprawie wyrażenia uznania Dr. Szymonowi Starkiewiczowi:

Uczestnicy I. Zjazdu P. P. wyrażają Koledze Szymonowi Starkiewiczowi, niestrudzonemu działaczowi na polu opieki nad dzieckiem, wyrazy głębokiego uznania za owocną pracę przy wznoszeniu sanatorjum im. Brudzińskiego dla dzieci zołzowatych w Busku-Kieleckim.

XV.

W sprawie wyrażenia uznania Magistratowi m. Łodzi.

Po wysłuchaniu sprawozdania Prof. Michałowicza z działalności przeciwgruźliczej Magistratu m. Łodzi, uczestnicy I. Zjazdu P. P. wyrażają swe najgłębsze uznanie temuż za jego nader owocną pracę na polu zwalczania gruźlicy, przesyłają życzenia dalszych sukcesów na tej niwie, oraz żywią nadzieję, że praca Magistratu m. Łódzkiego będzie wzorem dla reszty samorządowych Instytucyj.

Przed zakończeniem Zjazdu postanowiono zwołać II. Zjazd Pedjatrów Polskich do Poznania po Wielkanocy 1924 r. i wybrano do Komitetu wykonawczego tej uchwały B. Krysiewicza, Br. Szulczewskiego i K. Jonschera z Poznania. Z proponowanych głównych tematów na ten Zjazd zasługują na uwagę sprawa gruczołów wewnętrznego wydzielania i anafilaksja.

Medycyna społeczna.

Dr. ROMAN ZAGÓRSKI. Kobierzyn.
Dyrektor Państw. Zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych.

W sprawie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej.

(Wykład, wygłoszony na III. Zjeździe psychjatrów polskich w Wilnie dnia 4 czerwca 1922).

Rozważając zagadnienie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej, należy przedewszystkiem określić wzajemny stosunek dwóch zasadniczej wagi dla zagadnienia tego pojęć, a to pojęcia nierozporządzalności i pojęcia ubezwłasnowolnienia.

Nierozporządzalnością nazywamy taki określony ustawą psychiczny lub prawny stan pewnej osoby, z którym ustawodawca wiąże niezdolność jej działań prawnych, względnie nieważność dokonanych przez nią takich działań; ubezwłasnowolnienie zaś jest urządzeniem prawnem, mającem na celu zapewnić opiekę prawną jednostce niezdolnej zarządzać swemi sprawami przy równoczesnem pozbawieniu jej rozporządzalności. — Szczegółowy rozbiór obu tych pojęć nie jest tu potrzebny; ważne dla celów naszych jest jedynie określenie wzajemnego stosunku tych pojęć do czynnika trzeciego, a to do choroby psychicznej. — Otóż choroba psychiczna czyni chorego nierozporządzalnym przez sam fakt swego wpływu na jego działanie, o ile tylko wpływ ten jest dostatecznie silny, uzasadnia zaś ubezwłasnowolnienie chorego o tyle, o ile czyni go niezdolnym do zarządzania swemi sprawami. Że chodzi tu o rzeczy różne, dowodzi następujący przykład: Pomieszanie ogólne (paranoia) jest chorobą psychiczną, która z reguły wywiera bardzo silny wpływ na działanie osoby nią dotkniętej, bynajmniej jednak nie znosi a priori zdolności jej do zarządzania swemi sprawami, jak o tem poucza codzienne doświadczenie. — Z tego wynika, że stosunek wzajemnej zależności nierozporządzalności i ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej nie jest stosunkiem prostym, ale przeciwnie stosunkiem złożonym, częściowo zaś całkiem nie istnieje. Można tedy zostać uznanym za nierozporządzalnego, a nie zostać ubezwłasnowolnionym, natomiast ubezwłasnowolnienie pociąga za sobą, jako konieczny skutek, nierozporządzalność. Oprócz zatem nierozporządzalności, będącej skutkiem ubezwłasnowolnienia, istnieje jeszcze nierozporządzalność, będąca wynikiem samej tylko choroby psychicznej, czyli t. zw. nierozporządzalność naturalna. Pierwszy z tych rodzajów nierozporządzalności podlega stopniowaniu, chory bowiem może zostać ubezwłasnowolniony zupełnie lub częściowo, co za sobą pociąga zupełne lub częściowe pozbawienie go rozporządzalności; natomiast nierozporządzalność naturalna nie podlega stopniowaniu, czyli jest bezwzględna, gdyż w jej zakresie rozstrzyga tylko okoliczność, czy choroba psychiczna ma dostateczny wpływ na działanie dotkniętego nią człowieka, czy go nie ma. Obok tych dwóch rodzajów nierozporządzalności istnieje jeszcze rodzaj trzeci, a to nierozporządzalność z powodu wieku dziecięcego (górna granica 7 lat), która jest również bezwzględna.

Po tych uwagach wstępnych przechodzę do właściwego tematu, który sprowadza się w ten sposób 1) do zagadnienia nierozporządzalności z powodu choroby psychicznej, 2) do właściwego zagadnienia ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej. — W obu tych zakresach należy ściśle określić postulaty psychjatryczne, poza tem zaś osobno jeszcze omówić te komplikacje zagadnienia ubezwłasnowolnienia, jakie wniosła ze sobą t. zw. nowa austrjacka ustawa o ubezwłasnowolnieniu, obowiązująca dotąd w Małopolsce.

ad 1). Zagadnienie nierozporządzalności z powodu choroby psychicznej jest zagadnieniem mieszanem, t. j. prawniczo-psychjatrycznem i stanowi pod tym względem analogję do zagadnienia niepoczytalności karnej. Wszystkie tedy zastrzeżenia, odnoszące się do niepoczytalności karnej, a mające na celu uzgodnienie i sprowadzenie do wspólnego mianownika rozbieżnych a częściowo nawet niewspółmiernych poglądów prawnika i psychjatry, znajdują zastosowanie — *mutatis mutandis* — i do nierozporządzalności, z wyjątkiem oczywiście dziedziny poczytalności zmniejszonej, która w zakresie nierozporządzalności naturalnej, jako bezwzględnej, nie ma swego odpowiednika. Zastrzeżenia te dają się ująć w następujące tezy:

a) W formułowaniu przepisu prawnego o nierozporządzalności należy unikać określeń sprzecznych z trybem i zadami myślenia psychjatrycznego, jak n. p. »wolne określanie się woli« ustawy cywilnej niemieckiej, lub określeń niezgodnych z doświadczeniem psychjatrycznem, wykazującem niezwykłą doniosłość roli zaburzeń sfery afektu i woli

w chorobach psychicznych, jak n. p. »pozbawienie używania rozumu« dawnej austrjackiej ustawy cywilnej.

b) Do określenia jakości choroby psychicznej należy użyć terminów jak najbardziej ogólnikowych, a to ze względu na ciągły rozwój nauki psychjatrycznej, który czyni ustalanie w ustawie pewnych form czy jednostek, chorobowych, obecnie znanych i uznawanych, niepożądanem.

c) Do określenia stopnia natężenia choroby psychicznej, potrzebnego do przypisania jej takiego wpływu na działanie człowieka, jakiego wymaga ustawodawca, wskazane jest przeciwstawienie członowi psychjatrycznemu formuły stosownego członu psychologicznego, stwarzającego niejako dla pierwszego z nich rodzaj wędzidła. — Tu zapożyczając się u ustawodawstwa szwajcarskiego, proponuję odrazu ujęcie istoty tego członu psychologicznego w słowa »niezdolność działania zgodnie z rozsądkiem«.

Z powyższych tez wymaga omówienia jedynie druga. Człon psychjatryczny projektu przepisu prawnego o niepoczytalności karnej, przyjętego przez drugi Zjazd psychjatrów polskich w Poznaniu, wyszczególnia — jak wiadomo — chorobowe zaburzenie czynności psychicznych, względnie chorobliwy rozstrój psychiczny, niedorozwój psychiczny i zamroczenie świadomości, a takie jego ujęcie podyktowane zostało względami praktycznemi, z któremi przedewszystkiem liczyć się należało. Zachodzi pytanie, czy te same określenia są równie wskazane i w dziedzinie nierozporządzalności. W tym względzie zauważyć należy, że we współczesnem ustawodawstwie cywilnem usiłowania jakościowego zróżniczkowania ogólnego pojęcia choroby psychicznej idą w dwóch kierunkach: przeciwstawia się mianowicie 1) dłużej trwające lub chroniczne psychozy krótkotrwałym i przemijającym zaburzeniom psychicznym, 2) stany ograniczonych czasem i przebiegiem ostrych i przewlekłych psychoz (*Geisteskrankheit*) stanom trwałym, będącym, jako otępienie umysłu, końcowym wynikiem tych psychoz (*Geistesschwäche*). To drugie pojęcie obejmuje również niedorozwój psychiczny.

Pierwsze z tych przeciwstawień odgrywa ważną rolę w ustawie cywilnej niemieckiej, która w paragrafie 104 mówi jedynie o nieprzemijających chorobowych zaburzeniach czynności psychicznych, jako o czynniku nierozporządzalności, rezerwując dla przemijających zaburzeń czynności psychicznych osobny ustęp paragrafu 105, zaznaczający krótko, że ujawnienie woli, uczynione w stanie bezprzytomności (sic!) albo przemijającego zaburzenia czynności psychicznych, uważa się za nieistniejące. Takie stanowisko ustawodawcy niemieckiego tłumaczy się tem, że nierozporządzalność znosi zarówno zdolność czynienia, jak i zdolność przyjmowania w sposób wiążący prawnie ujawnień woli i że tej drugiej zdolności nie wyklucza przemijające rychło zaburzenie czynności psychicznych, skoro dla osoby dotkniętej takiem zaburzeniem istnieje możliwość przyjęcia po wygaśnięciu nieprawidłowego stanu umysłu jeszcze we właściwym czasie do wiadomości aktu woli postronnej. Chodzi tu zatem o konstrukcję czysto prawną, wobec której nie ma psychjatra powodu zajmować stanowiska czynnego.

Przeciwstawienie drugie, operujące pojęciami choroby psychicznej (*Geisteskrankheit*) i osłabienia — *sit venia verbo* — psychicznego (*Geistesschwäche*), znalazło zastosowanie zarówno w nowej austrjackiej ustawie o ubezwłasnowolnieniu, jak i w ustawie cywilnej szwajcarskiej. Posługuje się niem również i ustawodawca niemiecki, ale w znaczeniu zupełnie odmiennem. Pojęcia »*Geisteskrankheit*« i »*Geistesschwäche*« są dla niego pojęciami czysto prawnemi i oznaczają nie jakość, ale stopień schorzenia psychicznego, przyczem cięższe postacie schorzenia ujmuje on pojęciem »*Geisteskrankheit*«, lżejsze pojęciem »*Geistesschwäche*« bez względu na to, czy to odpowiada tym pojęciom w ich rozumieniu psychjatrycznem.

W zestawieniu z tem jakościowem zróżniczkowaniem ogólnego pojęcia choroby psychicznej okazuje nomenklatura polskiego członu psychjatrycznego następujące niedostatki. — Pojęcie chorobowego zaburzenia czynności psychicznych, względnie chorobliwego rozstroju psychicznego, jest tak obszerne, że dla celów nierozporządzalności wystarcza właściwie samo. — Dowodzi tego brzmienie paragrafu 104 ustawy cywilnej niemieckiej. — Wskazaniem dla takiego rozszerzenia pojęcia choroby psychicznej w formule prawnej o niepoczytalności karnej była konieczność objęcia tem pojęciem tych anormalnych stanów psychicznych natury zwyrodnieniowej, które przeważnie nie mieszczą się, ściśle biorąc, w pojęcin choroby psychicznej, a które w zagadnieniu niepoczytalności karnej odgrywają tak niezwykle ważną rolę. Stany te nie mają dla zagadnienia nierozporządzalności — przynajmniej o ile moje doświadczenie sięga — istotnego znaczenia. Użycie zatem w formule o nierozporządzalności zamiast tych określeń terminu »choroba psychiczna« uważam nie tylko za dopuszczalne, ale i za wskazane.

Niedorozwój psychiczny, stanowiący następne ogniwo członu psychjatrycznego, nie odpowiada, ściśle biorąc, pojęciu »*Geistesschwäche*« skoro to pojęcie »*Geistesschwäche*«, obejmuje oprócz niego wszystkie stany otępienia (*dementia*). Niewykształcona jednak i nieustalona terminologja psychjatryczna polska nie rozporządza jeszcze żadnym zdatnym do użytku terminem, którymby się posłużyć można jako równoważnikiem pojęcia »*Geistesschwäche*«, poza tem zaś stany, o których mowa, jako będące zejściem chorób psychicznych, można bez istotnego uszczerbku dla ścisłości podporządkować pojęciu choroby psychicznej.

Zamroczenie świadomości, będące ostatniem ogniwem członu psychjatrycznego, odpowiada pojęciu przemijającego zaburzenia czynności psychicznej ustawy cywilnej niemieckiej i, jako istotny wykładnik tych stanów psychicznych, które pod to pojęcie podpadają, nadaje się również do użycia w formule prawnej o nierozporządzalności.

Opierając się tedy o wszystkie powyższe wywody, proponuję następujące brzmienie przepisu prawnego o nierozporządzalności z powodu choroby psychicznej: »Nierozporządzalnym jest ten, kto wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju psychicznego lub zamroczenia świadomości niezdolny jest działać zgodnie z rozsądkiem«. O ile by ustawodawca nie zamierzał stanów przemijającego zaburzenia czynności psychicznych włączać do przepisu o nierozporządzalności, należałoby w tekście tym wykreślić słowa »lub zamroczenia świadomości«, a stany te i ich skutki ująć osobnym przepisem prawnym na wzór ustawy niemieckiej.

ad 2). Zagadnienie ubezwłasnowolnienia z powodu choroby psychicznej jest niewątpliwie jednem z najtrudniejszych zagadnień ustawodawczych. Komplikuje je przedewszystkiem ta okoliczność, że stawia ono w stosunek wzajemnej od siebie zależności cały szereg bardzo złożonych pojęć. I tak: celem ubezwłasnowolnienia ma być przedewszystkiem ochrona interesów i dobra chorego, środkiem wiodącym do tego celu — pozbawienie go rozporządzalności, warunkiem — niezdolność jego do zarządzania swemi sprawami, sprawiona chorobą psychiczną.

Następnie centralne niejako pojęcie zagadnienia, to jest niezdolność do zarządzania swemi sprawami, jest zawsze wypadkową dwóch niewiadomych, zarówno bowiem choroba psychiczna, jak i ten całokształt interesów chorego, który ustawodawca nazywa krótko jego sprawami, nie stanowią wartości stałych, ale przeciwnie obejmują swym pojęciowym zakresem szeroką skalę najróżnorodniejszych stanów od najprostszych do najbardziej złożonych.

Wreszcie zaprzeczyć się nie da, że między celem ubezwłasnowolnienia, którym ma być ochrona interesów i dobra chorego, a tak radykalnym środkiem jego urzeczywistnienia, jakim jest pozbawienie chorego rozporządzalności, zachodzi pewien rozdźwięk. — Rozdźwięk ten okaże się tem istotniejszym, skoro się zważy, że celem ubezwłasnowolnienia bywą dla ustawodawcy zazwyczaj także i zabezpieczenie t. zw. interesu ogólnego, względnie interesów osób postronnych, i że interesy te mogą pozostawać w sprzeczności z interesami i dobrem chorego; konieczne jest tedy należyte ustosunkowanie obu tych sfer interesów, jeżeli w poszczególnych przypadkach ubezwłasnowolnienie nie ma przynieść choremu raczej szkody, aniżeli korzyści.

Wobec tak rozlicznych i niezwykłych trudności zagadnienia ubezwłasnowolnienia ma ustawodawca, zasadniczo biorąc, do wyboru dwie metody postępowania, a to 1°. me-

todę, którą dla krótkości nazwę metodą szablonu (utypowienia), 2° metodę, którąbym określił jako metodę indywidualizowania ubezwłasnowolnienia. Pierwsza z tych metod, zrzekając się z góry z usiłowań jak najszerszego dostosowania ustawy do realnych potrzeb i interesów chorego, dąży do stworzenia jednego tylko typu ubezwłasnowolnienia, i to przymusowego, co znaczy, że psychnicznie chory, niezdolny do zarządzania swemi sprawami, zostaje, względnie powinien być, względnie musi być w każdym przypadku ubezwłasnowolniony. Druga, t. j. metoda indywidualizowania, usiłuje jak najbardziej dostosować ustawę do realnych potrzeb i interesów chorego i przewiduje conajmniej dwa typy ubezwłasnowolnienia (zupełne i częściowe), i to tylko warunkowego, co znaczy, że psychicznie chory niezdolny do zarządzenia swemi sprawami nie musi, ale tylko może być ubezwłasnowolniony. Nie choroba psychiczna zatem, ani nawet jej wpływ na zdolność zarządzania swemi sprawami rozstrzyga według tej metody o ubezwłasnowolnieniu, ale przedewszystkiem sam rodzaj i stan spraw chorego, które mogą być i często bywają takie, że wogóle nie uzasadniają potrzeby opieki prawnej lub też bez uszczerbku dla chorego mogą być pozostawione do zawiadywania jego rodzinie. Nadto metoda ta dąży do ograniczenia zakresu stosowania ubezwłasnowolnienia przez tworzenie innych rodzajów opieki prawnej nad chorym, nienaruszających *a priori* jego rozporządzalności (przykładem niemiecka »Pflegschaft« lub szwajcarska »Beistandschaft«).

Obu metodom może być wspólne urządzenie prawne tymczasowego ubezwłasnowolnienia, stosowane w tych przypadkach istotnej potrzeby ochrony interesów i dobra chorego, kiedy postępowanie prawne o ubezwłasnowolnienie nie zostało jeszcze wdrożone, albo jest dopiero w toku.

Zarówno metoda szablonu (utypowienia), jak i metoda indywidualizowania, nie są bynajmniej wynikiem jakichś tylko zewnętrznych różnic w sposobie ujmowania zagadnienia ubezwłasnowolnienia. Mają one daleko głębsze uzasadnienie psychiczne w dwóch zupełnie odmiennych konstrukcjach myślowych. Pierwsza z tych konstrukcji, której wyrazem zewnętrznym jest metoda szablonu (utypowienia), kładzie nacisk nie tylko na ochronę interesów i dobra chorego, ale także na tak zwany interes publiczny i zagrożone przez chorego interesy osób drugich, widząc w nich motyw uzasadniający ubezwłasnowolnienie bez względu na to, czy się one pokrywają z dobrem i interesami chorego; natomiast wzgląd na niebezpieczeństwo niedostatecznie ewentualnie uzasadnionego pozbawienia chorego rozporządzalności ma dla niej zupełnie podrzędne znaczenie. Odwrotnie konstrukcja druga, której wyrazem jest metoda indywidualizowania ubezwłasnowolnienia, uzasadnia je jedynie i wyłącznie interesem i dobrem chorego, a to bez względu na t. zw. interes publiczny i zagrożone interesy osób drugich, które w charakterze motywu uzasadniającego ubezwłasnowolnienie uważa za niedopuszczalne, równocześnie zaś kładzie nacisk na konieczność jak najoględniejszego i najściślej uzasadnionego ograniczania wzgl. pozbawiania chorego rozporządzalności.

Obu tym konstrukcjom myślowym mogą towarzyszyć pewne wybujałości i dążenia do nadmiernego rozszerzenia ich wskazań ze strony ich zwolenników. Przykładów takich dążeń w zakresie drugiej z nich dostarczyła poddostatkiem historja ewolucji nowej austrjackiej ustawy o ubezwłasnowolnieniu, a to w postaci projektów instytucji tak zwanych mężów zaufania i trybunału rozjemczego, złożonego częściowo z laików, które miały zabezpieczać chorego przed nieprawidłowem pozbawieniem go rozporządzalności. Projekty te nie wytrzymały jednak rzeczowej krytyki i do ustawy nie przeszły. Ale dążenia do nadmiernego rozszerzania wskazań zdarzać się mogą wszędzie; rzecz jasna, że są one szczególnie niebezpieczne w tak trudnej dziedzinie, jak zagadnienie ubezwłasnowolnienia. To też należy zawsze pamiętać o tej zasadzie, że chcieć wszystko przewidzieć i wszystkiem zapobiec, znaczy częściej szkodzić, aniżeli pomagać.

Obok dwóch zasadniczych metod ujmowania zagadnienia ubezwłasnowolnienia daje się pomyśleć jeszcze metoda pośrednia, będąca niejako ich kompromisem. Wynikiem zastosowania takiej kompromisowej metody jest z pośród znanych mi ustaw ustawa cywilna szwajcarska. Przyjmuje ona tylko jeden typ ubezwłasnowolnienia (częściowe) i czyni je przymusowem, wprowadza jednak oprócz tego tak zwane dobrowolne ubezwłasnowolnienie oraz odrębny rodzaj opieki prawnej nad chorymi, nienaruszający *a priori* ich rozporządzalności (t. zw. »Beistandschaft«).

Zachodzi teraz rozstrzygającej wagi pytanie: którą z metod ujęcia zagadnienia ubezwłasnowolnienia należy zastosować do polskiej ustawy o ubezwłasnowolnieniu, mającej powstać w miejsce trzech wzgl. czterech ustaw zaborczych, z pośród których ustawy byłego zaboru rosyjskiego posługują się metodą szablonu (utypowienia), ustawy zaś zaboru niemieckiego i austrjackiego — jakkolwiek z ważnemi różnicami w szczegółach — metodą indywidualizowania. Nie ulega dla mnie wątpliwości, że tylko metodę indywidualizowania. Jest ona na wskróś nowoczesna, stawia, jako wytyczny cel, wyłącznie tylko interes i dobro chorego, odpowiada zarówno pojęciom psychiatry, jak i prawnika, oznacza pod każdym względem postęp. Formułuję tedy postulaty psychiatryczne w sprawie ubezwłasnowolnienia w sposób następujący:

Polska ustawa o ubezwłasnowolnieniu powinna 1. być oparta o zasadę warunkowości (fakultatywności) i dwustopniowości ubezwłasnowolnienia, 2. przewidywać urządzenie prawne t. zw. tymczasowego ubezwłasnowolnienia, 3. stać na wyłącznem stanowisku interesu i dobra chorego, a nie dopuszczać interesu ogólnego lub interesu osób postronnych w charakterze motywu, uzasadniającego ubezwłasnowolnienie, 4. być uzupełniona przepisami prawnemi, normującemi obok uwłasnowolnienia jeszcze taki rodzaj opieki prawnej nad psychicznie chorymi, któryby nie naruszał *a priori* ich rozporządzalności.

Oczywiście powyższe postulaty nie wyczerpują bynajmniej całokształtu sprawy. Pozostaje do omówienia wiele mniej lub więcej ważnych szczegółów, dotyczących n. p. dopuszczalności zawierania małżeństwa przez chorych częściowo ubezwłasnowolnionych, obowiązkowego podawania do wiadomości ogółu dokonanego ubezwłasnowolnienia, wdrażania i przebiegu postępowania prawnego o ubezwłasnowolnienie, sprawy znawców i t. d. Wszystkie te jednak szczegóły właśnie dlatego, że są szczegółami, mają w tej chwili znaczenie drugorzędne i powinny być dyskutowane dopiero w późniejszych okresach rozpraw nad ubezwłasnowolnieniem. Jedna jest tylko sprawa, która wskutek niezwykłej swej wagi wymaga omówienia już teraz. Jest nią sprawa rozszerzenia zakresu ubezwłasnowolnienia na tych alkoholików i narkomanów, którzy nie podpadają dla ustawodawcy pod najszerzej nawet zakreślone zbiorowe pojęcie choroby psychicznej. Mówić przed zgromadzeniem psychiatrów o doniosłości potrzeby zwalczania alkoholizmu, znaczyłoby wybijać otwarte drzwi. Ograniczę się zatem do stwierdzenia, że prawidłowa i skuteczna walka z alkoholizmem i pokrewnemi mu stanami nie rokuje dostatecznego powodzenia bez możności zagrożenia osób takich ubezwłasnowolnieniem wzgl. bez ich ubezwłasnowolnienia. Sam przepis prawny — przynajmniej w zakresie opilstwa — tu nie wystarczy; doświadczenie poucza, że konieczne jest, aby prawo do postawienia wniosku o ubezwłasnowolnienie przysługiwało także prokuratorowi państwa, ani bowiem rodzina alkoholika ani inne uprawnione do tego instancje nie odważą się najczęściej z obawy przed jego zemstą wystąpić z takim wnioskiem. Aby umożliwić prokuratorowi wmieszanie się w sprawę i w uwzględnieniu niezwykłej jej wagi społecznej, uważam za konieczne dopuścić w tym jednym przypadku zagrożony interes publiczny wzgl. bezpieczeństwo osób postronnych w charakterze motywu uzasadniającego ubezwłasnowolnienie.

Pozostają jeszcze do omówienia zastrzeżenia psychiatryczne co do sformułowania zasadniczego przepisu o ubezwłasnowolnieniu, Oczywiście nie mogą one być inne, jak dla nierozporządzalności. Wyjątek stanowią tylko przemijające rychło zaburzenia czynności psychicznych, ujęte tam krótko w określenie zamroczeń świadomości, nie mogą one bowiem z natury rzeczy uzasadniać ubezwłasnowolnienia. Zachodzi jedynie wątpliwość, czy nie należy ograniczyć zakresu choroby psychicznej dodaniem słowa »nieprzemijająca«. Mojem

zdaniem: nie, a to z następujących powodów: 1. Przepis zasadniczy o ubezwłasnowolnieniu musi i tak być uzupełniony przepisem opiewającym, że ubezwłasnowolnienie ma być zniesione, skoro ustanie przyczyna, która je spowodowała. Przepis ten zabezpiecza dostatecznie ubezwłasnowolnionego, o ileby został ubezwłasnowolniony z powodu uleczalnej choroby psychicznej. 2. Dodatek »nieprzemijająca« zabezpieczy może przed nieporozumieniami, któreby z braku jego mogły wyniknąć, ale w ich miejsce stworzy inne, kto wie, czy nie poważniejsze. Poszczególna faza psychozy maniakalno-depresyjnej jest np. uleczalna, a więc przemijająca, trwać jednak może latami i uczynić chorego koniecznie potrzebującym ubezwłasnowolnienia.

Proponuję tedy następujący tekst zasadniczego przepisu prawnego o ubezwłasnowolnieniu, opierając go prawie bez zmian o analogiczny tekst nowej ustawy austrjackiej, którego redakcję uważam za wzorową: »Osoby wyżej 7 lat, które wskutek choroby psychicznej lub niedorozwoju psychicznego są niezdolne zarządzać swemi sprawami, m o g ą być zupełnie ubezwłasnowolnione. Osoby pełnoletnie, które wprawdzie nie są niezdolne zarządzać swemi sprawami, ale wskutek choroby psychicznej lub niedorozwoju psychicznego potrzebują do należytego zarządzania swemi sprawami doradcy, m o g ą być częściowo ubezwłasnowolnione. Osoby pełnoletnie mogą być nadto częściowo ubezwłasnowolnione, jeżeli wskutek nałogowego nadużywania alkoholu lub trucizn nerwowych zagrażają sobie lub rodzinie niedostatkiem, albo zagrażają bezpieczeństwu drugich, albo potrzebują doradcy do należytego zarządzania swemi sprawami. Zupełnie ubezwłasnowolniony równa się co do nierozporządzalności dziecku poniżej 7 lat. Należy mu wyznaczyć kuratora. Częściowo ubezwłasnowolniony równa się co do nierozporządzalności własnowolnemu niepełnoletniemu i otrzymuje doradcę. Ubezwłasnowolnienie ma być zniesione, skoro ustanie przyczyna, która je spowodowała«.

Przystępuję z kolei do omówienia tych komplikacyj zagadnienia ubezwłasnowolnienia, które wniosła ze sobą nowa austrjacka ustawa z 28/6 1916. Komplikacje te polegają na włączeniu do ustawy o ubezwłasnowolnieniu zupełnie odrębnego członu, dotyczącego kontroli sądowej nad zakładami psychiatrycznemi. Istotę tej kontroli stanowi t. zw. postępowanie detencyjne, którego zadaniem jest przeprowadzanie w każdym poszczególnym przypadku dochodzeń, czy zatrzymanie chorego w zakładzie (detencja) jest dopuszczalne, czy nie. Sprawdzianem dopuszczalności jest wbrew odmiennemu zapatrywaniu Prof. W a c h h o l z a, wyrażonemu w jego »Podręczniku medycyny sądowej« z r. 1919., nie jakość i stan choroby psychicznej oraz niebezpieczeństwo, jakie ona może przedstawiać dla samego chorego bądź też dla ogółu wzgl. osób postronnych, ale jedynie i wyłącznie okoliczność, czy zatrzymany w zakładzie jest zdrowy, czy chory psychicznie. W pierwszym przypadku ma sąd orzec niedopuszczalność, w drugim dopuszczalność zatrzymania, a to bez względu na jakiekolwiek inne okoliczności.

Licząc się z faktem dokonanym, trzeba tu odpowiedzieć na pytanie, wagi zasadniczej czy wprowadzenie kontroli nad zakładami psychiatrycznemi, idącej w kierunku wytyczonym przez austrjackiego ustawodawcę, jest uzasadnione, a jeżeli jest, jaka postać takiej kontroli byłaby najstosowniejsza.

Istotnej rzeczowej potrzeby wprowadzania tego rodzaju kontroli nad zakładami psychiatrycznemi — przynajmniej zdaniem ogółu psychiatrów — niema; istnieją jednak następujące ważne okoliczności, które wprowadzenie takiej kontroli czynią wskazanem: a) Zakłady psychiatryczne mają charakter zakładów zamkniętych, zasadniczym zaś warunkiem przyjęcia chorego może być z natury rzeczy tylko świadectwo lekarskie. Konstelację tę wyzyskuje pewna grupa chorych i ich poplecznicy, rozsiewając pogłoski o przytrzymywaniu w zakładzie ludzi psychicznie zdrowych, co niepokoi opinję publiczną i wzbudza wątpliwości nawet u czynników ustawodawczych. b) W zakładach psychiatrycznych przebywają chorzy najczęściej wbrew swej woli, z punktu zatem widzenia prawnego zachodzi tu prawie zawsze ograniczenie wolności osobistej, którego uzasadnienie powinno podlegać kontroli. c) Niektóre postacie chorób psychicznych nie zostały jeszcze należycie przez naukę ustalone i zachodzą co do nich zasadnicze różnice zdań. Przykładem t. zw. idjotyzm moralny. d) Ocena psychiatryczna, zwłaszcza t. zw. stanów pogranicznych, bywa tak sprzeczna, że może budzić nie tylko u ogółu, ale i w kołach prawników przeświadczenie, iż uznanie kogoś za psychicznie chorego może być wyrazem zupełnie podmiotowych zapatrywań psychiatry.

Z pośród trzech możliwych postaci kontroli nad zakładami psychiatrycznemi postać ogólnego psychiatryczno-administracyjnego nadzoru ze strony władzy zwierzchniej jest niewystarczająca, postać kontroli społecznej wzgl. psychiatryczno-sądowo-społecznej — mojem zdaniem — opinji nie uspokoi, a dopuszczając do zakładów w roli kontrolorów nieodpowiedzialnych i nieskrępowanych stanowiskiem urzędowem laików, narazić może szpitalnictwo psychiatryczne na nieobliczalne niebezpieczeństwa; jedynie zatem sądowa kontrola nad zakładami stanowi skuteczny środek, zabezpieczający zakłady przed nieuzasadnionemi zarzutami przytrzymywania ludzi zdrowych i czyniący zadość wymaganiom ustawodawcy.

Opierając się tedy zarówno o powyższe wywody, jak i o doświadczenie osobiste na punkcie stosowania przepisów detencyjnych w Zakładzie kobierzyńskim, oświadczam się za utrzymaniem wzgl. wprowadzeniem kontroli sądowej nad zakładami psychiatrycznemi; ze względu jednak na okoliczność, że państwowe Zakłady psychiatryczne oraz te zakłady, które przez kompetentne władze państwowe zostaną uznane za równorzędne państwowym, z natury swego charakteru zapewniają ustawodawcy wysoki stopień gwarancji, jestem zdania, że przynajmniej co do tych zakładów powinno postępowanie detencyjne mieć charakter wyłącznie tylko fakultatywny, a nie obowiązkowy.

Streszczając moje wywody, dochodzę do następującego wniosku: Należy oświadczyć się za metodą jak najbardziej indywidualizującego traktowania zagadnienia ubezwłasnowolnienia i ustalić następujące zasadnicze postulaty psychiatryczne w sprawie polskiej ustawy o ubezwłasnowolnieniu:

1. Ustawa ta powinna: a) stać wyłącznie na stanowisku interesu i dobra chorego i wszystkie szczegółowe przepisy prawne dostosować do tego zasadniczego wskazania, b) być oparta o zasadę warunkowości (fakultatywności) i dwustopniowości ubezwłasnowolnienia, c) przewidywać t. zw. tymczasowe ubezwłasnowolnienie, d) normować także taki rodzaj opieki prawnej nad psychicznie chorymi, któryby w przeciwieństwie do właściwego ubezwłasnowolnienia nie naruszał *a priori* ich rozporządzalności.

2. Ustawa ta powinna nadto obejmować zakresem swego działania tych alkoholików i narkomanów, którzy nie podpadają dla ustawodawcy pod ogólne pojęcia choroby psychicznej, zastrzegając prawo stawiania wniosku o ich ubezwłasnowolnienie także prokuratorowi państwa.

3. Jest wskazane, aby przepis prawny o nierozporządzalności miał następujące brzmienie: »Nierozporządzalny jest ten, kto wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju psychicznego lub zamroczenia świadomości niezdolny jest działać zgodnie z rozsądkiem«. O ileby ustawodawca zamierzał przemijające zaburzenia czynności psychicznych traktować oddzielnie, należałoby w tekscie powyższym wykreślić słowa »lub zamroczenia świadomości«.

4. Brzmienie § I. i drugiej części § II. austrjackiej ustawy o ubezwłasnowolnieniu z 28/6 1916 odpowiada w zupełności postulatom psychiatrycznym z wyjątkiem mianownictwa członu psychiatrycznego § 1., który powinien zawierać określenia członu psychiatrycznego proponowanego pod 3. przepisu prawnego o nierozporządzalności z wypuszczeniem ostatniego ogniwa tego członu, t. j. zamroczenia świadomości.

5. Licząc się z dokonanym faktem włączenia do obowiązującej dotąd w Małopolsce austrjackiej ustawy o ubezwłasnowolnieniu z 28/6 1916 przepisów prawnych o kontroli sądowej nad zakładami psychiatrycznemi w postaci t. zw. postępowania detencyjnego, należy nie oświadczyć się zasadniczo przeciwko takiej kontroli, uznać jednak za koniecznie wskazane, aby postępowanie detencyjne miało — przynajmniej co do państwowych Zakładów psychiatrycznych, które przez kompetentne Władze państwowe uznane zostaną za

równorzędne Zakładom państwowym — charakter wyłącznie tylko fakultatywny.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie

Protokół 221 posiedzenia Wydziału w dniu 4 września 1922.

Uchwalono zwrócić się z memorjałem do prezydenta ministrów, prof. Dra Juljana Nowaka o polecenie ostatecznego podwyższenia taks sądowolekarskich.

Wysłano zawiadomienie do Województwa we Lwowie o zawiązaniu Koła w Sanoku i Krośnie, a za trudy około utworzenia kół uchwalono podziękować Drowi Ramerowi w Sanoku, oraz Dr. Sieglowi i Dr. Jasińskiemu w Krośnie.

Przyjęto do wiadomości protokół konstytuującego zgromadzenia członków Koła w Krośnie.

Uchwalono umieścić w Polsk. Gaz. lek. ostrzeżenie przed przyjmowaniem posad lekarskich w Brackiej Kasie chorych w Królewskiej Hucie.

Zwrócono się do Zarządu Pow. Kasy chorych w Cieszanowie o podanie przyczyny wypowiedzenia posady Dr. K., a do Zarządu Pow. Kasy ch. w Sanoku o podanie powodu usunięcia z posady Dr. R. Zwrócono się do Zarządu Pow. Kasy chorych w Tarnowie z propozycją przydzielania do rozstrzygania wszelkich spraw lekarskich tamtejszemu lekarzowi naczelnemu celem uniknięcia zatargów.

Uchwalono podjąć starania o ostateczne ukształtowanie Koła w Rzeszowie na powiat rzeszowski i 2 lub 3 sąsiednie, a to za pośrednictwem członka Wydziału Dr. Hinzego z Rzeszowa; Koła w Białej dla powiatu bialskiego, oświęcimskiego i żywieckiego za pośrednictwem Dr. Kwiecińskiego, Dr. Jurasa i Dr. Sroczyńskiego; Koła w Nadwórnie dla powiatu nadwórniańskiego i 2 lub 3 sąsiednich; Koła w Dębicy dla powiatu ropczyckiego i sąsiednich za pośrednictwem Dr. Milleta; Koła w Przemyślu dla powiatu przemyskiego i sąsiednich za pośrednictwem Dr. F. Dorosza; Koła w Tarnopolu dla powiatu tarnopolskiego, zborowskiego, skałackiego, zbaraskiego i trębowelskiego za pośrednictwem Dr. Rappaporta; Koła w Czortkowie dla powiatu czortkowskiego, borszczowskiego i husiatyńskiego za pośrednictwem Dr. Baczyńskiego. Kołu w Tarnowie przydzielono powiat tarnowski, dąbrowski i pilzneński.

Uchwalono wysłać delegata do Chrzanowa celem zatwierdzenia umowy między Zarządem Pow. Kasy chorych, a jej lekarzami. Stosownie do cennika, uchwalonego przez Związek, lekarze tamtejsi uzyskali znaczne podwyższenie płac i opłat za wyjazdy i operacje u chorych.

Do opracowania nowego cennika dla lekarzy, pracujących w Kasach chorych, wybrano komisję z 9 członków.

Do Związku zostali przyjęci: Dr. Nodzyński Bolesław, dyr. szpit. z Bochni, Dr. Balicki Stanisław i Dr. Spalke Zygmunt, prym. ze Lwowa, Dr. Robel Wiktor z Sanoka, Dr. Ambos Samuel z Łopatyna, Dr. Lic Roman z Ropczyc, Dr. Feit Henryk i Dr. Rosenfeld Karol z Tarnopola, Dr. Prinz Henryk ze Starego Sącza, Dr. Radwański Stanisław z Oświęcima, Dr. Starzewski Józef z Rzeszowa, Dr. Danilewicz Jan z Zakopanego, Dr. Kosiatowa Ludmiła z Łącka, Dr. Molkner Bernard, Dr. Bielatowicz Marjan, Dr. Schenklowa Bronisława z Tarnowa, Dr. Gąsiorowski Stan. Karol, Dr. Boczar Stan., Dr. Gawroński Fr. Ksawery, Dr. Marcyaniak Franciszek, prof. Dr. Godlewski Emil, doc. Dr. Oszacki Aleksander, Dr. Gaik Jan i Dr. Mameczyn Włodz. z Krakowa. Razem członków 673.

Do Kasy Pogrzebowej przyjęci: Dr. Balicki, Dr. Robel, dyr. Dr. Nodzyński, Dr. Molkner, Dr. Mischke Tadeusz z Zakopanego, dyr. Dr. Kozłowski Bron. z Drohobycza, Dr. Ambos, Dr. Prinz, Dr. Gąsiorowski, Dr. Boczar, Dr. Sussmann Sender z Bursztyna, Dr. Gawroński, prof. Dr. Godlewski, Dr. Marcyaniak, Dr. Gaik, prym. Dr. Spalke, Dr. Feit, doc. Dr. Oszacki, Dr. Bielatowicz, Dr. Schenklowa, Dr. Piotrowski Kaz. z Krakowa, Dr. Danilewicz, Dr. Kosiatowa, Dr. Mameczyn, Dr. Rappaport Samuel z Tarnopola, Dr. Rosenfeld Karol, Dr. Radwański i Dr. Zielonka Michał z Opatowa kieleckiego z zastrzeżeniem, o ile przystąpi do Związku.

Razem członków 588. Premja pogrzebowa 550.000 Mk.

Dr. Kostecki, sekretarz. *Dr. Żydłowicz*, wiceprezes.

Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

Ustawa z dnia 2 grudnia 1921 w przedmiocie wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

(Dz. ust. N. 105. poz. 762.).

Ustawa ta nie określa wyraźnie pojęcia »praktyki lekarskiej«, odróżnia jednak (w artykułach 12, 13 i innych) od wykonywania praktyki lekarskiej, »wykonywanie innych czynności lekarskich, do których potrzebny jest przepisany prawem dyplom uniwersytecki« — zatem ustawodawca ma widocznie na myśli, mówiąc o praktyce lekarskiej, udzielanie porad i pomocy lekarskiej chorym, co również z pewnych określeń w art. 2. ustawy wynika.

Ponadto ustawa wyróżnia jeszcze stałe wykonywanie praktyki lekarskiej«, z którem łączą się pewne obowiązki, nie obarczające więc »niestałego«, tedy przygodnego wykonywania praktyki.

Prawo wykonywania praktyki lekarskiej mają w Polsce osoby, które: A) są obywatelami Państwa Polskiego; B) posiadają dyplom lekarski, wydany lub uznany (nostryfikowany) przez jeden z Wydziałów lekarskich polskich Uniwersytetów państwowych; C) odbyły jednoroczną praktykę szpitalną bądź w okresie studjów uniwersyteckich, bądź po ich ukończeniu; D) nie zostały ubezwłasnowolnione wskutek choroby umysłowej.

(Art. 2.).

Od nostryfikacji wolne są dyplomy uzyskane w państwach zaborczych przed wyzwoleniem Polski.

Jednoroczna praktyka szpitalna obowiązywać ma dopiero od dnia wydania rozporządzenia przez Ministra zdrowia o praktyce szpitalnej, zatem obecnie jeszcze nie stanowi warunku nieodzownego do wykonywania praktyki lekarskiej. Jedynie osoby, posiadające powyższe kwalifikacje, mogą leczyć chorych w Państwie Polskiem i im tylko przysługa tytuł »lekarza«.

Kto postępuje wbrew tym postanowieniom ustawy, ulega karze, określonej w art. 9., mianowicie karą aresztu do 6 tygodni i grzywnie do 50.000 Mp. lub jednej z. tych kar. Zasądzenie następuje w drodze administracyjnej.

Na podstawie tych przepisów walka z partaczami leczniczymi w Polsce będzie ogromnie ułatwiona, nie potrzeba już bowiem do istoty czynu karygodnego, by leczenie partackie odbywało się w sposób zarobkowy, jak tego wymaga kodeks karny austrjacki, i kara orzeczoną być może nawet w razie bezinteresownego partaczenia wskutek źle pojętego humanitaryzmu.

Posiadanie wymienionych kwalifikacyj daje prawo wykonywania praktyki lekarskiej, z którego można korzystać lub nie korzystać. Osoby, pragnące z niego korzystać, są obowiązane jeszcze zadość uczynić pewnym formalnym wymogom, a mianowicie zarejestrować się w II. Instancji administracyjnej i dopiero wtedy otrzymują urzędowe uprawnienie do wykonywania praktyki lekarskiej. Najdalej w ciągu 14 dni od zarejestrowania osoby te winny zgłosić się we właściwej Izbie lekarskiej celem zapisania się na liście lekarzy Izby.

W braku rozporządzenia wykonawczego do omawianej ustawy w Województwie lwowskiem, a zapewne i w innych, uproszczono proceder rejestracji za wiedzą Ministerstwa w ten sposób, że rejestracji dokonuje I. Instancja (Starostwo), wypełniając po sprawdzeniu dokumentów trzy karty rejestracyjne na przepisanym formularzu i zachowując 1 egzemplarz, a przesyłając 2 inne do Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia, gdzie znowu 1 kartę rejestracyjną składa się do aktów a drugą odsyła do Ministerstwa.

W pewnych wypadkach ustawa (w art. 4.) upoważnia Ministerstwo Zdrowia do udzielania na określony przeciąg czasu prawa wykonywania praktyki lekarskiej także osobom, nieposiadającym warunków wyżej podanych. Osoby te w myśl wyraźnego przepisu ustawy (art. 4.) »podlegają obowiązkowi zapisania się na liście lekarzy właściwej Izby«, a zatem także obowiązkowi zarejestrowania się u Władzy administracyjnej.

Prawa wykonywania praktyki lekarskiej lekarz może być pozbawionym na stałe lub na pewien czas określony: a) w drodze postępowania sądowego w wypadkach przez ustawy karne przewidzianych; b) na podstawie prawomocnego wyroku Sądów Izb lekarskich (art. 10.).

Lekarz może sam zrzec się prawa wykonywania praktyki lekarskiej, lecz winien o tem zawiadomić właściwy Urząd Wojewódzki i Izbę lekarską.

Ustawa normuje niektóre obowiązki lekarza a w szczególności:

1. Obowiązek tajemnicy lekarskiej określa art. 11. ustawy, który dla ważności dosłownie przytaczamy: »Lekarz jest obowiązany do zachowania w tajemnicy wszystkiego, co spostrzeże, usłyszy, lub przeniknie podczas i na skutek wykonywania swego zawodu. Wyjątek od obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej stanowią wypadki: a) w których powierzający tajemnicę, dotyczącą tylko jego samego, lub jego ustawowy zastępca (opiekun, kurator i t. p.) zezwolą na jej ujawnienie, a lekarz nie dostrzeże w jej ujawnieniu krzywdy chorego; w tych wypadkach wyjawienie tajemnicy może być dokonane jedynie osobie przez nich wskazanej; b) w których powierzający tajemnicę jest niewłasnowolnym; w tych wypadkach lekarz, o ile nie dostrzeże w ujawnieniu powierzonej mu tajemnicy krzywdy chorego, winien na żądanie ustawowego zastępcy tegoż wyjawić powierzoną mu tajemnicę; c) w których zastosowanie tajemnicy może spowodować niebezpieczeństwo dla otoczenia pod względem zdrowia i życia; d) kiedy lekarz w pomocy, udzielonej przez siebie członkom Kas chorych na zlecenie i na rachunek tychże, będzie zapytany w drodze urzędowej przez władze Kas chorych, które są obowiązane do bezwzględnego zachowania tajemnicy lekarskiej«.

»Co do obowiązku świadczenia wobec władz lub doniesienia do władz pozostają w mocy istniejące przepisy prawne«.

Krytyka i bliższe zanalizowanie tego artykułu ustawy wymagałyby osobnego dłuższego traktatu.

2. Obowiązki niełączenia z wykonywaniem zawodu lekarskiego zajęć, które przeczą powadze zawodu (art. 12.).

3. Obowiązek niesienia pomocy lekarskiej w każdym nagłym wypadku, grożącym choremu śmiercią (art. 14.). Obowiązek ten ciąży tylko na lekarzu, który nie zrzekł się stałego wykonywania praktyki lekarskiej.

4. Obowiązek świadczeń na rzecz państwa w wyjątkowych wypadkach, wywołanych koniecznością zwalczania groźnych chorób zakaźnych (epidemij) lub gromadnych zachorowań, występujących na skutek klęsk elementarnych. Każdy lekarz zarejestrowany i wpisany na listę lekarzy Izby aż do ukończenia 40. roku życia może być w tych wypadkach powołany do publicznej cywilnej służby zdrowia.

5. Obowiązek zawiadomienia Starostwa i Izby lekarskiej o miejscu wykonywania praktyki, jak również o każdej zmianie adresu.

6. Obowiązek przyjęcia honorarjum według urzędowego cennika, o ile nie zawarto umowy o należność bądź za oddzielną poradę, bądź za zabieg lekarski lub leczenie dłuższe.

7. Obowiązek przyjmowania posad kontraktowych tylko na podstawie umów, uwzględniających normy pracy i skalę płac dla takich posad, ogłoszone przez Izbę lekarską (art. 22.). Oczywiście ten obowiązek, wyrażnie w ustawie na lekarzy nałożony, jest zarazem najcenniejszą zdobyczą stanu lekarskiego, gdyż Izby lekarskie mogą na tej podstawie wprost jednostronnie dyktować warunki posad kontraktowych, zarówno prywatnych, jak publicznych, a posiadając rozległą egzekutywę, przyznaną w ustawie o Izbach lekarskich, mogą zmusić nawet oporne jednostki do solidarności.

Z innych postanowień ustawy omawianej należy jeszcze nadmienić, że zezwala ona (art. 17.) pod pewnemi warunkami na praktykę wędrowną lekarzy, a niektórym kategorjom lekarzy, między innemi lekarzom specjalistom, nadaje nieograniczone prawo wykonywania praktyki stale i w stale uprzednio oznaczonych terminach w kilku miejscowościach. Postanowienie to mogłoby nasuwać obawy wyrażnie nadużyć na podstawie dotychczasowych doświadczeń, zwłaszcza przy tworzeniu pracowni lekarsko-dentystycznych w kilku miastach, lecz wielkie rygory, jakiemi będzie rozporządzała Izba lekarska, dają pewność, że takie nadużycia łatwo będzie poskromić.

Ustawa w końcu ustanawia ściśle przepisy co do wydawania świadectw lekarskich (art. 23.). Wolno wydawać świadectwa tylko na podstawie bezpośrednio dokonanego lub uprzedniego własnego badania.

W każdem świadectwie stanu zdrowia lekarz winien a) wskazać cel jego wydania oraz na czyje ręce i na czyje żądanie je wydał; b) dokładnie wymienić imię i nazwisko oraz sposób stwierdzenia tożsamości badanej osoby, jak również jej wieku i miejsca zamieszkania; c) zaznaczyć, w razie ich stwierdzenia, rozpoznanie cierpienia lub choroby. Rozpoznanie można opuścić, jeśli dla wydania świadectwa jest zbyteczne lub jeśli nasuwa wątpliwości pod względem obowiązku tajemnicy lekarskiej. *M.*

Nowy Dom Akademicki.

Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie:

Z bieżącym rokiem szkolnym, otwiera się we Lwowie Nowy Dom Akademicki przy ul. Pijarów 55, w którym znajdzie pomieszczenie około 125 studentów medycyny i 15 studentów Politechniki. Senat akademicki, z którego inicjatywy Dom ten powstał, oddał zarząd domu Towarzystwu »Wzajemna Pomoc Medyków« z tem, że lwowska Akad. Centrala Samopomocowa wyznaczy każdocześnie jednego delegata do Komitetu zarządzającego. Budynek, własność gminy miasta Lwowa, przeznaczony był za b. czasów austr. na koszary. Wojsko polskie objęło go w stanie ruiny i na prośbę Senatu Akadem. zrezygnowało z niego na rzecz akcji mieszkaniowej dla akademików. Gmina odstąpiła budynek Senatowi akadem. Uniw. J. K. i Politechniki tymczasowo na lat 10. Koszt remontu budynku bez urządzenia wewnętrznego wyniósł 42 miljonów marek polskich. Urządzenie wewnętrzne bardzo niedostateczne, stanowi inwentarz prowizorycznych mieszkań akademickich i pochodzi z darów różnych Towarzystw humanitarnych. Dom posiada własną kuchnię, stołownię na 100 osób, czytelnię i łazienki. Pralnię i część gospodarczą umieszczono w nowo wybudowanym budynku, w podwórzu realności.

Grono Profesorów Wydziału lekarskiego, chcąc ułatwić młodzieży polskiej uciążliwe i kosztowne studjum medycyny, a z drugiej strony, chcąc utworzyć kapitał obrotowy dla Nowego Domu Akademickiego, ufundowało większą ilość stypendjów. Fundacje te zapewniają poszczególnym niezamożnym studentom mieszkanie z opałem, oświetleniem i wiktem. Subskrybowana dotychczas przez profesorów Wydziału lekarskiego na rok bieżący kwota dochodzi do półtora miljona marek polskich. Prócz tego Rada Wydziału lekarskiego uchwaliła jednomyślnie przeznaczyć na cel powyższy opłatę za kursa dla lekarzy. Opłaty te zasilą fundusz na rzecz młodzieży studjującej medycynę kwotą około 600.000 Mkp.

Do akcji na rzecz studentów medycyny Wydział lekarski zaprasza ogół społeczeństwa, i wszystkich Kolegów lekarzy którzy dotychczas nie mieli sposobności przystąpienia do niej, a którzyby chętnie chcieli ułatwić młodzieży naszej studjum medycyny.

Pierwszeństwo w otrzymaniu stypendjum jest zapewnione synom urzędników państwowych, lekarzy i wogóle inteligencji polskiej. Wszelkie zgłoszenia i po informacje należy zgłaszać się do Komisji Senatu Akademickiego Uniwers. Jana Kazimierza (Gmach Sejmowy), a kwoty na ten cel przeznaczone przekazywać na rachunek »Komisja Senatu Akad. Uniw. Jana Kazimierza dla spraw młodzieży« w Banku hipotecznym we Lwowie.

Powstanie Nowego Domu Akademickiego, w tak przykrych materjalnych stosunkach dla młodzieży studjującej, utworzenie fundacji stypendyjnej dla medyków, świadczy o niezmordowanej akcji pomocy na rzecz młodzieży studjującej ze strony Senatów akad. Uniwers. i Politechniki, a w szczególności ze strony Grona Profesorskiego Wydziału lekarskiego. Dom sam, którego rekonstrukcją i fundowaniem zajął się z ramienia Senatu Prof. Dr. Henryk Halban, pozostanie widomym znakiem tej nieustającej pomocy profesorów na rzecz studentów. Podzięką młodzieży za udzieloną dziś pomoc w studjach, będzie w przyszłości sumienna praca zawodowa dla społeczeństwa i Ojczyzny naszej.

Wzajemna Pomoc Medyków:

Aman, sekretarz. *Ottenbreit*, przewodniczący.

Od Redakcji. Otwieramy nowy dział w naszem piśmie, który zapewne Czytelnicy przyjmą z zadowoleniem. Mało lekarzy ma sposobność studjowania Dziennika Ustaw i innych publikacyj urzędowych, a stąd ogół bardzo niedokładnie jest poinformowany nawet o tych przepisach polskiego ustawodawstwa sanitarnego, które każdy lekarz znać powinien. Pragniemy ułatwić Czytelnikom nabycie tych wiadomości przez krótkie streszczenia najważniejszych postanowień ustawowych, pomijając drugorzędne szczegóły.

Współpracownictwo w tym dziale objął jeden z lekarzy urzędowych.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Zgromadzenie lekarzy w sprawie wyborów do Izby lekarskiej odbędzie się w sobotę dnia 28-go października o godzinie 6-tej wieczorem w lokalu Izby handlowej (Akademicka L. 29). Prezydent Izby Dr. *Papée.* m. p.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. XXIX. Posiedzenie naukowe odbędzie się 3. listopada b. r. o godz. 6-tej wieczorem w **klinice chirurgicznej** (ul. Pijarów 4).

Pokazy z kliniki chorób skórnych i wenerycznych, chirurgicznej, wewnętrznej, dziecięcej i z zakładu anatomji patologicznej.

Kmietowicz sekretarz. *Franke* prezes.

Poznań.

Dr. Karol Jonscher (z Warszawy) został mianowany profesorem chorób dziecięcych w Uniwersytecie poznańskim.

Dr. Eugeniusz Piasecki, nadzwyczajny profesor higjeny i wychowania fizycznego na Wydziale lekarskim, został mianowany profesorem zwyczajnym.

Wilno.

Dr. Wacław Jasiński (z Lublina) został mianowany profesorem chorób dziecięcych w Uniwersytecie Stefana Batorego.

Warszawa.

Zarząd Główny Związku Lekarzy Państwa Polskiego prosi o zamieszczenie niniejszego komunikatu o swem posiedzeniu, odbytem w dniu 30. IX. rb. w Warszawie:

Na posiedzeniu Polskiego Zarządu Głównego w sprawie Małopolski uchwalono: »W wykonaniu uchwały Zwyczajnego Walnego Zgromadzenia z dnia 30. IV. rb. punkt 9. Zarząd Główny Związku Lekarzy PP. uchwalił na pełnem posiedzeniu Zarządu definitywnie przyjąć Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego do Związku Lekarzy PP., jako Okręg Małopolski, obejmujący całą Małopolskę wraz ze Śląskiem Cieszyńskim, z siedzibą Zarządu Okręgu w Krakowie.

Prezes: *Dr. Orłowski*, sekretarz: *Dr. Zaorski.*

Ze świata.

Ciekawe zestawienie informacyjne z Rosji podaje »Wraczebnyj Żurnal« z 1922 r. Nr. 2—3, w sprawie istniejących wydziałów lekarskich, których w roku 1914 było 12, w r. 1919—21, w r. 1920—32, w r. 1922—25 wydziałów. Słuchaczy zapisanych na medycynę było w tym roku 31.009, wykładających profesorów 612, nauczycieli i asystentów 3.766, sił pomocniczych 3.986, personal administracyjny składa się z 5.316. Wszystkie kliniki razem posiadają 16.645 łóżek szpitalnych. Wydziały lekarskie są wogóle zmilitaryzowane (zwierzchnictwo nad niemi ma komisarz wojskowy). Rzecz ciekawa, że we wszystkich 3-ch wydziałach lekarskich w Moskwie zostały wprowadzone wykłady fizjoterapji, medycyny społecznej i psychologji medycyny. Obecnie noszą się z zamiarem ustalenia sześcioletniego studjum lekarskiego. Oprócz tego komisarjat zdrowia opracował stałe etaty wydziałów lekarskich i określił 65 letni wiek, jako ostateczny, dla wykładających profesorów.

Nr. 44 i 45. 5. listopada 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

A. ŁAWRYNOWICZ. Piotrogród.

O pierwotnym raku płuc. *)

Ze Szpitala Obuchowskiego w Piotrogrodzie. (Lekarz naczelny Dr. A. A. Nieczajew).

Piśmiennictwo polskie, poza szeregiem spostrzeżeń kazuistycznych, posiada prace monograficzne poświęcone sprawie nowotworów płuc (Sokołowski). Mimo to ważę się jeszcze raz wystąpić z omówieniem tej sprawy ze względu na to, że nowe spostrzeżenia przyczynią się do prędszego ustalenia przebiegu klinicznego raka płuc i, co za tem nastąpić musi, do udoskonalenia rozpoznawania.

Praca niniejsza opiera się na materjale sekcyjnym szpitala Obuchowskiego w Piotrogrodzie z lat dziesięciu (r. 1905—1914), na danych z przebiegu klinicznego, otrzymanych z historyj chorób i na niewielkiej liczbie własnych spostrzeżeń.

Zdanie autorów o częstości raka płuc, oparte na badaniach sekcyjnych, nie jest jednobrzmiące i liczby, dotyczące częstości raka płuc w odsetkach, podawane przez różnych autorów, różnią się dość znacznie. Na ogólną liczbę 16.047 sekcji, dokonanych w prosektorjum Szpitala Obuchowskiego w ciągu lat dziesięciu (1905—1914) pierwotnego raka płuc stwierdzono 61 razy, co stanowi 0,38% ogólnej liczby dokonanych sekcyj, i 3,7% ogólnej liczby stwierdzonych przez badanie pośmiertne raków (Tablica 1.)**) Liczby

TABLICA I.

	Ogólna liczba dokonanych sekcji	Liczba przypadków raka płuc	% ogólnej liczby sekcji	% ogólnej liczby raków
Fuchs i Perutz (1854—1896)	21.034	17	0,08	1,27
Nowicki (1896—1903)	7.006	8	0,11	
Pässler (1881—1894)	9.246	16	0,17	1,83
Reinhardt i Wolf (1852—1894)	20.116	45	0,22	
Otten (1902—1907)	10.951	39	0,35	3,3
Szpital Obuchowski (1905—1915)	16.047	61	0,38	3,7

Szpitala Obuchowskiego wykazują większą stosunkowo częstość cierpienia, niż to było podawane przez inne statystyki.

Na ogólną liczbę 61 przypadków raka płuc u mężczyzn spostrzegano 42 razy, u kobiet 19 razy. Jeśli te liczby rozpatrzymy w stosunku do ogólnej liczby dokonanych sekcyj, to zobaczymy, że mężczyźni zapadają na raka płuc o półtora raza częściej, niż kobiety (Tablica 2).

Co się tyczy wieku chorych, to największą liczbę przypadków spostrzegano od 45—60 roku życia. Bardziej szczegółowe rozpatrzenie materjału sekcyjnego wykazuje, że obadwa płuca sprawie nowotworowej podlegają prawie jednakowo często: prawe płuco — 29 razy, lewe — 26. Nieco częściej sprawa nowotworowa umiejscowiona bywa w zrazie górnym — 22 przypadków, w zrazie dolnym — 17 przypadków i w środkowym zrazie płuca prawego — 1 przypadek.

TABLICA II.

	Ogólna liczba dokonanych sekcji	Przypadków raka wogóle	Przypadków raka płuc	% ogólnej liczby sekcyj	% ogólnej liczby raków
Mężczyzn	9798	940	42	0,43	4,5
Kobiet	6249	688	19	0,33	2,8
Razem	16047	1628	61	0,38	3,7

Rozpatrzenie protokułów sekcyjnych wykazuje, że prawie połowa raków płuc nie daje przerzutów w innych narządach i gruczołach. Z ogólnej liczby 61 przypadków w 28 tj. 46% nie było przerzutów w narządach i gruczołach.

Nim przejdę do części klinicznej, chcę pokrótce rozpatrzeć sprawy nowotworowe przerzutowe w płucach w przebiegu raka i mięsaka innych narządów.

W 5% wszystkich raków zanotowano przerzuty w płucach u kobiet dwa razy częściej, niż u mężczyzn. Przerzutowe sprawy rakowate płuc spostrzegano najczęściej w przypadkach raka sutka, wątroby, trzustki, jajników, macicy i o wiele rzadziej w przebiegu raka przełyku i żołądka.

Mięsaki dają sprawy przerzutowe w płucach w 32% ogólnej liczby badanych sekcyjnie przypadków, co stanowi odsetek bardzo wysoki w porównaniu z tem, co widzieliśmy w raku. Główne źródło przerzutów mięsakowych stanowią sprawy mięsakowe kośćca i śródpiersia.

Dla innego rodzaju nowotworów złośliwych, napotykanych niezbyt często — dla nadnerczaków (hypernephroma), odsetek przerzutów w płucach jest jeszcze wyższy. Na ogólną liczbę 19 przypadków, w 8 (42%) wykryto przez badanie pośmiertne przerzuty w płucach.

W moim materjale miałem również dwa przypadki sekcyjne nabłoniaka kosmkowego (*chorionepithelioma*); w obu spostrzegano przerzuty w płucach.

Część kliniczną rozpocznę od zaznaczenia, że rak płuc rzadko bywa rozpoznawany za życia.

Z moich 61 przypadków rozpoznano za życia tylko 19 (tj. 29,5%). Różnorodne przyczyny tak małej liczby prawidłowo rozpoznanych raków płuc spróbuję objaśnić, zestawiając dane kliniczne i sekcyjne.

Najczęstszem źródłem błędów rozpoznawczych jest gruźlica płuc. Pomimo, że objawy kliniczne raka płuc niekiedy bardzo bywają podobne do objawów gruźlicy, obiedwie te sprawy chorobowe często mogą umiejscawiać się w tem samem płucu i w tym samym zrazie. Na ogólną liczbę 42 przypadków raka płuc u mężczyzn jednoczesne istnienie obydwóch spraw w tem samem płucu spostrzegano 10 razy, w tej liczbie 7 razy jednocześnie w tym samym zrazie płucnym. Naogół biorąc w 28,6% raków płuc u mężczyzn spostrzegano jednocześnie gruźlicę płuc; w protokułach natomiast sekcyj kobiecych nie notowano ani razu jednoczesnego zajęcia płuc przez obie te sprawy.

U znacznej liczby chorych rozpoznano klinicznie wysiękowe zapalenie opłucnej. Z historyj chorób można wnioskować, że za bezpośrednią przyczynę wysięku uważano zwykle ognisko zapalenia płuc zrazikowego, czy włóknikowego. Nad sprawą wartości klinicznej tego objawu (wysięku w opłucnej) i nad jego właściwościami zatrzymam się nieco niżej.

*) Praca niniejsza była przygotowana do druku w czerwcu r. 1915. Wypadki polityczne pozwoliły mi dopiero teraz umieścić ją w prasie lekarskiej polskiej.

**) W zakładzie anatomji patolog. Uniw. J. K. we Lwowie na ogólną ilość sekcyjnie rozpoznanych przypadków raka za czas od 1904 do 1920 wypada na raka płuc 50 tj. 0,36 %.

Niewielka liczba zmarłych została dostawiona do sekcji z rozpoznaniem klinicznem zapalenia płuc włóknikowego. Chodziło w tych przypadkach o chorych, którzy pod obserwacją kliniczną znajdowali się niedługo (2—3 dni); błędy tego rodzaju są zupełnie naturalne w tych przypadkach raka płuc, w których przy badaniu chorego spostrzegamy stłumienie opukowe na przestrzeni całego zrazu, oddech oskrzelowy, trzeszczenie i niekiedy znaczne podniesienie ciepłoty, niezbyt rzadko napotykane w przebiegu raka płuc. W takim razie dokładne rozpoznanie wymaga obserwacji dłuższej nad 2—3 dni.

W trzech przypadkach raka płuc rozpoznano tętniak tętnicy głównej. W dwu przypadkach rozszerzenie tętnicy było potwierdzone na sekcji; w trzecim przypadku chodziło o ucisk części wstępującej tętnicy głównej przez raka zrazu górnego prawego płuca, co powodowało wysłuchiwanie dwóch szmerów na tętnicy głównej, co, w połączeniu ze stłumieniem na przedniej powierzchni klatki piersiowej, do pewnego stopnia uzasadniało rozpoznanie tętniaka.

Druga część błędów rozpoznawczych zależy od zmian anatomicznych w innych narządach z powodu przerzutów, pochodzących z pierwotnego ogniska rakowatego płuc. Objawy przedmiotowe i podmiotowe przerzutów często przeważają w obrazie klinicznym, wskutek czego zasadnicza sprawa rakowata w płucach nie jest albo zupełnie rozpoznawana, albo też schodzi na drugi plan.

Najczęściej, bo prawie we wszystkich przypadkach raka płuc z przerzutami (w 30 z ogólnej liczby 32), spostrzegano przerzuty w gruczołach chłonnych klatki piersiowej (około-oskrzelowych, śródpiersiowych, nad- i podobojczykowych). Następne miejsce zajmuje wątroba, w której przerzuty rakowate spostrzegsno 17 razy. Ogniska rakowate wtórne w wątrobie niekiedy mogą być bardzo duże (w jednym z moich przypadków wątroba ważyła przeszło 5 kilogramów). Przerzuty w nerkach spostrzegano 11 razy. W innych narządach spostrzegano je o wiele rzadziej: w nadnerczach — 4 razy, w osierdziu i śródpiersiu po 3, trzustce i śledzionie — po 2 r., w mięśniu sercowym, oponie twardej mózgu, w substancji mózgowej, kręgosłupie, żebrach — po 1 razie. W zależności od umiejscowienia przerzutom towarzyszą mniej lub więcej wyraźne objawy kliniczne, które niekiedy wysuwają się na miejsce przodujące w ogólnym przebiegu schorzenia.

Bardzo często (w 12 przypadkach) rak płuc rozpoznawano klinicznie, jako nowotwór wątroby, albo żołądka. Badanie anatomiczne w podobnych razach wykrywało zwykle wtórne, przerzutowe porażenie wątroby, niekiedy bardzo znacznej wielkości, jak to zaznaczyłem wyżej. W jednym przypadku, w którym rozpoznano raka żołądka, badanie pośmiertne wykazało znaczne powiększenie gruczołów więzadła wątrobowożołądkowego. We wszystkich przypadkach badanie kliniczne na pierwszy plan wysuwało objawy w mniejszym lub większym stopniu właściwe dla zajęcia nowotworowego wątroby lub żołądka.

W dwóch przypadkach głównym objawem klinicznym było porażenie połowiczne stopniowo wzrastające, o przebiegu identycznym z objawami zakrzepu naczyń mózgowych. W obu razach chodziło o porażenie przerzutowe ośrodków lub dróg przewodzących ruchowych: w pierwszym przypadku przerzut umiejscowiony był w oponie twardej i przerósł w substancję mózgową, w drugim przypadku sprawa przerzutowa rozwijała się w substancji mózgowej (płacie ciemieniowym) i jednocześnie w moście Warola.

W jednym przypadku na pierwszy plan występowały objawy zapalenia rdzenia kręgowego w części piersiowej (dolnym odcinku); towarzyszyły mu objawy zaburzeń czynnościowych w narządach miednicy, zapalenie pęcherza moczowego, odleżyny. W tym przypadku, jak wykazało badanie pośmiertne, przerzut umiejscowiony był w kręgosłupie i objawy zapalenia rdzenia były przyrody uciskowej wskutek przerzutu w kręgosłupie. Objawy płucne w przytoczonych przypadkach były bardzo nieznaczne.

Sprawy przerzutowe w innych narządach najczęściej nie dawały żadnych objawów. Wymienię tylko niektóre: przerzutowemu rakowatemu porażeniu osierdzia zawsze towarzyszył większy lub mniejszy wysięk krwawy; umiejscowienie przerzutu w mięśniu sercowym (w ścianie komory lewej) dawało objawy zapalenia mięśnia sercowego — niemiarowe tętno, obrzęki itd.

Jeżeli teraz rozpatrzymy przyczyny błędnego rozpoznawania raka płuc, podzielimy je na dwie części:

I. Schorzenia, mające wspólne z rakiem płuc cechy kliniczne (gruźlica, zapalenie płuc włóknikowe, zapalenie opłucnej wysiękowe);

II. sprawy przerzutowe w innych narządach, których objawy przeważały w przebiegu schorzenia.

Po pobieżnem zaznajomieniu się z przyczynami błędnego rozpoznawania raka płuc, chcę rozpatrzeć oddzielne objawy kliniczne i wyjaśnić, w jakim stopniu mogą one służyć do prawidłowego rozpoznawania, mając na względzie, że rak płuc ma przebieg kliniczny nadzwyczaj niestały i różnorodny i że obok przypadków, w których spostrzegamy wszystkie objawy kliniczne, mamy niekiedy przypadki, przebiegające bez żadnych prawie objawów.

Objawy podmiotowe w przebiegu raka płuc często bywają nader wyraźnie zaznaczone przez bóle, kaszel, duszność. Jednakże w oddzielnych przypadkach rak płuc w ciągu całego przebiegu cierpienia, aż do zejścia śmiertelnego, może nie dawać wcale objawów podmiotowych. Taki przypadek miałem sposobność sam spostrzegać.

Chory K. S., 70 lat, wstąpił do szpitala 4. III. 1914 r. z powodu niewielkiej duszności, niewielkiego osłabienia ogólnego (chory sam chodzi) i niewielkiego kaszlu bez plwociny. Objawy te trwają już długi czas. Odżywianie wcale dobre. Badanie wykryło stwardnienie tętnic, tętno miarowe, nieco szybkie. Wymiary serca powiększone. Lewa granica stłumienia serca o 1 palec na lewo od linji sutkowej lewej, prawa — na linji sutkowej prawej. Na całej przestrzeni stłumienia sercowego wszędzie słychać wyraźny szmer rozkurczowy, bardziej wyraźny na tętnicy głównej. Dolne brzegi płuc nieco obniżone. Oddech nieco zaostrzony, rzężenia suche w niewielkiej ilości. Wątroba i śledziona niemacalne. Inne narządy w stanie normalnym. Mocz składników patologicznych nie zawiera.

Badanie chorego wykrywało niedomykalność zastawki półksiężycowatej. Znaczne powiększenie serca w stronę prawą pozostawało bez wyjaśnienia.

Prześwietlanie promieniami Roentgena wykazało na prawo od serca cień okrągły, łączący się z cieniem serca nieco zwężoną częścią. Granicę cienia stanowią III—V żebra. Między okrągłym cieniem i cieniem wątroby pas normalny tkanki płucnej. Cień okrągły nie tętni, jest mało ruchomy.



Okrągły kształt cienia nasuwał przypuszczenie obecności bąblowca płuc. Jednakże badanie drobnowidzowe krwi nie wykazało podniesienia odsetka ciałek eozynochłonnych, odczyn Weinberga był ujemny. W celu wyjaśnienia natury tworu okrągłego dokonano przekłucia próbnego z przodu pod III żebrem, nieco wewnątrz od linji sutkowej prawej. Przekłucie na niewielkiej odległości od ściany piersiowej spotkało znacznie twardszą tkankę. Płynu nie udało się otrzymać.

Wobec tego wszystkiego rozpoznano raka płuca prawego. Dalszy przebieg cierpienia nie wysunął żadnych nowych objawów, chory słabnął stopniowo, wystąpiły obrzęki; 10. VI. chory zmarł.

B a d a n i e p o ś m i e r t n e potwierdziło rozpoznanie raka płuc. Sprawa umiejscowiona była w zrazie środkowym płuca prawego. Przypadek ten, pomimo swoich osobliwości rentgenologicznych, ciekawy był ze względu na zupełny brak objawów podmiotowych.

W szeregu objawów przedmiotowych dość często zdarza się wysięk w opłucnej. Na 61 przypadków raka płuc wysięk zanotowano 16 razy (26,2%). Połowę tych przypadków stanowił wysięk krwawy — 8 razy, wysięk surowiczy — 5 razy i wysięk ropny — 3 razy. Liczby te wykazują, że wysięk opłucnej wcale nie jest objawem stale towarzyszącym rakowi płuc i wymaga pewnych warunków do wystąpienia. Rodzaj wysięku w przebiegu raka płuc również nie jest stały, gdyż tylko w połowie przypadków znaleziono wysięk krwawy. Wysięk ropny, spostrzegany trzy razy w dwu przypadkach spowodowany był przez ropień. W części środkowej masy nowotworowej, wskutek pęknięcia tego ropnia, ropa przedostała się do jamy opłucnej; w trzecim przypadku ropny wysięk opłucnej prawdopodobnie był skutkiem ropnego zapalenia płuc po przedziurawieniu przełyku przez sprawę rakowatą oskrzeli.

Obecność wysięku w opłucnej nie wpływa na rozpoznawanie raka płuc, gdyż z ogólnej liczby 19 prawidłowo rozpoznanych raków płuc wysięk spostrzegano 6 razy (3 razy krwawy i 3 razy surowiczy).

Krwioplucie na 30 przypadków, z któremi zapoznałem się według historyj chorób, spostrzegano 11 razy tj. w 36,6%. Jednakże trzeba mieć na względzie, że w liczbie tych 11 przypadków kilku chorych miało jednocześnie i gruźlicę. Biorąc to pod uwagę trzeba przyznać, że krwioplucie dla raka płuc jest objawem bardzo niestałym. Typową plwocinę, podobną do galarety malinowej, spostrzegano tylko jeden raz. Dwa razy spostrzegano olbrzymie wylewy krwi, które doprowadziły do zejścia śmiertelnego. W obu razach przyczyną wylewów było nadżarcie tętnicy płucnej przez sprawę rakowatą oskrzela.

Ciepłota ciała w znacznej liczbie przypadków raka płuc bywa podniesiona. Jeżeli odrzucimy przypadki, w których dla podniesienia ciepłoty, pomimo raka płuc, były i inne powody (gruźlica, zapalenie osierdza), to i wtedy pozostaje dosyć znaczna liczba przypadków, w których dla podniesienia ciepłoty żadnych innych powodów, prócz raka, nie mamy.

Sam przebieg raka płuc niekiedy może powodować podniesienie ciepłoty, np. pewna część raków płuc podlega sprawom destrukcyjnym w części środkowej masy nowotworowej z następczem ropieniem, któremu zwykle towarzyszy podniesiona ciepłota. Inną przyczyną podniesionej ciepłoty może być zatkanie oskrzela przez nowotwór, co zwykle powoduje zastój wydzielin w odcinku oskrzela niżej położonym. Sprawy rozpadowe tych wydzielin z następczem ich wchłanianiem mogą powodować podniesienie ciepłoty.

Takie wyjaśnienie podniesienia ciepłoty możemy znaleźć tylko w połowie przypadków, w drugiej połowie, poza rakiem płuc, żadnych innych powodów nie spotykamy.

W przeważającej liczbie przypadków ($^3/_4$) ciepłota nie bywa wyższa nad 37,5—38,0°; w reszcie przypadków jest wyższa nad 38,0° i niekiedy może podnosić się do 40°. Nagół biorąc połowa raków płuc przebiega z mniej lub więcej podniesioną ciepłotą.

Do innych objawów klinicznych znacznie rzadziej należą: miejscowe wypuklenia klatki piersiowej, objawy ucisku na nerwy (*n. laryngeus infer.*) z następczym bezgłosem, na splot barkowy z towarzyszącemi ostremi bólami, na naczynia krwionośne i chłonne z obrzękami miejscowemi o typie wielce różnorodnym, których umiejscowienie bezpośrednio zależy od uciskanego naczynia.

Objawy te spostrzegamy najczęściej w późnym okresie raka płuc.

Wyraźnie zaznaczona duszność jest objawem o znacznej wartości klinicznej; cechą charakterystyczną duszności w przebiegu raka płuc jest jej natężenie o wiele znaczniejsze, niżby to można było przypuszczać na mocy badania opukowego i wysłuchowego. Aspiracja wysięku na natężenie duszności wpływa bardzo nieznacznie.

Przekłucie próbne płuca z badaniem drobnowidzowem otrzymanego soku tkankowego może niekiedy dać mocny punkt oparcia do rozpoznania, ale to tylko wtedy, jeśli w soku znajdujemy komórki nowotworowe.

Badanie drobnowidzowe plwociny, zdaniem autorów, może wykrywać własności swoiste dla raka płuc. Do nich zaliczają się kropelki tłuszczowe (Lenhartz) i komórki nowotworowe. W żadnym z trzech przypadków, spostrzeganych przezemnie, nie wykryłem, przy badaniu drobnowidzowem plwociny, pomienionych części składowych. Muszę jednakże zaznaczyć, że poszukiwanie komórek nowotworowych w plwocinie ma pewne oparcie anatomiczne, jak to spostrzegałem w jednym własnym przypadku, badanym drobnowidzowo przez kol. P. Sergijewa, gdzie na skrawkach bardzo wyraźnie występowało zniszczenie ściany oskrzela przez sprawę rakowatą i wypełnienie światła oskrzela przez masy rakowate. W podobnym przypadku badanie drobnowidzowe plwociny może wykryć komórki nowotworowe.

Reasumując przegląd objawów klinicznych, należy stwierdzić, że wobec niestałości ich niezawsze pozwalają one na prawidłowe rozpoznanie raka płuc. Przez to samo ostatniemi czasy starano się posiłkować bardziej nowoczesnemi sposobami badania laboratoryjnego a przedewszystkiem prześwietlaniem promieniami Roentgena.

Badanie rentgenologiczne nowotworów płuc (Otten) dało dwa zasadnicze typy: 1) cień w granicach całego zrazu płuca i 2) cień, wychodzący z wnęki płuca i wrastający w płuco, bez wyraźnych granic. To są dwa typy zasadnicze; do tego można dodać rzadko spostrzegany typ trzeci, kiedy na zdjęciu rentgenowskiem widzimy całe drzewo oskrzelowe — wszystkie jego gałęzie (w tych przypadkach, kiedy rak rozrasta się w płucu dokoła oskrzeli) i nareszcie typ czwarty, prawdopodobnie, po raz pierwszy przez nas spostrzegany — okrągły cień widoczny na zdjęciu rentgenologicznem ze spostrzeganego przezemnie przypadku (zdjęcie dokonane przez Dra O. v. Dehna). Ten ostatni typ nowotworu płuc bardziej podobny jest do tego, jaki widzimy w bąblowcu płuc.

Badanie rentgenologiczne stanowi niezbędny środek pomocniczy w przypadkach, w których podejrzewać możemy nowotwór płuc. Rzecz naturalna, że obecność wysięku opłucnowego stanowi przeszkodę dla tego sposobu badania płuc.

Badanie rentgenologiczne płuc poczytywałbym za niezbędne przed przystąpieniem do zabiegu operacyjnego w celu doszczętnego wycięcia nowotworów złośliwych. Ze względu na przytoczone przezemnie dane statystyczne należy ten rodzaj badania stosować w przypadkach mięsakowego porażenia kośćca.

Badanie surowicy sposobem Abderhaldena, rozumując teoretycznie, mogłoby współdziałać wczesnemu rozpoznawaniu raka płuc. Ostateczne orzeczenie w tej sprawie jest przedwczesne. Muszę jednakże zaznaczyć, że dwa, spostrzegane przezemnie przypadki, były badane sposobem Abderhaldena w pracowni Szpitala Obuchowskiego przez Dra A. Nieczajewa i M. Rapaporta. W obu przypadkach odczyn Abderhaldena był ujemny. Pośmiertne badanie drobnowidzowe potwierdziło rozpoznanie raka płuc.

Dane z wywiadów wykazują, że sprawa rakowata płuc prowadzi do zejścia śmiertelnego, przeciętnie w pół roku od chwili wystąpienia objawów podmiotowych; znacznie rzadziej okres ten przedłuża się do 8-min miesięcy. W niewielkiej liczbie przypadków, w których czas trwania sprawy był dłuższy nad rok, badanie pośmiertne wykazało obok raka jeszcze i gruźlicę płuc; rzecz naturalna, że te przypadki nie mogą mieć żadnego znaczenia przy określaniu czasu trwania sprawy. Trzeba jednakże zaznaczyć, że wskutek małej inteligencji chorych szpitalnych, zwracają oni zwykle uwagę na swoje cierpienie w okresie, kiedy nie mogą już pracować i kiedy sprawa rakowata bywa zwykle już daleko posunięta. Wobec tego uznałbym za stosowne, aby przyjąć za rzeczywisty czas trwania sprawy rakowatej w płucu okres nieco dłuższy niż pół roku.

Na zakończenie słów kilka w sprawie leczenia raka płuc. Próby chemoterapeutyczne dotychczas mają wartość wyłącznie laboratoryjną i bynajmniej nie dają pomyślnych wyników. Wpływać na przebieg sprawy nie możemy; jedynie tylko ją obserwujemy. Wobec tego w chwili obecnej za jedyne możliwe leczenie może być poczytywany tylko zabieg chirurgiczny — wycięcie płuca (*resectio pulmonis*). Jakkolwiek wczesne rozpoznanie raka płuc jest jeszcze niewystarczające,

jednakże przytoczone na początku dane statystyczne wykazują, że prawie w połowie (46%) przypadków sekcyjnych nie ma jeszcze przerzutów w narządach i gruczołach. Ten fakt stwarza nader sprzyjające warunki dla zabiegu chirurgicznego nawet w okresie późnym. Niewielka stosunkowo liczba dokonanych zabiegów chirurgicznych (Kijewski, Rotter), wykazuje niezbyt świetne wyniki. Zrażać nas to nie może, gdyż tam gdzie chodzi o doskonalenie techniki, często długie i stopniowe, zwykle w końcu osiągamy cel i zapewne osiągniemy go i tym razem.

Piśmiennictwo:

1. A. Sokołowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowyh t. II. Warsz. 1903. — 2. A. Sokołowski. O rozpoznawaniu złośliwych nowotworów płuc i opłucnej. Odczyty kliniczne 1914. N. 241. — 3. A. Sokołowski i Fr. Kijewski. Współczesna chirurgja płuc. Odczyty kliniczne 1912. N. 217—218. — 4. W. Nowicki. Statystyka raków na podstawie protokołów sekcyjnych instytutu anatomo-patologicznego lwowskiego. Nowiny lekarskie rocznik XVI. Zeszyt 1. — 5. Fuchs. Beiträge z. Kenntniss d. primären Geschwulstneubildung in d. Lunge. I-D. München 1886. — 6. Perutz. Zur Histogenese der primären Lungenkarzinome I-D. München 1897. — 7. Reinhardt Archiv f. Heilkunde 1878. — 8. Wolf. Die primäre Lungenkrebs. Fortschritte der Med. T. XIII. 1895. — 9. Pässler. Ueber das primäre Karzinom der Lunge. Virch.Archiv. T. 145. 1896. — 10. Leuhartz. Mikroskopie u. Chemie am Krankenbett. 1897. — 11. Otten. Die Röntgendiagnose der Lungengeschwülste. Fortschritte aus dem Geb. der Röntgenstrahlen. T. XV. 1910.

R. LESZCZYŃKI, Prym. P. Szpit. pow. Doc. Uniw. Lwów.

O przyczynach przewlekania się rzeżączki.

Une chaude-pisse commence;
Dieu le sait, quand elle finira.
Ricord.

Wiele lat upłynęło od chwili, gdy mistrz francuski wypowiedział te słowa. Stały się one przysłowiem. Od tego czasu nauka o rzeżączce poczyniła ogromne postępy, mimoto jednak otwarcie przyznać musimy, że zdanie słynnego wenerologa nie wiele dotąd straciło ze swej wagi. Gdy chory stawia nam proste i naturalne pytanie: »kiedy skończy się moja choroba?« nie jesteśmy w możności dać mu ścisłej odpowiedzi. Możemy mu przyobiecać doszczętne wyleczenie, ale kiedy ten cel osiągniemy, ile czasu i pracy na to użyjemy, tego absolutnie przewidzieć, ani choremu oznaczyć nie jesteśmy w stanie.

Rzeżączka jest chorobą bardzo kapryśną. Przebieg jej zawisły jest od rozlicznych momentów; badając poraz pierwszy chorego, nie ma się uzasadnionego prawa do czynienia obietnic co do czasu, kiedy nastąpi wyleczenie. Podstawy, na których opiera się rokowanie przy rzeżączce są dość wątłe. Inaczej mówiąc, trudno zebrać wszystkie przesłanki, potrzebne do ugruntowanego rokowania.

Rzeżączka zaczyna się z reguły, jako schorzenie ostre. Okres ostry może w nielicznych, rzadkich przypadkach skończyć się samoistnem wyleczeniem. Z reguły jednak w przypadkach nieleczonych przechodzi w okres przewlekły. Przyjętem jest, że się mówi o ostrej i przewlekłej rzeżączce. Istnieje jednak wiele względów przemawiających za tem, że należy całą rzeżączkę uważać za sprawę *a priori* przewlekłą, która tylko zaczyna się w sposób ostry. Może się udać ją usunąć w tym ostrym okresie, ale też możebnem jest, że, mimo usiłowań, rzecz, podobnie jak w przypadkach nieleczonych, pójdzie naturalnym biegiem i po ustąpieniu ostrego okresu przyjmie przebieg dla się charakterystyczny sprawy przewlekłej. Pytanie to nader ciekawe, jednak nie jest naszym zamiarem dziś nad niem się rozwodzić. Ponieważ je jednak mamy na względzie, przeto w dalszym ciągu rozważymy nie przyczyny »przewlekłej« rzeżączki, lecz przyczyny »przewlekania się« rzeżączki. Chcę przez to zaznaczyć, że celem naszym będzie roztrząsanie pewnej grupy przyczyn, z powodu których rzeżączka opiera się leczeniu; mianowicie mamy na oku przyczyny anatomiczne, przyczyny miejscowe. Nie weźmiemy natomiast pod uwagę przyczyn biologicznych (odporność lub brak jej, zmiana gleby, przestrojenie tkanek), ponieważ sprawa ta w bieżącej chwili za mało przedstawia danych faktycznych dla merytorycznego jej roztrząsania. Jadassohn przypuszcza krótkotrwałe »uodpornienie nabłonka«; z drugiej jednak strony wiadomo, że nadkażenia są możliwe, jakoteż, że przebyta rzeżączka nie chroni nawet na krótki czas przed powtórnem zakażeniem. Sprawa odporności, chociaż może nie można jej całkowicie wykluczyć, nie ma, zdaje się, przy rzeżączce tego doniosłego znaczenia, co w ogólnych chorobach zakaźnych. Natomiast warunki miejscowe wybijają się w zagadnieniu nas interesującem na pierwszy plan.

Przedewszystkiem jednak należy ustalić, co należy rozumieć przez przewlekłą rzeżączkę. Zdawałoby się, że po wykryciu dwoinek rzeżączki pytanie takie jest bezprzedmiotowe. Otóż nie. Są bowiem autorowie, u. p. Oberländer i jego szkoła, którzy przez przewlekłą rzeżączkę rozumieją wszystkie zmiany chorobowe, jakie pozostają w związku z pobytem dwoinek Neissera w drogach moczopłciowych. Inni natomiast (Neisser, Jadassohn, Scholz itd.) mianem rzeżączki określają toczący się proces tylko o tyle, o ile jeszcze te dwoinki są obecne. Później, gdy ich już nie ma, mówią o porzeżączkowem zapaleniu przewlekłem cewki (*urethritis chronica postgonorrhoica*). To stanowisko wydaje mi się słuszne.

Od czasu poznania czynnika zakaźnego rzeżączka stała się jednostką chorobową. Warunkiem rozpoznania *„gonorrhoea"* jest obecność dwoinek Neissera. Z pojęciem rzeżączki jest związane pojęcie zakaźności. Z tego powodu ma ona znaczenie ogólniejsze, jest chorobą społeczną. Z chwilą zniknięcia tych dwoinek, sprawa przestaje być rzeżączką, przestaje być zakaźną, staje się zwykłem zapaleniem cewki, sprawą, dotyczącą tylko jednostki. Dlatego mówiąc w dalszym ciągu o rzeżączce, zawsze będziemy mieli na myśli proces, w którym dwoinki rzeżączki odgrywają czynną rolę.

Badania nad biologją dwoinki rzeżączki wykazały, że okazuje ona niewielką odporność względem zewnętrznych szkodliwości. Owszem należy do drobnoustrojów czułych na zmiany ciepłoty, na wpływy chemiczne, wysychanie itd. Środki chemiczne, w rozczynach, jakiemi operujemy, są aż nadto wystarczającemi do wygubienia dwoinek, i rzeczywiście zabijają je, o ile się z niemi zetkną. Wykazały to szczegółowe badania doświadczalne, przeprowadzone ze solami srebrowemi i szeregiem innych przetworów. Leki przez nas stosowane niszczą faktycznie dwoinki rzeżączki, znajdujące się na powierzchni. Jeśli tedy w kilku dniach nie osiągamy wyleczenia, musimy przypuścić, że lek nie dosięgnął wszystkich dwoinek. Widocznem jest, że znaczna, jeśli nie przeważająca ich część, pozostała niedostępną, nie była wogóle poddaną działaniu leku. Poznajemy zaraz istotną przyczynę uporczywości rzeżączki i naszych niepowodzeń leczniczych. Przyczyną przewlekania się rzeżączki nie jest nadzwyczajna żywotność tych drobnoustrojów, jeno gnieżdżenie ich się w miejscach niedostępnych dla działania naszych leków.

Ogólnikowo się mówi, że rzeżączka jest schorzeniem błon śluzowych. Lecz jakiż błąd popełniłby ten, ktoby sobie wyobrażał, że proces toczy się na powierzchni. Wykrycie dwoinki stworzyło podstawę dla wyodrębnienia rzeżączki z pomiędzy innych nieżytów cewki i dało pochop do opracowania anatomji patologicznej i histologji tego cierpienia. Ciągłe zawo y i rozczarowania w lecznictwie były pobudką do pogłębienia naszego poznania patologji rzeżączki. Zaczęto od nabłonka i tkanki łącznej podśluzowej, w dalszym ciągu wciągnięto w obręb szczegółowych badań wszystkie adnexa układu moczopłciowego. Gdy jednak i to nie rozwiązywało zagadnienia, wrócono do śluzówki i w przydatkach samejże śluzówki odszukano najczęstsze, najuporniejsze, ukryte gniazda dwoinek.

Dwoinki rzeżączki, które przy zakażeniu dostają się w dołek łódkowy, natrafiają tam na nabłonek płaski. Bumm, od którego pochodzą pierwsze badania w tym kierunku, uważał pierwotnie, że nabłonek płaski stanowi nieprzebytą zaporę dla dwoinki rzeżączki. Mniemał on, że tylko błony śluzowe pokryte nabłonkiem wałeczkowym lub brukowym stanowią dobre podłoże dla dwoinek rzeżączki. Późniejsze ba-

dania (Touton, Dinkler, Jadassohn, Finger) wykazały, że twierdzenie Bumma nie jest bezwzględnie słuszne. Niewątpliwie części pokryte nabłonkiem wałeczkowym są właściwą domeną tych dwoinek, jednak i nabłonek płaski nie chroni bezwarunkowo przed wtargnięciem tych drobnoustrojów.

Zaraz zaznaczyć muszę, że nikt nigdy nie znalazł dwoinek rzeżączki wewnątrz komórek nabłonkowych. Rozmnażają się one i posuwają na powierzchni komórki, nie wnikając w jej głąb. Gdy jednak natrafią na szczeliny międzykomórkowe, przez *vis a tergo* wpychają się w nie i tą drogą dochodzą do warstw głębszych. Wywołują stan zapalny, zatem przekrwienie i wysięk, najpierw surowiczy, potem ropny, rozluźniając równocześnie (Jadassohn) związek między poszczególnemi komórkami; przez to posuwanie się szczelinami staje się dla pasorzyta coraz łatwiejszem, a nadto obumierające komórki nabłonkowe wypadają, złuszczają się. Tym sposobem tkanka łączna, wnet pozbawiona zostaje swego pancerza i w odkryte jej szczeliny kolumnami dostają się dwoinki rzeżączki. Obecnością swoją znów działają w danem miejscu drażniąco i wywołują ze strony tkanki odczyn, objawiający się naciekiem złożonym z rozmaitych rodzajów komórek. Najważniejszemi dla nas są wielojądrzaste ciałka białe obojętnochłonne, albowiem im przypisuje się czynną rolę w procesie oczyszczania tkanki z nieproszonych przybyszów (fagocytoza Miecznikowa). One to mają porywać pozbawione własnego ruchu dwoinki rzeżączki i unoszą je ku powierzchni. Zapatrywanie o żerności cieszyło się przez szereg lat pełnem uznaniem. W ostatnich latach podniesiono przeciw temu zarzuty. Zauważono mianowicie, że a) wewnątrz tkanki leżą dwoinki rzeżączki z reguły pozakomórkowo, b) że w wydzielinie najświeższej, to znaczy wziętej z cewki po opłukaniu tejże, lub po moczeniu, dwoinki te również są przeważnie pozakomórkowe, że c) wśródkomórkowe pasorzyty widzi się najobficiej w ropie, która pewien czas leżała w cewce. Wywnioskowano stąd, że proces pożerania odbywa się najpewniej już na powierzchni. Prawdopodobniejszem wydaje się przypuszczenie, że dwoinki rzeżączki wydostają się z głębi na powierzchnię, uniesione prądem soków. Tak czy inaczej, stwierdzonym dziś jest faktem, że, wbrew dawniejszym przypuszczeniom, w tkance łącznej przebywają te dwoinki względnie nie długo. Zostają one wkrótce z tkanki łącznej wydalone i pozostaje po nich ślad w postaci nacieków. Natura stara się rychło pokryć ubytki i puszcza w ruch sprawny aparat odbudowy, tak, że wnet zwarte szeregi nabłonka tworzą nową warstwę obronną. Co więcej odbudowa rozpędem nadanym idzie dalej i spostrzegamy zjawisko przemiany nabłonka, t. zn., że w miejsce wałeczkowego wytwarza się nabłonek wielowarstwowy. Nacieki pozostałe w podśluzówce są z początku »miękkie«, komórkowe i wtedy mogą dość łatwo uledz wessaniu. O ile nie zostaną wessane z naszą pomocą lub też bez niej, przechodzą w tkankę ziarninową, ta organizuje się (t. zw. »twarde« nacieki) i daje początek bliznom (zwężenia). Jak z powyższego przedstawienia widzimy, ani przybłonek ani tkanka łączna nie są miejscami, gdzieby dwoinki rzeżączki gnieździły się szczególnie długo.

Dwoinki rzeżączki rozmnażają się w trzech kierunkach. O jednym t. j. przenikaniu w głąb ściany kanału, mówiliśmy powyżej. Przedewszystkiem jednak posuwanie się idzie w kierunkach najmniejszego oporu, w świetle cewki, na powierzchni błony śluzowej. W 24 godzinach postęp ku tyłowi wynosi około 1 cm. Ponieważ zaś długość cewki przedniej u Europejczyków waha się od 12—16 cm, przeto po dwu tygodniach proces zapalny dochodzi do granicy cewki przedniej i tylnej. Zwieracz zewnętrzny stawia pewien opór pełzaniu dwoinek, nie długo jednak i zapalenie przenosi się na tylną cewkę. Częstość zajęcia tylnej cewki waha się, wedle rozmaitych autorów od 62% do 88% (Jadassohn), a nawot 92,5% (Letzel). Zależną ona jest przeważnie od warunków zewnętrznych, stąd też podczas wojny przychodziła jeszcze częściej, niż w czasach normalnych. Czy zajęcie tylnej cewki uważać należy już za powikłanie rzeżączki, jak chce Finger, czy też po prostu za ciąg dalszy, normalnie należący do obrazu chorobowego, jak sądzi wiele autorów, nie będziemy się nad tem rozwodzić. W rzeczywistości bowiem sprawa to drugorzędna wobec częstości *urethritis posterior*. To jednak jest pewnem, że przedostanie się dwoinek rzeżączki do tylnej części stawia nas wobec możliwości szeregu poważnych powikłań.

Zakażeniem wyższych dróg moczowych (pęcherza, cewki, miedniczek) nie będziemy się wiele zajmować. Co do pęcherza, zauważymy, że u młodych osobników ze sprawną czynnością pęcherza, z nienaruszonym wielowarstwowym nabłonkiem, przedostanie się dwoinek do tego narządu nie przedstawia większego niebezpieczeństwa. Błona śluzowa pęcherza jest w wysokim stopniu odporną na dwoinki rzeżączki. Młodociany pęcherz z reguły łatwo się ich wyzbywa. Inna rzecz u osobników starych. Jeśli czynność pęcherza już przedtem była osłabioną, jeśli było zaleganie moczu lub nieżyt wywołany przez inne drobnoustroje, jeśli spoistość warstwy nabłonkowej była nadwerężoną, w takim razie dwoinki rzeżączki, dostawszy się doń, przenikają łatwo w głąb ściany i stają się powodem ciężkich, uporczywych nieżytów pęcherza (*cystitis profunda*).

Schorzenia odcinków powyżej pęcherza są bardzo rzadkiemi; i tu także zaleganie moczu jest momentem usposabiającym.

Główne niebezpieczeństwo wystąpienia powikłań rzeżączki tylnej grozi ze strony narządów płciowych. W poszukiwaniu przyczyn przewlekania się rzeżączki rychło zwrócono uwagę na te okolice i opracowano szczegółowo ich patologję. Zapalenie gruczołu krokowego stanowi wogóle najczęstsze powikłanie rzeżączki (Valentine, Porosz, Neumann, Frisch, Posner, Neisser, Lohnstein). Jedni autorowie uważają, że prawie każde zapalenie tylnej części cewki jest powikłanem przez zapalenie gruczołu krokowego. (Finger, Zeissl, Frank), inni podają liczby niższe 70 do 80%. Guyon i Fürbringer uważają je za rzadkie powikłanie, lecz tłumaczy się to tem, że badacze ci brali w rachubę tylko ciężkie postacie zapalenia miąższowego ropnego gruczołu krokowego. Stanowisko takie jednak nie daje się utrzymać. Skoro bowiem rozchodzi się o obecność, względnie usunięcie dwoinek rzeżączki, musimy się liczyć ze wszystkiemi postaciami zapalenia stercza. Z pomiędzy wielu podziałów jednym z lepszych jest schemat Ségond'a przyjęty też przez Scholza. Rozróżnia on przedewszystkiem zapalenie ostre i przewlekłe stercza, wedle rozległości zaś zapalenie nieżytowe (Frisch) = gruczołowe (Finger) = *epithelialis*; b) *pr. follicularis* i c) *pr. parenchymatosa*. Po poznaniu lżejszych postaci zapalenia stercza, t. j. zajęcia mieszków i ujść gruczołów stercza, uważano sterez przez długi czas, jako główne miejsce, gdzie ukryte znajdują się dwoinki rzeżączki i stąd raz po raz wychodzą nawroty. Była to „era prostaty". Zdobyte w tym czasie doświadczenia są zupełnie słuszne. Co do częstości zapalenia stercza (w jego lekkich postaciach) nie mamy wątpliwości, tak samo nie wątpimy o tem, że zaułki tego gruczołu mogą dawać długi czas przytułek dwoinkom. Dalsze jednak doświadczenia i spostrzegania wykazały, że najszersze uwzględnienie zapalenia stercza nie daje nam zadawalającej odpowiedzi na pytanie o przewlekaniu się i nawrotach rzeżączki. Pomimo bacznego zwracania uwagi przy leczeniu na gruczoł krokowy, nie zdołano się uchronić od uporczywych nawrotów, tak, że okazała się potrzeba poszukania innych jeszcze miejsc, w których gnieżdżą się ukryte dwoinki rzeżączki.

Spermatocystitis należy do rozdziałów, nie tak dobrze znanych, jak zapalenie stercza. Co do jego częstości, zdania autorów ogromnie się rozchodzą. Zdawałoby się, że *vesiculitis* powinna być przynajmniej równie częstą jak *epididymitis*. Jednak, jak nas codzienne doświadczenie uczy, dochodzi ona nierównie rzadziej do naszej wiadomości, niż druga. Przyczyną tego może być trudność ustalenia rozpoznania *spermatocystitis*, nie branie w rachubę tego powikłania lub też rzeczywistą jego rzadkość. Nie wiem, co sądzić o postaciach lekkich, jednak stała kontrola w tym kierunku w przypadkach zapalenia stercza i przyjądrza pouczyła mnie, że przypadki średnio ciężkie, t. j. takie, któreby dawały przy badaniu ręcz-

nem wyraźne zmiany, nie mówiąc już o ropniaku, są nader rzadkie. Na uwagę przecież zasługuje mniemanie Guelliota, że powracająca *epididymitis* jest prawie pewnym objawem istniejącej *vesiculitis*. Przy uporczywej rzeżączce należy zawsze pamiętać o *spermatocystitis*. Jednak, jak się zdaje, wchodzą tu w grę pewne czynniki, o których późniei mówić będziemy, a które sprawiają, że pęcherzyki nasienne nie bywają zwyczajnie miejscem uporczywego gnieżdżenia się dwoinek rzeżączki.

Dwoinki rzeżączki, znajdujące się w tylnej cewce łatwo wchodzą w ujście przewodów nasiennych i stąd przez ruchy przeciwrobaczkowe zostają posunięte do przyjądrzy. Tą drogą powstaje zapalenie nasieniowodu i przyjądrza. Gdy przepatrujemy statystyki, spotykamy różnice co do częstości tego powikłania od 7%—32% wedle rozmaitych autorów (wedle Jordana). Zapalenie przyjądrza — z naszą pomocą lub bez niej — wygaja się po pewnym czasie, pozostawiając zwyczajnie zgrubiałą bliznę. Dwoinki rzeżączki mogą tam dłuższy czas pozostawać przy życiu, jak to poszczególne spostrzeżenia (między innemi i Karwowskiego) wykazują i mogą powodować nawroty zapalenia. Mogą też się gnieździć w ampułce nasieniowodu, na co zwracał uwagę R. Picker. W każdym razie na podstawie doświadczenia można przyjąć, że przypadki takie należą do rzadkości, niemal do wyjątków.

Wobec okoliczności, że przy zapaleniu przyjądrza, dwoinki rzeżączki są zupełnie niedostępne dla naszego bezpośredniego, miejscowego leczenia, że nasze leczenie przyjądrza jest tylko objawowem, należałoby oczekiwać, że dwoinki te będą tam z reguły długo się gnieździć. Wszak w miejscach dostępnych nie możemy im dać rady. Tymczasem w przyjądrzach z reguły znikają one po pewnym czasie, a wyjątkowo tylko zostają dłuższy czas przy życiu.

Rozważanie tego faktu doprowadza nas do wniosku, że muszą tam działać jakieś czynniki, które powodują śmierć tych dwoinek. Zjawisko to nie jest odosobnionem; to samo widzimy w ropnem zapaleniu trąbek, stawów, stercza. Tłómaczono je teorją wyczerpania gleby (Pasteur) lub nagromadzeniem się bakteryjnych produktów przemiany materji (teorja przeładowania Chauveaux). W nowszych czasach tłómaczenie takie uważają za niewystarczające; obecnie są brane w rachubę raczej zaczyny proteolityczne (bakterjoliza, autoliza). Dla nas teoretyczne tłómaczenie zjawiska będzie rzeczą podrzędną. Natomiast pierwszorzędnej wagi dla kliniki jest fakt, że w zamkniętych przestrzeniach dwoinki rzeżączki giną po pewnym czasie. Poznanie tego zjawiska pozwala bowiem na łatwiejsze zorjentowanie się, w których miejscach należy szukać ukrytych gniazd żywych dwoinek, gdzie leżą przyczyny nawrotów. Tą drogą zbliżamy się do rozwiązania postawionego w nagłówku pytania. Cóż bowiem prostszego, jak odwrócić powyższe twierdzenie i przypuścić, że, ponieważ w przestrzeniach zamkniętych dwoinki giną samoistnie po pewnym czasie, przeto żywych dwoinek, czyli przyczyny nawrotów należy szukać w miejscach otwartych (t. j. komunikujących bezpośrednio ze światłem cewki). Takiemi zaułkami są wszystkie przydatki błony śluzowej cewki, jak gruczoły, zatoki, mieszki w przedniej części; gruczoły, mieszki i zatoki sterczowe w tylnej, przewody przycewkowe. Gdy sobie uprzytomnimy, że równocześnie są to miejsca, dokąd nie sięga działanie naszych leków stosowanych od powierzchni, pojmiemy, że takim sposobem dwoinki rzeżączki, ukryte w powyższych miejscach, są zabezpieczone od szkodliwych wpływów, zarówno zewnętrnych, jak i wewnętrznych. W nich mnożą się bezpiecznie i długo. Znaleźliśmy tedy odpowiedź na zadane sobie pytania.

Do takich samych wniosków dochodzi się także innemi drogami. Wright zainaugurował, a szkoła wrocławska wypracowała dla rzeżączki metody leczenia szczepionkę. Sposób ten powitano z ciekawością i zapałem. I cóż? W pierwszych latach stosowania szczepionki przeciwrzeżączkowej czytaliśmy sprzeczne sprawozdania. Gdy jedni otrzymywali wyborne wyniki i chwalili ten sposób, drudzy nie widzieli zadowalających skutków i dawali wyraz swemu rozczarowaniu. Wnet jednak nagromadził się dostateczny materjał i pokazało się, że rzeczywiście szczepionka gonokokkowa daje w pewnych przypadkach wyborne wyniki, gdy w innych bywa bezużyteczną. Świetnie działa ona mianowicie przy zapaleniu stawów, przydatków, trąbek, przymacicza, tendovaginitis, zapaleniu stercza. W tych powikłaniach widzimy dodatnie działanie prawie przy 100%. Doskonałą bywa przy zapaleniu przyjądrza, jednak już nie zawsze. Nie wywiera natomiast żadnego widocznego wpływu na samą *urethritis*. Jak widzimy, jest ona skuteczną właśnie przy powikłaniach zamkniętych, zaś nie wywiera wpływu na postacie otwarte rzeżączki. Prawidło to jest dziś ogólnie uznane. Jeżeli porówna się je z wnioskiem, który wyżej sformułowaliśmy, będziemy, jak sądzę, mieli prawo wyciągnąć dalszą konkluzję, że te okolice, które nie poddają się działaniu szczepionki rzeżączkowej, są siedliskiem przewlekłej rzeżączki i w nich należy szukać gniazd ukrytych żywych dwoinek. Są to te same miejsca, które poprzednio wymieniliśmy, a to rozmaitte uchyłki samej cewki.

Mimochodem tutaj należy wspomnieć, że przy stosowaniu pozajelitowem białka otrzymano przy powikłaniach rzeżączki podobne wyniki, jak po szczepionce, jakkolwiek jej nie dorównujące. Wnioskowano stąd, że i w szczepionkach czynnikiem działającym są ciała białkowate. Zdanie to, jak się zdaje, jest w pewnej mierze słuszne. Niesłusznem staje się ono dopiero wtedy, gdy się przypuszcza, że ciała białkowe są jedynym czynnikiem, działającym w szczepionkach. Nie mamy dotychczas podstawy odmawiać szczepionkom swoistego składu i charakteru i raczej przypuścić musimy, że obok białka działają tam jakieś swoiste substancje.

Przeglądając podręczniki, monografje i rozrzucone prace częściowe, dotyczące naszego przedmiotu, spotyka się liczne wzmianki i szczegółowe opracowania zmian anatomo-patologicznych gruczołów i zaułków cewki.

Pierwsze podstawowe opisy dał nam Finger, po nim nowsze, większe prace pochodzą od Cederkreutza, Paschkisa, Lichtenberga, Möllera, Raskaia, przedewszystkiem jednak Lohnsteina i Bukowskiego. Opisy Fingera odnosiły się do ostrych przypadków, późniejsze więcej do przewlekłych. Jednak i te drugie, podając obraz zmian histologicznych w późniejszych okresach, zgadzają się ze spostrzeżeniami Fingera, co się tyczy usadowienia dwoinek rzeżączki. Czy w ostrej, czy w przewlekłej rzeżączce miejscem, w którem te dwoinki są najliczniejsze i zmiany zapalne są silniejsze, są zatoki Morgagniego i ujścia gruczołów Littrégo. Proces nie jest rozlany, ale głównie lakunarny i okołomieszkowy. Dwoinki poza i wśródkomórkowe gnieżdżą się obficie w świetle zatok i przewodów. Komórki nabłonkowe, wyścielające te przewody, są rozluźnione i ze wszech stron oblepione pasorzytami. Drobnoustroje przenikają też obficie w tkankę podnabłonkową i są przyczyną potężnych nacieków, szczególnie przy ujściach przewodów i zatok. Gronka gruczołowe i nabłonek wydzielniczy z reguły nie są objęte procesem i dwoinek rzeżączki nie ma między niemi. W ostrym okresie dwoinki można napotkać wszędzie na powierzchni, w powyższych zaułkach jednak ilość ich jest wielekroć razy obfitsza. Z postępem czasu powierzchnia coraz bardziej oczyszcza się z ropy i pasorzytów, wracają stosunki prawidłowe, zostaje najwyżej zmieniony bujający nabłonek, czasem nieliczne dwoinki rzeżączki. Natomiast w zatokach, ujściach gruczołów, niedostępne dla leków, mnożą się dwoinki w dalszym ciągu. Proces utrzymuje się tamże i wśród wyleczonej błony śluzowej tworzą one wysepki z licznemi drobnoustrojami, gotowe rzucić w każdej chwili zarzewie nowego pożaru.

Nie mam zamiaru wchodzić w szczegóły opisów anatomopatologicznych, zaznaczam tylko, że zgodne są one z tem, cośmy wyżej wywnioskowali, i potwierdzają w zupełności założenie, że w przydatkach błony śluzowej dwoinki znajdują najdłużej przytułek. Że gruczoł opuszkowy (Cowpera, Méry'ego) ze swym długim przewodem w równym stopniu może tworzyć asylum, gdzie chronią się niedobitki dwoinek rzeżączki, rzecz jasna. Anatomja patologiczna tego prze-

wodu jest mało opracowaną i znaczenie jego dla przewlekania się rzeżączki dotąd o wiele za mało uwzględnianem.

W ostatnich latach zwrócono natomiast baczną uwagę na przewody przycewkowe (*ductus paraurethrales*) i ich wielkie znaczenie dla nawrotów rzeżączki. Piśmiennictwo o nich (klinika i anatomja patologiczna) nader wzrosło; i dziś każdy z wenerologów dobrze pamięta o nich przy badaniu.

Co się tyczy tylnej cewki, to znaczenie jej, dla przewlekłej rzeżączki, jak się z nowszych badań okazało, jest mniejsze, niż dawniej przyjmowano. Zatok Morgagniego tam nie ma, gruczołów Littrégo mniej, bo tylko w części sterczowej (część błoniasta ich nie ma). Są natomiast zatoki i mieszki gruczołu krokowego. Część sterczowa, jak mówiłem, jest ważną dla przewlekania się rzeżączki, jednak nie tyle, co przednia. Doświadczenia i ściślejsze spostrzegania pouczyły nas, że przecież przewlekła rzeżączka w większości przypadków jest umiejscowiona w przedniej cewce.

Prócz badań histologicznych bardzo ważną rolę w urabianiu się naszych poglądów na umiejscowienie przewlekłej rzeżączki odegrała endoskopja. Gdy tam poznawaliśmy zmiany nieświeże i na skąpym względnie materjale, tutaj oglądać możemy zmiany tętniące życiem i na nieograniczonym wprost materjale. Endoskopja, nie wiele mówiąca mało z nią obeznanemu, daje pyszne obrazy widzowi, umiejącemu patrzeć. Szczegóły, które dawniej w podręczniku się odczytywało, dziś można wprost na żywej błonie śluzowej spostrzegać. Wysepki zmienionego nabłonka, zapalone ujścia gruczołów, zatoki z ropnemi czopami, niepodatne nacieki, obok miejsc zdrowych, wszystko to bezpośrednio przesuwa się przed naszem okiem. Nie idąc tak daleko, jak Oberländer, który bez endoskopu ani leczenia ani djagnozy nie uznaje, nie możemy przecież zaprzeczyć, że dla wykrywania ognisk przewlekającej się rzeżączki, jest endoskop nieoceniony.

Zbierając nasze wywody, powiemy co następuje:

Przewlekająca się rzeżączka jest zależną od obecności dwoinek swoistych.

Przyczyną przewlekania się nie jest nadzwyczajna żywotność tych dwoinek, jeno gnieżdzenie się ich w miejscach niedostępnych działaniu naszych leków.

Ponieważ w przestrzeniach zamkniętych dwoinki rzeżączki giną samoistnie po pewnym czasie, przeto żywych dwoinek, czyli przyczyny nawrotów, należy szukać w miejscach otwartych.

Szczepionka przeciwrzeżączkowa, jak dziś wiadomo, jest skuteczną właśnie w powikłaniach zamkniętych, nie wywiera zaś wpływu na otwarte postacie rzeżączki. Zatem te okolice, które nie poddają się działaniu szczepionki rzeżączkowej, są siedliskiem przewlekłej rzeżączki i w nich należy szukać gniazd ukrytych żywych dwoinek.

Jako takie miejsca poznaliśmy w pierwszym rzędzie przydatki cewki (gruczoły, zatoki, mieszki), w dalszym dopiero pęcherzyki nasienne i przyjądrza. Dwoinki ukryte w powyższych zaułkach są zabezpieczone od szkodliwych wpływów zarówno zewnętrznych (leki), jak i wewnętrznych (lizyny). W nich mnożą się bezpiecznie i długo.

Prof. BROWICZ. Kraków.

Jeszcze w sprawie rakowacenia tkanek.

W nr. 36. »Polskiej Gazety lekarskiej« z roku bieżącego pomieścił Dr. Paszkiewicz rzecz »W sprawie doświadczalnego wywoływania nowotworów przez drażnienie smołą pogazową«, w której zdaje sprawę z dotychczasowych przez siebie przedsiębranych doświadczeń kontrolnych na szczurach białych.

Nie uważając ujemnego wyniku swych dotychczasowych eksperymentów za wystarczające do rozstrzygania sprawy wywoływania raka smołą pogazową, wyraża autor przekonanie, »że w powstawaniu nowotworów« — czy nie za ogólne wyrażenie, bo przecież nowotwór nowotworowi nierówny ani pod względem powstawania ani materjału, z jakiego nowotwory powstają, ani pod względem budowy, wzrostu, znaczenia i wpływu na organizm — »nie wystarcza jedynie drażnienie danego miejsca, chociażby ono było stałe i miało ciągle ten sam charakter, że odgrywają tu rolę warunki bytowania, że, być może, rodzaj odżywiania nie jest obojętny, że nie są bez wpływu cechy indywidualne i rasowe, że nie można utożsamiać wyników otrzymanych doświadczalnie na zwierzętach z powstawaniem nowotworów prawdziwych«.

Warunki, w jakich się organizm ludzki a poczęści i zwierzęcy zwykł znajdować tak pod względem sposobu życia, zajęcia, pracy, odżywiania, mieszkania, klimatu, a u człowieka nadto i pod względem wpływów duchowych (psychicznych), podkopujących nieraz organizm, odgrywają niewątpliwie w zachorzności organizmu taksamo rolę jak np. właściwości konstytucjonalne, jak czynniki zewnętrzne, chorobotwórcze np. mikroby, pasorzyty, czynniki świetlne, chemiczne, fizyczne wogóle.

Współważność i współczynność tych różnorodnych szczegółów konieczna, by sprawa chorobna mogła powstać, rozwinąć się.

Jako przykłady wpływu warunków bytu na komórki, służą np. następujące fakta:

Wiadomo, że odprysłe komórki, cząstki tkanek zbłąkane, odprysłe w obręb nerki, nawet makroskopowo widoczne, cząstki nadnercza tkwią tam bez następstw przez całe życie organizmu, a gdy powstaną korzystne warunki i zadziaływa czynnik nowotworobodźczy, wcześniej lub później wytworzyć się może guz w postaci nadnerczaka.

Wiadomo, że komórki już zrakowaciałe, wtargające w naczynia krwionośne i limfatyczne, przeniesione w obręb odległej od pierwotnego ogniska tkanki, marnieją, nie rozwijają się, nie mnożą się, skoro nie natrafią na korzystną glebę, korzystne warunki bytu, nie dają początku tkance rakowej, przerzutowi.

Wiadomo z wyników, jakie podają eksperymentatorowie, że przeszczepianie raka, tkanki złożonej z komórek już przeinaczonych, zrakowaciałych, niezwykle mnożnych, łatwo przeszczepnych, przeszczepianie jednogatunkowe, t. j. ze zwierzęcia zrakowaciałego na zwierzę równogatunkowe. pochodzące jednak z innej okolicy, z innej stacji hodowlanej (np. Londyn, Frankfurt, Berlin, Szkokholm), nie wiedzie się albo całkowicie, albo małoprocentowo, albo też dopiero po przystosowaniu się organizmu przesiedlonego z innej okolicy do warunków życia w siedlisku nowem.

Fakta te świadczą, jak ważny wpływ wywierają na rozwój tkanki przeszczepionej, już zrakowaciałej, warunki bytu, co zresztą aż nadto wiadome, a tembardziej ważne dla powstawania i rozwoju komórki rakowej, to samo odnosi się do wielokomórkowego organizmu.

W eksperymentach ostatniej doby, dokonywanych na zwierzętach, jak i w przypadkach raków parafiniarskich, kominiarskich, porentgenowych u człowieka, niepodlegających, zdaje mi się, żadnej wątpliwości, nie chodzi o drażnienie tkanki, ale przedewszystkiem o wpływ chemiczny czynnika rakotwórczego, o przeinaczenie komórki biologiczne, przeinaczenie na komórkę niezwykle mnożną, ruchliwą, pełzakowatą, wydzielającą substancje szkodliwe tak dla tkanki, wśród której rak rozwijać się poczyna, jakoteż dla organizmu, w którym się rak rozwija.

Taki wpływ chemiczny, jak i w przypadkach raków poanilinowych, mogą wywierać czynniki rakotwórcze dotąd poznane, okolicznościowo działające na człowieka, jakoteż czynnik stosowany w ostatniej dobie na zwierzętach.

Eksperymenta ostatniej doby wskazują szczegół, na który nie zwracało się tak bardzo uwagi, że nieraz dopiero po dłuższem a nawet długiem działaniu czynnika rakotwórczego rak rozwinąć się może, co zresztą w patologji ludzkiej już dawniej stwierdzono.

Szczegół, że nieraz dopiero po dłuższem działaniu czynnika rakotwórczego tkanka rakowacieje, stwierdziły spostrzeżenia w parafiniarniach, w przetwórniach oleju ziemnego, t. zw. ropy ziemnej, że nieraz dopiero po dłuższem, ba nawet paroletniem, działaniu surowców ropnych i ich przetworów, wywołujących łatwo różne skórzyce (*dermatoses*) u robotników, rak się pojawia, że mimo ciągłego działania tegosamego czynnika dotyka rak nielicznych pracowników w tym zawo

dzie i nie szybko, ale dopiero po różnie długim czasie. Coś podobnego spotyka się w pojawianiu się raka porentgenowego.

Nie można więc, zdaje mi się, powątpiewać o możebności dłuższego, ciągłego czy ponawianego działania czynników rakotwórczych na powstawanie raka w eksperymencie.

Ze spostrzeżeń tych wynika nadto — pogląd ten ciągle od lat wielu poruszam i wypowiadam — że potrzebne do powstania raka pewne usposobienie, pewien konstytucjonalizm, niejako, jak to nazywam, fatum organizmowe.

Nie miałem sposobności badania przypadków raków zawodowych, jakie dotychczas poznano, a są to wszystko z wyjątkiem raka poanilinowego, raki skórne, odpowiednio do działania naskórnego działających czynników rakotwórczych, tak samo nie miałem wprawdzie okazu raka posmołowego, wywołanego u zwierzęcia, nie przypuszczam jednak, jak to czyni Dr. Paszkiewicz, by te twory posmołowe mogły się okazać jako wytwory zapalne, a przecież i u człowieka powstaje rak skórny pod wpływem pokrewnych czynników w parafiniarniach, kopalniach i przetwórniach ropy ziemnej. Rozpoznawanie mikroskopowe raka nie jest przecież trudne, a takie rozpoznanie podają badacze japońscy, francuzcy, niemieccy.

Nie ulega wątpliwości, że stosowanie niejako żywcem wyników każdego eksperymentu na zwierzęciu przedsiębranego do patologji ludzkiej musi być bardzo oględne, bo organizm zwierzęcy nie pod każdym względem równy organizmowi ludzkiemu. Eksperymentuje się na zwierzęciu zdrowem, t. zw. normalnem, przyczem nierzadko nie uwględnia się wieku, warunków życia poprzedniego, płci, rasy, pochodzenia zwierzęcia, co nie jest obojętne, gdy u człowieka istnieje wcale nierzadko niejeden szczegół w organizmie już nieprawidłowy w czasie zadziaływania czynników chorobotwórczych i w czasie powstawania sprawy chorobnej.

W zagadnieniu co do rakowacenia tkanek spotykamy analogje i zgodności w przypadkach raka u człowieka a w przypadkach raka u zwierząt, samodzielnie rakowaciejących, zrakowaciałych, a możebność, według relacyj badaczy japońskich, francuzkich, niemieckich, wywoływania sztucznie raka u zwierzęcia przedstawia materjał ważny a zgodny z materjałem ludzkim, pod wielu względami.

Wywołując u zwierzęcia taką czy owaką sprawę chorobną, odpowiadającą jakiejś sprawie chorobnej u człowieka, rozporządzamy materjałem badawczym od chwili zadziałania użytego czynnika, w różnych, dowolnych, odstępach czasu, w różnych po sobie następujących fazach sprawy chorobnej, co dla poznawania istoty rzeczy nader ważne.

Stwierdzamy tak klinicznie jakoteż mikroskopowo raka, gdy się rak już rozwinął, gdy już działają i rozrastają się zrakowaciałe komórki, gdy rak sprowadził już objawy nieprawidłowego stanu tkanki czy narządu, jakoteż nieprawidłowy stan organizmu, ale nie znamy, bodaj czy zdołamy poznać bez zasięgnienia pomocy eksperymentu, zawiązkowego okresu raka, okresu początkowego rakowacenia komórki nabłonkowej, nie umiemy określić czasu, kiedy rozpoczęło się rakowacenie komórki, jakie fazy rakowacenie komórki przechodzi, co ze względu na ocenianie czasu, trwanie działania czynnika rakotwórczego i poznanie stanu rozwijającej się komórki rakowej ważne.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Med. STANISŁAW KLEJN. Ord. Szp. Star. Warszawa.

Istota i leczenie dusznicy oskrzelowej.

Odczyt wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem dnia 31. maja 1921 r.

Zawierucha wojenna przerwała wprawdzie nici wiążące z sobą świat naukowy, nie wszędzie jednak zdołała powstrzymać dążenia do poznania prawdy. Pomimo wszystko ostały się pewne ośrodki, w których systematycznie i celowo dążono do wyjaśnienia zawiłych i ciemnych zagadnień naukowych Jednem z tych zagadnień jest nauka o astmie, cierpieniu bardzo rozpowszechnionem, a jednak zagadkowem i, co najważniejsze, dotychczas nieuleczalnem.

Ośrodkiem, w którym przez cały czas wojny pilnie pracowano nad wyjaśnieniem wspomnianego cierpienia była Ameryka, gdzie praca doprowadziła do wyników, które pod wieloma względami można nazwać senzacyjnemi. Znaczny udział w tej pracy wzięli także anglicy oraz francuzi, którzy przez genialną koncepcję niektórych zagadnień z tej dziedziny rzucili nowe światło na tę sprawę.

Co się tyczy niemców, to ścisła blokada wojenna powstrzymywała do rasy germańskiej dopływ nietylko dóbr materjalnych, ale i duchowych, to też w prasie naukowej niemieckiej za cały czas wojny, a nawet później, trudno się doszukać choćby wzmianki w sprawie astmy; jedyna zaś praca, jaka ukazała się tam w 1918 r., jest praca de Besch'ego, duńczyka.

Dopiero w ostatnich dniach zjawiła się praca Curschmanna o astmie, uwzględniająca po części najnowsze prądy, widać w niej brak zaznajomienia się z piśmiennictwem.

My, niestety, zmuszeni byliśmy podzielić pod względem naukowym los niemców — pracować nie można było, Anglja i Ameryka były dla nas zamknięte. Dopiero w roku ubiegłym można już było korzystać z piśmiennictwa światowego, a w pierwszym rzędzie francuskiego; z niego też dowiedzieliśmy się, co za czas wojny zrobili w tej dziedzinie amerykanie i anglicy. Niestety referaty, jakie się w tej materji zjawiły w prasie francuskiej, były dość lakoniczne, skąpe co do pewnych dość ważnych szczegółów, tak, że o dokładnem osobistem sprawdzeniu całej sprawy mowy być nie mogło — musiałem błądzić poomacku i kierować się więcej intuicją, niż danemi realnemi. To też dopiero ściślejsze zbadanie oryginałów (piśmiennictwo amerykańsko-angielskie już wzrosło znacznie) pozwoliło mi dokładniej zapoznać się z tą sprawą i przystąpić do badań ścisłych. Wyniki tych studjów i tych badań pozwolę sobie przedstawić możliwie zwięźle, nie mając zamiaru wcale wyczerpania przedmiotu, które zajęłoby nam kilka posiedzeń.

Muszę zaznaczyć, że, o ile pierwsze wrażenie z czytania francuskich referatów z prac amerykańskich mogło nasuwać niektórym myśl, że mamy tu do czynienia z bluffem amerykańskim, to bliższe poznanie tych prac, a szczególnie Walkera, Cooka i Friemana i innych, wskazywało, iż mamy tu do czynienia z bardzo poważnemi usiłowaniami, opartemi na spostrzeganiu tysięcy przypadków i popartemi dokładną znajomością kliniki oraz nauki o odporności, chemji i bakterjologji.

Co to jest astma typowa, jak się ona klinicznie przedstawia, wiemy dobrze. Zaznaczyć jednak muszę, że już dawniej było wiadomo, a badania wspomniane z ścisłością to stwierdziły, że istnieją pewne cierpienia, niepodobne do astmy, które jednakże powstają z tych samych przyczyn, na długo przed wybuchem astmy, niekiedy jednocześnie z nią, niekiedy zamiast niej i często naprzemian z nią. Są to t. zw. równoważniki astmy. Do nich zaliczyć należy częste kichanie i to wielokrotne bez wyraźnego zdawałoby się powodu, pokrzywka, wyprysk, pewne przypadki migreny, wymioty uporczywe, szczególnie u dzieci, obrzęk Quincke'ego, być może i łuszczyca. To więc, co będziemy dalej mówili o astmie, dotyczyć będzie w części i tych równoważników.

Naczem jednak polega istota astmy, co ją powoduje i w jaki sposób, nie wiedzieliśmy. Wiedzieliśmy, że istnieją rozmaite czynniki, wpływające na wybuch napadu astmy, czynniki, których działanie było dla nas zagadką, tem większą, że były one przyrody tak różnorodnej i nieraz tak dziwnej, że o podciągnięciu ich pod wspólny mianownik nie mogło być mowy. O czynnikach tych nie będę mówił; piśmiennictwo, dotyczące astmy roi się od nich, a w klasycznych lekcjach Trousseau można znaleźć najjaskrawsze przykłady.

Dopiero najnowsze badania rzuciły nowe światło na sposób działania tych czynników, tak że cała tajemniczość ich znikła. Co prawda, to względem jednego rodzaju astmy nauka już dawniej doszła do dość ważnych wyników, zbliżonych do tych, o których będzie mowa. Mówię tu o t. zw. astmie siennej, a właściwie pyłkowej, wybuchającej w okresie pyłkowania roślin i zależnej od wdechania pyłków

odpowiednich roślin. Ta sprawa posiada już wielkie piśmiennictwo europejskie; anglicy i amerykanie włączyli ją do swoich badań — różnicy jednak między nią a astmą zwykłą niema prawie żadnej, przekonano się nawet, że rozmaite inne czynniki, nic z pyłkami niemające wspólnego, mogą wywołać napad astmy, podobny do pyłkowej, jedyną różnicę stanowi jej sezonowość.

Stworzono dotychczas mnóstwo teoryj powstawania astmy. Nie będę ich tu wyliczał i rozbierał, mają one tę wspólną wadę, iż praktycznie pod względem leczniczym były bez znaczenia; dotychczas umiemy przerwać napad astmy i to nie zawsze, ale sama choroba pozostała nieuleczalną, o ile sama nie znikła. Już Richet, ojciec nauki o anafilaksji, którego sympatyczną postać i iście gallijskie cechy umysłu mieliśmy tu okazję niedawno poznać, dawno już wypowiedział myśl, iż napad astmy jest prawdopodobnie napadem anafilaktycznym.

Co do napadów astmy pyłkowej, to cierpienie to od 15 lat jest uważane za anafilaktyczne. Ale dopiero amerykanin Meltzer w 1910 r. doszedł na zasadzie dowodów zaczerpniętych z nauki o odporności do przekonania, że napad astmy jest napadem anafilaktycznym. Za poglądem tym przemawia fakt, że zmiany w płucach, oskrzelach, naczyniach i krwi, występujące podczas napadu astmy, są identyczne ze zmianami, jakie widzimy u zwierząt, a głównie u świnek morskich, u których sztucznie wywołaliśmy napad anafilaktyczny. Pogląd ten potwierdził Friedberger, Widal zaś sprawdził tę indentyczność zapomocą swego odczynu hemoklazycznego, a Kesslerowi z Ameryki udało się przenieść wrażliwość na pyłki z astmatyków na morskie świnki, u których powstał z tego powodu napad anafilaktyczny; taki sam wynik miał raz przypadkowo miejsce u człowieka, o czem pomówimy za chwilę. Jeżeli jednak porównamy dokładnie objawy napadu anafilaktycznego u zwierząt z napadem astmy u ludzi, to przekonamy się, że istnieją tu różnice dość wyraźne. Różnice te stają się jeszcze bardziej wyraźne, jeśli porównamy napad anafilaktyczny u zwierząt z indentycznym napadem u ludzi, rzadko co prawda napotykanym, niewątpliwie jednak obserwowanym szczególnie dawniej, przyczem przezemnie wcale niedawno dwukrotnie.

Otóż, o ile chory umiera nagle, objawy są rzeczywiście bardzo podobne do objawów u zwierząt, ale jeśli chory przeżywa napad, co najczęściej ma miejsce, to występują objawy wcale niepodobne do objawów u zwierząt. W takich przypadkach — a więc po 2-iem zastrzyknięciu — zjawiają się kolosalna tachycardia, obrzęki, rumień, gorączka, obrzmienie stawów, obrzmiewają wszystkie gruczoły chłonne wraz z wątrobą, śledzioną, tak że bez badania krwi można postawić błędne rozpoznanie białaczki, jak to się zdarzyło pewnemu koledze w przypadku przezemnie obserwowanym.

U osób usposobionych, wrażliwych — co to znaczy, powiem później — może jednak wystąpić typowy napad astmy, tak jak to było u de Besche'go, który na sobie obserwował ten skutek już po pierwszem wstrzyknięciu surowicy przeciwbłonicowej.

Widzimy zatem, że u człowieka zwykle, choć nie zawsze, objawy wyraźnie różnią się od objawów u zwierząt. Wobec tego jednak, że zwykle wywołujące napad zastrzyknięcie odbywa się niedożylnie, lecz podskórnie i często po upływie 5 lat, (czas, po którym zwykle u człowieka wygasa wrażliwość na reiinjekcje), należy temu czynnikowi przypisać opisaną różnicę w skutkach, po części jednak pewnym warunkom osobniczym, o których pomówimy dalej. Co do różnicy pomiędzy samym napadem astmy a napadem anafilaktycznym u zwierząt, to polega ona przedewszystkiem na tem, że, gdy u zwierzęcia po napadzie, wskutek nasycenia przeciwciał antigenem i wyczerpania się dopełniacza, wrażliwość na następne wstrzyknięcie antygenu znika, u człowieka to nie ma miejsca, z doświadczenia bowiem wiemy, że astmatycy mogą całemi miesiącami wskutek jednej i tej samej przyczyny mieć ataki dzień po dniu. Widocznie muszą i tu mieć znaczenie pewne niedokładnie jeszcze zbadane warunki osobiste (co prawda dość rzadkie), jak tego dowodzi przypadek, dotyczący tego samego de Besche'go. Autor ten dostawał zwykle napadów astmy od samego zbliżenia się do konia. Pewnego razu po zastrzyknięciu mu surowicy przeciwbłoniczej końskiej dostał napadu astmy. Od czasu tego napadu stał się niewrażliwym nawet na bliską styczność z końmi w ciągu kilku miesięcy, czego nigdy dawniej nie było.

Z powyższego widzimy, że, aczkolwiek różnice te są dość wyraźne, ale, wobec wskazanych wyjątków, nie mogą mieć znaczenia rozstrzygającego. Pogląd ten nabiera tem większego znaczenia, że napad anafilaktyczny u rozmaitych zwierząt rozmaicie wygląda. Tembardziej dotyczyć to musi człowieka, u którego wrażliwość rozmaitych układów, szczególnie nerwowego (a ten w astmie gra dużą rolę) tak znacznie się różni od wrażliwości u zwierząt i u którego, jak to zobaczymy, nawet astma rozmaicie może wyglądać (mówią tu o równoważnikach) i rozmaite mieć przyczyny. Zresztą wiemy, że zwierzęta rozmaicie się zachowają przy doświadczeniach anafilaktycznych, wskutek czego najczęściej wybiera się do nich świnki morskie, jako najbardziej wrażliwe. Otóż u świnki morskiej uczulonej na surowicę końską zdołał Sewall wywołać typowy atak astmatyczny przez wkraplanie do nosa surowicy. Tu miał znaczenie widocznie sposób wprowadzenia antigenu, niezwykły dla zwierzęcia, a zwykły u ludzi. Być może, że astmatycy wśród ludzi znajdują się w tem samem położeniu, co morskie świnki wśród zwierząt. Tu jest zresztą duże pole do badań eksperymentalnych. Zresztą istnieje w piśmiennictwie jedno spostrzeżenie, które z punktu widzenia nauki o anafilaksji bardzo przemawia za identycznością napadu anafilaktycznego i astmatycznego. Jest to przypadek Ramirez'a z Chicago, który wygląda trochę niezwykle, ale przypadek był przedstawiony w Tow. lek. tamtejszem, więc chyba zasługuje na wiarę.

U mężczyzny 35-letniego, zawsze zdrowego i nie zdradzającego nigdy żadnych objawów astmatycznych, wolnego od wysypek i napadów migreny, dokonano wskutek ciężkiej niedokrwistości przetoczenia krwi do żyły w ilości 600 cm. Chory się poprawił dość szybko, tak że postanowił wybrać się na spacer powozem. Po drodze dostał jednak gwałtownego napadu astmy. Nazajutrz znów spacer powozem i znów napad bardzo gwałtowny. Zaalarmowani lekarze przeprowadzili u chorego szereg prób podług Pirqueta (p. niżej) celem przekonania się, co wywołało u niego napad. Wszystkie próby wypadły ujemnie, dopiero próba z proteinami włosów końskich wykazała, że chory był wrażliwy na te proteiny w rozcieńczeniu 1 : 20.000 — miał więc t. zw. astmę końską. Sprowadzono osobnika, który ofiarował krew dla chorego, i po indagacji tenże przyznał się, że cierpi oddawna na astmę. Okazało się przytem, że odczyn Pirqueta z proteinami włosów końskich wypadł u niego dodatnio już w rozcieńczeniu 1 : 50.000.

Czego ten przypadek dowodzi? Wiadomo z nauki o anafilaksji, że skłonność do napadów anafilaktycznych może być przeniesiona z jednego zwierzęcia, uczulonego na pewien rodzaj białka obcego, na inne nieuczulone, a to przez wprowadzenie do krwi zwierzęcia zdrowego surowicy zwierzęcia uczulonego. Zwierzę takie już po jednem pierwszem wprowadzeniu mu do krwiobiegu powyższego białka, t. zw. antygenu, dostaje napadu anafilaktycznego, zupełnie tak samo, jak to ma miejsce po reinjekcji u zwierzęcia uczulonego. Jest to t. zw. anafilaksja bierna. Otóż przypadek Rameza jest klasycznym przykładem anafilaksji biernej, w którym napad anafilaksji wystąpił w postaci napadu astmy. Sądzę, że fakt ten najbardziej przemawia za identycznością napadu astmy z napadem anafilaktycznym. Zresztą inny jeszcze fakt przemawia za tą identycznością. Jeżeli zastrzyknąć śwince morskiej surowicę astmatyka, a potem surowicę końską, to dostaje ona napadu anafilaktycznego.

Jeżeli więc tak jest, jak sobie objaśnimy fakt powstawania astmy u ludzi, fakt tak częsty i tak dobrze nam znany, jak sobie objaśnimy częstość tych napadów i dziwny dotychczas niepojęty związek tych napadów z czynnikami natury tak różnorodnej, niekiedy wprost nieuchwytnej? Rozumowanie logiczne musi prowadzić do wniosku, że człowiek skłonny do napadów astmy musi być uczulony na pewne substancje białkowe, tak samo, jak sztucznie uczulone bywa zwierzę na napad anafilaktyczny zapomocą obcego białka. O astmie pyłkowej oddawna było wiadomo, że chorzy nią dotknięci są uczuleni na pyłki roślinne. Otóż amerykanie z Walkerem na czele (może nie on był pierwszym) wykazali, że astmatycy są uczuleni na najrozmaitsze rodzaje

białka najrozmaitszego pochodzenia. Już Widal w r. 1914 przekonał się o tem na zasadzie następującego bardzo prostego spostrzegania klinicznego. U pewnego zdrowego dotychczas handlarza baranów, który oddawna zarzucił swoje zajęcie, występował typowy napad astmy, ile razy stykał się z baranami. Związek ten mógł Widal wykazać, ilekroć pragnął. Doświadczenie jednak wskazuje, że sprawa nie zawsze się ma tak prosto i jasno, jak to było w przypadku Widala. Wobec obfitości i różnorodności przyczyn, wywołujących astmę, nie zawsze można się posługiwać sposobem Widala, który w dodatku ma cechy dość grubego eksperymentu. Należało wynaleźć sposób, któryby pozwolił łatwo, szybko i bez szkody dla chorego wykryć rodzaj przyczyny, wywołującej uczulenie astmatyka, tj. ów poszukiwany antygen, wywołujący u niego astmę.

Tym sposobem, tą metodą, wykazującą rodzaj uczulenia, okazała się oftalmoreakcja, a jeszcze lepiej odczyn skórny podług metody Pirqueta.

Nie będę tu wchodził w teoretyczne uzasadnienie tej próby, za wiele by to zajęło czasu, powiem tylko, że Walker sprawdził wartość tej metody zapomocą metody wiązania dopełniacza i próby na aglutynację. Pozatem jest przypadek Ramireza najbardziej klasycznym dowodem dokładności metody, która zresztą wypróbowaną została w tysiącach przypadków, a która ma już swą historję w nauce o astmie pyłkowej. Osobiście mogę donioslość tej metody dla badania astmatyków tylko potwierdzić. Celem przeprowadzenia próby należy wykonać na przedramieniu bardzo powierzchowne i drobniutkie (długości 2 mm) nacięcie, nie krwawiące i umieścić na niem drobniutką cząstkę proteiny bardzo rozcieńczonej (p. niżej). Po 5—15 min. występuje na miejscu nacięcia bąbel średnicy conajmniej 5 mm, zlekka zaczerwieniony. Należy mieć na uwadze, że u pewnych astmatyków skóra jest tak wrażliwa, że samo nacięcie wywołuje powstawanie bąbla szerokości do 2 mm. Taki odczyn nie ma żadnego znaczenia. Natomiast u niektórych astmatyków z odczynem dodatnim bąbel wprost w oczach rośnie i przy użyciu mocniejszego cokolwiek stężenia rozszerza się wzdłuż naczyń limfatycznych na ramię a nawet na tułów i, co gorsza, może wywołać po kilku godzinach napad astmy. Taki przypadek zdarzył mi się u demonstrowanego tu 17-l. chłopca z proteinami ryby w rozcieńczeniu 1 : 50.000. Dopiero rozcieńczenie 1 : 100.000 dało bąbel szerokości 2 cm. Chory ten od samego zapachu ryby dostawał napadu astmy i był także uczulony na inne substancje zwierzęce (mięso).

Określenie najsłabszego stężenia proteiny, dającego już wyraźny odczyn, jest bardzo ważne szczególnie dla leczenia chorego. W razie wątpliwości można wynik próby sprawdzić przez poddanie chorego działaniu odpowiedniej proteiny, czy to przez podanie mu jej w pokarmach, czy też przez wdechanie. Tam, gdzie nie mamy pod ręką proteiny, można się posługiwać samą substancją, zawierającą ją. Tak np. użyć można wprost mleka, białka od jaj; co się tyczy produktów roślinnych jak np. mąki lub innych pokarmów, to tu umieszcza się na nacięciu szczyptę tej substancji i dodaje się do niej krople $^{1}/_{100}$ norm. rozczynu NaoH lub rozczyn fizjologiczny NaCl.

Wrażliwość skórna astmatyków na rozmaite proteiny uasunęła mi myśl skorzystania z tej próby celem przekonania się przed zastrzyknięciem surowicy leczniczej (końskiej), czy osobnik taki otrzymał już kiedy podobne zastrzyknięcie i jeżeli tak, czy jest wrażliwy na surowicę końską, a więc czy mu grozi przy powtórnem zastrzyknięciu napad anafilaktyczny. Z badań przepowadzonych przezemnie na 10 osobnikach, u których przedtem w rozmaitych porach (od miesiąca do 5 lat) była zastrzyknięta surowica końska, okazało się, że u wszystkich tych osobników odczyn Pirqueta z surowicą końską był ujemny. Rozumie się, iż z powodów zrozumiałych nie mogłem u tych chorych sprawdzić wartości tej metody zapomocą zastrzyknięcia surowicy końskiej. Sądzę, że być może nie każdy osobnik tego rodzaju daje odczyn dodatni Pirqueta i że występuje on tylko u osobników szczególnie wrażliwych, jak np. u tych, którzy w dzieciństwie byli dotknięci skazą wysiękową (p. niżej).

Astmatyków należy podzielić na 2 grupy równe co do częstości. Jedna jest uczulona na proteiny, w drugiej uczulenia tego wykryć się nie udaje. Chorych tej ostatniej grupy nie można wskutek tego nazwać astmatykami w ściślem znaczeniu tego wyrazu. Niektórzy nazywają te przypadki bronchitem astmatycznym, inni astmą nietypową. Właściwie przypadki te nie powinny być zaliczone do astmy, choć nieraz przechodzą w typową astmę. Pomówimy o tem zresztą poniżej.

Otóż astmatycy są uczuleni na proteiny, zawarte w następujących substancjach. Dane, które tu podaję, są oparte na bardzo dużym materjale Walkera i Cooka (po 600 przypadków).

1. EMANACJA ZWIERZĄT — 34% uczulonych z tego:
- 57% na włosy końskie,
- 6% włosy kocie, 3% bydlęce,
- 3% pierze, 1% wełna (wł. baranie)
- 30% włosy końskie i inne (psie).

2. POKARMY. — 24% z tego:
- 50% zboże: 68% pszenica, 8% żyto, 4% ryż, 20% inne rodzaje (w tem bawełna)
- 50% inne pokarmy w kombinacji: 40% jajko, 30% mleko, 25% ryba, 20% kartofle, pozatem kura, wołowina, mięso baranie, wieprzowina, owoce, miód.

3. BAKTERJE. — 20%: 1) Gronkowiec złocisty. 2) Łańcuszkowiec hemolityczny (Streptococcus haemolyticus). 3) Gronkowiec biały, Łańcuszkowiec zieleniejący (viridans). 4) Wypadkowo microc. tetragenes, citreus i catarrhalis, pseundodiphtericus i pnumokoki.

4. PYŁKI. — 22%: Kilkadziesiąt rodzajów, a może i więcej.

MOjE PRZYPADKI. 54.
- Zwierzęta: włosy końskie 4 razy, psie 2 razy, pierze 4 razy, wełna 2 razy.
- Pokarmy: ryba 2 razy, mięso wołowe i baranie 2 razy, jajko 2 razy, mleko 2 razy, pszenica i żyto 2 razy, bawełna 2 razy, jabłko 1 raz.

Wszystkie te substancje zawierają mniejszą lub większą ilość białka, które, dostając się stopniowo w małych ilościach do ustroju, uczula go. Przez próbę Pirqueta przekonywamy się, na co chory jest uczulony.

Nasuwa się pytanie, jaką drogą powstaje uczulenie, czyli którędy dostają się proteiny do ustroju.

Istnieją 4 drogi, przez które substancje uczulające przenikają do ustroju: 1) drogi oddechowe, 2) przewód pokarmowy, 3) wchłanianie, 4) zakażenie.

Przez drogi oddechowe przenikają przedewszystkiem proteiny pyłków roślinnych (mogą i przez kanał pokarmowy), emanacje i włosy zwierzęce, mąka (u piekarzy i młynarzy) oraz pył organiczny. Błony śluzowe są specjalnie bardzo czułe na proteiny. Przez kanał pokarmowy przenikają proteiny z pokarmów. Przez wchłanianie dostają się przez błony śluzowe (oczu) i przez skórę wszystkie powyżej wymienione proteiny.

Drogą zakażenia dostają się proteiny bakteryjne z rozmaitych miejsc ciała, a najczęściej z zębów, gardzieli, nosa i płuc. Tu główne znaczenie mają proteiny bakteryj, a nie samo zakażenie (endotoksyny), dowodzi tego odczyn skórny, który jest dodatni od protein, a nie od bakteryj. Stałe ciągłe przenikanie protein z pewnych ognisk uczula człowieka i z czasem daje powód do wybuchu astmy.

Co się tyczy warunków, w jakich powstaje uczulenie, to znaczenie ma tu: 1) okres rozwoju uczulenia, 2) zajęcie chorego, warunki życiowe, przyzwyczajenia, słabostki i pory roku.

Okres wybuchu astmy ma ścisły związek z uczuleniem.

Z pośród astmatyków, dostających astmy w niemowlęctwie, $^{4}/_{5}$ jest wrażliwa na proteiny, z grupy dostającej astmy w dzieciństwie $^{2}/_{3}$ tylko jest wrażliwa na proteiny, z pośród młodzieży $^{1}/_{2}$, a z dorosłych tylko $^{1}/_{4}$. Po 50 roku astma rozwija się u osób nieuczulonych. Z tego widać, iż z wiekiem liczba osób uczulonych zmniejsza się, a liczba nieuczulonych

zwiększa. Co to znaczy, zobaczymy później. Z pośród osobników wrażliwych na włosy zwierzęce w $^1/_5$ astma wybucha między 1—2 r. życia, a w $^1/_4$ między 2—10. Z wiekiem wrażliwość na włosy zwierzęce spada. W dzieciństwie uczulenie na pokarmy jest bardzo częste. Na 29 przypadków takich Walkera 9 było wrażliwych na jajka, 8 na zboże, a 3 na mleko.

Kierując się wiekiem, w którym wybuchła astma, można często z wielkiem prawdopodobieństwem wykryć przyczynę astmy. Tak np. niemowlęta astmatyczne są często bardzo wrażliwe na mleko, starsze cokolwiek na jajka i mąkę. Są jednak wyjątki. Tak np. młodzieniec, o którym wyżej była mowa, pomimo iż miał astmę prawie od urodzenia, nie był uczulony na mleko, jajka i pokarmy roślinne, natomiast na surowicę końską, wołową i proteiny ryby.

Zajęcie ma często duże znaczenie u chorych zapadających na astmę po 40 roku. Połowa przypadków ma wtedy ścisły związek z zajęciem. Tak np. u Walkera z 11 osób w tym wieku 4 piekarzy dostało astmy wskutek wdechania pszenicy, 1 stangret wskutek obcowania z końmi, 1 przebierający ziarna kawy stał się wrażliwy na kawę; pewien 38-letni tragarz przezemnie obserwowany stał się wrażliwym na chleb kartkowy i jabłka, handlarz zaś baranów (Widal) na włosy baranie. Kuśnierze stają się wrażliwymi na futra, ostatnio Curschmann opisał przypadki uczulenia na barwnik ursol, którym farbuje się futra na czarno. Z rzadkich zanotować należy, prócz kawy, drzewo bukszpanowe i drzewo pomarańczowe. (C. d. n.)

Oceny i sprawozdania.

Prof. M. Borst. **Pathologische Histologie.** Verlag von Vogel 1922 r.

Innym rodzajem jest książka Borst'a. Nie jest to systematyczny kurs, ogarniający ogólną część anatomji patologicznej, lecz dowolne zestawienie specjalnych obrazów chorobowych, w przebiegu których omawia dość szczegółowo histologję patologiczną. Dla czytelnika polskiego daje się odczuć wśród szeregu ładnych barwnych rysunków brak obrazu twardzieli i jego szczegółowego opisu. Całość odpowiada zwięzłemu podręcznikowi.

Kowalski Bol. — **O histologicznej budowie i specyficznej czynności nabłonka owodni.** Poznań. 1922 r. Poznańskie Towarzystwo Przyjaciół Nauk. Prace Komisji lekarskiej. Tom I. zeszyt I.

Rozprawa na 32 stronach, z tablicą barwnych rysunków, przedstawiających drobnowidowe preparaty autora.

Opierając się na wynikach badań swoich, proponuje podział nabłonka owodni na dwie części, na centralną, leżącą na łożysku i obwodową, leżącą poza łożyskiem. Między jedną a drugą zachodzą różnice tak co do histologicznej budowy, jak i co do ich fizjologji. Obwodowa część składa się z jednej warstwy kosmkowych komórek z jądrami, ułożonemi w środku, środkowa składa się również z jednego rzędu komórek o różnym jednakże wyglądzie. Przeważnie są to podłużne, wąskie, wałeczkowate komórki z jądrami ułożonemi w pobliżu powierzchni, między niemi zaś grubsze i krótsze, przypominające więcej komórki kostkowe. Komórki wałeczkowate, liczniejsze, mają większe znaczenie i wykazują w protoplazmie swej wodniczki, zwykle bardzo liczne.

Komórki owodni, przedewszystkiem zaś jej środkowej części, zawierają w sobie, prócz jąder, dwa różne rodzaje ziarenek. Część ich jest pochodzenia tłuszczowego, część zaś specyficznego. Ziarenka specyficzne i tłuszczowe wraz z wytwarzaniem się jamek w jądrach w ciele komórek świadczą o jakiejś swoistej czynności nabłonka owodni, jest nią bardzo prawdopodobnie wydzielanie wód płodowych. Bardzo znaczne różnice zachodzą co do liczby ziarenek i jamek między częścią środkową i obwodową owodni. Przemawiają one zatem, że część środkowa, a przedewszystkiem jej wałeczkowate komórki, mają znaczenie ważniejsze przy wydzielaniu wód płodowych, część zaś obwodowa tylko podrzędne. Z chwilą, gdy owodnia obumiera, giną ziarenka i jamki i ustaje swoista czynność nabłonka.

Podnieść należy jeszcze wyróżniającą taniość wydawnictwa — cena księgarska wynosi bowiem zaledwie 240 marek.

W. Janusz (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Chemja fizjologiczna.

Zeitschrift f. physik. Chemie.

T. 120, str. 71—85. 1. VI. 1922.

S. Edlbacher. **O kwasach proteinowych moczu. I. kwas oksyproteinowy.** Grupa kwasów oksyproteinowych, odkryta w r. 1897 przez Bądzyńskiego i Gottlieba, była, jak powszechnie wiadomo, przedmiotem licznych badań Bądzyńskiego i jego szkoły. Badania te doprowadziły do wyodrębnienia ze surowego kwasu oksyproteinowego (to jest nierozpuszczalnych w alkoholu soli barowych, zawartych w moczu, a pozostających po oddzieleniu kwasu fosforowego, siarczanego i solnego) trzech substancyj, nazwanych przez Bądzyńskiego (w pracach wykonanych wspólnie z Dąbrowskim i Pankiem) kwasem alloksyproteinowym (który się strąca solami ołowiawemi), antoksyproteinowym (który się daje strącić octanem rtęciowym w płynie kwaśnym) i oksyproteinowym, który się strąca octanem rtęciowym w płynie obojętnym lub zasadowym. Charakterystyka chemiczna tych ciał była raczej niezupełna, w szczególności kwasu oksyproteinowego; nie podano dla tego ciała ani odczynów charakterystycznych, ani nie zdołano wyjaśnić jego budowy. Pomimo niezupełności pojęć chemicznych o kwasach oksyproteinowych, Bądzyński i jego szkoła przypisywali tym ciałom określony, a bardzo ważny udział w przemianie białkowej; na podstawie niskiej zawartości siarki uważali je za ciała o bardzo wielkiej masie cząsteczkowej, na podstawie zawartości azotu za pochodne białka, a na podstawie zawartości tlenu, znacznie większej, niż w w białku, za takie pochodne białka, które bez rozłożenia wielkiej cząsteczki białkowej uległy utlenieniu: określano je jako »niedopałki białka«. Takie wyobrażenia o spaleniu się białka bez rozkładu na aminokwasy stały poniekąd w sprzeczności z przyjętemi obecnie ogólnie wyobrażeniami o drogach rozkładu białka: w sprzeczności, dla której skąpe wiadomości chemiczne i fizjologiczne o kwasach oksyproteinowych zbyt słabą stanowiły podstawę. Gdy więc ze strony szkoły Bądzyńskiego wyrażano tak daleko posunięte twierdzenia, jak to, że azot niebiałkowy krwi jest w dużej części azotem kwasów oksyproteinowych, i że wykrycie kwasów proteinowych zmusza do zupełnej rewizji poglądów na przemianę białka, to inni badacze, uchodzący za powagi na polu chemji i fizjologji ciał białkowych, uważali interpretację roli ciał, tak niedostatecznie określonych i niedokładnie znanych, za conajmniej przedwczesną.

Praca Edlbachera, wykonana w Instytucie dla badań nad białkiem w Heidelbergu,[1]) posuwa znacznie sprawę kwasu oksyproteinowego; czytając ją ma się wrażenie, że istota i rola fizjologiczna[2]) grupy t. zw. kwasów proteinowych niebawem wyjaśni się zupełnie, aczkolwiek okaże się zupełnie inną, niż przypuszczał Bądzyński i jego uczniowie. Edlbacher sporządził w drodze, wskazanej przez Bądzyńskiego, sól barową kwasu oksyproteinowego i potwierdza w zupełności opis własności tego ciała, jak go podali Bądzyński—Gottlieb, Bądzyński, Dąbrowski i Panek. Edlbacher badał następnie wolny kwas, otrzymany przez rozłożenie oksyproteinianu rtęciowego: kwas ten dał się rozłożyć — bez użycia czynników rozszczepiających—na trzy frakcje, z których pierwsza (bardzo skąpa) dawała odczyny węglowodanów; druga składała się głównie z mocznika, trzecia zawierała również wiele mocznika. Aminokwasów znaleziono zaledwie ślady.

To, co daje się strącić jako t. zw. oksyproteinian borowy lub rtęciowy, jest zatem luźnym kompleksem ciał, w których skład wchodzi — w danej ilości — mocznik, związany prawdopodobnie w kwasach uraminowych. Edlbacher słusznie podnosi kwestję, czy kwas oksyproteinowy wogóle jest zawarty pierwotnie w moczu (względnie w innych płynach, które również mocznik zawierają), czy też powstaje wtórnie

[1]) Pozostającym pod kierunkiem A. Kossela.
[2]) O ile te ciała rolę fizjologiczną wogóle mają.

podczas manipulacyj pracownianych, dokonanych na moczu w celu wyodrębnienia związku szukanego. Związki uraminowe powstają, jak wiadomo, niezmiernie łatwo.

Parnas (Lwów).

Anatomja patologiczna.

Virchows Archiv.

T. 236 1922.

F. Herzog i A. Roscher. **Przyczynek do obrazu klinicznego i do pochodzenia zatrucia kollargolem u człowieka.** Autorowie podają dokładny obraz kliniczny i anatomiczno-histologiczny zmian, spostrzeganych u dwóch młodych kobiet z rzeżączką i kiłą. U obu stosowano w celach leczniczych z początku neosalwarsan i nowasurol a następnie wstrzykiwanie śródżylne kollargolu, u jednej 12% w ilości 6—8 ccm, u drugiej 5% w ilości 4—8 ccm. Po wstrzyknięciach tych wystąpiły u chorych objawy zatrucia ciężkiego pod postacią duszności, groźnego osłabienia serca i poważnych zmian w moczu. Na skórze pojawiła się wysypka krwotoczna. W pierwszym przypadku nastąpiła śmierć w 5 dni po wystąpieniu pierwszych objawów, w drugim przypadku po dniach 14. Należy podnieść, że w obu przypadkach krew okazywała zmiany, świadczące o schorzeniu poważnem szpiku kostnego. Badanie pośmiertne wykazało zmiany w narządach wewnętrznych, przedewszystkiem zaś w wątrobie i w szpiku kostnym. U jednej i drugiej stwierdzono ogniska martwicze a nadto w śródbłonkach i w samych ścianach naczyń liczne ziarna i grudki kollargolu a nawet gdzieniegdzie ogniska martwicze w ścianach naczyń. W przypadku drugim, o przebiegu więcej przewlekłym, stwierdzili autorowie zmiany, świadczące o gojeniu się tkanek w miejscach martwiczych. Kollargol więc, podobnie jak benzol, salwarsan lub promienie Roentgena, może wśród pewnych warunków wywoływać wysypki krwotoczne na skórze i poważne zmiany w narządach i w szpiku kostnym. Wobec tego należy być ostrożnym w stosowaniu wielkich dawek wysokoprocentowych roztworów kollargolu.

Brack. **Dwa rzadkie przypadki z patologji narządu moczopłciowego męskiego.** 1. Uogólniony guz brodawkowaty dróg moczowych. U mężczyzny z klinicznie i anatomicznie stwierdzonym rakiem odbytnicy wykazano sekcyjnie w miedniczce nerkowej, we wielu miejscach moczowodu i przy samem jego ujściu w pęcherzu moczowym guzki, dochodzące wielkości 5 markówki, bladoróżowe, miękkie, brodaweczkowate, ograniczone tylko do błony śluzowej. Sam moczowód był rozszerzony i wężykowato pokręcony. Według autora twory opisane powstały niezależnie od raka odbytnicy i najwięcej odpowiadają dobrotliwemu fibroepithelioma. Sprawa opisana mogłaby być także pochodzenia zapalnego, powstać zaś mogłaby w następstwie czynnika zakaźnego lub trującego chemicznego na wzór zmian, spostrzeganych pod wpływem przewlekłego zatrucia aniliną.

2. Przypadek nadliczbowego pęcherzyka i przewodu nasiennego. U 81 letniego mężczyzny z rakiem stercza stwierdzono sekcyjnie poza otrzewną w linji środkowej około 4 cm nad jej zagięciem, tworzącem zagłębienie Douglasa, twór długości $2^1/_2$ cm, składający się z 3 płaskich wyniosłości wielkości wiśni. Od tworu tego szedł przewód w kierunku prawego przewodu nasiennego a następnie obok niego aż do przyjądrza, które przedstawiało obraz zaniku. Opisany twór miał budowę pęcherzyka nasiennego, przewód zaś przewodu nasiennego. Te niezwykłe dodatkowe twory powstały, według autora, z nadliczbowego zawiązku, odpryśniętego z fałdów nabłonka, tworzących przewód nasienny.

E. Mayer. **Zachowanie się nerek przy ostrym żółtym zaniku wątroby.** Materjał autora składał się z 31 przypadków ostrego względnie podostrego zaniku wątroby. Za oznaki nieznacznego uszkodzenia nerek przy zaniku ostrym wątroby należy uważać ślady białka i żółciowe cylindry w następstwie żółtaczki. Stłuszczenie nabłonków kanalików nerkowych jest następstwem zaburzenia przemiany materji, wywołanego schorzeniem wątroby, przyczem tłuszcz pochodzi głównie z krwi lipemicznej. Należy zaznaczyć, że nie ma żadnego podobieństwa między procesem toczącym się w wątrobie a procesem w nerce, i nie można też przyjmować jakiegoś bezpośredniego działania na nerkę czynnika szkodliwego, który spowodował zanik wątroby ostry lub podostry. Obraz nerki przy zaniku ostrym wątroby nie pozwala zaliczyć jej ani do zapaleń ani też do nefroz, niema tu bowiem ani zapalenia, ani zwyrodnienia. Ostatecznie stłuszczenie nerek przy ostrym zaniku wątroby, podobnie jak w cukrzycy, jest wskaźnikiem istniejącej lipemji i zaburzenia w przemianie węglowodanów. Rozchodzi się tu więc o zaburzenie w przemianie materji, o nefrodystrofję w pojęciu Aschoffa.

R. Miller. **Dystrophia adiposo-genitalis u osobnika z torbielą przewodu przysadkowego.** Klinicznie spostrzegany i anatomicznie dokładnie zbadany przypadek torbieli przewodu przysadkowego u mężczyzny 55 letniego, u którego objawy guza w jamie czaszkowej utrzymywały się od lat 23. Siedem lat przed śmiercią wystąpiła ślepota jednego oka i osłabienie wzroku oka drugiego, następnie napadowa utrata przytomności, ogólne osłabienie i śpiączka. Brak objawów ogniskowych. Od kilkunastu lat utrzymują się objawy i zmiany charakterystyczne dla dystrophia adiposogenitalis. Sekcyjnie stwierdzono torbiel wielkości jaja kurzego, usadowioną poza oponą twardą, z kilkoma małemi dodatkowemi torbielami. Torbiel uciskała znacznie na podstawę mózgu, powodując między innemi zupełny zanik nerwów ocznych i znaczne rozszerzenie komór mózgowych bocznych. Histologicznie stwierdził autor w torbieli wyściółkę utworzoną z wielowarstwowego nabłonka płaskiego, w niektórych miejscach ograniczonego tylko do warstwy rozrodczej, oraz zwapnienia. Ściana torbieli wytworzona była z tkanki łącznej, miejscami szklistej. Płat gruczołowy przysadki wskutek ucisku został zredukowany do zaledwie kilku rzędów komórek, płata zaś nerwowego nie można było wykazać. Z innych gruczołów dokrewnych należy wymienić zanik jądra i przyjądrza wysokiego stopnia, podobnie tarczycy i nadnerczy.

Kolodny. **O stłuszczeniu mięśni z czynnością, zależną od naszej woli.** Autor przeprowadził badania mięśni 250 zwłok celem przekonania się, czy obecność tłuszczu we włóknach mięśni z czynnością zależną od naszej woli jest zjawiskiem zwykle spotykanem; w dalszym ciągu, czy obecność tłuszczu zależna jest od pracy mięśnia, od wieku i płci osobnika, a wreszcie czy także zależna jest od jakości stanu chorobowego. Otóż na podstawie badania systematycznego poszczególnych mięśni i ich grup, a także mięśnia przepony doszedł autor do wniosków następujących: 1. Stłuszczenie mięśni z czynnością zależną od naszej woli nie jest zjawiskiem stałem i nie można go uważać za sprawę prawidłową dla komórki mięsnej, 2. stłuszczenie mięśni pojawia się najczęściej w mięśniach najwięcej czynnych, jak w przeponie, najrzadziej natomiast w mięśniach mało czynnych; 3. stłuszczenie mięśni jest w prostym stosunku do wieku osobnika; 4. stwierdza się je najczęściej w chorobach przewlekłych, połączonych z ciężkiem zaburzeniem w krążeniu; 5. stłuszczeniu mięśnia towarzyszą także zmiany inne, świadczące o jego zwyrodnieniu.

O. Lubarsch. **Uwagi do pracy powyższej.** Zasadniczo zgadza się L. na wywody Kolodnego w szczególności na to, że tłuszcz w mięśniach nie jest składnikiem fizjologicznym, że istotnie najwięcej czynne mięśnie są najwięcej stłuszczone (dawniej był zapatrywania innego), że wreszcie w mięśniu nie są do równi stłuszczone poszczególne włókna mięsne. L. nie uważa jednak za udowodnione, że stłuszczenie mięśni, wykazane przez Kolodnego, jest wyrazem zwyrodnienia.

W. Fischer. **O zakażeniu pasorzytem clonorchis** (*distonum spathulatum*). Autor podaje spostrzeżenie własne z dziedziny zakażenia pasorzytem clonorchis. Zakażenie to dotyczy chińczyków a jest tak częste, że np. w Chinach południowych do 50% ludności jest niem dotkniętych, w Szangaju do 7%. U Europejczyków pasorzyta tego nie spostrzegał, jedynie w kilku przypadkach u mieszańców. Pasorzyt clonorchis w rozwoju przechodzi przez 2 gospodarzy, ślimaka i przez pewien rodzaj ryb. Mięso ich zawiera larwy pasorzyta, które dostają się do przewodu pokarmowego człowieka. Larwy te utrzymują się w stanie żywym nawet w mięsie pieczonem. Niestwierdzanie pasorzyta u Europejczyków jest poprostu wy-

nikiem niespożywania potraw, sporządzonych z mięsa ryb odnośnych. Sekcyjnie spostrzegał autor pasorzyta w przewodach żółciowych, w okolicy których pojawiały się nacieki złożone z lymfocytów. Eozynofilji nie spostrzegał. Wcale często spostrzegana u Chińczyków marskość i guzy wątroby są, zdaniem autora, następstwem omawianego pasorzyta.

W. Nowicki (Lwów).

Położnictwo i ginekologja.

Archiv für Gynäkologie T. 115. Z. 2.
Berlin, 1921.

Katz. **O nagłej śmierci naturalnej w ciąży, w czasie porodu i połogu** (na podstawie 95 sekcyj urzędowych). Bardzo ciekawa praca statystyczna, oparta na dwudziestoletnim materjale sekcyjnym wiedeńskiego Zakładu medycyny sądowej, zasługuje na przeczytanie w oryginale. Materjał swój dzieli autor według przyczyn śmierci w ciąży, podczas porodu i połogu na następujące grupy: I. Choroby wewnętrzne (choroby serca, naczyń krwionośnych, płuc, nerek, gruczołu tarczowego). II. Zatrucia ciążowe z charakterystycznemi dla nich objawami anatomicznemi. III. Patologja porodu (skrwawienia, zatory). IV. Schorzenia w połogu. Na szczególniejsze podniesienie zasługują przypadki śmierci z powodu wad serca; wydarzały się one w przeważnej części w pierwszym okresie porodu, a więc w czasie, kiedy jeszcze praca porodowa nie mogła mieć na nie wpływu. Często zmiana anatomiczna nie odpowiadała podmiotowym dolegliwościom, a przepełnienie żołądka i jelit stawało się często bezpośrednią przyczyną zejścia.

Ostre i przewlekłe zapalenie nerek wywołało w trzech przypadkach śmierć w następstwie mocznicowego obrzęku mózgu (bez anatomicznych śladów rzucawki).

Dwa przypadki nagłej śmierci z powodu olbrzymiego gruczołu tarczowego, gdzie nastąpiło uduszenie wskutek ucisku tchawicy, uzupełniają pierwszą grupę.

Trzydzieści razy rzucawka porodowa była przyczyną śmierci w ciąży, podczas porodu i połogu. We wszystkich tych przypadkach stwierdzono w wątrobie obraz »ognisk martwiczo-wybroczynowych«.

Czternaście razy znaleziono nefrozę, a dwanaście razy zapalenie nerek, przyczem raz wodonercze jednostronne. Stałem zjawiskiem przy tych cierpieniach było stłuszczenie mięśnia sercowego, a dość często, bo siedem razy, spostrzegano krwotoki mózgowe.

Bezpośrednią przyczyną śmierci w połogu w czterech przypadkach były ostre krwotoki, a pięć razy zator powietrzny. Oprócz zwykłych krwotoków atonicznych, ciekawe są dwa przypadki skrwawienia się z łechtaczki i dwa z pęknięcia szyjki macicy.

Rzadkim był przypadek śmierci z powodu pęknięcia żylaka (w dziewiątym miesiącu księżycowym).

Z ostatniej grupy wymienić należy cztery przypadki śmierci między 2-m a 19-m dniem po porodzie z powodu posocznicy u kobiet, które nie zawezwały pomocy lekarskiej; dwie z nich, mimo ciężkiego stanu, pracowały do ostatniej chwili.

Prof. Kirstein F.: **O rokowniczem znaczeniu hemolizy bakteryj u rodzących i położnic.** Na szeregu rodzących i położnic badano, jak często łączy się hemoliza bakteryj dróg rodnych z zaburzeniami gojenia się ran porodowych. Oprócz tego starano się stwierdzić, jaki wpływ ma długość porodu po pęknięciu pęcherza płodowego na częstość gorączki połogowej, jeżeli się uwzględni rodzaj bakteryj. Autor rozróżnia trzy postacie gorączki połogowej: I. przy ciepłocie między 38° a 39°, od 1—14 dni trwania, II. ponad 39° i każdą gorączkę, trwającą do 14 dni. III. gorączkę z dreszczami i ponad 14 dni. Pokazało się, że położnice z bakterjami hemolitycznemi w drogach rodnych zapadają najczęściej na gorączkę, należącą do trzeciej grupy, oprócz tego u chorych tych występują często powikłania w czasie gorączki. Operacje położnicze zwiększają ilość gorączki połogowej o 50%, a w przypadkach z bakterjami hemolitycznemi blisko o 100% tak, że na 380 operowanych podczas porodu gorączkowało 60 z hemolitycznemi, a tylko 37 z anhemolitycznemi drobnoustrojami. Spostrzeżenie to ma i praktyczne znaczenie: przy obecności paciorkowców hemolitycznych należałoby ograniczyć zabiegi, a względnie inaczej je stosować, np. nie szyć pęknięć krocza bez setonażu, sączkować macicę itd.

Daleko ważniejszym objawem w rokowaniu jest — według autora — stwierdzenie podczas porodu flory pochwowej, niż podniesionej ciepłoty, która stosunkowo rzadko daje złe rokowanie. Jeżeli się wreszcie bada wpływ długości trwania porodu po pęknięciu pęcherza płodowego na rodzaj schorzenia w połogu, a nie na jego częstość, to udaje się stwierdzić, że okres czasu między pęknięciem pęcherza i porodem nie odgrywa tak ważnej roli, jak rodzaj i jadowitść obecnych bakteryj.

Prof. F. Kirstein: **O biernem uodpornieniu noworodków szczepionką błoniczą T. A. Behringa.** Wyniki badań autora, przedstawione w tej pracy, dają się streścić w następujących zdaniach:

Czynne uodpornienie noworodka szczepionką Behringa »T. A.« byłoby możliwem; nie jest jednak odpowiednie dla zwalczania błonicy u noworodków, ponieważ, jeżeli wogóle do uodpornienia dochodzi, to rozwija się ono bardzo powoli i szybko znika. Udaje się noworodka biernie uodpornić, jeżeli podaje się ciężarnym w ostatnich miesiącach szczepionkę Behringa »T. A.«, przez co zwiększa się zawartość antytoksyn przeciwbłoniczych we krwi pępowinowej czterokrotnie. Mimo tego jednak zapadają te noworodki taksamo często na błonicę, jak i noworodki, których matkom szczepionki nie podawano. Noworodek nie zdoła więc wyzyskać odpowiednio antytoksyn we krwi jego się znajdujących. Wobec tych spostrzeżeń, jakoteż i faktu, że noworodki względnie rzadko chorują na błonicę, a jeżeli już, to przechodzą ją bardzo lekko, lub bardzo ciężko, i że w pewnej liczbie przypadków wstrzykiwania surowicy pozostały bez wpływu na przebieg choroby, należy zmienić nasze zapatrywania co do uodparniania noworodków.

Różnice w przebiegu błonicy u noworodków są zależne w pierwszym rzędzie od żywotności bakteryj, a następnie od miejscowej odporności tkanek. Możliwą byłoby rzeczą zwiększyć tę odporność wstrzykiwaniami zwykłej, nieswoistej surowicy końskiej. Spostrzegane wyniki leczenia błonicy noworodków surowicą leczniczą przeciwbłoniczą należy raczej odnieść do samej surowicy, jako takiej, a nie do zawartości w niej antytoksyn.

Doc. Aschner: **Osobliwy nowotwór jajnika z grupy zwanej »Folliculoma«.** Na podstawie przypadku przez siebie operowanego, stara się autor wprowadzić porządek do klasyfikacji pewnego rodzaju guzów jajnikowych, dotychczas nazywanych i grupowanych rozmaicie. Klinicznie guzy te *(Folliculoma ovarii, folliculoma malignum, adenocarcinoma ovarii folliculare, struma ovarii)* okazały się w przeważnej części łagodnemi, mimo, że histologiczne badanie stwierdziło utkanie rakowate. Dotychczas opisano, razem z przypadkiem autora, dwadzieścia cztery przypadki. Już z powodu histologicznego i klinicznego zachowania się, guzy te zajmować powinny osobny rozdział w patologji nowotworów jajnika. Folliculoma jest zwykle jednostronne, złośliwsze u młodych osób.

Tworzenie się tego rodzaju nowotworów zmienia tor i nasilenie miesiączki, wywołując najczęściej krwotok, jak to w przypadku autora wybitnie się zaznacza. Częstsza puchlina brzuszna, niż charłactwo, wielkość guzów od pięści do głowy męskiej. Rozróżnić łatwo w nich dwie warstwy: rdzenną i korową; w pierwszej przeważa budowa torbielowata, w drugiej na jednolitem podłożu utkanie gąbczaste. Folliculoma pochodzi, zdaje się, z zarodkowych prajajek i pęcherzyków Graafa, a może i z zarodkowych pozostałości z niezużytkowanych mas granulozy.

W rozwoju nowotworu dadzą się rozróżnić trzy stopnie: I. przedstawia się jako gruczolak lub rak w postaci pasm komórek lub przewodów, II. odpowiada tworzeniu się prajajek i jest podobny do małych przestrzeni torbielowatych, III. stopień to mniej więcej pęcherzyk stale wzrastający, o zawartości szklistej; ściana jego składa się z kilku warstw, komórek granulozy. Wogóle folliculoma przedstawia ten ro-

dzaj guzów, które sprawiają wrażenie przerosłych i zwyrodniałych jajników. W przypadku autora spostrzegano także twór, który odpowiadałby ciałku żółtemu, lecz bardzo znacznie przerosłemu.

Füth: **W sprawie oparzenia pochwy chlorkiem cynku.** Zamiast 5% tamponu wprowadziła sobie chora do pochwy tampon z 50% chlorkiem cynku, poczem w siedem dni później wydalił się odlew błony śluzowej pochwy i części pochwowej w całości. Sprawa zgoiła się bez pozostawienia jakichkolwiek zrostów lub zwężeń.

Baumm: **Osteogenesis imperfecta.** W cierpieniu tem — w przeciwieństwie do chondrodystrofji, gdzie sprawa chorobowa rozgrywa się w nasadach kości długich, główne zmiany spotyka się w trzonach. Anatomopatologicznie, przedstawia się ta sprawa w postaci zaburzeń w wytwarzaniu się kostniny z okostnej, natomiast wewnątrzchrząstkowe bujanie chrząstki i kostnienie odbywa się prawidłowo. Klinicznie choroba ta objawia się twardością, kruchością i smukłością kości długich, które to zmiany nawet wewnątrz macicy lub podczas porodu, a często i później, prowadzą do samorodnych złamań. Złamania te leczą się wśród obfitego tworzenia się kostniny. Rentgenologicznie stwierdzić się daje w kościach długich prawie zupełnie brak warstwy gąbczastej; na kościach zaś czaszki brak granic między niemi. Etjologicznie cierpienie to nie jest jest jeszcze wyjaśnione, także pytanie co do tożsamości z *osteopsathyrosis idiopathica* nieda się odpowiedzieć twierdząco.

Robert Meyer: **Guzki z nabłonka płaskiego w przerosłych gruczołach błony śluzowej trzonu macicy przy raku.** W przerosłej błonie śluzowej w okresie przedmiesiączkowym macicy mięśniakowato zmienionej, znalazł autor ogniska nabłonka płaskiego, które wypuklają się tuż pod warstwą nabłonka wałeczkowatego w postaci guzków, podobnych do kłębków nerkowych. Nigdzie w tych ogniskach nabłonka płaskiego, czy to jeżeli spotykano je wewnątrz czy zewnątrz gruczołów, nie zauważono rozrostu w kierunku złośliwym.

W innym przypadku wyspom nabłonka płaskiego w trzonie macicy towarzyszył wczesny obraz raka gruczolakowatego, przyczem jednak nie było samodzielnego bujania nabłonka płaskiego poza granicę gruczołów w tkankę łączną. Pochodzenie wysp nabłonka płaskiego w błonie śluzowej trzonu macicy, możnaby tłómaczyć metaplazją młodych niezróżnicowanych komórek z życia płodowego, jakkolwiek przypuszczenie to nie zawsze daje się utrzymać. Jeżeli guzki nabłonka płaskiego łączą się ze zwykłym przerostem błony śluzowej trzonu macicy, trzeba je uważać za zjawisko, nie mające nic wspólnego ze złośliwością. W każdym razie chore, u których takie obrazy zauważono, powinny być pod ciągłą obserwacją.

(Szczegóły należy przejrzeć w oryginale).

Szymanowicz (Kraków).

Stomatologja.

Payr (Lipsk). **O rozpoznaniu przyczyn i planie leczenia nerwobolu nerwu trójdzielnego.** (68 1039 (1921). M. med. Woch.) W artykule przeznaczonym dla ogólnych praktyków i dla specjalistów powołanych do zbadania ewentualnych przyczyn nerwobolu objawowego, wymienia P. na podstawie bogatego doświadczenia osobistego rodzaje i przyczyny nerwobolu i uzasadnia racjonalny metodyczny plan leczenia. Dzieli nerwobole na ostre i przewlekłe, przytem na objawowe i samoistne, obwodowe i środkowe. O prawdziwym nerwobolu mówi się, gdy, mimo użycia wszystkich rozporządzalnych sposobów badania, nie zdołamy wykryć żadnej przyczyny anatomicznej, mechanicznej, zapalnej, toksycznej; w innych przypadkach lepiej jest użyć określenia «bole nerwobolowate« (*neuralgieähnlicher Gesichtsschmerz*).

1) Ostry nerwoból towarzyszy często chorobom zakaźnym (grypa, zimnica, dur, czasem ostry nieżyt nosa, nieżyt sienny).

2) Przy postaciach objawowych ustępuje okres ostry nerwobolu na plan dalszy wobec podstawowego cierpienia, natomiast dla form przewlekłych znamy następujące przyczyny: a) choroby zębów i szczęk (stany zapalne, zęby zatrzymane, wyrośle kostne, drzazgi kostne po wyjęciach zębów, tętniaki tętnicy żuchwowej, zmiany kości szczęk bezzębnych (nerwobole u osób bezzębnych), torbiele szczękowe, nowotwory), b) choroby nosa (obrzmienia śluzówki nosowej), zatok bocznych,zwłaszcza szczękowej i czołowej, c) unieruchomienie i ucisk gałęzi nerwowych w bliznach kostnych po złamaniach podstawy czaszki, zapaleniu kości (kiła), gruźlica), nowotworach (np. kostniakach zatok czołowych, ogólny przerost kostny ze zwężeniem przewodów nerwowych u podstawy czaszki, d) choroby ucha i powikłania (zapalenie ucha środkowego, perlaki, ropnie nadoponowe i płatu skroniowego), e) choroby oczu (nieprawidłowości refrakcji, zapalenia spojówki, tęczówki, jaskra), f) zranienia i schorzenia mózgu i jego opon, kiła, wiąd rdzenia, stwardnienie rozsiane, zapalenie opony twardej, guzy mózgu (guzy nerwu słuchowego w kącie móżdżkowo - mostowym i przysadki, torbiele, pasożyty, pociski, tętniaki).

3) Przy postaciach samoistnych trzeba śledzić za chorobami przemiany materji: cukrzycą (złe zęby, zwykle zajęcie III gałęzi), dną, również zatruciami: ołowiem, wyskokiem, nikotyną, rtęcią, arsenem. Zwapnienie tętnic zdaje się też mieć związek, niezupełnie jeszcze wyjaśniony, z tem cierpieniem (starszy wiek, mężczyźni częściej, niż kobiety). Bardzo ważną rolę gra przewlekłe zatrzymanie stolca, tudzież miejscowe choroby kiszki odchodowej; szczeliny, dotknięte zapaleniem guzy krwawnicze, przetoki, ukleje; część chorych rekrutuje się z dziedzicznie konstytucjonalnych neuropatów, czasem histeryków. Czasem są bóle pokrywką głodu morfinowego

Przy ustaleniu przyczyny cierpienia winni dotyczący specjaliści jak najrychlej przeprowadzić dokładne badanie celem ustalenia rozpoznania przyczynowego i nie marnotrawienia czasu na bezcelowe próby lecznicze. Ważne znaczenia ma badanie promieniami Roentgena, odczyn Wassermanna, tudzież dokładna znajomość klinicznego przebiegu choroby.

Ustalenie planu leczniczego zależy od rozpoznania; wielkim błędem jest brak planu i chaotyczność w doborze środków leczniczych, tudzież zarówno brak wytrwałości przy stosowaniu środków uznanych za odpowiednie, jak również przesadnie długie stosowanie ich, wreszcie nieodpowiednia kolejność w doborze środków.

Ostre postaci leczą się łatwo: środki napotne, spokój, unikanie zaziębienia. Przytem chinina, aspiryna, piramidon, fenacetyna, atofan, zwłaszcza w kombinacjach. Należyte wypróżnienie jest bardzo ważne. Leczenie fizykalne obejmujące: kąpiele elektryczne, tusze gorące, diatermję, kąpiele słoneczne, mięsienie, pomaga też przy formach podostrych, zawodzi natomiast zupełnie przy przewlekłych.

W leczeniu postaci samoistnych należy zachować pewien system w doborze sposobów leczenia, by przez stosowanie nieodpowiednich nie uniemożliwić stosowania innych. Racjonalny porządek metod leczniczych jest następujący:

1) Leczenie środkami wewnętrznemi: piramidonem, aspiryną, chininą i i. Pozatem polecany w ostatnich czasach chlorylen, z którym jednak należy być ostrożnym ze względu na możliwe uszkodzenie nerwu wzrokowego. 2) Leczenie wodami mineralnemi (Kissingen, Marienbad, Karlsbad). 3) Leczenie przeciwkiłowe, energiczne leczenie jodem daje często dobre wyniki. 4) Próba psychoterapji (sugestja, hypnoza). 5) Prąd galwaniczny, lecz nie zbyt długo; gdy po 2—3 tygodniach bez skutku należy dalszej galwanizacji zaniechać. 6) Pojedyncze znieczulenie dotkniętych pni nerwowych przez wstrzyknięcie $\frac{1}{2}$% nowokainy z adrenaliną, pod silnem ciśnieniem, ewentualnie kilkakrotnie powtórzone, daje bardzo dobre wyniki zwłaszcza w obrębie I gałęzi. 7) Głęboka radjoterapja działa bardzo dobrze w przypadkach, które nie były jeszcze leczone wstrzyknięciami wyskoku, ani operacjami obwodowemi (blizny!). 8) Wstrzyknięcie wyskoku (80%) a) do gałęzi nerwu trójdzielnego obwodowo (I gałąź), b) u podstawy czaszki (II i III gałąź) i c) do zwoju Gassera. 9) Leczenie operacyjne: a) wykręcenie gałęzi obwodowych końcowych, poleca się tylko dla gałęzi I, b) wycięcie, lub wykręcenie części w przebiegu danej gałęzi, c) tensam zabieg

u podstawy czaszki u punktu odejścia II i III gałęzi, przy użyciu żegadła, d) wycięcie zwoju Gassera, e) przecięcie pnia nerwu trójdzielnego u piramidy skalistej.

Przy wyborze sposobów leczniczych należy baczyć, by poważniejsze stosować dopiero po lżejszych, przestrzegać kolejności nieprzeszkadzającej sposobom leczniczym późniejszym, wybierać metody wprawdzie radykalniejsze, lecz dające lepsze wyniki od łatwiejszych, lecz mniej efektownych. Leczenie wewnętrzne stanowi pierwszy etap leczenia, znieczulenie nowokainą i głęboka radioterapja drugi, a wstrzykiwania wyskoku i operacja trzeci.

Lekarz, mający do czynienia z przypadkiem nerwobolu twarzowego, powinien pamiętać, że:

1) Ostrym postaciom nie powinno się pozwolić na przejście w przewlekłe i postęp od obwodu ku środkowi. 2) Postaci objawowe winno się rychło stwierdzić odpowiedniem badaniem i usunąć przyczynę. 3) Należy sporządzić schemat anatomiczny w dwóch egzemplarzach (z których jeden pozostaje u lekarza a drugi otrzymuje chory) i na nim znaczyć wszystkie ważne szczegóły odnoszące się do cierpienia samego i leczenia. 4) Należy samego chorego uświadomić o ważności systematycznej kolejności w wyborze sposobów leczniczych. 5) Specjaliści leczący przypadek nerwobolu twarzowego, winni działać we wzajemnem porozumieniu i przestrzegać racjonalnej kolejności w leczeniu, czem zdołają zapobiedz często w powstawaniu postaci całkiem ciężkich.

Sonntag (Lipsk). **Leczenie nerwobolu twarzowego.** (Klin. Woch. I. 524, 586 1922). Nie zatrzymując się bliżej nad istotą samej choroby, jej anatomją patologiczną i symptomatyką porusza S. rozpoznanie i patogenezę tego cierpienia, które przed wojną światową już zwróciło na się baczną uwagę, a w znaczniejszej mierze po skończeniu wojny; głównie jednak omawia autor leczenie cierpienia, przechylając się do wywodów Payra o konieczności ustalenia metodycznego planu terapeutycznego.

Według tego, czy znajdujemy dla nerwobolu określoną przyczynę, czy też nie, rozróżniamy nerwoból objawowy i samoistny. Do najważniejszych przyczyn należą:

A) Przyczyny ogólne. Konstytucja (usposobienie do nerwobolów wogóle, gośćca, chorób stawów), odgrywa zapewne i w nerwobolu twarzowym wielką rolę, nie wpływając pozatem na leczenie. Pozatem za momenty usposabiające uważać należy: obciążenie neuropatyczne, starszy wiek, przedwczesną starość, wycieńczenie, niedokrewność, charłactwo, jak również zwapnienie tętnic, cukrzycę, dnę, wreszcie choroby zakaźne: zimnicę, influencę, czerwonkę, dur, odrę, ospę. Z przewlekłych spraw patologicznych: kiłę, gościec, zatrucia: nikotyną, alkoholem, rtęcią, ołowiem, miedzią, arsenem. Jako objaw samozatrucia należy uważać nerwoból, towarzyszący przewlekłemu zaparciu stolca, czyto samoistnemu, czy też z powodu zmian w kiszce odchodowej, jak zrosty, szczeliny, przetoki, guzy krwawnicowe, ukleje. Również schorzenia narządów innych, odległych mogą wywołać nerwoból, jak np. nerka ruchoma, tyłozgięcie macicy i i. Wreszcie spotykamy nerwoból przy nerwicach: neurastenji i histerji, lecz dla tych bolów o pochodzeniu psychogenetycznem lepszą jest nazwa: nerwoból wrzekomy.

B) Z przyczyn miejscowych należy rozróżnić przyczyny środkowe, umiejscowione w zwoju Gassera, lub dalej środkowo w przebiegu nerwu, lub też w jądrze samem. Z chorób, mogących takie zmiany spowodować, należy wymienić: rozsiane stwardnienie, guzy, ropnie, gruźlicę, kiłę, zapalenie opon, zapalenie kości czaszkowych, drzazgi kostne lub nadmierne bujanie po złamaniach, zwłaszcza po ranach postrzałowych. Przyczyny obwodowe są nader liczne ze względu na długi przebieg nerwów: zranienia, blizny, ciała obce, wyrośle kostne, zapalenia ropne, gruźlicze, kiłowe, żylaki i tętniaki. Pozatem choroby zębów i szczęk, jak: próchnica, złe wypełnienia, zęby zatrzymane, zębiniaki, drzazgi po wyjęciach zębów, torbiele, wyrośle kostne, tętniaki tętnicy żuchwowej, zmiany szczęk bezzębnych, drażniące zakończenia nerwowe. Choroby nosa, jak przewlekłe ropienia zatoki szczękowej i czołowej tudzież choroby ucha, jak: zapalenie ucha środkowego, perlaki, ropnie nadoponowe i płatu skroniowego, wreszcie choroby oka, jak nieprawidłowości refrakcji, zapalenia łącznicy, tęczówki, jaskra, też wchodzą tu w rachubę.

Po stwierdzeniu przyczyny nerwobolu należy natychmiast przeprowadzić odpowiednie leczenie; w przypadkach ostrych środki napotne i leczenie fizykalne, w przypadkach pochodzenia psychogenetycznego odpowiednie leczenie sugestywne. Pozatem poleca się w każdym przypadku uregulowanie stolca (2—3 łyżek ol. rącznikowego działają czasem cuda), leczenie zdrojowe, usunięcie ewentualnych zmian w kiszce stolcowej, odpowiednia djeta przy chorobach przemiany materji, z leków tonica i sedativa, przedewszystkiem zaś usunięcie zmian miejscowych: blizn, ciał obcych, wyrośli kostnych przez chirurga, zepsutych zębów przez dentystę, ropień zatok bocznych nosa przez laryngologa, zmian w oczach przez okulistę.

Poza leczeniem przyczynowem nerwobolu jest leczenie tego schorzenia zachowawcze (nieoperacyjne) i operacyjne. Do zachowawczego należy leczenie fizykalne, chemiczne, wreszcie radioterapeutyczne; miejsce pośrednie między leczeniem nieoperacyjnem a operacyjnem zajmują wstrzykiwania wyskoku.

Do sposobów fizykalnych należą: gorące okłady, gorące powietrze, kąpiele elektryczne, diatermja, miesienie, elektryczność pod postacią prądu galwanicznego, rzadziej faradycznego, kataforeza, derivantia, środki napotne; z leków używa się najczęściej: antineuralgica, (aspiryna, antipiryna, piramidon, trigemina, migrenina, laktofenina, fenacetyna, antifebryna, atofan i chininan; hypnotica i narcotica może z niemi korzystnie kombinować, jak również sedativa. Na uwagę zasługuje chlorylen posiadający elektywne działanie na nerw trójdzielny.

Radjoterapja (1918 Wilms) daje dobre wyniki i winna być zastosowana przed wstrzyknięciami i operacjami.

Wstrzykiwania należy podzielić na:

a) Wstrzykiwania środków znieczulających ($^1/_2$% nowokainy), lub nawet soli kuchennej (Lange), w większych ilościach, do 30—50 ccm pod znacznem ciśnieniem. Przytem uzyskuje się podobnie jak przy leczeniu np. rwy kulszowej, rozluźnienie, (distensio), nerwu, b) wstrzykiwania środków rozpuszczających tkankę nerwową, względnie niszczących ją, jak fenol, eter, chloroform, lapis, kwas nadosmowy. Payr poleca mieszaninę rozczynu pepsyny i rozczynu Pregla jako środek w rzeczywistości rozpuszczający tkankę nerwową. Najczęściej jednak używa się wyskoku 70—80% (1906 Schlösser), przyczem należy rozróżnić wstrzyknięcia:

1) obwodowe, 2) u podstawy czaszki, do II i III gałęzi, 3) zwojowe, do zwoju półksiężycowatego (1912 Harris. Haertel).

Leczenie operacyjne stanowi ultimum refugium i obejmuje: a) operacje obwodowe, polegające na wykręceniu dośrodkowem dotyczącej gałęzi, które w początkujących przypadkach obwodowych mogą działać leczniczo, b) operacje u podstawy czaszki, przyczem odszukuje się pozaczaszkowo II i III gałąź u podstawy czaszki u wyjścia z otworu okrągłego względnie owalnego, c) operacje śródczaszkowe, mające za zadanie wyłuszczenie zwoju Gassera (Krause 1893), lub przecięcie pnia nerwu środkowo od tegoż (Spiller, Frazier), przy ewentualnem oszczędzeniu wiązki ruchowej. Krause przytem nie miał ani jednego przypadku bezskutecznego przy 10% śmiertelności. Payr podaje 5% niepowodzeń, które należy tłómaczyć histerją, umiejscowieniem przyczyny środkowo od zwoju, pozastawieniem drobnych cząstek zwoju przy operacji, nieukończeniem operacji z powodu zapadu itp.

Rozstrzygnięcie między wskazaniem do wstrzyknięcia wyskoku a wskazaniem do wycięcia zwoju nie jest łatwe. Wstrzyknięcie zasługuje na pierwszeństwo we wszystkich przypadkach uporczywych, gdyż zapewnia wyleczenie z bardzo wielkiem prawdopodobieństwem i może być powtórzone w razie nawrotu, będąc przytem połączone z niebezpieczeństwem znacznie mniejszem. Lecz z drugiej strony ustępuje ono wycięciu zwoju pod względem pewności wyniku, dzieląc z niem niebezpieczeństwa porażennego zapalenia rogówki i zbliznowaceń, utrudniających ewentualny późniejszy zabieg operacyjny. Wycięcie zwoju jest więc środkiem ostatecznym w naj-

cięższych przypadkach, nie dających się polepszyć innemi sposobami; lecz nie należy z niem zbyt długo zwlekać, by chory w międzyczasie nie stał się morfinistą, lub by zbyt często powtarzane wstrzyknięcia wyskoku nie spowodowały zbliznowaceń, czyniących przyszły zabieg operacyjny ciężkim i niepewnym. *Allerhand* (Lwów).

Epidemiologja.

Bulletin de l'Académie de médecine.

Z. 3, 4, 6, 8, 15, 1921.

W sprawie szczepień przeciwdurowych u ludności cywilnej we Francji na podstawie referatów Ch. Achard'a, M. A. Chauffard'a, M. H. Vincent'a, E. Sergent'a, Courtois-Suffit'a i F. Bourgeois'a Szczepienia ochronne przeciwdurowe w postaci szczepionki T. A. B. (dur brzuszny, paratyfus A i B), które przeprowadzał rząd francuski przymusowo w swej armji w okresie wielkiej wojny, stosowano też wielokrotnie wśród ludności cywilnej, w środowiskach zagrożonych durem, zwłaszcza położonych blizko frontu.

Bardzo dobre wyniki tych szczepień zwróciły na siebie powszechną uwagę lekarzy praktyków i higjenistów francuskich i wyraziły się w szeregu publikacyj, ogłoszonych w biuletynie francuskiej Akademji lekarskiej. Achard*), Chauffard i Sergent opierają swe spostrzeżenia na 155 przypadkach, z których część pochodzi z przed wojny, pozostałe z lat 1918—21. Chorych tych dzielą autorowie na dwie grupy, podług płci, oraz podług wieku, na starszych i młodszych od lat 20-tu. Porównywanie krzywych częstości zachorzeń obu tych grup okazało, że u kobiet nie nastąpiła żadna wyraźna różnica, ani w ogólnej ilości zachorzeń, ani w szczególnej skłonności pewnego tylko wieku do zakażenia. Natomiast u mężczyzn wystąpiły różnice wybitne. Młodzież poniżej lat 20-tu zapadała po wojnie 2—3 razy częściej, niż przed wojną, natomiast mężczyźni powyżej 20 lat, odwrotnie, 2—3 razy rzadziej. W pierwszym przypadku przypisuje Chauffard znaczenie szczegółowi, iż wśród młodzieży chorej duży odsetek stanowili jeńcy wojenni z armji, które nie stosowały przymusowych szczepień ochronnych, w drugim uwidacznia się bezsprzecznie wpływ szczepień przebytych w okresie służby wojskowej. Vincent rozporządza materjałem statystycznym własnym, oraz lekarzy belgijskich i hiszpańskich w łącznej ilości dziesiątków tysięcy przypadków. Ze szczególnym naciskiem podkreśla konieczność szczepienia ochronnego dzieci i starców, których często dotąd oszczędzano ze względu na przesadne obawy objawów poszczepiennych. Na szeregu jaskrawych przykładów szczepienia ochronnego wśród rodzin, w których jedna osoba uległa już zakażeniu, lub też wśród rodzin zdrowych, ale przesiedlających się, na przykład do Marokka, w okolice, gdzie dur panuje endemicznie, wykazuje autor, że z reguły drobne dzieci lub starcy nieszczepieni ulegali zachorzeniu, osoby zaś szczepione pozostawały zdrowe. W praktyce własnej stosował autor u dzieci 10—11-letnich takie same dawki szczepionki, jak u dorosłych, i nie zauważył nigdy niepomyślnych objawów poszczepiennych. Autor przytacza przypadek, w którym przez pomyłkę lekarza zastosowano u dziecka 6-cio- i 8-mio-letniego 10 cm^3 szczepionki (10 miljardów laseczek), poczem poza krótkotrwałem podwyższeniem temperatury do 38·6° C, nie zauważono żadnych poważniejszych zaburzeń. W ogólności autor szczepił przeszło 300 dzieci we wieku 2 do 5 lat, a w poszczególnych przypadkach nawet oseski. Z naciskiem zwraca autor uwagę lekarzy-praktyków na fakt, że dzieci, które odżywiają się już tak, jak dorośli, prawie tę samą okazują chorobliwość durową, jak dorośli Ponieważ zaś o wiele trudniej jest przeprowadzić u dzieci owe postępowanie ochronne, które obowiązuje w okresie choroby i ozdrowieniu u dorosłych chorych, stąd dzieci tworzą poważny czynnik sprzyjający szerzeniu się duru. W przypadku endemji durowej w miejscowości hiszpańskiej Tomares, gdy nasilenie wyrażało się liczbą 1 chory na 7-miu mieszkańców, przeprowadzono szczepienie ochronne całej ludności, łącznie z dziećmi, i od owej chwili niezanotowano ani jednego więcej przypadku schorzenia. Vincent zwrócił również uwagę na dość rozpowszechnione mniemanie, że szczepienia wpływać mogą uczynniająco na utajone ogniska gruźlicy. Spostrzegał 3.500 osób nieszczepionych i tę samą ilość osobników, którzy szczepienia przebywali. U pierwszych stwierdził gruźlicę 9·5 razy na tysiąc, u drugich nawet tylko 8 razy. Fakty powyższe mają dla autora tak wielkie znaczenie przekonywujące, iż nie waha się zakończyć zajmującą publikację twierdzeniem, że przy powszechnem wprowadzeniu szczepienia przeciw durowi brzusznemu, paratyfusowi A i B, — schorzenia te będzie można opanować w tym stopniu, jak dzisiaj panujemy już nad ospą.

Courtois-Suffit i Bourgeois podali spostrzeżenia, poczynione nad 118 chorymi w szpitalu paryskim Dubois. I u nich, odwrotnie jak przed wojną, liczba chorych kobiet przeważała dwukrotnie nad mężczyznami. Ponieważ jednak duży odsetek chorych powyższego szpitala tworzą obcokrajowcy, często chwilowo tylko w Paryżu bawiący, stąd statystyka nie może mieć praktycznego znaczenia lokalnego dla Francji. Autorowie przyznają w zupełności doniosłe znaczenie szczepień ochronnych. W zapobieganiu przeciwdurowem podkreślają jako ważny czynnik — rzecz w naszych stosunkach nieaktualna — znaczenie ostryg. Stwierdzili mianowicie, że chorzy, którzy zapadli na dur z powodu spożycia ostryg durem zakażonych, przebywają schorzenie zwykle wśród ciężkich objawów, a śmiertelność u tych chorych jest ośmiokrotnie wyższą, niż u zakażonych jakąkolwiek inną drogą, t. j. dochodzi 17%.

Powyższe publikacje uznała francuska Akademja lekarska za wystarczające do szczególnego zajęcia się sprawą ochronnych szczepień przeciwdurowych. Umyślnie wybrana komisja, w której skład weszli Bernard Cazeneuve, Widal, Roux, Vincent, Calmette i Chauffard, doszła do następujących wniosków, które przyjęła Akademja na posiedzeniu w dniu 12. kwietnia 1921.

Szczepienie przeciwdurowe jest bardzo dzielnym środkiem zapobiegawczym przeciw durowi brzusznemu, paratyfusowi A i B, bez względu na wiek i płeć. Sprawa obowiązkowego szczepienia ogółu ludności cywilnej jest jeszcze nieaktualna. Po pierwsze bowiem technika stosowania szczepień i skład szczepionek nie są dotychczas jednolite, a powtóre nie znamy jeszcze dokładnie stopnia odporności nabytej po szczepieniu, ani czasu trwania tej odporności. Ze wskazań ogólnych powinno się stosować szczepienia w większych środowiskach miejskich, oraz miejscowościach kąpielowych, w których często panują epidemje durowe. Wieś francuska, w której występuje dur jedynie sporadycznie, nie wymaga przeprowadzenia szczepień. Szczepieniu powinni się poddawać ludzie wiele podróżujący, emigranci do kolonij francuskich, personel szpitali zakaźnych, oraz cały świat lekarski, tak lekarze zawodowi, jak i studenci medycyny.

Wskazania ściślejsze wynikają w razie pojawienia się choroby jużto w sporadycznych, jużto liczniejszych przypadkach; szczepieniu poddawać należy wówczas wszystkich bez względu na wiek, którzy przez styczność z chorymi, czy to sami mogliby uledz schorzeniu, czy też mogliby chorobę dalej przenosić.

Zadanie lekarza francuskiego polegać ma zatem na uświadamianiu i zachęcaniu ludności do poddawania się szczepieniom przeciwdurowym, a powtóre na zbieraniu wśród chorych durowych spostrzeżeń, czy chorzy ci byli poprzednio szczepieni, kiedy, i wśród jakich warunków.

Rząd Polski zajął w powyższej sprawie, nierównie aktualniejszej u nas, niż we Francji, stanowisko zbliżone do opinji Akademji francuskiej i przeprowadza szczepienia ochronne, zwłaszcza ludności ziem wschodnich, głównie przy pomocy swego organu podwładnego, komisarjatów dla walki z epidemjami. Natomiast ogół lekarzy polskich nie okazuje szczególnego zajęcia się tem tak doniosłem zagadnieniem. Dlatego celem niniejszego sprawozdania jest zwrócenie uwagi na te szczepienia i zachęcenie do gromadzenia własnych spostrzeżeń, które przy obfitości naszego materjału chorych durowych mogą być bogatsze i bardziej pouczające, niż francuskie, a w razie pomyślnym wyświadczą naszej ludności wielką przysługę. *A. Zakrzewski* (Lwów).

*) Patrz również P. Gaz. lek. rok 1922 Nr. 36, str. 712.

Bibljografja.

A. Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Nowiny lekarskie Nr. 10. W. Gądzikiewicz: Wpływ czynników meteorologicznych na zachorzenia pewnych narządów i systemów naszego ustroju. — E. Chmielewski: Samobójstwo ze stanowiska psychopatologji i medycyny społecznej. — B. Kowalski: O zapaleniu przydatków. — H. Puławski: Kilka słów o t. zw. gorączce wołyńskiej z powodu własnego przypadku.

Lekarz wojskowy Nr. 9. E. Rosenhauch: Studja nad nerwem wzrokowym 1) w sprawie etjologji tarczy zastoinowej. — Fr. Goebel: Normy odżywiania w armji polskiej i w armjach obcych. — Wertheim: Z trzydziestoletniej działalności II. oddziału chir. w Szpit. Ujazd.

B. Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften. Monachium (J. F. Lehmann). 1922. Wrzesień. Cena 80 Mk. niem. Treść: 1) Prof. Kaup: Higjena i leczenie konstytucjonalne. 2) Koelsch: Medycyna przemysłu. 3) Prof. Puppe i Müller-Hess: Medycyna sądowa i ubezpieczenia. 4) Br. Reizenstein: Etnoanaliza. 5) Weil: Przyczynki socjologiczne na międzynarodowym kongresie seksualnym w Berlinie.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 17. maja 1922 r.

Przewodniczy kol. Woyciechowski — obecnych członków 90. Na nowego członka Towarzystwa przyjęto kol. Stanisława Nowickiego. Następnie odbyły się pokazy chorych.

1) Kol. Lenartowicz przedstawił:

a) dziewczynę 18-letnią, cierpiącą od 8 lat na **Hydroa vacciniformis Bazin.** Zmiany dla tej jednostki chorobowej typowe usadowione są w tym przypadku na twarzy, grzbiecie rąk i nóg, mniej liczne na przedramionach i na podudziach. Przebieg chorobowy: pojawianie się wykwitów na wiosnę a znikanie zimą ułatwia rozpoznanie. Według najnowszych poglądów czynnikiem uczulającym na światło mogłaby być haematoporfiryna, znajdowana niejednokrotnie w moczu takich chorych. W przedstawionym przypadku haematoporfirynemji nie stwierdzono;

b) chorą 19-letnią z bardzo rozległemi **zmianami na całej skórze**, wywołanemi przyjmowaniem przez czas dłuższy **preparatów bromowych**. Chora cierpi na padaczkę i zażywała bez zlecenia lekarskiego środki przeciwpadaczkowe, zawierające obfite ilości soli bromowych. W ropie z wykwitów i w moczu chorej wykazano duże ilości bromu. Zmiany chorobowe na skórze, wywołane zażywaniem bromu, tak rozległe i tak obfite jak w danym przypadku, widzi się rzadko. Spostrzegać tu można wszystkie niemal rodzaje wykwitów bromowych od trądzika bromowego aż do guzów chełbocących (Bromoderma tuberosum);

c) dziewczynkę 10-letnią ze **znamieniem olbrzymiem** (*naevus giganteus*). Znamię barwikowe obejmuje dolną część tułowia i uda, obejmując je, jak majtki kąpielowe. Niektóre miejsca znamienia są silnie owłosione. Prócz znamienia olbrzymiego widzi się kilkaset drobnych znamion barwikowych rozsianych na twarzy, skórze owłosionej głowy, tułowiu i kończynach, co więcej nie są wolne od zmian barwikowych ani błony śluzowe ust i części rodnych zewnętrznych, ani dłonie i podeszwy, rzeczy rzadko napotykane. Nawiązując do tego i podobnego przypadku spostrzeganego równocześnie, omawia L. najnowszą teorję Meirowsky'ego, przyjmującą za przyczynę atawizm ze świata zwierzęcego.

2. Kol. Walter wygłosił odczyt o **„Płynie mózgowo-rdzeniowym w przypadkach kiły utajonej i późnej.** (Odczyt w całości przeznaczony do druku).

Prelegent podał, że w swych badaniach stwierdził, iż niektóre osobniki kiłowe bez organicznego schorzenia nerwowego wykazywały dodatni odczyn globulinowy (faza I. Nonne-Apelta). Pozostaje to w sprzeczności z dotychczasowemi badaniami, wedle których faza I. wskazuje zawsze na organiczne schorzenie systemu nerwowego. Na podstawie dodatniej fazy I. nie możemy wprawdzie rozstrzygnąć, czy chodzi o kiłowe lub inne organiczne schorzenie systemu nerwowego (n. p. *sclerosis multiplex*); gdy jednak inne organiczne cierpienie można na podstawie klinicznych objawów wykluczyć, wówczas dodatnia faza pierwsza nabiera niezwykle doniosłego znaczenia rozpoznawczego. I tak przy rozpoznawaniu różniczkowem n. p. między neurastenją lub hypochondrją a początkowem porażeniem postępowem (u chorego kiłowego) dodatni wynik odczynu globulinowego przechyla rozpoznanie w kierunku porażenia postępowego. Fakt, że odczyn globulinowy może być też dodatni przy świeżej, drugorzędnej kile (Fleischman), nie zmienia wartości rozpoznawczej tego odczynu w wyżej wspomnianych przypadkach.

W dyskusji zabierali głos kol. Rose i kol. Kostrzewski. Kol. Kostrzewski uważa, że 10 ciałek białych, jako granica stosunków prawidłowych, jest ilością zbyt wysoką: szkoła krakowska (Prof. Lewkowicz) przyjmuje za granicę 3 (trzy) ciałka. Co do rozszczepienia odczynów w płynie mózgowordzeniowym, to K. z własnego doświadczenia stwierdza, że wprawdzie nie często, ale czasami spotyka się, że odczyn Nonne-Apelta jest ujemny, a mimo to odczyn Wassermanna jest dodatni. Wskazuje na artykuł Fingera (Wiener klin. Wochenschrift 1921 N. 4.) w którym F. przytacza statystykę Gennericha; statystyka ta wykazuje, że z pomiędzy kiłowych: a) nieleczonych, b) leczonych rtęcią i c) leczonych salwarsanem, największy odsetek zmian chorobowych w płynie mózgowo-rdzeniowym spotyka się u leczonych salwarsanem.

W dalszym ciągu zabierali głos kol. Eisenberg, Blasberg, Latkowski i prelegent. *Wysocki*, sekretarz.

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne. Oddział lwowski.

XIII. Posiedzenie naukowe z dnia 29 marca 1922.

1. Dr. Wepperówna przedstawia a) przypadek **promienicy**, umiejscowionej na obu pośladkach, na dolnej ścianie prącia i na mosznach. Schorzenie trwa od roku. W moczu znaczna ilość białka, wałeczki ziarniste i szkliste. Wybitna bladość skóry i błon śluzowych. Chory otrzymuje co drugi dzień śródżylnie 0.15 neosalvarsanu w 20 cm³ roztworu Duba (jodi p. 0.3, natr. jodat. 20.0, aqu. d. 1000.0). W ciągu kilkutygodniowego leczenia można stwierdzić pewną poprawę.

b) Przypadek **łuszczycy**, leczonej pomyślnie zawiesiną siarkową Pautriera. Wstrzykiwania te w ilości ½ do 2 gramów wywołują stosunkowo mniejszą gorączkę i nie powodują tak wielkiej bolesności, jak zastrzyknięcia według przepisu Bory'ego. Pautrier przewiduje na ogół zużycie 15—20 cm³ siarki na jedno leczenie;

c) przypadek **toczniu rumieniowatego**, trwający od lat 16 u mężczyzny 50-letniego;

d) dwa przypadki **łuszczycy**, które leczono, według metody Brocq'a, naświetlając okolicę grasicy promieniami Roentgena. Po pierwszej serji naświetlań nastąpiła znaczna poprawa. Po 8 tygodniowej przerwie przy powtórnem naświetleniu wystąpiło pogorszenie, zaostrzenie sprawy chorobowej;

e) przypadek **trichophytia profunda** szyi, karku i głowy, leczony zastrzykiwaniami śródskórnemi szczepionki swoistej wielowartościowej (fabryki Hoechsta).

Bez leczenia miejscowego naciek ustępuje bardzo szybko.

f) 18 letniego chłopca, u którego na skórze tułowia i kończyn, bez ściśle oznaczonego umiejscowienia zjawiają się **wykwity w postaci pęcherzyków o surowiczej treści**, wiotkiej powłoczce na niezmienionej skórze, bez zapalnej obwódki i bardzo szybko zasychające. Prócz pęcherzyków na skórze liczne są czerwone plamki, jako świeże zejście pęcherzy, następnie plamy brunatnawe i w końcu białe okrągłe blizny, leżące w poziomie powierzchni skóry. Świądu nie ma. Odczyn Wassermanna słabo dodatni. We krwi lymfocytoza i eozynofilja.

W dyskusji prof. Łukasiewicz rozpoznaje *acne cachecticorum* i dla porównania przedstawia podobny przypadek, leczony na klinice.

2. Mjr. dr. Biliński przedstawia 24-letniego żołnierza z objawami **pemphigus gyratus et serpiginosus.**

3. Doc. dr. Leszczyński przedstawia a) **lupus vulg. papillaris** na stopie młodej dziewczyny. Przedstawia następnie 43 letnią kobietę z kilakami na twarzy i z niezwykle silnie rozwiniętą słoniowatością, wychodzącą z łechtaczki; zmiana rozwinęła się najprawdopodobniej na tle zejścia kilaków;

b) kobietę, którą przyjęto do szpitala z rozpoznaniem **wrzodu podudzia**; zastosowano metodę Tierscha. Wkrótce szybki rozpad i bujanie o cechach nowotworu; jednakowoż badanie histologiczne i bakterjologiczne nie okazuje niczego pewnego.

W dyskusji prof. Łukasiewicz uważa również za sprawę nowotworową, możliwe, że natury mięsakowej.

4. Dr. H. Mierzecki mówi o podanym przez siebie barwnym kłaczkowym odczynie przy kile. **W dyskusji** przemawia dr. Steusing i dr. Krzemicki.

XIV. Posiedzenie naukowe z dnia 26 kwietnia 1922.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia a) 60 letnią kobietę z **folliculitis exulcerans** na podudziu prawem ognisko wielkości dłoni z guzków rozpadających się, ropiejących i spływających się z sobą a odpowiadających mieszkom, z których za uciskiem wydobywa się ropa. Mówca pokazuje i objaśnia preparaty histologiczne i podnosi dobre działanie lecznicze śródmięśniowych wstrzykiwań mleka;

b) 36 letniego mężczyznę z **pęcherzycą bujającą** (*pemphigus vegetans*). Przypadek niezwykły, gdyż oprócz zmian typowych, utworzyły się na głowie, czole i kończynach owrzodzenia z wałem postępującym na obwodzie; na przedramieniu lewem przypomina guz rozpadający się, pokryty tkanką ziarninową, grzybicę;

c) Chorą z *acne cachecticorum*; d) dwa przypadki **liszaja czerwonego płaskiego**, które w dniu posiedzenia zgłosiły się do ambulatorjum kliniki.

2) Doc. dr. Leszczyński przedstawia **pęcherzycę bujającą**; nieznaczne objawy na błonie śluzowej ust, drobne na skórze ciała, a bardzo wybitne na częściach płciowych.

3. Dr. Wepperówna przedstawia a) przypadek **hydroa vacciniformis**; b) przypadek **trichophytia**, leczony wlewaniami płynu Lugola.

W dyskusji przemawia dr. Jaczewski, dr. Leszczyński i dr. Salpeter.

4. Mjr. dr. Biliński przedstawia żołnierza u którego po zastosowaniu **maści z dodatkiem parafiny** wystąpiło rozlane zaczerwienienie skóry i **trądzikowata wysypka**, składająca się z okołomieszkowych czerwonych grudek, w środku których tkwi brudnożółtawy, silnie przylegający, suchy czop (*dermatitis medicamentosa acneiformis*). *Dr. Kotiers*, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie ogólne z dnia 20. czerwca 1922.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

1. Uczczono przez powstanie śp. Władysława Ołtuszewskiego, 30-letniego Członka Towarzystwa. Sekretarz stały Prof. A. Sokołowski odczytał życiorys Zmarłego.

2. Wiceprezes Starkiewicz Wł. zakomunikował, że na posiedzeniu Komitetu nagrody konkursowej im. Koczorowskiego, które odbyło się dnia 10. czerwca br. obecni wiceprezes Wł. Starkiewicz, Prof. Sawicki, Prof. Rzętkowski jednogłośnie uznali nadesłaną pracę p. t. »Cholesteryna a gruźlica płuc« opatrzoną godłem Nr. 712 za kwalifikującą się do nagrody. Doc. Janowski Wł. nadesłał opinję swoją na piśmie. Autorem pracy nagrodzonej jest Dr. Zdzisław Michalski z II. Kliniki chorób wewnętrznych Uniwersytetu Warszawskiego.

3. Prof. F. Czubalski wygłosił rzecz p. t. **„Przypuszczalny mechanizm działania adrenaliny na mięśnie szkieletowe“.** Związek pomiędzy nadnerczami (względnie adrenaliną) a czynnością mięśni oddawna jest znany zarówno w klinice, jak i w pracowniach teoretycznych. Nie jest jednak jasną rzeczą, na czem polega mechanizm tego działania. Mowca omawia szereg prac eksperymentalnych z zakresu działania adrenaliny na mięśnie, zatrzymując się dłużej na pracach Radwańskiej oraz na własnych badaniach nad wpływem adrenaliny na krzywą prądów czynnościowych w mięśniach.

Mowca podnosi, że w doświadczeniach na żabach można stwierdzić z całą pewnością, iż usunięcie obu nadnerczy wywołuje stan łatwego wyczerpywania się aparatu nerwowo-mięśniowego oraz znikanie II. fazy prądu czynnościowego. Objawy te maleją lub całkowicie znikają po podaniu adrenaliny; w ten sposób można wykazać ścisły związek między adrenaliną a nerwami i mięśniami szkieletowemi. Zrozumienie mechanizmu tych spraw staje się dziś łatwiejsze w świetle nowych poglądów na rolę sarkoplazmy oraz włókienek mięśniowych i przypuszczalnego istnienia podwójnego unerwienia mięśni szkieletowych (nerwy ruchowe rdzeniowe i nerwy układu autonomicznego). Ze wszystkiego, co wiemy o adrenalinie, należałoby przypuszczać, że działa ona na mięsień przez nerwy współczulne, co przemawiałoby raczej za istnieniem w mięśniach unerwienia sympatycznego, a nie parasympatycznego, jak chce Frank.

W dyskusji Prof. Hornowski omawia spostrzegany przez siebie przypadek nowotworu części rdzeniowej nadnercza z podniesionem ciśnieniem i broni twierdzenia, że adrenalina w zwykłych warunkach znajduje się we krwi. Prof. Gluziński spostrzegał dziwne zachowanie się ludzi, u których były nadnerczaki. Stale oni mieli podniesione ciśnienie i kończyli wskutek udaru mózgowego.

4. Prof. A. Gluziński wspomina o wielce uroczystym momencie, kiedy Wojska Polskie przejmują w posiadanie Rzeczypospolitej Polskiej ziemie Górnego Śląska. Zebrani powstają z miejsc, aby uczcić ten historyczny moment. Postanowiono wysłać do wojewody p. Rymera depeszę tej treści: »Warszawskie Towarzystwo Lekarskie na posiedzeniu dzisiejszem wyraża hołd prastarej dzielnicy piastewskiej i jej synowi Wojciechowi Korfantemu«. Prof. *Gluziński*, Prof. *A. Sokołowski.*

5. Prof. Danysz wygłosił rzecz p. t. **„O enterobakterjoterapji“.**

W dyskusji Szenajch zaznaczył, że stosował w ciągu roku enteroantygeny w 45 przypadkach różnych cierpień. Ocena przypadków szczegółniej o przebiegu przewlekłym jest trudna, jednak w niektórych cierpieniach stwierdzono bezsprzecznie poprawę. Z 10 przypadków ze skazą wysiękową, w 8 przypadkach otrzymano takie wyniki, jakich przy zwykłem leczeniu nie otrzymanoby. Po 2-ch tygodniach oczy zaczęły się oczyszczać, dziecko mogło je otwierać. Poprawa postępowała w ciągu 3 tygodni i zatrzymała się. Na 8 przypadków pląsawicy w 7 wynik był dodatni. Z 3 przypadków gośćca stawowego w 2 z nich otrzymano wyzdrowienie. 6 przypadków krwawej biegunki zakończyło się wyzdrowieniem po 10 dniach do 2 tygodni. Podczas ataków astmy po zastosowaniu enteroantygenów prof. Danysza otrzymano przerwę w atakach do 8 miesięcy. Środek nie szkodzi. Ustępują objawy miejscowe i poprawia się stan ogólny. Prof. Czubalski skłaniałby się do przypuszczenia, że pod wpływem enteroantygenów prof. Danysza występują zmiany w płynach tkankowych i normuje się przemiana materji.

Prof. Sokołowski wspomina, że różne metody na początku ukazania się dawały wspaniałe wyniki np. metoda laryngologa Hack'a w 80-ych latach, polegająca na przypalaniach muszli nosowej w astmie. Metody te jednak zawodziły. Pamiętając o zasadzie Hippokratesa *„primum non nocere“* można stosować metodę prof. Danysza, jako środek nieszkodliwy, prosty i tani. Prof. Bujwid omawia sposób otrzymywania szczepionek i zastanawiania się, w jaki sposób enteroantypeny prof. Danysza przyjmowane przez usta mogą oddziaływać na organizm. Bączkiewicz przypuszcza, że omawiane ciała mogłyby działać za pomocą systemu nerwowego; za tem przemawia dobry wynik w pląsawicy, o czem wspomniał Szenajch. W mieszanych zakażeniach enteroantygeny oddziaływują przez system nerwowy, za czem zdaje się przemawiać poprawa w dysmenorrhoea, gdyż w tem cierpieniu jest mechaniczna sprawa, która się nie zmieniła, jedynie chora nie odczuwa jej.

W odpowiedzi prof. Danysz wypowiada pogląd, że działanie enteroantygenów najwięcej zbliża się do działania hormonów. Podniecają one dokrewne gruczoły bez żadnej swoistości; to znowu działają, jak halony, które wstrzymują działanie gruczołów dokrewnych, działają one w nadzwyczaj małych dawkach. W razie wzmożonej czynności tarczycy 1 : 20,000.000 grama adrenaliny wywołuje odczyn na skórze. Przez system dokrewny działają enteroantygeny na system współczulny.

Sekretarz doroczny *W. Kowalski.*

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie.

Wydział wykonawczy Związku lekarzy P. P. w Warszawie zawiadomił nas pismem z dnia 13 października b. r. l. 146, że Związek nasz wcielony został do Związku lekarzy P. P. jako Okręg Małopolski (była Galicja wschodnia i zachodnia) i Śląska cieszyńskiego z siedzibą w Krakowie.

W ten sposób wykonany został mandat, jaki nowemu Wydziałowi Związku zleciło Walne doroczne Zgromadzenie z początkiem b. r.

Witamy złączenie się nasze ze Związkiem lekarzy P. P. w Warszawie z żywą radością i zadowoleniem, gdyż zawsze mniemaliśmy, że tylko jedna wspólna organizacja lekarska w Polsce może skutecznie bronić naszych interesów zawodowych i ekonomicznych. Kolegów, zamieszkałych w Małopolsce i na Śląsku Cieszyńskim, którzy dotychczas na członków się nie wpisali, zapraszamy w ich własnym interesie, by to jak najrychlej zrobili (adres: Związek lekarzy P. P. Okręg małopolski i Śląska Cieszyńskiego Kraków — Radziwiłłowska 4), tylko jednością silni możemy wywalczyć swoje słuszne żądania.

Wreszcie wyjaśniamy, że koledzy z Małopolski wschodniej, którzy wpisali się na członków Związku lekarzy P. P. w Warszawie i tam za rok 1921 wkładkę zapłacili, przechodzą z chwilą ogłoszenia tego pisma do okręgu małopolskiego z siedzibą w Krakowie. Uchwaloną na najbliższem Walnem Zgromadzeniu naszego okręgu wkładkę na rok 1923 płacić już będą do naszego okręgu.

W Krakowie 35 października 1922. Związek lekarzy P. P. Okręg Małopolski i Śląska Cieszyńskiego.

W sprawie lekarzy więziennych.

Wydział Związku lekarzy P. P. (Okręg małopolski i śląski) nadsyła nam następujące pismo:

1. »Lekarze więzienni w Małopolsce i na Śląsku żalą się od dłuższego czasu, że płace ich nie odpowiadają w zupełności dzisiejszym stosunkom drożyźnianym. Rzeczywiście płace te zakrawają na drwiny z odpowiedzialnej pracy lekarza więziennego.

Z pomiędzy wielu pism, nadesłanych do Związku, bierzemy dla przykładu projekt umowy między sądem a lekarzem więziennym w Suchej. Według tego projektu umowy ma się wynagradzać kontraktowego lekarza więziennego kwotą 8.000 Mk. wyraźnie: ośmiu tysięcy marek) rocznie za rozliczne czynności, złączone z tą posadą, jako to: badanie i leczenie chorych więźniów, odwiedzanie w nagłych wypadkach, tak we dnie jak i w nocy, badanie jakości strawy więziennej, nadzór sanitarny nad wszelkiemi ubikacjami i zabudowaniami więziennemi, oprócz tego jawienie się na każde wezwanie kierownika Sądu. W razie urlopu, choroby lub nieobecności ma lekarz więzienny postarać się na swój koszt o zastępcę względnie honorarjum, przyznane zastępcy przez Sąd, ma być potrącone z poborów lekarza więziennego. (sic!).

Wobec tego ostatniego punktu umowy może lekarz więzienny w razie kilkakrotnego w roku zastępstwa dopłacić sumę, przewyższającą kilkakrotnie jego całoroczne »pobory«.

Wydział Związku lekarzy Małopolski i Śląska zwraca się do Wysokiego Ministerjum z prośbą, aby wyznaczyło nowe a sprawiedliwe płace dla lekarzy więziennych, odpowiednio do panującej drożyzny i zwiększało je w miarę jej wzrastania.

Gdyby Wysokie Ministerstwo nie uczyniło tego do końca bieżącego roku, wezwie Wydział Związku wszystkich lekarzy więziennych do zrzeczenia się tych »posad«, a ogół kolegów do nie zawierania umów o objęcie tych »posad«, przynoszących ujmę powadze i godności tak sądownictwa, jak i stanu lekarskiego.

II. W ostatniej taksie za czynności sądowo-lekarskie, Wysokie Ministerstwo nie uwzględniło drugiej części postulatów lekarzy, a mianowicie nie uwzględniło dodatku drożyźnianego do taksy. Wobec gwałtownego wzrostu z dnia na dzień drożyzny, brak tego dodatku sprawi, że w krótkim bardzo czasie wynagrodzenie lekarzy za ich czynności sądowe znów stanie

się fikcyjnem i wywoła znów rozgoryczenie stanu lekarskiego, a co za tem, niechęć i odsuwanie się wszelkiemi sposobami od tych czynności, tak jak to już było przed wprowadzeniem ostatniej taksy. Prosimy zatem, nie tylko w interesie lekarzy, ale też ładu i porządku społecznego, o jak najrychlejsze wprowadzenie tego dodatku, inaczej będziemy znowu zmuszeni wezwać lekarzy do wstrzymania się od czynności sądowych.

W Krakowie dnia 20 października 1922.

Za Wydział Związku:

Sekretarz: Dr. *Kostecki* Prezes: Dr. *Cercha.*

Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

Ustawa z dnia 2. grudnia 1921 o ustroju i zakresie Izb Lekarskich.

(Dz. ust. N. 105. poz. 763 z r. 1922).

Do tej ustawy, mającej dla stanu lekarskiego bardzo wielkie znaczenie, nie wyszło dotąd ogólne rozporządzenie wykonawcze, które uchyli zapewne pewne jej niejasności.

Ustawa wymaga obszerniejszego omówienia ze względu na doniosłość jej przepisów.

Według art. 47. ustawy omawianej wszelkie ustawy, przepisy i rozporządzenia, na zasadzie których w poszczególnych częściach Państwa istniały dotąd Izby lekarskie, a sprzeczne z omawianą ustawą, zostają uchylone. Nasuwa się tu niejasność, czy i o ile Izby lekarskie w Małopolsce istnieć przestały. (W b. zaborze pruskim zniósł je już dawniej polski rząd dzielnicowy). Ministerstwo Zdrowia dotąd wyraźnie tych Izb nie rozwiązało, jakkolwiek w myśl drugiego ustępu art. 47 ustawy wyznaczyło dla każdej z Izb w Małopolsce komisarza likwidacyjnego, który ma zarządzać ich majątkiem i dokonać ich likwidacji, a po zlikwidowaniu ma ten majątek przekazać nowej Izbie danego okręgu.

Co do tej czynności przekazania zlikwidowanego majątku dawnej Izby podnieść trzeba, że do okręgu nowej Izby lekarskiej we Lwowie wcielono oprócz całego dawnego okręgu Izby lwowskiej także 12 powiatów z dawnej Izby lekarskiej krakowskiej, co stanowi dużą część jej dawnego obszaru a wobec tego pewna, znaczna część zlikwidowanago majątku Izby krakowskiej przypaśćby powinna nowej Izbie lwowskiej. Ustawa w art. 47 przewiduje możliwość sporów pomiędzy nowo powstałemi Izbami co do podziału majątku dawnej Izby i rozstrzyganie tych sporów przekazuje Ministrowi Zdrowia Publicznego.

Przepis przejściowy co do prowadzenia agend Izb lekarskich mieści się w art. 24 omówionej w poprzednim numerze ustawy o wykonywaniu praktyki lekarskiej (Dz. ust. N. 105 poz. 762. z r. 1921), który postanawia, że do czasu powołania do życia Izb Lekarskich w poszczególnych okręgach wszystkie sprawy, przekazane ustawą Izbom lekarskim doostatecznego rozstrzygania, załatwiać będą właściwe Urzędy Wojewódzkie.

Sprawy takie są nieliczne, a mianowicie:

1) zapisywanie zgłaszających się na podstawie rejestracji na liście lekarzy Izby, względnie odmawianie wpisu na tę listę, z tym skutkiem prawnym, że osoby, którym tego wpisu prawomocnie odmówiono, nie mogą wykonywać praktyki lekarskiej (art. 3);

2) spory wskutek wystąpienia strony z tego powodu, że lekarz odstąpił od leczenia chorego, rozstrzyga w myśl art. 15 Izba lekarska;

3) wykonywanie stałej praktyki lekarskiej w kilku miejscowościach w stale oznaczonych terminach jest dozwolone, o ile w ciągu miesiąca od daty zgłoszenia nie spotka się ze sprzeciwem właściwej Izby lekarskiej (art. 17);

4) Izba lekarska ogłasza normy płacy i skalę płac dla posad kontraktowych i do tych norm lekarze winni się zastosować.

Nawet co do spraw pod 1), 2) i 3) rozstrzyganie Izby nie jest ostateczne, zatem jest wątpliwe, czy te sprawy podpadają pod przepis art. 24. ustawy.

Co zaś do norm płacy i skali płacy posad kontraktowych, jakkolwiek orzeczenie Izby według ustawy może uchodzić za ostateczne rozstrzygnięcie, jest to sprawa tak dalece co do swej istoty należąca do samorządnej oceny reprezentacji stanu lekarskiego, że chyba żaden Urząd Wojewódzki w tej dziedzinie nie pokusi się o tymczasowe załatwienie.

Z całego więc art. 24 poza dźwiękiem słów nic nie pozostaje, o ile rozporządzenie wykonawcze nie tchnie w te słowa jakiejś realnej treści.

W tym punkcie zresztą rozporządzenie to będzie wkrótce zbędne, gdy ukonstytuują się nowe Izby Lekarskie.

Ustrój Izb Lekarskich.

Izbę Lekarską tworzą wszyscy zamieszkali w jej okręgu i zapisani na jej listę lekarze, jako członkowie Izby (art. 2).

Zmienia się więc zasadniczo dotychczasowe określenie Izby lekarskiej, gdyż dotychczas lekarze w okręgu Izby nie byli jej członkami, lecz przynależeli do Izby a Izba Lekarska była gronem delegatów, wybranym przez ogół przynależnych lekarzy.

To stałe przedstawicielstwo lekarzy ustawa polska nazywa Radą Izby Lekarskiej, chociaż nie jest w tem konsekwentną, bo w licznych artykułach (art. 3, 4, 5, 7, 8, i t. d.) mówi o Izbach Lekarskich, mając niewątpliwie na uwadze Władze Lekarskich, wskutek czego ustawa ta wprowadza zamieszanie pojęć, określając w różnych artykułach tem samem mianem dwa zupełnie różne pojęcia.

Ustawa rozróżnia dwie kategorje główne członków Izby (art. 2).

a) członków obowiązkowych, którymi są wszyscy lekarze, zamieszkujący w okręgu Izby i wykonujący praktykę lekarską;

b) członków fakultatywnych, to jest te osoby, które posiadają uprawnienie do wykonywania praktyki lekarskiej, którzy jednak z tego uprawnienia nie korzystają — a mimo to objawią życzenie należenia do Izby i uzyskają na to zgodę Rady Izby Lekarskiej. Są to więc członkowie nadzwyczajni, nie mający obowiązku należenia do Izby.

Zachodzi jednak niejasność z powodu braku bliższego i ścisłego określenia pojęcia »praktyki lekarskiej« i konieczność dokładnego sprecyzowania tego określenia w rozporządzeniu wykonawczem, bo w przeciwnym razie wyłonią się tysiączne wątpliwości i spory, które mogą niepotrzebnie zmarnować masę papieru i energji ludzkiej na odwołania do wyższych i najwyższych Władz administracyjnych.

O to określenie toczyły się jeszcze za rządów b. Austrji długotrwałe walki i ostatecznie ustalono, że praktyka lekarska obejmuje wszystkie zajęcia, do których wykonywania jest konieczne posiadanie dyplomu lekarskiego.

Przy tak szerokiem ujęciu sprawy nie byłoby miejsca na tych fakultatywnych członków Izby, bo chyba bardzo rzadko zdarzy się osobnik, któryby tylko z amatorstwa ukończył mozolne studja lekarskie i uzyskany dyplom zawiesił na kołku.

Jeżeli rozporządzenie wykonawcze zgodnie z duchem ustawy nada pojęciu praktyki lekarskiej ciaśniejsze ujęcie, powstaną dalsze kłopoty dla wykonawców ustawy.

Wprowadza ona do Izby lekarskiej, jako członków obowiązkowych, lecz poniekąd uprzywilejowanych, także lekarzy urzędowych tak cywilnych, jak wojskowych, o ile wykonują praktykę lekarską. Ustawodawcy prawdopodobnie mieli na myśli wykonywanie przez tych lekarzy p r y w a t n e j praktyki lekarskiej, lecz tego wyraźnie nie dopowiedzieli. Rozporządzenie wykonawcze musi więc rozstrzygnąć, czy lekarz urzędowy cywilny lub wojskowy, nie wdający się w praktykę prywatną, wykonuje praktykę lekarską w rozumieniu ustawy już przez to, że zajmuje się leczeniem w granicach swego obowiązku służbowego, a dalej, czy lekarz szpitalny, n. p. w szpitalu epidemicznym, nie zajmujący się praktyką prywatną, z obowiązku do Izby lekarskiej należeć musi, wreszcie, czy rzeczoznawca, nie zajmujący się leczeniem chorych, ale wydający jedynie opinję lekarską dla użytku sądów i innych Władz, wykonuje praktykę lekarską, czy nie.

Wspomniawszy o uprzywilejowaniu lekarzy urzędowych i wojskowych, już tutaj, uprzedzając dalszy tok wywodów, nadmienię, ze w myśl art. 33 ustawy nie podlegają oni zaostrzeniu kar dyscyplinarnych, nałożonych przez Sąd Izby Lekarskiej, przez opublikowanie wyroku w dzienniku urzędowym i przez grzywnę do wysokości 50.000 Mp., a wykonanie kar pierwszych trzech stopni jest złagodzone przez przepis, wprowadzający pośrednictwo Władz służbowych.

Rada Izby Lekarskiej.

Członkowie Izby lekarskiej wybierają stałe przedstawicielstwo — Radę Izby Lekarskiej, której w s z e l k i m zarządzeniom podlegają i która działa w ich imieniu i zastępstwie (art. 2).

Od liczby członków Izby zależy liczba członków Rady, mianowicie na 200 członków przypada 20 radców a na każde następne p e ł n e 50 członków 1 radca. Gdy więc dla Izby lekarskiej we Lwowie ustalono liczbę 1162 członków, mają oni wybrać 39 członków Rady Izby Lekarskiej.

Kadencja Rady trwa trzy lata.

Rada Izby Lekarskiej wybiera z pośród siebie Zarząd (Wydział Wykonawczy), złożony z 5—9 członkow a Zarząd ze swego grona wybiera stałego przewodniczącego, czyli Naczelnika Izby Lekarskiej, jednego lub dwóch jego zastępców, pisarza i skarbnika Izby lekarskiej. *M.*

Korespondencje.

Wycieczka naukowa asystentów do Francji.

Bezpośrednia łączność ze światem francuskim, w szczególności zaś poznanie jego sposobów myślenia i pracy jest rzeczą dla polskiego lekarza niezwykle cenną i pouczającą. Nie nazbyt liczni mieli możność — i to przed wielką wojną — zwiedzania francuskich wszechnic i pracowania w tamtejszych zakładach. Przeciętny lekarz w Polsce zaspokaja swą ciekawość czytaniem francuskich czasopism i w najlepszym razie — trudno dostępnych książek naukowych francuskich; zaczynają one w jego bibliotece bowoli zajmować miejsce poczesne obok podręczników i książek niemieckich i rosyjskich, pod których wszechwładnym wpływem odbywały się studja lekarskie młodszego pokolenia. Wycieczka naukowa zorganizowana we wrześniu 1922 r. umożliwiła 10 asystentom różnych katedr poznanie

trzech środowisk uniwersyteckich we Francji. Rozumie się samo przez się, że kilkanaście dni, tam spędzonych zaledwie wystarczyło do obejrzenia zakładów klinicznych i szpitalnych; uprzedzająca jednak grzeczność tak Dziekanów Wydziałów lekarskich, jak wogóle wszystkich czynników, z któremi zetknęliśmy się, dopomogła nam do wytworzenia sobie dosyć dokładnego obrazu organizacji studjów i pracy klinicznej.

W dziale chorób skórnych i wenerycznych, bliżej obchodzących piszącego te słowa, pierwsza wizyta należała się największemu ośrodkowi tej specjalności tj. Szpitalowi św. Ludwika. Byliśmy tam świadkami wizyty na salach chorych, oprowadzani przez prof. Gongerot, oraz przypatrywaliśmy się sposobowi udzielania porady lekarskiej w przychodni, przez którą przewija się imponująca liczba chorych dziennie. Rzeczą bardzo godną uwagi okazała się organizacja drugiej przychodni w tymże szpitalu przy oddziale chorób włosów. Jak nas poinformował szef tego oddziału p. Noiré, pokaźna liczba szkół paryskich wymaga, aby uczniowie ci przed rozpoczęciem roku szkolnego byli przez fachowych lekarzy kontrolowani na choroby grzybkowe włosów i jedynie ujemny wynik tej kontroli decyduje o przyjęciu ich do szkół. Zasada ta zasługiwałaby na zastosowanie w najszerszym zakresie i u nas, gdzie grzybek strzygący wszędzie, gdzie tylko dzieci w większej liczbie się gromadzą, rozszerza się w zastraszający sposób. Koniecznem wymaganiem takiej kontroli zapobiegawczej byłoby naturalnie uruchomienie odpowiednich stacyj Roentgena dla leczenia chorych.

Bardzo miłem wspomnieniem z zakresu mojej specjalności jest wizyta w *Hôpital Cochin* i rozmowa tamże z p. Louis Fournier, który podzielił się z nami wynikami prób leczenia kiły przetworami bizmutowemi i zajął wszystkich relacją o doświadczalnem szczepieniu kiły na zwierzętach. Wynieśliśmy z tego wzorowo urządzonego oddziału wrażenie niezwykle sympatyczne i trwałe, jako z pracowni, w której rozwija się bujnie działalność naukowa pod kierownictwem doświadczonego, a zarazem pełnego zapału szefa. — Imponującą rozmiarami i ruchem chorych centralę lecznictwa urologicznego, oddział dra Mariona w Hôp. Lariboisière pokazał nam i objaśnił p. Dr. Rousseau, przyczem nie zapomniano także o dokładnem pokazaniu nam stosowanej tam w bardzo szerokim zakresie diatermji. Wreszcie zawdzięczamy uprzejmości Dra Danysza możność dokładnego zwiedzenia całego zakładu Pasteura.

Jak widać z powyższego krótkiego zestawienia, cel wycieczki, a mianowicie zwiedzenie klinik i zakładów francuskich, został w ten sposób osiągnięty. Dopełnieniem jego, bardzo pouczającem i miłem, było zetknięcie się z wybitnemi osobistościami ze świata lekarskiego w gościnnym domu pp. Roger.

Spędziwszy w Paryżu 12 dni cała wycieczka wybrała się w drodze powrotnej do Nancy, gdzie w przeciągu kilku godzin grono profesorów wydziału lekarskiego z Dziekanem p. Meyer na czele pokazało nam wszystkie interesujące nas zakłady uniwersyteckie, oraz rozległy szpital dla chorych gruźliczych wraz z nadzwyczaj praktycznie urządzoną poradnią przeciwgruźliczą, rozciągającą swoją działalność nietylko za chorych dochodzących, ale także na chorych i rodziny chore w mieście. Organizacja tego *Hôpital Villemin* jest bardzo pięknym przykładem sprawnie prowadzonej walki z tą chorobą społeczną, jaką jest gruźlica. Lekarze wojskowi z Szefem sanitarnym XX. korpusu na czele oprowadzali nas następnie po urządzonym wedle wszelkich nowszych wymagań *Hôpital Sédillot*, który w pawilonach rozrzuconych na bardzo dużej stosunkowo przestrzeni mieści 700 łóżek i wszelkie potrzebne urządzenia lecznicze. Pamiętając z czasów mojej służby wojskowej, w jak trudnych nieraz warunkach byłem zmuszony prowadzić i urządzać szpitale i to epidemiczne, nie mogłem oprzeć się uczuciu głębokiego podziwu dla organizacji służby zdrowia w armji francuskiej. Mając do rozporządzenia spore jak widać, środki materjalne, założyły władze wojskowe w Nancy szpital wzorowy, nie żałując przedewszystkiem miejsca, powietrza i światła, i wyposażając zakład we wszystko, co dla pożytecznego jego funkcjonowania jest konieczne. Z zajęciem więc specjalnem słuchałem uprzejmych objaśnień oprowadzającego nas jenerała lekarza, z których wynikało, że mimo wielkich kosztów utrzymania szpitala i mimo nieco biurokratycznego sposobu administracji ilość personalu niższego jest, jak na tę ilość chorych (700 łóżek), stosunkowo niską (70 osób).

Trudnem zadaniem byłoby opisać to, cośmy widzieli w ostatnim dniu pobytu we Francji. Miasto-ogród, poważne i pogodne; a w murach jego wspaniałych domów walka o zdrowie i życie; walka prowadzona umiejętnie z wykorzystaniem wszystkich środków, jakie nauka i postęp dają lekarzowi w ręce, z uwzględnieniem wszystkich wymagań i wygód, jakiemi higjena szpitala może otoczyć chorego: to szpitale i kliniki Strassburg'skie, tworzące zamkniętą w sobie całość. I niewiadomo, co podziwiać więcej, czy urządzenie kliniki chirurgicznej, jednoczącej w sobie cechy wyżej wymienione, czy klinikę chorób skórnych niewielką rozmiarami, a wyposażoną hojnie we wszystko, czego lekarz i chory potrzebować mogą. Wszystkie te zakłady stoją równorzędnie obok siebie i żaden z nich nie ustępuje drugiemu co do wspaniałości swoich urządzeń. Obok, a raczej wśród nich bardzo ciekawym — nęcącym do dyskusji i krytyki — przykładem najsurowszej bezwzględnie reglementacji prostytucji jest stacja obyczajowa, zwiedzona przez wielu uczestników wycieczki pod kierunkiem szefa stacji Dra Roekrera. Zapominać też nie wolno o stalowem sercu tego olbrzymiego ustroju szpitalnego, o centralnych urządzeniach technicznych, które i na fachowcach-technikach wywrzeć musiałyby duże wrażenie.

Zebrany w tych krótkich zdaniach plon wycieczki do Francji jest aż nadto obfity. Wrażenia z godzin porannych, przeznaczonych na zwiedzanie klinik, znajdują uzupełnienie w umyśle każdego z jej uczestników we wrażeniach spacerów popołudniowych, poświęconych zwiedzaniu skarbów piękna, nagromadzonych na ziemi francuskiej przez długie szeregi wieków. Patrząc na różne etapy rozwoju tego wielkiego narodu, na pomniki jego świetnych chwil, zrozumieć można dopiero tajemnicę jego dawnej i dzisiejszej wielkiej kultury i niespożytej siły.

T. Dybski.

Od Redakcji: Z powodu strajku składaczy w drukarniach nie mógł się ukazać w zeszłym tygodniu numer naszego pisma.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

W myśl uchwał **Zjazdu Zdrojowisk i Uzdrowisk,** odbytego w marcu 1922 w Krakowie, urządza Związek Zdrojowisk, Uzdrowisk i Kąpielisk morskich w porozumieniu z Polskiem Towarzystwem Balneologicznem Zjazd zdrojowy we Lwowie w dniach 8 i 9 grudnia b. r. Referaty na Zjazd uchwalono następujące:

1) Stan zdrojowisk po sezonie 1922.
2) Ustawa zdrojowa i jej wprowadzenie w życie.
3) Sprawa połączeń kolejowych do uzdrowisk.
4) Ruch turystyczny i wydawnictwo przewodnika uzdrowiskowo-turystycznego.
5) Wydawanie własnego czasopisma.
6) Eksploatacja polskich źródeł mineralnych.
7) Sprawa budowy lecznic w uzdrowiskach.

Prelegenci do powyższych referatów są już uproszeni. Informacji udziela Polski Związek Zdrojowisk i Uzdrowisk Lwów, ul. Jagiellońska l. 20.

W sprawie wyborów do Izby lekarskiej Wschodniej Małopolski odbyło się ogólne zebranie lekarzy lwowskich i delegatów lekarzy prowincjonalnych, przynależnych w myśl nowej ustawy do tejże Izby. W zebraniu wzięli udział bardzo liczni uczestnicy, którzy też po dyskusji wybrali komitet przedwyborczy, złożony z 20 członków. Zebraniu przewodniczył prezydent Izby dr. Papée.

Na ostatniem posiedzeniu naukowem Tow. lekarskiego miał wykład »O kile płuc« przybyły z Warszawy prof. Gluziński. Po posiedzeniu odbyła się wspólna koleżeńska uczta na cześć czcigodnego gościa, w czasie której wygłoszono szereg mów. Wśród koleżeńskiego serdecznego nastroju przeciągnęło się zebranie do późna.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. XXX. Posiedzenie naukowe odbędzie się dnia 10 listopada o godz. 6-ej wieczorem w Poliklinice, ul. Lindego l. 5. 1) Pokazy. 2) Wykład: kol. Groër »O higjogenezie«.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke,* prezes.

Kraków.

W Towarzystwie lekarskiem rozpoczął się odrazu po przerwie letniej bardzo żywy ruch zarówno na posiedzeniach ściśle naukowych, jak również na »wieczorach czwartkowych«. Wieczory te, których piękny i szczęśliwy pomysł wyszedł od poprzedniego prezesa Towarzystwa, prof. Rosnera, mają charakter towarzyski, a zaczynają się zawsze wykładem wybitnych uczonych, literatów na temat, stojący na pograniczu medycyny i innych nauk (najczęściej historji literatury). W październiku np. mieli świetne wykłady profesorowie W. J. Folkierski: »O lekarzach w satyrze francuskiej« i Sinko o tradycjach lekarskich »Ody do młodości«.

Wybory do pierwszych polską ustawą sejmową utworzonych **Izb lekarskich** obudziły żywy ruch w kołach lekarskich, które koncentruje się przedewszystkiem w »Związku lekarzy małopolskich«, skupiającym dziś większość kolegów w zwartej i skutecznie działającej organizacji. Prawdopodobnie też wyjdą z wyborów kandydaci, popierani przez »Związek«.

Prof. Dr. Karaffa-Korybut, powołany na profesora higjeny w Krakowie, zrzekł się katedry w Uniwersytecie Jagiellońskim i przyjął katedrę w Wilnie.

Warszawa.

Akademja nauk lekarskich rozpoczęła wydawnictwo podręczników. Jako pierwszy ukaże się podręcznik ginekologji prof. dr. Rosnera, który już został oddany do druku.

Zmarli: Dr. Kazimierz Trzcieniecki, laryngolog, dyrektor Polikliniki lwowskiej, długoletni skarbnik Tow. lekarzy p. b. Galicji itd., zmarł w 51 r. życia we Lwowie. Pogrzeb odbył się d. 27 b. m.; nad trumną przemówił imieniem Tow. lek. lwowskiego prof. Franke, Polikliniki dr. Schellenberg, Miejskiej Kasy chorych radny miejski B. Lewicki. Wspomnienie pośmiertne ukaże się w numerze następnym.

Nr. 46 12. listopada 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Doc. Dr. JANUARY ZUBRZYCKI. Kraków.

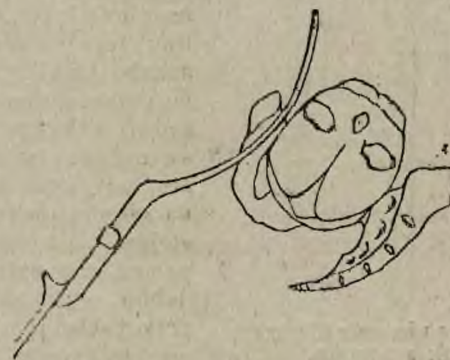
Kilka słów o kleszczach Kiellanda.*)

Opierając się raczej na piśmiennictwie, niż na szczupłym materjale mojej prywatnej praktyki, chcę podać krótkie uwagi o tak zwanych »kleszczach Kiellanda«. Kleszcze te cechują się budową niezmiernie prostą, spowodowaną głównie brakiem wygięcia miednicznego i zastosowaniem bardzo prostego przesuwalnego zamku. Zbudowane zaś zostały w tym celu, by umożliwić założenie pojedyńczych łyżek na główkę zawsze w jej wymiarze ciemieniowym bez względu na ułożenie i ustawienie samejże główki w stosunku do płaszczyzn i ścian miednicy. Dzięki swojej budowie oraz odpowiedniej technice zakładania zadanie to w zupełności spełniają.

Jak już wspomniałem, kleszcze Kiellanda możemy założyć na główkę zawsze w jej wymiarze ciemieniowym. Jeżeli zakładamy je na główkę prosto w miednicy stojącą, to technika ich zakładania nie różni się zupełnie od techniki zakładania kleszczy klasycznych. Inaczej jednak przedstawia się sprawa w tych przypadkach, w których główka zwrotu jeszcze nie dokonała i stoi poprzecznie w stosunku do sprzężnej wchodu. Wtedy to bowiem, o ile chcemy główkę uchwycić kleszczami w jej wymiarze ciemieniowym, to, rzecz jasna, jedna łyżka, przednia, przyjść musi pod spojenie łonowe, a druga, tylna, ponad kość krzyżową. Aby zaś to wykonać, trzeba użyć techniki odmiennej, niż przy kleszczach klasycznych. Kielland wspomina o dwóch metodach, przy pomocy których kleszcze te w ten sposób założyć można. Przy obu rozpoczyna od założenia łyżki przedniej. Pierwsza metoda, którą radzi posługiwać się tylko wtedy, jeżeli drugiej z jakiejkolwiek przyczyny użyć nie można, polega na przesunięciu założonych w zwykły sposób łyżek na odpowiednie miejsce główki. Przesunięcie to jest możliwe i łatwo da się wykonać kleszczami Kiellanda, a to głównie dzięki temu, że nie mają one wygięcia miednicznego, które, jak z praktyki wiadomo, najbardziej w przesuwaniu kleszczy przeszkadza. Druga metoda jest na pozór bardziej złożona i wydaje się trudniejszą. W rzeczywistości zaś jest ona o wiele łatwiejsza, szybsza, mniej uciążliwa i pewniejsza, niż pierwsza. Technika zaś tej drugiej metody przedstawia się pokrótce następująco. Wprowadza się naprzód znowu łyżkę przednią, ująwszy ją tak, jak szpadę, i to wprost pod spojenie, zużytkowując jej główkowe wygięcie jako wygięcie miednicznc. Łyżkę więc tę wprowadza się odwrotnie, niż łyżki kleszczy klasycznych, gdyż krzywizną do przodu. Poczem dopiero obraca się łyżkę o 180° tak, aby krzywizna objęła główkę. Obrót ten ułatwia z jednej strony smukła budowa łyżki, której szerokość jest o wiele mniejsza, niż kleszczy klasycznych, oraz zaokrąglenie jej brzegów. Łyżka przednia dolna po założeniu powinna trzonkiem opierać się o tylne wędzidełko sromu. Łyżkę tylną wprowadzamy od tyłu w prawidłowem ułożeniu, poczem następuje dopiero zamknięcie kleszczy, które nie natrafia na znaczniejsze trudności, i pociąganie ich ku dołowi względnie w kierunku wskazanym przez trzonki. Przy pociąganiu zazwyczaj sama główka wraz z kleszczami dokonuje zwrotu, o ile zaś go nie dokonuje, to trzeba przez odpowiednie skręcenie łyżek zwrotu tego dokonać. Nie wdaję się tutaj w szczegółowy opis techniki zakładania kleszczy Kiellanda, jest on podany w jego pracach. Jedynie tylko dla ułatwienia zrozumienia powyższych uwag, zamieszczam szereg schematycznych rycin, przedstawiających ułożenie łyżek w poszczególnych fazach ich zakładania, i to na główkę, która jeszcze zwrotu nie dokonała, a więc na główkę, której szew strzałkowy przebiega poprzecznie do sprzężnej wchodu miednicy. Na rycinach tych widać także kształt i budowę kleszczy.

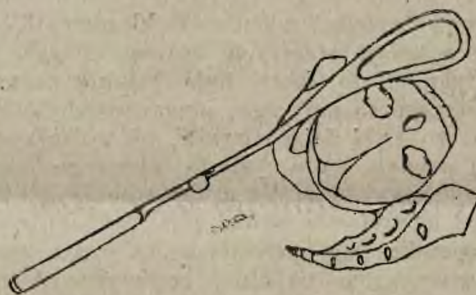
*) Według wykładu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskim krakowskim dnia 11. VII. 1922 r.

Rycina I.



Ułożenie przedniej łyżki po wprowadzeniu jej pod spojenie łonowe wygięciem główkowem do góry.

Rycina II.



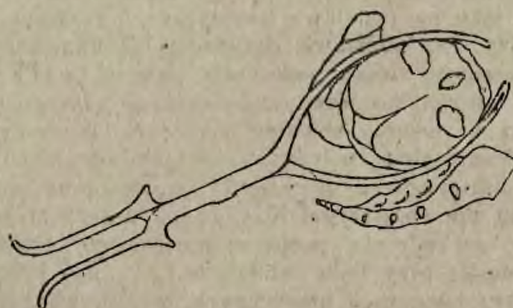
Ułożenie łyżki w czasie obrotu o 180°.

Rycina III.



Ułożenie przedniej łyżki końcowe po obroceniu jej o 180°. Łyżka obejmuje główkę.

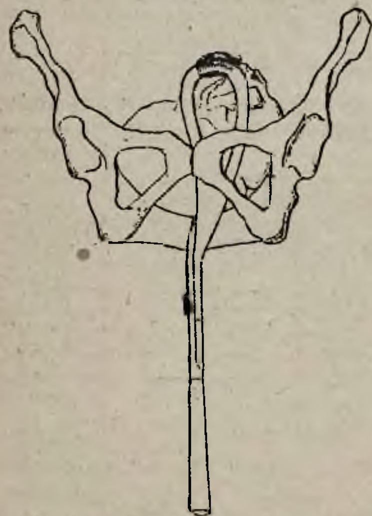
Rycina IV.



Prawidłowe ułożenie kleszczy; widok z boku.

Zdawaćby się mogło na pierwszy rzut oka, że wprowadzenie łyżki przedniej w ten nieco dziwny sposób musi być co najmniej nie zawsze łatwe. Wbrew jednak temu twierdzą prawie wszyscy bez wyjątku autorowie, iż założenie przedniej łyżki w przeważnej części przypadków łatwo wykonać, (Saenger, Mayer) a tylko w niektórych wyjątkowych razach, gdzie np. skutkiem ogólnego ścieśnienia miednicy mamy za mało miejsca na obrót łyżki, uciec się należy do bocznego wprowadzenia łyżki z następowem jej przesunięciem. Tak samo radzą niektórzy posługiwać się metodą przesuwania łyżek, gdy kleszcze zakładamy na główkę nisko w miednicy stojącą. Jak piśmiennictwo poucza, nie natrafia się podobno nigdy na trudności przy zakładaniu łyżki przedniej, lecz raczej tylnej. Przyczyny zaś tego dopatrywać się należy w tem, że ominięcie wystającego wzgórka krzyżowego jest niejednokrotnie niełatwe. Pamiętać jednak musimy o tem, że odpowiednie obniżenie trzonka łyżki przed wspomnianemi trudnościami zupełnie zabezpiecza.

Rycina V.



Prawidłowe ułożenie kleszczy; widok z przodu.

Ta druga metoda zakładania kleszczy Kiellandą spotkała się w kołach starszych doświadczonych położników z ostrą krytyką. I to może było jedną z najważniejszych przyczyn, dlaczego to narzędzie, przez innych zalecane i doskonałe bądź co bądź dające wyniki, nie zyskało jeszcze ogólnego dzisiaj uznania i nie znalazło szerszego zastosowania. Głównym przedstawicielem tej grupy autorów był Schauta, który uważał odwrotne wprowadzenie łyżki do wnętrza macicy z następowem jej obróceniem za rzecz zgoła niebezpieczną i grożącą co najmniej rozdarciem ściany macicy. Rozdarcie to, względnie pęknięcie, miałoby, zdaniem Schauty, być wynikiem wypuklenia się i rozciągnięcia mięśnia macicznego na obracanej łyżce. Dlatego też twierdzi Schauta, że kleszcze Kiellanda, to narzędzie, którym tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach i tylko położnicy technicznie bardzo wysoko stojący mogą się posługiwać.

Doświadczenie jednak kliniczne poucza, że teoretyczne wywody Schauty nie są słuszne, a tem samem i zarzut przez niego uczyniony kleszczom Kiellanda nie wytrzymuje krytyki. Okazało się bowiem, że przy należytem uwzględnieniu warunków i wskazań nigdy przy wykonywaniu zabiegu kleszczowego sposobem Kiellanda nie doszło do rozdarcia lub pęknięcia ściany macicy. Tutaj też zwracam uwagę na to, że takie uszkodzenie mięśnia macicznego wydarzyć by się mogło tylko w tych przypadkach, w których spotykamy nadmierne rozciągnięcie i obciśnięcie mięśnia macicznego. I w takich razach radziłbym dla pewności posługiwać się raczej przy zakładaniu kleszczy Kiellanda metodą przesunięcia, a nie obracania łyżki przedniej.

Zdaniem Kiellanda, kleszcze przez niego podane, mają cały szereg zalet, do których poznania doszedł Kielland nie tylko na podstawie teoretycznego rozważania, lecz co ważniejsza i na podstawie doświadczenia klinicznego. Przy pomocy opisanych kleszczy ukończył sam Kielland 362 porodów. Z tych tylko jeden zakończył się śmiercią matki, i to dopiero w połogu, wskutek zakażenia, powstałego rzekomo przed zabiegiem; w jednym nastąpiło uszkodzenie stawu krzyżowo-biodrowego (u pierwiastki ze ścieśnioną miednicą), a w żadnym nie spostrzegał Kielland zupełnego pęknięcia krocza, lub uszkodzenia pęcherza moczowego. Śmiertelność płodów wynosiła przy tych zabiegach 1,4%, gdy śmiertelność płodów przy kleszczach klasycznych, wykonywanych wśród tych samych warunków, oblicza Winckel na 9,8% Bokkelmann i Dreyer na 4,7%. Kielland przypisuje dobre wyniki, uzyskane przy pomocy swej metody, głównie trzem czynnikom. Pierwsze temu, że kleszcze, podane przez niego, chwytają główkę zawsze i wśród każdych warunków w jej wymiarze ciemieniowym, a więc w wymiarze idealnym dla kleszczy; drugie, że dzięki swojej budowie ujmują główkę silnie, nie zgniatając równocześnie jej kości czaszki i twarzy; trzecie, że odtwarzają fizjologiczny mechanizm porodowy. Te to trzy czynniki sprawiają, że kleszcze Kiellanda przewyższają pod wieloma względami kleszcze klasyczne i nad temi to ich zaletami teraz z kolei pokrótce się zastanowię.

Przedewszystkiem pamiętać należy o tem, że uchwycenie główki zawsze w jej wymiarze poprzecznym wywołać musi i wywołuje siłą faktu wydłużenie się jej wymiaru podłużnego, a zmniejszenie poprzecznego. Przez to, rzecz jasna, zakładając kleszcze Kiellanda na główkę, która przez wchód miednicy jeszcze nie przeszła, nie tylko, jak to przy zwykłych wysokich kleszczach bywa, nie zwiększamy niestosunku porodowego, lecz przeciwnie zmniejszamy go i wprowadzenie główki do miednicy ułatwiamy. Ma to bardzo doniosłe praktyczne znaczenie i pozwala zarazem na uzasadnione teoretycznie twierdzenie, że zabieg kleszczowy Kiellanda — nawet przy nieznacznych ścieśnieniach miednicy — da wyniki dobre. I rzeczywiście rzekomo niektórzy autorowie (A. Mayer, Kielland) w takich przypadkach z dobrym skutkiem go stosowali. Pomimo to atoli ja osobiście uważam, że kleszcze Kiellanda tak, jak wogóle wszystkie rodzaje kleszczy, nie są narzędziem, któremby można było się posługiwać celem zmniejszenia niestosunku porodowego, a więc przy miednicach ścieśnionych.

Ze strony pochwy, sromu i krocza, główka rodząca się w kleszczach Kiellanda nie natrafia na tak wielki opór, jak główka, rodząca się w innych kleszczach. Przyczyny zaś tego szukać znowu należy w tem, że kleszcze Kiellanda przylegają ściśle do główki i nie odstają od niej, jak to się dzieje przy zwykłych kleszczach, założonych na główkę czyto w wymiarze podłużnym, czy też skośnym a nawet poniekąd w poprzecznym. Skutkiem tego i zwrot główki jest łatwiejszy i niebezpieczeństwo uszkodzenia ścian szyjki i pochwy mniejsze, aniżeli przy użyciu innych rodzajów kleszczy. Główka, objęta przylegającemi ściśle do niej łyżkami kleszczy Kiellanda, zwraca się swobodnie wraz z kleszczami względem ścian bocznego odcinka kanału rodnego. Główka zaś, uchwycona nieprzylegającemi do niej należycie łyżkami kleszczy klasycznych, o ile wogóle się zwraca, to skręca równocześnie w mniejszym lub większym stopniu rozpięte na odstających łyżkach miękkie ściany dolnego odcinka kanału rodnego, narażając je skutkiem tego na znaczne rozdarcia lub uszkodzenia. Następstwem tej samej przyczyny jest i to, że urodzenie główki kleszczami Kiellanda wymaga mniejszego nakładu pracy, niż urodzenie główki kleszczami wysokiemi lub zwykłemi niskiemi. Uszkodzenia, i to zazwyczaj tylko ścian pochwy, z któremi przy zwrocie główki kleszczami Kiellanda czasami się spotkamy, są wynikiem tego, że czasami za nisko wprowadzone łyżki nie chwytają całej główki, lecz tylko jej dolny odcinek, opierając się końcami na kościach twarzy i skutkiem tego od niej odstają. Odstając zaś przy zwrotach skręcają rozpiętą na niej pochwę i wywołują pęknięcia jej ścian. Uszkodzenia te więc, jak z powyższego widać, są wynikiem raczej błędu w technice zakładania kleszczy, a nie winą narzędzia bezpośrednio.

Kielland twierdzi dalej, że główka objęta jego kleszczami rozszerza ujście niezupełnie rozwarte jednostajniej i łagodniej, aniżeli główka uchwycona innemi rodzajami kleszczy. Twierdzenie zaś to uzasadnia tem, że łyżki jego kleszczy, nie odstając od główki sprawiają, iż brzeg ujścia rozpina się na całym obwodzie, zstępującego, stożkowatego odcinka główki, a nie tak, jak przy kleszczach klasycznych, tylko na dwóch końcowych przeciwległych punktach cięciwy, którą tworzą ponad główką odstające łyżki.

Wspominając o zaletach kleszczy Kiellanda, nie można pominąć faktu, że łyżki te, dobrze założone, nigdy się nie spłożą. Przypisać to należy po pierwsze temu, że kleszcze te, ujmując główkę w wymiarze jej poprzecznym, ściśle do niej przylegają, po drugie temu, że dzięki swojej

budowie (brak wygięcia miednicznego) chwytają nie tylko kości czaszki, lecz i kości twarzy, zyskując przez to pewniejszy i silniejszy punkt zaczepienia. Dzięki również tym własnościom, jak nie mniej dzięki smukłej budowie łyżek, obrażenia główki płodu, sprawione kleszczami Kiellanda, są o wiele mniejsze i rzadziej się przytrafiają, niż przy kleszczach klasycznych.

Wskazania do zabiegu kleszczowego Kiellanda są w ogólnych zarysach takie same, jak do każdego innego zabiegu kleszczowego. Ponieważ atoli posługujemy się przy wykonywaniu go kleszczami, które możemy zakładać w wymiarze prostym miednicy, przeto w pewnych chwilach, a mianowicie przedewszystkiem przy główce, ustawionej jeszcze poprzecznie, będzie zabieg Kiellanda bardziej wskazany, niż inny rodzaj zabiegu kleszczowego, a co za tem idzie, da lepsze wyniki. Zastanowię się tu pokrótce nad pewnemi okolicznościami, przy których właśnie zabieg Kiellanda przedewszystkiem powinien znaleść zastosowanie. Zacznę zaś od tych przypadków, które ja sam miałem sposobność spostrzegać w mojej praktyce.

Kleszcze Kiellanda zakładałem dotychczas dopiero trzy razy. Dwa razy jako kleszcze niskie przy niskiem poprzecznem ustawieniu główki, raz jako kleszcze wysokie przy główce niezupełnie ustalonej. W dwóch pierwszych przypadkach zakładałem je sposobem przesuwania łyżek w trzecim sposobem obracania łyżki przedniej. Przy wprowadzeniu i zamknięciu łyżek nie natrafiłem w żadnym przypadku na żadne trudności. Uderzającem było, jak łatwo, w porównaniu do zwykłych kleszczy, łyżki w dwóch pierwszych przypadkach przesunąć się dały, oraz łatwość, z jaką główka zwrotu dokonała. Co do trzeciego przypadku zauważyć muszę, że ten dziwny na pozór sposób wprowadzenia łyżki przedniej, tak bardzo niepokojący tych lekarzy, którzy nie posługiwali się kleszczami Kiellanda, oraz tak zwalczany przez Schautę, okazał się nadspodziewanie łatwym technicznie. Urodzenie płodu wymagało w porównaniu do kleszczy osiowych niepomiernie mniejszego nakładu siły, a zwrot główki dokonał się w kleszczach prawie bez mojego współudziału. W jednym tylko z moich przypadków powstało pęknięcie krocza drugiego stopnia, i to u pierwiastki, której płód ważył 4010 gr. Obrażeń zaś główki płodu, poza bardzo nieznacznemi zdarciami naskórka, nie spostrzegałem w żadnym z moich przypadków.

Nie ulega dla mnie żadnej wątpliwości, że niskie poprzeczne ustawienie główki, to jedna z tych okoliczności, które stanowić będą wskazanie do zabiegu Kiellanda. Wyższość bowiem omawianego rodzaju zabiegu w tych przypadkach ponad zabiegiem klasycznym, okazuje się chociażby już w tem, że nie potrzebujemy łyżek kleszczy, jak to prawie zawsze przy kleszczach klasycznych jest konieczne, zakładać po raz drugi po doprowadzeniu główki do wymiaru skośnego miednicy, lecz raz narzędzie nałożywszy, główkę zwracamy i następowo wyciągamy.

Bezsprzecznie także kleszcze Kiellanda będą dawać znakomite wyniki, jeżeli ich użyjemy jako kleszczy wysokich. Zakładamy je wtedy także na główkę poprzecznie stojącą we wchodzie lub nawet ponad wchodem miednicy, zmniejszamy jej wymiar ciemieniowy, ułatwiając jej wstąpienie do miednicy i odtwarzając typowy przebieg prawidłowego mechanizmu porodowego kończymy poród wprost uderzająco łatwo w porównaniu do kleszczy osiowych.

Niestety nie miałem dotychczas sposobności wypróbować kleszczy Kiellanda przy innych warunkach porodowych. Dlatego, nie mając w tym kierunku własnego doświadczenia, przy omawianiu tych zabiegów oprzeć się muszę na zdaniach innych klinicystów, czerpiąc je z obfitego już piśmiennictwa.

Nawet jeden z największych przeciwników kleszczy Kiellanda, Schauta, przyznaje, że mogą one znaleść zastosowanie i dać dobre wyniki przy twarzowem lub czołowem poprzecznem ustawieniu główki. Z tem zapatrywaniem Schauty zgadzają się niemal wszyscy położnicy. Wyniki bowiem kleszczy klasycznych w tych przypadkach są tak zatrważająco niekorzystne, iż wogóle nie wytrzymują porównania ze znakomitemi wprost wynikami kleszczy Kiellanda. Dobre zaś tutaj wyniki kleszczy Kiellanda odnieść należy do tego, że kleszczami temi chwytamy główkę w jej wymiarze poprzecznym (kleszcze klasyczne chwytają główkę w tych razach w wymiarze podłużnym) i rodzimy ją, odtwarzając fizjologiczny mechanizm czołowego lub twarzowego.

Przy mniejszego stopnia defleksyjnych ułożeniach główki płodu zalety kleszczy Kiellanda w porównaniu do kleszczy zwykłych nie uwydatniają się w tak wysokim stopniu. Chociaż i tu np. przy ciemieniowym dużym możność zwrócenia każdej chwili w kleszczach Kiellanda twarzy płodu pod spojenie lub ku kości krzyżowej (zwrot możliwy jest nawet o 135°) może mieć ważne znaczenie (Hoffmann).

Przy miednicy lejkowatej radzi posługiwać się kleszczami Kiellanda Mayer. On też twierdzi, że nadają się one, właśnie dzięki możności przesuwania wzajemnego łyżek, w przypadkach przodowania kości ciemieniowej, lecz tylko tylnej a nie przedniej.

Liczba prac, dotyczących kleszczy Kiellanda, jest już dzisiaj dosyć pokaźna; autorów, zajmujących się tą sprawą, można, według ich zapatrywań, podzielić na trzy grupy. Do pierwszej zaliczyć należy tych, którzy uważają zabieg Kiellanda za dopuszczalny jedynie tylko w bardzo wyjątkowych przypadkach, np. w położeniach twarzowych lub czołowych, o ile główka zwrotu jeszcze nie dokonała, i to wtedy, gdy inne zabiegi w tych razach używane już w rachubę nie wchodzą zupełnie (Schauta).

Druga grupa ma o wiele liczniejszych przedstawicieli. Zaliczyć do niej należy wszystkich tych, którzy uważają zabieg Kiellanda za bardzo dobry i radzą go stosować we wszystkich poprzednio omówionych okolicznościach (Meyer, Saenger, itd). Z tych autorów jedni uważają kleszcze Kiellanda za narzędzie, którem po wyćwiczeniu się każdy lekarz praktyk posługiwać się może i powinien. Drudzy sądzą, że należy te kleszcze oddać do rąk tylko bardzo wytrawnych klinicystów i wysoko technicznie wyrobionych położników, tem samem sprzeciwiają się temu, aby lekarze praktycy na prowincji niemi się posługiwali. Ci autorowie uzasadniają swoje stanowisko rzekomem niebezpieczeństwem, na jakie przy nieumiejętności i nierozwadze operatora może być narażona rodząca podczas wprowadzania łyżki przedniej, a zwłaszcza podczas jej obracania. Zdaniem mojem obawy przed metodą obracania łyżki przedniej są zupełnie bezpodstawne i nieuzasadnione. Sądzę bowiem, że założenie kleszczy Kiellanda tą nową drugą metodą, oczywiście przy należytem ocenieniu warunków porodu w danym przypadku, stanu dolnego odcinka macicy i obciśnięcia mięśnia macicznego, nie jest ani niebezpieczne, ani nie powinno natrafiać na znaczniejsze trudności. Ale, pominąwszy już nawet i to, uczynić muszę autorom zarzut, że w wywodach swoich zapominają, iż kleszcze Kiellanda założyć można i w inny, zupełnie niewinny, że tak powiem, sposób przez przesuwanie tylko łyżek. Dowodzi tego praca Berecza, który zakładał kleszcze Kiellanda 26 razy wśród najrozmaitszych warunków porodowych, i to tylko przy pomocy metody przesuwania łyżek zawsze z dobrym wynikiem. A jeżeli już godzimy się na to, że zabieg Kiellanda jest w wielu razach lepszy, niż zabieg kleszczowy klasyczny, to czemuż nie wyćwiczyć jego techniki należycie i posługiwać się nim ogólnie ku korzyści rodzących, lecz zachować go tylko dla niektórych szczęśliwych. Ogólnie rzecz biorąc, sądzę, że należy, wypróbowawszy jakąś metodę operacyjną, przyjąć ją lub odrzucić zupełnie, zależnie od tego, czy się okazała dobrą lub złą, a nie zawarować ją tylko dla pewnej grupy wybrańców. O ile się zaś ją uzna za dobrą i przyjmie, to przez odpowiednie wypracowanie ścisłych wskazań i warunków zabiegów, oraz przez należyte wyćwiczenie techniki, należy zapewnić jej ogólne zastosowanie. Sam, co prawda, zakładałem kleszcze Kiellanda tylko wśród stosunkowo niezawiłych i prostych okoliczności, brak mi doświadczenia osobistego w ciężkich przypadkach. Sądzę jednak, opierając się na tem, co stwierdzić dotychczas miałem sposobność, oraz na piśmiennictwie, że wykonanie zabiegu Kiellanda, nawet

wśród ciężkich warunków porodowych, nie może być ani tak trudne, ani też tak niebezpieczne, aby lekarzowi praktykowi, który technikę tego zabiegu zna, nie można było oddać go do użytku. Uważam przeciwne stanowisko za zupełnie nieuzasadnione i przypuszczam, że każdy po rozpatrzeniu powyższych moich wywodów i przyswojeniu sobie techniki zakładania kleszczy Kiellanda, zupełnie ze mną się zgodzi.

Pomimo, że należę do zwolenników zabiegu Kiellanda, jak to zresztą z powyższego wynika, to nie pochwalam i nie mogę się zgodzić ze stanowiskiem trzeciej grupy autorów. Uważam je bowiem za nader skrajne, a skutkiem tego, jak to w takich razach najczęściej bywa, za niesłuszne. Autorowie tej grupy uważają kleszcze Kiellanda za narzędzie tak znakomite i tak dobre dające wyniki, że radzą zaniechać używania wogóle innych rodzajów kleszczy, a posługiwać się tylko kleszczami Kiellanda. Uważają oni klasyczne kleszcze tak niskie, jak i osiowe, za przeżyte, przypisują im tylko historyczne znaczenie i sądzą, że należy zaniechać nauczania posługiwania się niemi; jednem słowem chcą zastąpić tak niskie, jak i wysokie kleszcze klasyczne, kleszczami Kiellanda. Jest to stanowisko zanadto skrajne i niesłuszne, nie mniej jednak stanowi niezbity dowód, jak dobry i w praktyce pożyteczny musi być zabieg Kiellanda. Wszyscy, którzy się niem posługiwali, prawie bez wyjątku przyznają mu w mniejszym lub większym stopniu niewątpliwe zalety, a ostrzeżenia przed jego użyciem oparte są tylko na teoretycznych wywodach, a nie na praktycznem doświadczeniu i pochodzą najczęściej od tych, którzy kleszczy Kiellanda nigdy w ręku nie mieli.

Twierdzę stanowczo, że technika zabiegu Kiellanda nie jest tak trudną, aby lekarz praktyk nie mógł jej całkowicie opanować. Z tego punktu widzenia wychodząc oddałbym kleszcze Kiellanda i polecił do użytku lekarzowi praktykowi. Żądałbym jednak spełnienia dwóch warunków od każdego, któryby, wyćwiczywszy się w technice zabiegu Kiellanda, chciał się nim w praktyce posługiwać. Pierwszy warunek, to umiejętność dokładnego badania położniczego (na co już i Kielland zwrócił uwagę) i należyte zdanie sobie sprawy z ułożenia główki oraz stanu dolnego odcinka macicy; drugi warunek, to dokładna znajomość fizjologicznego mechanizmu porodowego. Są to, mojem zdaniem, warunki, bez których prowadzenie zabiegu jest niemożliwe. Kleszcze Kiellanda bowiem, to narzędzie, które dlatego tylko daje dobre wyniki, że odtwarza fizjologiczny mechanizm porodowy. Odtwarzanie zaś fizjologicznego mechanizmu porodowego bez jego zasadniczej znajomości i bez zdania sobie sprawy z ułożenia główki jest w zupełności niemożebne, a popełnienie błędu w tym kierunku pociąga za sobą skutki groźne dla rodzącej, których uniknąć można na pewno, jeżeli się uczyni zadość wspomnianym warunkom.

Piśmiennictwo:

Schauta: Zentrlbl. f. Gyn. 1918. Mayer: Zentrlbl. f. Gyn. 1921. Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. LVIII. Hamm: München. med. Woch. 1917. Sołowij: Polska Gazeta lekarska 1921. Saenger: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 44. Hoffmann: Zentrlbl. f. Gyn. 1922. Fortschrif. f. Med. 38. J. 18. Nr. Nenmann: Zentrlbl. f. Gyn. 1922. Riediger: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. 1921. Zentrlbl. f. Gyn. 1920. Küster: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. 1919. Kielland: Monatschr. f. Geb. u. Gyn. T. 43.

Dr. T. BYSZEWSKI asyst. oddz.
Dr. W. CZARNOCKI asyst. Zakładu. Warszawa.

Przyczynek do ostrego rozszerzenia żołądka.

Z Oddziału chirurgicznego szpitala Dzieciątka Jezus. (Ordynator Dr. med. Z. Sławiński) i Zakładu Anatomji Patologicznej (Dyr. Prof. J. Hornowski).

Przypadki ostrego rozszerzenia żołądka zajmują od lat wielu żywo umysł chirurgów. Chociaż jest dużo prac z tej dziedziny, ustalenie jednak jednolitej patogenezy większości przypadków nie wyszło poza obręb przypuszczeń. Każden więc nowy przypadek może rzucić nieco światła na dotychczas niejasne szczegóły w przebiegu powyższego cierpienia.

Podajemy poniżej krótki opis przypadku, danych sekcyjnych i kilka uwag, dotyczących patogenezy i diagnostyki.

R. R. lat 26, urzędnik, zachorował przed 48 godz. przybył do szpitala dnia 31. X. 1921 r. o godz. 5-tej pp. Wywiady: Chory nie może, ze względu na stan ciężki, podać szczegółów z życia swego: nie zapadał na jakieś cierpienie poważniejsze. W ostatnim roku pracował, jako szofer, później, jako urzędnik, przy samochodach ciężarowych; życie prowadził bardzo ruchliwe. Od 2 tygodni czuł się niewyraźnie, cierpiał na rozwolnienie, które mu nie sprawiało większych dolegliwości. Dnia 29. X. 1921 r. był na wieczorku, gdzie jadł i pił, przenosił niewielki stolik. Około godz. 12 w nocy poczuł silne bóle w żołądku, musiał więc wrócić do domu. Nazajutrz wzmożenie objawów, czkawka, bardzo silne pragnienie, wzdęcie brzucha, brak stolca i gazów. Wysoka lewatywa wyników nie dała; wobec groźnego stanu został przywieziony do szpitala.

Stan obecny. Chory bardzo blady z zapadniętemi oczami, niespokojny, tętno 110 na 1', słabo napięte, język znacznie obłożony. Ciepłota 36,2. Brzuch wzdęty na linji pośrodkowej równomiernie, beczkowaty, wypuk bębenkowy; przepona stoi wysoko, oddech bardzo utrudniony, szybki, w nadbrzuszu widoczne ruchy robaczkowe. Przez zgłębnik, wprowadzony na głębokość 55 cm, nie otrzymano treści żołądkowej. Bez wyraźnego rozpoznania zdecydowano poddać chorego natychmiastowej operacji.

Zabieg operacyjny. O godzinie 6 wieczorem w uśpieniu chloroformem dokonano otwarcia jamy brzusznej (Dr. Z. Sławiński). Rozległe cięcie w linji pośrodkowej; po otwarciu otrzewnej wyłonił się częściowo twór napięty, podobny do torbieli; w dolnym jego odcinku koło spojenia łonowego uwydatniają się naczynia krwionośne równoległe i sieć, co dowodzi, że w ranie leży żołądek o rozmiarach olbrzymich, który nie daje się wydostać z powodu bardzo silnego napięcia. Powtórne założenie zgłębnika nie daje wyniku. Wobec tego, po nałożeniu szwu kapciuchowego na przednią powierzchnię żołądka, dokonano nakłucia trójgrańcem. Początkowo wyszły w znacznej ilości gazy, następnie około 3 litrów płynu wodnistego z kłaczkami zielonkawemi; nie udało się w zupełności opróżnić żołądka; szwy kapciuchowe zaciągnięto. Po wydostaniu się żołądka ku górze uwydatnia się nadto bardzo znaczne rozszerzenie odźwiernika i dwunastnicy. Kończy się ono nagle bardzo wyraźną granicą, jako smuga zbliznowaciałej otrzewnej, idąca w postaci sierpa od krezki poprzecznicy na krezkę jelita czczego i zamykająca światło dwunastnicy. Po drugiej stronie granicy na lewo leży zapadnięte i skurczone jelito czcze. Dookoła białej smugi lekkie przekrwienie otrzewnej i nieznaczna ilość płynu krwistego w wolnej jamie otrzewnej. Po nadcięciu powyższej smugi bliznowatej, nie zawierającej wyraźnych naczyń, zawartość dwunastnicy i uniesionego żołądka z łatwością wylewa się i wypełnia zapadnięte jelito czcze. Wobec ciężkiego stanu chorego na tem zabieg ukończono i ranę zeszyto warstwami.

1. XI. Stan bez zmiany widocznej. Brzuch wzdęty, tętno 115, t° 36,1°. Postanowiono dokonać jejunostomji. Zabieg operacyjny (Dr. Z. Sławiński) wykonano w znieczuleniu miejscowem (Novocaina); w okolicy Mac-Burney'a szew kapciuchowy na rozciągnięte jelito i założenie drenu gumowego. Wycieka obficie płyn wodnisty z kłaczkami zielonkawemi.

3. XI. Bez zmiany na lepsze. Przez dren wysączyło się od 3 do 4 litrów cieczy. Wzdęcie brzucha bardzo znaczne, moczu bardzo mało. Ciągłe zwracanie wypitych płynów. Przepłukano żołądek — nieznaczna ilość cieczy zielonkawej; potem na 2—3 godziny zwracania ustały.

4. XI. Bez zmiany. Wypłukano żołądek dwukrotnie. Wieczorem odeszło trochę gazów i kawałek kału. Tętno 140 bardzo nikłe. Ciepłota 35,6. Przez sączek z jelita cienkiego nic odchodzi nic. Osłabienie, ogólna depresja. O godzinie pierwszej w nocy śmierć.

Badania pośmiertnego zwłok dokonano tegoż dnia w 9 godzin po śmierci. Ustaliło ono obraz następujący:

Mężczyzna mocnej i prawidłowej budowy, miernie odżywiony, nie ma szczególnych zmian na skórze lub w tkance podskórnej. Wzdłuż linji pośrodkowej brzucha stwierdza się cięcie chirurgiczne od wyrostka mieczykowatego prawie do spojenia łonowego, na całej przestrzeni zespolone szwem. W linji sutkowej prawej, poniżej pępka, otwór operacyjny, około 5 cm długości, wypełniony jelitem cienkiem, z wprowadzonym drenem gumowym. Brzuch wypukłony. Po otwarciu jamy brzusznej rzuca się w oczy przedewszystkiem żołądek zarówno ze względu na wielkość, jakoteż ustawienie. Dolna granica żołądka sięga połowy odległości między pępkiem, a spojeniem łonowem. Ustawienie żołądka jest więcej skośne w stosunku do długości osi ciała, niż normalnie. Na granicy dna i części odźwiernikowej uwidacznia się wyraźnie kątowate zagięcie żołądka. Dwunastnica, zazwyczaj niewidoczna, przy oglądaniu jamy brzusznej, ujawnia się w postaci tworu balonowatego, sterczącego ku przodowi i ku stronie prawej i dochodzącego do wielkości główki noworodka. Zawiera ona, podobnie jak żołądek, wielką ilość płynu. Przy ucisku na żołądek lub nawet na dwunastnicę, zawartość płynna nie przelewa się do jelita czczego. Objaw ten był powodem zwrócenia uwagi na ewentualną przeszkodę, uniemożliwiającą przesuwanie się treści pokarmowej. Oględziny żołądka i dwunastnicy dały wynik następujący: Dno żołądka zespolone ze śledzioną krótkiemi, lecz mocnemi zrostami. Zewnętrzna powierzchnia śledziony takiemiż zrostami przytwier-

dzona do otrzewnej ściennej. Na przedniej powierzchni żołądka w pobliżu krzywizny większej stwierdza się gwiazdowatą białą bliznę średnicy około 2 cm. Naczynia krwionośne są nieco silniej zaznaczone, lecz otrzewna ma zwykły połysk i wygląd. Obmacywanie odźwiernika nie wykazuje tutaj przyczyny niedrożności. Posuwając się dalej od góry ku dołowi, na poziomie przejścia dwunastnicy w jelito czcze, spostrzega się smugę białawą, ciągnącą się wzdłuż przebiegu tętnicy i żyły krezkowej górnej. Obmacywanie tej smugi stwierdziło istnienie dosyć twardego powrózka zaotrzewnowego. Oględziny dokładne krezki jelit cienkich i jelita grubego dało wynik następujący: w krezce esicy oraz jelit są pasemka białawe tkanki łącznej, występujące najwyraźniej w krezce esicy. Po stwierdzeniu tych zmian oddzielono jelito czcze i tym sposobem udostępniono wejście do dwunastnicy, przepuszczające z łatwością wskaziciela. Mimo to zawartość żołądka i dwunastnicy nawet przy mocnem uciskaniu nie dała się przesunąć na zewnątrz. Dopiero po nadcięciu sznura bliznowatego, biegnącego wśród naczyń krezkowych, treść żołądka i dwunastnicy w znacznej ilości, przy słabym nawet ucisku, zaczęła się wylewać na zewnątrz.

Otwarcie żołądka i dwunastnicy wykazało obecność cieczy wodnistej w ilości przeszło 2-ch litrów, mętnej, zielonkawej, zupełnie nie zawierającej pozostałości pokarmowych. Dwunastnica, poza bardzo znacznem ścieńczeniem ściany, innych zmian ani w ścianie, ani w błonie śluzowej nie wykazywała, natomiast w błonie śluzowej żołądka nawprost blizny na surowicówce spostrzeżono stożkowate ustawienie błony śluzowej, a na jego szczycie owrzodzenie kraterowate, drążące w głąb na 3—5 mm. Na dnie żołądka zauważono również 2 drobne owrzodzenia powierzchowne. Najbardziej jednak ciekawe było stwierdzenie okrężnego owrzodzenia u wpustu żołądka, o brzegach twardych, zbitych, zwężającego wpust tak dalece, iż światło nie przekraczało 0,5 cm. Powyżej wpustu cały przełyk, był workowato rozszerzony; światło jego wynosi do 10 cm, a grubość warstwy mięsnej dochodzi do 0,5 cm. Poza temi głównemi zmianami w obrazie sekcyjnym zauważono: znaczny zastój w płucach i jelitach, wybroczynki pod opłucną, pod nasierdziem, oraz zmiany miąższowe w mięśniu sercowym, wątrobie i nerkach.

Pierwszą okolicznością, która uderza przy zestawieniu całokształtu choroby z badaniem pośmiertnem, jest ten dziwny rozdźwięk między wywiadem, a stanem rzeczywistym zmian, wykrytych podczas operacji i na stole sekcyjnym. Przyczyną była tu prawdopodobnie, znaczna depresja chorego, zależna od samozatrucia i sprawiająca, że chory nie mógł sobie poważniejszych cierpień przypomnieć.

Ostre rozszerzenie żołądka przebiega zwykle wśród objawów niedrożności przewodu pokarmowego, świadczących o ciężkiem zachorzeniu. Sprawa rozwija się gwałtownie i ponad wszystkiem górują objawy następujące:

1) Częste i uporczywe zwracania, 2) silne wzdęcie okolicy nadpępkowej, jednoczesne zniknięcie stłumienia wątrobowego i śledzionowego, 3) wysokie ustawienie przepony, 4) utrudnione oddechanie, 5) zapad.

Do tych objawów dodaje szereg autorów następujące: 6) zmniejszenie ilości moczu, 7) bardzo silne pragnienie.

Z tych objawów mogliśmy zauważyć w opisanym przypadku nie wszystkie i mniej może charakterystyczne, a mianowicie:

1. Wzdęcie okolicy nadpępkowej, 2. silne pragnienie, 3. wysokie ustawienie przepony, 4) utrudnienie oddychania.

Przeciwko niedrożności przemawiały: 1. Brak zwracań oraz 2. stwierdzenie ruchów robaczkowych, które raczej przemawiać mogły za niedrożnością jelitową. Ruchy takie były zauważone tylko w jednym przypadku S o m m a r i n a.

Trudności rozpoznawcze, podnoszone są przez różnych autorów, i powodują, jak sądzi K u r u, tak wysoki odsetek śmiertelności w tej sprawie.

Jakież wnioski mogą być wysnute na zasadzie badania sekcyjnego i w jakim związku pozostają objawy kliniczne z danemi sekcyjnemi?

Klinicznie podejrzewano niedrożność przewodu pokarmowego, z tego też względu dokonano dwukrotnie zabiegu operacyjnego, zdążającego do usunięcia przeszkody; w gruncie rzeczy otrzymano tylko chwilowe, lecz nikłe polepszenie. Przypuszczalną przyczynę niedrożności w postaci fałdu bliznowatego, leżącego na przedniej powierzchni dwunastnicy usunięto podczas pierwszego zabiegu. Obraz sekcyjny ustalił niewątpliwie niedrożność dwunastnicy, chociaż żadnej przyczyny wewnętrznej nie można było stwierdzić. Zastanawiając się jednak nad danemi sekcyjnemi, można wytłómaczyć mechanizm zamknięcia i niedrożności czynnościowej zmianami następującemi: smugi bliznowate, biegnące wzdłuż tętnicy krezkowej górnej, i zrosty w dnie żołądka, aczkolwiek same przez się w warunkach normalnych nie mogły wywołać niedrożności, jednak, z chwilą przepełnienia żołądka i opuszczenia ku dołowi, przy jednoczesnem unieruchomieniu dna żołądka, były tą pierwszą chwilą, która prowadziła do niemożności opróżnienia żołądka. Chwilowy ten stan z godziny na godzinę musiał się pogarszać, zwłaszcza, że opuszczenie się żołądka a tem samem naciąganie wiązu, w którym biegną naczynia krwionośne, sprowadzić musiało zaburzenia w krążeniu. Sprowadzić to musiało znaczne przesiąkanie cieczy surowiczej do wnętrza żołądka. To przesączanie się, obciążając coraz to bardziej żołądek, coraz bardziej pogarszało stan, już początkowo istniejący.

Wytworzyć to musiało błędne koło.

W warunkach zwykłych, wobec przeszkody w krążeniu treści pokarmowej, powstają ruchy przeciwrobaczkowe i następują ruchy zwrotne jelit i żołądka, wyrażające się klinicznie w postaci wymiotów. Nie miały one miejsca w naszym przypadku z powodu znacznego zwężenia wpustu, które uniemożliwiało akt wymiotny. Czy możemy ująć dokładnie na zasadzie danych sekcyjnych patogenezę naszego przypadku? Jest to niemal niemożliwe i musimy ograniczyć się do szeregu przypuszczeń, tłómaczących chociażby większość szczegółów całego obrazu. A więc rzeczą niewątpliwą jest, iż dokoła żołądka i dwunastnicy musiała kiedyś toczyć się sprawa odczynowa zlepna, która dała szereg zrostów i blizn; sprawa ta musiała dawać objawy t. zw. *perigastritis et periduodenitis circumscripta adhaesiva.* Pozatem mniej lub więcej wybitne zmiany bliznowate w krezce wskazywaćby mogły na często powstające tu zmiany, najprawdopodobniej okręcenia lub rozciągania i w związku z tem występujące zaburzenia w krążeniu. Te zmiany początkowo nikłe, prowadziły do zmian stałych w krezce, do wogóle gorszego odżywiania ścian jelitowych, a być może i żołądka. Zmiany odżywcze nie mogły nie wpłynąć na mięśniówkę. Błahy też powód mógł wywołać niedomogę żołądka. Powodem tym być musiało nadużycie przez chorego płynów tego wieczora, gdy tak nagle zachorował. Nic też dziwnego, iż żołądek, umocowany w okolicy dna i zamknięty przez wpust na kształt klapy, z drugiej zaś dwunastnicą, otoczoną bliznowatemi smugami, gdy chory przyjął tylko trochę większą nad miarę ilość płynów, sprowadziło to w przewodzie pokarmowym niedrożność. Mechanizm tej niedrożności miał następujący przebieg: Zawarte w większej ilości płyny, rozciągając żołądek, odsunęły jego dolną granicę w dół, przez to naciągnęła się krezka, opuszczonych do miednicy jelit cienkich. Naciągnięcie zaś krezki było tą przyczyną, która przy pomocy otaczających dwunastnicę sznurów bliznowatych, stworzyła jej niedrożność. Zamknięty z dwu stron żołądek i dwunastnica próbowały jednak pokonać przeszkodę zapomocą usilnych ruchów robaczkowych, lecz nie zdołały się opróżnić, ani przez usta, ani do jelit. Nastąpiła niedomoga ruchowa żołądka i dwunastnicy z przesiąkaniem. Zawartość żołądka i dwunastnicy, nie zobojętniona przez wydzielinę i florę jelit cienkich, wsysała się, wywołując samozatrucie i pogarszając tem stan ogólny. Wobec tego, usunięcie podczas operacji przeszkody dookoła dwunastnicy, nie osiągnęło już trwałego skutku, gdyż żołądek i dwunastnica nie miały dostatecznej siły ruchowej, aby się opróżnić całkowicie.

Wykluczenie żołądka i dwunastnicy z normalnej ich czynności nie może jeszcze tłómaczyć samego zejścia śmiertelnego, które musimy odnieść właśnie do samozatrucia, wydzieliną żołądka, wątroby i trzustki.

Sprawa ustalenia etjologji i patogenezy przypadków ostrego rozszerzenia żołądka była w latach ostatnich przedmiotem żywej wymiany zdań i kilku bardzo ciekawych prac zarówno statystycznych, opisowych, jak i doświadczalnych.

L a f f e r zestawia 217 przypadków, z których 69% należy do t. zw. pooperacyjnych, 31% do samoistnych. Na zasadzie badań klinicznych i doświadczalnych na zwłokach i zwierzętach próbowali B r a u n i S e i d e l wyjaśnić patogenezę i mechanizm powstawania niedrożności dwunastnicy. Doszli oni do następujących wniosków: 1) ostre rozszerzenie

żołądka jest wyrazem i skutkiem ostrej niedomogi żołądka, którą stwierdzili zarówno u dotychczas zupełnie zdrowych osobników, jak u osobników osłabionych i cierpiących, 2) powstaje ono bądź jako zupełnie samoistne cierpienie, bądź jako powikłanie cierpień istniejących, 3) niedomoga u osobników, dotychczas zupełnie zdrowych, jest w większości przypadków pochodzenia czynnościowego. Wchodzą tu w grę zaburzenia w unerwieniu, 4) w przypadkach pochodzenia mechanicznego odgrywają dużą rolę wady rozwojowe i przewlekłe cierpienia jamy brzusznej, 5) bez żadnej przyczyny nerwowej i mechanicznej może nastąpić ostre rozszerzenie żołądka po raptownem przejedzeniu.

Widzimy więc, jak różne są przyczyny, wywołujące i usposabiające do tego schorzenia. W przypadkach pooperacyjnych próbowała większość autorów przypisać przyczynę powstawania ostrego rozszerzenia żołądka działaniu toksycznemu chloroformu, inni zaś — uszkodzeniu splotów nerwowych w okolicy żołądka. Wiemy jednak, że podobne przypadki miały miejsce po znieczuleniu eterowem lub lędźwiowem (Lichtenstein). Schlesinger podaje przypadek ostrego rozszerzenia żołądka po nałożeniu gorsetu gipsowego bez uśpienia, gdzie nie mogły być uszkodzone sploty nerwowe.

Słusznem więc będzie twierdzenie, że sam zabieg operacyjny, uśpienie i położenie nieruchome chorego po zabiegu nie wywołują same przez się ostrego rozszerzenia żołądka — tylko częściową niedomogę ruchową. Ażeby niedomoga ruchowa doprowadziła do całokształtu danego cierpienia, potrzebne jest chociaż chwilowe wypełnienie nadmierne przez płyny lub gazy. Mathieu szuka tej chwili w łykaniu powietrza podczas uśpienia, inni w przyjmowaniu zaraz po operacji dużej ilości płynu. Naszem zdaniem odgrywa tu rolę brak ruchów wymiotowych podczas niedomogi ruchowej i zależne od tego przesączanie się, połączone ze zmniejszoną zdolnością wsysania. Gdy zawartość żołądka w tym przypadku przekracza jego siłę ruchową, następuje szybkie rozszerzenie narządu, wywołujące następnie drogą mechaniczną niedrożność dwunastnicy, drogą zaś biochemiczną — zupełną niedomogę żołądka.

W patogenezie przypadków samoistnych częstokroć mają znaczenie braki rozwojowe i zmiany patologiczne w górnej części jamy brzusznej. Tak więc jedną z przyczyn może być opadnięcie trzew, szczególnie opuszczenie prawego kąta poprzecznicy. U ludzi, dotychczas zdrowych, o prawidłowej budowie często przyczyny są zupełnie nieuchwytne. Powodem może być przejedzenie się, wypełnienie żołądka pokarmem, niedostatecznie przeżutym, nadmierna ilość płynów. Opisane są przypadki, gdy zaburzenie to wystąpiło w przebiegu chorób zakaźnych. Delagenière spostrzegał je u chorego z *pneumococcaemia*, Jansen podczas duru brzusznego.

Jak więc widzimy w przypadkach ostrego rozszerzenia żołądka nie można znaleźć zupełnie jasnej, uchwytnej przyczyny, wywołującej tak ciężki stan chorobowy. Cały szereg przyczyn: usposobienie, budowa anatomiczna, zmiany patologiczne w górnej części brzucha, działanie toksyczne narkotyków, przejedzenie — oto są przyczyny, które w pewnych przypadkach muszą się wzajemnie dopełniać, aby wywołać obraz ostrego rozszerzenia żołądka.

Najważniejszą chwilą w przebiegu tych przypadków jest szybkie rozpoznanie. Objawy są czasem tak różnorodne, iż szablonowe ustalenie danych rozpoznawczych jest niemożliwe. Jedynym bodaj stałym objawem jest wzdęcie brzucha, zwykle dosyć znaczne. Gdy widzimy to wzdęcie, sięgające do spojenia, beczkowate, szybko postępujące, połączone z bardzo obfitemi zwracaniami i silnem pragnieniem — należy zawsze podejrzewać możność ostrego rozszerzenia żołądka. Ciepłota i tętno nie dają pewnych wskazówek. Ciepłota czasem przekracza 38°, w innych przypadkach nie przewyższa 36° C. Tętno zwykle szybkie i małe, nie jest objawem charakterystycznym tylko dla tego obrazu chorobowego. Należy się liczyć z obecnością ruchów robaczkowych, jak w naszym przypadku, gdyż objaw ten może skierować rozpoznanie na mylne drogi (niedrożność jelitowa). Również liczyć się musimy z brakiem wymiotów i niemożnością wydobycia zawartości żołądka zapomocą zgłębnika. Duże usługi może nam okazać wywiad, naturalnie, o ile chory nie jest w stanie depresji lub napadu. Wysoki odsetek śmiertelności (63%) bezwątpienia obniży się znacznie, gdy potrafimy szybko i dokładnie ustalić istotę cierpienia i natychmiast zastosować odpowiednie środki. Na zakończenie kilka słów o leczeniu ostrego rozszerzenia żołądka. Istnieją dwa kierunki, jeden jest za środkami mechaniczno-leczniczemi, znaczna mniejszość za leczeniem operacyjnem.

Schnitzler pierwszy próbował usunąć ciężkie objawy niedomogi żołądka za pomocą odpowiedniego ułożenia chorego. Jego też nazwiskiem ochrzczony został najskuteczniejszy i bodaj najprostszy sposób ułożenia chorego na brzuchu z nieznacznie podniesioną miednicą. Liczni autorzy podkreślają nader szybkie i skuteczne działanie tego zabiegu.

Czasem już po upływie pół godziny wszelkie objawy rozszerzenia znikają. Również z dobrym skutkiem stosowano układanie chorych w położeniu Trendelenburg'a i w położeniu kolanowo-łokciowem. Jednocześnie wielką pomoc przynosi płukanie żołądka. Niestety niezawsze daje się ono uskutecznić. Przyczyna tego tkwi w nadmiernem rozciągnięciu żołądka. Gromadzenie się gazów w górnym odcinku żołądka nie stwarza warunków syfonu. Zalecane przez Condon'a wpuszczenie do otrzewnej 2—3 litrów rozczynu Ringer'a z glukozą i powietrzem (100 ccm) jest środkiem ryzykownym, chociaż autor podaje 8 przypadków, wyleczonych tym sposobem.

Co się tyczy tych zabiegów chirurgicznych, może tu być mowa o najrozmaitszych, dotychczas jednak dały one wyniki dosyć wątpliwe. Przedewszystkiem nasuwa się myśl o zespoleniu żołądkowo-jelitowem. Czy może jednak zabieg ten dać wynik dodatni, skoro znane nam są przypadki rozszerzenia żołądka z zejściem śmiertelnem, wynikłe na 2—3 dzień właśnie po takich zespoleniach? W tym przypadku na sekcji stwierdzono drożność w miejscu zespolenia. Większych korzyści możemy oczekiwać po zespoleniu dwunastnicy z jelitem czczem, przypuszczamy jednak, że zespolenie takie nie jest w stanie usunąć niedomogi ruchowej żołądka, która nadal będzie trwała. Gastrostomia, enterostomia, gastropexia, colopexia — wszystkie te zabiegi były stosowane niejednokrotnie z wynikami bardzo wątpliwemi. Nasuwa się mimowoli pytanie, czy wogóle, wobec wątpliwych wyników po zabiegach operacyjnych i wobec bardzo ciężkiego zwykle stanu chorych, należy ich poddawać zabiegom operacyjnym? Bezwątpienia, gdy mamy ustaloną przyczynę mechaniczną niedrożności dwunastnicy, zabieg wykonać należy i najodpowiedniej wówczas wykonać zespolenie dwunastniczo-jelitowe. W przypadkach niejasnych należy zawsze wypróbować wszystkie środki mechaniczno-lecznicze, zabieg zaś operacyjny pozostawić jako zabieg ostateczny.

Piśmiennictwo.

1) Laffer. Annals of Surgery 1908 t. XLVII. 2) Braun Seidel. Mitt. aus d. Grenzgbt. d. Med. u. Chirurgie Nr. 3—4, t. XVII Seite 5. 3) Lecène. Journal de Chirurgie t. I, 1908. Nr. 8. p. 781. 4) Condon. Journal de Chirurgie t. I. 1908. 5) Jahresberichte für Chirurgie 1905—1913 und 1917.

Z praktyki.

RYMASZEWSKI WŁADYSŁAW. Warszawa.

Zastosowanie chlorku bielącego przy wągliku.

Do szpitalika, w którym pracuję, przysłano prawie jednocześnie 4 żołnierzy III Dywizji Strzelców polskich z wąglikiem twarzy; źródło zakażenia — źle odkażone półkożuszki baranie. Ze względu na to, że zastosowano tu środek dotychczas, o ile mi wiadomo, w tych przypadkach nie używany, ośmielam się podać przebieg chorób do wiadomości ogólnej.

Przypadek I. 10. XII. 1917 r. A. L., 21 l. W przeddzień zauważył w okolicy prawej szczęki dolnej pęcherzyk, który już na drugi dzień rano przedstawiał się w postaci czarnego strupa zgorzelinowego, wielkości dwugroszniaka; ku wieczorowi dołączył się obrzęk prawego policzka i skroni. Ciepłota 39.7., tętno 120. Okład ogrzewający.

11. XII. Ciepłota 39.7, tętno 120.

Zgorzel skóry powiększyła się do rubla srebrnego, obrzęk rozprzestrzenił się ku górze na czoło i ku dołowi na przednią powierzchnię szyi. Zaproszony przezemnie naczelny lekarz I Lazaretu dywizyjnego kol. Jan Świątecki, zrobił nacięcie strupa zgorzelinowego i z braku Paquelin'a wypalił owrzodzenie stężonym kwasem karbolowym.

Ciepłota 39.5°, tętno 140.

12. XII. O godzinie 3 w nocy łącznie z kol. Świąteckim stwierdziliśmy znaczne pogorszenie: obrzęk przeszedł na lewą połowę czoła i powieki lewego oka i ku dołowi na okolicę podobojczykową. Naokoło strupa zgorzelinowego na przestrzeni dłoni zjawiły się pęcherze, napełnione płynem surowiczym. Tętno nitkowate, 140. Kol. Świątecki, przypominając sobie dwa podobne przypadki, spostrzegane przezeń przed laty na oddziale ś. p. Krajewskiego w Warszawie, uważał stan chorego za beznadziejny, poradził jednak wypróbować środek stosowany przezeń przy ranach zakażonych, a mianowicie chlorek bielący (*calcaria hypochlorosa**). O godzinie 11-ej rano po raz pierwszy zasypałem jamę proszkiem podchlorynu wapnia i na to położyłem okład ogrzewający. Chory dostawał kamforę podskórnie, koniak, wino i t. p. Ciepłota 39.5°, tętno 140. 13. XII. Ciepłota 39.3°, tętno 120—130, nieco pełniejsze, obrzęk się nie zwiększa. Ciepłota 40.1°, tętno 140.

14. XII. Ciepłota 38.1°, tętno 100. Obrzęk zaczyna się zmniejszać; ciepłota 38.3°, tętno 100.

15. XII. Ciepłota 36.5, tętno 90.

Obrzęk zaczyna znikać z okolicy piersi.

Badanie bakterjologiczne krwi z okolicy strupa, wykonane przez naczelnego lekarza Dywizji Dra Niedźwieckiego łącznie z prowizorem Boczkowskim, wykazało obecność prątków wąglika ze zarodnikami. Ciepłota 36.9°, tętno 72.

16. XII. Ciepłota 36,5°, tętno 72. Ciepłota 36.5°, tętno 72. 17. XII. Ciepłota 36.1°, tętno 60.

Obrzęk znika z okolicy lewej strony twarzy, chory nieco widzi przez lewe oko. Ciepłota 37.0°, tętno 72. 19. XII. Ciepłota 36.1°, tętno 36,5.

Obrzęk ogranicza się tylko do prawej strony twarzy. Ciepłota 36.3, tętno 60. 22. XII. Ciepłota 36.5, tętno 36.6.

Obrzęk znikł zupełnie z lewej strony twarzy i zaczyna się zmniejszać z prawej.

25. XII. Ciepłota 36,5, tętno 36.6.

Obrzęk ogranicza się dookoła strupa. Strup zaczyna się oddzielać.

30. XII. Obrzęk znikł zupełnie.

3. I. 1918. Z powodu zwinięcia szpitala, chory został przeniesiony do szpitala rosyjskiego w stanie zupełnie zadowalniającym. Strup prawie się oddzielił.

Przypadek II. 13. XII. 1917. K. S., 31 l. Przybył do szpitala rano. Zachorował wczoraj. Strup zgorzelinowy wielkości złotówki na granicy prawego brzegu żuchwy, naokoło strupa pęcherzyki napełnione surowicą. Obrzęk twarzy i szyi. Ciepłota 37.5, tętno 90.

Strup wypaliłem stężonym kwasem karbolowym, wstrzyknąłem w okolicę strupa trzy gramy kwasu karbolowego 1% i przysypałem proszkiem *calcar. hypochl.* Okład ogrzewający.

Ciepłota 38.9, tętno 120.

14. I. Ciepłota 37.1, tętno 70. Obrzęk się nie powiększa. Ciepłota 37.2, tętno 70.

15. I. C. 36.4. T. 72.

Badanie bakterjologiczne krwi z okolicy strupa wykazało też obecność prątków wąglika.

16. I. C. 36,3. T. 36,5.

17. I. C. 36.1. Obrzęk szyi zniknął zupełnie. Strup zgorzelinowy nie zwiększa sie.

22. I. C. 36.1. T. 36.5. Obrzek zginął zupełnie. Strup zaczyna się oddzielać.

30. I. Strup oddzielił się zupełnie.

Przypadek III. 11. XII. 1917. 1. A. Z. 41 l.

C. 38.1, T. 100. Zachorował wczoraj: na granicy lewego policzka i szyi strup zgorzelinowy wielkości fasoli, naokoło pęcherzyki napełnione płynem surowiczym. Obrzęk twarzy. Strup potraktowałem *Acid. carbol. liquef.* i wstrzyknąłem trzy gramy kwasu karbolowego 1% dookoła strupa, zasypałem podchlorynem wapnia i na to położyłem okład ogrzewający.

12. XII. C. 39.0. T. 120. C. 38.7. T. 120.

13. XII. Ciepłota 36.9. T. 90. C. 38.0. T. 100. Obrzęk się nie zwiększa.

14. XII. C. 37.3. T. 90. C. 38.2. T. 90.

15. XII. C. 37.8. T. 90. Obrzęk znacznie się zmniejszył.

Badanie bakterjologiczne też wykazało obecność prątków wąglika ze sporami.

C. 38.6. T. 90.

16. XII. C. 38.6. T. 100.

C. 38.2. T. 100.

17. XII. C. 36.8. T. 72.

C. 36.8. T. 72.

18. XII. C. 35.6. — 36.4. T. 60. Obrzęk zniknął zupełnie.

3. I. 1918. Z powodu zwinięcia szpitala chory przeniesiony też został do szpitala rosyjskiego. Strup zgorzelinowy prawie się oddzielił.

*) Jan Świątecki. Chlor, jako środek antyseptyczny, Miesięcznik lekarski. Marzec 1917 r.

Przypadek IV. 11. XII. 1917. A. W., 27 l. C. 36.5. T. 72. Zachorował wczoraj. Strup zgorzelinowy w okolicy lewej dolnej szczęki. Obrzęk twarzy. Strup wypalono stężonym kwasem karbolowym; wstrzyknięto trzy gramy roztworu kwasu karbolowego 1% dookoła strupa i zasypano *calcar. hypochl*, na to okład ogrzewający.

12. XII. C. 36.7° — 36,7, T. 72.

13. XII. C. 36.9 — 37.3, T. 90.

14. XII. C. 36.9 T. 72., C. 36.7, T. 72.

15. XII. C. 36.7.

Badanie bakterjologiczne krwi z okolicy strupa wykazało obecność spor wąglika.

C. 36.7°, T. 72.

16. XII. C. 36.3. Obrzęk znikł zupełnie. C. 36.3.

22. XII. C. 36.7. T. 37.0. Strup zupełnie się oddzielił.

30. XII. Chory wypisał się ze szpitala.

Nie przesądzając, o ile zastosowanie chlorka bielącego ograniczyło rozprzestrzenianie się procesu chorobowego w przypadku II, III i IV, co do przypadku I-go z całą pewnością jednak twierdzić można, że zastosowanie tego środka dało wynik dodatni i nie mogę się oprzeć wrażeniu, że jedynie zastosowanie chlorka bielącego uratowało choremu życie.

Sprawozdania poglądowe.

Dr. Med. STANISŁAW KLEJN. Ord. Szp. Star. Warszawa.

Istota i leczenie dusznicy oskrzelowej.

Odczyt wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem dnia 31. maja 1921 r.

(Ciąg dalszy).

Warunki życia, jak np. spanie na piernatach lub poduszkach nieszczelnych może wywołać u osób usposobionych uczulenie na pierze (wypadek b. częsty u żydów, niezapadających częściej na astmę od chrześcijan), przykrywanie się pledem — na wełnę (u mojej chorej). Dalej wojna wywołała uczulenie na chleb kartkowy (2 moich chorych). Słabostki takie, jak przywiązanie do psów, kotów, ptaków może wywołać uczulenie na emanacje skórne tych zwierząt. Noszenie kapeluszy z piórami, futrzanych ozdób, kołnierzy futrzanych przez cały rok — jak to bywa u kobiet, ma ten sam skutek itd. Często bardzo warunki te są tak rozmaite, iż trudno nieraz dojść do źródła. Wogóle astmatyk, a właściwie ludzie skłonni do niej, żyją stale w atmosferze zatrutej i trudno niekiedy wiedzieć, z której strony grozi im niebezpieczeństwo.

Zwykle wrażliwość chorych na oddzielne tkanki i soki pewnego zwierzęcia jest bardzo rozmaita. Niektórzy np. są wrażliwi tylko na włosy, a nie na mięso i surowicę danego zwierzęcia i naodwrót. Zdarza się jednak, że wrażliwość obejmuje wszystkie tkanki i soki, wskutek czego np. astmatyk może być uczulony jednocześnie na pierze, mięso, kury i na jajka kurze. Na szczęście osoby wrażliwe na włosy końskie są rzadko uczuleni na surowicę końską, tem też się tłómaczy rzadkość przypadków śmierci po użyciu surowicy końskiej, pomimo częstego jej stosowania. Muszę zwrócić uwagę jeszcze na fakt, że proteiny roślinne jak i zwierzęce są szkodliwe w rozmaitej postaci, zarówno naturalnej, jak i denaturowanej. Rozumie się, że im bardziej denaturowane jest białko, tembardziej traci ono własności antigenu; wiadomo jednak, że tak denaturowane białko, jak kwasy aminowe, również mogą być szkodliwe dla astmatyka. Sprawę tę można rozpoznać zapomocą reakcji skórnej przez dodanie zamiast płynu fizjologicznego słabego ługu lub kwasu z pepsyną.

Zaznaczyć tu jeszcze należy pewną okoliczność, która znacznie wikła wykrycie przyczyny astmy, pogorsza jej rokowanie i utrudnia leczenie. Mówię tu o jednoczesnej wrażliwości astmatyków na kilka lub nawet więcej rodzajów protein — rzeczy bardzo częstej. Z początku rzeczywiście chorzy są wrażliwi na jeden rodzaj proteiny, ale z czasem (wystarczy tu często rok) stają się oni wrażliwi stopniowo na coraz większą liczbę protein, często pochodzenia różnorodnego. Do tego dołącza się wybitna wrażliwość na proteiny bakteryjne, których nie brak w ustroju, szczególnie astmatyka, w jego drogach oddechowych i pokarmowych. Tem się tłómaczy, dlaczego rzadki astmatyk nie jest wrażliwy na proteiny bakteryjne — ma to ważne znaczenie dla terapji astmy.

Co się tyczy składu tej skombinowanej wrażliwości, to

zwykle zdarza się tak, że chory wrażliwy na białko końskie staje się wrażliwym na białko wołowe, rybie, baranie, świńskie itd., albo też wrażliwy na proteiny włosów końskich staje się wrażliwym na włosy psa, kota, pierze; kombinacja ta jest bardzo częsta. Bywa i tak, że wrażliwość rozciąga się na proteiny wszystkich tkanek i soków danego zwierzęcia, jak to wspominaliśmy o kurze, albo na mięso, surowicę i wełnę barana. Do tego dołącza się wrażliwość na pokarmy, z początku na jajka i mleko, a potem na zboże, pyłki i bakterje.

Pora roku ma wielkie znaczenie w powstaniu astmy. O astmie pyłkowej wiemy to już dawno; literatura tego przedmiotu jest kolosalna, nie będę więc o niej mówił, tembardziej że, jak mi się zdaje (może się mylę), postać ta u nas rzadko się zdarza. Astma pyłkowa należy do grupy astmy sezonowej. Bywa jednak rodzaj astmy sezonowej niezależnej od pyłków, natomiast zależnej od bakteryj. Wybucha ona zwykle u nas w marcu i kwietniu oraz październiku i listopadzie, tj. w okresach kiedy ludzie łatwiej zapadają na zapalenia oskrzeli i nieżyty. Przypadki te, zacząwszy się w jesieni, trwają całą zimę i dopiero latem znikają. Nie dają one wcale odczynu skórnego, nawet na proteiny bakteryj. Przypadki te rozwijają się stopniowo ze zwyczajnego zapalenia oskrzeli i przechodzą w stan przewlekły. Pod wpływem drażniącego działania bakteryj (dużą rolę grają tu paciorkowce) na błonę śluzową oskrzeli i na ich nerwy i mięśnie rozwijają się nasilenia z objawami prawie zupełnie identycznemi z objawami astmy typowej.

Takie napady trwają zwykle krócej, 1 — kilku godzin, ale nieraz i dłużej, występują często w nocy i z nastaniem pory cieplejszej słabną, pozostawiając tylko objawy chronicznego zapalenia oskrzeli z dusznością wydechową. Ku jesieni występuje zwykle nawrót i tak sprawa może się ciągnąć lata całe, wywołując w końcu rozedmę płuc z jej następstwami. Takich chorych najczęściej widujemy po szpitalach, podczas gdy astmatyków typowych w szpitalu napotyka się stosunkowo rzadko. Przypadki takie podczas napadu trudno nieraz odróżnić od astmy prawdziwej, dużą usługę dają tu wywiady oraz odczyn skórny ujemny. Amerykanie określają je jako *bronchitis astmathica*, albo pseudoasthma. Zaznaczyć jednak należy, że w przypadkach tych zakażenie bierze często górę i wytwarza uczulenie na proteiny bakteryjne, wskutek czego z astmy wrzekomej może się rozwinąć astma typowa z dodatnim odczynem na proteiny bakteryjne.

Pozatem w bardzo wielu przypadkach, szczególnie dłużej trwających, astmy prawdziwej, przewlekły stan podrażnienia sprzyja rozmnażaniu się flory oskrzelowej i proteiny tej flory dołączają swe działanie uczulające na chorego i w końcu dominują w etjologji danego przypadku.

Sprawie tej poświęcił Walker kilka prac, które pozwolę sobie w krótkości skreślić. Na 50 chorych u 46 wyhodował Walker i Atkinson 51 szczepów łańcuszkowców hemolitycznych i 54 szczepy paciorkowców nie hemolitycznych. Jednakże nie wszystkie paciorkowce hemolityczne wywoływały odczyn skórny. Zwykle gęsta plwocina astmatyków zawiera niewiele typów bakteryj, o ile tę plwocinę przed badaniem opłukać wodą wyjałowioną. Drobnoustroje te w plwocinie nie znajdują się stale, często rodzaj ich się zmienia, wskutek czego należy szczepionki (p. niżej) przygotowywać co pewien czas świeże. Poza łańcuszkowcami inne bakterje spotykano stosunkowo rzadko, np. gronkowiec złocisty 8 razy, biały 2 razy.

Kierując się powyżej przytoczonemi danemi można niekiedy już bez badania swoistego wykryć przyczynę astmy. Zdarza się to jednak rzadko — zwykle możemy tylko robić przypuszczenia — ale w zakresie dość szerokim. Wobec tego niezbędne jest posiadanie całego szeregu protein dla wykonania odczynu skórnego. Znajdują się one w sprzedaży (Parke, Davis & Co). Kosztują jednak tak drogo (przy obecnym stanie naszej marki), że są dla użytku ogólnego niedostępne.

Powstaje pytanie, czy każdy człowiek może dostać astmy. Odpowiedź na to pytanie nie jest łatwą. Z tego, co powiedziałem, widać, że większość astmatyków, szczególnie młodych, należy do osobników patologicznych. Pierwszy najważniejszy czynnik patologiczny jest dziedziczność. Badania Walkera, Cooka, zarówno jak i dawniejsze, wykazują, że 50% wszystkich astmatyków jest dziedzicznie obarczona, poczęści przez astmę, poczęści rozmaitemi innemi przejawami, które są równoważnikami astmy, a więc pokrzywką, kichaniem uporczywem, migreną, obrzękiem Quinckego, pryszczycą itd. Dziedziczność zatem nie zawsze jest homosyptomatyczna, lecz często heterosymptomatyczna. W moich np. przypadkach związek ten był następujący: 1-y przypadek: 1-e pokolenie: ojciec astmatyk, — napady kichania co rano; matka — łuszczyca, wuj — pocenie się łysiny na widok i zapach śledzia; 2-gie pokolenie — kuzyn astmatyk, kuzynka — *diathesis exsudativa* i pokrzywka, kuzyn inny — wrażliwość na raki, kuzynka — na truskawki; 3 pokolenie— 2 przypadki skazy wysiękowej. 2-i przypadek: matka — wrażliwość na poziomki, babka — na czekoladę. W 3-cim przypadku w rodzinie 9 astmatyków i 2 pokrzywki.

Otóż w ten sposób dziedzicznie obarczeni okazują duże prawdopodobieństwo nabycia astmy. Idzie teraz o to, w jakiej postaci i w jakim wieku ta dziedziczność się przejawia i czy istnieją pewne objawy cielesne, wskazujące na ową dziedziczność, a wreszcie, czy ten wpływ dziedziczności jest swoisty.

Otóż objawy takie istnieją. Najważniejszym z nich jest t. zw. skażenie wysiękowe, skaza wysiękowa Czerny'ego. Nawiasowo dodam, że astmatycy należą często do typu psychoneurasteników i degenerantów.

Doświadczenie wskazuje, że astmatycy bardzo często już od urodzenia zdradzają objawy skażenia wysiękowego, które jak wiadomo, występuje w rodzinach nietylko astmatycznych, ale i najczęściej gruźliczych i dnawych. Takie dzieci już od urodzenia są chore i najczęściej rodzą się już z wysypkami, jak świerzbiączka, są skłonni do zaziębień, wymiotów i zaburzeń w kanale pokarmowym — te dzieci właśnie dostają już w 1-ym roku życia napadów astmy (mój przypadek wyżej wspomniany). Pozatem osobniki takie, jeśli nie dostają wcześnie astmy, cierpią od dzieciństwa na rozmaite dolegliwości, które trudno nieraz pomieścić w nasze utarte formuły nozologiczne, a które są już właściwie pierwszemi przejawami astmy; chorzy ci cierpią na uporczywe wypryski, pokrzywkę, dostają częstych nieżytów nosa z uporczywem kichaniem lub uporczywego kaszlu, który zwykle uważa się za nerwowy. Jeżeli taki osobnik stale podlega szkodliwościom wyżej wymienionym, to z czasem staje się tak uczulonym, że każde zetknięcie się z niemi wywołuje napad astmy.

Większość zatem astmatyków wykazuje już od urodzenia pewne wyraźne cechy patologiczne, które usposabiają ich do zapadnięcia na astmę. Zdarza się jednak cały szereg przypadków i to dość częstych, w których uczulenie występuje w wieku bardzo wczesnym, niemal od urodzenia, i to na takie proteiny, z któremi chory wcale nie miał okazji się stykać. Są to astmatycy, chorzy na astmę już od urodzenia i w dodatku wrażliwi często nie na mleko lub na pokarmy wogóle, lecz na emanacje końskie albo nawet na surowicę zwierzęcą np. konia, wołu, barana itd. (mój przypadek wspomniany wyżej), które wywołują u nich astmę.

Przypadki te, o ile anafilaktyczne pochodzenie astmy przyjmiemy za pewnik, wskazywałyby, że osobniki te są dziedzicznie uczulone na pewne określone proteiny. Ale takie przypuszczenie nie wytrzymuje krytyki, rzadko bowiem dziedziczność jest homokauzalną, w tych zaś przypadkach ona bywa heterokauzalną. Nasuwa się zatem przypuszczenie inne, że w przypadkach tych dziedziczy się uczulenie na obce białko wogóle, głównie na zwierzęce, a więc nie wrażliwość proteinowa swoista, lecz ogólna, słowem, dziedziczność u przyszłych astmatyków objawia się jako allergia.

Wobec tego, że większość tych chorych wykazuje objawy skazy wysiękowej Czerny'ego, powstaje pytanie, czy oba te stany, tj. wrażliwość na proteiny i choroba Czerny'ego, nie są przypadkiem identyczne, albo bardzo pokrewne. Według Czerny'ego polega skaza wysiękowa na zaburzeniach w metabolizmie tłuszczów, a właściwie lipoidów, przyczem chorzy tacy są specjalnie wrażliwi na pokarmy, zawierające te substancje. Tymczasem wiemy, że wrażliwość astmatyków wy-

łącznie dotyczy białka i jedynie ten składnik ustroju zwierzęcego wywołuje zarówno napad astmatyczny, jak i anafilaktyczny, dotychczas bowiem zapomocą samych lipoidów nie udało się wywołać anafilaksji (ostatnio, zdaje się, sprawa ta przybierać zaczyna inny obrót). Sądzę, że sprzeczność tę można byłoby pogodzić, jeśli uwzględnimy fakt, że lipoidy właściwie rzadko w ustroju, szczególnie we krwi, napotykają się jako takie, znajdują się one bowiem w połączeniu chemicznem z białkiem jako proteolipoidy. Z drugiej strony wiadomo, że wyeliminowanie lipoidów z surowicy pozbawia ją własności anafilaktyzujących.

Sądzę, że wobec danych powyższych sprawa istoty skazy wysiękowej, dotychczas niezupełnie jeszcze jasna, wymaga rewizji, najlepiej na drodze doświadczalnej; sprzyjać temu zdaje się fakt, że anafilaksja u zwierząt przechodzi na potomstwo na czas do 6 tygodni.

Na razie musimy stwierdzić fakt wczesnej dziedzicznej bezpośredniej wrażliwości na białko obce, a więc pasywnej wrodzonej anafilaksji, objaw, który dotychczas określaliśmy mianem allergji, a Freeman ostatnio ochrzcił mianem toksycznej idjopatji. Słowem część astmatyków rodzi się odrazu takimi.

Trzecim czynnikiem sprzyjającym powstawaniu senzybilizacji są rozmaite zmiany patologiczne nabyte lub wrodzone, sprzyjące stałemu przenikaniu antigenu do krwi. Do takich zmian zaliczyć należy nieżyty przewlekłe dróg oddechowych pochodzenia bakteryjnego, dalej bakteryjne cierpienia nosa, gardzieli, zębów i innych części ustroju. Najczęściej przyczyną tych cierpień bywają paciorkowce, co do których Oftedal wykazał, że działają elektywnie, chemotropicznie na mięśnie i nerwy drobnych oskrzeli.

Pozatem przekonano się, że u dzieci kanał pokarmowy jest bardzo łatwo przepuszczalny dla niezupełnie strawionych pokarmów, tak, że wymioty częste u nich należy uważać za pewien rodzaj mechanizmu ochronnego. W ten sposób dzieci zostają łatwo uczulone przez zmienione proteiny, które z czasem wywołują u nich napad astmy. Sądzę jednak, że sama przepuszczalność błony śluzowej nie jest wystarczająca do sprowadzenia uczulenia. Widal niedawno wykazał, że proteiny mało przerobione, dostające się do układu żyły wrotnej, zostają przejmowane przez wątrobę i unieszkodliwione przez t. zw. czynność proteopeksyczną tego narządu. Widocznie więc dla uczulenia ustroju niezbędne są zaburzenia w wątrobie, dotyczące tej czynności, zaburzenia, dające się łatwo wykryć zapomocą metody Widala. Być jednak może, że pomimo dobrze zachowanej wspomnianej czynności wątroby, proteiny mogą się jednak przedostawać do krwiobiegu, szczególnie, jeżeli błona śluzowa kanału pokarmowego zdolna jest przepuścić duże ilości protein, fakt analogiczny z powstawaniem urobilinurji przy rozpadzie krwi.

Z tego, co powiedziałem, wynika ważna rola wątroby w powstawaniu astmy, rola, dotychczas wcale nieujawniona nietylko na zwierzętach, ale i na ludziach. Niestety niektóre osobniki są nietylko wrażliwe na mało przerobione białko, lecz nawet na kwasy aminowe, wobec których wątroba jest bezsilna. Pozatem stwierdzono u astmatyków rozmaite anomalie w położeniu kiszek i żołądka, a nawet przepukliny, które mają wpływ na powstawanie astmy (Walker po usunięciu przepukliny widział 2-krotne zniknięcie astmy). Niekiedy takie cierpienia, jak zapalenie ropne pęcherzyka żółciowego, wpływa na powstawanie astmy. Tak np. w przypadku Beabcocka otwarcie pęcherzyka żółciowego usunęło napady astmy; zatkanie powstałej przetoki spowodowało ponowny wybuch astmy, która znikła po doszczętnem wyleczeniu cierpienia; to samo miało miejsce w przypadkach Gutmanna po usunięciu wyrostka robaczkowego. Wszystkie te anomalie rozmaitą drogą wpływają na uczulenie chorych.

Wobec tego wszystkiego sprawa, czy astma typowa może się rozwinąć u osób zupełnie zdrowych, nie jest tak łatwa do rozstrzygnięcia. Jeżeli pominiemy te przypadki, w których są wspomniane anomalje, nie zawsze dające się rozpoznać, to pozostanie jeszcze pewna liczba przypadków astmy, która rozwinęła się u osób przypuszczalnie zdrowych, szczególnie osób starszych. Jeżeli przypadek Ramireza pod tym względem nie jest jeszcze zupełnie przekonywający, to pozostaną jeszcze przypadki Curschmanna z rozwojem astmy u kuśnierzy starszych wskutek profesjonalnego wdechania pyłu barwnika czarnego, ursolu, oraz przypadki Walkera z polerownikami brylantów. Ponieważ jednak i te przypadki nie były wszechstronnie zbadane, więc nie mogą absolutnie być miarodajnemi. Sprawa więc wymaga jeszcze dalszych dokładniejszych badań.

Leczenie astmy. O leczeniu ataków astmy nie potrzebuję tu chyba mówić. Są to rzeczy znane i oparte na mechanizmie ataków a nie na ich źródle. Z tego, com powiedział, najprostszem byłoby leczenie zapobiegawcze tj. unikanie szkodliwości, wywołujących astmę, co jest stosunkowo łatwe, albo też wywołujących uczulenie, co jest daleko trudniejsze. Tam, gdzie istnieje wrażliwość na pewien określony rodzaj protein, unikanie ich jest bardzo łatwe. Dotyczy to pewnych zwierząt jak psy, koty, woły, barany, świnie, trudniej jest unikanie pewnych pokarmów, jak jaj, mięsa, mleka. Trudności duże przedstawiają się ze zbożem. Doświadczenie jednak wykazało, że wysoka ciepłota znacznie osłabia szkodliwe działanie tych protein, wskutek czego np. cienkie plasterki pieczywa wysuszone w wysokiej ciepłocie (tosty) lepiej są znoszone, niż pieczywo zwykłe. Mięso dobrze wysmażone lepiej jest znoszone, niż napół surowe. O kartoflach wiadomo, że smażone lepiej są znoszone, niż gotowane. Bywa jednak naodwrót. Jeden z moich pacjentów nie znosił ryby gotowanej, podczas gdy surowa mu nie szkodziła. Zapomocą odczynu skórnego można tę rzecz stwierdzić.

Wielkie znaczenie dla leczenia ma zawartość ilościowa protein w pewnym gatunku ziarna. Tak np. ryż, który zawiera rozmaitego rodzaju protein w ilości około 10%, najwięcej zawiera oryzeniny (65%), jeżeli więc chory nie jest wrażliwy na oryzeninę, lecz na inne gatunki protein ryżu, to pewne ilości tego pokarmu może spożywać bezkarnie. To samo dotyczy owsa i żyta. Fakt ten wskazuje, jak ważnem jest określanie na jaki rodzaj białka roślinnego chory jest uczulony, utrudnia jednak bardzo badanie. Wogóle we wszystkich tych przypadkach unikanie obfitych ilości pokarmów prowadzi często do celu. Łatwe jest unikanie pewnych zwierząt, jak np. psów. Tak np. chora tu przedstawiona, wrażliwa na włosy psie od roku, t. j. od chwili usunięcia z mieszkania swego ulubionego pieska, nie ma już napadów astmy, chociaż odczyn dodatni Pirqueta z proteinami włosów psich wskazuje, iż wrażliwość na włosy psie wciąż istnieje u niej.

Najgorzej jednak jest z tymi astmatykami, którzy są wrażliwi na emanacje końskie, szczególnie w miastach. Tu cała atmosfera tak jest przeniknięta emanacją koni, że usunięcie się od jej wpływów jest absolutnie niemożliwe. Przy okazji dodam, żei materace zawierają włos koński — chory taki często leży na źródle choroby, nie wiedząc o tem. Unikanie bakteryj jest absolutnie niemożliwe, z wyjątkiem wypadków, gdzie udaje się usunąć z ustroju ogniska bakteryjne (Gutmann). W niektórych jednak przypadkach wrażliwość jest tak wielka, że wszystkie te sposoby nie pomagają. Tu należy uciec się do leczenia swoistego.

Leczenie to opiera się na znanem prawie Besredki o antianafilaksji, powstającej przez wprowadzenie do ustroju minimalnych dawek anafilaktyzującej proteiny na krótki czas przed wprowadzeniem do ustroju większych dawek. Okazuje się, iż przez stałe, ostrożne zwiększanie dawek protein można doprowadzić do tego, że chory staje się coraz mniej wrażliwym na szkodliwe dotychczas proteiny i w ten sposób zostaje ubezwrażliwiony, a więc wyleczony. Leczenie takie przy wrażliwości na pokarmy można przeprowadzić dwoma sposobami: drogą podskórną i przez kanał pokarmowy. Pierwszy sposób najlepiej działa u ssawców wrażliwych na mleko. W innych przypadkach wymaga długiego czasu, jest bardzo żmudny i daje gorsze wyniki, niż drugi. W tym ostatnim wypadku wprowadza się wraz z pokarmami minimalne i coraz bardziej wzrastające dawki odpowiednich protein. Procedura ta, którą z konieczności należy pozostawić choremu lub jego otoczeniu (rodzicom) — pacjentami są najczęściej dzieci — wymaga znacznej dozy inteligencji i cierpliwości. Leczenie takie trwa od kilku miesięcy do roku i 2, w za-

leżności od wysokości dawki, którą chory początkowo bezkarnie znosi. Tak bywa np. z leczeniem uczulenia na jajka.

Co się tyczy wrażliwości na emanacje zwierząt, to tu jedynem leczeniem jest podskórne wprowadzenie odpowiedniej proteiny. Zapomocą odczynu skórnego przekonywujemy się, jakie jest minimalne rozcieńczenie proteiny, wywołujące odczyn dodatni. Do zastrzyknięcia używa się rozczynu 10-krotnie słabszego w ilości z początku 0,1 cm, co jakiś czas dawkę i stężenie ostrożnie się zwiększa. Po 4—8—10 wstrzykiwaniach wynik jest bardzo wyraźny, odczyn skórny występuje wtedy tylko przy znacznem stężeniu proteiny. Gdy dojdziemy do odczynu ujemnego, leczenie jest skończone — chory jest desensibilizowany i może bezkarnie stykać się z niebezpiecznem zwierzęciem lub jeść szkodzące mięso.

U demonstrowanego tu dziś chłopca wrażliwego na proteiny ryby (Pirquet + w rozcieńczeniu 1 : 100.000) po 16 zastrzyknięciach, wykonanych w ciągu 10 tygodni, odczyn Pirqueta występował po leczeniu dopiero w stężeniu 1 : 250. Conajmniej 80% takich chorych może być zupełnie wyleczonych. Leczenie powyższe należy przeprowadzić tylko wtedy, gdy wrażliwość występuje conajmniej w rozcieńczeniu 1 : 10.000, przy rozcieńczeniu 1 : 100 wystarczy unikanie bliskiej styczności z odpowiedniemi emanacjami. Wrażliwość na pyłki roślinne leczy się w sposób podobny tylko tu zaczyna się od rozcieńczenia 1 : 10.000 i kończy na 0,2 cm rozczynu 1 : 100. Tutaj 10—12 zastrzyknięć leczy chorego zupełnie. Astmę pyłkową można leczyć i profilaktycznie, liczba zastrzyknięć jest wtedy mniejsza. Wyniki powyższego leczenia są bardzo trwałe, niektóre wypadki nie wykazały nawrotów w ciągu 3 lat prawie. (Dok. nast.)

Przegląd piśmiennictwa.

Anatomja patologiczna.

Frankfurter Zeitschrift f. Pathologie
T. 27. r. 1922.

Dressler. **Guzowate zapalenie mięśnia sercowego na tle kiły dziedzicznej.** Dziedziczna kiła, w przeciwieństwie do nabytej, dotyczy przedewszystkiem narządów wewnętrznych, podobnie jak w kile nabytej. W przeważającej ilości przypadków kiły dziedzicznej stwierdza się daleko posunięte zmiany tłuszczowe mięśnia sercowego, które powstają według zgodnego mniemania Marcek'a i innych, jako wyraz upośledzonego odżywiania dzieci kiłowych już w okresie rozwoju.

Zapalenie kiłowe mięśnia sercowego pojawia się najczęściej nie w postaci kilaków, lecz jako zapalenie wśródmiąższowe bez charakterystycznych oznak dla kilaków, w postaci ograniczonych ognisk. Ogniska te usadawiają się także nieraz w komorze lewej. Autor podaje, że u czteromiesięcznego chłopca stwierdzono na sekcji liczne ropniaki skóry na całej powierzchni ciała; świeże zapalenie płuc dooskrzelowe płatów dolnych; tłuszczowe zmiany wątroby i nerek, jakoteż *osteoperiostitis syphilitica*. W sercu, w komorze lewej, tuż pod pierścieniem włóknistem ujścia był twór, wielkości wiśni, o szarawem zabarwieniu i spoistości słoninowatej, wykazujący jednocześnie ściśle odgraniczenie od otoczenia i wyraźne wypuklenie do światła komory było pokryte wsierdziem, zgrubiałem w tem miejscu i wybitnie zmętniałem. Badanie drobnowidowe wykazało nacieczenie drobnokomórkowe różnopostaciowe ze zmianami wstecznemi w mięśniach w pobliżu ogniska.

Zaznaczyć należy, że ogniska zapalnego nie stwierdzono wcale komórek olbrzymich lub martwicy, jakoteż również nie spostrzeżono nacieczeń komórkowych dookoła naczyń. Poszukując za swoistością wymienionego zapalenia, autor wskazuje przedewszystkiem na wczesny wiek chorego oraz na mikroskopowe zmiany w kościach długich pod postacią *osteoperiostitis syphilitica*. Próby wykazania krętka bladego pozostały bezowocnemi. W sprawie wytwarzania się tkanki zapalnej autor podziela zdanie dawniejszych badaczów, którzy uważają ją za powstałą z elementów mięśniowych.

E. Hedinger. **Ogólne zwyrodnienie włókniste żył.** W przysłanym autorowi nowotworze, pochodzącym z lewego ramienia 56-letniej kobiety, którego powierzchnia zewnętrzna pokryta była prawidłowym naskórkiem, drobnowidowy obraz wykazuje jednostajne utkanie, złożone z podłużnych komórek wrzecionowatych, wśród których widać obfite włókna sprężyste, Zachowanie się dwóch żył w polu widzenia przypomina w przybliżeniu żylny mięsak błony wewnętrznej. A więc wewnątrz pierścienia z włókien sprężystych jest utkanie nowotworowe, które w szczegółach odpowiada wyżej wymienionemu utkaniu. Światło żyły jest zaledwie widoczne i okazuje się w postaci szpary, wyścielonej wyraźnym nabłonkiem. W innych skrawkach jest ten sprężysty pierścień przerwany a poszczególne włókna sprężyste rozpadają się na krótsze lub dłuższe odcinki. W celu wytłómaczenia „intimafibromatozy“ autor przytacza trzy czynniki w jej powstawaniu, a więc możliwość wrośnięcia utkania nowotworowego z zewnątrz, powtóre drażnienie błony wewnętrznej przez wrośnięty nowotwór i pobudzanie jej do włókniakowego bujania; po trzecie, pierwotne bujanie włókniakowe wyściółki wewnętrznej i przebicie nowotworowo-wybujałej tkanki łącznej na zewnątrz. Ostatnie tłómaczenie najbardziej odpowiada intencjom autora, którego utwierdziły w tem mniemaniu obrazy histologiczne. *W. Janusz* (Lwów).

Medycyna wewnętrzna.

Archives of Internal Medicine.
Vol. 30. Nr. 1. Lipiec 1922.

C. E. Hoover. **O czynności mięśni międzyżebrowych.** Autor wykonał szereg badań doświadczalnych na psach, u których kolejno wyłączał z czynności mięśnie międzyżebrowe, przeponę mięśnie brzuszne i pomocnicze mięśnie szyjne, oraz obserwował sposób oddechania pacjenta, u którego zapalenie przedniej istoty szarej rdzenia spowodowało porażenie wyłącznie mięśni międzyżebrowych górnych.

Doszedł do wniosków następujących;

1. Podczas spokojnego wdechu działają tylko m. m. zewnętrzne, podczas spokojnego wydechu zaś wszystkie m. między żebrowe są nieczynne.

2. Podczas nasilonego wdechu są czynne zewnętrzne m. m., podczas nasilonego wydechu mogą być czynne wewnętrzne m. m., jeżeli jednak dochodzi do działania mięśni brzusznych z powodu przeszkody w wydalaniu powietrza, to współdziałają z niemi także zewnętrzne mięśnie.

3, Wewnętrzne m. m. współdziałają podczas wdechu tylko podczas bardzo nasilonego oddechu i o ile czynnik zewnętrzny stawia opór wchodzeniu powietrza do płuc.

Ch. C. Christie i A. J. Beams. **Ocena prawidłowej pojemności życiowej płuc.** Spostrzeżenia na 290 zdrowych mężczyzn i kobiet wykazały, że pojemność życiowa jest o 5.5% mniejsza w pozycji leżącej, niż w siedzącej. Około 80% osobników leżąc oddechało o 6—7% mniej, niż siedząc, 20% zaś oddechało więcej lub bez zmiany; różnic tych nie powodowała różna budowa klatki piersiowej. O tyłe kobiety oddechały o 15% mniej w pozycji leżącej, niż w siedzącej. Osobniki tej samej płci i tej samej wagi wykazują duże różnice w swej pojemności życiowej, osobniki tej samej płci, tej samej wysokości mają w przybliżeniu tę samą pojemność, która jest zupełnie identyczną u ludzi tej samej płci i tej powierzchni ciała. Kobieta w wieku od 20—30 lat, o powierzchni ciała 1.4—1.5 m^2 ma pojemność około 2,700 ccm, a każdemu zwiększeniu powierzchni o 0,1 m^2 towarzyszy przyrost pojemności o mn. w. 175 ccm. Mężczyzna od 20—30 l., o powierzchni 1,6—1,7 m^2 posiada pojemność około 4000 cm. a każdemu wzrostowi powierzchni o 1 m^2 towarzyszy wzrost pojemności o 350 ccm, czyli, że zdrowy mężczyzna między 20—30 latami posiada p. ż. 2.500 ccm na 1 m^2, a zdrowa kobieta tego wieku ma p. ż. 2000 ccm. na 1 m^2 powierzchni ciała.

E. R. Boas i S. Frant. **Ciśnienie w naczyniach włoskowatych przy nadmiernem ciśnieniu tętniczem.** Wiadomości o zachowaniu się naczyń włoskowatych w stanach chorobowych zostały znacznie rozszerzone po zastosowaniu tonometru włoskowatych Danzera i Hookera oraz kapillaroskopji Weissa i Lombarda.

Starano się znaleść wytłumaczenie stanów wysokiego parcia przy chorobach nerek i t. zw. samoistnego wysokiego

parcia (*hypertensio essentialis*) w skurczu naczyń włosowatych i następowem podwyższeniu ich ciśnienia. Że naczynia włoskowate wpływają na ogólne tętnicze ciśnienia udowodnili Dale i Cannon wykazując, że porażenie nacz. włoskowatych może sprawić charakterystyczny dla wstrząsów spadek ciśnienia tętniczego. Kylin zaś znalazł wysokie parcie w naczyniach włoskowatych przy kłębkowem zapaleniu nerek, niskie zaś przy nefrosklerozach. Wysokie parcie tętnicze przy pierwszej sprawie ma tedy swoje źródło w zatruciu naczyń włoskowatych, przy drugiej zaś w skurczu tętniczek. Badania autorów, przedsięwzięte na dużym materjale potwierdzają ten pogląd. Stwierdzili oni przedewszystkiem, że ciśnienie w naczyniach włoskowatych u ludzi z prawidłowem ciśnieniem tętniczem nie przewyższa 30 mm Hg. Chorych z nadmiernem ciśnieniem tętniczem można podzielić na dwie grupy. W pierwszej c. n. włoskowatych waha się od 30—60 mm Hg, w drugiej jest znacznie niższe. Chorzy pierwsi cierpieli na schorzenie naczyń włoskowatych zlokalizowanem i w nerkach, jako zapalenie kłębuszkowe. Stąd można oznaczeniem parcie w n. włoskowatych odróżnić kłębuszkowe zapalenie od innych schorzeń nerek. Przy samoistnem nadmiernem ciśnieniu i przy nefrosklerozach parcie jest niskie z powodu skurczu tętniczek, sprawiających wzrost ciśnienia przed, a spadek poza miejscem skurczu. Spostrzeżenia kapillaroskopowe Weissa nie zostały potwierdzone w zupełności. U ludzi zdrowych widziano obrazy rzekomo charakterystyczne dla miażdżycy. Naogół jednak chore naczynia włoskowate wyglądają podobnie, jak tętnice chore, są długie i pokręcone, być może (po myśli Łapińskiego) z powodu ustania napięcia mięśniowego po uszkodzeniu zaopatrującego je nerwu.

W. G. Lennox, R. C. Graves i S. A. Levine. **Spostrzeżenia elektrokardjograficzne u 50 pacjentów w czasie operacyj.** Autorowie przedsięwzięli ważne badania, elektrokardjografując 50 pacjentów przez cały czas dokonanych na nich różnych zabiegów w rozmaitem uśpieniu. Okazało się w wielu przypadkach, że serce biło daleko szybciej, niż sądził narkotyzer, liczący tętno obwodowe W jednym przypadku wystąpił częstoskurcz napadowy bez aparatu niedostrzegalny, kilka razy stwierdzono »deficyty« tętna obwodowego, raz zaś chwilowe przyspieszenie tętna z następowym powrotem do normy. Często były przedwczesne skurcze a także niemiarowości zatokowe. U jednego chorego z chorobą Basedowa wystąpiło przedłużenie przewodnictwa przedsionka komorowego (już dawniej Krumbhaar widział u takich chorych zaburzenia w przewodnictwie, pozostające jeszcze pewien czas po zabiegu operacyjnym). Najciekawszem i najczęstszem zjawiskiem była zmiana miejsca ośrodka pierwotnie podrażnienie wysyłającego (pacemaker), które można rozpoznać po zmianie we fali P.

Co się tyczy czynników, które sprowadziły nieprawidłowości powyższe, to tylko w jednym przypadku ubytek tętna dał się wytłómaczyć podłożem wady zastawkowej, która skutecznie naparstnicą leczona nie okazywała jednak w żadnym okresie objawów niewyrównania.

Wystąpienie niemiarowości głównie przemieszczenie miejsca pierwszej pobudki a) było częstsze u chorych operowanych w okolicy głowy, oraz karku i u operowanych przy pomocy znieczulenia wśródgardłowego dalej u pacjentów, którym nie dawano zwykłej (0.0005) dawki atropiny przed znieczuleniem. Większy stopień podrażnienia nerwu błędnego widocznie współdziała podczas znieczulania. Inne czynniki jak wiek, płeć, przedwstępna dawka morfiny odgrywają tylko małą rolę, naogół niemiarowości były częstsze podczas dłuższych zabiegów. Krążenie w żadnym przypadku nie uległo uszkodzeniu tak, że zaburzenia powyższe należy uważać za fizjologiczne.

F, C. Mann i Th. B. Magath. **Badania nad fizjologją wątroby. II. Wpływ wycięcia wątroby na poziom przecukrzenia krwi.** Minkowski wykazał już w 1886 r. w klasycznych swoich doświadczeniach, że po wycięciu wątroby u gęsi ilość cukru we krwi spada bardzo szybko i znika zupełnie przed śmiercią. Inni badacze potwierdzili mniej więcej zgodnie te spostrzeżenia.

Szybki zgon (20—70 minut po operacji) jednak wszystkich zwierząt z wyjątkiem gęsi z powodu pooperacyjnych zaburzeń w krążeniu nie pozwolił na zbadanie stosunku spadku ilości cukru do objawów klinicznych. Autorzy przystąpili tedy do ponowienia tych badań wycinając wątrobę w sposób sprawiający możliwie jak najmniejsze zaburzenie w krążeniu. Psy, które operowano, w godzinę po operacji dopiero zaczynały zdradzać objawy niedomogi wątroby, jakoto osłabienie mięśniowe z utratą odruchów, trwające godzinę, później nieco powstały drgawki toniczne i kliniczne, wśród których zwierzęta umierały, po operacji mniej więcej w 2 godziny. Po operacji ilość cukru wynosiła, jak przedtem, mn. w 0,1% w chwili pojawienia się pierwszych objawów 0,06—0,04% a w chwili zgonu nigdy więcej jak 0,03%. Badania próbek wycinanych mięśni wykazało, że ilość glikogenu zmniejszyła się o około 50%. Wolno przypuścić, że z utratą wątroby organizm traci panowanie nad przemianą cukrową bezpośrednio przez usunięcie zasadu węglowodanowego albo pośrednio przez usunięcie ciała czynnego przy przemianie cukrowej. Brak zaś cukru w krążeniu stanowi najprawdopodobniej przyczynę objawów chorobowych i zgonu.

W. W Duke i D. D. Stofer. **Porównanie krwi żylnej i włoskowatej przy złośliwej niedokrewności.** Ilość czerwonych ciałek w 1 mm^3 jest przy niedokrewności złośliwej w naczyniach włoskowatych przeciętnie o 17,6% większa, niż w krwi żylnej. Ilość ciałek czerwonych w krwi żylnej po zaciśnięciu ramienia opaską i wymasowaniu krwi z obwodu jest większa, niż przed zabiegiem. W krwi włoskowatej jest też daleko więcej makrocytów, niż w krwi żylnej. Autorzy sądzą tedy, że różnice powyższe polegają na zatrzymaniu większych krwinek (makrocytów) w wąskich naczyniach włoskowatych z powodów czysto mechanicznych. Zdaje się, że ta okoliczność powoduje rzekomy wygląd różowej skóry i warg takich chorych w porównaniu z przypadkami wtórnej niedokrewności.

A. A. Fletcher. **Djetetyczne leczenie przewlekłego zapalenia stawów i stosunek tego cierpienia do znoszenia cukru.** W 100 przypadkach przewlekłego zapalenia stawów wyleczono 8, a znacznie poprawiono stan 43 chorych wyłącznie ogólnem ograniczeniem djety, a głównie węglowódanów, po myśli Pembertona. W tych przypadkach stwierdzono też obniżenie tolerancji cukrowej, które jednak nie pozostawało w proporcji do nasilenia cierpienia. A. zaleca powyższą djetę jako sposób leczenia w przypadkach odpowiednich, w szczególności u kobiet, u których objaw zniżonej tolerancji jest silniej zaznaczony, niż u mężczyzn. Należy naturalnie wyłączyć przypadki na tle ogniskowego zakażenia, którego istnienie w ostatnich czasach, zostało stwierdzone.

Celem wytłómaczenia skutecznego działania djety autor podnosi przedewszystkiem, że djeta skuteczna ubogaw węglowodany z natury rzeczy zawiera wiele witaminów, dalej zwraca uwagę na stwierdzenia Mc. Carrisona i Mellanby'ego nadmiaru węglowodanów, jako jednej z przyczyn zachorzeń przy braku witaminów, oraz stwierdzonego przez Funka, Findlaya i i. nadmiernego przecukrzenia krwi przy beriberi i krzywicy, Mc. Carrisona i Hessa łatwego powstawania ognisk zakaźnych u zwierząt żywionych strawą niedoborową. Dochodzitedy ostatecznie do hipotezy, że nieodpowiednie żywienie osobnika z ogniskiem zakaźnem, usposabiającem do zajęcia stawów, wywołuje ich schorzenie tak, ze djeta działa na jeden z głównych czynników chorobowych.

N. Kopeloff. **Zmienność treści żołądkowej wydobytej frakcjami w różnym czasie.** Jednorazowe oznaczenie kwasoty w próbce wydobytej treści żołądkowej jest złudne z dwóch względów. 1) kwasota ogólna i wolna niewiązana w próbkach treści, wydobytej frakcjami co kwadrans po śniadaniu Ewalda, jest rozmaita, różną jest też 2) kwasota ogólna i niewiązana 3 próbek wydobytych równocześnie trzema cienkiemi sondami Rehfuss'a, których ujścia znajdowały się (pod kontrolą prześwietlania) w trzech różnych miejscach w żołądku. Odnosi się to jednak jedynie do kwasoty miareczkowanej. Koncentracja jonów H, oznaczona kolorymetrycznie wykazuje daleko mniejsze wahania, co wskazuje na konieczność wprowadzania tej metodo do kliniki i tłumaczy się tem, że w treści ż. istnieją podobnie jak we krwi sole moderatory oddziaływania wywołujące stężenie jonów H; przy różnych nawet wynikach

miareczkowania. O ile się pozostaje przy miareczkowaniu, to trzeba powtarzać próby aż do uzgodnienia wyników, sondę wprowadzić zawsze aż do pewnej stałej głębokości, oznaczać kwasotę w dużych próbkach, a sondą operować w ten sposób, by chory nie połykał śliny, i żeby treść wychodziła jaknajbardziej swobodnie bez duszenia i gwałtownych ruchów.

Ziemilski (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Annales de Dermatologie et de Syphiligrahie.

Nr. 4. kwiecień 1922.

D u b r e n i t h i P. J o u l i a. **O wyprzeniu grzybkowem. Nowa postać grzybicy łuszczącej przyskórka, wywołana drożdżami.** Już przed laty 10 zwrócił uwagę P o t g e s, że w niektórych postaciach wyprysku pozornie banalnego wykryć można mikroskopowo grzybnie i zarodniki grzybów i że te postacie wyprysków, oporne na wszelkie inne leczenia, dają się zwykle łatwo wyleczyć przez zastosowanie środków niszczących grzyby z grupy grzyba strzygącego (*trichophyton*). Badania najnowsze autorów potwierdzają słuszność tego spostrzeżenia.

Z dużej grupy banalnych zapaleń skóry, znanych pod nazwą wyprzenia (*intertrigo*), udało się obu autorom wyosobnić, odrębną, ich zdaniem, postać wyprzenia, spowodowaną grzybami, dotąd nazwaną przez nich wyprzeniem grzybkowem (*intertrigo mycosique*). To wyprzenie różni się według spostrzeżeń autorów pewnemi dobrze określonemi cechami zarówno od zwykłego wyprzenia (*intertrigo simple*), jakoteż od grzybicy naskórkowej, opisanej niegdyś przez Hebrę pod nazwą: »*eczema marginatum*« a uznanej dopiero później za grzybicę wywołaną obecnością grzybka nazwanego przez S a b o u r a u d'a »*epigermophyton influinate*».

Owego wyprzenia na tle grzybkowem spostrzegali autorzy w ostatnich latach około 20 przypadków i we wszystkich wykazali obecność grzybków różniących się wybitnie tak w preparatach wziętych z ognisk chorobowych, jak i w preparatach z hodowli, od wszystkich znanych dotąd grzybów chorobotwórczych naskórka. Jakkolwiek przez szczepienie tych grzybków nie udało się dotąd autorom wywołać zmian chorobowych na skórze, to jednak tylokrotnie stwierdzoną obecność tych grzybków w zmianach chorobowych o jednakowym typie klinicznym przemawia poważnie za ich znaczeniem etjologicznem.

Wyprzenie grzybkowe spostrzegali D. i J. w tych miejscach, gdzie się zazwyczaj napotyka wyprzenie zwykłe, a więc najczęściej w fałdach między częściami rodnemi a wewnętrzną powierzchnią ud i w sąsiedztwie (pachwiny, krocze, okolicą odbytu, fałd międzypośladkowy), rzadziej pod zwisającemi piersiami u kobiety, na częściach rodnych u chorych na cukrzycę, raz u oseska w postaci niemal ogólnego wyprzenia, raz na częściach rodnych u obojga małżonków.

Czy u chorych na cukrzycę każdy wyprysk, każde wyprzenie jest przyrody grzybkowej, i to tego właśnie gatunku grzyba, nie chcą rozstrzygać, nie twierdzą też stanowczo, aby choroba przenosiła się z osobnika na osobnika. Płeć i wiek nie mają znaczenia. Sama zmiana chorobowa w jej najczęstszej siedzibie, tj. w fałdzie pomiędzy częściami rodnemi a wewnętrzną powierzchnią ud, przedstawia się w postaci plamy różnej wielkości, ciemno czerwonej, ostro od zdrowej skóry odżynającej się, o powierzchni zupełnie gładkiej, bądź pokrytej lśniącym gładkim jakby lakierem powleczonym cieniutkim przyskórkiem, bądź też tu i ówdzie wilgotnej, lekko sączącej. Skóra nie wykazuje ani zgrubienia ani nacieczenia. Brzegi ogniska chorobowego są nieregularne, jakby poszarpane, o zarysach geograficznych i objęte rąbkiem złuszczającego się przyskórka, szerokim na 1 mm, wolnym na brzegu wewnętrznym a trzymającym się na obwodzie. Ten delikatny rąbek, jakby odklejonego przyskórka jest cieniutki, miękki, białawy, wilgotny i jakby zmacerowany. Pozatym rąbkiem skóra nie okazuje nawet śladów zapalenia lub choćby zaczerwienienia. Obok ogniska chorobowego głównego widać często w najbliższem otoczeniu ogniska pod postacią drobnych plamek wielkości główki od szpilki lub soczewicy z wyżej opisanym rąbkiem podniesionego przyskórka. W samem zagłębieniu, między narządami rodnemi a udem widać niejednokrotnie delikatną białą powłokę złożoną w znacznej części ze stosowanych zwyczajnie zasypek.

Zmiany chorobowe sprawiają choremu zwyczajnie nieznośne i gwałtowne świędzenie, zwłaszcza po ruchach i w cieple. Obraz kliniczny wyprzenia grzybkowego każe, zdaniem autorów, wyróżnić je jako osobną jednostkę chorobową tem bardziej, że badanie mikroskopowe wykazuje zawsze obecność grzybków o grzybniach i zarodnikach zupełnie różnych od znanych dotąd grzybków pasorzytujących w naskórku. Strzępki przyskórka wziętego z partyj brzeżnych zmiany, z opisanego wyżej rąbka białawego, rozpuszczone w ługu sodowym wykazują obecność licznych grzybni i zarodników. Grzybnie przedstawiają się w postaci nitek krótkich, pokręconych, rozgałęziających się i splątanych. W nitkach grzybni nie ma przegród a zarodniki nie wytwarzają się wśród nitek, ale zawsze na zewnątrz nitek. Grzyb jest zatem z zewnątrz zarodnikowy (ektosporon) cecha znamienna, bo wyróżniająca ten gatunek grzyba od grzybka strzygącego i od grzybka S c h ö n l e i n a. Zarodniki grzyba są okrągłe lub owalne załamują silnie światło nie układają się nigdy różnicowato a są rozrzucone w bezładnych gromadach bądź wśród nitek grzybni bądź na nich samych a rzadko układają się w grona. Hodowle na pożywce S a b o u r a u d'a na kartoflu i marchwi nawet po bardzo licznych przez $1\frac{1}{2}$ roku powtarzanych przeszczepianiach nie zmieniają się a w pierwszych 2—3 dniach wzrostu przypominają wejrzeniem hodowlę gronkowca. Przy późniejszym wzroście grzyba na hodowli biało-żółtawej pojawia się białawy puszek o nitkach dosyć grubych. Zmiany chorobowe wywołane grzybem tym, zaliczanym przez autorów do grupy d r o ż d ż y, leczą się łatwo przez stosowanie środków przeciwpasożytniczych. Najlepsze usługi lecznicze oddaje maść: Rp, Axungiae 30, Acidi. benzoici 1, Acidi. salicyl. 1,20. Stosowanie tej maści jest jednak w początkach bolesne. Przy ostrych objawach zapalnych należy ją zastąpić w początkach zmywaniami wodą z dodatkiem nalewki jodowej (łyżeczkę na $1/2$ litra wody).

J. N i c o l a s, J. G a t e i D. D u p a r q u i e r. **Nowe próby autohemoterapji chorób skórnych. Następstwa o typie odczynów surowiczych.** Do dwu spostrzeżeń dawniejszych, ogłoszonych przed rokiem a dotyczących skutecznego działania wstrzykiwań krwi własnej w świerzbiączce (*prurigo*), dołączają obecnie autorowie 12 nowych przypadków leczonych w ten sam sposób i uzupełniają spostrzeżenia dawne nowemi, zwracając głównie uwagę na uboczne działanie, jaki ten sposób leczenia czasem może wywołać. Spostrzeżenia autorów dotyczą dwu (nowych) przypadków świerzbiączki, z których w jednym leczenie dało wynik pomyślny, w 1 przypadku »*neurodermitis*« (wynik pomyślny) 3 przypadków wyprysku guzkowo-pęchęrzykowego (w 2 częściowe polepszenie w 1 wyleczenie) jednego przypadku pokrzywki przewlekłej (wynik leczniczy późny, ale dobry) 2 przypadków choroby D u h r i n g a (w obu wynik pomyślny), jednego przypadku rybiej łuski wrodzonej (wynik nieznany), jednego przypadku liszaja czerwonego płaskiego bez żadnego wyniku leczniczego i jednego przypadku czyrakowatości skóry wyleczonego szybko i doszczętnie.

Spostrzeżenia poczynione w tej nowej serji przypadków leczonych wstrzykiwaniami własnej krwi, pouczyły autorów, że, jakkolwiek ten sposób leczenia oddaje w wielu przypadkach, zwłaszcza w przypadkach chorób skórnych świędzących, polegających na samozatruciu ustroju, cenne usługi, to jednak nie jest wolny od objawów ubocznych. Za takie objawy uboczne uważają autorowie wzniesienia ciepłoty do 39° C. na ogół rzadkie (w jednym przypadku) i, co najważniejsze, obrzęki i zaczerwienienia dosyć bolesne stawów, głównie dużych, (w 2 przypadkach) czasem dosyć silne bóle w sąsiedztwie miejsca wstrzyknięcia krwi, występujące bezpośrednio po każdorazowem wstrzyknięciu i utrzymujące się 10—15 minut (w jednym przypadku). Obrzęki stawów uważają autorowie za skutek wstrzyknięcia krwi, za rodzaj choroby surowiczej a samo działanie lecznicze wstrzykiwań krwi tłómaczą zaburzeniami w równowadze koloidów ustroju, za rodzaj wstrząsu koloidowego, zmieniającego teren i podłoże chorób

skórnych. Opierając się na korzystnem działaniu autohemoterapji w przypadku czyrakowatości skóry i na identycznym niemal wyniku leczenia z leczeniem swoistem i szczepionkami tegoż cierpienia przypuszczają, że tak w leczeniu krwią własną, jak i w leczeniu szczepionkami działa nie tyle czynnik swoisty (bakterje i ich wyciągi), jak raczej obce ustrojowi lub zmienione białko. Leczenie krwią własną lub swoistemi szczepionkami byłoby zatem jedynie pewnego rodzaju proteinoterapja.

C. With i A. Kissmeyer. **Dystrophie élastique folliculaire thoracique (héréditaire?) (Naevus elasticus Lewandowsky).** Nazwą tą obejmują autorzy zmiany skórne spostrzegane już po raz pierwszy przez nich w r. 1919 a nazwane wówczas niewłaściwie »*naevus sclerodermique folliculaire*«. Niewłaściwość nazwy spowodowało wówczas nie dosyć ścisłe badanie histologiczne niewłaściwie wyciętych skrawków skóry ze zmianami chorobowemi.

Trzy przypadki, które ogłosił w r. 1921 Lewandowsky pod nazwą *naevus elasticus*, a których opis kliniczny zgadzał się najzupełniej z obrazem klinicznym przypadku pierwszego, skłoniły autorów ich do powtórnego badania klinicznego i histologicznego tegoż przypadku. Przypadek dotyczył kobiety 69-letniej dotkniętej rumieniem toczniowym (*lupus erythematodes*) twarzy i okazującej prócz tego na lewej stronie klatki piersiowej ognisko chorobowe o wymiarach 12×13 cm, złożone z guzków żółtych, zbitych, wielkości główki od szpilki lub ziarna konopi a rozmieszczonych przeważnie u ujścia torebek włosowych. Przedsięwzięte tym razem nowe i już dokładne badanie histologiczne skrawków wykazało jako cechę znamienną, brak włókien sprężystych w warstwie brodawkowatej i podbrodawkowatej skóry a wśród tych miejsc pozbawionych włókien sprężystych ogniska przeważnie około torebek włosowych i naczyń skórnych usadowione i wyróżniające się od otoczenia nagromadzeniem krótkich włókienek przypominających wejrzeniem sp rochety a będących porozrywanemi i przez to krótkiemi włóknami sprężystemi: stan nazwany przez Dariera „*elastorrhexis*«. Zdaniem autorów nazwa podana przez Lewandowsky'ego jest niewłaściwą, bo znamiennym jest właśnie brak a nie przerost włókien sprężystych, stąd też proponują dlatego cierpienia nazwę w tytule wymienioną a samo cierpienie chcą zaliczyć do grupy »*pseudoxanthoma elasticum*«.

L. Chatellier. **Sur la syphilis á debut ganglionaire a bubon d'embiée et la recherche du spirochète dans le suc ganglionaire.** Opis dwu przypadków, w których kiła rozpoczęła się w sposób utajony bez wystąpienia i bez możności znalezienia jakiejkolwiek zmiany pierwotnej, jakichkolwiek wrót infekcji. W przypadkach takich, już poprzednio opisanych przez autora wspólnie z Andrym, jedyną zmianą kliniczną jest obrzęk gruczołów pachwinowych i to niejednokrotnie obrzęk zapalny, a więc nie typowy dla kiły, jak w przypadku pierwszym z opisanych obecnie. O. W. wypadł dodatnio. Zastosowane leczenie arsenem i rtęcią usunęło przedewszystkiem obrzęk zapalny i naciek okołogruczołowy. Po ustąpieniu nacieku i obrzęku można już było wyczuć gruczoły typowe dla kiły. Autor nie mógł badać w obu przypadkach soku gruczołowego na krętki blade, ale zwraca uwagę, że badania takie są cenne zwłaszcza w tych przypadkach gdzie nie można z jakichkolwiek powodów badać wydzieliny zmiany pierwotnej, jakoteż i w tych wypadkach, gdzie nie można znaleść wrót zakażenia a gruczoły przemawiają za świeżem zakażeniem kiłowem. W 14 badanych przypadkach w 9 wykrył ultramikroskopem krętki blade w soku gruczołowym, otrzymanym przez nakłucie gruczołów.

A. Nanta. **Zapalenie wątroby i niedokrewność rtęciczą wywołane sinkiem rtęci.** Opis przypadku, w którym leczenie mężczyzny chorego na kiłę wśródżylnemi wstrzykiwaniami sinku rtęci w ilości 0,01 gr. na dawkę wywołało, prócz innych objawów zatrucia rtęciowego, także objawy zapalne wątroby z nieznaczną żółtaczką i mierną niedokrwistością. Przyczyny zatrucia dopatruje się autor w upośledzonej czynności wątroby i jej małej sprawności, bo u tego samego chorego wystąpiła już raz przed laty żółtaczka po uśpieniu chloroformowem.

Lenartowicz (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 24. maja 1922. w klinice chorób wewnętrznych.

Przewodniczy kol. Woyciechowski. Obecnych członków 85.

1. Kol. Kramarzyński sen. zdaje sprawę z czynności komisji złożonej z 7 członków **w sprawie ustawy o praktyce lekarskiej i o ustroju izby lekarskiej** i zwraca się do prof. Jaworskiego o pomoc prawną. Prof. Jaworski radzi, aby sprawie tej nadać większe znaczenie przez referowanie danej ustawy w towarzystwie ekonomicznem t. j. w Izbie handlowej, a równocześnie prosić prof. Kumanieckiego i Rostworowskiego, aby nad powyższym referatem zechcieli podjąć dyskusję. Koszta stenografa około 10.000 Mp. ma ponieść Towarzystwo lekarskie.

2. Kol. Ciechanowski przedstawia przypadek **mięsaka barwikowego** z przerzutami we wszystkich niemal narządach w sercu, mózgu, tkance podskórnej, okostnej, jelicie biodrowem; a podnosi brak przerzutów w wątrobie i nadnerczu; tłumacząc mechanizm danego zjawiska.

3. Kol. Wierzuchowski przebieg kliniczny odnośnego przypadku, uwydatnił niestosunek, zachodzący między obrazem anatomicznym a klinicznym, podkreślając tę okoliczność że narządy nasiane obficie wielkiemi przerzutami nowotworowemi, jak n. p. przewód pokarmowy, dawały tylko bardzo nieznaczne objawy kliniczne. Oprócz tego przedstawił szereg odczynów chemicznych na melanogen. W moczu tego chorego i odczyn Thormölena (błękitne zabarwienie moczu w próbie Legala), niezmiernie rzadko pojawiający się w moczu i to prawie wyłącznie przy mięsakach barwikowych.

4. Kol. Tempka przedstawia a) przebieg choroby w przypadku **zapalenia zakrupowego zakaźnego żyły brzusznej.** 1) u chorego 19-letniego mężczyzny, u którego przed kilku tygodniami wystąpiły silne bóle w okolicy prawego talerza biodrowego, wśród gorączki; bóle znikły zupełnie w 2—3 dniach. lecz od tego czasu pojawiała się stale podniesiona ciepłota o typie posocznicznym, nadto zaś dołączyły się lekko-żółtaczkowe podbrzmienie skóry i spojówek. Badanie przedmiotowe stwierdziło: charłactwo, lewostronny wysięk opłucnowy, znaczne nagromadzenie się wolnego płynu, o cechach lekko-zapalnych, w jamie brzusznej, powiększenie śledziony i wątroby, wraz z bolesnością miskową okolicy prawego podżebrza, powiększenie stłumienia sercowego w wymiarze poprzecznym, drobne, przyśpieszone tętno i obrzęki kończyn dolnych; w moczu wyraźna urobilinogenurja. Przez cały czas pobytu chorego w klinice septyczny przebieg ciepłoty, niestosunkowo szybkie narastanie płynu wolnego w jamie brzusznej w porównaniu do nieznacznych jego cech zapalnych, równocześnie zaś pojawienie się na skórze brzucha i plezów ubocznego krążenia żylnego charakterystycznego dla utrudnionego krążenia o żyle wrotnej. Pod koniec życia skaza krwotoczna w postaci licznych samoistnych wybroczyn skórnych i dodatniego objawu opaskowego. Ilość ciałek białych przez cały czas trwania choroby utrzymywała się w granicach prawidłowych, a tylko pod koniec życia pojawiła się leukocytoza. Zejście śmiertelne wśród zupełnego wycieńczenia. Ze względu na posoczniczy przebieg gorączki, nieproporcjonalnie szybkie narastanie ilości płynu wolnego w jamie brzusznej w stosunku do nieznacznych jego cech zapalnych, nadto zaś ze względu na objawy świadczące o bardzo upośledzeniu krążenia w żyle wrotnej, jak również z powodu równoczesnego wykluczenia innego tła utrudnionego krążenia w zakresie żyły wrotnej (ucisk ze strony guzów nowotworowych, kilakowych, bąblowca, blizny), przyjęto zakrzep na tle zapalnem żyły wolnej. Jako punkt wyjścia sprawy posocznicznej i zarazem powstanie zakrzepu uważano ową ostrą sprawę gorączkową, która zjawiła się wśród bólów w okolicy prawego talerza biodrowego przed rozpoczęciem się właściwego cierpienia. Ze względu na jej siedzibę przyjęto z największem prawdopodobieństwem ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. Ponieważ zaś objawy upośledzonego krążenia w żyle wrotnej wystąpiły dopiero pod koniec życia, przeto przyjęto, że punktem wyjścia zakrzepu było początkowo zapalenie najdrobniejszych gałązek żył krezkowych w okolicy zmienionego zapalenia wyrostka robaczkowego, poczem sprawa posuwała się powoli w górę ku coraz większym gałęziom żył krezkowych, aż dosięgła wreszcie pnia żyły wrotnej. Rozpoznanie kliniczne (*Pyle thrombosis septica probabiliter e.xappendici tide acuta*) znalazło zupełne potwierdzenie w oględzinach pośmiertnych.

W dyskusji kol. Ciechanowski omawia wynik sekcyjny tego przypadku.

b) 24-letnią chorą z ostrą **białaczką szpikową** z przewagą macierzystych komórek szpikowych (myeloblasty). Z cech charakterystycznych dla tego cierpienia podnosi przedewszystkiem przebieg choroby, która powstała w następstwie ostrego zapalenia migdałków posocznicy, nieznacznie wzmożoną, czasem prawidłową, lub nawet zmniejszoną, bez ciałek białych, nieznaczny obrzęk śledziony i prawie zupełny brak powiększenia gruczołów chłonnych, zaznacza nadto brak ciężkich, zapalnych zmian w zakresie błony śluzowej jamy ustnej;

c) przytacza przebieg choroby 64-letniego mężczyzny

z **thrombopenia essentialis continua subacuta** z przejściem w aplazję układu erytnoblastycznego; przy prawidłowem, zachowaniem się układu leukoblastycznego. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Glassner i kol. Landau.

5. Kol. Wierzuchowski wygłosił odczyt na temat: **Rola nadwrażliwości w patogenezie dychawicy oskrzelowej**. Omówiwszy pokrótce klasyczne doświadczenia nad wrażliwością, począł krok za krokiem śledzić jego analogję w klinice dychawicy oskrzelowej. Uczulenie ustroju występuje na podłożu dziedzicznem lub nabytem szeregami białek, wśród których porusza się, żyje i na które jest odporny ustrój prawidłowy, które jednak stanowią dla ustroju nieprawidłowego wolną trucizną. Białko w minimalnych ilościach czyto wdechane, czy też przyjmowane drogą jelitową, zdoła wywołać wskutek długiego i systematycznego działania głęboką przemianę ustroju; uczula ustrój. Ustrój uczulony oddziaływa wstrząsem anafilaktycznym w bardzo rozmaitych postaciach, z których każda stanowi osobną jednostkę kliniczną. Jedną z nich jest dychawica oskrzelowa. Prelegent przedstawił parę przypadków, obrazujących przedstawioną teorję, z których jeden, zwłaszcza cechujący, dotyczył dychawicy u skórników. Rozpoznać cierpienie pochodzenia anafilaktycznego można dwojakim sposobem: próbami skórnemi, stosowanemi przez badaczy amerykańskich, i próba Widala w postaci napadu krwiotocznego (*crise hémoclasique*). Nawet anafilaksja bierna ma swój odpowiednik w klinice dychawicy oskrzelowej, a zjawisko antyanafilaksji wyzyskuje się na szeroką skalę w celu leczenia tych stanów. Teorja nadwrażliwości jest niezmiernie płodna w ujmowaniu dychawicy oskrzelowej, daje nam bowiem wielką skalę środków badania, a po sklasyfikowaniu choroby wielką skalę środków leczenia, któremi się daje uzyskać dobre wyniki. *Wysocki*, sekretarz.

Łuckie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 18. sierpnia 1922 r.

Przewodniczy kol. Fr. Miłaszewski. Obecnych 12 i gość p. A. Prusiewicz, instruktor przemysłowo-rzemieślniczy Obwodu wołyńskiego.

1. Kol. M. Jasiński przedstawił chorą H. Cz., 25 lat z **obustronnym stożkiem rogówki** (*keratoconus bilateralis*), którą obserwował od 3 lat (w Rosji). Stożek występuje wybitniej na prawem oku. W. prawego oka = palce na odległość ¼ mtr. W. lewego oka = palce na 1 metr, przymrużonem lewem okiem W = ¼. Dotychczas chora leczyła się pilocarpiną, lecz z powodu znacznego pogorszenia się wzroku szuka radykalnej pomocy. W danym przypadku najskuteczniejszą byłaby operacja, podana przez prof. K. Noiszewskiego.

2. Kol. A. Wojnicz pokazał chorą, 28 lat, **po operacji, zapalenia ropnego przymacicza prawostronnego**, wysoko położonego, które wytworzyło się w miesiąc po połogu na tle gorączki popołogowej. W celu usunięcia ropy zrobione było cięcie brzuszne jak przy zap. wyr. rob. W dwanaście dni po operacji, kiedy chora zaczęła chodzić w ranie pokazała się prawa trąbka maciczna z żywemi strzępkami i w miarę gojenia się coraz więcej wystawała. Obecnie rana zagoiła się prawie; w ścianie brzusznej pozostał tylko otwór wypełniony trąbką, zakończoną żywemi strzępkami (*fimbriae*). Wysokość trąbki wraz ze strzępkami wynosi 2 cm. Wobec tego, że chora nie zgodziła się na operację zastosował tampony z eterem, zmieniane co 2 do 3 dni. Po trzech tygodniach takiego leczenia rana zagoiła się zupełnie.

3. Kol. J. Dotner wygłosił pierwszą część odczytu na temat: **„Rośliny lecznicze, trujące i pożyteczne, dziko rosnące na Wołyniu"**. Autor dzieli je na grupy stosownie do ich działania fizjologicznego na ustrój i podaje skład chemiczny roślin na podstawie własnych spostrzeżeń i piśmiennictwa.

I. Rośliny wpływające na układ krwionośny i krew a) działające na serce: cieciorka upstrzona (*coronilla varia*), głóg pospolity (*crataegus oxycanta*), konwalja wonną (*convallaria majalis*), gorzekwiat albo miłek wiosenny (*adonis vernalis*), naparstnica żółta (*digitalis ambigua*); b) wpływające na naczynia: jemioła pospolita (*viscum album*); c) przeciwkrwotoczne: pieprz wodny (*polygonum hydropiper*), krwawnik zwyczajny (*achillea millefolium*), jasnota biała (*lamium album*), przestęp pospolity (*bryonia alba*), tasznik pospolity albo kaletka pasterska (*capsella bursa pastoris*), dziebrenosek (*erodium cicutarium*); d) wpływające na skład krwi: szczaw kędzierzawy (*rumex crispus*);

II. Rośliny, działające na organy oddechowe: a) działanie wykrztuśne: mydlnica lekarska (*saponaria officinalis*), biedrzeniec pospolity (*pimpinella saxifraga*), bagno pospolite (*ledum palustre*), tymianek pospolity (*thymus vulgaris*), macierzanka (*thymus serpyllum*); b) rośliny uśmierzające kaszel: mak polny (*paparer rhoeas*), oman pospolity (*inula helenium*), ślaz dziki (*malva sylvestris*), dziewanna wielkokwiatowa (*verbascum phlomoides*), bluszczyk ziemny (*glechoma hedearacea*), kropidło wodne (*phellandrium aquaticum*), lulek czarny (*hyoscydmus niger*), czosnek właściwy (*allium sativum*);

III. Rośliny działające na przewód pokarmowy: a) r. pobudzające łaknienie: tysiącznik pospolity (*erythrea centaurium*), krwawnik pospolity (*achillea millefolium*), bylica piołun (*arthemisia absynthium*), jaskółcze ziele (*chelidonium majus*), berberys pospolity (*berberis vulgaris*), tatarskie ziele (*acorus calamus*) podbiał zwyczajny (*tussilago farfara*), mniszek lekarski (*taraxacum officinale*), płucnica islandzka (*cetrarid islandica*), b) r. wymiotne: kopytnik pospolity (*Asarum Europaem*), fijołek wonny (*viola adorata*), c) przeciwwymiotne: płucnica islandzka (*cetraria islandica*), rozmaite rodzaje mięty (*mentha arvensis, crispa, silvestris* i *aquatica*), d) r. pobudzające ruchy kiszkowe i rozwalniające; gorczyca biała (*sinapis alba*), stiklak kruszyna (*rhamnus frangula*), konitrud lekarski (*gratiola officinalis*), bez pospolity (*sambucus nigra*), łopian większy (*lappa major*), e) r. ściągające: borówka czernica (*vaccinium myrtillus*), głóg zwyczajny (*crathaegus oxycantha*), róża polna (*rosa canina*), dąb pospolity (*quercus robur*), drzewiąnka, kurze ziele albo pięciornik wzniesiony (*potentilla tormentilla*), rdest łąkowy (*polygonum bistorta*), rdest ptasi (*polygonum diviculare*), orzech włoski (*juglans regia*), borówka brusznica (*vaccinium vitis idea*), szałwia lekarska (*salvia officinalis*), malina jeżyna (*rubus fruticosus*), storczyk wązkolistny (*orchis Morio*), gołek długoostrogowy (*gymadenia gonopsea*), jęczmień zwykły (*hordeum vulgare*), f) r. przeciw robakom: dynia zwyczajna (*cucurbita pepo*), paprotnit lekarski (*aspidium filix mas*), czosnek zwykły (*allium sativum*), wrotycz swojski (*tanacetum vulgare*), g) r. działające na wątrobę: rzodkiew siewna (*raphanus sativus*) rzepik pospolity (*agrimonia eupatoria*); (Dok. nast.)

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 19. września 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. Czesław Otto wygłosił rzecz p. t.: **„Wpływ alkoholu na rozwój miażdżycy naczyń"**. Do doświadczeń posłużyły psy w wieku jednego roku; ogółem użyto 16 psów do doświadczeń i 2 do kontroli. Psy dostawały alkoholu po 0,2 ctm³ na kilo wagi, rozcieńczonego podwójną ilością wody; alkohol wprowadzano do żołądka za pomocą zgłębnika Nelatona, przeciętnie co drugi dzień. Dawkę alkoholu stopniowo powiększano, po miesiącu podawano już po 2 ctm³ alkoholu na kilo wagi. Alkohol psy znosiły dość dobrze i nie wymiotowały, o ile był podawany po jedzeniu. Po 3½ miesiącach doświadczeń 10 psów padło wskutek zapalenia płuc, zapalenia kiszek, charłactwa; pozostało tylko 6 psów. nad któremi robiono badania dalej. Psy te otrzymały:

	waga	czas doświadczenia	ilość alkoholu
1.	3,5 K⁰	4 miesiące	400 ctm³
2.	3,6—4 K⁰	5 miesięcy	750 ctm³
3.	2,5—3,5 K⁰	8 miesięcy	660 ctm³
4.	2,79—4,4 K⁰	9 miesięcy	900 ctm³
5.	5.17—5,9 K⁰	10 miesięcy	1200 ctm³
6.	5,5—10 K⁰	12 miesięcy	2000 ctm³

Pies Nr. 2. po 5 miesiącach uległ niedowładowi, który z biegiem czasu wyrównał się tak, że pies mógł z trudnością chodzić. Pies pozostawał przez 5 miesięcy bez alkoholu i został zabity przez ukłucie w rdzeń wydłużony. Pies Nr. 5. nie dostawał alkoholu w ciągu miesiąca, a Nr. 6. przez 2 miesiące, poczem zostały zabite. Makroskopowe zmiany znaleziono u psów Nr. 5., Nr. 6. i Nr. 2. Zmiany pod drobnowidzem polegały na zaniku włókien sprężystych w warstwie środkowej tętnicy głównej i jej rozgałęzień, na zwyrodnieniu elementów mięsnych warstwy środkowej i zgrubieniu błony wewnętrznej w tych odcinkach, w których znaleziono zmiany wsteczne w warstwie środkowej. W błonie wewnętrznej spotykane dość silnie wyrażone zwyrodnienie szkliste, które niekiedy znajdowano i w błonie środkowej. Prelegent przytacza teorje arterrosklerozy według Thomas'a, porównywa otrzymane przez siebie zmiany ze zmianami swoistemi dla tego cierpienia u człowieka i przychodzi do wniosku, że znalezione zmiany u psów odpowiadają całkowicie pierwszym zmianom miażdżycowym u człowieka. Włóknom Dürka mówca nie przypisuje tego znaczenia, jakie im chcą wyznaczyć w powstawaniu miażdżycy naczyń Dürk i jego szkoła. Teorja ta powinna ulec rewizji. Mówca widział zachowane włókna Dürka przy zaniku pozostałych włókien sprężystych warstwy środkowej.

W dyskusji Pawiński uważa, że sprawa poruszona przez mówcę jest niezmiernie ważna i wyraża podziękowanie za ścisłe i umiejętne przeprowadzenie badań. Miażdżyca naczyń powstaje pod wpływem różnych czynników. Zwiększone ciśnienie może wpływać na powstawanie miażdżycy, czego dowodzi powstawanie zmian miażdżycowych w tętnicy płucnej wskutek wzmożonego ciśnienia w tej tętnicy. Działanie toksyn również wpływa na powstawanie zmian miażdżycy, jak to ma miejsce w chorobach zakaźnych, kiedy te zmiany powstają nawet przy obniżonem ciśnieniu krwi. Zmiany miażdżycowe, wywoływane przez adrenalinę, Pawiński przypisuje toksycznemu działaniu tej substancji na błonę wewnętrzną naczyń. Wyskok również nie podnosi ciśnienia, a zmiany w naczyniach są następstwem jego działania toksycznego. Twierdzenie Thomas'a o powstawaniu miażdżycy sprawdza się. Na początku słabną gładkie mięśnie ścian naczyń, następnie występuje zgrubienie błony wewnętrznej naczyń, aby zwęzić światło naczynia, które się rozszerzyło. Badania prelegenta wykazały, że obrazy miażdżycy wywołanej u zwierząt przez podawanie wyskoku zbliżają się do obrazów, jakie spotykamy u ludzi. U ludzi jednak sprawa roz-

wija się raczej na pograniczu między błoną wewnętrzną i środkową, u zwierząt zaś w błonie środkowej. Prof. Skubiszewski uważa, że nie można przypisywać otrzymanych zmian w naczyniach u psów jedynie działaniu wyskoku, gdyż możliwe są i wpływy chorobowe. Prof. Sk. widywał znaczne zmiany miażdżycowe u psów bernardów przy gośccu stawowym. Nadto zabierał jeszcze głos Z. Michalski.

II. W. Komocki wygłosił rzecz p. t.: **Kilka kart z historji nauki o leukocytach.**

Sekretarz doroczny *W. Kowalski.*

Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

Zadania i kompetencja Izb Lekarskich.

Izby Lekarskie oraz Naczelna Izba Lekarska mają za zadanie: (art. 1.):

a) samorządne porządkowakie spraw, dotyczących interesów i bytu stanu lekarskiego, jego zadań i celów przy wykonywaniu obowiązków lekarskich względem społeczeństwa i w stosunkach lekarzy między sobą, jak również strzeżenie jego praw, godności i sumienności;

b) współdziałanie z urzędami państwowemi i samorządowemi w sprawach zdrowia publicznego.

W tych sprawach Rady Izb Lekarskich, względnie ich Zarządy, są powołane do obrad i uchwał a nadto (art. 3.) w sprawach, dotyczących zarządzenia majątków i we wszelkich sprawach pieniężnych i gospodarczych Izby. Do nich należy też wymiar opłat na pokrycie potrzeb Izby i jej instytucji wzajemnej pomocy, jak i uchwalanie regulaminów, które jednak zatwierdza Naczelna Izba Lekarska.

Uchwały Rady zapadają prostą większością głosów przy obecności przynajmniej ⅔ liczby członków Rady (art. 3.).

Art. 4. Izby Lekarskie mają prawo zakładać i prowadzić urządzenia lub instytucje, mające na celu zabezpieczenie lekarzy na wypadek choroby, starości, stałej niezdolności do pracy i wogóle od wypadków wymagających doraźnej pomocy, jak również zabezpieczenia wdów i sierót po lekarzach.

Większością ⅔ głosów wszystkich swych członków Rada Izby Lekarskiej może uchwalić obowiązek przystąpienia do takich instytucyj wszystkich członków Izby lub poszczególnych ich kategoryj; uchwała taka uzyskuje moc obowiązującą, jeżeli otrzyma zatwierdzenie Naczelnej Izby Lekarskiej.

Na wezwanie Władz państwowych Rady Izb Lekarskich są obowiązane dawać wyjaśnienie i przedstawiać swe zdania we wszystkich sprawach, odnoszących się do zakresu ich działania (art. 6.).

Izby Lekarskie są obowiązane prowadzić stałą listę lekarzy, zamieszkałych w ich okręgu (art. 11.). O wpisaniu na listę lekarzy i o wszelkich zmianach w niej Rada Izby ogłasza w urzędowym organie w stałych odstępach czasu, nie rzadziej jednak, niż raz na 3 miesiące. Prócz tego z pośród siebie lub z pośród członków Izby wybiera Rada zastępców członków Zarządu, Komisję rewizyjną z 3—5 członków i Sąd Izby Lekarskiej z 12—24 członków i tyleż zastępców.

Niejasnym jest art. 22. ustawy:

Art. 22. Członków Zarządu Rada Izby wybiera na rok jeden; po upływie rocznej kadencji na następny rok Rada Izby wybiera połowę członków na miejsce wylosowanych z poprzedniego składu: na trzeci rok swego urzędowania Rada Izby wybiera połowę składu Zarządu na miejsce członków, którzy pełnili obowiązki w ubiegłych 2 latach.

Z tegoby wynikało, że co trzy lata po ukonstytuowaniu się nowej Rady ma się na nowo rozpoczynać wybór członków Zarządu, po roku wylosowania i wybór połowy, a po dwóch latach ustąpienie drugiej połowy Zarządu i wybór nowych członków.

Więc połowa członków Zarządu będzie urzędowała tylko 1 rok a druga połowa przez 2 lata. Jeżeli liczba członków Zarządu będzie nieparzysta (5, 7, 9), połowy członków nie da się wylosować. Ponieważ tak Naczelnik Izby, jak jego zastępcy, Pisarz i Skarbnik, jako członkowie Zarządu, podlegać będą także wylosowaniu, urzędowanie ich może trwać 1 rok lub 2 lata.

W każdym razie Rada będzie miała co roku wybory i ustalenie się członków w urzędowaniu, nabranie doświadczenia i znajomości spraw stanie się niemożliwe.

Naczelna Izba Lekarska, urzędująca w Warszawie, jest stałem przedstawicielstwem i bezpośrednią Władzą samorządową wszystkich Izb lekarskich w Polsce (art. 8.).

Do jej składu wybierze Rada każdej Izby na 3 letni okres nowego urzędowania po 1 przedstawicielu na 200 należących do niej członków a to z pośród członków Izby lub z pośród członków innych Izb w Państwie.

Naczelna Izba Lekarska wybiera Zarząd, Komisję rewizyjną oraz Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej. Naczelna Izba Lekarska może zwoływać bądź na wniosek Rządu, bądź z własnej inicjatywy lub przynajmniej czterech Izb Lekarskich powszechne lub dzielnicowe Zjazdy Izb Lekarskich (art. 9).

Izba zawiadamia właściwe Władze administracyjne o osobach, wykonujących praktykę lekarską bez urzędowego do tego uprawnienia, jak również o osobach, które, posiadając uprawnienie, nie wypełniły obowiązku zgłoszenia się do Izby.

Zarząd Izby Lekarskiej pośredniczy między członkami Izby w nieporozumieniach i sporach, wynikłych z wykonywania zawodu, jak również pomiędzy członkami Izby a nie lekarzami w przypadkach dobrowolnego ogłoszenia się stron (ar. 125).

Zarząd przykazuje Sądowi Izby Lekarskiej sprawy, dotyczące wykroczeń poszczególnych członków.

Zarząd występuje wobec czynników zewnętrznych w obronie praw i dobra członków stanu lekarskiego i w interesie zdrowia publicznego.

Roczne sprawozdanie ma Zarząd przedkładać Izbie, poczem składa je Naczelnej Izbie Lekarskiej i Ministerstwu Zdrowia (art. 26.).

Art. 5. Urzędowym językiem Izb Lekarskich jest język polski.

Urzędowy organ Izby Lekarskiej. Ustawa kilkakrotnie wspomina o urzędowym organie Izb Lekarskich. Gdy wydawanie osobnego organu każdej Izby byłoby połączone z nadmiernemi kosztami, narzuca się myśl połączenia wszystkich Izb Lekarskich w jednym, wspólnym organie, który mógłby wychodzić, jako miesięczny dodatek do Gazety Lekarskiej.

Naczelna Rada Lekarska.

Naczelna Izba Lekarska w Warszawie jest instytucją:

a) opinjodawczą i współdziałającą z Władzami rządowemi w sprawach, dotyczących wykonywania praktyki lekarskiej;

b) nadzorującą poszczególne Izby Lekarskie w sprawach, związanych z prawomocnością i sprawnością ich działania;

c) powołaną do normowania i kierowania działalnością poszczególnych Izb w sprawach, przekazanych Izbom, a nie objętych wyraźnemi przepisami ustawy o Izbach;

d) odwoławczą w czasie sporów pomiędzy Izbą a należącymi do niej lekarzami oraz poszczególnemi Izbami pomiędzy sobą, jak również w sprawach etyki zawodowej (art. 8.).

Sądownictwo Izb Lekarskich.

Sąd Izby Lekarskiej

a) jest organem dyscyplinarnym (Sądem zawodowym) dla wszystkich członków Izby;

b) wydaje opinję w wypadkach sporów lekarzy pomiędzy sobą;

c) może przyjąć na siebie na żądanie obu stron obowiązki Sądu honorowego pomiędzy członkami Izby, jak również pomiędzy członkiem Izby a osobami postronnemi (art. 28.).

Sąd ten w pierwszej i drugiej instancji (Sąd Izby Lekarskiej i Sąd Naczelnej Izby Lekarskiej) składa się wyłącznie z lekarzy wybranych przez Radę Izby.

Jedynie przy wyrokach, zasądzających na czasową lub stałą utratę prawa wykonywania praktyki lekarskiej, ustawa (art. 38.) wprowadza jeszcze trzecią instancję odwoławczą, Radę dyscyplinarną przy Ministrze Zdrowia Publicznego, składającą się z 6 członków i tyluż zastępców, z których 4 mianuje Minister Zdrowia z pośród kandydatów, przedstawionych mu przez Naczelną Izbę Lekarską, a 2 mianuje Minister Sprawiedliwości w porozumieniu z Ministrem Zdrowia z pośród osób, posiadających kwalifikacje sędziowskie. Tej Radzie mają być przedkładane do zatwierdzenia wspomniane wyroki.

Tok postępowania sądowego przepisuje ustawa podobny, jak przy postępowaniu dyscyplinarnem przeciw urzędnikom państwowym. Szczegóły pomijam.

Art. 33. Sąd Izby Lekarskiej ma prawo stosowania następujących kar:

a) ostrzeżenie,

b) upomnienia,

c) nagany,

d) odjęcie prawa wykonywania praktyki lekarskiej na ściśle określony przeciąg czasu, nie dłużej jednak, aniżeli na rok jeden,

e) wykreślenie z listy lekarskiej członków Izby, z czem łączyć się będzie odjęcie uprawnienia do wykonywania praktyki lekarskiej.

Kary powyższe mogą być zaostrzone w punktach a, b, c i d:

1) przez ogłoszenie wyroku w Dzienniku urzędowym z podaniem imienia i nazwiska zasądzonego,

2) przez odebranie mu czynnego i biernego prawa wyborczego w Izbie, jednak nie dłużej, niż na jeden okres kadencji urzędowania Rady Izby,

3) grzywną do wysokości 50.000 marek.

Zaostrzenia mogą być stosowane pojedynczo lub łącznie.

Orzeczenie kary przewidziane w punktach d) i e) może nastąpić tak w Sądzie Izby Lekarskiej, jak i w Sądzie Naczelnej Izby Lekarskiej jedynie przez pełny Skład Sądu i to większością co najmniej ⅔ głosów. O prawomocnem nałożeniu kar, przewidzianych w punktach d) i e), należy zawiadomić Ministra Zdrowia Publicznego.

W stosunku do rządowych lekarzy, tak cywilnych, jak i wojskowych, będących w czynnej służbie wojskowej, zaostrzenie kar może obejmować jedynie odebranie im czynnego i biernego prawa wyborczego w Izbie, jednak nie dłużej, niż na jeden okres kadencji urzędowania Rady Izby. W przypadkach wymierzenia kary na tych lekarzy na zasadzie prawomocnego wyroku Izba winna orzeczenie kary wraz z motywami przesłać właściwej ich władzy, do której należy wykonanie wyroku, obejmującego kary, przewidziane w punktach a), b) i c).

Wybory do Rady Izby Lekarskiej.

O tych wyborach traktują artykuły 13., 14., 15., 16., 17. i 18. ustawy, które ze względu na aktualność przytaczam w dosłownem brzmieniu:

Art. 13. Prawo czynnego wyboru do Rady Izby mają wszyscy członkowie z wyjątkiem tych, którzy na listę lekarzy Izby wpisani zostali dopiero na dni 14 lub później przed ogłoszeniem dnia wyborów.

Prawo biernego wyboru do Rady Izby przysługuje wszystkim jej członkom.

Art. 14. Wybory do Rady Izby odbywają się na lat 3 w ostatnim kwartale każdego roku kalendarzowego w miesiącu określonym przez regulamin Izby. Nowowybrana Izba rozpoczyna swe czynności z dniem 1. stycznia roku następnego. Dzień wyboru wyznacza Zarząd Izby i ogłasza je przynajmniej na trzy miesiące przed tem w organie urzędowym; równocześnie w tymże organie Zarząd Izby ogłasza listę uprawnionych do głosowania w jej okręgu.

Po ogłoszeniu listy wyborców wszelkie zażalenia ze strony członków Izby, tak z powodu niewpisania na listę, jak z powodu wpisania do niej nieuprawnionych do wyboru, wnosić należy w ciągu dni dziesięciu do Zarządu Izby; od orzeczenia Zarządu Izby przysługuje prawo odwołania do Zarządu Naczelnej Izby Lekarskiej w ciągu dni czternastu.

Art. 15. Głosowanie przy wyborach do Rady Izby winno być tajne oraz dokonane za pomocą urzędowych kart wyborczych; szczegóły, dotyczące techniki głosowania, określą regulaminy poszczególnych Izb, zatwierdzone w drodze prawidłowej w art 3. niniejszej ustawy; regulaminy te mogą obejmować podział głosujących na grupy, zapewniający im proporcjonalną, bądź stałą procentową w stosunku do ilości członków Izby reprezentację.

Art. 16. Wyborami do Rady Izby kieruje przewodniczący Zarządu z ostatniego roku urzędowania; pierwszemi wyborami i ustanowieniem Rady Izby kierować będzie Komisarz rządowy, specjalnie wyznaczony przez Ministra Zdrowia Publicznego, szczegóły, dotyczące techniki głosowania przy pierwszych wyborach w myśl zasad, przewidzianych w art. 15., ustali Minister Zdrowia Publicznego w oddzielnem rozporządzeniu.

Art. 17. Za wybranych uważani będą ci, którzy otrzymają największą liczbę ważnie oddanych głosów wedle zasad przyjętego sposobu głosowania; w razie równości głosów rozstrzyga los. Wynik wyborów kierujący winni w myśl art. 16. niniejszej ustawy podać niezwłocznie do publicznej wiadomości.

Art. 18. Każdy wyborca może w przeciągu dni 14 od dnia ogłoszenia wyniku głosowania za pośrednictwem przewodniczącego Zarządu Izby wnieść do Naczelnej Izby lekarskiej umotywowany na piśmie protest przeciwko ważności dokonanych wyborów; od orzeczenia Naczelnej Izby Lekarskiej przysługuje do czasu powstania sądownictwa administracyjnego prawo odwołania do Ministra Zdrowia Publicznego; przy pierwszych wyborach do Izby protest ten wniesiony być winien za pośrednictwem Komisarza rządowego do Ministra Zdrowia Publicznego.

Parę uwag o pierwszych wyborach do Rad Izb Lekarskich.

Ustawa o wykonywaniu praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem i będąca w związku z nią ustawa o Izbach Lekarskich dają stanowi lekarskiemu tak wielkie prawa, tak rozległą kompetencję i egzekutywę jego urzędowej reprezentacji, że przy należytem ich wykonaniu stan w Polsce może stać się silną zawodową organizacją, pod pewnemi względami uprzywilejowaną i wysoko wznieść poziom praktyki lekarskiej i etyki zawodowej.

Lecz w naszych, tak zmienionych, czasach, należy prawa nadane jak najrychlej ująć w silne ręce, bo zwlekanie lub błędne kroki mogłyby narazić uzyskane, lecz jeszcze w życie nie wprowadzone prawo lekarzy.

Dla tego należy omijać lub usuwać z drogi trudności, któreby rozpisane już wybory odroczyć mogły.

A trudności wypływają już z samej ustawy. Opiera ona wybory na liście członków Izby, która w dniu ogłoszenia wyborów nie była jeszcze po Województwach ustaloną z powodu oporu, natrafiła urzędowa rejestracja lekarzy. Trzeba było te listy i jako wstęp do nich, rejestrację na gwałt pospiesznie uzupełniać i już z tą pracą, dość powikłaną, w niektórych Województwach na czas nie zdążono, a tam, gdzie listy były w terminie gotowe, musiałyby z natury rzeczy wskutek pośpiechu zajść pewne usterki.

To było zapewne głównym powodem, że w samej Warszawie i w Województwie Białostockiem Ministerstwo musiało wybory odroczyć. Przezto spóźni się ukonstytuowanie Naczelnej Izby Lekarskiej o kilka miesięcy.

We Lwowie objawiono w kołach lekarskich niezadowolenie z tego powodu, że rozporządzenie wykonawcze o wyborach nie postanowiło podziału głosujących na grupy z proporcjonalnością, jak to dopuszcza art. 15. ustawy. Lwowcy koledzy mają na myśli grupy terytorjalne, do których byli przyzwyczajeni dotychczas przy wyborach do Izby Lekarskiej.

Podzielam zdanie, że wybory przy głosowaniu naraz na 39 członków Rady są trudne do przeprowadzenia przy pierwszem głosowaniu, gdyby się wymagało bezwzględnej większości głosów do uzyskania mandatu, jak to rozporządzenie postanawia. Lecz ostatecznie przy drugiem głosowaniu w styczniu będzie już obowiązywała tylko względna większość głosów i w tym drugim terminie wybory będą ukończone a nowa Izba w najbliższym czasie może być ukonstytuowaną.

Sprawa grup z proporcjonalną ilością mandatów może się odczuwać w innej postaci, nie terytorjalnej, co byłoby prawdziwą klęską dla zwartości organizacji lekarskiej. Nie radziłbym sprawy tak ważnej wysuwać na porządek dzienny zaraz przy pierwszych wyborach, bo jest ona wielce powikłaną, trudną i wymagającą dłuższych studjów.

Właśnie ta proporcjonalność w Warszawie podrażniła umysły i zapewne była drugim powodem odroczenia wyborów.

M.

Od Redakcji.

Upraszamy P. P. Autorów, aby korekty możliwie w krótkim czasie zwracali, w przeciwnym bowiem razie kierownictwo pisma narażone jest na trudności techniczne. Również przypominamy, iż Autorowie otrzymują bezpłatnie 25 odbitek niełamanych. Na żądanie otrzymują łamane, sami jednak ponoszą koszta łamania i druku.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Budowa kliniki położniczo-ginekologicznej, rozpoczęta przed 2 laty, posuwa się obecnie szybko naprzód i prawdopodobnie przed zimą będą mury już nakryte dachem. Jednakże wykończenie zajmie zapewne jeszcze dwa lata. Żadnej innej budowy z bardzo wielu koniecznych (zakłady: biologiczno-embrjologiczny, histologiczny, patologo-anatomiczny, sądowo-lekarski, higjeniczny, kliniki: chirurgiczna, dermatologiczna, otologiczna, laryngologiczna), w rb. niestety nie rozpoczęto.

Dwaj wysłannicy fundacji Rockefellera, zatrzymali się w przejeździe z Warszawy jeden dzień w Krakowie i zwiedzali niektóre zakłady i kliniki Wydziału lekarskiego.

Przygotowuje się wydanie IV tomu Anatomji, uzupełniającego niedokończone dzieło Bochenka. Tom ten w razie pomyślnych warunków wyjdzie w połowie roku 1923, nakładem Polskiej Akademji umiejętności.

Kuratorjum okręgu szkolnego krakowskiego, ukończywszy swą organizację zasadniczą, zaczyna rozwijać dział higjeny szkolnej i wychowania fizycznego. Prawdopodobnie w początkach roku przyszłego powstanie w kuratorjum osobny referat dla każdej z obu tych spraw. Liczba lekarzy szkolnych w szkołach średnich państwowych jest dotąd jeszcze szczupła; w Krakowie mianowano w r. z. 4, a kilku na prowincji.

Gmina m. Krakowa podejmuje od 1 listopada dalszą systematyczną akcję odżywiania dzieci szkolnych, prowadzoną poprzednio z pomocą Polsko-Amerykańskiego komitetu opieki nad dziećmi. Akcją tą kieruje zasłużony lekarz naczelny miasta, doc. dr. Janiszewski, b. minister zdrowia publ.

Lwów.

Komitet przedwyborczy do Rady Izby lekarskiej wschodniej Małopolski ustalił już listę kandydatów proponowanych; ogłosimy ją w numerze najbliższym. Województwo lwowskie przesłało już lekarzem karty głosowania.

Dr. Dalbis, profesor fizjologji z Paryża, staraniem Tow. przyjaciół Francji miał bogato ilustrowany wykład o życiu i zasługach Pasteura.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. XXXI. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek 17 listopada o godz. 6-ej wieczorem w Poliklinice, ul. Lindego l. 5.

1) Pokazy kol. Chomicki. 2) Wykład: kol. Węgłowski: Patogeneza gruźlicy kości i zasady jej leczenia.

Kmietowicz, sekretarz. *Franke*, prezes.

Sprostowanie. W sprawozdaniu poglądowem Dr. E. Brunera O znamionach typy Vörnera w Nr. 41 na str. 787 wiersz 32 od góry zamiast najwyższego ma być najsłabszego.

Zmarli. Dr. Władysław Piaskiewicz, lekarz miejski i kolejowy w Kołomyji, zmarł w 68 r. życia we Lwowie.

Nr. 47. 19. listopada 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. LASKOWNICKI STANISŁAW,
Dr. MOSTOWY JERZY, asystenci klin. chirurg. Lwów.

Zastosowanie nowego roztworu jodowego w leczeniu ran.

Z zakładu higjeny i bakterjologji. Kierownik: Doc. Dr. Z. Steusing i z Kliniki chirurgicznej Uniw. J. Kazimierza we Lwowie Dyrektor prof. dr. H. Schramm.

Z początkiem roku 1921 ogłosił Pregl pracę o nowym roztworze jodu, polecając go do zastosowania w leczeniu ran.

Roztwór ten, na wzór płynu Carell Dakina, który w obecności ciał organicznych wydziela wolny chlor — wydziela wolny jod w obecności kwasów.

Wydziela się więc wolny jod w obecności słabych kwasów organicznych, wytwarzanych przez drobnoustroje pasorzytujące w jamie ustnej, wydziela się w obecności kwasu mlekowego, znajdującego się w mięśniach, a nawet, zdaniem Pregla, wydziela się z jego roztworu wolny jod w obecności kwasu węglowego znajdującego się we krwi. Nie wydziela się natomiast wolny jod w coraz to nowych ilościach z roztworu Pregla w obecności 2—3% roztworu kwasu borowego, kwas ten bowiem jest kwasem słabo zdyssocjonowanym. Zaletą płynu Pregla ma być, poza jego odkażającem działaniem, to, że nie drażni on tkanek, ani błony śluzowej. Płyn Pregla jest roztworem wodnym jodu, zawierającym, obok kationów sodowych, aniony jodowe, aniony jodanowe, a jako czynnik bakterjobójczy, wolny jod w ilości 0,035—0,04% i jony kwasu podjodawego.

Mamy więc w płynie tym wolny jod, oprócz tego zaś mamy magazyn związanego jodu w postaci jodanów, z którego to magazynu, w obecności słabych nawet kwasów organicznych, wydzielają się wciąż nowe ilości wolnego jodu.

Skład tego płynu jest tego rodzaju, że nie uszkadza tkanek i soków ustroju dzięki temu, że osmotyczne ciśnienie i oddziaływanie płynu (obojętne) odpowiadają prawie zupełnie ciśnieniu i oddziaływaniu w tkankach i sokach ustroju. Płyn ten rozkłada się i traci swe własności przez ogrzanie. wyjaławiać go nie trzeba, bo jest płynem odkażającym, traci również swe własności na wolnem powietrzu, przechowywać go też trzeba we flaszkach szczelnie zamkniętych (korek z parafiną). Roztwór Pregla zaczęto szeroko stosować w Niemczech, najpierw w cierpieniach jamy ustnej, później w ginekologji przy zapaleniach pęcherza moczowego, w leczeniu ropni w zagłębieniu Douglasa przez wypuszczenie ropy drogą nakłucia i następowe częściowe wypełnienie jamy otorbionego ropnia płynem Pregla i w leczeniu zakażenia rzerząckowego jamy macicy.

Zaczęto następnie używać płynu tego w leczeniu ran ropiejących, tamponowano rany gazikami, w nim maczanemi, gdzie warunki gojenia się były niekorzystne względnie wątpliwe, po przepłukaniu nim jamy otrzewnowej, zostawiano 40—50 ccm płynu Pregla w jamie brzusznej tam, gdzie przewód pokarmowy został podczas operacji otwarty, obmywano nim miejsca szwów jelitowych, używano go do leczenia ropnego zapalenia otrzewnej, wreszcie zaczęto go stosować w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, gdzie zresztą okazał się środkiem zupełnie bezskutecznym i zaczęto wstrzykiwać płyn Pregla śródżylnie. Wyniki lecznicze, uzyskane przez stosowanie płynu Pregla chwalą wszyscy, z różnych jednak wyliczanych pochwał i zalet tego środka wyłaniają się pewne wątpliwości.

I tak, gdy sam Pregl twierdzi w jednem miejscu, że płyn jego nie uszkadza tkanek i soków w ustroju dzięki temu samemu ciśnieniu osmotycznemu i oddziaływaniu, stwierdza w drugiem miejscu, że po dodaniu do niego małej ilości ropy lub surowicy krwi oddziaływanie, jakie daje jod (skrobia), znika z tego płynu.

Wiemy o tem, że płyn Pregla zawiera małe ilości wolnego jodu, wiemy, że wolny jod posiada dużą skłonność do łączenia się z białkiem, wiemy, że jod jest środkiem ścinającym białko — czy też małe ilości wolnego jodu zawartego w płynie Pregla białka, choć w małym stopniu i w nieznacznych ilościach nie ścinają i czy tem nie należałoby wytłumaczyć znikania wolnego jodu z tego płynu po dodaniu doń ropy lub surowicy?

Gdy dodamy do płynu Pregla równą ilość płynu z opuchliny jamy brzusznej, płyn odbarwia się zupełnie, przybierając lekko mleczno opalizującą barwę, staje się też lekko mętny i daje po 24 godzinach bardzo nieznaczną ilość osadu w próbówce. Dalej za tem, że płyn Pregla jednak trochę, drażni, a może nawet, choć w niewielkim stopniu, białko strąca, przemawiają następujące fakta. Wstrzykiwania śródżylne, jak podaje większość autorów, są pozbawione wszelkiego niebezpieczeństwa, Hohlbaum[10]) zaś opisuje przypadek śmierci z powodu zakrzepu tętnicy płucnej po wstrzyknięciu 40 cm^3 płynu tego do żylaków w obrębie żyły odpiszczelowej. Gdy jedni twierdzą[4]), że płyn Pregla nie wywołuje zakrzepu w naczyniach, nie uszkadza błony wewnętrznej naczynia, a gdy tworzą się zakrzepy, odnieść to należy do urazowego uszkodzenia śródbłonka naczyniowego przez wstrzyknięcie lub do zmian, jakie były w naczyniu już przedtem — inni twierdzą, że płyn Pregla wywołuje zarastające zapalenie zakrzepowe żył[9]) i przedstawiają preparat żyły, wypełnionej na długiej przestrzeni zakrzepami, po wiewielokrotnych wstrzykiwaniach tego płynu. Z jednej więc strony wstrzykuje się dziś płyn Pregla śródżylnie, jako środek nieszkodliwy, z drugiej strony poleca się go jako doskonały środek do leczenia żylaków przez wywoływanie w nich zakrzepów i zarośnięcie światła naczynia i poleca się go jako środek do tamowania krwotoków żylnych, przez wstrzyknięcie go do krwawiącego naczynia[6]) i wywołanie w niem przez to zakrzepu.

Ponieważ do niedawna trudno było otrzymać u nas oryginalny płyn Pregla, skład zaś jego nie został podany, stosowaliśmy na polecenie prof. Schramma płyn, który fabryka chemiczna Laokoon wyrabia pod nazwą *solutio jodico-jodata* w dwu stężeniach P_4 i P_5, a który zawiera, obok chlorku sodowego, zapewniającego izotonię płynu, jodan potasowy i jodek sodowy, zakwaszone kwasem węglowym. Płyn ten ma własności podobne jak płyn Pregla, wyzwala za dodaniem słabych kwasów wolny jod, który znów znika po zalkalizowaniu, i daje się napowrót wywiązać przez dwutlenek węgla. Płyn ten jest wyrabiany w dwu stężeniach, z których pierwsze P_4 zawiera w 100 ccm płynu 72 mg wolnego jodu, a może wydzielić 360 mg wolnego jodu z magazynu jodu, związanego w postaci jodanów. Płyn P_4 nadaje się do leczenia ran.

Płyn P_5 zawiera w 100 ccm 30 mg wolnego jodu, może wydzielić 127 mg wolnego jodu. Płyn P_5 może być użyty, podobnie jak płyn Pregla, do płukań pęcherza moczowego. Można go też stosować i śródotrzewnowo.

Chemicznie zachowują się oba płyny zupełnie podobnie jak płyn Pregla z tą różnicą jedynie, że płyn P_4 zawiera o wiele więcej jodu wolnego i ma większy magazyn jodu. Płyn P_5 pod względem stężenia i ilości jodu jest zupełnie podobny do płynu Pregla. Za dodaniem kwasu do tych płynów, wydziela się wolny jod, zabarwiając je bardziej na brunatno. Po dodaniu zasady płyn odbarwia się zupełnie, by po dodaniu odpowiedniej ilości kwasu znów wrócić do dawnego zabarwienia, znów wydzielając wolny jod.

Wskutek tych właściwości płyny te nie będą zawierać

wolnegojodu w miejscach więcej alkalicznych ustroju, w miejscach kwaśniejszych będzie się z nich wydzielał wolny jod.

Płynów powyższych nie można zostawiać na wolnem powietrzu (umieszczone w ciemnych flaszkach znajdują się w atmosferze CO_2), bo wówczas kwas węglowy uchodzi, płyny przyjmują oddziaływanie zasadowe, wolny jod ulega utajeniu i płyny się odbarwiają.

Z płynami temi przeprowadziliśmy doświadczenia, mające za zadanie określić ich siłę bakterjobójczą, i porównaliśmy ich działanie z działaniem oryginalnego płynu Pregla. Działaniu płynów poddawaliśmy gronkowce złote, zasuszone na granatkach, poczem zobojętnialiśmy działanie ich przez opłukanie granatków w 1%-owym rozczynie tiosiarkanu

Działanie płynu Pregla na gronkowce.

Sposób postępowania:

1) płyn badany, 2) tiosiarkan sodowy, 3) tiosiarkan sodowy, 4) płyn fizjologiczny, 5) płyn fizjologiczny.

Czas działania	po 1 dniu	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0'	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5'	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
15'	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
20'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30'	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
45'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
60'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Działanie płynu P_4 na gronkowce.

Sposób postępowania, jak wyżej.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5'	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
15'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Działanie płynu P_5 na gronkowce.

Sposób postępowania, jak wyżej.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5'	±	+	+	+	+	+	+	+	+	+
10'	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
15'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30'	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

sodowego, opłukiwaliśmy je w jałowym rozczynie fizjologicznym soli kuchennej i rzucaliśmy je na pożywkę (agar skośny) i spostrzegaliśmy przez 10 dni.

Działanie płynu Pregla + ascites na gronkowce.

Sposób postępowania jak wyżej.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
½ godz.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
24 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Działanie płynu P_4 + ascites na gronkowce.

Sposób postępowania, jak wyżej.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
½ godz.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	—	+
2 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
24 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Działanie płynu P_5 + ascites na gronkowcę.

Sposób postępowania, jak wyżej.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
½ godz.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
24 g.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Cz. dz. oznacza czas działania badanego środka na drobnoustroje.

Liczby od 1—10 ilość dni obserwacji.

Liczby przy + oznaczają ilość wyrosłych kolonij.

Badanie przeprowadziliśmy z płynem Pregla świeżo otrzymanym z apteki.

Jak okazuje się z tych doświadczeń, płyn Pregla zabija gronkowce po upływie 45', płyn P_5 po upływie 15',

płyn P_4 po upływie 10 minut. Płyn P_5 dlatego działał może silniej bakterjobójczo, niż płyn Pregla, bo był świeższy.

Wszystkie trzy płyny w obecności płynu białkowego o oddziaływaniu zasadowem (ascites), który dodawaliśmy w równej ilości, tracą zupełnie swą siłę bakterjobójczą przez to, że wolny jod ulega utajeniu, co wyraża się przez natychmiastowe zupełne odbarwienie się tych płynów po dodaniu płynu z opuchliny jamy brzusznej.

By naśladować do pewnego stopnia warunki, w jakich znajdują się roztwór Pregla i płyny P_4 i P_5 w organizmie żywym, po wstrzyknięciu np. w mięśnie—zrobiliśmy następujące doświadczenia: Do 10 cm^3 płynu z opuchliny jamy brzusznej dodawaliśmy 2·5 cm^3 jałowego kwaśnego fosforanu potasowego (mniej więcej roztwór 10 KH_2 PO_4), który ma w tem rozcieńczeniu koncentrację jonów wodorowych 10^6 t. zn. mniej więcej taką, jaka jest w mięśniu. Do tego dodawaliśmy 10 cm^3 badanego płynu i działaniu tej mięszaniny, utrzymującej słabo kwaśną reakcję do końca doświadczenia, poddawaliśmy granatki ze zasuszonemi gronkowcami.

Wszystkie trzy płyny w obecności KH_2 PO_4 z równą ilością ascites nie odbarwiają się już tak silnie, jak po dodaniu samego ascites, co jest dowodem, że stale wolny jod w małych ilościach wydzielają. Pozostają lekko żółto zabarwione jeszcze po 24 godzinach.

Działanie 10 cm^3 płynu Pregla + 10 cm^3 ascites + 2·5 cm^3 KH_2 PO_4 na gronkowce.

Sposób postępowania, jak wyżej.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
½ godz.	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1 g.	+35	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2 g.	+32	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3 g.	+12	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4 g.	—	+7	+	+	+	+	+	+	+	+
24 g.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Działanie 10 cm^3 płynu P_4 + 10 cm^3 ascites + 2.5 cm^3 KH_2 PO_4 na gronkowce.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
½ godz.	—	+3	+	+	+	+	+	+	+	+
1 g.	—	+5	+	+	+	+	+	+	+	+
2 g.	—	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3 g.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4 g.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24 g.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Ostatnie trzy tablice przedstawiają działanie wszystkich trzech płynów w obecności płynu z opuchliny jamy brzusznej w warunkach jednak, których wydziela się wolny jod. Najsilniejszy w działaniu płyn P_4 zabija gronkowce po trzech godzinach działania. Sol. Pregl i Płyn P_5 wywierają już po dwu i trzech godzinach działania, wyraźne d z i a ł a n i e w s t r z y m u j ą c e r o z w ó j d r o b n o u s t r o j ó w, zabijają je jednak dopiero po upływie 24 godzin.

Po ukończeniu doświadczeń *in vitro* wykonaliśmy doświadczenia na zwierzętach w ten sposób, że po odpreparowaniu płatu skórnego na grzbiecie królika cięciem łukowatem i po przecięciu powięzi, wcieraliśmy w odsłonięte mięśnie oczko hodowli agarowej gronkowca złotego, wyhodowanego z dłuższy czas trwającego ropnia. W minutę później wycieraliśmy ranę dokładnie przez ½ minuty gazikiem napojonym odpowiednim płynem, ranę przykrywaliśmy takim samym paskiem gazy, tak,

Działanie 10 cm^3 płynu P_5 + 10 cm^3 ascites + 2·5 cm^3 KH_2 PO_4 na gronkowce.

Cz. dz.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
½ godz.	+23	+	+	+	+	+	+	+	+	+
1 g.	+11	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2 g.	+18	+	+	+	+	+	+	+	+	+
3 g.	—	+3	+	+	+	+	+	+	+	+
4 g.	—	+4	+	+	+	+	+	+	+	+
24 g.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

że wystawał z obu stron podstawy płata skórnego i przytwierdzaliśmy płat ten nad sączkiem, na swojem miejscu paru szwami węzełkowemi. Po 24 godzinach sączki usuwaliśmy.

Doświadczenia przeprowadziliśmy z płynem Pregla, płynami P_4 i P_5, a dla porównania z 5%-ową nalewką jodową i rozczynem sublimatu 1:1000. Zwierzę kontrolne miało ranę zakażoną w ten sam sposób, wytartą jałowym fizjologicznym rozczynem soli kuchennej. Po usunięciu sączka, zauważyliśmy u wszystkich zwierząt nieco surowiczej wydzieliny przyrannej, po upływie pięciu dni rany zgoiły się doraźnie bez śladu ropienia.

Wobec tak dodatniego wyniku i wobec tego, że rana zwierzęcia kontrolnego również szybko się zgoiła, musieliśmy przypuszczać, że użyte drobnoustroje były bardzo mało zjadliwe i z tego powodu przeprowadziliśmy z temi samemi płynami i w ten sam sposób jeszcze raz doświadczenia, robiąc cięcie proste, aż do mięśni — wcieraliśmy jednak oczko hodowli agarowej gronkowca złotego wyhodowanego w przeciągu 24 godzin ze świeżo naciętego czyraka, przypuszczając, że szczep ten będzie jadowitszy.

W tej drugiej serji wynikiem doświadczeń wykonanych było powstanie ropni u zwierząt, gdzie użyliśmy do odkażenia rany sublimatu, płynu Pregla, płynu P_5 i rozczynu fizjologicznego soli. Ropnie wielkości orzecha włoskiego, powstałe w dwa dni po usunięciu sączka, wypełnione były gęstą, żółtą, ropą zawierającą liczne gronkowce.

U zwierząt, których rany oczyściliśmy nalewką jodową (seton z gazy jodoformowej) lub płynem P_4 ropienie było nieznaczne i rany zagoiły się per secundam w 7—8 dni. U zwierząt, u których użyliśmy innych płynów ropienie trwało ponad trzy tygodnie i wywołało martwicę części powięzi.

Doświadczenia na zwierzętach przeprowadziliśmy dlatego z gronkowcami, a nie z prątkami tężca, jak to uczynił P r e g l, gdyż chodziło nam o przekonanie się o sile bakterjobójczej, względnie o przeciwgnilnem działaniu badanych płynów w ramach ropiejących, gdzie najczęściej spotykamy najodporniejsze ze wszystkich drobnoustrojów ropotwórczych, niezarodnikujących gronkowce. Powtóre lasecznik tężca jest nie wiele odporny na środki odkażające, a już specjalnie mało odporny jest na działanie jodu (dlatego też nalewka jodowa jest polecana, jako ochronnie działająca, na ranę przed zakażeniem tejże tężcem.

Z doświadczeń tych okazuje się, jak trudne do wyjałowienia są głębsze, zanieczyszczone rany, najsilniejszemi nawet środkami odkażającemi.

Okazuje się dalej, jak trudnem jest wyciąganie wniosków z doświadczeń przeciwgnilnych, przeprowadzanych na zwierzęciu. Wynik takiego doświadczenia zależy przedewszystkiem od jadowitości użytego szczepu, a ta jest ilością niestałą.

O wiele ściślej można określić siłę bakterjobójczą badanego środka in vitro i te doświadczenia, przez to, że dadzą się o wiele ściślej i dokładniej przeprowadzić, są bardziej miarodajne.

W każdym razie z doświadczeń przeprowadzonych na zwierzętach wysnuć możemy następujące wnioski:

1. Płyn P_4 jest znacznie silniej bakterjobójczy, niż płyn Pregla, ma silniejsze działanie antyseptyczne w ranie i wobec tego nadaje się lepiej do leczenia ran;

2. wypłukanie zakażonej rany jadowitemi drobnoustrojami, dokładne wytarcie jej gazikiem napojonym płynem P_4 i pozostawienie podobnego gazika w ranie we formie sączka powoduje znaczne osłabienie i powstrzymanie w rozwoju drobnoustrojów, co się wyraża w ropieniu rany nieznacznego stopnia, z czem sobie organizm za pomocą naturalnych środków obronnych łatwo już daje radę.

Zastosowaliśmy następnie oba płyny w leczeniu ran i w leczeniu zapaleń pęcherza moczowego.

Co do działania leczniczego płynu P_5, użytego do płukań pęcherza, niewiele możemy powiedzieć, ze względu na mały materjał tych cierpień, jakim klinika nasza rozporządzała.

W kilku przypadkach zauważyliśmy oczyszczenie się moczu, pozatem nie stwierdziliśmy żadnego drażniącego działania tego płynu.

Płyn P_4 okazał się bardzo dobrym środkiem w leczeniu ran.

W kilku przypadkach ran miażdżonych i prawdopodobnie zakażonych, po wycięciu brzegów, opłukaniu tym płynem i zeszyciu ich nad sączkiem napojonym płynem P_4 rany zgoiły się doraźnie.

W około 30 przypadkach naciętych i leczonych płynem P_4 ropowic, zapaleń ropnych gruczołów chłonnych, żanokcic (panaritia) i ropnych zapaleń pochewek ścięgien zanważyliśmy szybkie oczyszczanie się rany, zmniejszenie się wydzieliny i szybką tendencję do gojenia się. Dodatnie działanie płynu tego wystąpiło wyraźnie w przypadku ropowicy okolicy otwartego operacyjnie przełyku na szyji, w celu wydobycia, tkwiącego tam od 6-ciu miesięcy ciała obcego. Ropowica objęła całą okolicę szyjną, przechodząc częściowo na części miękkie przedniej powierzchni klatki piersiowej i groziła zakażeniem śródpiersia. Nacięcie, sączkowanie gazikami napojonymi płynem P_4 i płukania tym płynem rany sprowadziły szybkie oczyszczenie i wygojenie się rany.

W przypadku uwięzgnięcia jelita cienkiego w przepuklinie udowej, przy wyciąganiu jelita z jamy brzusznej, pękło ono w miejscu uległem martwicy i silnie zakaźna treść jelita wylała się do rany. Wypłukanie rany płynem P_4 i wytarcie gazikiem napojonym tym płynem zapobiegło zropieniu rany. Rana zmniejszona paru szwami węzełkowemi zgoiła się doraźnie.

Także i w postaci wstrzykiwań do jam ropni po uprzedniem wypompowaniu z nich ropy, okazał się płyn P_4 dobrym i skutecznie działającym środkiem leczniczym. Z wstrzykiwań śródżylnych zrezygnowaliśmy z wyżej podanych powodów.

Na podstawie wykonanych doświadczeń oraz na podstawie doświadczenia klinicznego przypuszczamy, że solutio jodico jodata, będzie nadawać się lepiej w leczeniu ran, niż roztwór Pregla.

Piśmiennictwo.

1. Pregl. W. kl. W. 1921 Nr. 24. — 2. Knauer, Zacherl W. kl. W. 1921 Nr. 33. — 3. Dattner. W. kl. W. 1921 Nr. 29. — 4. Schmerz. M. M. W. 1921 Nr. 23. — 5. Kleinschmidt. Zb. f. Ch. 1921 Nr. 45. — 6. Volkmann Zb. f. Ch. 1921 Nr. 47. — 7. Matheis. Zb. f. Ch. 1921 Nr. 8. — 8. Schreiner. D. M. W. 1921 Nr. 30. 9. Streissler. Arch. f. kl. Ch. T. 116. Z. 13. — 10. Hohlbaum. Zb. f. Ch. 1922 Nr. 7.

Dr. A. ZAWADZKI, ord. oddziału chirurg. w Szpit. Przemienienia Pańskiego. Warszawa.

Przedziurawienia pęcherzyka żółciowego.

Cztery przypadki ostrego przedziurawienia pęcherzyka żółciowego, spostrzegane i operowane przeze mnie, ze względu na w góle niewielką ilość przypadków znanych w piśmiennictwoie obcem, a w polskiem, zdaje się, nieopisywanych, skłoniły mnie do krótkiego ich podania na tem miejscu.

Anatomicznie możliwe są przedziurawienia pęcherzyka, przewodu pęcherzyka, przewodów żółciowych — do wolnej jamy otrzewnej, do jelit (dwunastnicy, żołądka, jelita poprzecznego, a nawet znany jest przypadek przedziurawienia do wyrostka robaczkowego. (B. klin. Woch. 1911 r. Nr. 13, Tamio-Tanaka).

Najczęstsze są przedziurawienia pęcherzyka do jelit w postaci zrostów, znajdowane podczas zabiegów, lub przy badaniu pośmiertnem, rzadziej spotykane są przedziurawienia do wolnej jamy otrzewnej, najrzadziej przedziurawienia do ścian brzusznych, ewentualnie w postaci ropni, otwierających się nazewnątrz (przetok). Najczęstsze są przedziurawienia (statystyka Williams'a Med. and Surgit-Raports of the Presbyterian Hosp. Nev York, Juli 1912) pęcherzyka 91%, potem przewodu pęcherzyka 3,3%, przewodu wspóln. żółciowego 4,4%, wątrobowego 1,1%. Kamienie przy przedziurawieniu występują prawie w 74% przypadków. U kobiet sprawa jest częstsza, rokowanie lepsze. Przypadki operowane wcześnie, przed 12 g. dają 85% wyzdrowień, przed 24 g. 66%, przed 3 dniami 50%, po 4 dniach 20%.

Przyczyny przedziurawienia: 1. zgorzel od ucisku, 2. owrzodzenie z przedziurawieniem, 3. pęknięcie ropniaka (empyema), 4. przedziurawienie przy zgorzeli ściany pęcherzyka, 5. moczówka cukrowa, 6. uraz (przypadek Lapoutre'a). Jako o pęwnej rzadkości Kehr wspomina o przedziurawieniu przewodu wspólnego do żyły wrotnej; przedziurawienie to nie dawało żadnych objawów z powodu niższego ciśnienia krwi w żyle wrotnej, niż żółci w przewodzie wspólnym.

Nim przejdę do rozpoznania i wskazań do zabiegu, opisu zabiegu i postępowania pooperacyjnego, przytoczę 4 własne przypadki:

Przypadek I. opisany w 1918 r. w Medycynie »Wrzody żołądka i dwunastnicy«.

T. N., lat 21. Prócz błonicy żadnych chorób nie przechodziła. Rodziła 4 razy, ostatnio pół roku temu, karmi. Zawsze była zdrowa. 3. IX. 1917 r. wśród zupełnego zdrowia, podczas pobytu w kościele uczuła nagle silne osłabienie, trwające parę minut. W ciągu 3 dni następnych miała odbijania, bóle w brzuchu, nieustępujące po przeczyszczeniu, 4-go dnia bóle wzmogły się tak, że chora, powracając z miasta, wysiadła z dorożki i wolała iść piechotą, 5 dnia wystąpiły bardzo ostre bóle w lewej górnej połowie brzucha. Lekarz (Rostkowski) orzekł, że są to kamienie żółciowe. 6-go dnia wśród bólów — zapad, w którym zastał ją jeden z moich współpracowników szpitalnych (Kol. Ostaszewski). Zapad ten trwał 12 godzin. Po przybyciu na oddział 10. IX.: sinica, brak tętna, kończyny zimne, brzuch twardy, jak deska, bolesny. Zastosowano kroplowe wlewania, kamforę, parówkę elektryczną (ogrzewanie). Na drugi dzień, tj. w 12 godzin po przybyciu, zjawiły się wymioty i stolce bez zawartości krwi, tętno zaczyna wracać (zapad trwał 24 godzin), ciepłota 39,6°. Po paru dniach ogólny stan lepszy, wyczuwa się nacieczenie w okolicy śledziony, zajmujące prawie połowę jamy brzusznej, bardzo bolesne na dotyk; znaczna bolesność w dołku oraz sklepieniach; przy badaniu przez pochwę w sklepieniach nacieczenia. Po upływie 10 dni znaczne stępienie pod lewą łopatką, osłabienie oddechu. Przy nakłuciu próbnem — krwawy mętny płyn, zawierający znaczną ilość peptonów i leukocytów. Chorej podano *per os* błękit metylowy dla przekonania się, czy jama opłucnej nie komunikuje z żołądkiem. Od tej pory trzykrotne opróżnianie lewego worka opłucnej z płynu, z pozoru surowiczego, bez zabarwienia; wypuszczano za każdym razem około 360 cm, peptony bardzo wyraźne.

Z biegiem czasu nacieczenie z lewej strony brzucha ustępuje i staje się wyraźniejsze po prawej stronie ponad pępkiem, bolesne na dotyk, bolesny również punkt Mac Burney'a. Badanie na laseczniki duru w płynie wydobywanym z jamy opłucnej i we krwi (sposób Vidal,a) dało wynik ujemny. Od drugiej połowy października, a więc w 6 tygodni po przybyciu do szpitala, chora przestaje gorączkować, płynu w jamie opłucnej niema, prawie codziennie są bóle w dołku, wymagające zastrzyknięć morfiny W końcu października żołądek badany po spożyciu śniadania kontrastowego promieniami X wykazuje: żołądek niewielki, silne skurcze, część odźwiernikowa i dwunastnica dają obraz licznych przewężeń, a nawet uchyłek Haudeck'a z pęcherzykiem gazu w okolicy dwunastnicy tuż po za odźwiernikiem, przesuniętym znacznie ku stronie prawej. W 2 godziny po spożyciu kaszy kontrastowej żołądek jest opróżniony, widać ślady uchyłka. 2. XI. wydobyto sok żołądkowy naczczo — kwasota 5/10, w 45 min. po śniadaniu Leube'go — 25/37. Nacieczenia z lewej strony brzucha oraz w sklepieniach ustąpiły. Bolesność utrzymuje się w okolicy dwunastnicy i wyrostka robaczkowego.

Rozpoznanie: **przedziurawienie dwunastnicy lub wyrostka robaczkowego, jako przyczyna przebytego zapalenia otrzewnej.**

21. XI. Laparotomja przyprostna prawa: zrosty jelit i sieci, wyrostek przyrośnięty, niewiele zmieniony, usunięto. Dwunastnica zrośnięta z pęcherzykiem żółciowym, przedstawiającym kształt gruszki, zwróconej podstawą ku wnęce wątroby. Po oddzieleniu dwunastnicy, zresztą nieprzedstawiającej widocznych zmian, z trudem został usunięty pęcherzyk żółciowy, skurczony, o ścianach zgrubiałych, w stanie zapalnym, zawierający 8 kamieni. W dolnej części pęcherzyka ślad przedziurawienia. Dokładne oględziny ścian dwunastnicy i żołądka ani wrzodu, ani przedziurawienia lub blizny nie wykryły. Zapalenie otrzewnej było wywołane przez ostre przedziurawienie pęcherzyka żółciowego.

Przypadek 2. D. R., lat 54. Leczony przez Dra Sierpińskiego w ciągu paru lat z powodu przemijających bólów w okolicy pęcherzyka żółciowego, czasami z gorączką. W 1916 r. zapalny stan pęcherzyka żółciowego w ciągu trzech tygodni z wysoką gorączką. Wówczas już była mowa o operacji, chory jednak poprawił się, o zabiegu oczywiście słyszeć nie chciał. W 1917 r. w grudniu nastąpiły lekkie bóle, które na drugi dzień ustąpiły, gorączkował jednak do 37,8. W południe wystąpiły już ostre bóle, a o g. 3 Dr. Sierpiński znalazł chorego w zapadzie, cały brzuch bardzo bolesny, tętno nikłe ledwie wyczuwalne.

Rozpoznanie: **pęknięcie lub przedziurawienie pęcherzyka żółciowego.**

Tegoż dnia w lecznicy »Omega« wieczorem (chory prawie bez tętna — zapad) laparotomja: po otwarciu brzucha wylewa się płyn zielonkawy ze skrzepami, pęcherzyk żółciowy na tylnej części na przestrzeni, odpowiadającej wielkości brzuśca palca, w stanie zgorzeli, przedziurawiony, z otworu leje się żółć zmieszana z ropą. Kamieni nie znaleziono, około pęcherzyka liczne zrosty. Usunięcie pęcherzyka żółciowego, sączki. Stan chorego nie poprawił się, w zapadzie w 12 godzin zmarł po zabiegu.

Przypadek III-ci. Chory lat 29, przysłany przez Dr. Kazimierza Zielińskiego do szpitala na mój oddział. W mieszkaniu u chorego Dr. Zieliński stwierdził ostre zapalenie otrzewnej. Chory z zawodu szewc, przed sześciu laty miał napad bólów pod łukami żeber z prawej strony, przemijającą żółtaczkę. Zawsze zresztą był zdrów. Przybył do szpitala 20. XI. 1921 r. nad wieczorem. W nocy oddał wiatry. Opowiada rano 21. XI, że onegdaj t. j. 19. XI. nad wieczorem po pracy uczuł bardzo wielki ból w brzuchu, musiał położyć się, po godzinie ból na tyle uspokoił się, że chory powrócił do domu tramwajem po powrocie do domu ponowny atak bólu, który ustąpił po zastrzyknięciu morfiny. Na drugi dzień rano widział go Dr. Zieliński i skierował do szpitala, sądząc, że przyczyną zapalenia otrzewnej jest przedziurawienie wyrostka robaczkowego. W 40 godzin po pierwszych bólach stan chorego następujący: twarz blada, tętno 120, kończyny chłodnawe, brzuch wzdęty, bolesny na ucisk, opór mięśniowy z prawej strony brzucha znacznie zwiększony, najwięcej jednak w okolicy dwunastnicy.

Rozpoznano: 1) **przedziurawienie dwunastnicy,** 2) **wyrostka robaczkowego — ostre zapalenie otrzewnej, jako wynik jednego z tych przedziurawień.**

Laparotomja przyprostna prawa. Z jamy otrzewnowej wylewa się płyn zabarwiony zielonkawo. Usunięto szybko wyrostek robaczkowy w stanie zapalnym, przyczem jeden z kolegów, badając ten wyrostek, nie stwierdził makroskopowo pierwotnych zmian (zgorzeli błony śluzowej, przedziurawienia).

Ponieważ cięcie prostopadłe dawało mało dostępu, z powodu wzdęcia jelit, przeprowadzono dodatkowe cięcie poprzeczne pod łukiem żeber; wówczas stwierdzono, że dwunastnica jest zdrowa, ale pęcherzyk żółciowy jest zgrubiały, znacznie powiększony, a na wierzchołku wśród plamy zgorzelinowej jest otwór wielkości 2 mm, z którego wylewa się żółć. Pęcherzyk wielkości prawie dużej gruszki usunięto wraz z częścią przewodu, przewody żółciowe są wolne. Sączek, parę pasków gazy wokoło, wyprowadzono przez prawy kąt bocznego cięcia, szew ścian brzusznych.

W pęcherzyku o ścianach bardzo zgrubiałych — 2 kamienie wielkości gołębiego jaja na wierzchołku owrzodzenie od strony błony śluzowej wielkości brzuśca palca, a pośrodku owrzodzenia przedziurawienie.

Na 3-ci dzień usunięto sączki, na 8-my szwy, rana zagoiła się na 14 dzień. Chory zaczął się podnosić i w jedną z niedziel (w 2 tygodnie po zabiegu) uraczył się przyniesionemi pierogami z serem, poczem w ciągu całej nocy wymiotował, nad ranem prawie zapad. Po obfitem wypłukaniu żołądka i djecie parodniowej stan poprawił się zupełnie.

Mieliśmy do czynienia z ostrem rozszerzeniem żołądka. Sprawa ta opóźniła wypisanie chorego ze szpitala ze względu na obawę ponownego nadużycia w djecie. W siedem tygodni po zabiegu chory opuścił szpital, był pokazywany w Towarz. Gastrologów.

Przypadek IV-ty. Chora lat 30, M, przysłana na oddział przez Dra Kazimierza Zielińskiego. 17. XI. 1921 r. *En stirpe bona*, w 24-tym roku życia normalny poród, po porodzie zapalny stan macicy, wskutek którego leżała w szpitalu w ciągu paru tygodni. Od 3-ch lat miewała wymioty śluzowe i kolki w brzuchu. Przed 7-ma tygodniami pierwszy napad bardzo silnych bólów w okolicy wątroby z gorączką, wymiotami śluzowemi zielonkowatemi. Po upływie 4-ech dni ponowny atak, trwanie każdego z nich około 12 godzin. Po drugim ataku wysypka na wewnętrznej powierzchni ud, obu kończyn górnych, na brzuchu i piersiach. Po 5—6 dniach wysypka ta miała wygląd promieni (słowa chorej) czerwonych, składających się z pryszczyków mniejszych niż przy odrze. Podczas wysypki gorączka do 40-tu stopni, później łuszczenie się naskórka. Po pierwszym napadzie w górnej połowie brzucha z prawej strony wystąpił guz. Po wstaniu z łóżka chora uczuła, że bóle powiększyły się, guz zaczął przesuwać się ku środkowi brzucha i powiększać się, a po 3-ch dniach wystąpiła znowu gorączka i bóle, wobec czego chora położyła się znowu. Żółtaczki nie było. Stolce zaparte. Straciła na wadze około 20 funtów.

Chora wychudzona, błony śluzowe blade. Serce bez zmian. Wierzchołek lewego płuca wykazuje zagęszczenie. Stare zmiany. W jamie brzusznej guz pośrodku brzucha, sięgający do dołu 2½ poprz. palca pod pępek, aż do podbrzusza ponad pępkiem, guz o formie podłużnej, jakby w związku z bolesnym brzegiem wątroby, oraz mięśniami prostemi brzucha, górna granica wątroby normalna, śledziona wyczuwalna, mocz normalny. Tętno 90. Temp. od 37,0 do 38,5.

Rozpoznanie: **Ropień na tle kamicy.**

21. XI. pod uśpieniem eterowem otworzono cięciem po linji środkowej ropień, w którym stwierdzono obecność dwóch kamieni blado-żółtych wielkości małych wiśni o kształcie malin. Jamę wyłyżeczkowano, sączki. W ropie okazały się paciorkowce. Gojenie prawidłowe. Ciepłota spadła do normy. 23. XII. z przetoki pokrytej ziarniną wypływa zaledwie nieco śluzu. Uśpienie eterowe, cięcie równoległe do prawych łuków żebrowych, idące ku przetoce, nie dochodzące do niej na 2 palce poprzeczne. Oddzielenie zrostów pęcherzyka z siecią i okrężnicą. Wierzchołek pęcherzyka wyciągnięty w kierunku przetoki. Pęcherzyk odcięto od przetoki, otrzewnę, okalającą przetokę, wynicowano na zewnątrz, zaszyto, naszyto wolny kawałek sieci. Pęcherzyk żółciowy odcięto wraz z przewodem, drogi żółciowe wolne. Sączek, parę pasków gazy wokoło, szew ścian brzusznych. Przebieg gojenia gładki.

Opisane przypadki 1-szy, 2-gi i 3-ci należą do typu przedziurawień do wolnej jamy otrzewnej, pierwszy z tworzeniem się po zapadzie zrostów i otorbień, powikłany lewostronnym wysiękiem jamy opłucnej, drugi o gwałtownym przebiegu z bardzo szybkim zapadem i zejściem śmiertelnem, trzeci z przebiegiem burzliwym, ale względnie dość łagodnym, operowanym 40 godzin po przedziurawieniu.

Czwarty rozpoczął się niewątpliwie jako *empyema vesicae felleae*, ale sieć zdążyła przyrosnąć i doprowadzić miejsce ulegające zgorzeli do ściany brzusznej; nastąpiło przedziurawienie w ścianę brzuszną. Czy wysypkę należy uważać za skutek anafilaksji, trudno o tem coś powiedzieć, bo o wysypce tej z gorączką wiemy jeno z opowiadania chorej.

Pierwsze trzy przypadki należą do typu względnie często spotykanego, ostatni, jak twierdzi Hoerchammer, który opisał podobny przypadek z kliniki Payr'a w 1916 r. w M. med. Woch. 10/X., należy do względnie rzadkich. Podobny przypadek opisał po raz pierwszy Thilesius w r. 1670. Kehr wśród swoich 2000 przypadków widział tylko dwa. W Lipsku na 584 przypadków zabiegów na wątrobie nie było ani jednego takiego przypadku w ciągu dziesięciu lat. W 1899 r. opisał trzy takie przypadki Fabricius z Wiednia. Jeden — Madre z Vichy (1908) i jeden Pstric w 1912 r. Pozatem znalazłem w piśmiennictwie lekarskiem jeszcze jeden przypadek z praktyki Jakoba, opisany w 1913 r. Bull. et mémoires de soc. de chir. N 20. Znany również mi jest przypadek operowany przez Dra Rauma, nie opisany jednak; mianowicie po przecięciu ropnia w nadbrzuszu znaleziono kamień żółciowy.

Co się tyczy piśmiennictwa przedziurawień pęcherzyka żółciowego do wolnej jamy otrzewnej, nieprzytaczam jego ze względu na trudności druku, jakoteż potrzebę streszczania się. Interesujący się nią znajdą odpowiednie wiadomości, ogłoszone przez Kehra w 1913 r. (Chirurgie der Galenwege — Neue Deutsche Chir. — tom VIII) oraz w pracy Mac. Williamsa — Medical and Surgical Raports oft he Presbyterian Hosp.(New York) tom IX, 1912. Zebrał on 108 przypadków.) Wdostępnem mi piśmiennictwie znalazłem jeszcze 6 przypadków, opisanych przez Brathawaite'a 25 XI 1913 r. British med Journal; przypadek Wagnera, opisany w Münchn. med, Woch, 1919 N 42, owrzodzenia pęcherzyka, przedziurawienie, zapalenie otrzewnej); jeden przypadek opisany przez Schnydera w Centralblatt für allg. Path, tom XXVI, str 361 (podwójne owrzodzenie pęcherzyka z krwotokiem do jamy brzusznej wskutek przeżarcia naczynia krwionośnego.) Sprawę tę stwierdzono na stole sekcyjnym. Znany mi jest rów-

nież przypadek kol. Franka (Archiv für. Verd. Krankh Bd XIX) z warszawsk. kliniki uniwers. stwierdzony sekcyjnie a opisany po niemiecku, pozatem przypadek kol. Hagmajera operowany z zejściem śmiertelnem.

W ostatnim numerze Centrbt. für Chir. r. 1922 w referacie ze Schweiz. med. Woch. 1921, Nr. 22 w pracy Vischera z Bazylei »*Die operative Behandlung der Cholecystitis acuta in der Baseler Chir. Klin.*« (1915—1917) wspomniano, że z 75-ciu ostrych zapaleń pęcherzyka w 12 przypadkach pęcherzyk był przedziurawiony, przyczem w czterech przypadkach wykonano tylko sączkowanie okolicy pęcherzyka z czterema zejściami śmiertelnemi — zapewne były to ostre przedziurawienia.

W większości przypadków nie rozpoznano przedziurawień do wolnej jamy otrzewnej; jako wskazówka mogą służyć wywiady o dawnych napadach.

Bóle przy przedziurawieniu dwunastnicy są takie same, obraz kliniczny w rozwoju zapalenia otrzewnej może tem się różni, że po przedziurawieniu pęcherzyka następuje jakby ulga, podczas gdy po przedziurawieniu żołądka, dwunastnicy lub wyrostka robaczkowego objawu tego nie obserwujemy. Dalszy przebieg jest ściśle zależny od jałowości lub stopnia zakażenia żółci, ewentualnie od zawartości pęcherzyka. Interesujących się tą sprawą znów ze względu na obowiązek streszczania się odeszlę do prac Ehrhardt'a, Noetzel'a (Ehrhardt Arch. f. klin. Chir. tom 83, zeszyt 4; Noetzel-Verh. der D. Ges. für Chir., 1909, Brunns Beitraege, tom 74).

W każdym razie względnie rzadko bywa t. zw. jałowe zapalenie otrzewnej (*blande peritonitis*), częściej przebieg jego bywa fatalny. W chwili pełnego rozwoju trudno już jest różniczkować zapalenie otrzewnej z powodu przedziurawienia pęcherzyka żółciowego, dwunastnicy lub wyrostka robaczkowego. Nawet badanie krwi na barwiki żółciowe z powodu zawartości żółci w dwunastnicy nie daje możności określenia rodzaju przedziurawienia przed otwarciem jamy brzusznej. Gdy dodamy, że i na stole operacyjnym i przy badaniu pośmiertnem znajdowano w jamie otrzewnej przy zapaleniach otrzewowej płyn zabarwiony żółcią w tych przypadkach, w których makroskopowo nie udało się stwierdzić przedziurawienia ani pęcherzyka lub przewodów ani dwunastnicy — sprawa staje się więcej zawikłana, bo wystarcza zapewne niedostrzegalne gołem okiem przedziurawienie dla wywołania nie tylko zapalenia otrzewnej, ale i przesiąkania żółci.

W każdym razie bóle w postaci często powtarzających się ataków, szczególniej gdy udaje się wyczuć palcami powiększony pęcherzyk żółciowy, podniesiona podczas tych bólów ciepłota, winny pobudzić uwagę internisty w kierunku zabiegu, trudno jest bowiem przewidzieć, czy w danym przypadku nie wystąpi zgorzel lub przedziurawienie.

Wśród 150 operowanych przezemnie (w ciągu ostatnich lat sześciu) spraw wątrobowych liczę trzy przypadki ostrego ropniaka (empyema) pęcherzyka, usuniętego przed przedziurawieniem (zgorzel ściany) — wszystkie te trzy przypadki skończyły się wyzdrowieniem.

Zabieg, zależnie od stanu sił chorego, winien być wykonany szybko, w razie zmian zgorzelinowych ma polegać na usunięciu pęcherzyka tak, jak to robimy z wyrostkiem robaczkowym w okresie przedziurawienia. Gdy stan chorego jest bardzo ciężki, postępujemy tak, jak opisuje Brathwaite, sączkujemy pęcherzyk i jamę otrzewnej. Zaszywanie jamy otrzewnowej stosownie do rady Rottera, jest możliwe tylko w przypadkach o łagodnym przebiegu, jeżeli możliwe jest dokładne pokrycie kikuta otrzewną. Gdy jednak zabieg winien trwać krótko, a na peritonizację niema czasu lub obocznie nacieczone tkanki nie nadają się w tym celu, lepiej jest sączkować.

W pooperacyjnym przebiegu należy sączki usuwać wcześnie, na drugi lub trzeci dzień, siły chorego podtrzymywać ogólnie znanemi sposobami, dbać o wczesne siadanie chorego ze względu na możliwość powikłań płucnych.

Notatka moja ma na celu pobudzenie kolegów chirurgów do ogłoszenia swoich przypadków, bo w literaturze obcej nie znalazłem przypadków przytoczonych, pochodzących z piśmiennictwa polskiego.

W stosunku do kolegów internistów skromna moja notatka ma na celu zwrócić ich uwagę na czasami grożące choremu niebezpieczeństwo z powodu zbyt długiego wyczekiwania przy sprawach chorobowych pęcherzyka żółciowego. Rozumiem dobrze położenie lekarza internisty wobec chorego, który z trudnością decyduje się na zabieg z powodu kamicy żółciowej, rozumiem pewną rezerwę kolegów internistów wobec tych operacyj Rezerwa ta jednak oparta jest na dawnej statystyce, tj. gdy kamica żółciowa była operowana nie tak doszczętnie, jak dzisiaj (bez otwierania dróg żółciowych i badania ich, bez usuwania pęcherzyka żółciowego, co wobec prac z kliniki Mayo oraz ostatnio Gosset'a i Loewy o powstawaniu kamicy częstokroć jest obowiązkowe), z zastosowaniem rozległego sączkowania za pomocą pasków gazy, co wobec wielkich zmian chorobowych oraz niemożności dokładnej peritonizacji było konieczne, a jednocześnie szkodliwe, bo dawało zrosty, powodujące późniejsze bóle.

Dzisiaj sprawa ma się nieco inaczej, przypadki operujemy doszczętnie, sączkujemy, gdy warunki pozwalają za pomocą jedynie sączka, lub sączków gumowych, które przy wczesnem ich usuwaniu nie dają prawie zrostów a w razie dokładnej peritonizacji nie sączkujemy zupełnie.

Wszak dawniej, w końcu ubiegłego stulecia, operowaliśmy tylko te przypadki zapaleń wyrostka robaczkowego, które powodowały ropień lub zapalenie otrzewnej. Późniejsze doświadczenie nauczyło nas, że zabieg ten należy wykonywać zapobiegawczo, t. j. gdy sprawa rozpoczyna się, lub jeżeli chory miał już z tego powodu dolegliwości. Dzisiaj spór został rozstrzygnięty — nikt nie będzie próbował leczyć chorego wyrostka robaczkowego na drodze leczenia środkami farmaceutycznemi — trzeba go usunąć. Statystyka tych zabiegów jest prawie pozbawiona zejść śmiertelnych.

Sądzę, że sprawa kamieni żółciowych oraz schorzeń pęcherzyka żółciowego będzie miała w chirurgji taką samą statystykę, jak wyrostek robaczkowy, gdy do rąk chirurga dostawać się będą przypadki wczesne, oczywiście takie, o leczeniu których, a właściwie wyleczeniu, na drodze farmaceutycznej lub leczeniu dyjetyczno-fizykalnem mowy być nie może. Jeżeli dodamy do tego częste omyłki rozpoznawcze, gdy chory leczony na wrzód lub co gorzej na »katar żołądka« na nic innego prócz kamicy nie jest chory, lub też jednocześnie jest chory na jedno i drugie; jeżeli dodamy, że dopiero badanie pośmiertne wykrywa nieraz obecność kamicy, nie rozpoznawanej za życia, musimy dojść do wniosku, że i sposoby badania jeszcze są niezbyt dokładne. Gdy przypadki są rozpoznawane dość późno, gdy wątroba sprawność swoją w znacznej mierze utraciła, a sposoby badania tej sprawności jeszcze niezbyt są dokładne, nic dziwnego, że takie przypadki dają w rękach chirurga przebieg ciężki lub czasami zły.

Sądzę, że wczesne rozpoznanie, a szczególniej wczesny alarm, gdy wątroba zaczyna tracić swoją sprawność będą w możności statystykę operacyjną dróg żółciowych uczynić taką, jaką ona zaczyna się stawać już dzisiaj.

Wpływ lekarza internisty na chorego oraz nie wypuszczanie go ze swojej opieki po zabiegu nawet wśród publiczności zabieg taki spopularyzuje i odejmie mu pozór zabiegu niebezpiecznego.

P. S. Już po wygłoszeniu odczytu operowałem piąty przypadek ostrego przedziurawienia pęcherzyka żółciowego. Opis przypadku tego w krótkości podaję.

Chora lat 40. Od 17 lat napady kamicy żółciowej, przed 5-cioma dniami tj. od 25. IV. 1922 zachorowała nagle — silne bóle w okolicy wątroby, gorączka. Na drugi dzień wystąpiła żółtaczka, a na 4-ty, według słów lekarza, Dr. Justmana, zapad z objawami zapalenia otrzewnej. Przybyła na mój oddział w stanie bardzo ciężkim. Ciepłota 40, tętno nikłe 120, brzuch wzdęty, bolesny szczególniej w okolicy wątroby i poniżej; wątroba bardzo powiększona a pod jej prawym brzegiem wyczuwa się guz wielkości dużej pomarańczy, sięgający w dół poniżej linji pępkowej.

3. V. 1922. Pod znieczuleniem *modo kappis* cięciem równoległem do prawych łuków żebrowych otwarcie jamy brzusznej. Po otwarciu wylał się płyn mętny. Okolica pęcherzyka żółciowego zakryta siecią i brzegiem kątnicy, pokrytemi włóknikiem o wyglądzie szarych nalotów, jelita w stanie zapalnym. Po oddzieleniu zrostów, wyłania się pęcherzyk o mocno napiętych ścianach. Za pomocą przekłucia wydobyto z pęcherzyka około 100 cm śluzowo ropnego płynu. Po oddzieleniu zrostów z dwu-

nastnicą, podwiązano przewód pęcherzykowy, oddzielono pęcherzyk od jego łoża, założono sączek i parę pasków gazy około sączka gumowego, ranę zaszyto szwem piętrowym.

Badanie bakterjologiczne płynu, wykonane przez prof. Nitscha, wykazało gronkowca złocistego.

Wydobyty pęcherzyk żółciowy bardzo powiększony zawiera liczne kamienie; ściany zgrubiałe, błona śluzowa o barwie »fraise«. z wyraźnemi kosmkami, na przedniej powierzchni błony owrzodzenie średnicy $1^1/_2$ cm, o dnie zgorzelinowem, sięgające aż do surowicówki, powyżej drugie owrzodzenie, nieco mniejsze równie głębokie. Po nacięciu ściany pęcherzyka po przez owrzodzenie okazuje się, że prawie cała ściana na przestrzeni 2 cm około owrzodzenia uległa zgorzeli z nacieczeniem ropnem.

Po zabiegu i po stosowaniu szczepionek, przygotowanych przez prof. Nitscha, chora zwolna zaczęła się poprawiać, ciepłota zaczęła spadać do normy, żółtaczka ustąpiła. W danym przypadku mieliśmy do czynienia z ropowicą pęcherzyka żółciowego i z przedziurawieniem pęcherzyka do jamy brzusznej.

Z praktyki.

Dr. HENRYK HILAROWICZ asyst. kliniki Lwów.

W sprawie nowego sposobu znieczulania przewodowego II. gałęzi nerwu trójdzielnego.

Z Kliniki Chirurgicznej Uniwersytetu Jana Krazimierza we Lwowie. (Dyr. Prof. H. Schramm).

Nie ujmując bynajmniej prawa pierwszeństwa ogłoszenia poniżej opisanego sposobu Hoferowi (Zentrbl. f. Chir. Nr. 39. z 30. IX. 1922, sprawozdanie z posiedzenia Tow. chir. wiedeńskich) czuję się uprawnionym do stwierdzenia na tem miejscu, że sposób ten zastosowałem pierwszy jeszcze w kwietniu br. i że był on odtąd częstokroć używany na klinice chirurgicznej lwowskiej a tylko niestety w swoim czasie nie został ogłoszony.

Jak wiadomo, dotąd, znane były dwie drogi znieczulenia II. gałęzi nerwu trójdzielnego w jamie skrzydlato podniebiennej (*fossa pterygo-palatina*); jama ta, leżąca pomiędzy guzem szczęki górnej (*tuber maxillae*) a wyrostkiem skrzydlatym, otwarta szeroko od zewnątrz, komunikuje ku górze z oczodołem przez szczelinę oczodołową dolną (*fissura orbitalis inferior*) ku wnętrzu z jamą nosową przez otwór nosowo-podniebienny (*for. naso-palatinum*) a ku dołowi zwęża się w kanał podniebienny, uchodzący na podniebieniu twardem jako otwór podniebienny większy (*foramen palat. majus*). W górnej części jamy wnika z otworu okrągłego (*for. rotundum*) II-ga gałąź nerwu trójdzielnego, zaopatrująca bezpośrednio i za pośrednictwem zwoju klinowo-podniebiennego (*ganglion spheno-palatinum*) szczękę górną, części skóry policzka i nosa, wargę górną, część błony śluzowej nosa oraz podniebienie.

Stosując drogę zewnętrzną wkłuwa się igłę w policzek nad II zębem trzonowym, tuż pod macalnym tamże guzkiem kości jarzmowej, i wiedzie się ją skośnie ku górze i wewnątrz po powierzchni guza szczękowego aż do utraty zetknięcia z nim; przez ustawienie w chwili tej igły więcej prostopadłe wnika się końcem do jamy skrzydłowo-podniebiennej.

Droga oczodołowa polega na tem, że igła wkłuta w dolnym zewnętrznym kącie oczodołu posuwa się wzdłuż szczeliny oczodołowej dolnej, wnikając w głębokości 4 cm do jamy sp. a nawet wprost do otworu okrągłego.

Dla przypadków, w których szerzący się ku tyłowi i ku górze nowotwór szczęki górnej uniemożliwia zastosowanie obydwóch powyżej wymienionych sposobów obmyśliłem drogę trzecią, a mianowicie podniebienną. Jak wspomniano, kanał podniebienny, mający średnicę kilku mm, uchodzi na podniebieniu u podstawy wyrostka zębodołowego na wysokości II. zęba trzonowego jako otwór sporej wielkości, ograniczony od tyłu nieraz bardzo wybitnym grzebieniem kostnym, wyczuwalnym przez błonę śluzową jako twardy, wyniosły punkt, leżący po za płytkiem wgłębieniem tejże. Przebieg kanału jest zupełnie prosty, nieco skośny ku górze i ku tyłowi; wnikając więc w otwór podniebienny w kierunku tym cienką igiełką możemy bez trudności dosięgnąć końcem jamy s. - p., naprzeciw otworu okrągłego. Przy silnie otwartych ustach (Heister) chorego znieczulamy zrazu powierzchownie błonę śluzową podniebienia w miejscu powyżej określonem przez wstrzyknięcie kilku kropel a następnie zagłębia się igłę aż do zetknięcia z kością, po której macamy delikatnie, przyczem bez trudności udaje się wniknąć w otwór (ból) i zapuścić igłę około 3 cm w głąb ku górze i nieco pochyło ku tyłowi (celując na szczyt ciemienia). Wstrzyknięcie 3—5 ccm 2% rozczynu nowokainy z wyciągiem nadnercza powoduje zrazu znieczulenie podniebienia (bladość połowy) i błony śluzowej nosa, potem szczęki górnej i obszaru skórnego. Igła powinna być możliwie cienka, około 7 cm długa. Błędnem jest wkłuwanie zbyt ku środkowi (na otwór nie możemy trafić) lub ku tyłowi — igła wpada w granicę między podniebieniem twardem a miękkiem (nowokaina płynie do gardła, krwawienie z nosa!).

Wskazanie do znieczulenia tego stanowią, prócz większych zabiegów na szczęce górnej, również zabiegi na podniebieniu, jak operacje rozczepu, przyczem korzystne jest znaczne niedokrwienie pola operacyjnego.

Dr. FR. GRODECKI. Warszawa.

Kwiat jarzębiny, jako środek leczniczy.

W notatce niniejszej pragnąłbym zwrócić uwagę szerokiego grona kolegów i farmaceutów na bardzo cenny środek leczniczy, który stosuję już od 25 lat przy zaparciu nawykowem stolca, przy krwawnicach, wreszcie przy zmniejszonem wydzielaniu żółci. Środkiem tym jest napar kwiatu jarzębiny, który przyrządzam w sposób następujący: łyżkę stołową (10 grm) suchego kwiatu należy zalać pół szklanką wody wrzącej, następnie należy napar ten pozostawić przez pół godziny w miejscu ciepłem. Po odcedzeniu należy napar zażyć naraz. Dzieciom zalecam dawki odpowiednio zmniejszone.

Po 8—10 godzinach następuje wypróżnienie papkowate. Zaletą leku są: 1) pewność działania, nawet przy stosowaniu przez szereg tygodni, ustrój nie przyzwyczaja się do leku; 2) nadzwyczaj łagodne działanie, nie sprawiające nigdy uczucia bólu; 3) przyjemny smak, przypominający poniekąd smak herbaty; 4) taniość; 5) pochodzenie rodzime.

Zdaniem mojem byłoby rzeczą bardzo pożądaną przeprowadzenie dokładnych badań farmakologicznych i klinicznych nad tym tak dostępnym, a tak niestety zapoznanym lekiem; być może uda się wydzielić zeń w stanie czystym składnik czynny. W ten sposób nauka nasza mogłaby przysporzyć lecznictwu nowy środek leczniczy, przez co jarzębina, stanowiąca dotąd tylko ulubioną ozdobę naszych ogrodów, nabrałaby bardzo cennego znaczenia.

Sprawozdania poglądowe

Dr. Med. STANISŁAW KLEJN. Ord. Szp. Star. Warszawa

Istota i leczenie dusznicy oskrzelowej.

Odczyt wygłoszony w Towarzystwie Lekarskiem Warszawskiem dnia 31. maja 1921 r.

(Dokończenie).

We wszystkich tych przypadkach, w razie powikłania przewlekłem zapaleniem oskrzeli, należy leczenie uzupełnić stosowaniem szczepionek odpowiednich bakteryj według znanych zasad. Ponieważ rzadko który przypadek astmy nie daje tego powikłania, przyczem zwykle bywa, że proteiny bakteryjne biorą w etjologji obrazu chorobowego górę nad innemi czynnikami, należy w każdym prawie przypadku astmy, trwającym cokolwiek dłużej, stosować jednocześnie szczepionkę.

Oto np. wynik tej metody leczenia w przypadkach Walkera. U 50 chorych Walkera wyżej wspomnianych 35 leczono autowaksyną; 10 chorych uwolniono tą drogą od ataków astmy, 13 doznało znacznego polepszenia, podczas gdy u 12 polepszenie nie nastąpiło. Po stosowaniu szczepionki plwocina 5 chorych była posiana powtórnie, poczem okazało się, że te bakterje, któremi chorych leczono, znikły z plwociny, podczas gdy inne na ich miejsce wyrosły.

Poza typową astmą, najwyraźniejszy skutek otrzymuje

się w niewrażliwych przypadkach astmy, czyli w t. zw. *bronchitis astmatica*, które, jak to wykazaliśmy, stanowią połowę całej liczby chorych z objawami astmy. Tu szczepionki samorodne (autogenne) doszczętnie leczą $^{2}/_{3}$ przypadków Najczęściej jest potrzebną i najlepiej działa szczepionka ze *streptococcus haemolyticus* następnie *staphylococcus aureus*, później *streptococus viridans*, *bac. pseudodipheriticus* i wreszcie *staphylococcus albus*

U ludzi starszych, albo przy bardzo długotrwałem cierpieniu, przy słabej odporności ustroju, rokowanie jest gorsze, skutek leczenia trwa tylko w ciągu kilku miesięcy, leczenie wtedy należy powtarzać niejednokrotnie i, jak to czyni Walker, przy częstej stosunkowo zmianie składu szczepionki. W braku szczepionki samorodnej można użyć szczepionki różnorodnej, obcej t. zw. Stockwakcyny, działanie jej jest jednak słabsze. Danysz, który, nawiasowo mówiąc, widzi w florze kiszkowej przyczynę nietylko astmy, ale mnóstwa tak różnorodnych cierpień, jak choroby skóry wogóle, rozedma płuc, gościec, neurastenia, twardzina skóry, bolesne miesiączkowanie, zaburzenia kiszkowe, upławy, itd., leczy wszystkie te cierpienia wakcynami, mało co różniącemi się od siebie. Dla astmy podaje on skład następujący: lasecznik okrężnicy, proteus, enterococcus, łańcuszkowiec, gronkowiec.

Zdaje mi się, że w reklamie pewnej paryskiej firmy, która pewno Panom rzuciła się już w oczy, i dotyczącej leczenia rozmaitych cierpień, co prawda pochodzenia przeważnie bakteryjnego, zapomocą wakcyn, teorja Danysza znalazła swój wyraz komercjalny, Firma ta podaje dla astmy następujący skład szczepionki: *bact. coli, b. proteus, enterococcus, pnemococcus, m. catarrhalis*; dla astmy pyłkowej szczepionka jest ta sama, tylko zamiast m. catarrhalis znajduje się staphyloc. aureus. Szczepionkę tę stosuję teraz jednocześnie u 2 chorych demonstrowanych z wynikiem minimalnym. Szczepionki w bardzo szerokim zakresie przygotowuje także firma Parke Davis, ale są one ze względu na cenę nieprzystępne dla nas, wobec tego składu ich nie podaję, jest on mniej więcej podobny. Muszę tu zwrócić jednak uwagę, że, jeśli pomimo tych zastrzeżeń, stosuję te szczepionki, to czynię to z powodów zupełnie innych, niż te, które podaje Danysz. O powodach tych tych pomówię za chwilę. Zaznaczyć należy, iż u chorego przedstawionego stosuję szczepionkę samorodną z *b. pseudodiphteriticus i staphylococcus aureus*, wyosobnionych z plwociny chorego. Szczepionkę tę przygotował kol. Anigstein z Instytutu Epidemjologicznego; za pomoc i trudy serdecznie Mu tu dziękuję. Chory ten, zarówno jak i 2 innych chorych w ten sam sposób leczonych, po 5 tygodniowem leczeniu stracili napady astmy.

Sądzę, że wobec niewątpliwej wartości leczniczej szczepionek wogóle, a szczególnie w astmie prawdziwej i rzekomej, pożądanemby było, ażeby instytucja odpowiedzialna zajęła się przygotowywaniem takich szczepionek, ale rozumie się samorodnych. Sądzę, że taką instytucją mógłby być nasz instytut epidemjologiczny, który, posiadając wszystkie po temu niezbędne środki i kwalifikacje, gwarantowałby nam stały skład i wartość szczepionki, czemby oddał znaczną usługę cierpiącym rzeszom chorych, nb. bardzo licznym. Szpitale nasze zająć się tem nie mogą, bo często nie posiadają odpowiednich warsztatów pracy, choćby już z tego względu, że astmatycy stanowią bardzo nikły procent w materjale szpitalnym.

Leczenie nieswoiste. Wobec tego, że w niektórych przypadkach poznanie przyczyny astmy jest bardzo trudne, wobec tego, że leczenie swoiste wyżej opisane jest bardzo żmudne i nieraz nie prowadzi do celu z przyczyn rozmaitych od lekarza nieraz niezależnych, trudno się dziwić, że czyniono usiłowania leczenia astmy sposobami bardziej prostemi. Niestety, dotychczas usiłowania te nie doprowadziły do wyników pożądanych, wyleczenia długotrwałego astmy nie osiągnięto, wobec tego jednak, że nie zawsze i nie każdemu jest dana możność leczenia swoistego, zapoznamy się z niemi tembardziej, że są oparte na zasadach racjonalnych, wskutek czego z czasem wyrugują być może metodę swoistą. Niektóre z tych sposobów wypróbowałem, mogę je więc krytycznie osądzić.

Punktem wyjścia nowych metod leczenia astmy i stanów pokrewnych, tj. równoważników astmy jest pogląd, że anafilaksja, a z nią i astma, jest zaburzeniem równowagi kolloidów naszego ustroju, zaburzeniem, któremu Widal dał nazwę kolloidoklazji». Autor ten, opierając się na badaniach Besredki, doszedł do wniosku, że usunąć ową kolloidoklazję, a więc sprowadzić równowagę kolloidów można nietylko przez swoiste proteiny, antigeny, lecz przez białko obce wogóle, a więc przez białko nie swoiste, tj. nie to, które jest w danym przypadku przyczyną stanu anafilaktycznego lub astmy. Widal idzie jeszcze dalej i twierdzi, że skutek ten można osiągnąć nie tylko przez białko, ale i lipoidy, a nawet przez krystaloidy (Na Cl, Na_2 Co_3) Wszystkie te ciała wprowadzone do krwiobiegu lub nawet przez kanał pokarmowy zapobiegają wystąpieniu wstrząsu anafilaktycznego, według Widala kolloidoklazycznego, przyczem jednocześnie usuwają wrażliwość chorego na białko obce, słowem, działają jednocześnie skeptofylaktycznie i desensibilizująco.

Jednym ze środków najbardziej używanych przez Widala jest pepton, wprowadzony do terapji chorób krwi przez Nolffa; o działaniu jego w krwawiączce miałem okazję mówić tu przed 9 laty. Dawniej używano w tym celu mleka.

Pepton ma tą zaletę, że, wprowadzony podskórnie, nie działa jako antygen i nie wywołuje wstrząsu. Wadą jego jest to, że ma skład nie zawsze jednakowy i wogóle nieokreślony. Jest to właściwie nie pepton tylko mieszanina rozmaitych albumoz i innych rodzajów białka. Widal i jego uczniowie stosowali przeważnie pepton per os i mieli bardzo dobre wyniki w przypadkach pokrzywki i migreny pochodzenia anafilaktycznego. W 3 przypadkach astmy, pochodzenia pokarmowego, z tych w jednym powikłanym astmą pyłkową, była wyraźna poprawa co do natężenia ataków. W innych przypadkach wyniki były ujemne. Natomiast Auld, który stosował pepton dożylnie, opisuje znaczną poprawę w ciągu 3—6 tyg. we wszystkich prawie leczonych przez niego przypadkach, ale i ta poprawa była stosunkowo dość krótkotrwała — bo tylko na przeciąg kilku miesięcy.

Osobiście stosowałem pepton dożylnie w 2 przypadkach. W jednym u kobiety pochodzenia pokarmowego i bakteryjnego — wynik był absolutnie ujemny, w drugim przypadku u mężczyzny, którego tu przedstawiłem, wynik był bardzo dobry, ale trwał tylko 4 tygodnie. Zaznaczyć muszę, że pierwsze dożylne dawki, choć mniejsze od stosowanych przez Aulda, wywoływały niewątpliwy napad astmy już po pół godzinie. W 3 przypadkach astmy czysto pokarmowej (ser, mięso wołowe i chleb kartkowy) wynik od stosowania wewnętrznego peptonu był bardzo dobry, chorzy stracili ataki, jak długo brali pepton, wskutek czego zmuszeni byli prawie ciągle go brać.

W przypadkach t. zw. idiosynkrazji (poziomki raki, w konserwach) i w pokrzywce pochodzenia niewyjaśnionego, pepton dawał bardzo dobre wyniki. Widal stosował w astmie również wlewania dożylne 30 cm fiz. rozczynu soli, wynik był problematyczny, w dodatku wlewania te wywoływały gwałtowny wstrząs. Lepsze wyniki otrzymywał on za pomocą autoseroterapji. Widal przekonał się, że, jeżeli wziąć krew od chorego i po 24 g. zebrać surowicę, to taka surowica wprowadzona do krwi, działa jak białko obce i może wywołać wstrząs dość silny. Otóż wstrzykiwanie takiej surowicy do żył astmatykowi wrażliwemu na włosy baranie spowodowało wyraźną poprawę, ale tylko na 2 tygodnie. Natomiast Achard i Flandin mieli bardzo dobre wyniki po podskórnem stosowaniu surowicy chorego ale w dawkach małych i częstych (0,2—1,0) w astmie siennej, pokrzywce i chorobie Quinckego.

Stosowałem autoseroterapję w 3 przypadkach astmy. W 2 przypadkach szpitalnych zastrzyknięcie podskórne 15 cm surowicy było bez skutku. Natomiast w przypadku tu przedstawionym, dotyczącym kobiety wrażliwej na wełnę i inne substancje nie dające się określić, 20 cm surowicy zastrzykniętych dożylnie dało wprawdzie nazajutrz silny napad, który trwał kilka dni (dotychczasowe napady trwały tylko kilka godzin), ale zato od tego czasu, t. j. w ciągu 3 tygodni,

nie było wcale napadów. Dalsze stosowanie autoseroterapji (co 2—3 dzień) przerwało astmę na pół roku. Metody Acharda i Flandina nie miałem jeszcze sposobności wypróbować.

Stwierdzić obecnie, jakie przypadki nadają się do autoseroterapji, jest trudno, jest to rzecz przyszłości. Sądzę, że na razie uciec się do niej należy w przypadkach ciężkich i gdzie trzeba działać szybko. Pierwsza dawka, sądzę, powinna być duża — najlepiej dożylnie, a następne, mniejsze, podskórne.

Co do autohemoterapji, to ze względu na łatwiejsze jej stosowanie, powinna ona zdobyć sobie popularność — skuteczność jej, zdaniem niektórych, jest znaczna. Metodę tę stosowałem systematycznie u 3 chorych; po 5 zabiegach (20 cm) napady raz znikły, w innych 2 poczęły słabnąć, po 10 znikły. Wynik jednak jest niezbyt trwały, tak np. raz po miesiącu już napady wróciły, tak że zmuszony byłem kurację powtórzyć. W innych 2 przypadkach skutek był dłuższy, bo trwał prawie 4 miesiące.

Taką samą proteinoterapją, co i opisane dopiero metody, jest metoda leczenia wakcynami Danysza. Tu niema, wbrew Danyszowi, żadnego działania swoistego, niema żadnych swoistych antygenów, albowiem szczepionki jego nie zawierają wcale tych bakteryj, które najczęściej są przyczyną astmy prawdziwej i wrzekomej. Tu działają wyłącznie proteiny bakteryj, jako ciała obce, i z tego głównie względu mogą one być pożyteczne. Zaprzeczyć się jednak nie da, że pewne działanie mogą one mieć jako antigeny, jeżeli bakterje w nich zawarte odpowiadają przypadkiem florze chorego. Ale to jest rzecz rzadka i przypadkowa.

Rozumie się, że szczepionki samorodne stoją znacznie wyżej od różnorodnych obcych, gdyż tu oprócz protein działają i antigeny swoiste. Dotychczas stosowałem szczepionkę samorodną w 12 przypadkach astmy, przeważnie o etjologji nieznanej lub wyraźnej bakteryjnej. Najlepsze wyniki widziałem u osób starszych z chorobą zastarzałą lub występującą sezonowo. Tu niekiedy już 6—8 zastrzyknięć znacznie łagodziło stan chorych, a w niektórych przypadkach napady, dotychczas bardzo częste, znikały. Należy jednak leczenie to stosować wytrwale, najlepiej w ciągu kilku miesięcy, przyczem należy od czasu przygotowywać świeżą szczepionkę, gdyż skład flory chorego łatwo się zmienia.

Ogólne wrażenie, jakie wynosi się z tych usiłowań szkoły francuskiej, którym nie można odmówić uzasadnienia teoretycznego, jest, że na razie stoją o wiele niżej co do trwałości skutków od metody amerykańskiej. Sądzę jednak, że mają przed sobą wielką przyszłość, szczególnie, gdy zostaną oparte na materjale tak obfitym w liczby, jak amerykański.

Jeżeli teraz na zakończenie pozwolę sobie streścić sposób postępowania leczniczego w przypadkach astmy, wyraziłbym się w sposób następujący:

W każdym przypadku należy starać się wykryć przyczynę astmy; w tym celu należy nietylko badać odczyn skórny, ale i dokładnie zebrać wywiady od chorego, dotyczące całego jego życia i jego przyzwyczajeń. Pozatem należy chorego bardzo dokładnie zbadać i anomalje wykryte (ropienie w ustach, w nosie i t. d.) dobrze rozważyć pod względem związku ich z astmą.

Ponieważ wykrycie przyczyny astmy może zająć czas dłuższy i nie zawsze się udaje, należy, wobec bardzo rozpowszechnionej etjologji bakteryjnej astmy, w każdym przypadku cięższym i dłużej trwającym, szczególnie u osób starszych, uciec się do szczepionek, z początku heterogennych, jako łatwiej dostępnych, a następnie do autogennych. W braku szczepionki należy się uciec do autohemoterapji.

W razie wykrycia silnej wrażliwości na emanacje końskie, należy bezwarunkowo leczyć chorego proteinami swoistemi, które dają znakomite wyniki. Tak samo należy leczyć astmę pyłkową. Wrażliwość na pokarmy należy leczyć przez unikanie ich, albo też przez stopniowe zwiększanie dawek protein, stosowane do wewnątrz.

Sądzę, że w tym krótkim zarysie przedstawiłem Szan. Panom całokształt nauki o astmie tak, jak się on obecnie przedstawia. Wiele pozostaje tu jeszcze do zrobienia, poczęści na drodze klinicznej, poczęści na drodze doświadczalnej na zwierzętach. Drogi są wyraźnie wskazane. Jeżeli uda mi się zachęcić Szan. Kolegów do pracy w tym kierunku, zadanie mego odczytu będę uważał za spełnione.

Oceny i sprawozdania.

Dr. Wojciech Świętosławski. **Chemja fizyczna, T. 1** I. Wstępne wiadomości z termodynamiki, II. Piarwiastki chemiczne. III. Układy jednoskładnikowe. 1922. Nakł. Trzaski, Eweta i Michalskiego. Warszawa. 278 str. Cena 7200 Mp.

Wobec znaczenia, jakie chemja fizyczna ma dziś dla nauk biologicznych i medycyny, ukazasie się oryginalnego, jasno i treściwie napisanego podręcznika tej nauki nie będzie dla świata lekarskiego obojętne. Biolog, interesujący się podstawami fizyczno-chemicznemi fizjologji, przestudjuje z pożytkiem książkę prof. Świętosławskiego, i znajdzie w niej zarys chemji fizycznej, obejmujący najnowsze zdobycze tej nauki, a przedstawiony jasno i krytycznie przez uczonego poważnego, panującego w zupełności nad przedmiotem. Referent nie zna krótkiego podręcznika chemji fizycznej obcego, któremu mógłby przyznać wartość nad pięknym podręcznikiem prof. W. Świętosławskiego. *J. Parnas* (Lwów).

Prof. Dr. Adam Sołowij. **Nauka położnictwa dla położnych** z 102 rycinami w tekscie 8 tablicami. Lwów 1922.

W przeciągu pięćdziesięciu lat pojawiły się dwa podręczniki położnictwa dla położnych: Jordana i Dobrowolskiego.

Znając materjał uczennic położnictwa czyli przyszłych akuszerek, zawsze mi na myśl przychodziło, czy dla tych kobiet wyżej wspomniane książki nie są za obszerne; czy nie mają, jak na te głowy, za wiele balastu może niekoniecznego. Do nader ciężkiego zawodu położnych nie kwapią się bowiem ani kobiety z inteligencji ani nawet z półinteligencji lub z jakąś ukończoną szkołą, żeby to np. typu sześcioklasowego. Bywają to przeważnie dojrzalszego wieku kobiety niewprawnie, co najwyżej, czytające i nie ortograficznie bazgrzące. Gdyby też to były lepiej przygotowane do uczenia się kobiety, a przytem z pewną dążnością do doskonalenia się, co jest nader rzadkiem, to wspomniane typy książek byłyby doskonałe. Dla materjału jednak szkolnego, jaki istnieje u nas, i jaki bardzo długie lata istnieć będzie, potrzebny jest podręcznik, któryby zawierał wiadomości absolutnie konieczne, bez których położna obejść się nie może i które, po należytem praktycznem przygotowaniu w szkole, często sobie będzie przypominać, zaglądając do owego podręcznika, jeżeli jej czytanie nie przychodzi za ciężko.

Zdawaćby się mogło, że napisanie takiego podręcznika jest rzeczą łatwą. Tymczasem tak nie jest i być nie może, gdy tu nie tylko trzeba umieć się zniżyć, lecz i umieć osądzić, co jest konieczne, co mniej konieczne i co można zupełnie pominąć. Tu znaleźć granice, ciągle się zacierające, nie jest rzeczą łatwą. Pamiętać jednak należy, że książka taka napisana jest dla uczennic szkoły, w której dowiadują się obszerniej o wielu działach i w której, co najważniejsze, uczą się praktycznie położnictwa.

Wychodząc z tego stanowiska, musimy stwierdzić, że nowy podręcznik położnictwa dla położnych wcale nie jest, pomimo tamtych dwu, zbyteczny, przeciwnie, może być użyteczniejszy, gdy nie zawiera nic więcej, jak to, co koniecznie wiedzieć potrzeba, nie zapominając o rodzaju materjału szkolnego, dla którego jest przeznaczony. Jeżeli o to chodzi, czy autor dobrze przesiał przez sito cały materjał, aby otrzymać do celów, jakie sobie zakreślił, ziarno najużyteczniejsze, musimy przyznać, że mu się to zupełnie udało i że jego książka odda niewątpliwe nie małe usługi. Bo też i uczenie położnictwa w tutejszej szkole położnych, prowadzonej przez autora, nie można nazwać inaczej, jak doskonałem, o czem jako współegzaminujący miałem sposobność się przekonać i podziwiać, co z takiego materjału można zrobić przy usilnej pracy i dobrych chęciach.

Jeżeli jednak temu podręcznikowi można czynić pewne zarzuty, to jedynie takie, które nie ujmują nic z jego wartości dydaktycznej. Wrażenie, jakiego przynajmniej ja doznałem z czytania podręcznika omówionego, było tego rodzaju, jakby był pisany w pośpiechu, jakby autorowi lub nakładcy bardzo zależało na jego pojawieniu się terminowem. Na tem ucierpiał nierzadko i język i dobór wyrazów oraz jasność okresów. Są i powtarzania się i pewne niedopowiedzenia, jakby autora coś wstrzymywało.

Twierdzenia mego nie chcę popierać dowodami, bo mam przekonanie, że autor sam w drugiem wydaniu dostrzeże i usunie te nie ważne usterki, aby i pod względem zupełnego wykończenia była bez zarzutu ta niewątpliwie wielce użyteczna książka. *W. Bylicki* (Lwów).

Witołd Nowicki. **O chorobie raka i jej zwalczaniu.** Wydawnictwa Polskiego Komitetu do zwalczania raka. Serja popularna. Lwów 1922.

Zadaniem książeczki jest uświadomienie czytelnika, co to jest rak, i jak z nim należy walczyć. W tym celu autor w sposób popularny porusza na 72 stronicach sprawę rozpowszechnienia się raka zagranicą i u nas, tłumaczy, co to jest rak, i czem się różni od nowotworów dobrotliwych, omawia zagadnienie dziedziczności względem raka, jego zakaźność, znaczenie rasy, wieku, płci, alkoholu, odporność na raka, leczenie operacyjne i zachowawcze, sprawę pielęgnowania chorych na raka, wreszcie opisuje główne zasady walki z rakiem, podjętej zagranicą, i przytacza, co pod tym względem zrobiono u nas. Książeczka jest napisana zupełnie dostępnie dla inteligentnej publiczności, dla której jest przeznaczona, bogatą treścią, żywym stylem i rysunkami niezawodnie przyczyni się do rozpowszechnienia w Polsce wiadomości o raku i w ten sposób, skierowując niejednego chorego do lekarza w początkowym okresie choroby, może uratuje niejedno życie.

Książeczce należy życzyć szerokiego rozpowszechnienia. Cena książeczki 400 Mp. jest umiarkowana.

Witold Orłowski (Kraków).

»Przyroda i technika«, miesięcznik poświęcony naukom przyrodniczym oraz rozwojowi przemysłu i rolnictwa, wydawany przez Polskie Tow. przyrodników im. M. Kopernika (Kraków, Lwów, Poznań, Warszawa, Wilno). Lwów—Warszawa. Nakładem Książnicy Polskiej Tow. naucz. szkół wyższych przy zasiłku Wydziału nauki Ministerstwa W. R. i O. P.

Polskie Tow. przyrodników im. M. Kopernika, odczuwając potrzebę popularnego pisma przyrodniczego, już od dłuższego czasu starało się wznowić wydawnictwo »Wszechświata«, który przestał wychodzić ze śmiercią nieodżałowanej pamięci B. Znatowicza. Gdy jednak starania o to wznowienie spełzły na niczem, postanowiło Towarzystwo podjąć osobne wydawnictwo w rodzaju »Wszechświata«. I oto, dzięki tym staraniom i uzyskaniu wydatnej pomocy ze strony Ministerstwa W. R. i O. P., mamy przed sobą pierwszy zeszyt nowego, a tak bardzo potrzebnego pisma »Przyroda i Technika«. Programem pisma jest »zaznajamienie w sposób popularny ogółu społeczeństwa polskiego z najnowszemi zdobyczami naukowemi na polu przyrodoznawstwa i współczesnej techniki oraz rozpowszechnianie wiadomości o przyrodzie ojczystej«. Pismo ma nadto powiadamiać czytelników o ruchu naukowym przyrodniczo technicznym w Polsce. W tekście ma umieszczać liczne ilustracje.

Pojawienie się nowego pisma należy powitać z żywem zadowoleniem, wypełni ono bowiem dotkliwą lukę, jaka pozostała po »Wszechświecie«, i wzbogaci dzielnie nasze ubogie perjodyczne piśmiennictwo popularno-naukowe. »Przyroda i technika« powinna się znaleść przedewszystkiem w rękach młodzieży, a więc w bibliotekach szkolnych, o co winny postarać się nasze władze szkolne. Redakcję pisma objął dr. Benedykt Fuliński, profesor politechniki lwowskiej. Pismo jest miesięcznikiem. Adres Redakcji: Politechnika, Instytut zoologiczny, Nabielaka 22; Administracji »Książnica polska« T. N. S. W. Lwów, Czarneckiego 12.

Pierwszy zeszyt zawiera: Do Czytelników. — Pamięci B. Znatowicza. — Z. Fuchs. Budowa materji w świetle badań nowoczesnych. — S. Krzemieniewski. Ochrona przyrody ojczystej i jej znaczenie. — T. Malarski. Zarys rozwoju radiotelegrafji. — J. Łomnicki. O gościach mrówek.— Uczczenie zasług naukowych Franciszka Chłapowskiego. — Ruch naukowy. —Przegląd czasopism. —Przegląd książek. — Zapiski. *W. Nowicki* (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Rozprawy Akademji Nauk Lekarskich.

Tom I. zeszyt 2.

K. Lewkowicz. **Działanie zaziębienia i urazów dróg oddechowych.** Autor, opierając się na pracach swoich poprzednich i na spostrzeganym przypadku, wywołanym przez pseudomeningokoka, ziarenkowca gramoujemnego, ale mimo to nie identycznego z meningokokiem, dochodzi do następujących wniosków: zapalenie komór mózgowych, polegające na zakażeniu meningokokiem lub ziarenkowcami pokrewnemi, może w niektórych przypadkach przebiegać od początku w sposób przewlekły lub nawet utajony. Powstaje wtedy obraz zapalenia surowiczego opon, wodogłowia lub nawet guza mózgowego. Zapalenie komór powinno być uważane za zapalenie nieżytowe a przebieg utajony tego cierpienia z pojawiającemi się od czasu do czasu zaostrzeniami może być zestawiony z podobnemi przebiegami, zdarzającemi się przy zakażeniach grypowych. Wyniki badań, uzyskane przy zapaleniach opon, mogą posłużyć do wyjaśnienia pewnych zagadnień przy zapaleniach nieżytowych dróg oddechowych, przy których badań równorzędnych przeprowadzić nie można z powodu trudności technicznych. Zakażenie tworzy się podczas okresu utajonego spraw nieżytowych wyłącznie w nabłonkach, mianowicie w gniazdach zrzadka rozsianych, złożonych z jednej lub z kilku komórek nabłonkowych. W komórkach tych mikroby rozmnażają się bardzo obficie i są dobrze utrzymane. Dopóki drobnoustroje są nieuszkodzone i zawarte w nabłonkach, nie wywołują one żadnych objawów odczynowych. Komórka zakażona zostaje w końcu zupełnie zniszczona, odpada od podścieliska i rozpada się, a oswobodzone mikroby osiadają na nowych komórkach nabłonkowych, gdzie jednak przeważnie ulegają zniszczeniu tak, że zachowane zostają tylko w bardzo nielicznych gniazdach. Równocześnie uwalniają się także z rozpadłych nabłonków pewne ciała, które mogą wywoływać odczyny miejscowe i ogólne. Złuszczanie się nabłonków zakażonych odbywać się może samoistnie i jest wtedy bardzo skąpe, ale powtarza się często, albo też następuje nagle i masowo pod wpływem pewnych szkodliwości zewnętrznych. Przy zapaleniach opon wywierają taki wpływ upusty płynu z komór, przy sprawach grypowych mogą podobnie działać przedewszystkiem zaziębienia, uśpienie chloroformem i eterem, zatrucia gazami, a także urazy fizyczne i psychiczne. Leczenie swoiste spraw nieżytowych np. gonokokowych miałoby widoki powodzenia głównie w takim razie, gdyby można stosować surowicę swoistą wprost na zajęte zakażeniem śluzówki.

Wit. Kapuściński. **Studja w sprawie zachorzeń jagliacych.** Krytyczny przegląd piśmiennictwa, oparty na klinicznem doświadczeniu upoważniają autora do następujących wniosków: 1) ostra postać jaglicy jest swoistym wynikiem działania zarazka jagliczego; 2) ziarenka czyli jagielki są cechą poboczną, a nie główną w obrazie klinicznym jaglicy; 3) między jaglicą a nieżytem mieszkowym niema naogół tej przyczynowej różnicy, która dzisiaj uchodzi prawie za dogmat; 4) Istnieją stany zapalne śluzówki, nacechowane tylko aksamitnym wyglądem w połączeniu z korkociągowatemi naczyniami, wywołane przez zarazki jaglicy; 5) zapalenia śluzówki, w których znane chorobotwórcze drobnoustroje się nie znajdują, są prawdopodobnie również wywołane przez zarazek jaglicy, chociaż wymienione wyżej cechy w ciągu choroby nie wystąpią lub wystąpią może tylko w małym stopniu.

Jan. Dąbrowska. **Badania nad znaczeniem nadnerczy w powstawaniu miażdżycy.** Autorka postanowiła podjąć badania nad etjologją miażdżycy, idąc w kierunku anatomo-pato-

logicznym, opierając się na licznych badaniach doświadczalnych ze stosowaniem wyciągów z różnych narządów oraz na spostrzeżeniach klinicznych autorka zwracała uwagę na sekcji w przypadkach miażdżycy na zachowanie się nerek, nadnerczy, przysadki mózgowej i tarczycy.

Na ogólną liczbę zbadanych gołem okiem 56 przypadków 40 odpowiada następującemu schematowi: przy przewadze istoty korowej nad istotą rdzeniową w nadnerczach rozwija się przeważnie miażdżyca centralna, przy przewadze istoty rdzeniowej nad korową — miażdżyca obwodowa. Od tego zależy stosunek rozwoju obu postaci miażdżycy i jest w związku z przewagą czynników lipoidalnych lub wzmagających ciśnienie. A. nie przypuszcza, iż przy wzmożonem ciśnieniu, przy większem wydzielaniu adrenaliny i przy silniejszem jej działaniu na komórki zwojowe, przy czynnikach nerwowych występuje tak ważny czynnik dla powstawania miażdżycy, jak gra naczynioruchowa. Na czynniki te muszą w pierwszym rzędzie odpowiadać naczynia obwodowe, to obwodowe serce, którego praca idzie równomiernie z pracą serca centralnego. Dlatego też w tych właśnie naczyniach muszą następować największe uszkodzenia włókien sprężystych, ten pierwszy czynnik, który powoduje osłabienie ściany naczyniowej, chęć ze strony ustroju wyrównania światła naczynia, bujanie błony wewnętrznej i występujące w niej zmiany miażdżycowe. Natomiast przy przewadze miażdżycy centralnej odgrywać muszą rolę prawdopodobnie jakieś czynniki toksyczne lub inne uszkadzające ścianę dużych naczyń, w następstwie czego występuje ich osłabienie. Oczywiście, że i tu pewną rolę może odgrywać wzmożone ciśnienie, lecz może nie w tym stopniu, jak w naczyniach obwodowych. Błędem byłoby jednak przypuszczać, iż rola nadnerczy w powstawaniu miażdżycy jest rolą wyłączną. Może być szereg innych czynników, wywołujących miażdżycę, jak na to wskazują także przypadki Dąbrowskiej. Nadnercza wtedy mogą odgrywać rolę drugorzędną lub nawet nie odgrywać żadnej roli.

Własne badania autorki przekonały ją, iż miażdżyca może się przejawiać histologicznie nie zawsze w postaciach charakterystycznych, że zmiany ograniczają się nie tylko do błony wewnętrznej, jak to bywa w obrazach klasycznych, lecz że bardzo często dotykają one i błonę środkową.

Co do etjologji miażdżycy, autorka nawołuje do rozpoczęcia na nowo badania przy użyciu wszelkich nowoczesnych sposobów, gdyż poglądy dzisiejsze są przestarzałe i niezgodne z istotą tej sprawy.

St. Borowiecki. **Badania genealogiczne trzech rodzin ciężko obarczonych usposobieniem do chorób umysłowych.** Po przedstawieniu badań genealogicznych trzech rozpatrywanych rodzin, autor wyłania z mnóstwa podanych w piśmiennictwie sprzeczności kilka faktów niewątpliwych. Okazuje się mianowicie, że psychozy podobne przeważają u rodzeństwa, w pokoleniach po sobie następujących, natomiast nie zawsze można zauważyć przewagę psychoz podobnych. W rodzinach zaś, w których psychozy występują bardziej licznie, znowu góruje dziedziczenie podobne. Na podstawie materjału faktycznego, pomimo niewątpliwego istnienia w pewnych przypadkach podobieństwa dziedziczenia, nie można zatem obalić istnienia poliformizmu w innych przypadkach.

Tablice autora dają nam obraz zawiłych i pozornie często sprzecznych stosunków biologicznych, z jakiem się spotykamy. Dając nam z jednej strony przykład rozległego dziedziczenia podobnego, przedstawiającego jednak przy bliższem rozejrzeniu się najróżnorodniejsze postacie usposobienia psychopatycznego, dowodząc, że nawet podobieństwo dziedziczenia jest bardzo skomplikowane i nie zawsze dotyczy rozpoznania, ale często tylko poszczególnych objawów, przebiegu lub korelacji, stwierdzają z drugiej strony polimorfizm. Tablice te wykazują niewątpliwy wpływ obarczenia dziedzicznego w powstawaniu psychoz, szczególnie, jeśli zważymy zwiększenie się liczby psychoz w przypadkach obarczenia obustronnego. Dziedziczenie usposobienia do stępienia przedwczesnego jest tu wszędzie pośrednie, dziedziczenie usposobienia do psychozy manjakalno-depresyjnej często bezpośrednie. O ile pozwalałoby to wnosić o recesywności usposobienia pierwszego, a o charakterze dominującym usposobienia drugiego, orzekać w sposób pewny trudno, w każdym razie przemawiałoby to za rzeczywistością usposobienia do otępienia przedwczesnego.

W badaniach autora występuje wyraźna względność pojęcia podobieństwa dziedziczenia, jak i jego polimorfizm, a na pierwszy plan wysuwa się rozmaitość spostrzeganych zjawisk i konieczność dokładniejszego psychopatologicznego ustalenia frenotypów klinicznych wśród szerokich ram genealogicznych. Badanie rodzin prowadzi zatem do rewizji pojęcia »jednostki chorobowej«, t. z. jednostki chorobowe w dotychczasowem rozumieniu nie odpowiadają bynajmniej wymaganiom biologji, nie są one bowiem dość genealogicznie i biologicznie pomyślane. Dlatego najzupełniej uzasadnioną wydaje się autorowi próba ustalenia jednostek klinicznych na podstawie badania rodzin, a nie wyłącznie na podstawie badania klinicznego pojedynczych przypadków. Uwzględniając rozległe zadania, zarysowujące się na podstawie współczesnych badań nad rodzinami, jak najściślej związane z zagadnieniami klinicznemi, autor na zakończenie podkreśla ze szczególnym naciskiem konieczność ujednostajnienia metodyki badania dziedziczności.

H. Gruszecka. **O mechanizmie powstawania urojeń prześladowczych.** Mechanizm rzutowania w niektórych postaciach urojeń prześladowczych jest wynikiem dwóch czynników: Pierwszym jest rozterka wewnętrzna chorego, która wiedzie do wyparcia, względnie do niedopuszczenia do świadomości jednej z dwu sprzecznych dążności chorego w odniesieniu do tego samego przeżycia, drugi czynnik, to tendencja do wyżycia się stłumionej dążności chorego. Tę tendencję stłumionych życzeń i uczuć chorego do znalezienia sobie jakiegoś ujścia musimy uważać za główną przyczynę rzutowania. Oba te czynniki działają jednak w psychice zmienionej już przez właściwą sprawę chorobową. Toteż powyższe wywody mogą rzucić conajwyżej pewne światło na sam mechanizm rzutowania i jego determinację psychologiczną, na przyczyny, określające jego zewnętrzną postać i psychologiczną strukturę. *W. Janusz* (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Archives of internal medicine.
Maj i czerwiec 1921.

C. Greene i A. Gilbert. **Badania nad zachowaniem się krwiobiegu przy zmniejszaniu ilości tlenu w powietrzu.** Ustrój do czasu stara się wyrównać stopniowo zmniejszoną ilość tlenu w powietrzu. Po dojściu do pewnego kresu zmniejsza się lub znika uwaga badanego osobnika; ginie dowolna kontrola mięśniowa; następuje zupełna utrata przytomności, lecz z zachowaniem pewnego stopnia odruchowej kontroli dowolnych mięśni. W czasie wszystkich tych okresów odbywa się bicie serca i ruchy oddechowe. Krwi obieg wreszcie zatrzymuje się raptownie. Autorowie zbadali na 21 osobnikach zachowanie się serca we wszystkich wymienionych okresach włącznie aż do zapadu. Już z doświadczeń Berta, Schmidera, Whitney'a wiadomo, że brak tlenu w powietrzu wpływa na przyspieszenie tętna. Wpływ ten zrazu niewielki, bardziej się zaznacza w razie obecności 15—12% tlenu. Unikać należy w czasie doświadczeń nadwerężenia serca i rozszerzenia. Scheider, Sisco nie znajdowali jeszcze rozszerzenia serca na wysokości 14110 stóp. Najniższą ilością tlenu, jaką wytrzymują pewne ustroje z zachowaniem wyrównania, jest 7—6%, co odpowiada wysokosci około 28000—30000 stóp.

Główne zmiany przed przełomem w doświadczeniu były następujące: 1) Skrócenie odległości P—R na krzywej tętna, co świadczy o przyśpieszeniu przewodnictwa, i znanem jest, jako wynik przyśpieszania się, tętno w czasie ćwiczeń, 2) zmniejszała się cała odległość RT, 3) zmniejszała się rozległość fali T, obniżając się stopniowo ku fazie końcowej do chwili, gdy zjawia się maximum odchylenia, 4) czasami fala T stawała się dwufazową lub ujemną w chwili przesilenia lub bezpośrednio przed niem. Przedprzesileniowym zmianom krzywej towarzyszyły odczyny wyrównawcze, powodowane brakiem tlenu — ogólne przyśpieszenie tętna, wzmożenie się

ciśnienia krwi, ilości powietrza, wdychanego w przeciągu minuty. Natychmiast po przesileniu tętno stawało się wolniejsze, stopniowo oddalał się moment czynności »nadawcy rytmu«, czyli ośrodka, wytwarzającego rytm, od węzła przedsionkowo-komorowego. Tętno powracało do normy po przesileniu w przeciągu minuty a nawet i prędzej. Ze 120—130 uderzeń zwalniało się do 50—60. Zmianie tej w 6-ciu przypadkach towarzyszył rytm pochodzenia przedsionkowo-komorowego. W trzech przypadkach powstały rytm zatokowo-przedsionkowy ustąpił pod wpływem wznowionego dostępu powietrza. Dwa razy znikło zupełnie przewodnictwo z zachowaniem bicia przedsionków, fala tętna zginęła zupełnie dwa razy. Siła serca słabła odpowiednio do zmniejszania się ilości tlenu.

Autorowie w doświadczeniach swych nie doprowadzali do całkowitego osłabienia węzła przedsionkowo-komorowego lub łączności węzła z mięśniem komór. Z powyższego rodzi się nierozwiązane dotychczas pytanie: od czego zależą opisane zjawiska — czy od działania nerwu błędnego (vagospasmus), jako odczynu na zaduszanie się, czy też od bezpośredniego braku tlenu w tkankach?

Przy badaniu kandydatów do lotnictwa zwracano uwagę na nieprawidłowości tętna, które mogą określać stopień zdatności do służby; zauważono też powstawanie niemiarowości tętnia w razie zniżonej prężności tlenu w powietrzu. Autorowie badali zachowanie się tętna i notowali za pomocą sfigmografu ilość tlenu wdychanego. Z początku osobnik badany oddychał w przestrzeni powietrza o określonej ilości tlenu, która stopniowo ulegała zmniejszaniu, podczas gdy wydychany dwutlenek węgla pochłaniano wodotlenkiem potasowym. Na lewej ręce badanego przymocowano polygraf Mackenzie'go. Zapisów dokonywano co 5 minut, a w połowie przypadków stale z nieuniknionemi tylko przerwami w razie gwałtowniejszych ruchów badanego, przy dokonywaniu zdjęć roentgenowskich. Liczono przytem tętno, zapisywano ciśnienie krwi w skurczu i rozkurczu — na początku badania co 2 minuty, później co minutę. Oddech badano spirometrem, dokładną ilość wdychanego powietrza określano w dziesiątych częściach litra. Częstość tętna wzrastała aż do ostatnich chwil doświadczenia. Rozległość fali tętna wzmagała się stopniowo, czynność serca stawała się żywszą wraz z wrastającem ciśnieniem. W niewielkiej ilości przypadków objawy niedomogi krwiobiegu zjawiały się przed lub jednocześnie z obniżeniem sprawności psychicznej. Dwubitność tętna zauważyć się dawała nieraz przez cały czas doświadczenia, lecz niezależnie od siły odczynu serca. Jeżeli jej nie było na początku, wtedy dwubitność zjawiała się w końcu doświadczenia, gdy wzrastało ciśnienie skurczowe. Stale prawie widywano ją w ostatnich minutach próby, gdy ciśnienie skurczowe było wzmożone, a opór na obwodzie zmniejszał się, co było widoczne z opadania ciśnienia rozkurczowego i słabnięcia 2-go tonu na tętnicy głównej. Jak już Mackenzie zapewniał »obecność fali dwubitnej świadczy, iż zachowała się poważna ilość ciśnienia tętniczego«. Gdy odczyn serca słabnie, fala dwubitna znika. Naddwubitność zjawiała się w tych samych warunkach, o ile przytem następowało przyśpieszenie tętna. Niemiarowość pochodzenia zatokowego widoczną była we wszystkich przypadkach (81 raz); zwiększała się przy umiarkowanie przyśpieszonem tętnie, poczem znów słabła. Stopień niemiarowości rozwijał się równolegle do odczynu oddechowego, co wskazuje na współudział nerwu błędnego. W końcu np. niemiarowość znikała, gdy tętno przyśpieszało się znacznie. Przedwczesne skurcze komór zauważono u dwóch lotników (na 78 badanych) przed rozpoczęciem doświadczeń, u czterech innych dopiero w czasie prób — u jednego po 12-tu minutach przy tętnie 64, u drugiego również po 12 minutach przy tętnie 90. Raz jeden zauważono uderzenia międzybiegunowe po skończonej próbie przy tętnie 84.

Wogóle zjawiały się skurcze przedwczesne na początku doświadczeń, gdy wzmagał się odczyn oddechowy. Przy zwiększaniu się uderzeń serca ginęły owe za wyjątkiem jednego osobnika, który posiadał niewielką wadę serca. Objaw ten nie zmniejsza zdolności zawodowej lotników, gdyż wpływa niewiele na sprawność mechaniczną serca, jak to wykazali doświadczalnie Eyster i Swarthout. Na tętno naprzemienne zwracano szczególną uwagę, zwłaszcza ku końcowi próby, zauważono je jednak tylko 2 razy (raz jeden przy tętnie 95). Widocznie jest to objaw rzadki. Różnica wysokości fal była wtedy niewielka.

J. Drac.

Choroby kobiece.

Ginekologja.

Zentralblatt für Gynaekologie. 1921. Nr. 5.

H. Martius. **Zapobiegawcze cięcie cesarskie.** Rozwój techniki cięcia cesarskiego usunął na plan drugi obrót profilaktyczny i przedwczesny poród, stosowane dawniej przy miednicach ścieśnionych, i pozwolił zastosować postępowanie zapobiegawcze w daleko szerszym zakresie.

Autor sądzi, że typową operacją pozostaje dotychczas niskie wśródotrzewnowe cięcie cesarskie (zastrzega się przeciwko nazwie c. c. szyjnego; operuje się bowiem w dolnym odcinku, którego nie można identyfikować z szyją).

Jeszcze przed czasem w klinice w Bonn w przypadkach niezupełnie czystych operowano pozaotrzewnowo. Wskutek jednak niebezpieczeństwa uszkodzenia pęcherza, a dalej na podstawie badań bakterjologicznych Waltharda i własnej statystyki, które wykazały większą odporność otrzewnej na zakażenie, niż rany w powłokach brzusznych, — zaniechano tej metody.

Przytacza historję choroby 29 wieloródki ze ścieśnioną miednicą (sprzężna podł. Bylickiego 8 cm), u której w 39 godzin po odejściu wód płodowych wykonano cięcie cesarskie wśródotrzewnowe. Badanie bakterjologiczne wód płodowych wykazało obecność paciorkowców — na główce dziecka w kilka dni po porodzie wystąpiła martwica skóry odpowiadająca miejscu cieśni miednicy — mimo to przebieg po operacyjny nie dał najmniejszych objawów otrzewnowych, natomiast wystąpiło nieznaczne ropienie w powłokach brzusznych.

Autor przyłącza się do postępowania tych położników, którzy, nie operując w przypadkach zakażonych pozaotrzewnowo, nie unikają cięcia cesarskiego wśródotrzewnowego.

Przy wyłącznie klinicznej ocenie ciężkości zakażenia należy szczególną uwagę zwracać na tętno.

Wskazania do cięcia ces. w praktyce klinicznej:

1. przy dziecku nieżywem, o ile sprzężna prawdziwa wynosi 6 lub mniej cm; przy mniejszem ścieśnieniu wymóżdżenie;

2. przy dziecku żywem, o ile sprzężna pr. 7.5 cm lub mniej powyżej 7.5 cm, u pierwiastek postępowanie wyczekujące, u wieloródek, które już przebyły ciężkie porody płodów nieżywych, należy operować przy sprzężnej nawet ponad 7.5 cm.

Będzie to właściwie cięcie cesarskie profilaktyczne. W praktyce prywatnej będą tu nadal stosowane: profilaktyczny okres i poród przedwczesny.

O ile cięcie cesarskie pozaotrzewnowe staje się technicznie łatwiejsze, im więcej dolny odcinek jest rozciągnięty, to przy wśródotrzewnowem nie należy na to czekać. Należy więc, w myśl poleceń Leichtensteina, nie zwlekać z cięciem cesarskiem; operuje się więc wcześniej, niż przy c. c. pozaotrz. 2—3 godz. W ten sposób należy postępować z pierwiastkami o sprzężnej ponad 7.5 cm, w której główka nie ustala się i z wielorodkami, o ile przedtem niebyło wykonane cięcie cesarskie profilaktyczne.

Cięcie cesarskie wskazane będzie również przy niekorzystnych ułożeniach lub z powodu złego wstawiania się główki, gdy po kilku godzinach po odpływie wody przy silnych bólach czynność porodowa nie postępuje, a niema jeszcze wyraźnego zakażenia; cięcie cesarskie profilaktyczne zastąpi tu obrót.

W razach, gdy wystąpiło już wyraźne zakażenie — zamiast cięcia cesarskiego pozaotrzewnowego lub wymóżdżenia, utnie również dają niekorzystny wynik — należy zastosować cięcie cesarskie profilaktyczne z następowem usunięciem macicy i szerokiem drenowaniem ku dołowi.

Autor godzi się z twierdzeniem, że wymóżdżenie zwykłego dziecka powinno być w praktyce klinicznej zaniechane,

sądzi jednak, że w wyjątkowych przypadkach także dla tego zabiegu mogą zajść wskazania.

Rozszerzenie wskazań przy cięciach cesarskich pozwala na dłuższe wyczekiwanie, niż obrót zapobiegawczy. To też w ostatnich 7 latach w klinice w Bonn Franqué 64% kobiet ze ścieśnioną miednicą urodziło samoistnie, w przeciwieństwie do poprzedniego 10 lecia, gdzie odsetki te stano wiły 46,4%—17,6% porodów siłami naturą zaniechanie operacji zapobiegawczych. (Zeitsch. f. G. 1921 Nr. 5, Zesz. 7.

1921. Nr. 4.

P. Wolff. **Pęknięcie krwiaka jajnika z zejściem w krwistek pozamaciczny i jednoczesne krwawienie z trąbki po stronie przeciwnej.**

U 37 letniej wieloródki z powodu objawów zwiększającego się krwisteku pozamacicznego wykonano laparotomję. Podczas zabiegu stwierdzono wśród zlepów jelitowych pewną ilość ciemnej krwi — typowy krwistek pozamaciczny, a jako punkt wyjścia pęknięty krwiak prawego jajnika. Jajnik prawy był wielkości jabłka, prawa trąbka bez zmian; trąbka lewa w części bańkowatej rozdęta — po wylaniu się wypełniającej ją krwi przybiera kształt normalny. Wycięto jajnik prawy. Wycięto trąbkę lewą. Wobec zmian wyrostka jego wycięcia.

Drobnowidzowo nie stwierdzono w trąbce lewej komórek doczesnych ani kosmków — natomiast w części bańkowej skrzepy krwi dokonano częściowo w okresie organizacji; komórki tkanki łącznej napęczniałe, soczyste, ale bez charakteru doczesnowych, w części bliższej macicy były skrzepy śródścienne również stare. Badanie wyciętej części jajnika, a raczej torbieli było wykazało wylewy krwawe na obwodzie torbieli i w zmiażdżonej tkance jajnikowej bez elementów nabłonkowych. Na powierzchni jajnika były stare skrzepy.

Krwistek pozamaciczny z innych powodów, niż pęknięta ciąża pozamaciczna, należy do rzadkości; źródłem jest jajnik, a więc pęknięty pęcherzyk Graafa, lub osunięte torbiele — z nich najczęściej torbiele ciałka żółtego.

Co do przyczyn pęknięcia — podają masturbację, *coitus interruptus* i inne przyczyny, wywołujące zastój żylny w więzach szerokich (tyłozgięcie macicy i nowotwory). Inni oprócz tego stwierdzają takie pęknięcia przy ciąży pozamacicznej i przy włókniakach. Krwawienia z jajnika najczęściej spotykano w wieku 30—40 r. życia.

Trąbki zwykle są mało zmienione, często zdrowe zupełnie. Pęknięciu często towarzyszą bóle okresowe.

Jednocześnie dwa ginekologiczne źródła krwawienia do jamy brzusznej należą do rzadkości. — Istnieje w piśmiennictwie kilka podobnych przypadków opisanych — identycznego z opisanym przez siebie autor w dostępnej literaturze nie znalazł.

Badanie makro i mikroskopowe wyklucza, zdaniem autora, ciążę pozamaciczną — brak zmian w trąbce wyklucza jej krwiaka trąbki w pojęciu Frommego.

Przyczynę krwawienia ustalić w tym przypadku trudno.

W. Jakowicki. (Warszawa).

Stomatologja.

Zeitschrift für Stomatologie.

XX. 1922. Nr. 2.

Lartschneider. **Przyczynki do techniki odcinania wierzchołków korzeni dolnych dwuguzkowców.** Na podstawie badań anatomicznych stwierdził autor, iż położenie otworu bródkowego w stosunku do korzeni dolnych dwuguzkowców jest zmienne: albo otwór ten leży poniżej korzenia drugiego dwuguzkowca w pewnej odległości od niego, albo poniżej korzenia pierwszego dwugozkowca dość blisko, lub też pomiędzy oboma korzeniami. Przy wykonywaniu odcięcia wierzchołka dwuguzkowców trzeba mieć dokładną orjentację położenia obu korzeni i stosunku ich do otworu bródkowego i przewodu żuchwowego. Operacja tworzy, mimo postępowania przeciw i bezgnilnego, z rany ognisko zapalne. Im bliżej tego ogniska zapalnego leży otwór bródkowy, tem większa jest możliwość przeniesienia sprawy zapalnej do wnętrza przewodu żuchwowego i niepożądanych stąd następstw. Trzeba się więc starać o to, by jaknajmniej uszkodzić kość szczękową i pole operacyjne jaknajdalej od przewodu żuchwowego umieścić. Według badań autora jest kość pokrywająca dolną trzecią część korzeni dwuguzkowców najbardziej spoista, podczas gdy kość pokrywająca górne dwie trzecie jest znacznie cieńsza. Opierając się na tem spostrzeżeniu opracował L. sposób resekcji korzeni dolnych dwuguzkowców, polegający na tem, iż wykonuje dwa cięcia poprzeczne przez korzeń, usuwa część w ten sposób wyciętą i przez otwór w ten sposób powstały wytacza wierzchołek. Temsamem unika, przełożywszy okienko w kości znaczniej wyżej, sąsiedztwa otworu bródkowego i mogących z tego wyniknąć niepożądanych powikłań.

Riha. **Periodontitis hyperplastica.** Nazwą tą określa R. zgrubienie ozębnej widoczne w radjogramie, jako rozszerzenie cienia ozębnej, tudzież zgrubienie kości szczękowej ją otaczającej, a objawiające się choremu w postaci bardzo przykrego bolu zębów, dźwigających mostki, zęby ćwiekowe (zwłaszcza riczmondy) opaski regulacyjne, wreszcie wielkie wypełnienia złote lane, tudzież amalganiowe. Co do leczenia, to smarowanie jodyną, ciepło i leczenie wewnętrzne pozostają bez skutku: jedynem leczeniem prowadzącem do celu, jest zdjęcie obciążenia, po którym to zabiegu ulga występuje natychmiast, najpóźniej po upływie dwóch do pięciu godzin.

Doniesienie to mało harmonizuje z doświadczeniami sprawozdawcy.

Loos. **Upośledzenia czucia w obszarze nerwu bródkowego.** Opis przypadku zupełnego znieczulenia w obszarze nerwu bródkowego u kobiety 54-letniej, spowodowane uciskiem torbieli korzeniowej wielkości fasoli, pochodzącej od dwuguzkowców. Ucisk taki powoduje bezkrwistość i następowe zwyrodnienie nitek osiowych w kierunku obwodowym. Rokowanie jest dobre, gdyż po usunięciu przyczyny upośledzenie czucia ustępuje, choć czasem dopiero po dłuższym przeciągu czasu.

Z innych powodów upośledzenia czucia w obszarze nerwu bródkowego należy wymienić:

1. Zranienia nerwu przy operacjach w okolicy dwuguzkowców i kłów. (Odcięcia korzeni, wydłutowania, operacje torbieli).
2. Rozdarcie nerwu przy wyjęciu trzonowców.
3. Uszkodzenia przy wykonywaniu znieczulenia wyłączeniowego w okolicy otworu żuchwowego.
4. Uszkodzenia przez arsen.
5. Histerja.
6. Rozdarcie, nagniecenie, naciągnięcie nerwu przy złamaniu żuchwy.
7. Zapalenie nerwu przyrody zakaźno-toksycznej przy sprawach ropnych w okolicy otworu bródkowego.

XX. 1922. Nr. 3.

Köhler-Etling. **O ciśnieniu zgryzowem i nowym sposobie mierzenia go.** Polecenie badania siły wywieranej przez mięśnie przy żuciu, tak zwanego ciśnienia żującego (Kaudruck), zapomocą metody zapożyczonej z technologji, a polegającej na tem, iż kulkę stalową średnicy 5,75 mm wciska się w płytkę cynową rozmaitemi zębami, mierzy średnice powstałych w ten sposób zagłębień i porównuje z takiemi zagłębieniami, uzyskanemi wciskaniem tejże kulki zapomocą znanego obciążenia.

Loos. **Porażenie nerwu trójdzielnego i twarzowego pochodzenia zębowego.** Opis rzadkiego a interesującego, zarówno dentystę jak i neurologa, przypadku porażenia nerwu twarzowego po stronie prawej i trójdzielnego po stronie lewej, tudzież trzeciej gałęzi trójdzielnego po stronie prawej; porażenie to było wywołane zmianami zapalnemi zębodołów skutkiem nieodpowiedniego leczenia zębów przez technika dentystycznego i polepszyło się znacznie po wyjęciu wzgl. odcięciu wierzchołka chorych zębów.

Hauer. **Sprawozdanie o rozczynie jodowym Pregla.** Sprawozdanie zbiorowe, obejmujące zarówno własne wyniki autora, jakoteż wyniki innych, przedewszystkiem chirurgów i położników. Rozczyn Pregla działa dzięki powoli wytwarzającemu się in statu nascendi jodowi i jego własnościom odkażającym. W chirurgji oddaje dobre usługi do tamponowania ran, przepłukiwania ich i do zanurzania części przezną-

czonych do przeszczepienia. Wstrzykiwany śródżylnie w dawce od jednego do czterystu sześciennych cm dał wprawdzie cały szereg pomyślnych wyników przy posocznicy, grypowem zapaleniu płuc, śpiączkowem zapaleniu mózgu, zapaleniu miedniczek nerkowych, otrzewnej, zakażeniu połogowem i i., lecz z drugiej strony wywołał liczne zejścia śmiertelne z powodu obfitych skrzepów.

La Revue de Stomatologie.
XXI Q. 1. (1922).

S a u v e z. **O pożądanych reformach studjów dentystycznych; projekt reorganizacji.** Treść artykułu stanowi referat wygłoszony na posiedzeniu komisji międzyministerjalnej, złożonej z przedstawicieli ministerstwa oświaty i innych, dnia 12. XII. 1921 w sprawie reformy studjów dentystycznych we Francji. Sprawa ta jest tembardziej interesująca, iż reforma studjów dentystycznych, będąca obecnie aktualną w wielu państwach, jest nią również i u nas. Wywody autora stoją na stanowisku bezwzględnej łączności z medycyną, uważając dentystykę za część organiczną tejże, a nie za coś odrębnego, i dadzą się pokrótce streścić, jak następuje:

1) Do wykonywania dentystyki, gałęzi medycyny, koniecznym jest doktorat medycyny.

2) Tytuł »chirurga-dentysty« (Chirurgien-dentiste, istniejący we Francji od roku 1892) zostaje zniesiony w okresie czasu około 6 lat.

3) Postanowienia przejściowe, obowiązujące w okresie aż do zupełnego wejścia w życie nowego porządku studjów, przewidywać mają ułatwienie dotychczasowym chirurgom-dentystom tudzież studentom uzyskania stopnia doktora medycyny przy zmniejszonej liczbie zapisanych kursów.

4) Stomatolodzy francuscy są łącznie z zrzeszeniami ogólno lekarskiemi, do których należą, bezwarunkowo przeciwni stworzeniu osobnego doktoratu dentystyki, jako tytułu niepotrzebnego, nieuzasadnionego, niebezpiecznego i przeciwnego zwyczajom francuskim.

W a t o n. **O ziarniniakach zębowych.** Autor, profesor stomatologji na uniwersytecie w Montpellier, zastanawia się nad sprawą względnej częstości ziarniniaków wierzchołkowych i rzadkości torbieli i stara się wytłumaczyć ten stosunek badaniami histologicznemi wyłuszczonych ziarniniaków wraz z korzeniami, przyczem dochodzi do wniosku, iż torbiele małe są względnie częste, lecz ulegają często zropieniu, a utrzymują się nieliczne torbiele znaczniejszych rozmiarów. Wskazania lecznicze, wysnute przez autora, nie polecają wyjęcia zębów, nad których wierzchołkami radjografja wykazuje wyjaśnienia, z obawy, iż zabieg taki mógłby pozostać niezupełny z powodu oderwania się ziarniniaka, względnie torbieli, pozostania w głębi zębodołu i podtrzymywania dalszej sprawy zapalnej, ani też odcięcia wierzchołka korzeni, jako »operacji«, na którą nie możemy chorych naszych często narażać. Natomiast, wychodząc z założenia, iż ziarniniaki nie zmieniają się nigdy w torbiele, lecz są wyrazem odczynu obronnego kości szczękowej, poleca zabiegi zachowawcze, zmierzające do wyleczenia zębów zakażonych.

(Uwaga sprawozdawcy: takie postawienie sprawy przez autora musi uważanem być, według obecnego stanu rzeczy, za przestarzałe i zarówno przy definicji ziarniniaków, jak i wskazaniach leczniczych, należałoby postawić wielki znak zapytania).

T h é s é e. **Naturalne wypadnięcie zęba mlecznego powodem śmierci krwawca.** Opis przypadku śmierci ze skrwawienia chłopca dziesięcioletniego po wypadnięciu drugiego trzonowca mlecznego dolnego. Mimo zastosowania wstrzykiwań surowicy, żelatyny, ergotyny chłopiec, pochodzący z rodziny krwawców, zmarł w kilka dni po wypadnięciu zęba. Nawiązując do tego przypadku poleca autor leczenie zalecane przez W e i l a, polegające na systematycznych wstrzykiwaniach »hemostylu« kilka razy miesięcznie przez przeciąg kilka miesięcy, by sprowadzić zmianę krzepnienia krwi; prócz tego leczenia zapobiegawczego zaleca wstrzykiwania podskórne 5% wody peptonowej, tudzież przetoczenie krwi, w zmianach wydzielania gruczołu tarczowego odpowiednie przetwory narządolecznicze (hematotyroidyna).

P e t i t. **O wypełnieniach.** Krótkie uwagi praktyczne wykonaniu wypełnień, przeznaczone dla początkujących, a dotyczące głównie plomb plastycznych: cementowych i amalgamowych.

J a c q u e s. **Podostre zapalenie kości i okostnej szczęki górnej pochodzenia zębowego.** W szeregu studjów nad patologją szczęk zajmuje się autor podostrem zapaleniem kości i okostnej, szczególnie w szczęce górnej, wychodząc z założenia, iż patologja obu szczęk, górnej i dolnej, znacznie się różni. Przykładem jest fakt, iż nawet rozległe obrażenia szczęki górnej goją się zupełnie zadowalniająco, podczas gdy obrażenia szczęki dolnej łączą się często z powikłaniami miejscowemi lub odległemi. Autor spostrzegał częstokroć obraz chorobowy zapalenia szczęki górnej, stanowiący przejściową postać między torbielą korzeniową, do której jest zbliżona przebiegiem klinicznym a ostrem zapaleniem szczęki, od którego się różni podostrym przebiegiem. Wywody swoje ilustruje pięcioma historjami chorób i definiuje opisywane schorzenie anatomicznie, jako obrzęk zapalny przewlekły okostnej szczęki, połączony z martwicą kości, tudzież nowowytwarzaniem kości. Przyczynę stanowią zęby zakażone drobnoustrojami o osłabionej jadowitości. Leczenie operacyjne z wyjęciem zęba lub odcięciem wierzchołka.

Allerhand (Lwów).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Łuckie Towarzystwo Lekarskie.

P o s i e d z e n i e n a u k o w e w dniu 18. sierpnia 1922.
(Dokończenie).

IV. R o ś l i n y w p ł y w a j ą c e n a w y d z i e l a n i e p o t u: a) n a p o t n e, bez pospolity (*sambucus nigra*), łopian większy (*lappa major*), fiołek trójbarwny (*viola tricolor*), lipa pospolita (*lilia cordata*), malina właściwa (*rubus idaeus*), rumianek pospolity (*matricoria chamomilla*), dymnica lekarska (*fumarea officinalis*; b) p r z e c i w p o t n e: szałwia lekarska (*salvia officinalis*).

V. R o ś l i n y, d z i a ł a j ą c e n a n a r z ą d y m o c z o p ł c i o w e: a) m o c z o p ę d n e: dynia zwyczajna (*cucurbita pepo*), arbuz zwyczajny (*citrullus vulgaris*), brzoza biała (*betula alba*), perz pszenica (*triticum repens*), kukurydza zbożowa (*zea mays*), fiołek trójbarwny (*viola tricolor*), łopian większy (*lappa major*), bez pospolity (*sambucus nigra*), fasola pospolita (*phaseolus vulgaris*), skrzyp polny (*equisetum arvense*), koper ogrodowy (*anetum graveolens*), pietruszka domowa (*petroselinum sativum*), mącznica garbarska (*arctostaphylos uva ursi*), połonicznik gładzi (*herniarnia glabra*), prosia nawłoć pospolita (*solidago virga aurea*), b) r o ś l i n y, p r z y s p i e s z a j ą c e r e g u l a r n o ś ć: komosa mierzliwa (*chenopodium Vulvaria*), starzec pospolity (*senecio vulgaris*).

VI. R o ś l i n y u ż y w a n e p r z y c h o r o b a c h n e r w o w y c h: kozłek lekarski (*valeriana officinalis*), arcydzięgel kartuzów (*archangelica officinalis*), bylica pospolita (*artemisia vulgaris*), chmiel pospolity (*humulus lupulus*), kokornik powojowaty (*arystolochia clematitis*).

VII. R o ś l i n y o d z i a ł a n i u l e c z n i c z e m n a s k ó r ę: żywokost lekarski (*symphytum officinale*), nostrzyk lekarski (*melilotus officinalis*), len pospolity (*linum usitatissimum*), gorczyca biała (*sinapis alba*), chrzan siewny (*cochleoria armoracia*), pokrzywa pazgu (*urtica urens*), powojnik prosty (*clematis erecta*), kasztanowiec pospolity (*aesculus hippocastanum*).

VIII. G r u p a z b i o r o w a: borówka czernica (*vaccinium myrtillus*), przy cukrzycy, łuszczycy, wyprysku, borówka wiecznozielona bruszniea (*vaccinium vitis idea*), p r z y s k a z i e m o c z a n o w e j, wierzbówka błotna (*filipendula ulmaria*) przy g o ś ć c u s t a w o w y m bylica piołun (*artemisia absyntnim*), przy zimnicy, głóg zwyczajny (*crataegus oxycanta*) w ł a s n o ś c i p r z e c i w g o r ą c z k o w e fiołek trójbarwny (*viola tricolor*), w p r z y p a d k a c h r a k a n i e p o d l e g a j ą c e g o o p e r a c j i, oman pospolity (*inula helenium*), przy z i m n i c y, g r u ź l i c y, d z i a ł a n i e p r z e c i w g n i l n e, turzyca piaskowa (*carex arenaria*) d z i a ł a n i e z b l i ż o n e d o d z i a ł a n i a s a r s a p a r i l l i, czeremcha (*prunus padus*) przy nieżytach spojówki.

W dyskusji: gość p. Aleksander P r u s i e w i c z pokazał popularną książkę »Planta«. — Ważniejsze rośliny lecznicze, dziko rosnące i uprawne w Polsce — przytoczył, co następuje: W dawnych czasach zioła lekarskie były jedynemi środkami leczniczemi; od XII. wieku w Polsce hodowano specjalne ogrody roślin lekarskich; w początku XV. w. ukazały się zielniki pisane; następnie, w połowie XVI. w. wystąpił cały szereg polskich uczonych, jak Janston Falimierz, Marcin z Urzędowa, a w końcu XVIII. w. Szymon Serenjusty z bardzo poważnemi dziełami, traktującemi o ziołach. Nowsze piśmiennictwo z początku XIX. w. dało wiele cennych prac, jak prace Kluka, Bessera. Zaś praktyczna uprawa roślin lekarskich coraz więcej upadała, zamiast własnych — sprowadzano z Niemiec, na czem Polska traciła miljony, a bogactwo naturalne marniało. Dla podniesienia krajowej produkcji ziół, w interesie własnym,

powstały Towarzystwa »Planta« w Warszawie, »Flora« w Poznaniu, które zlały się w jedno z oddziałami w Brześciu-Litew., Pińsku, Wilnie, Lwowie i Krakowie. Kol. B. Bejlin wyraził przypuszczenie, że referat ma na celu pobudzenie gospodarstw rolnych do kultywowania roślin lekarskich i wyraził ubolewanie, że na odczyt nie zostali zaproszeni aptekarze.

Kol. Miłaszewski, podnosząc wielkie znaczenie i solidne opracowanie referatu, wskazał na konieczność pewnych uzupełnień, dotyczących charakterystyki roślin, morfologicznych danych oraz dokładniejszego podania wskazówek, jakie części roślin należy używać przy preparowaniu lekarstw i wreszcie kiedy rośliny winny być zbierane. Przechodząc do poszczególnych punktów, zauważył, że w referacie opuszczono niektóre ważne w lecznictwie rośliny, jak np. ziemowit jesienny (*colchicum autumnale*), znakomicie działający przy dnie, starożytni nazywali go »*Anima articulorum*«, albo cebula zwyczajna, którą nazywają »karlsbadem ludowym«. Ⲑ chrzanie zapomniano dodać, że prócz działania zewnętrznego ma zastosowanie wewnętrzne zwłaszcza przy skorbucie — *tinct. antiscorbutica s. raphani composita*. Kol. Abramski zachwalał na podstawie własnego doświadczenia miazgę z jagód kaliny (*viburnum opulus*), a także kąpiele z liści, przy leczeniu wyprysku u dzieci.

Kol. Kowalski zaważył, że wyciąg paproci samczej prócz działania przeciw tasiemcowi wywołuje leukocytozę neutrofilną, przy odpowiedniem zmniejszeniu eozynofilów i lymfocytów, jak to stwierdzili Grek i Reichenstejn (Gazeta lek. 1910).

Kol. Wojnicz co do jaskółczego ziela dodał, że w ostatnim dziesiątku ubiegłego stulecia rosyjscy lekarze zachwalali skuteczność działania tego środka przy raku. U nas stwierdził to kol. Pękosławski, lecz kol. Stefan Kossobudzki zupełnie się rozczarował co do tego leku, jsk to opisał w »Medycynie« 1898 r. Nr. 4. Również należy wziąć pod uwagę, że u nas w wielkiem użyciu jest jagoda poziomki, jako środek leczniczy w cierpieniach przewodu pokarmowego (wady trawienia). Niektórzy zachwalają także djetę owsianą przy cukrzycy np. Noorden, Archipow i Westenrijk. »W sprawie leczenia owsianą mąką« (Wien. klin. Wochenschr. 1908 Nr. 36.). Co do kurzego ziela (*potentilla termentilla*) zauważył z własnego doświadczenia, iż jestto środek bezwątpienia skuteczny przy wpuszczających biegunkach u dzieci (używa się odwar). Na zakończenie kol. Dolner zaznaczył, że szeregi naszych botaników ojczystych, prócz wymienionych przez A. Prusiewicza, zdobią jeszcze takie imiona, jak Jakób Waga, Józef Jundziłł, Raciborski, Jakób Sobkiewicz, J. Paczoski, Montrezor, Józef Rostafiński i inni, z dzieł których prelegent korzystał, zbierając zioła lecznicze. W odpowiedzi kol. Miłaszewskiemu prelegent wyjaśnił, że umyślnie nie obarczał swego odczytu danemi ściśle botanicznemi albo farmacetycznemi, żeby nie powiększać i tak obfitej treści, chociaż głównych wskazówek praktycznych nie pomijał. Co się tyczy *colchicum autumnale*, to roślina ta na Wołynia dziko nie rośnie, podobnie także cebula.

O jagodzie poziomki, wspominanej przez kol. Wojnicza, zauważył, że się używa z dobrym rezultatem przy skazie moczanowej (Linneusz, Wasiljew, Chrząszczewski i inni), a opuścił ją przez zapomnienie. Dobre działanie ziela kurzego przy nieżytach jelit w zupełności potwierdza. Obecnie celem prelegenta jest zwrócenie uwagi lekarzy, że na Wołyniu wielka ilość ziół lekarskich rośnie dziko całemi łanami, jak np.: *Polygonum hydropiper, Erythrea centaurium, Sennecio vulgaris, Valleriana officinalis, Digitalis ambigua, Solidago virgo aurea* i t. d.

Prezes: *Fr. Miłaszewski*. Sekretarz: *A. Wojnicz*.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 26. września 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

I. Niewiński Wł. przedstawił z oddziału Wł. Starkiewicza a) przypadek **zapalenia zniekształtniającego kręgosłupa** (*spondylosis rhizomelica*) w bardzo silnym stopniu rozwoju, z zajęciem stawów barkowych i biodrowych. Prześwietlanie wykazało silne odwapnienie trzonów kręgowych i skostnienie więzadeł międzykręgowych. Odczyn Wassermanna wybitnie dodatni. N. zalicza spostrzeżenie to do postaci mieszanych *spondylosis rhizomelica* (Strümpell-Marie-Bechterew);

b) przypadek **kiły narządów wewnętrznych**, mianowicie płuc oraz przypuszczalnie nerek. Chory lat 34 przybył na oddział w stanie wyniszczenia z kaszlem, puchliną wydatną kończyn dolnych. W płucu prawem stwierdzono rozległe zmiany opukowe oraz liczne rzężenia wilgotne dźwięczne i oddech nieokreślony. Wielokrotne badanie plwociny na prątki Kocha — ujemne. Serce bez zmian wyraźnych. Śledziona niewyczuwalna, wątroba miernie powiększona. W moczu — ilość dobowa około 1½ litra, c. gat. 1010—1005, białka 8‰, w osadzie liczne wałki ziarniste i szkliste oraz komórki nerkowe przy braku krążków czerwonych. Ciepłota poza jednodniowem wzniesieniem do 37.8 przez cały czas prawidłowa. Próba Wassermanna wybitnie dodatnia (++++). Rozpoczęto oględne leczenie specyficzne jodkiem potasu w dawkach średnich wraz z jednoczesnem wcieraniem szaruchy. Wynik leczenia był w wysokim stopniu pomyślny. Zmiany płucne wysłuchowe szybko poprawiły się i obecnie chory prawie wcale niema rzężeń wilgotnych, pozostało jedynie stępienie opukowe z oddechem zaostrzonym. Ilość białka spadła do 0,5‰ ostatnio ponownie podniosła się. Puchlina kończyn zniknęła. Stan ogólny wybitnie się poprawił, waga ciała mimo zniknięcia obrzęków wzrosła. Ciśnienie krwi według Riva-Rocci'ego raczej nizkie; zawartość mocznika we krwi w granicach normy (0.4 na litr). Wydalanie chlorków dostateczne. Próba wodna i koncentracyjna wypadły pomyślnie. Taki wynik leczenia swoistego przemawia nader silnie za przypuszczeniem natury kiłowego cierpienia płucnego i każe podobnie wnioskować odnośnie do istoty cierpienia nerek chorego. Według Munka nefropatja kiłowa sprowadza się do wysoce typowego obrazu mniej lub więcej ciężkiej nefrozy z ogólną charakterystyczną jej symptomatologją: obrzękami, oligurją, wysokim ciężarem gatunkowym moczu, dużą zawartością białka, brakiem krwi w moczu. Munk dodaje jeszcze jedną cechę charakterystyczną dla nefroz wogóle, a nefrozy kiłowej w szczególności, mianowicie obfitą ilość lipoidów w osadzie, stwierdzaną za pomocą mikroskopu opatrzonego przyrządem polaryzacyjnym. Przypadek przedstawiany zaliczyćby należało do postaci nefropatji mieszanej o cechach pod wieloma względami właściwych nefrozie z jednoczesną wszakże domieszką objawów, świadczących o tendencji ku sprawie marskiej.

W dyskusji Szokalski uważa pokaz chorego ze zmianami w płucach za ciekawy i ważny ze względu na rzadkość kiły płuc. Francuscy autorowie stwierdzają, że kiłę płuc bardzo rzadko się spostrzega. Systematyczne badanie płuc promieniami X. w znacznym stopniu ułatwia rozpoznanie kiły płuc, jak to przeprowadzano w jednym ze szpitali paryskich.

Trzciński w drugim okresie kiły spostrzegał u chorych duże ilości białka do 10‰ obrzęki, przesięki, brak krwi w moczu, niewielką ilość wałków. Powyższe objawy pozwalają, zdaniem Trzcińskiego na rozpoznanie zapalenia nerek pochodzeniu kiłowego ze znacznem prawdopodobieństwem. Prof. A. Gluziński wspomina, że przed kilku miesiącami przedstawił zdjęcia roentgenowskie, wykazujące znaczne zmiany w płucach, które pod wpływem leczenia przeciwkiłowego następnie znikały, jak to wykazały powtórne zdjęcia. W swoich rozpoznaniach prof. G. opierał się na zmianach spostrzeganych w innych narządach wewnętrznych. Prof. G. zawsze stwierdzał u takich chorych dużą wątrobę i dużą śledzionę. Co się tyczy nerek, to trzeba odróżniać zmiany w drugorzędnej kile i trzeciorzędnej. Rozpoznanie zapalenia nerek kiłowego, według prof. G., nie może się opierać na tych cechach, o jakich wspominał Trzciński, gdyż i w innych stanach chorobowych będą te same objawy nefrozy. W trzeciorzędnej kile przeważają zmiany naczyniowe w nerkach, mamy obraz wczesnej sklerozy, a mianowicie nizki ciężar gatunkowy, niewielką ilość białka, niewielkie obrzęki. Starkiewicz Wł. wyjaśnia, że postanowił przedstawić omawianego chorego, aby zwrócić uwagę na zmiany kiłowe w nerkach, trudne do rozpoznania z braku cech charakterystycznych — braku obrazu klinicznego. S. przypuszcza, iż uda się ustalić obraz kliniczny zapalenia kiłowego nerek, o ile będzie się zwracało większą uwagę na nerki.

2. Elektorowicz z klin'ki prof. Gluzińskiego przedstawił **zdjęcia roentgenowskie ruchomej wątroby**. Cała wątroba została przesunięta na lewo, a z prawej strony pod przeponą wchodziła okrężnica. U chorej klinicznie i na rentgenogramie stwierdzono wrzód żołądka.

W dyskusji Szczepański zaznacza, że wspólnie z kol. Sabatem we Lwowie spostrzegali 8 przypadków ruchomej wątroby i to u mężczyzn. Chorzy ci skarżyli się na przypadłości żołądkowe z objawami zwężenia odźwiernika, uporczywe zaparcia stolca. Jelito grube było długie, wiotkie na długiej krezce. Klinicznie stwierdzali brak stłumienia w okolicy wątroby. W czasie, kiedy jeszcze nie stosowano promieni X. Vierfelder ogłosił 9 przypadków z ruchomą wątrobą. Sabat pokazuje klisze rentgenowskie spostrzeganych we Lwowie 8 przypadków ruchomej wątroby i zaznacza, że we wszystkich 8 przypadkach stwierdzono wrzód żołądka. Ruchomość wątroby powoduje powstawanie wrzodu żołądka. Grudziński wyjaśnia, że omawiane przypadki spotyka się dość często i że są wyodrębnione 3 postacie: 1) postać, kiedy grube jelito układa się ponad całą wątrobą; 2) postać, kiedy jelito zajmuje ponad wątrobą część przestrzeni i 3) postać, kiedy grube jelito układa się z boku wątroby. Najczęściej ruchoma wątroba nie dawała żadnych objawów klinicznych i tylko przypadkowo można było to stwierdzić. W większości przypadków dotyczyło to osobników z objawami charłactwa. Prof. Gluziński podkreśla, że obraz ruchomej wątroby ze współistniejącemi objawami zmusza nas do zastanowienia się, wskutek jakich przyczyn wątroba staje się ruchomą. Sprawa ruchomej wątroby stoi w związku z ogólnym stanem astenicznym Stillera. Długa krezka wszystkich jelit daje obraz kliniczny choroby Glenarda, tu znowu powstają wrzody żołądka. Ten zespół objawów choroby Glenarda i wrzodu żołądka potwierdza teorję powstawania wrzodów żołądka Edwarda Zielińskiego. Zbiory Czarneckiego wykazują rodzinne przypadki omawianych cierpień. Wiotkość więzadeł wątroby, szczególniej *ligamentum teres*, opadnięcie trzew, zwiotczenie ścian brzusznych pozwala na opadnięcie wątroby i przesunięcie jej na lewo.

3. Z. Michalski wygłosił rzecz p. t.: **„Cholesteryna a gruźlica płuc“**. (Rzecz przeznaczona do druku w Pol. Gaz. Lek.).

W dyskusji prof. Rzętkowski zaznacza, że badanie przemiany cholesterynowej w organiźmie jest utrudnione, gdyż nie wiadomo, jaki udział biorą w tej przemianie główne składy: nadnercze i mózg. Ludzie chorzy na gruźlicę tracą dużo cholesteryny w plwocinie, zmniejsza się jej ilość w nadnerczach, we krwi. Prawdopodobnie jad gruźliczy oddziaływa na system współczulny. Główne składy cholesteryny, nadnercza i mózg, ulegają zuburzeniu, które ilościowo wzrasta. Nasuwa się dużo zagadnień teoretycznych i wskazówek leczniczych. Może za pomocą cholesteryny uda się wpłynąć na odporność tkanek. Prof. Gluziński wspomina, że przed 10 laty podawał cholesterynę w stanach niedokrwistości, jednak bez wyniku.

Zabierała jeszcze głos Wojnarowska.

Sekretarz doroczny *W. Kowalski.*

Sprawy zawodowe.

W sprawie stosowania do dentystów ustawy opłacania podatku od przedmiotów zbytku.

Ostrzeżenie: Wydział Izby Lekarskiej Wschodniej Małopolski ostrzega Kolegów, zajmujących się dentystyką, by wobec poczynienia starań o zniesienie mylnego stosowania ustawy o 10 % opłacie stemplowej od przedmiotów zbytku do dentystów, wykonujących dostawki zębowe z metali szlachetnych, nie stosowali się do wezwania Urzędu wymiaru należytości we Lwowie L. 25178/22 z 15.10 1922. ksiąg, przepisanych jedynie dla Kupców, a nie dla lekarzy, nie prowadzili odnośnych rachunków i chorym, otrzymującym dostawki, ich nie wręczali, uważając dostawki zębowe za konieczność zdrowotną, a nie za przedmiot zbytku. Lwów, 2.11 1922. Za Wydział Izby lekarskiej Wschodniej Małopolski Prezydent *Dr. Papée.* m. p..

Kurs epidemjologiczny dla lekarzy sanitarnych.

Kurs epidemjologiczny dla lekarzy sanitarnych, urządzony na podstawie uchwały Międzynarodowej Konferencji Sanitarnej Warszawskiej (20—26 marzec 1922 roku), odbędzie się w Warszawie.

Początek kursu 20 listopada 1922 roku. Koniec około 10 grudnia 1922 roku. Program kursu przedstawia się, jak następuje.

I. Stan epidemjologiczny Polski, Rumunji i Rosji; wykładający: Dr. Szymanowski, prof. Contacuzeme, prof. Tarasiewicz.

II. a) Metodyka ankiet epidemicznych, prof. Abel (Jena)

b) Statystyka Sanitarna, Dr. Ciągliński.

c) Prawodawstwo Sanitarne, Dr. Palester.

III. Zwalczanie epidemij w strefie sanitarnej ochronnej i tłumienie ognisk w głębi kraju, Dr. Lewit.

Kąpielnictwo, dezynfekcja i dezynsekcja ze strony technicznej, inż. Kamler.

Szczepionki ochronne, Dr. Sierakowski.

IV. Konwencje sanitarne międzynarodowe, Dr. Sęczyc.

V. Bakterjologja i odkażania, Dr. Brunner.

VI. Klinika i etjologja chorób zakaźnych (dur osutkowy powrotny, brzuszny, rzekomy; czerwonka, cholera, ospa), Dr. L. Karwacki i Dr. S. Sterling — Okuniewski.

VII. Higjena wody i asanizacja, prof. Dzierzgowski.

VIII. Zasady propagandy sanitarnej, Dr. Gromski.

Wykłady będą się odbywały codziennie od godz. 9-tej do 1-szej w Centralnym Instytucie Epidemjologicznym Min. Zdrowia Publ. (Chocimska 2) z wyjątkiem sobót, przeznaczonych na wycieczki. Godziny popołudniowe będą przeznaczone na ćwiczenia praktyczne oraz na studja w bibljotece zakładu. Słuchaczy przydziela Ministerstwo Zdrowia Publ. z pośród lekarzy, pełniących służbę w N. N K., oraz Ministerstwo Spraw Wojskowych z pośród lekarzy, przeznaczonych do służby higjenicznej.

Od Redakcji. PP. Autorów uprzejmie upraszamy o możliwie odwrotne odsyłanie korekt wraz z rękopisami. Wydawnictwo naszego pisma udziela **bezpłatnie 25 odbitek nielamanych, za łamane płaci** się według rachunku drukarni.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Redakcja krakowska »Polsk. Gaz. lek.« otrzymała od dra F. Lenarta z Chicago drugi z rzędu list w sprawie pouczania świata lekarskiego Ameryki o ruchu naukowym i postępach wiedzy lekarskiej w Polsce. List ten nacechowany gorącą miłością ojczyzny i chęcią służenia jej w miarę możności, nawet na obczyźnie, przez zaznajamianie świata lekarskiego Ameryki z postępem nauki lekarskiej polskiej zasługuje ze wszech miar na szczere uznanie. Autor listu ubolewa, że w czasopismach lekarskich amerykańskich nie ma żadnych sprawozdań o ruchu naukowym lekarskim w Polsce, gdy nie brak ścisłych i obfitych sprawozdań z Paryża, Londynu, Berlina a nawet z Pragi i Belgradu. Redaktor poczytnego pisma lekarskiego »American Medical Association Journal« nie wiedział do niedawna, że istnieje »Polska Gazeta lekarska« a zamieszczałby chętnie krótkie streszczenia prac polskich, gdyby znaleźli się chętni sprawozdawcy. Umieszczanie nielicznych artykułów o sprawach lekarskich polskich, zamieszczanych ostatnio w »A. M. A. Journal« zawdzięczać należy samemu autorowi listu. To, zdaniem Dra F. Lenarta, nie wystarcza. Wiadomości o nauce lekarskiej polskiej nie powinny być przygodne i urywkowe, ale stałe i pisane z tą myślą, że dorobek nasz naukowy nie powinien pozostać w ukryciu. Uskutecznić to, zdaniem Dra F. Lenarta, łatwo, należałoby tylko na ręce kogoś upoważnionego przesyłać godne ogłoszenia wiadomości z Polski i nadsyłać stale pisma lekarskie polskie, w szczególności »Polską Gazetę lekarską,« odzwierciedlającą znaczną część ruchu naukowego lekarskiego.

Uwagi te, jako słuszne, podajemy w streszczeniu do wiadomości ogółu Kolegów a autorowi listu szczerze dziękujemy za jego starania i nieugięte dążenia do wprowadzenia w czyn myśli dla nauki lekarskiej polskiej na prawdę pożytecznej.

L.

Lublin.

W sprawie wyborów do Rady Izby lekarskiej lubelskiej, obejmującej obszar województw lubelskiego, wołyńskiego i poleskiego, odbyło się zebranie przedwyborcze. Ustalono, że do Rady Izby lekarskiej w Lublinie wejdzie 25 członków t. j. 13 z województwa lubelskiego, 7 z w. wołyńskiego i 5 z w. poleskiego. W liczbie tej 25 będzie 4 lekarzy wojskowych.

Lwów.

Towarzystwo higjeniczne uchwaliło urządzić w zimowym sezonie szereg wykładów publicznych z zakresu higjeny. Wykłady rozpoczną się w grudniu.

»Przyroda i technika«, czasopismo popularno-naukowe rozpoczęło wychodzić z dniem 1 z. m. Nowe czasopismo wydawane jest staraniem Pol. Towarzystwa Przyrodników im. Kopernika (Kraków, Lwów, Poznań, Warszawa, Wilno) oraz »Książnicy Polskiej T. N. S. W.« (Lwów Warszawa) przy wydatnej subwencji Ministerstwa W. R. i O. P. Redakcję pisma objął dr. Benedykt Fuliński, prof. politechniki lwowskiej. Adres Administracji »Książnica polska« T. N. S. W. Lwów, Czarnieckiego 12.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. XXXII. i XXXIII. posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek 17 listopada o godz. 6-ej wieczorem w Poliklinice, ul. Lindego l. 5.

Program: Referaty z zakresu rentgenologji:

1. Kol. Nowicki: Wpływ promieni Roentgena na biologję i histologję nowotworów złośliwych.

2. Kol. Chania: Zasadnicze wiadomości z techniki i teorji naświetlania nowotworów złośliwych.

3. Kol. Meisels: Zasady leczenia nowotworów złośliwych promieniami Roentgena.

4. Kol. Bocheński: Wyniki w naświetlaniu raka macicy promieniami Roentgena.

5. Kol. Vrabetz: Leczenie schorzeń ginekologicznych niezłośliwych promieniami. *Franke* prezes, *Kmietowicz*, sekr.

Ze świata.

Nagrodę Nobla za rok 1921 uchwaliła szwecka Akademja udzielić prof. Albertowi Einsteinowi za zasługi naukowe na polu fizyki, głównie za prace matematyczne i astronomiczne. Einstein jest, jak wiadomo, twórcą teorji względności i zasłużonym badaczem działań foto-elektrycznych. W dziale chemji otrzymał nagrodę Nobla prof. Loddy, anglik, asystent znanego badacza radjum Ruthenfordsa.

Zmarli.

Dr. Stanisław Przybylski b. długoletni asystent początkowo kliniki chirurgicznej później, kliniki ginekologicznej U. J. w Krakowie, zmarł w dn. 17. X. 1922 r. w 48 roku życia w Łodzi. Zwłoki złożono w dn. 20. X. w grobowcu rodzinnym w Krakowie. Nad trumną przedwcześnie zmarłego Kolegi przemówił prof. Rosner i w gorącem i szczerem wspomnieniu pośmiertnem podniósł wyjątkową i rzadką prawość charakteru Zmarłego, Jego wyjątkowe zalety, czy to jako asystenta, czy też jako lekarza odbywającego służbę wojskową, Jego wysokie poczucie artystyczne, objawiające się zawsze i stale we wszystkich poczynaniach życiowych, poczucie głębokie i etyki lekarskiej zarazem, tej etyki, która nakazywała zawsze wszystkim wysoką cześć dla Zmarłego. To wysokie poczucie artystyczne w łączności z głęboką etyką było jedną z najznamienniejszych cech charakteru ś. p. S. Przybylskiego, było Jego cenną zaletą, niejednokrotnie także źródłem przejść bolesnych.

Imieniem kolegów pożegnał Zmarłego Dr. B. Woyciechowski.

Nr. 48. 26. listopada 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Dr. IRENEUSZ WIERZEJEWSKI, dyr. zakł. Poznań.

Wskazania do operacji postrzałów nerwów obwodowych.

Z Poznańskiego Zakładu ortopedycznego im. B. S. Gąsiorowskiego na Bytyniu i Uniwersyteckiej kliniki ortopedycznej.

Pierwszem zadaniem naszem jest rozpoznanie, a przedewszystkiem rozstrzygnięcie pytania, czy mamy do czynienia z porażeniem histerycznem, czy też organicznem.

Porażenie histeryczne robi często wrażenie porażenia organicznego, zwłaszcza jeżeli kierunek przestrzału wskazuje na sąsiedztwo nerwu lub nerwów. Jedynym sprawdzianem jest w tych przypadkach badanie prądem elektrycznym, zwłaszcza przerywanym. W pierwszym przypadku mięśnie pozornie porażone natychmiast oddziaływują na prąd, tak od nerwu, jak od mięśnia, podczas gdy przy porażeniu organicznem nie wywołamy odczynu. Oczywiście do badania potrzeba pewnej wprawy. Jako przykład przytaczam następujący przypadek:

Przysłano mi do operacji chorego z porażeniem nerwu promieniowego, z dopiskiem, że istnieje odczyn zwyrodnienia. Nie mając przyrządu elektrycznego pod ręką, nie mogłem osobiście zbadać i zaufałem dostarczonemu mi rozpoznaniu. Przy operacji okazało się, że nerw był zupełnie prawidłowy. Chory mógł zaraz po operacji prostować rękę i palce. Coprawda operacja wpłynęła sugestywnie dodatnio, przypadek ten jednak wskazuje, że badanie elektryczne przeprowadzone być powinno jak najdokładniej i przez doświadczonych lekarzy.

Prócz badania elektrycznego pewną wskazówką jest badanie czucia. Histeryk zwykle podaje strefy znieczulenia nieodpowiadające nerwowi porażonemu. Na fakt ten mało dotąd zwracano uwagi. Jeżeli można wykluczyć porażenie histeryczne, należy się spytać, jakiego rodzaju jest porażenie, czy rozchodzi się o zupełne, czy też częściowe przerwanie nerwu, o ucisk na nerw, lub też o tak zwane uszkodzenie pośrednie (*Fernwirkung*).

Pytania tego nie można rozstrzygnąć dotychczasowemi metodami. Odczyn zwyrodnienia uważano dawniej za dowód, że nerw jest przerwany. Zapatrywanie to okazało się, jak wskazuje piśmiennictwo i własne spostrzeżenia, niesłuszne. Z drugiej strony okazało się nieraz, że nerw był przerwany, a mimo to nie można było stwierdzić odczynu zwyrodnienia. Że odczyn zwyrodnienia nie jest bezwzględnie miarodajny, świadczy fakt, że utrzymuje się jeszcze w okresie odnowy nerwu w czasie gdy mięśnie już poczęły działać. Natomiast odczyn zwyrodnienia wskazuje do pewnego stopnia, czy uszkodzenie nerwu jest zupełne, czy też częściowe. Jeżeli odczyn zwyrodnienia nie jest zupełny, przypuszczać należy, że rozchodzi się o uszkodzenie mniejszego stopnia.

Po za badaniem elektrycznem mamy do rozporządzenia jeszcze zwykłe sposoby kliniczne badania czynności. Nawiasem wspomnę, że i tutaj zachodzą nieraz błędy w rozpoznaniu. Przytoczę fakt, często spostrzegany przez nas przy porażeniu nerwu promieniowego, że unieść można rękę w stawie nadgarstkowym, utworzywszy pięść, co robi wrażenie działania prostowaczy ręki. Tak samo wywołać można zgięcie w stawie nadgarstkowym, mimo inne porażenia obu nerwów przez odwodzenie kciuka.

Obok badania działania, ważną, choć nie zupełnie pewną, wskazówkę daje badanie czucia, dlatego nie zupełnie pewną, że strefy czuciowe nerwów zbyt są odmienne.

Przy powierzchownie leżących nerwach wyczuć można palcami uszkodzoną, a zwykle znacznie zgrubiałą partję.

Wymienione objawy i inne wskazówki, jak przebieg kanału postrzałowego, umożliwiają nam rozpoznanie organicznego uszkodzenia nerwu i umiejscowienie uszkodzenia nerwu lecz nie dają nam pewności, czy nerw jest zupełnie, czy też tylko częściowo przerwany. Wiemy jedynie, jest to zresztą w praktyce najważniejsze, że mniej więcej w tem a w tem miejscu przewód jest przerwany. T. z. uszkodzenia pośredniego uwzględniać tutaj nie potrzebujemy, gdyż, nim chory dostanie się pod obserwację operatora, nerw zwykle częściowo lub zupełnie przyszedł do siebie.

Po rozpoznaniu organicznego porażenia nerwu należy zapytać się, czy operować, kiedy operować. Żadna sprawa na polu chirurgji postrzałów nerwów nie była tak często wentylowaną i dyskutowaną, jak wskazanie do operacji.

W piśmiennictwie niemieckiem, którem prawie przez cały czas wojny jedynie rozporządzałem, neurolodzy, a zwłaszcza Foerster, występowali przeciwko operacji, opierając się na dobrych wynikach leczenia zachowawczego. Natomiast zwolennicy postępowania operacyjnego podkreślali, opierając się na badaniach Spielmayera, Ranschburga i innych, że zdolność odnowy nerwu szybko się zmniejsza po mniejwięcej sześciu miesiącach po urazie, widoki operacji zatem się pogarszają. Wiemy z piśmiennictwa jednak, że odnowa jest możliwa nawet po kilkunastu latach. Oczywiście przypadków tych nie można uważać za normę. Dalej zarzucano, że zbyt rychła operacja niemoże mieć szans powodzenia, gdyż w części odśrodkowej nerwu nie nastąpił jeszcze okres zwyrodnienia, konieczny do zapoczątkowania odnowy. Przeciwko temu zarzutowi przemawiają przedewszystkiem doświadczenia, i to pomyślne wyniki zeszycia pierwotnego nerwów, a po drugie doświadczenia zwłaszcza wymienionego już Spielmayera.

Głównym przeciwnikiem operacji był w Niemczech Foerster; twierdzi on, że osiągnął na przeszło 1100 przypadkach w połowie zupełne a w znacznym odsetku częściowe wyleczenie przy odpowiednio długiem leczeniu zachowawczem. Jako dowody, przemawiające za leczeniem zachowawczem, przytacza, że nie posiadamy żadnego sposobu rozpoznawczego, wskazującego na zupełne przerwanie nerwu, że nawet zupełne porażenie z zupełnym odczynem zwyrodnienia, nie udowadniają przerwania nerwu, że wielka część tych początkowo zupełnych porażeń wyleczy się mniej lub więcej dobrze bez operacji. Dalej twierdzi, że nie widział lepszych wyników po rychłej operacji, nawet przeciwnie, wyniki mają być gorsze.

Wobec możliwości istnienia w głębi ognisk zakażonych naraża się chorego na zakażenie ponowne.

Przeciwnicy leczenia operatywnego żądają zatem, żeby dłuższy czas leczyć zachowawczo, a dopiero wtedy wykonać operację, gdy sposób zachowawczy zawiedzie. Wyniki, jakie podaje Foerster, są tak zadziwiające, że mogą naprawdę przemawiać za leczeniem zachowawczem.

Choć z zachowawczego stanowiska ortopedy powinienem się skłaniać do zdania Foerstera, to jednak, znając go — przypomnę sławną swego czasu przez niego podaną operację przecięcia tylnych korzeni przy chorobie Littla — przyznam się, że do statystyki tej nie mam wielkiego zaufania. Każdy z nas, który miał sposobność operować postrzały nerwów, widział *in situ*, jak ogromne następują zmiany, jak często część odśrodkowa nerwu oddalona jest od dośrodkowego, nie tylko *ad longitudinem*, lecz także *ad latus* o szereg centymetrów; jak twarde, często kostne blizny, jak mur bronią cylindrom osiowym części centralnej dostępu do odśrodkowej, każdy z nas powiedzieć sobie musi, że odnowa bez operacji w tych przypadkach jest niemożliwą.

Opierając się na doświadczeniu zdobytem około 800 operowanych, czy to przezemnie, czy przez Cetkowskiego, mego byłego asystenta, przypadkach, stwierdzić mogę, że tylko w kilku przypadkach resekcja lub rozluźnienie okazało się zbyteczne. Wyjątek potwierdza regułę.

Niechcę oczywiście zaprzeczyć, że widzieliśmy także sze-

reg wyleczeń bez operacji. Lecz w tych przypadkach prąd elektryczny dawał nam szereg wskazówek, zwłaszcza wówczas, jeżeli odczyn na prąd stały nietylko się nie pogarszał, lecz nawet polepszał, dalej gdy polepszało się czucie. Oczywiście, że w takim razie zastosujemy postępowanie zachowawcze.

Operacja jest przeciwwskazana w przypadkach małego znaczenia, jak lekkie, częściowe porażenie mniej ważnych mięśni, dalej przy bardzo rozległem zniszczeniu części miękkich i kości, a wreszcie podczas ropienia, lub niedługo po wygojeniu ropiejącej przedtem rany.

Szereg autorów nie operuje w przypadkach ciężkich porażeń połączonych z zesztywnieniami stawów, przykurczeniami i zanikiem mięśni. Na stanowisko to nie mogę się godzić. Szew nerwu jest jedyną możliwością polepszenia stanu chorego. Oczywiście wyniki będą znacznie gorsze, lecz i w tych ciężkich przypadkach możemy przy odpowiedniem leczeniu przykurczeń i t. p. stworzyć podstawy do polepszenia.

Operacja, mimo wymienionych powikłań, jest wprost wskazana, o ile istnieją przytem wrzody powstałe na tle zaburzeń wpływów odżywczych.

Obowiązkiem naszym jest operować także zastarzałe przypadki, choćby rok i dłużej minął od urazu. Co prawda, możliwość odnowy zmniejsza się znacznie po pół roku, lecz nie zanika zupełnie, jak to wiemy z doświadczeń dawniejszych. Choć widoki są znacznie mniejsze, to jednak jedynie operacja może stworzyć podstawę do poprawy. Tyczy się to zwłaszcza nerwów środkowego i łokciowego, które w praktycznem życiu największą grają rolę.

W jednej tylko kategorji uszkodzeń nerwów godzą się nawet przeciwnicy na operację, a to wtedy, gdy ich chorzy sami zmuszają do tego groźbą i prośbą.

Mam na myśli przypadki połączone z silnemi, często nieznośnemi nerwobólami. Ze względu na stan chorego trzeba zwykle operować natychmiast, często mimo ropienia. Nie biorąc w rachubę tych, na szczęście rzadkich, przypadków połączonych z silnemi bólami, rozstrzygnąć musimy pytanie, kiedy operować.

I co do tego istnieje znaczna różnica zapatrywań w świecie lekarskim. Konserwatyści twierdzą, że wolno operować najrychlej pół roku od chwili urazu, t. j. gdy już nie ma szans wyleczenia samoistnego.

Natomiast zwolennicy rychłej operacji twierdzą, że czekając na ten wynik, traci się najlepszy czas, a opierają się przytem na statystyce n. p. Ranschburga, który na podstawie 64 szwów nerwu promieniowego twierdzi, że im dłuższy czas przeszedł od uszkodzenia do chwili operacji, tem gorsze są wyniki. Zdanie to potwierdzone przez szereg autorów mogę również potwierdzić.

Od szóstego miesiąca po urazie wyniki operacji pogarszają się znacznie. Jednakowoż zbyt rychłe operowanie nie jest także korzystne. Twierdzi bowiem Spielmayer, że operacje, wykonane w pierwszych tygodniach, nie dają lepszych wyników, ba, nawet gorsze, niż operacje wykonane w pierwszym kwartale.

Statystyki, które miałem możność przejrzeć, stanowczo nie dają obrazu pewnego. Większość autorów niemieckich czeka 6—8 tygodni od chwili urazu. Wilms operuje nawet w pierwszych 10 do 14 dniach. Postępowanie Wilmsa uważam za niesłuszne ze względu na możliwość zakażenia. Według naszych doświadczeń najlepszą chwilą do operacji jest czas około dwóch miesięcy po zagojeniu rany, co w wielkiej części przypadków równa się dwom i pół miesiąca od chwili urazu.

Zestawiając wyżej podane uwagi twierdzę:

Po dokładnem spostrzeganiu i zbadaniu porażenia operować około 2 miesiące po zagojeniu rany, mimo niepewności, czy nerw jest zupełnie przerwany, czy też nie. Jedynie zbadanie *in situ* daje wskazówkę, jaki rękoczyn należy wykonać. Zbadanie *in situ* nie zaszkodzi choremu. W razie ropienia należy przyśpieszyć wyleczenie rany przez wyczyszczenie jej z ciał obcych, martwaków i t. p.

Prof. Dr. F. VENULET. Łódź.

Nowe prądy w dziedzinie leczenia swoistego gruźlicy [1]).

Z Państwowego Zakładu Epidemjologicznego w Łodzi. (Kierownik prof. F. Venulet).

Wielkie znaczenie socjalne skutecznej walki z gruźlicą rozumie się samo przez się, zwłaszcza w okresie powojennym, kiedy sprawa ta stała się żywotniejszą, niż kiedykolwiek. Referatem swym pragnąłbym zwrócić uwagę szerszego grona kolegów na zarysowywujące się nowe zdobycze w tej dziedzinie.

Musimy otwarcie przyznać, że nadzieje, pokładane w systemie sanatoryjnym, zakrojonym na szeroką nawet skalę, nie ziściły się. Pomijając tę okoliczność, że sanatorja mają do czynienia już z osobnikami chorymi o mniej lub więcej rozwiniętej sprawie swoistej, okazało się, że fizykalne metody leczenia, przedewszystkiem w sanatorjach stosowane, w wielu razach są niewystarczające [2]). Ustrój ludzki wymaga niekiedy jeszcze innych bodźców, i to bodźców swoistych, dla szybszego, a skutecznego zwalczania tkwiącego w nim zakażenia. Niestety, wszystkie poszukiwania dotychczasowe w tym kierunku, związane z licznemi preparatami tuberkulinowemi, zawiodły również w znacznej mierze: tuberkulina, wywierając stosunkowo słaby wpływ na oporność ustroju, powoduje przedewszystkiem odczyny ogniskowe, przy pewnem natężeniu ich dla ustroju wprost szkodliwe. Nieco lepsze wyniki otrzymano za pomocą wcierań tuberkulinowych w skórę, zapoczątkowanych jeszcze przez K. Spenglera w r. 1897. Z biegiem czasu Spengler przeszedł prawie wyłącznie do wcierań, gdyż, pomijając uproszczone zastosowanie tuberkuliny, lecznicze działanie jej przez powłoki skórne okazało się o wiele równiejszem i pewniejszem, zwłaszcza przy istnieniu nadwrażliwości na jad tuberkulinowy. Ujemną cechę tej metody stanowiły częste podrażnienia i zapalenia skóry.

Nowy kierunek sprawie swoistego leczenia gruźlicy nadały prace Petruschky'ego. Zasadnicza metoda tego autora polega na systematycznem wprowadzaniu do ustroju za pomocą wcierań naskórnych swoistego antygenu w postaci zawiesiny z zabitych laseczników Kocha. Zamiast więc jednego ze składników lasecznika gruźlicy, Petruschky stosuje antygen pełnowartościowy, pobudzający ustrój do produkcji niweczników, skierowanych przeciwko lasecznikom Kocha, jako takim; przy leczeniu zaś tuberkuliną występują we krwi wyłącznie ciała przeciwtuberkulinowe.

Dla lepszego zrozumienia istoty tej metody musimy również uświadomić sobie wybitny udział skóry w czynnościach odpornościowych ustroju. Zjawisko to, niezmiernie ciekawe z punktu widzenia ogólnopatologicznego, rzuca światło na szereg znanych faktów, jak dodatni wpływ obfitej wysypki na przebieg szeregu ostrych chorób zakaźnych, ochronne znaczenie wszelkich porażeń kiłowych skóry względem systemu nerwowego, dodatni wpływ na ustrój cały, zwłaszcza na ogniska chorobowe, wielu czynników fizykalnych, oddziaływujących li tylko na skórę. Co się tyczy ciał, wprowadzanych przez powłokę skórną, podlegają one, zanim zostaną wessane, przedwstępnemu trawieniu w samej skórze, pobudzając jednocześnie jej czynności odpornościowe. Przedostając się do krwiobiegu w stanie odmiennym, ciała, wprowadzone przez skórę, nie wywierają już tak silnego działania, jak gdyby były zastrzyknięte pod skórę. Tem się tłumaczy o wiele łagodniejsze działanie tuberkuliny przy wcieraniach, nie mówiąc już o wolnem wsysaniu się jej przez skórę. Wcierane zaś laseczniki, częściowo uszkodzone przez sam rękoczyn, ulegają trawieniu dzięki zaczynom skóry, jak to wykazały preparaty histologiczne Petruschky'ego: w 24 godziny po wtarciu szczepionki rozkawałkowane cząsteczki laseczników barwią się jeszcze tylko Gramem, a po upływie najwyżej 48 godzin nie widać ich wcale. W ten sposób skóra tworzy jakgdyby wał ochronny, zabezpiecza-

[1]) Według odczytu, wygłoszonego w Łódzkiem Towarzystwie lekarskiem.

[2]) O kryzysie w zagadnieniu pożyteczności sanatorjów, patrz również: Sew. Sterling: Suchoty płuc pospolite, Łódź 1921, str. 204—206.

jący ustrój przed zbyt silną, a niebezpieczną reakcją ze strony ognisk swoistych.

Na czem polega działanie lecznicze wprowadzonego przez powłoki zewnętrzne antygenu w postaci szczepionki gruźliczej?

Jak wiadomo, bezwzględna odporność (*immunitas*) przeciwko gruźlicy u ludzi nie istnieje. Istnieje natomiast mniej lub więcej wyraźna oporność (*resistenti*) wrodzona, a częściowo nabyta. Sam przebieg gruźlicy zależy z jednej strony od stopnia oporności danego osobnika i wpływających na nią czynników, z drugiej zaś strony od zjadliwości zakażenia. Przy przewadze czynników opornościowych następuje poprawa i wyleczenie, w przeciwnym razie choroba kończy się zejściem śmiertelnem. Najczęściej czynniki powyższe znajdują się w stanie równowagi chwiejnej; dążeniem naszem powinna być stała przewaga oporności.

Jak wykazują klasyczne doświadczenia Kocha i Römera, wtórne zakażenie zwierząt, już chorych na gruźlicę, nie udaje się, o ile nie wprowadzono zbyt dużej ilości zarazka; są one odporne względem nowego zakażenia dzięki krążącym w ustroju przeciwciałom swoistym. Dążeniem naszem *ceteris paribus* powinno być osiągnięcie jak największej ilości przeciwciał, dzięki którym ustrój byłby w stanie skutecznie zlikwidować gnieżdżące się w nim ogniska chorobowe. Sztuczne wprowadzenie zabitych laseczników ma więc na celu produkcję przez ustrój swoistych przeciwciał, przeznaczonych dla tępienia laseczników żywych, z których wymarciem następuje wyleczenie. Że tak jest istotnie, najlepiej daje się zauważyć na dostępnych spostrzeganiu bezpośredniemu gruczołach chłonnych: wtarcie nawet małej dawki szczepionki powoduje, po przejściowem powiększeniu gruczołów zajętych gruźlicą, zmniejszenie się ich, co się uwydatnia i przy powtórzeniu zabiegu. Widzimy więc, że gruźlicze szczepionki skórne również wywołują odczyny ogniskowe, o przebiegu jednak, jak już zaznaczono, o wiele łagodniejszym, niż po wstrzykiwaniach tuberkulinowych. Nic więc dziwnego, że po zabiegach tych wahania ciepłoty są stosunkowo rzadkie. Występujące zazwyczaj, jako objaw ogólnego odczynu ustroju na szczepionkę gruźliczą, pewne znużenie potęguje się do podrażnienia nerwowego tylko po przekroczeniu odpowiednich dawek dla danego ustroju. Wynika stąd konieczność ścisłego indywidualizowanta podczas leczenia swoistego, któremu nic tak nie szkodzi, jak szablon; przy unikaniu jego łaknienie szybko się wzmaga, choremu przybywa na wadze.

Nie wdając się w szczegóły techniczne [3]), zatrzymam się jednak na pewnych wytycznych. Szczepionkę Petruschky'ego stosuje się zwykle w rozcieńczeniach od 1:5, aż do 1:25000; leczenie najlepiej rozpoczynać od stężeń słabszych, nim się pozna zdolności reakcyjne danego osobnika; przy łagodnem przebiegu ich szczepienie powtarza się co tydzień, zwiększając stopniowo dawkę pierwotną, jedną kroplę aż do kilku kropel. Po upływie 9 tygodni robi się przerwę; nowe leczenie rozpoczyna się od dawek nieco niższych od tych, jakie zastosowano poprzednio po raz ostatni. W razie silniejszego odczynu leczenie przerywamy natychmiast; po ustąpieniu niepożądanych objawów rozpoczyna się je na nowo od jeszcze mniejszych dawek.

Ze względu na często towarzyszące gruźlicy płuc wysoce szkodliwe zakażenie mieszane, Petruschky sporządził linimentum anticatarrhale, w którego skład wchodzą: łańcuszkowce, gronkowce, dwoinki zapalenia płuc, dwoinki nieżytowe, laseczki influency; linimentum anticatarrhale, dodane do *linimentum tuberculini compositum*, jest zalecane i stosowane przez Petruschky'ego przy zakażeniu mieszanem. U gruźlików gorączkujących najlepiej rozpoczynać leczenie wcieraniem szczepionki przeciwnieżytowej, a dopiero później przejść do szczepionki przeciwgruźliczej w rozcieńczeniu 1:25000: nigdy nie należy przechodzić do szczepionek bardziej stężonych, dopóki nie nastąpiło widoczne polepszenie stanu ogólnego.

[3]) patrz: Dr. T. Grossmann: Die specifische Percutanbehandlung der Tuberkulose mit dem Petruschkyschen Tuberkulinliniment. Urban i Schwarzenberg 1921.

Dla leczenia swoistego gruźlicy, które bynajmniej nie wyklucza dotychczas stosowanych metod ogólnych, przedewszystkiem nadają się okresy początkowe, lecz i przy gruźlicy otwartej udaje się niekiedy jeszcze osiągnąć wyleczenie, gdy wszystkie inne środki zawodzą. Duży nacisk kładzie Petruschky jednak na to, ażeby leczenie powtarzać co pewien czas w ciągu kilku lat. Dobre wyniki otrzymano również przy gruźlicy chirurgicznej przy jednoczesnem leczeniu światłem.

Na szczególną uwagę zasługuje metoda Petruschky'ego w leczeniu gruźlicy gruczołowej. Dziś zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zakażenie gruźlicą następuje przeważnie w wieku dziecięcym z umiejscowieniem sprawy w gruczołach chłonnych. Wobec częstego jeszcze braku objawów klinicznych w tym czasie, odczyn Pirqueta staje się niekiedy jedynym wskaźnikiem utajonego zakażenia. Dalszy rozwój, niekiedy dopiero po wielu latach, gruźlica zawdzięcza przerzutom z zajętych gruczołów do różnych narządów, najczęściej do płuc. Wynika stąd, że dla skutecznego zwalczania gruźlicy należy całą energię skierować na leczenie spraw gruczołowych u dzieci; w ten sposób nietylko zapobiega się dalszemu szerzeniu się choroby, lecz samo zadanie lecznicze jest o wiele prostsze. Żaden z dotychczasowych sposobów swoistego leczenia gruźlicy nie nadaje się bardziej do celów tych, niż szczepionka Petruschky'ego. Nie mówiąc już o swoistem działaniu leczniczem na sprawy gruczołowe, łagodny odczyn, prosty i tani zabieg, wykonalny przez każdego, wszystko to nadzwyczaj sprzyja masowemu stosowaniu szczepionek przeciwgruźliczych u dzieci. Odnosi się to przedewszystkiem do rodzin gruźliczych, których dzieci najbardziej są narażone na zakażenie. Nie potrzeba chyba podkreślać, jak ogromne znaczenie miałaby pomyślna akcja w tym kierunku: wyleczenie gruźlicy dziecięcej wstrzymałoby w przyszłości wytwarzanie się roznosicieli zarazków, przez co straciłby swe ostrze jeden z najważniejszych czynników w patogenezie gruźlicy. Sanatorja zaś stałyby się do pewnego stopnia zbędnemi.

Co się tyczy dotychczasowych wyników praktycznych, według całego szeregu autorów pomyślnych, to trzeba zaznaczyć, że o skuteczności leczenia gruźlicy, podobnież jak i kiły, można wyrokować dopiero po upływie wielu lat; wobec najróżnorodniejszych zmian anatomicznych i wahań humoralnych w przebiegu gruźlicy, nawet najbardziej entuzjastyczne głosy nie są w stanie pozbawić nas uzasadnionego sceptyzmu; nie powinien on jednak powstrzymać dalszych prób w danym kierunku. Nie ulega wątpliwości, że szczepionki, o jakich tutaj mowa, nie będą ostatniem słowem w dziedzinie walki z gruźlicą; jak można wnioskować już teraz z niektórych danych, wykluczone nie jest, że zabite laseczniki szczepionki gruźliczej będą zastąpione przez osłabione laseczniki żywe, a w pewnych przypadkach nawet przez szczepionki własne.

Ostatnio ukazały się dwie szczepionki gruźlicze, Ponndorfa i Moro, obie bardzo zbliżone do szczepionki Petruschky'ego. Ciekawe jest, że autorzy ci również przeszli do szczepionek od czystej tuberkuliny, którą stosowali poprzednio na skórze w celach leczniczych. Ektebina, preparat Moro, jest właściwie maścią lanolinową, zawierającą oprócz tuberkuliny i zabitych laseczek gruźlicy jakiś składnik keratolityczny, ułatwiający wsysanie maści.

Godne jest uwagi, że według Petruschky'ego przygotowano również ochronne szczepionki skórne przeciwko niektórym ostrym chorobom zakaźnym, jak dur brzuszny, czerwonka i t. p. Szczególnie zachęcające dane otrzymano przy czerwonce, na którą zapadło 3 razy mniej osób szczepionych, niż nieszczepionych; śmiertelność zaś wynosiła pośród nieszczepionych 54% (bardzo ciężka epidemja), szczepionych podskórnie 21%, szczepionych wcieraniem 14%.

Przy tej sposobności nasuwa się pytanie, czy nie możnaby stosować szczepień ochronnych również przeciwko gruźlicy. Jak wiadomo, wszystkie próby Kocha, podjęte w celu uodpornienia zwierząt za pomocą szczepień podskórnych, dożylnych, jako też przez otrzewnę, zawiodły zupełnie przedewszystkiem z powodu utrudnionego wsysania większej

ilości laseczników gruźliczych. Proces wsysania, jak widzieliśmy, ułatwia droga szczepień skórnych, które Kochowi nie były znane. Pomimo to dążenia te nie wróżą narazie jakichkolwiek nadziei. Jeżeli szczepienia ochronne przy ostrych chorobach zakaźnych zabezpieczają przed zakażeniem tylko do pewnego stopnia i na czas stosunkowo krótki, co mamy mówić dopiero o gruźlicy z jej przebiegiem przewlekłym i stałą możnością zakażenia. Niestety, głównem źródłem oporności ustroju przeciwko gruźlicy, po za opornością wrodzoną, jest przebyte zakażenie naturalne. Zresztą odporność względem ostrych chorób zakaźnych jest również najtrwalszą dopiero po ich przebyciu. Trzeba przyznać, że dążenia do leczenia gruźlicy za pomocą szczepionek w braku swoistych środków chemicznych, są więcej niż uzasadnione. Przecież nie ulega wątpliwości, że konstytucja ustroju wywiera duży wpływ również na przebieg choroby takiej, jak kiła, przy której może nastąpić nawet samowyleczenie; do czego jednak doszlibyśmy, gdyby kiłę leczono wyłącznie metodami fizykalno-djetetycznemi? Z drugiej strony w wielu przypadkach nawet cierpień przewlekłych wyleczenie, a przynajmniej znaczną poprawę, zawdzięczamy wyłącznie szczepionkom.

Przypuszczam, że byłoby pożądane przeprowadzenie badań próbnych ze szczepionką przeciwgruźliczą swoistą i u nas, w odpowiednich warunkach, na większym materjale. Czy nowa metoda leczenia gruźlicy zdobędzie prawo obywatelstwa, pokaże dopiero przyszłość.

Dr. ZDZISŁAW MICHALSKI. Warszawa.

Przyczynek do znaczenia hypercholesterynemji w powstawaniu miażdżycy tętnic.

Z II-ej Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warszaw.
(dyrektor prof. Dr. Rzętkowski).

W latach ostatnich szereg badaczów wiąże nadprodukcję cholesteryny w ustroju z etjologją miażdżycy naczyń. Wielka ilość cholesteryny w naczyniach miażdżycowo zmienionych, przerost kory nadnerczy w przebiegu tego schorzenia (uważanej za główną wytwórnię cholesterynatów w ustroju), wraz ze wzmożoną ilością cholesteryny we krwi, wreszcie doswiadczenia Aniczkowa i Huecka, nad powstawaniem zmian podobnych w błonic wewnętrznej tętnicy głównej królików, przy dodawaniu do ich pokarmu cholesteryny — zdawały się potwierdzać te przypuszczenia. Z polskich autorów podobne przypuszczenia wypowiedział Hornowski [1]) a z uczniów jego J. Dąbrowska [2]). Stwierdza ona w miażdżycy centralnej przerost kory nadnerczy i uzależnia zmiany te w tętnicy głównej od hypercholesterynemji. Faktom niepodobna przeczyć.

Jednak pracując nad przemianą cholesteryny w ustroju w niektórych stanach chorobowych, nie mogłem się oprzeć wrażeniu, że przypisywanie cholesterynie tak znacznych własności szkodliwych niezgodne jest jednak z własnościami biochemicznemi tego ciała. Niektóre z badań spotęgowały jeszcze me wątpliwości.

Tak więc doświadczeniom Aniczkowa i Hueck'a można przeciwstawić:

1) badania Lewites'a, który, podając z pokarmem psom cholesterynę, tę samą stwierdzał ilość jej w kale;

2) fakt, że u królików spotykamy zmiany miażdżycowe samoistne (Fischer i inni);

3) słowa Browicza [3]) »pokarm taki dla zwierząt roślinożernych tak niestosowny, niezgodny z ich organizacją, wywołujący zaburzenia w ogólnej przemianie materji, zmiany w różnych narządach.... wywołuje zmiany także w układzie tętniczym«, które można niewątpliwie i do cholesteryny zastosować. Niema jej w pokarmie roślinnym, wprowadzona przeto tą drogą do ustroju roślinożernych może u nich różne zaburzenia wywołać, np. u świnek morskich ciężarnych — poronienia.

Jeśli jednak jest to słuszne w stosunku do roślinożernych, to w żaden sposób nie może być zastosowane do ludzi, dla których pokarm zawierający cholesterynę jest codziennym i cennym (masło, śmietanka, żółtka jaj etc.). Wreszcie hypercholesterynemja nie trwa przez cały czas miażdżycy; odwrotnie w okresach późniejszych ilość cholesteryny się zmniejsza, co stwierdzają wyniki badań W. Orłowskiego [4]), o czem sam miałem się możność również przekonać. Następujący przypadek skłonił mnie do podania tych kilku uwag:

Kobieta l. 31, wyrobnica, ze zdrowej rodziny przybyła na klinikę 25. X. 1921 z powodu guza, jaki powstał u niej na brzuchu. Guz ten zauważyła już w marcu tegoż roku, nie sprawiał on jej jednak żadnych dolegliwości. W połowie sierpnia wystąpiła żółtaczka. W miesiącach ostatnich zjawił się nieznaczny upadek sił i dokuczliwe uczucie świędzenia. Guz na brzuchu wolno, lecz stale się zwiększa. Chora, wdowa, miała 6-ro zdrowych dzieci, nigdy nie roniła. W 10-ym roku życia przechodziła dur osutkowy. Pozatem nie przypomina sobie, żeby kiedykolwiek chorowała.

Badanie chorej stwierdziło: Wybitnie żółtaczkowe zabarwienie skóry, widzialnych błon śluzowych i twardówek. W narządach klatki piersiowej zmian wyraźnych brak (tony serca nieco głuche). Układ nerwowy jest bez zmian wyraźnych. Powłoki brzuszne wiotkie. Gruczoły chłonne pachwinowe powiększone, twarde, niebolesne. Śledziona nie macalna. Wątroba wystaje z pod łuku żebrowego na 4 palce; w bezpośredniej łączności z nią wymacuje się guz wielkości mandarynki, okrągły, gładki, ruchomy przy głębszych ruchach oddechowych. Przy obmacywaniu wyczuwa się w nim chełbotanie.

Badanie chemiczne żołądka nie wykazuje wyraźniejszych odchyleń od normy. Roentgen stwierdza nieznaczne opuszczenie żołądka. Stolce prawidłowe, niekiedy zaparte, zawsze są odbarwione. Krwi w kale niema. W moczu ślad białka, ślad urobiliny, wielka ilość bilirubiny. Osad — około 10 leukocytów w polu widzenia.

Tętno jest zwolnione, równomierne. Ściany tętnic mają zwykłą sprężystość. Ciśnienie tętnicze 130—90 mm Hg.

Badanie krwi: ciałek białych 8.200
czerw. 5.2000.000
hemoglobiny 92%

Wzór morfotyczny:
MN — 73% L — 19% M — 4% Prz — 3%
Baz. 0,5% i Eoz. — 0,5%

Białka w surowicy — 11% (refraktometrycznie)
cholestryny w surowicy — 3‰ (Grigaut kolorym.)

Ciepłota przeważnie niżej 37°, niekiedy nieznacznie podwyższona.

Taki stan chorej, bez większych zmian, trwał do marca. Mimo, że guz nieznacznie, lecz stale wzrastał, chora apetytu nie straciła, waga jej trzymała się na tym samym poziomie. Rozpoznanie kliniczne: przypuszczalnie rak pęcherzyka żółciowego. W marcu rb. zaczął się zjawiać wolny płyn w jamie brzusznej, w którym wkrótce stwierdzono cechy zapalne. 6. IV. 1922 chora zmarła.

W czasie pobytu chorej w klinice badałem wielokrotnie jej surowicę na zawartość cholestryny. Dwukrotnie początkowo wzmożona jej ilość (3‰) szybko wzrastała. — Tak więc:

5. XI. ilośc ta wynosiła 6‰
25. XI. » 13‰
18. XII. 11‰
28. XII. 6‰

Od stycznia ilość jej zaczęła spadać, jednak jeszcze czas dłuższy trzymało się wyżej normy. Ciśnienie zaś tętnicze krwi początkowo nieznacznie wzmożone (130—90) miało dążność ku zniżce: już w pierwszych dniach stycznia wynosiło 170—70 mm Hg. Badania te stwierdzają, że osobnik z tak wybitnie wzmożoną hypercholesterynemją, nie wykazywał klinicznych objawów aterosklerozy. Sekcja, której szczegółów nie będę przytaczał, stwierdziła guz, wychodzący ze ściany przewodu pęcherzykowego, uciskający przewód żółciowy wspólny. Pęcherzyk był wielkości główki noworodka i zawierał garść kamieni zapalnych. Kanały żółciowe ogromnie rozciągnięte, wypełnione jasnożółtą treścią. Liczne guzki (przerzuty) rozsiane po sieci większej.

Rozpoznanie anatomo-patologiczne:
Carcinoma prim. ductus cystici. Metastases ad omentum majus. Cholelithiasis calculosa. Cholangiectasia. Peritonitis sero-fibrinosa. Duodenitis pigmentosa chron Atrophia fusca m-li cordis. Oedema et hyperaemia piae matris. Icterus.

Badanie tętnic wykazuje tylko w łuku tętnicy głównej kilka zgrubień błony wewnętrznej wielkości ziarnka soczewicy. Pozatem zarówno w tętnicy głównej, jak i w obwodowych, żadnych zmian stwierdzić nie można było.

Nadnercza: istota korowa miernie rozwinięta, istota rdzeniowa wąska, gnije.

Przypadek ten, co do zachowania się cholesteryny w przebiegu żółtaczki, nie odbiega od wyników już stwierdzonych. Badania Stepp'a [5]) dowodzą, że w przebiegu żółtaczek, bez względu na ich pochodzenie, ilość cholesteryny we krwi jest wzmożona aż do chwili, gdy zacznie występować charłactwo. Jest to oczywiście t. zw. hypercholesterynemja bierna. Jedynym wyjątkiem jest, zdaje się, żółtaczka hemolityczna, gdzie ilość cholesteryny jest stale obniżona. (M. Semerau).

Natomiast zasługuje na uwagę brak zmian miażdżycowych w tętnicach przy hypercholesterynemji najwyższego stopnia, jakiej bezwarunkowo nie możnaby wywołać u zwierząt doświadczalnie drogą pokarmową. Nikłe zmiany w łuku aż nadto tłómaczy wiek chorej.

Wynik tego spostrzeżenia jeszcze bardziej wzmógł me wątpliwości co do możliwego wpływu hypercholesterynemji na powstawanie zmian miażdżycowych. Szczęśliwy zbieg okoliczności, że chora w tym wieku nie miała jeszcze wyraźniejszych zmian miażdżycowych, pozwala mi przytoczyć przypadek ten, jako przykład przeczący teorji wyżej wskazanej.

Tak dane z piśmiennictwa, jak i własne, dziś już dość liczne, badania nad zawartością cholestryny we krwi nasuwają mi inne przypuszczenia. Hypercholesterynemja jest i w danym razie odczynem obrony ustroju. Z historji patogenezy miażdżycy przypomnę poglądy Thoma, który zmiany te uważa za wyrównawcze, a więc celowe dla ustroju. Wydaje mi się, że w przebiegu tego schorzenia należy odróżniać dwa okresy:

pierwszy — jako bezpośredni wynik wpływów szkodliwych — zmiany we włóknach sprężystych — »elastonecrobiosis« (Hornowski);

drugi — już jako odczyn ustroju na okres pierwszy, odkładanie się tu cholesterynatów i dalej soli wapnia. Odkładanie się gdziekolwiek w ustroju złogów cholesterynatów sprzyja powstawaniu w tem miejscu zwapnień. To, że tak powiem, powinowactwo biologiczne tych dwóch ciał, cholesterynatów i wapnia, stwierdził już Kawamura w pracowni Windaus'a. Twierdzą, że wapnienie ścian tętnic zachodzi w miejscach martwiejących lub już uprzednio zmartwiałych. Zastosować by to należało, być może, i do złogów chlesterynatów, wygląd ich bowiem nie robi wcale wrażenia zwyrodnienia tkanek, a raczej biernego odkładania.

Nie mam zamiaru zaprzeczać, że mamy więc hypercholesterynemję w przebiegu powstawania zmian miażdżycowych z równoległym przerostem kory nadnerczy.

Stan ten jednak uważałbym raczej za odczyn celowy ustroju na te same szkodliwe czynniki, które w nim powodują tę »elastonecrobiosis« w tętnicach, nie zaś czynnik, mogący spowodować miażdżycę.

Odczyn tego rodzaju w wielu innych stanach. Tak więc w przebiegu cukrówki i głodzenia, gdy we krwi poczynają krążyć różne ciała zgubne dla ustroju (kwas βoxy-masłowy?), w przebiegu niektórych schorzeń nerek, w stanach po ostrych chorobach zakaźnych (toksyny?)

Jest to tembardziej prawdopodobne, że cholesteryna, jak i większość lipoidów, ma powinowactwa rozległe i wstępuje w związki bardzo łatwo. Dla niektórych ciał, wysoce dla ustroju szkodliwych, stwierdzona została in vitro zdolność wiązania ich i zobojętnienia ich przez cholesterynę (saponiny, jad kobry). Charakterystyczne są doświadczenia Huecka i Köhlera. Po zastrzykach bardzo małych dawek saponin świnkom morskim przez pewien czas stwierdzono wyraźną hypercholesterynemję wraz z przerostem kory nadnerczy, podczas gdy większe dawki powodują śmierć zwierzęcia. Ustrój reaguje tu na wprowadzenie ciał dlań szkodliwych wzmożonem wytwarzaniem cholesteryny, która te ujemne wpływy zobojętnia. Czy nie ma się do czynienia ze sprawą analogiczną w miażdżycy tętnic? Tembardziej, że w końcowych okresach tego schorzenia, kiedy już mamy tylko skutki czynników szkodliwych — zwapnienie ścian naczyń — ilość cholesteryny we krwi spada. Przypadek nasz przeczy poniekąd możności wywoływania zmian miażdżycowych przez hypercholesterynemję jako taką.

Piśmiennictwo:

[1]) Virchows Archiv 1914. — [2]) Rozprawy Akad. Lekarskiej 1922. [3]) Szkice anatom. patolog. 1921. — [4]) Gazeta lekarska 1914. [5]) Zieglers Beiträge 1921.

Dr. LEON ŚNIEGOCKI. Warszawa.

Ciało obce w pęcherzu.

W sierpniu rb. zostałem wezwany do chorej R. F, lat 15, która wskutek ostrego stanu zapalnego wyrostka robaczkowego nie mogła oddawać moczu, wobec czego lekarz, opiekujący się chorą, polecił akuszerce wypuszczać go codziennie.

Po przybyciu mojem do chorej zakomunikowano mi, że »kateter szklanny złamał się« i koniec pozostał w cewce, czy też w pęcherzu moczowym.

Badaniem oburęcznem *per rectum* przekonałem się istotnie, że odłamany koniec kateteru, jako ciało obce, znajduje się w pęcherzu moczowym.

Chorą zapisałem na oddział chirurgiczny prof. Sawickiego, gdzie po kilku godzinach przystąpiłem do zabiegu w celu usunięcia ciała obcego z pęcherza moczowego. W uśpieniu chloroformowem, po rozszerzeniu cewki moczowej hegarami, udało mi się wydobyć koniec cewnika długości 6 cm.

Po rozszerzeniu cewki moczowej przedostałem się małym palcem ręki prawej do pęcherza moczowego, lewą zaś ręką, uciskając poprzez powłoki brzuszne, nasuwałem, że się tak wyrażę, cewnik na palec, znajdujący się w pęcherzu; powoli, wycofując palec z pęcherza moczowego, odłamek cewnika wepchnąłem do cewki, poczem, uchwyciwszy go delikatnie klemem, wydobyłem z cewki moczowej. Cała trudność zabiegu polegała na tem, by nie skruszyć szkła, i aby ostrym końcem odłamka nie skaleczyć pęcherza lub cewki. Chora po zabiegu czuła się dobrze; podwyższona ciepłota zależała od ostrej sprawy wyrostka robaczkowego. W niespełna cztery tygodnie chora wypisała się, jako zupełnie zdrowa.

Bakterjologiczne badanie moczu, wykonane w dziesięć dni po zabiegu, wykazało obecność laseczki okrężnicy, wobec czego zastosowano, prócz codziennego płukania pęcherza roztworem kwasu borowego i roztworem lapisu, autowakcynę, którą wstrzykiwano co drugi dzień; zabieg ten nie wywoływał bynajmniej silniejszego odczynu ze strony organizmu chorej.

Z praktyki.

MARCELI HÄNDEL. Jarosław.

Łatwy sposób ilościowego oznaczania bilirubiny w treści dwunastnicy i w moczu.

Zainteresowanie dla rozmaitych zagadnień patologji wątroby, a w szczególności dla problemu żółtaczki, wzrosło w latach ostatnich bardzo znacznie i ręka w rękę z tem rozpoczęto ogólnie ilościowym także stosunkom więcej przypisywać znaczenia, niż przedtem. Chodziło tu w pierwszej linji o zawartość barwika żółciowego w rozmaitych płynach ciała i we wydzielinach i o jej zmiany i wahania chorobowe. Za wielką zasługę trzeba poczytać Hyjmansowi v. d. Berghowi (*Gallenfarbstoff im Blute.* Leiden. 1918), że równocześnie z ponownem odkryciem zawartości bilirubiny normalnej surowicy ludzkiej i dokładniejszem opisaniem odnośnych zmian patologicznych podał także dosyć pewną i wrażliwą metodę ilościowego szacowania bilirubiny surowiczej. W zasadzie postępuje v. d. Bergh w następujący sposób: Po strąceniu białka alkoholem dodaje do surowicy odczynnika diacotowego Ehrlicha, porównuje następnie powstałe mniej lub więcej silne zabarwienie czerwone w kolorymętrze Autenrietha z roztworem oznaczonej ilości rodanku żelaza w eterze i określa w ten sposób zawartość bilirubiny. Przez zastosowanie zasady hemoglobinometru Sahliego i wprowadzenie kilku innych modyfikacyj starał się Haselhorst (M. med. Woch. 1921) uczynić tę metodę łatwiejszą i wygodniejszą w użyciu. Obydwie metody nadają się tylko do badań nad surowicą krwi, ewentualnie nad przesączynami i wysiękami. Już przy zastosowaniu ich w treści dwunastnicy wyłaniają się znaczne trudności. Dodatnią reakcję diacotową daje mianowicie tylko bilirubina, nie zaś bardzo szybko z niej pod utleniającem działaniem powietrza powstające derywaty. Konieczne przeto jest przeprowadzenie badania treści dwunastnicy natychmiast po jej uzyskaniu, a i tak wyniki nie są zbyt pewne, tak że Beth (Wien. Archiv f. innere Med. 1921) w swoich, w ostatnich czasach przeprowadzonych, badaniach musiał wrócić do metod dawniejszych. Jasną jest rzeczą, że dla badania moczu metoda v. d. Bergha z powodu obecności innych odczyn diacotowy dających substancyj zupełnie jest nieodpowiednia. Nie posiadamy więc dotychczas metody, którąby pozwalała oszacować zawartość barwika żółciowego treści dwunastnicy i moczu w sposób łatwy technicznie, a przytem pewny, wykonalny nietylko w pracowniach klinicznych, ale zdatny także ewentualnie dla lekarza-praktyka. Wypracowawszy łatwą

i prostą metodę, podajemy ją niniejszem krótko do wiadomości.

Metoda nasza opiera się na odkrytym niedawno przez Vogla i Zinsa (Med. Klinik 1922) odczynie surowicy chorych na żółtaczkę z kwasem trójchlorooctowym. Po dodaniu 20% roztworu kwasu trójchlorooctowego do surowicy powstaje strąt białka, który wkrótce, szczególnie po wysuszeniu, zabarwia się w obecności bilirubiny na zielono. Ten odczyn nie ustępuje, według Vogla i Zinsa, pod względem wrażliwości odczynowi diacotowemu. Także po dodaniu kwasu trójchlorooctowego do treści dwunastnicy lub do moczu, zawierającego bilirubinę, powstaje natychmiast piękne zabarwienie zielone, które bardzo dobrze się nadaje do kolorymetrycznego badania. Jasne jest, że teoretycznie najodpowiedniejszem byłoby, jako płynu standardowego, użyć roztworu biliwerdyny, który można sporządzić sobie przez utlenienie odważonej ilości bilirubiny. Lecz czysty preparat bilirubiny, który jedynie nadaje się do wymienionego celu, nie łatwo jest dostępny. Roztwory biliwerdyny utrzymują się przez krótki tylko czas bez zmiany, tak że za każdym razem na nowo musiałyby być przygotowane, a to jest połączone ze znacznym trudem i stratą czasu. Szukaliśmy tedy łatwo dostępnego i trwałego roztworu, którego zabarwienie możliwie odpowiadałoby barwie biliwerdyny. Odpowiednim okazał się roztwór ałunu chromowego o zawartości 0.2%, do którego należy dodać na każde 10 cm^3 1—5 kropli 1% roztworu chlorku żelazowego w celu zrównoważenia żółtej barwy własnej moczu. Tym płynem standardowym można napełnić klin kolorymetru Autenrietha i porównywać z nim barwę moczu, względnie treści dwunastnicy po dodatku kwasu trójchlorooctowego.

Staraliśmy się jednak metodę tak urządzić, aby można się było obejść bez wszelkich aparatów; z tego powodu zastosowaliśmy raczej zasadę hemoglobinometru Sahliego. Do wykonania badania potrzebne są tylko 2 probówki z tego samego szkła i tej samej szerokości; do jednej wlewa się płyn standardowy, do drugiej kalibrowanej płyn badany. Takie probówki można wszędzie łatwo otrzymać.

Wykonanie badania, według tej metody, przedstawia się w krótkości w następujący sposób:

Do jednej probówki daje się 10 cm^3 0,2% roztworu ałunu chromowego i 1—5 kropli 1% roztworu chlorku żelazowego, do drugiej kalibrowanej 0;5—1,0 cm^3 badanej treści dwunastnicy lub moczu i równą ilość 20% roztworu kwasu trójchlorooctowego. Następnie rozcieńcza się wodą płyn badany aż barwa płynów w obydwu probówkach możliwie jest taka sama. Odczytuje się uzyskaną objętość w probówce kalibrowanej i wyrachowuje stopień rozcieńczenia. Stężenie bilirubiny wyraża się przez stopień rozcieńczenia badanego płynu względnie płynu zasadniczego. Można też przez porównanie z roztworem biliwerdyny oznaczyć, jakiej koncentracji bilirubiny dany roztwór ałunu odpowiada i wyrażać ilość bilirubiny w moczu lub treści dwunastnicy w absolutnych wartościach.

Zaznaczymy jeszcze, że możliwe jest zapomocą powyższej metody oznaczać także bilirubinę w surowicy po strąceniu wpierw białka.

Sprawozdania poglądowe

Wykład kliniczny.

Prof. Dr. Lenartowicz. Kraków.

Współczesne poglądy na biologiczne zasady leczenia kiły.

(Wykład na Zjeździe dermatologów polskich w Warszawie dnia 7. V. 1922).

Temat, jaki sobie obrałem na ten pierwszy ogólny zjazd dermatologów polskich, nie należy bynajmniej do tematów łatwych i wdzięcznych, bo trudno w krótkim i zwięzłym referacie rozwinąć dość obszernie i dość jasno określić tak liczne, a tak często niezgodne poglądy, trudniej jeszcze wyciągnąć z nich wnioski; realne i zadowalniające wszystkich nie jest też tematem wdzięcznym, boć wiem przecie aż nadto dobrze, że mówię wobec wytrawnych dermatologów, którzy rzecz samą aż nadto dobrze znają i z piśmiennictwa i z praktyki a temsamem, poddawszy ją własnej krytyce, mają o niej własne mniej lub więcej ustalone poglądy.

A jednak... A jednak ta różnorodność i różnolitość poglądów, odpowiadająca raczej (bądźmy szczerzy) wierze w ten lub inny sposób leczenia, wierze — nie przekonaniu, poglądom z dnia na dzień się zmieniającym, ciągła troska o to, czy, działając w dobrej wierze, działamy dobrze, ten brak silnego oparcia o podstawy, jeszcze wczoraj uznawane za niewzruszalne, a dziś w nowem oświetleniu może już chwiejne, sprawia, że temat tak obszernie omawiany nie jest przecie tematem skończonym, i jeśli w jakiej dziedzinie dermatologji, to w tej właśnie najchętniej się słyszy zdanie drugich. I ta chęć właśnie nie powiedzenia Panom czegoś nowego, ale za to usłyszenia od Panów ich zdania, sprostowania własnych błędów i własnych niejednokrotnie mylnych poglądów, zadecydowała o wyborze tematu. A przyczyna druga, może ważniejsza, to moja osobista wiara w powagę tego pierwszego Zjazdu, wiara w gruntowną wiedzę jego uczestników, wiara, która napełnia mnie równocześnie nadzieją, że praca tego Zjazdu, to nie praca dla siebie samych tylko, ale i dla ogółu lekarzy praktyków, którzy z pewnością jeszcze dotkliwiej odczuwają brak planu i jednolitości działania w leczeniu kiły, niż my sami. Brak planu i jednolitości działania — nie waham się użyć tych słów, wcale nie zanadto ostrych, gdy słów silniejszych używa Buschke, podnosząc, że »leczenie kiły znajduje się chwilowo w stanie chaotycznego niemal zamieszania«, a Finger stwierdza, że jest to »okres prób i szukania po omacku«. A przecie nie da się zaprzeczyć, że myślą przewodnią w nowoczesnem leczeniu kiły było stworzenie leczenia planowego, leczenia nie objawów chorobowych tylko, ale samej choroby, że plan dumny i na szerszą zakreślony skalę oparł się na potężnych podwalinach, jakie dały wielkie odkrycia w początkach tego stulecia. Musiały one zmienić i zmieniły nasze poglądy na kiłę, samą i jej leczenie, zmieniły samo leczenie, ale budowy samej dotąd nie wykończyły. Jesteśmy w okresie gromadzenia materjałów do budowy, mamy ich może aż nadto, ale o plan budowy spieramy się niemal codziennie, wprowadzając tak liczne poprawki, że w planie, jak się w początkach zdawało, tak jasnym, często rozpatrzeć się nie możemy. Co więcej spostrzegamy niejednokrotnie, że mimo nowych zdobyczy zawracać musimy do przeszłości i szukać wyjaśnień w spostrzeżeniach klinicznych dawniejszych, na czystej empirji opartych. Gdy według dawnych poglądów leczenie kiły rozpoczynało się z chwilą wystąpienia zmian ogólnych, a więc na długo po uogólnieniu się i wtargnięciu krętka bladego do wszystkich narządów ustroju, dziś spieszymy się z rozpoczęciem leczenia jak najrychlej, stawiając na plan pierwszy leczenie poronne, ba nawet leczenie zapobiegawcze przy stwierdzonej możliwości zakażenia. A skoro leczenie rozpoczniemy nieco później, skoro nie jest uwieńczone pomyślnym skutkiem i wystąpią nawroty, może złośliwsze, niż je spostrzegano dawniej, wracamy myślą do zasad dawnych, pytamy, czy osutki na skórze i skóra sama nie mają właściwości ochronnych, których lekceważyć i niszczyć nie wolno, wynaleźliśmy nawet, by przecież zaznaczyć naszą wyższość nad dawną, czysto kliniczną obserwacją, nazwę naukową »esofilaksji« nazwę, mającą znamionować te przypuszczalne (a nie dowiedzione) właściwości ochronne skóry (Hoffmann). Zdecydowanym przeciwnikom rtęci, odmawiającym jej wszelkich właściwości krętkobójczych (Lesser) przeciwstawiamy udatne wyniki (jakkolwiek nieliczne) poronnego leczenia samą rtęcią (Thalmann i Scherber), lub też stawiamy przed oczy znakomite działanie rtęci drogą pośrednią, przez wpływanie na szybszy rozpad nacieku kiłowego, uwalnianie z limfocytów i komórek plazmatycznych swoistej lipazy, fermentu, niszczącego swoisty lipoid krętków bladych, a przez to wzmaganie sił ochronnych ustroju i niszczenie skuteczne samych krętków (Bergel). Nie znajdując dostatecznych podstaw do rozwiązania zagadki, dlaczego to samo leczenie raz daje wyniki korzystne, innym razem zawodzi, przypominamy, że są jeszcze jakieś »imponderabilia«, o których zapomnieliśmy, że temi niedają-

cemi się odmierzyć właściwościami ustroju, to jego własne siły ochronne, bez których współdziałania »wszelkie nasze leczenie okaże się bezsilnem« (Finger). To są tylko przykłady najogólniejsze, zawracania, mimo spostrzeżeń nowych, do spostrzeżeń starych, na doświadczeniu klinicznem opartych, to zaledwie przedsmak tych sprzeczności, jakie wyłaniają się w znacznie większej mierze dopiero przy rozpatrywaniu szczegółów.

Bo na czem oparliśmy nasze nowoczesne leczenie kiły? Czy na zasadach bezwzględnie niewzruszalnych, na dokładnej i w szczegółach najdrobniejszych już znanych podstawach biologicznych? Oparliśmy je wprawdzie na wielkich odkryciach początków XX stulecia i staramy się do ich wysokiego poziomu dostosować nasze leczenie, ale widzimy, że w istotę tych wielkich odkryć nie zdołaliśmy jeszcze wniknąć dostatecznie, nie znajdujemy bezwzględnej równoległości i zgody między danemi pracownianemi a danemi klinicznemi; stąd i poziom naszego leczenia nie dorasta do poziomu samychże odkryć. Nasze nowoczesne leczenie kiły opieramy na odkryciu krętka bladego, na kile doświadczalnej zwierząt, na odczynie Wassermanna, na wprowadzeniu nowego środka leczniczego: salwarsanu i jego pochodnych, na poznaniu zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym i na uznaniu zasady, że wszelkie t. zw. schorzenia metaluetyczne są tylko dalszym ciągiem tego samego, jeszcze żywotnego procesu chorobowego. I jakkolwiek wszystkie te wielkie odkrycia dały nam do rąk broń potężną do walki z kiłą, nie zawsze wiemy, kiedy tej broni użyć i jak jej użyć.

Żadnego z odkryć, nie wyłączając nawet krętka bladego, nie znamy w szczegółach, tem mniej znamy odczyn Wassermanna, a raczej jego istotę, nie wiemy jeszcze nic pewnego o znaczeniu zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym, o związku tych zmian z późniejszemi zmianami w układzie nerwowym, a już najmniej chyba znamy działanie salwarsanu, t. j. tego właśnie środka, który zrobiliśmy, czy chcemy zrobić bronią główną w tej walce, choć przyznać należy, że nie znamy też zbyt dokładnie działania dwu innych środków, głównych czy pomocniczych, rtęci i jodu.

Za podstawę biologiczną wczesnego leczenia kiły wzięliśmy krętka bladego, i to spostrzeżenie z kiły doświadczalnej zwierząt, a częściowo i spostrzeżenia kliniczne, że krętek blady, wtargnąwszy do ustroju, szybko dostaje się do naczyń chłonnych, z nich do gruczołów chłonnych, a gdy ta zapora ochronna zostanie przezwyciężona, do krwi, skąd znów rozsianie się jego we wszystkich narządach wewnętrznych, a temsamem usadowienie się na stałe jest kwestją czasu, i to czasu bardzo krótkiego. Wyobrażamy sobie, że kiła w swych początkach jest chorobą miejscową, że staje się ogólną i konstytucjonalną wówczas dopiero, skoro krętek blady drogą krwi dostanie się do rozmaitych narządów ustroju i tam się na stałe usadowi. Niedopuścić zatem do uogólnienia się choroby, do rozsiania się krętków bladych po całym ustroju, stało się naczelnym, bezwzględnym postulatem skutecznego leczenia kiły, leczenia jej w samych początkach. I tu pierwsze odstępstwo od dawnych zasad leczenia, leczenia, że tak powiem, wyczekującego, rozpoczynanego zwyczajnie dawniej dopiero w chwili wystąpienia zmian na skórze i błonach śluzowych, cech nieomylnych, ale dowodzących zarazem (według pojęć nowoczesnych), że z pomocą leczniczą przychodzimy za późno. A chociaż i przed odkryciem krętka bladego nie brakło usiłowań zastosowania tego, jak dziś rozumiemy, jedynie racjonalnego i skutecznego leczenia, usiłowania te były jednak nieliczne, a o ile były skuteczne, nie miały na poparcie swoje dostatecznych dowodów, że w danym pomyślnym przypadku chodziło istotnie o kiłę, bo rozpoznanie kiły opierało się na cechach klinicznych, nie zawsze dość wybitnych, a nie na badaniu bakterjologicznem. Posługiwano się też wycinaniem zmiany pierwotnej, i dziś stosowanem, jako środkiem usunięcia poważnego bądź cobądź źródła dalszego rozmnażania się krętków. A jednak tak dawne, jak i nowsze sposoby leczenia nie zawsze mogą się poszczycić wynikiem bezwzględnie pomyślnym, choć nie da się zaprzeczyć, że nowsze tego rodzaju sposoby leczenia przewyższają bezwzględnie, i liczbą bezwzględnie większą wyników korzystnych, sposób dawniejszy leczenia, gdy posługiwano się jedynie rtęcią. Gdy dawniej usiłowanie leczenia poronnego, stłumienia choroby w zarodku było rzeczą eksperymentu, opartego na intuicji, zresztą dowolnej, dziś stało się prawem, a zaniechanie wyzyskania tego momentu, jak wierzymy, jedynie właściwego, do skutecznego opanowania i zniszczenia choroby w zaczątkach, może być, i słusznie, uważane za błąd lekarski. Z chwilą stwierdzenia w podejrzanej zmianie, którą uważamy za pierwotną, krętków bladych, ciąży na nas odpowiedzialność za dalszy przebieg choroby i bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia natychmiastowego leczenia, t. zw. leczenia poronnego z zastosowaniem jak najenergiczniejszych środków leczniczych, z wycięciem, o ile można, lub bez wycięcia zmiany pierwotnej. Wiemy aż nadto dobrze, że to prawo nas obowiązuje, tylko nauczyliśmy się z biegiem czasu, że ów zakres leczenia poronnego zacieśnia się coraz bardziej, coraz skromniejsze przyjmuje zarysy, coraz częściej świadczy o naszej bezsilności nawet w tych tak wyjątkowo sprzyjających okolicznościach. Przedewszystkiem zacieśnia się coraz bardziej okres ten, w którym kiłę możemy uważać za chorobę miejscową tylko, granica między kiłą, jako chorobą tylko miejscową a ogólną przesuwa się coraz bliżej ku tak zw. okresowi pierwszemu, a co najważniejsze, nie wiemy, kiedy się to dzieje, nie wiemy, czy istnieje przedział lub choćby miedza istotna.

Pokazało się z biegiem czasu, że wczesne rozpoczęcie leczenia nie jest bynajmniej równoznaczne z leczeniem poronnem, w ścisłem tego słowa znaczeniu, a pokazało się to przy użyciu drugiego środka biologicznego, przy użyciu odczynu Wassermanna. Na tym czynniku, jak się później okazało, także niepewnym i także nie zawsze miarodajnym, chciano oprzeć rokowanie mniej lub więcej skutecznego leczenia wczesnego czy poronnego. Wyobrażano sobie, że kiła staje się ogólną nie w chwili wystąpienia zmian na skórze i błonach śluzowych, zmian, klinicznie widocznych, ale w chwili wystąpienia dodatniego odczynu Wassermanna, tego wskaźnika reagin ochronnych ustroju a więc wskaźnika usadowienia się krętków bladych w rozlicznych narządach i zmian przez krętki blade w nich wywołanych. Kiłę podzielono biologicznie na okres kiły przedwassermannowski i powassermannowski (Wassermann) i zaczęto liczyć okres kiły drugorzędnej nie od zmian na skórze, jak dawniej, ale od dodatniego odczynu Wassermanna, albo, jak chcą nni, poczęto rozróżniać w okresie kiły pierwszorzędnej, wi okresie zmiany pierwotnej dwą okresy zasadniczo różne, okres wczesny seronegatywny i okres późniejszy seropozytywny. Tylko okres seronegatywny miałby dawać widoki istotnego poronnego leczenia, okres seropozytywny należałoby zaliczyć raczej do okresu kiły drugorzędnej i leczyć jak kiłę drugorzędną, a leczenie nazywać conajwyżej leczeniem wczesnem, nie poronnem już, w ścisłem tego słowa znaczeniu. (Leven i Meirowsky).

Okazało się z biegiem czasu, że i ten podział nie wystarcza, że mimo, iż jest oparty na zasadzie biologicznej, nie odzwierciedla dostatecznie przemian już zaszłych w ustroju, a może nawet zmian dosyć daleko posuniętych. Zwrócono, i słusznie, uwagę na to, że naprzód odczyn Wassermanna nie jest dostatecznie czuły, że jest odczynem stosunkowo »grubym«, potem na to, że inne odczyny, odczyny zastępcze takie, jak odczyn Perutza i Hermanna i odczyn Sachsa i Georgiego, już o tydzień lub dwa występują wcześniej w kile pierwszorzędnej, że zatem raczej te odczyny, a nie odczyn Wassermanna należałoby uważać za słup graniczny pomiędzy lues seronegativa a lues seropositiva (Perutz). Leven i Meirowsky odrzucają wreszcie i ten podział, bo, zdaniem ich, odczyn Wassermanna nie jest odczynem nagle występującym, jest odczynem stopniowo narastającym i uwidacznia się »*in vitro*« stosunkowo późno, wówczas dopiero, gdy reagin we krwi jest tak dużo, że nawet temi znanemi nam, ale zresztą grubemi sposobami badania dadzą się wykazać. Kiła uogólnia się zatem wcześniej, krętek blady wcześniej usadawia się w rozmaitych narządach, niż możemy to stwierdzić odczynami serologicznemi. Doświadczenia na zwierzętach dowodzą, że już w 11 dni po zaszczepieniu kiły

zarazek jest z narządów wewnętrznych małp przeszczepialny, a płynem mózgowo-rdzeniowym można zakazić ze skutkiem zwierzęta nawet wówczas, gdy w nim nie ma zmian serologicznych. Nie jest też uzasadnione i nie jest żadnemi dowodami poparte zapatrywanie tych autorów, którzy przyjmują, że jest taki okres kiły wczesnej, w którym krętki krążą we krwi, jak zwykłe saprofity, jeszcze dla ustroju nieszkodliwe, a szkodliwe wówczas dopiero, gdy się na stałe w narządach i tkankach osiedlą. Wyżej przytoczone doświadczenia z kiły zwierzęcej bynajmniej za tem nie przemawiają, a co się odnosi do kiły zwierzęcej, to ma również zastosowanie w kile ludzkiej, tylko może w wyższym stopniu, bo ustrój ludzki jest terenem dla kiły bardziej właściwym. A zresztą nie brak też dowodów i z kiły ludzkiej na to, że kiła wcześnie się uogólnia i wcześniej wywołuje zmiany chorobowe w narządach, niż to mogą wykazać nasze dotychczasowe odczyny serologiczne.

Aleksander na 10 przypadków lues I seronegativa stwierdził w 5 przypadkach, a więc w połowie zmiany, w nerwie słuchowym, czyli w połowie zmiany chorobowe wcześniej, niż zmiany w odczynie Wassermanna.

To chyba nie przemawia za tem, abyśmy w odczynie Wassermanna mieli pewne i niezbite wskazówki o sprawie chorobowej w ustroju się toczącej. A zresztą odczyn Wassermanna pojawia się niejednokrotnie późno, bo tuż przed osutką lub niemal równocześnie z pojawieniem się osutki, gdy już nie ma najmniejszej wątpliwości, że kiła stała się chorobą ogólną. Widzimy zatem, że odczyn Wassermanna w tym okresie najważniejszym, w okresie mogącym, według naszych obecnych pojęć, rozstrzygać o tem, czy w danym przypadku leczenie wcześnie rozpoczęte będzie istotnie leczeniem poronnem, nie jest bynajmniej wskaźnikiem ścisłym i stanowczym. Krętek blady rozstrzyga bezwzględnie o rozpoznaniu, i nakłada na nas obowiązek rozpoczęcia natychmiastowego leczenia, ale bynajmniej nie objaśnia nas, czy zakażenie jest jeszcze miejscowe tylko, czy już ogólne, a druga podstawa biologiczna, odczyn Wassermanna, podstawa, na której chcielibyśmy oprzeć nasze wnioski o stopniu zakażenia, okazuje się zbyt kruchą, by na niej oprzeć się silnie i pewnie. To też znów zwrot od zasad biologicznych tak bardzo cennych, ale przecenianych, ku spostrzeganiu i wskaźnikom klinicznym. Powiększenie najbliższych gruczołów chłonnych ma rozstrzygać o tem, czy kiła już się uogólniła, czy nie, okres czasu nie dłuższy, jak najwyżej 3 tygodnie od zakażenia, usadowienie zmiany pierwotnej, ewentualne wzniesienia ciepłoty po pierwszem zwłaszcza wstrzyknięciu salwarsanu mają być wskazówką, czy leczenie poronne będzie skuteczne, czy zawiedzie (F. Bering). Dla tych, którzy chcą się trzymać odczynu Wassermanna, jako wskaźnika ważnego dla rokowania przy leczeniu poronnem kiły, wysunięto z czasem nowe żądania rzekomo nieodzowne. Zdaniem niektórych autorów (Zimmern, Delbanco, Bering) warunkiem udatnego leczenia poronnego nie jest to, czy leczenie poronne zaczynamy przy odczynie Wassermanna ujemnym, ale w równej mierze i to, jak odczyn ten zachowuje się w czasie rozpoczętego leczenia i jaki jest po ukończeniu leczenia. Zwrócono uwagę na to, że pod wpływem leczenia, zwłaszcza leczenia salwarsanem, po pierwszych zwyczajnie wstrzykiwaniach, odczyn Wassermanna z fazy ujemnej przechodzi w fazę dodatnią, (*positive Schwankung*), wychylenie dodatnie, że takie wychylenie dodatnie w czasie leczenia upoważnia już do niepomyślnego rokowania i że tę grupę przypadków należy leczyć, jak kiłę drugorzędną. Skoro się okazało, że i w tych przypadkach, w których w ciągu leczenia nie było wahania dodatniego, leczenie poronne czasem mimo wszystko się nie udało, wówczas żądanie idealnych warunków leczenia obostrzono jeszcze bardziej i poczęto mówić o t. zw. wahaniu dodatniem utajonem (*okkulte Schwankung* Zimmerna). Owo utajone wahanie nie da się jednak, zdaniem Zimmerna, wykryć zwykłym odczynem Wassermanna, ale odczynem specjalnie uczulonym według odmiany Jacobsthala. Czy i to wystarczy, pokaże może czas najbliższy; narazie z owych coraz to nowszych wymogów i żądań jedno tylko zdaje się być pewne, a to, że zakres poronnego leczenia kiły, początkowo tak wielkie budzący nadzieje, zacieśnia się i kurczy coraz bardziej i jest wymownym dowodem raczej naszej bezsilności, niż potęgi. I dlatego nie mogą dziwić poglądy Meirowskiego i Levena, którzy podnoszą, że nie ma okresów kiły, w znaczeniu serologicznem jest od początku jeden jedyny nieprzerwany ciąg choroby. Ciż sami autorowie radzą celem uniknięcia złudzeń zarzucić słowo leczenie poronne, a używać nazwy wczesne leczenie. Oto w krótkich zarysach wartość odczynu Wassermanna co do leczenia i rokowania w tak zw. okresie pierwszym kiły.

A wartość tego odczynu w okresie drugorzędnym, trzeciorzędnym i w t. z. »metalues«? Wartość rozpoznawcza bezwarunkowo nierównie większa i przez to niezwykle cenna, ale przy uwzględnieniu spostrzegania klinicznego przy współdziałaniu klinicysty z serologiem. Chciano i w okresach kiły drugorzędnej późnej i w okresach kiły trzeciorzędnej i w schorzeniach pokiłowych opierać rozpoznanie, a co więcej leczenie, na zachowaniu się odczynu Wassermanna. I tu czas przyniósł rozczarowania i przekonał dowodnie, że nie można oprzeć leczenia kiły na wskazaniach tylko serologicznych; i tu współdziałać i uzupełniać się muszą zdobycze pracowniane i doświadczenie kliniczne. Wszakże, odkąd uznaliśmy odczyn Wassermanna za dowód toczącej się gdziekolwiek bądź w ustroju sprawy chorobowej, bo nie za dowód odporności ustroju, zdawało się logicznem żądanie leczyć dopóty, dopóki ten miernik choroby wskazuje, że choroba, choć klinicznie nie jawna, istnieje. Co więcej i ciągła kontrola, czy ten miernik wychyla się ku stronie dodatniej, czy stoi na polu ujemnem, wydawała się obowiązkiem naszym. I niestety okazało się, że i tu ten miernik zawiódł i okazał właściwości barometru, wskazującego na pogodę w czasie deszczu i odwrotnie. Wszakże ciężkie schorzenia układu nerwowego mogą się rozwijać i istnieć przy ujemnym we krwi odczynie Wassermanna, że wspomnę tylko wiąd rdzenia z 40% odczynu ujemnego we krwi, ciężkie neurorecydywy i t. p., a odwrotnie odczyn silnie dodatni i uporczywie się utrzymujący można stwierdzić niejednokrotnie u ludzi z przebytą niegdyś kiłą, zresztą zupełnie zdrowych bez jakiegokolwiek schorzenia narządów wewnętrznych. Prawda, że to są wyjątki, ale wyjątki chyba nie tak rzadkie, skoro Buschke i Finger zaznaczają wyraźnie, że odczyn Wassermanna dodatni nie jest niejednokrotnie niczem innem, jak »błędem piękności«. Tłómaczenia tego zjawiska jeszcze nie znamy, ale spostrzeżenia kliniczne stwierdzają już te fakty. Wiemy również ze spostrzeżeń Fingera, że daleko łatwiej zmienić odczyn Wassermanna na ujemny w kile jawnej, niż w kile bez objawów klinicznych, co znów przemawiałoby za tem, że odczyn ten jest jednak wskaźnikiem toczącej się sprawy chorobowej. A jeśli znów utrzymuje się uparcie i stale u ludzi zresztą zdrowych, mógłby być może uważany za dowód sił ochronnych?

Za taki też wyraz sił ochronnych ustroju, w pewnem ograniczonem znaczeniu uważa odczyn Wassermanna Bergel. Autor ten dowodzi, że materjałem do odczynu Wassermanna są nacieki kiłowe, nacieki komórek limfoidalnych i plazmatycznych, obok nich zmiany w gruczołach chłonnych. Tak limfocyty nacieków, jak i limfocyty gruczołów chłonnych, pod wpływem toksyn lipoidalnych krętków bladych wytwarzają lipazę, niszczącą stopniowo krętki, a lipoid swoisty i lipaza, nagromadziwszy się dostatecznie we krwi, dają dodatni odczyn Wassermanna. Odczyn ten jest zatem dowodem samoobrony ustroju, a to samoobrony przejściowej, nie stałej, jest dowodem istnienia bodźca, a więc krętków. Znika z chwilą ustania bodźca, nie pozostawiając na później odporności choćby przejściowej; jest obroną czasową, ale obroną, świadczącą o zdolności współdziałania ustroju w walce z zakażeniem. Niszcząc krętki, niszczymy i odczyn, bo niszczymy bodziec ten odczyn wywołujący. Wychodząc z tego założenia uważa Bergel ujemny odczyn Wassermanna w kile utajonej wczesnej i późnej za objaw niekorzystny, rokujący źle o przyszłości chorego. Zapatrywanie, jak widzimy, odmienne od zapatrywań ogólnie przyjętych, ale mogące poniekąd tłómaczyć owe przypadki zupełnego zdrowia przy odczynie

Wassermanna stale dodatnim. Z tego wynikałby wniosek, że ideałem leczenia byłoby usuwanie ognisk chorobowych a podtrzymywanie stale dodatniego odczynu Wassermanna. Teorją Bergla nie można też wytłómaczyć tego spostrzeżenia, że kiła złośliwa, okazująca tak często odczyn Wassermanna ujemny, nie daje, jak uczy doświadczenie kliniczne, bynajmniej na przyszłość rokowania niepomyślnego, owszem chroni poniekąd od ciężkich schorzeń metasyfilitycznych.

Ze spostrzeżeń i zapatrywań wyżej przytoczonych widać, że i w okresach późniejszych kiły jawnej czy utajonej odczyn Wassermanna nie może być dla nas bezwzględnym wskaźnikiem ani leczenia ani rokowania. Spostrzeżenia, że odczyny serologiczne krwi ujemne zawodzą, o ile chodzi o rozpoznanie schorzeń środkowego układu nerwowego, jakoteż spostrzeżenia, że nawet przy wybitnie rozwiniętych zmianach chorobowych układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego odczyn Wassermanna we krwi może być i bywa często ujemny, skierowały badania serologiczne na inną drogę. Podane przez Quinckego nakłucie lędźwiowe i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego starano się zastosować do kiły znów w celach rozpoznawczych i prognostycznych, w znacznej mierze i leczniczych. Okazało się przytem, że niema bynajmniej równoległości między odczynem Wassermanna we krwi a odczynem Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym, że płyn mózgowo-rdzeniowy zachowuje pod względem tego odczynu, jak i odczynów innych, pewną niezależność, pewną, że tak powiem, autonomję, i że właśnie dzięki tej autonomji zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym odnieść można jedynie i wyłącznie do schorzeń układu nerwowego. Jest to, można powiedzieć, odczyn tylko miejscowy i dlatego odczyn pozwalający wnioskować o chwilowym stanie układu nerwowego. Chwilowym, nie stałym, bo niestety okazało się z biegiem czasu, że z zachowania się płynu mózgowo-rdzeniowego, podobnie jak z odczynów we krwi, nie można wyciągać ani ścisłych wskazań leczniczych, ani zupełnie pewnych wniosków o rokowaniu na przyszłość. Mimo, że odczyny w płynie mózgowo-rdzeniowym są odczynami, że tak powiem, miejscowemi, bardziej bezpośredniemi, niż odczyny serologiczne, to jednak z ich pomocą w istotę schorzeń nerwowych — dotąd przynajmniej — dostatecznie wniknąć nie możemy.

Do badania płynu mózgowo-rdzeniowego i do wykazania zaszłych w nim zmian posługujemy się, jak wiadomo, prócz odczynu Wassermanna także innemi odczynami, takiemi, jak odczyny Pandy'ego, Weichbrodta, Nissla (do wykazania zwiększonej ilości białka), odczynem Nonne Apelta (wykazanie globulin), odczynami kolloidalnemi (odczyn Goldsool, Mastix, Benzoesowy), wreszcie kontrolą ilości ciałek białych t. j. stwierdzeniem większej lub mniejszej pleocytozy. Ponadto uwzględniano także ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego. Zaznaczyć należy z naciskiem, że odczyny te dziś rozmaici autorowie oceniają różnie, że często nie ma współrzędności nietylko tych odczynów z odczynem Wassermanna, ale także między sobą, że wreszcie, co najważniejsze, nie ma współrzędności między temi odczynami a objawami klinicznemi.

Nonne, oceniając wartość poszczególnych odczynów, zaznacza, że odczyn Pandy'ego, jako zbyt czuły i występujący u zdrowych, nie nadaje się do oceny schorzeń kiłowych układu nerwowego, odczyn Nonne-Apelta wypada zawsze ujemnie w schorzeniach niekiłowych, a zawsze dodatnio w wiądzie rdzenia i porażeniu postępującem, pleocytoza towarzyszy zawsze sprawom chorobowym kiłowym, ale występuje także w schorzeniach niekiłowych, zwiększa się również i u osób zdrowych, jeżeli nakłucie powtarzamy kilkakrotnie. Odczyn goldsoolowy jest, zdaniem Nonnego, zbyt zawiły, by można go stosować wygodnie w praktyce, raczej dogodniejszy jest odczyn mastyksowy. Bezwzględnie za kiłą przemawia dodatni odczyn Wassermanna, o ile nie ma dodatniego odczynu we krwi i innego niekiłowego schorzenia opon mózgowo-rdzeniowych, bo w tym przypadku opony stają się przepuszczalne dla reagin we krwi krążących a odczyn staje się przez to mylnym i nieswoistym. W wiądzie rdzenia radzi Nonne używać do odczynu Wassermanna wzrastających ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, gdy w niedowładzie postępującym już 0,2 płynu daje najczęściej wyniki pewne. Jakkolwiek badanie płynu mózgowo-rdzeniowego daje nam cenne wskazówki rozpoznawcze i pozwala na wczesne rozpoznanie spraw chorobowych, klinicznie jeszcze niewidocznych, to jednak Nonne zaznacza wyraźnie, że, zdaniem jego, z zachowania się płynu mózgowo-rdzeniowego nie można, jak dotąd, wysnuwać żadnych pewnych wniosków o rokowaniu na przyszłość, nie można naprzód przewidzieć, którzy chorzy, okazujący zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, są kandydatami do wiądu rdzenia i porażenia postępującego. A przestroga ta jest dla nas ważną, bo wiąże się równocześnie z drugą opinją Nonnego w sprawie leczenia.

Nonne sprzeciwia się forsownemu leczeniu salwarsanem chorych w okresie kiły utajonej i z dodatnim odczynem Wassermanna, bo, zdaniem jego, salwarsan może zadziałać prowokująco na nieczynne ogniska układu nerwowego. Nonne przypuszcza też, że przyczyną tak częstych obecnie neurorecydyw może być leczenie salwarsanem. Rokowniczego zatem znaczenia odczyny dodatnie w płynie nie mają, co więcej, Sachs zadaje pytanie, za co uważać dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym, czy za wyraz ciał ochronnych ustroju, czy też za wyraz schorzenia? Jeżeli za wyraz schorzenia, to leczenie byłoby wskazane, jeżeli za wyraz ciał ochronnych, za dowód przebytego zakażenia, to leczenie jest raczej zbyteczne.

Jeszcze wyraźniej zaznacza swoje stanowisko w tej sprawie Lesser. Według niego w przebiegu kiły układu nerwowego można się dopatrywać tej samej analogji, co w przebiegu kiły na skórze. Osutka pierwsza, gęsto rozsiana, i osutki nawrotowe, z coraz mniejszą ilością ognisk chorobowych na skórze, dowodzą jasno stopniowego samorodnego uodporniania się, samoobrony skóry przeciw jadom krętka bladego; tego samego dowodzą dodatnie odczyny w płynie mózgowo-rdzeniowym. Zatem tam raczej trzeba rokować gorzej, gdzie tych odczynów jako objawu samoobrony niema, niż tam, gdzie one są. Odczyny dodatnie w płynie mózgowo-rdzeniowym we wczesnych okresach kiły nie usposabiają bynajmniej, zdaniem Lessera, do przyszłego wiądu rdzenia lub porażenia postępującego.

Kiedy te zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu kiły zaczynają występować, w jakich odsetkach i czy mają znaczenie dla zabiegów leczniczych, czy wreszcie z objawów klinicznych na skórze można je przewidzieć? I tu zdania są podzielone, jesteśmy w okresie zbierania materjałów i statystyk, a jak statystyki bywają niezgodne, powszechnie wiadomo. Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, objawiające się pewnemi przynajmniej odczynami, występują, jak dziś wiemy, w rozmaitych okresach kiły i nie we wszystkich równe mają znaczenie. Ze spostrzeżeń Kyrlego wynika, że najczęściej pojawiają się zmiany po raz pierwszy w pierwszym roku po zakażeniu, w drugiej jego połowie, rzadziej w roku drugim po zakażeniu, a bardzo rzadko w trzecim. Poza tym okresem wystąpienie zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym (tj. początek zmian) zaliczyć należy do niezwykłych rzadkości. Że jednak już bardzo wcześnie, bo w okresie kiły pierwszorzędnej i to nietylko w okresie seropozytywnym, ale nawet w okresie seronegatywnym, można już napotkać zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, dowodzą prace Frühwalda i Kohrsa. Frühwald na 19 przypadków lues I seropositiva w 4 znalazł zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, w 4 także na 45 przypadków lues I seronegativa, a z obliczeń jego z przypadków zebranych z piśmiennictwa wynika, że z dodatniemi odczynami w płynie mózgowo-rdzeniowym spotykamy się w lues I seronegativa w 10·7%, w lues I seropositiva w 17·3%. Kohrs podobne podaje odsetki. Według niego lues I seronegativa wykazuje również 10·7% płynów dodatnich, lues I seropositiva 14%, lues II manifesta (nie leczona) 37%, *lues latens* (przedtem nie leczona) 38%, *lues gummosa* 48%. Z badań Kyrlego, przeprowadzonych na prostytutkach, wynika, że leczenie nie ma, zdaje się, wybitniejszego wpływu zapobiegawczego na występowanie zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym, znalazł

on bowiem, tak u leczonych jak nie leczonych odsetki te same (33%). To może być wskazówką, że leczeniem nie można otrzymać zbyt wielkich wyników korzystnych.

Czy zatem leczyć? Czy odczyny dodatnie w płynie mózgowo-rdzeniowym są dla nas zawsze wskazówką do leczenia i czy zawsze, nawet przy najenergiczniejszem leczeniu, otrzymujemy wyniki korzystne? Tu rzecz się ma podobnie, jak z odczynem Wassermanna we krwi. I tu, podobnie jak tam, zaznaczała się początkowo dążność do bezwarunkowego leczenia, ale doświadczenie pouczyło, że wskazań bezwzględnych do leczenia na zachowaniu się samego płynu mózgowo-rdzeniowego nie można oprzeć. Wystarczy przypomnieć przytoczone wyżej poglądy Nonnego, Sachsa, Lessera. I tu, jak tam, zaznacza się, w ostatnich przynajmniej czasach, odwrót od tego *»furror therapeuticus«* a powrót do chłodnej rozwagi i do spostrzeżeń klinicznych. Czas wykazał, że mogą zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym ustępować a choroba może klinicznie robić postępy i że odwrotnie kiłowi ze stale dodatnim odczynem Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym, mogą się cieszyć najlepszem zdrowiem i że wreszcie często leczeniem nawet najenergiczniejszem nie udaje nam się na stałe przeprowadzić niektórych odczynów dodatnich w ujemne. I tu, jak tam, chłodna rozwaga przywiodła do opamiętania. Wszakże Finger zupełnie chłodno oblicza, że w kile późnej utajonej 30% płynów mózgowo-rdzeniowych dodatnich nie oddziaływa zupełnie na leczenie najbardziej energiczne, a tylko 15% kiły daje ciężkie schorzenia metaluetyczne i trzeciorzędne, a zatem płyn mózgowo-rdzeniowy dodatni może mieć tylko dla połowy znaczenie poważne, dla drugiej połowy jest znów tylko «błędem piękności«. A więc ta sama kapitulacja wskazań laboratoryjnych, biologicznych, wobec faktów klinicznych i znów poczucie, że jednak wielu praw i właściwości osobniczych ustroju, mimo zdobycze nowoczesne, nie znamy. (Dok. nast.)

Oceny i sprawozdania.

Dr. med. Paweł Schroeter. **Zarys anatomji topograficznej. Podręcznik dla lekarzy i studentów medycyny.** Warszawa. Nakładem Stowarzyszenia pracowników księgarskich. 1922 str. 523. XLIX.

Mamy w naszem ubogiem piśmiennictwie anatomicznem do zanotowania fakt niezwykle rzadkiej doniosłości. Jeden z wybitniejszych lekarzy prowincjonalnych pisze pierwszą polską oryginalną anatomję topograficzną i wydaje ją, ku zawstydzeniu profesorów wszechnic, bez jakiegokolwiek subsydjum, u prywatnego nakładcy. Widzę w tem niezwykle pożądany objaw: polska książka naukowa staje się towarem rynku księgarskiego i może już liczyć na to, że o własnych pójdzie siłach. A więc zbliża się chwila, że nasze »Akademje, Kasy pomocy dla osób pracujących naukowo« i t. p. zrzeszenia, będą miały za zadanie nie pokrywanie ewentualnego niedoboru wydawnictwa naukowego, lecz już tylko popieranie dzieła w celu zapewnienia mu lepszego wyglądu zewnętrznego (papieru, klisz, kolorów, i t. d), odszkodowania autora za poniesione trudy.

„Anatomja topograficzna“ Schroetera poszła przebojem t. j. bez poparcia instytucyj naukowych, i dlatego też posiada pewne braki zależne od nakładcy: nieszczególny papier, na którym rysunki wychodzą źle; sama liczba rysunków niewystarczająca, a i brak im tego, co zwłaszcza w topograficznej anatomji jest wysoce potrzebne — kolorów. Wszystkie te braki dałyby się przy następnych wydaniach usunąć, gdyby nie cały ciężar wydawnictwa spoczywał na prywatnym nakładcy.

Jeszcze jednak więcej zadowolenia sprawia fakt pisania książek naukowych przez lekarzy prowincjonalnych. Od czasu ś. p. Biegańskiego mało mieliśmy przykładów podobnego rodzaju; należy to niewątpliwie położyć na karb budzącego się ruchu naukowego. Aczkolwiek wydanie podręcznika anatomji topograficznej bez oparcia się o zakład anatomiczny, bez zastosowania własnego doświadczenia pedagogiczno-muzealnego jest pomysłem mało szczęśliwym i skazuje autora na kompilację z innych dzieł, bez możności dania swoich poglądów, to jednak Schroeterowi udało się zagadnienie rozwiązać na ogół szczęśliwie. Dzieło zostało podzielone na VIII rozdziałów: głowa, szyja, klatka piersiowa, kończyna górna, brzuch, miednica, kończyna dolna, kręgosłup i rdzeń. Każdy rozdział rozpada się na części lub okolice. Niemal przy każdej okolicy, którą autor opisuje według granic, warstw, zawartości i t. d., znajdujemy dodany ustęp dopełnień, zawierający uwagi dla lekarza praktyka. W ten sposób zostaje podkreślone znaczenie danej okolicy dla pewnych przejawów chorobowych i zabiegów operacyjnych; sucha anatomja wiąże się z kliniką, a całość otrzymuje swoiste piętno myśli autora.

Co do samej treści, nie ze wszystkiemi poglądami autora mogę się zgodzić. N. p., jeżeli chodzi o krążenie żylne w zatokach opony twardej, nie wystarczy wymienić jako odpływ żyłę szyjną wewnętrzną i żyły wpustowe; tych odpływów znamy znacznie więcej (*plexus basilaris, pl. pterygoideus* i t. d.) a zaliczyć do nich musimy również żyłę oczną, którą autor uważa za dopływ a nie za odpływ zatoki jamistej. Trudno mi się dalej zgodzić na podział śródpiersia na przednie i tylne. W ten sposób według Schroetera wielkie pnie naczyń krwionośnych i nerwy błędne leżą w śródpiersiu przedniem a nie w górnem; zwykliśmy też mawiać, że t. sutkowa (*a. mammaria*) leży w śródpiersiu przedniem, a pień nerwu współczulnego w tylnem — czego autor nie uwzględnia. Niektóre ważne okolice są, według mnie, niedość szczegółowo omówione, n. p. przy topograficznem ułożeniu macicy znaczenie więzadeł krzyżowomacicznych (*ligg. sacrouterina*) nie zostało zupełnie uwzględnione.

Nie mogę w tem krótkiem sprawozdaniu wyliczać wszystkich punktów, co do których różnią się zapatrywania z autorem. Gorąco jednak nowemu pracownikowi nauki życzę, w myśl zaznaczonych w przedmowie przez prof. Kryńskiego intencyj, żeby drugie wydanie jego dzieła przybrało pełniejszą i doskonalszą formę zewnętrzną, oraz żeby treść została wzbogacona i pogłębiona.

Pragnąłbym tam również znaleść uwzględnione piśmiennictwo polskie, którego autor niestety nie uwzględniał zupełnie.

Edward Loth.

Przegląd piśmiennictwa.

Rozprawy Akademji Nauk Lekarskich.

T. I. zeszyt 2.

K. Orzechowski. **O epidemji zmiękniania kości we Wschodniej Małopolsce w latach 1918 do 1920 r.** Epidemja zmięknienia kości, którą autor spostrzegał w podanym czasie we Lwowie na oddziale nerwowym szpitala państwowego, ugruntowała pojęcie zmięknienia kości, jako schorzenia dokrewnego wielogruczołowego, zajmującego w rzędzie tych schorzeń miejsce obok tężyczki. Jak w innych podobnych schorzeniach nie można określić, czy zaburzenia dokrewne są pocho ne od zmian nerwowych, czy też one same wywołują zmiany nerwowe, podobnie i tutaj napotyka się na tę samą trudność, co więcej, na niemożność rozstrzygnięcia. Autor podkreśla doniosłość wzruszeń w etjologji cierpienia i niedobory neuropatyczne swoich chorych. Nasuwa się stąd podobieństwo zmięknienia kości do nerwic odżywczo-naczynioruchowych, których jednem z ogniw objawowych mogłyby być zaburzenia dokrewne, przyczem zespół fizjopatyczny, tak częsty w zmięknieniu, tem dobitniej wskazywałby na doniosłość układu współczulnego w mechanizmie powstawania objawów. Zaród tych zaburzeń tkwi widocznie w konstytucji chorych i ma może swój zewnętrzny wykładnik w szczegółach anatomicznej budowy ich ciała i narządów (typ morfologiczny trawienny, silna konstytucja narządów płciowych, drobny, mały kościec) i w kondycjonalnym stanie z powodu przejścia krzywicy w dzieciństwie. Tę potencjonalną, ustrojowo uwarunkowaną skłonność do zmięknienia, zapewne drzemiącą w tylu innych organizmach, które jednak przecież na zmięknienie kości nie zapadają, wyzwolił i uczynił nieznany jad epidemji zmięknienia. Jad ów, jak wiele faktów na to zdaje się wskazywać, atakował przedewszystkiem gruczoły przytarczyczne. Tam, gdzie obrona ich zawiodła, gdzie

była potrzebna w walce z jadem pomoc innych gruczołów dokrewnych, a walka ta słabe konstytucjonalnie gruczoły wyczerpała i o niemoc czynnościową przyprawiła; sprowadził on, z czasem w ostatecznym wyniku zachwianie równowagi czynnościowej przeważnej części gruczołów dokrewnych, w dalszym ciągu, odwapnienie: już z natury swej słabego kośćca tych chorych. Mógł zaś ten jad u osób, usposobionych do zmięknienia kości wskutek konstytucji ogólnej i częściowej gruczołów rodnych, doprowadzić do schorzenia kostnego jeszcze łatwiej przy współdziałaniu przyczyn okolicznościowych, podkopujących odporność ustroju, a w pewnych warunkach szczególnie zmniejszających odporność niektórych gruczołów dokrewnych. Do tych przyczyn należy zaliczyć nadmiar siły rozrodczej w ustroju kobiecym, który nie znalazł wyładowania w ciążach (podobnie jak osłabienie ustroju przez liczne ciąże w sporadycznem zmięknieniu kości u kobiet do częstego zachodzenia w ciążę szczególnie usposobionych), nagłe zawieszenie czynności gruczołów płciowych u kobiet tego samego typu, płciowo »silnych«, w okresie przekwitania, a w dalszym rzędzie przychodzą przyczyny ogólniejszego znaczenia, jak przetrwałe wzruszenia, głód, zimne, wilgotne mieszkania, wogóle pauperyzacja, upadek starczy. Zmięknienie u mężczyzn mą prawdopodobnie poniekąd odrębne cechy patogenetyczne (nadmierna czynność gruczołu śródmiąższowego?), których bliższem zbadaniem nie mógł się autor zająć ze względu na szczupłość materjału męskiego.

Przeciw zupełnemu utożsamianiu zmięknienia kości z nerwicami współczulno dokrewnemi przemawia atoli hypoteza autora bakteryjnego pochodzenia nagminnego zmięknienia kości.

St. Różycki. **Nowy sposób przygotowywania gipsowej masy injekcyjnej.** Drożyzna składników, wchodzących w skład masy do nastrzykiwań Teichmanna albo Erdösa, skłoniły autora do zaproponowania nowej masy, taniej się kalkulującej. I. Płyn podstawowy. Jeden kilogram mąki pszennej lub żytniej pytlowej należy rozetrzeć z 10 litrami zimnej wody. Otrzymaną mieszaninę nagrzewa się na wolnym ogniu i przecedza się przez gęste druciane sito. Płyn przechowuje się w szklanej butli po dodaniu doń 3—5% formaliny. II. Przygotowanie masy do nastrzykiwań A. 400 ccm płynu podstawowego rozetrzeć z 50 grm cynobru i następnie dodać 120—200 grm gipsu. Otrzymany gęstawy płyn przetrzeć przez gęste, druciane sito i wlać do strzykawki. B. Zaraz po pierwszej porcji masy należy przygotować i wstrzyknąć porcję drugą. 400 ccm płynu podstawowego 50 gr. cynobru, 240—320 grm gipsu. Masa ta gipsowa zatrzymuje dobrze w zawiesinie gips i barwnik; może być ona używana w postaci dość płynnej dla wstrzykiwania przez tętnicę szyjną wspólną. Ze względu na jej bezwonność używanie tej masy nie jest przykre. Masa gipsowa twardnieje o wiele prędzej, niż masa Teichmana.

E. Waygiel. **O obecności barwika żółci w moczu chorych na różę.** Autor na podstawie spostrzeganych przypadków twierdzi, że: 1) Barwiki żółciowe występują w moczu w każdym przypadku róży i zawartość ich zdaje się być w prostym stosunku do nasilenia odczynu dwuazowego. 2) Między pojawieniem się barwików żółciowych a odczynem dwuazowym w moczu chorych na różę istnieje prawdopodobnie związek przyczynowy. 3) Występowanie barwików żółciowych w moczu u chorych na różę jest tak samo, jak występowanie w róży odczynu dwnazowego, objawem stałym, aczkolwiek pojawiającym się w różnych fazach choroby i może służyć jako jeden z objawów rozpoznawczych. Przyczyną pojawiania się barwika żółci w moczu w przypadkach róży jest niewątpliwie uszkodzenie czerwonych ciałek krwi w naczyniach skóry, a to pod działaniem toksyn, wytwarzanych przez paciorkowca róży. Czy jednak bilirubina wytwarza się na miejscu w skórze, czy też w narządzie, w którym zwykła powstawać, t. j. w wątrobie, do moczu zaś dostaje się tak, jak w przypadkach innych chorób, wskutek wzmożenia się wytwarzania żółci w następstwie obfitszego dopływu uszkodzonych krwinek, względnie rozpuszczonej hemoglobiny, pozostaje narazie nierozstrzygniętem.

Ks. Lewkowicz. **Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon. VI.** Doniesienie. Według teorji Lewkowicza zapalenie opon miękkich opiera się na tem, że ropa lub przynajmniej materjał zakaźny, wywołujący ropienie, pochodzą z komór, a nanosi je do przestrzeni podpajęczynówkowej prąd płynu mózgowo rdzeniowego. Ropa osiada w większych masach na oponach, jak na sączku, tam, gdzie odbywa się najżywsze wchłanianie płynu mózgowo-rdzeniowego.

Za siedzibą komorową sprawy przemawiają następujące szczegóły:

a) W komorach znajdują się sploty naczyniowe, narząd wydzielniczy, bogato unaczyniony, rodzaj nerki mózgowej, w którym w pierwszym rzędzie sadowić się muszą ogniska przerzutowe przy rozsiewaniu się meningokoków drogą krwi, przez co z łatwością następuje zakażenie komór. Zmiany zaś w oponach nie odpowiadają zupełnie pochodzeniu przerzutowemu;

b) komory i sploty naczyniowe pokryte są nabłonkiem, meningokok zaś jest zarazkiem wybitnie nieżytotwórczym, żyjącym przedewszystkiem na nabłonku; w pewnych okresach choroby znajdujemy też znaczną część meningokoków wewnątrz nabłonków;

c) komory są zajęte od samego początku zakażeniem;

d) w komorach utrzymuje się zakażenie najbardziej uporczywie, stąd też wychodzą zaostrzenia i nawroty;

e) przeciwnie w przestrzeni podpajęczynówkowej sprawa zakaźna wygasa zawsze w bardzo krótkim czasie, gdy tylko jakaś jej część zostanie odcięta od komór;

f) płyn mózgowo-rdzeniowy naładowuje się meningokokami wyłącznie w komorach; stosunki są też tutaj co do stanu meningokoków, ich położenia względem nabłonków i krwinek białych, bardziej pierwotne; przeciwnie w przestrzeni podpajęczynówkowej widać już wyraźnie oznaki przewagi organizmu w walce z mikrobami: więcej meningokoków jest uszkodzonych, nadtrawionych, więcej pochłoniętych przez krwinki białe;

g) w przestrzeni podpajęczynówkowej nie przybywa wcale białka w płynie, jeżeli tylko prąd płynu jest dość żywy i wessanie odbywa się szybko;

h) przeważnie niskie ciśnienie płynu przy samoistnych zapaleniach opon należy odnieść do schorzenia splotów naczyniówkowych;

i) obraz anatomiczny daje się we wszystkich szczegółach wytłómaczyć jasno, w sposób prosty, bez przyjmowania postaci wyjątkowych, jeżeli przyjmiemy komorową siedzibę cierpienia;

j) o wynikach przy stosowaniu surowicy leczniczej rozstrzyga jedynie i wyłącznie zawartość surowicy w płynie komorowym. Ciał swoistych musi tu być mianowicie tyle, żeby płyn dawał ze szczepem, pochodzącym z chorego, odczyn wiązania dopełniacza.

Zajęcie komór z następowem zapaleniem opon należy uważać za powikłanie grypy meningokokowej. Epidemję właściwą stanowi grypa, zapalenie opon wystrzela na jej podłożu w postaci przypadków pozornie odosobnionych.

Przebieg piorunujący choroby jest następstwem obrzęku mózgowia wysokiego stopnia, doprowadzającego do uwięźnienia, inkarceracji, tego narządu.

Wyleczenie samoistne choroby zależy niekiedy niewątpliwie od uodpornienia ogólnego, humoralnego, ale przypadki te nie są, jak się zdaje, zbyt częste. W innych przypadkach mają widocznie większe znaczenie czynniki miejscowe. Ciałka wielojądrzaste, neutrofilne czyli ciałka ropne mają w pierwszym rzędzie za zadanie mechaniczne usuwanie mikrobów. Przedzierając się przez ściany naczyń i sploty, czy wyściółkę do komór, pociągają one prócz tego za sobą osocze krwi i mogą doprowadzać w ten sposób swoiste oddziaływacze do ogniska zakażenia. Ciałka bazofilne i eozynofilne mają prawdopodobnie za zadanie niszczenie mikrobów przy pomocy wydzielanych przez siebie swoistych ciał ochronnych; niszczenie to odbywa się jednak głównie w płynie, a nie w nabłonkach, ciałka te nie mogą więc być czynnikiem rozstrzygającym w mechanizmie samorodnego wyleczenia. Wyleczenie samorodne polega więc według wszelkiego prawdopodo-

bieństwa na działaniu życiowem samych komórek nabłonkowych, które w pewnych warunkach mogą meningokoki, dostające się do nich, zupełnie zniszczyć.

Dodawanie do surowicy leczniczej dopełniacza nie przedstawia, o ile można polegać na dotychczasowych spostrzeżeniach autora, żadnych korzyści.

Do nakłuć dolnych rogów komór bocznych, wykonywanych celem wstrzykiwań surowicy swoistej, autor proponuje ostatnio nakłucie skroniowe. *W. Janusz* (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Heart (A Journal for the Study of the Circulation).
Vol. IX. Nr. 1. 1921.

J. Bracroft, A. V. Bock i E. J. Roughton. **Krążenie i oddech w przypadku częstoskurczu napadowego.** Spostrzegano przypadek częstoskurczu, w którym tętno dochodziło do 200 na minutę. Ucisk nerwu błędnego nie wywierał żadnego skutku. Ciśnienie maksymalne spadło z 120 na 100 mm, minimalne wzrosło z 63 na 80 mm. Badano objętość minutową tlenu we krwi żylnej i tętniczej oraz ilość krwi przepływającej w 1 minucie przez klatkę piersiową. Okazało się że:

1) w czasie ataku w 1 minucie przepływało 2·8—2·1 litrów (zamiast 5—6),

2) ilość krwi wyrzucona za każdym skurczem do naczyń spadła z 77·5—12·9 mm.

3) ogólna ilość tlenu spotrzebowanego spadła z 456 do 290—230 cm na minutę,

4) ilość tlenu w tętnicach pozostała niezmniejszoną, 5) w krwi żylnej spadła znacznie (ciśnienie parcjalne z 36·8 mm na 28 mm).

Jeżeli podzieli się stany niedostatecznego utlenienia krwi na 3 grupy: 1) anoksyczną (zamało tlenu w krwi tętniczej), 2) anemiczną (zamało hemoglobiny), 3) ischemiczną (za powolne krążenie), to powyższy przypadek musimy do 3 grupy przydzielić. Porównanie ilości tlenu we krwi żylnej mieszanej z ramienia i czystej z żyły królewskiej okazało, że w czystej krwi żylnej jest tlenu jeszcze stosunkowo mniej. Główną więc redukcję przeprowadza skóra. Podobne zjawisko obserwowano po działaniu zimnej wody i pobycie na Monte Rosa. Mechanizm tedy jeszcze nie zupełnie jasny.

A. Hewlett. **Blok odgałęzienia wiązki wraz ze skurczami dodatkowemi, powstającemi w przegrodzie międzykomorowej** Kompleks elektryczny, oznaczający się przedłużeniem Q R S i garbami na R oraz odwróceniem T w odprowadzeniu I i III, uważają zwykle za objaw uszkodzenia przewodnictwa w prawem odgałęzieniu wiązki. Ponieważ Oppenheimer i Rotschild odmiennie rozpoznają wtedy t. zw. »arborization block« Wilson i Hermann jako wskaźnik różniczkowy podali: o ile równocześnie powstają z przegrody międzykomorowej skurcze dodatkowe, a podrażnienie przechodzi w tym samym czasie do obu komór, należy zarzucić myśl o »bloku delikatniejszych włókien Purkinjego«, któryby nie pozwolił na przejście podrażnienia równomiernie do obu komór, blok zaś wysoko w prawem odgałęzienin najzupełniej na to pozwala. Szczegółów dalszych tu nie można przedstawić, ani opisu przypadku, potwierdzającego opinję W i H. za pomocą elektrokardiogramu.

A. M. Wedd i W. D. Stroud. **Promieniowanie fali podrażnienia przez serce psa.** Na elektrokardjogramie z odprowadzenia II. umieszczono graficznie punkty serca, przez które przechodzi podrażnienie w odpowiednich przerwach. Uzyskuje się przez to dokładny obraz przejścia fali podrażnienia od węzła zatokowo-przedsionkowago aż do podstawy lewej komory. Punkty wykryto zapomocą odprowadzania z nich bezpośrednio prądów i porównania zdjęć.

T. Lewis, A. N. Drury i C. C. Iliescu. **Badania nad atropiną i strofantyną.** Jeżeli drażnimy krótkiemi wstrząsami rytmicznie przedsionek, następuje przedłużenie przewodnictwa śródprzedsionkowego, wkrótce potem przedsionek przestaje odpowiadać na każdy impuls; tak samo, jeśli się podwyższa ilość skurczów przedsionka, zwiększa się interwał A—V, a wkrótce potem zaczynają wypadać skurcze komorowe Oba objawy polegają na stosunku między interwałom, między impulsami a okresem refraktoryjnym mięśnia. Ilość uderzeń przedsionka, konieczna do wywołania wypadających skurczów komorowych, jest niższa, niż ilość podniet koniecznych dla wypadania skurczów przedsionków, wobec tego jest okres refrakt. wiązki A—V dłuższy (około 30%) od okresu refrakt. mięśnia przedsionkowego Jeżeli dochodzi do bloku wiązki A—V, w odpowiedzi na zwiększoną ilość skurczów przedsionków, to siedzibą tegoż jest węzeł A—V z powodu zwiększenia się jego refraktoryjnego perjodu. Jeżeli blok A—V wiązki był skutkiem działania nerwu błędnego, atropina, hamując, go, usuwa blok.

Jest jednak i inne działanie atropiny: ilość uderzeń sercą, potrzebnych do wywołania bloku A—V, jest mniejsza w sercu atropinizowanem, niż w nieatropin, to znaczy atropina zwiększa skłonność do bloku, o ile go wytworzyło szybkie tętno, i to przez powiększenie perjodu refraktoryjnego, odnosi się to do przedsionkowego mięśnia i do wiązki A—V. Drażnienie nerwu błędnego w tym przypadku prowadzi do przywrócenia jednolitych odpowiedzi, zmniejszając okres refraktoryjny, o ile zaś, jak to się dzieje właściwie zwykle, zwiększa blok, dzieje się to z powodu zmniejszenia ilości skurczów, potrzebnych do przywrócenia pobudliwości zupełnej. Widzimy więc, że w nerwie błędnym istnieją dwie przeciwne skłonności. Strofantyna działa na serce w mniejszych dawkach, w porównaniu do dotąd stosowanych, o ile tętno jest sztucznie bardzo przyśpieszone. S. naprzód zwiększa okres refraktoryjny, skutkiem czego uszkodzenia przewodnictwa są już wyraźne przy niższem tętnie; nie zmienia ilości uderzeń, przy których jeszcze włókna przewodzą, zaburzenia przewodnictwa zależą nie tylko od strofantyny, ale też od ilości uderzeń tętna. Jeżeli grupa naparstnicy blokuje podniety, przechodzące z trzepocącego i migającego przedsionka na komorę, dzieje się to przez przedłużenie refraktoryjnego okresu także A—V węzła;

wreszcie następuje okres bloku wśródprzedsionkowego na skutek przedłużenia okresu refraktoryjnego pewnych włókien przedsionka aż do zupełnego braku odpowiedzi.

Th. Lewis, A. N. Drury, C. C. Iliescu i A. M. Wedd. **Działanie chinidyny na serce, szczególniej w czasie migotania przedsionków.** Eksperymenta na psach udowodniły, że chinidyna w dawkach odpowiednich do klinicznych działa w sposób następujący:

1) zniża ilość uderzeń tętna zatokowo-przedsionkowego (S. A.);

2) opaźnia przewodnictwo w przedsionku wiązce oraz komorze;

3) przedłuża okres refraktoryjny mięśnia przedsionkowego i przez to zmniejsza pobudliwość przedsionka;

4) częściowo poraża nerw błędny (odnośnie do działania na przewodnictwo A—V, a nie na pobudliwość S. A);

5) po chinidynie drażnienia nerwu błędnego opaźniające przewodnictwo w A—V wiązce, już bloku nie wywołuje, a czasem paradoksalnie jeszcze polepsza przewodnictwo;

6) jeżeli się migotanie przedsionków uważa za ruch okrężny fali podniecenia, to nań mogą działać dwa czynniki: 1) długość okresu refraktoryjnego mięśnia przedsionkowego; im ten większy, tem trudniej podnieta tak szybka może znaleść podłoże, tem słabsze ruchy, a nawet możliwsze ustanie migotania, i 2) szybkość przechodzenia fali, im powolniejsza, tem słabsze ruchy, ale i pewne dalsze miganie, gdyż wtedy fala podniet wolno płynąca natrafia nawet w długim okresie refraktoryjnym na dobre podłoże. Stąd zrozumiemy skutki chinidyny, która albo więcej opaźnia przewodnictwo, a więc zwalnia falę, więc w tym przypadku zwalnia ilość skurczów, ale migania nie usuwa; albo zwiększa okres refraktoryjny i przez to zwalnia falę i usuwa migania. Ponieważ widzimy klinicznie 50% wyników usuwających miganie, widocznie po połowie raz jeden, raz drugi czynnik jest górą. Przyśpieszenie czynności komór przy migotaniu zależy częściowo od porażenia nerwów błędnych, częściowo od zmniejszonej ilości skurczów przedsionka.

W elektrokardiogramie widzimy też zwiększenie i przedłużenie kompleksu QRS i fali końcowej T.

H. H. Dale. **Odwrócenie działania podrażnienia nerwu błędnego po chinidynie pokazane na sercu kota.** Jeżeli zatruje się serce kota chinidyną, to podrażnienie nerwu błędnego spowoduje przyśpieszenie tętna. Jest to paradoksalne działanie, nie polegające na podobnem do atropiny porażeniu nerwu i ewentualnem podrażnieniu nerwów współczulnych, gdyż substancje działające na nerw błędny, jak acetylcholoryna, dalej swój skutek wywołują. Paraldehyd przyśpiesza i ułatwia odwrócenie zwykłej czynności nerwu błędnego. Tłumaczenie zjawiska jest trudne, trzeba przypuścić, że chinidyna działa na pewne autonomiczne komórki, położone w obrębie nerwu błędnego, gdyż ciała działające na takie odrębne kompleksy, jak kuraryna i nikotyna, w dawniejszych pracach autora okazały podobne działanie. *Ziemilski* (Lwów).

Choroby kobiece.

Ginekologja.

Münch. med. Wochenschr.
Nr. 21, 1921 r.

Dr. Wederhake. **O porodach w odurzeniu.**
Autor przeciwstawia metodę odurzenia za pomocą chloroformu lub eteru odurzeniu eterowemu Sudecka. Pierwsza zapoczątkowuje uśpienie, druga prowadzi do głębokiego snu. Technika: szczelna specjalna maska. Po 3 gr. chloroformu i kilku kroplach eteru następuje głębokie odurzenie, następnie daje się eter kroplami. Między bolami po 1 gr eteru, przy przerzynaniu się główki znowu 2—3 gr chloroformu. Odurzenie utrzymuje się aż do urodzenia się popłodu. Zalety:

1) niepamięć, co pozwala prowadzić poród bez uczucia bólu, 2) skraca czas porodu, albowiem pobudza bóle a przez to wzmacnia tłocznię brzuszną (w czasie odurzenia można z chorą swobodnie rozmawiać i zalecić jej zwiększać tłocznię), 4) nie szkodzi matce, ani też dziecku, nie pozostawiając po sobie żadnych szkodliwych następstw, 4) może być stosowane aż do urodzenia popłodu, 5) powoduje małą utratę krwi, 6) zmniejsza ilość pęknięć krocza i używalność kleszczy t. zw. „wychodowych". 7) może być wykonywaną niemal przez każdego. Morfiny i jej pochodnych autor bezwzględnie nie załęca. Metodę swoją stosował w 250 porodach i na sobie przez $3^1/_2$ godziny. *Dr. K. Lewicki* (Warszawa).

Bibljografja.

Piśmiennictwo niemieckie.

Jahreskurse f. ärztliche Fortbildung in 12 Monatsheften 1922, Nr. 10. (Październik 1922). Nakład J. F. Lehmanna w Monachium. Cena 120 M. n.

Treść: 1) Prof. Weichardt: Aktywowanie zarazków, 2) Prof. Hoffmann: Ochrona i obrona ustroju w chorobach krętkowych, 3) Biemann: Nagminne zapalenie opon mózgowordzeniowych i pokrewne postacie chorobowe.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXV. Posiedzenie naukowe w dniu 6 października 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 89.

Na członków zwyczajnych przyjęto kol. Strońskiego Bronisława i Silkę Mieczysława. Prezes odczytuje telegram wysłany z powodu 50-lecia Towarzystwa lekarzy serbskich do Belgradu; donosi o podwyższeniu wkładki do Towarzystwa na 300 Mp., a prenumeraty na 3.000 Mp., o przystąpieniu lwow. Tow. lekarskiego do Polskiego Związku Inteligencji i o darze honorowym dla 90 letniego kol. Sawickiego. Zatwierdzono wybór kol. Frankego na członka i kol. Boeheńskiego na zastępcę członka komisji wyborczej dla Izby lekarskiej we Lwowie, a na członka głównej komisji wyborczej przy Min. zdrowia publ. wybrano kol. Pappego.

1. Kol. Sięk przedstawia: a) 32 l. chorego z **odbytem nieprawidłowym**, w 11 dniu po wycięciu sposobem Rydygiera kości ogonowej i odbytnicy wraz z wyłuszczeniem guza wielkości dłoni, który drobnowidowo okazał się **rakiem gruczołowatym.**

W dyskusji kol. Franke omawia raka odbytnicy u 27 l. mężczyzny, który został in ultimis operowany i przypomina ważność badania odbytnicy u osobników młodych. Kol. Barącz podnosi złośliwość raka u osób młodocianych. Na dowód tego przytacza przypadek z własnej praktyki, dotyczący 18 l. wieśniaka, u którego pomimo doszczętnej operacji małego raka wargi dolnej z wyłuszczeniem ślinianek podszczękowych i gruczołów chłonnych, wystąpił bardzo szybko nawrót choroby. Pomimo drugiej doszczętnej operacji chory wkrótce zgłosił się z nawrotem, nie dającym się już operować, gdyż nowotwór zajął szczękę dolną i krtań. Kol. Ostrowski przytacza przypadek własny raka zwężającego światło odbytnicy u chłopczyka 9-letniego. Nadto przemawiał kol. Pisek;

b) chorego wyleczonego **z zapalenia otrzewnej po pęknięciu wrzodu żołądka** do jamy brzusznej;

c) chorego po **wrzodzie żołądka, który przebił do trzustki** i, przewężając żołądek w połowie, wywołał obraz wrzodu ze zwężeniem odźwiernika;

d) chorą operowaną pierwszy raz w kwietniu br. z powodu **ropnego zapalenia woreczka żółciowego.** Wobec nawrotu bolów przystąpiono do relaparotomji, wydobyto duży kamień z przewodu żółciowego wspólnego i uzyskano zupełną drożność dróg żółciowych.

2. Kol. Pisek omawia **dalszy przebieg przypadku tętniaka,** przedstawionego na posiedzeniu lwow. Tow. lek. 28. IV. br. (Pol. Gaz. lek. Nr. 22 z r. 1922). Guz szybko wzrastał, po 3 tygodniach doszedł rozmiarów dużej pięści, o szczycie zwężonym, stożkowatym, wybitnie tętniącym, jak i przedtem we wszystkich kierunkach, współcześnie z uderzeniem serca. Szczyt guza siniał, czerwieniał, stawał się coraz bardziej napiętym. Podmiotowo prócz nieznacznej duszności przy ruchach — (chory pozostawał godzinami w łóżku) — nie miał chory żadnych dolegliwości. Na 2 tygodnie przed zejściem śmiertelnem, pomimo bezwzględnego spokoju i założenia ochronnego opatrunku plastrowego, pokazywało się lekkie krwawienie, przepacanie krwi przez plastry. Powtórny opatrunek plastrowy, założony na dawny, nie usunął broczenia, raz silniejszego, raz słabszego. Kilkakroć zjawiło się poprzez opatrunek krwawienie do 300—400 gr krwi. Następowa podmiotowa ulga była chwilową, jak i przed krwawieniem, gdy dokonano upustu krwi. Ochraniacze z blachy, z korka, okazały się niepraktycznemi. 11. IX. wystąpił gwałtowny, bardzo znaczny krwotok poprzez opatrunek, częściowo i ustami — wśród którego chory zakończył życie. Jeżeli można dać wiarę opowiadaniu otoczenia, wystąpiło równocześnie z wybuchem krwi głośne bulkotanie. Zjawisko to mogło pochodzić od dostania się powietrza do jamy tętniaka, względnie serca, coby tłomaczyło szybką śmierć. Mówca zauważył, że autorowie w zestawieniach swych, dotyczących tętniaków, nie rozróżniają tętniaków wewnątrz klatki piersiowej od guzów tętniakowych, wyrastających na zewnątrz. Bądź co bądź nasz przypadek należy do niezwykłych: przebieg i śmierć potwierdziły pierwsze rozpoznanie. (A. r.).

W dyskusji kol. Ostrowski podnosi, że guz, napotykając w głębi szereg tkanek o większej spoistości, przebija na zewnątrz. Opisuje też przypadek, gdzie chory przekłuł szydłem swój tętniak. Kol. Barącz przypomina, że Amerykanie (*Moore*) polecili dawniej w celu utworzenia się skrzepu i czasowego przeszkodzenia wzrostowi tętniaka tętnicy głównej, wprowadzenie wielkiej ilości cienkiego stalowego drutu, który układa się w tętniaku w kłębek. Kol. Stauber znał chorego, zanim guz wydobył się na zewnątrz klatki piersiowej. Kol. Pisek dodaje, że w statystykach nie ma mowy o urazach, wszystkie przypadki tyczą się pęknięć samoistnych.

4. Kol. Rothfeld wygłasza odczyt o **Zaburzeniach naczyniioruchowych i obrzękach troficznych.** (Ukaże się drukiem).

W dyskusji kol. Łukasiewicz przypomina przypadek posługaczki *Kaposi'ego*, opisany przez Stenberga, podobny do przedstawionych przypadków *akroasfiksji*. Przypadek ten, badany przez Erbena, nie wykazał żadnych zmian w czuciu, po pewnym czasie rozwinęła się u chorej pęcherzyca, która powróciła drugi raz po ukłuciu się igłą w palec. Zwraca uwagę na sztucznie wywoływane zgorzele, pęcherze itd. u histeryczek. Kol. Krzemicki starszy podnosi, że prace Cassierera, Rothfelda i i. wyodrębniają nowe postaci chorobowe. Babiński staje też po stronie teorji odruchowej i nazywa zaburzenia te fizjopatycznemi. Bez względu na sprawę chirurgiczną, rentgen wykazuje zmiany w kościach w tej postaci chorobowej, natomiast u histeryków niema obrzęków, zaniki występują tylko wtedy, gdy nie używają kończyn. Małe obwodowe sprawy do wielkich zmian mogą prowadzić tylko drogą odruchową i nerwu sympatycznego, o czem dopiero zaczyna się mówić. Kol. Leszczyński przydziela I. grupę Cassierera do zmian symetrycznych ze stanowiska chorób skórnych. Gruźlica utajona i schorzenia w gruczole tarczowym usposabiają do zmian angioparalitycznych, symetrycznych na czterech kończynach. Znane są angioneurozy skóry Kreibicha u histeryczek. Omawiane przypadki mogą mieć do zmiany w zaburzeniach w wewnętrznem wydzielaniu. Kol. Świtalski podnosi, że gorsze odżywianie ma wpływ niewielki na system nerwowy, ale i na wewnętrzne wydzielanie. W końcu kol. Rothfeld podkreśla, że przy opracowaniu akroasfiksji wybrał tylko niewątpliwe przypadki chorobowe.

XXVI. Posiedzenie naukowe w dniu 13. października 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 102.

1) Kol. Mostowy omawia dwa przypadki **wrzodu trawiennego odźwiernika,** leczone operacyjnie przez wycięcie tegoż i złączenie przewodu pokarmowego sposobem Kroenleina. Oba

zabiegi wykonano w znieczuleniu miejscowem sposobem Kappis'a. Równocześnie przedstawia preparaty anatomiczne, wykazujące, że tylko leczenie chirurgiczne było tu wskazane. (Autoreferat).

2. Kol. Hilarowicz przedstawia: a) 13 l. chorą, u której wyleczono operacyjnie źle zgojone złam. nie anatomicznej szyjki kości ramieniowej przez usunięcie sterczącego ku górze końca odłamka obwodowego i założenie szwu kostnego drutem srebrnym, łączącego pozastawowo trzoń z główką. Następnie pokazuje zdjęcia rentgenowskie z przypadku i podkreśla bardzo dobry wynik czynnościowy i kosmetyczny.

b) zdjęcia rentgenowskie u chorej 42 letniej, u której pozastawowe ogniska gruźlicze kłykcia goleniowego wyleczono przez wypełnienie plombą z czystego jodoformu jamy pozostałej po usunięciu martwiaka i następowe zaszycie srebrne tej jamy. Na zdjęciach wczesnych, w miarę wsysania jodoformu, widać porastanie jamy kością, zdjęcie zaś po pół roku nie wykazuje już śladu ogniska. (A. r.)

W dyskusji kol. Węglowski zaznacza, że w przypadkach podobnych z powodu stosunków anatomicznych i zrastania się torebki stawowej — ruchomość łopatki dosięgnąć może 15—20% i nawet ortopedycznie nie da się uzyskać lepszych wyników. Kol. Schramm zauważa, jednak, żezałek torebki może się rozszczepić i rozciągnąć, przez co poprawiają się warunki ruchu.

3) Kol. Leszczyński, omawiając a) rozwojowe znamiona kiły dziedzicznej, przedstawia młodocianą chorą z dziwnym rozstępem siekaczy górnych i dolnych, z wybitną mikrodencją obu dolnych siekaczy i silnemi sęczkami dodatkowemi na tylnych zębach trzonowych. Odczyn Wassermanna był wybitnie dodatni; b) omawiając leczenia żylaków miejscowem zemknięciem żył przez wywołanie zapalenia po wstrzyknięciu dożylnem sublimatu, przedstawia szereg kobiet w różnych okresach gojenia wrzodów podudzia, leczonych tym sposobem, c) przedstawia chorą z akrosfiksją, z zajęt emi wszystkiemi czterema kończynami, szczególnie udami i podudziami. Do prawdopodobnego rozpoznania przychodzi przez wykluczenie znanych postaci chorobowych, jak cutis marmorata, livedo racemosa, naevus anaemicus acrodermatitis, I. okres twardziny skóry itd.

W dyskusji kol. Łukasiewicz słoniowacinę skóry lewej stopy przypisuje poprzedniej róży lub przebytemu zapaleniu naczyń chłonnych. Przedstawioną postać chorobową określa jako rodzaj neurozy naczyniowej, gdyż chora jako służąca, narażona jest na zmiany temperatury. W tym przypadku możnaby się spodziewać wyników po wstrzykiwaniu cukru gronowego.

4) Kol. Laskownicki zaznajamia obecnych ze stosowaniem nowego roztworu jodowego w leczeniu ran. (Solutio jodicojodata. P_4 i P_8 fabricationis Laokoon, Lwów). (W druku w Polskiej Gaz. lek.).

5) Kol. Steusing wygłasza odczyt: O rozwoju poglądów na patogenetyczne działanie t. zw. drobnoustrojów endotoksycznych.

XXVII. Posiedzenie naukowe w dniu 20. października 1922 roku.

Przewodniczy kol. Franke. Obecnych 125.

1) Kol. Allerhand przedstawia: a) chorego ze szczękami typu Cap de Pont'a tj. ze zmniejszeniem się powierzchni zgryzu przednich i tylnych zębów. Zęby mają barwę karmelu i są niewrażliwe na potrawy słodkie i kwaśne,

b) gruźlicę szczęki górnej i dolnej po obu stronach. Pokazując radiogramy, dodaje, że po usunięciu martwiaków i zastosowaniu leczenia promieniami Roentgena nastąpiło polepszenie.

2) Kol. Chomicki przedstawia chorą, u której przed 10 dniami wykonał operację plastyczną z powodu t. zw. nosa siodełkowatego. Materjałem plastycznym była blaszka kostna z kości goleniowej, wprowadzona w tunel podskórny przez cięcie wzdłuż przegrody nosowej od końca nosa.

W dyskusji kol. Schramm podnosi niemożność użycia kawałka chrząstki do przeszczepienia, gdyż nie udaje się wyciąć tak cienkiej blaszki, jaka jest potrzebna. Kol. Węglowski zestawia swoje wyniki ze 100 operacyj plastycznych nosa. Operacje tyczyły się nosów przeważnie po kile, gdzie były blizny, i zaniki. Dzieli też je na 3 grupy: 1) kiedy nic było całkiem nosa, 2) kiedy coś niecoś było i 3) gdy był nos siodełkowaty. Przytacza historję poprzecznego cięcia nosa i 700 przypadków Siemańskiego i sposób Jaknowa przeszczepiania okostnej z kości goleniowej.

3) Kol. Progulski omawia przypadek zwężenia odźwiernika żołądka, przyrody przerostowej. Dotyczył on niemowlęcia, pochodzącego z rodziców i rodzeństwa zupełnie zdrowego. Żywione od urodzenia piersią zaczęło w 4. tygodniu życia zwracać każdorazowo przyjęty pokarm, skutkiem czego utraciło w 14 dniach 640 gr. ciężaru ciała. Prócz wyniszczenia cierpiało na stałe zaparcie stolca i rzadkie moczenie. Przy obmacywaniu prawego podbrzusza poniżej brzegu wątroby wyczuwano guzowaty opór. Zgłębnikiem dwunastnicowym pod kontrolą Roentgena nie udało się przejść odźwiernika. Skutkiem ogromnego wyniszczenia dziecka wprowadzono małe ilości ocukrzonego mleka kobiecego, lecz i te już ilości sprawiały, skutkiem zachwianej tolerancji, wzniesienia ciepłoty i objawy zatrucia pokarmowego. Stan ten zakończył się zejściem śmiertelnem. Badanie zwłok wykazało cylindryczny 3 cm długi, o grubości ścian na 1 cm odźwiernik, który na przekroju okazał się przerosłą warstwą mięśniową, zaciskającą światło drożne zaledwie dla cienkiego drucika. Żołądek rozszerzony się krzywizną wielką do pępka. Przypadki zwężenia odźwiernika o postaci przerostowej należą u nas do rzadkości, zaś wynik sekcyjny jest pierwszym, jaki zakład anatomji patologicznej zanotował. (A. r.)

W dyskusji kol. Schramm podnosi wskazania chirurgiczne tej postaci chorobowej u dzieci, a kol. Meisels opisuje obrazy zwężeń pod rentgenem.

4) Przewodniczący kol. Franke poświęca kilka słów wspomnienia śp. kol. Dr. Wandzie Fido, członkowi lwow. Tow. lek., zmarłej we Wiedniu.

5) Kol. Allerhand wygłosił odczyt: O zakażeniu ustnem, stawiając następujące tezy:

1) Sprawa zakażenia ustnego (orul sepsis) stanowi część zagadnienia »zakażenia ogniskowego« (focal infection), i jest jedną z najważniejszych kwestji współczesnej patologji«.

2) Ma ona nietylko znaczenie teoretyczne, rzucając nowe światło na wiele schorzeń, których etjologja i patogeneza były dotychczas niejasne, lecz ma także olbrzymie znaczenie praktyczne, umożliwiając postępowanie zapobiegawcze przez odpowiednie racjonalne leczenie jamy ustnej.

3) Pracą licznych autorów, głównie amerykańskich, udowodniły spostrzeżeniami klinicznemi i ścisłemi sposobami bakterjologicznemi niewątpliwy związek między zakaźnemi ogniskami okołowierzchołkowemi i ropotoczeniem a chorobami wewnętrznemi, jak: zapalenie osierdzia, zapalenia stawów, zapalenie nerek, niedokrewność i i.

4) Sprawa zakażenia ustnego winna znaleźć zainteresowanie wśród świata lekarskiego;

a) u patologów, celem dokładnego opracowania teoretycznego tej kwestji,

b) u internistów, celem uzupełnienia badania klinicznego i wyciągnięcia odpowiednich wskazań leczniczych.

c) wśród dentystów, celem rewizji dotychczasowych metod leczenia zębów, odrzucenia tych, które przed naukową krytyką ostać się nie zdołają, a utrwalenia i pogłębienia tych, które z egzaminu krytycznego wyjdą zwycięsko.

5) By sprawę tak wielkiej wagi teoretycznej i praktycznej pchnąć naprzód, konieczne jest skoordynowanie współpracownictwo przedstawicieli wszystkich zainteresowanych działów medycyny.

6) Celem dostarczenia dat statystycznych, mogących przyczynić się do wyjaśnienia częstości omawianych związków etjologicznych, winno dokładne, umiejętne badanie jamy ustnej stać się częścią każdego badania chorego i zająć odpowiednie miejsce w opisie stanu obecnego.

Wnioski dalsze:

7) Z omówionych związków przyczynowych wynika konieczność:

I. Stworzenia w szpitalach państwowych prymarjatów stomalogicznych celem należytej współpracy z innemi oddziałami,

II. umożliwienia niezamożnej ludności, a zwłaszcza młodzieży korzystania z fachowej pomocy dentystycznej przez tworzenie wzgl. uruchomienie odpowiednich przychodni,

III. unifikacji i pogłębienia studjów stomatologicznych w całem Państwie i postulat objęcia stomatologji obowiązkowym egzaminem dla absolwentów medycyny. (A. r.).

W dyskusji kol. Rencki podnosi znaczenie wykładu mowcy, interesującego zarówno lekarza-stomatologa, jak i internistę. Nie ulega wątpliwości, że zakażenie z jamy ustnej bywa niejednokrotnie powodem poważnych schorzeń rozmaitych narządów np. serca, stawów, przewodu pokarmowego itd. Opisuje przypadek kliniczny *endocarditis lenta*, stwierdzony bakterjologicznie, w którym mowca wyhodował, po wyjęciu zęba, — z ziarniny u wierzchołka zębowego czyste hodowle *diplococcus viridans*; dwoinki te następowo wstrzyknięte psu wywołały zapalenie śródsierdzia. A przecież rzadko paciorkowce żyjące w ziarninie okołozębowej wywołują poważniejsze zmiany chorobowe, mimo, że tak powszechnie i często spotykamy je w chorobach zębów. Należy zatem przeprowadzić dalsze krytyczne badania, celem ustalenia istotnej roli i znaczenia zakażenia z jamy ustnej. (A. r.).

Kol. Cieszyński podkreśla, iż jest wielką zasługą mowcy że zwrócił wykładem swym uwagę kół lekarskich na ważną rolę, jaką odgrywają choroby uzębienia i jamy ustnej w powstawaniu szeregu poważnych zaburzeń: wykład ten skłonił niewątpliwie obecnych lekarzy chorób wewnętrznych do gruntowniejszego zajmowania się stomatologją i do współpracy ze stomatologiem: wykład ten przekonać powinien pozatem koła lekarskie, że ilość należycie wykształconych lekarzy-dentystów powinna być znacznie większą, aniżeli dotychczas, i że nie można pogodzić ze sumieniem lekarskiem odsyłanie swych chorych do partaczy, techników-dentystycznych, którym brak wszelkiego przygotowania lekarskiego i z których rąk przeważnie wychodzą owe »manzolea złote« bez poprzedniego należytego wyleczenia zębów.

Rozpoznanie chorych zębów z przewlekłem zapaleniem ozębnej nie jest zresztą tak łatwe, żeby mogło być dokonane

w trudniejszych przypadkach przez lekarza nie specjalistę. Wielka ilość zębów, które są lub mogą stać się źródłem zakażenia ogólnego nie wykazuje często żadnych zmian próchnicowych korony lub wypełnień i śladów leczenia, gdyż zmiany okołoszczytowe występują w zębach pozornie zdrowych. Odnosi się to przeważnie do zębów przednich górnych lub dolnych, które uległy nieraz przed kilku lub kilkunastu laty urazowi, których miazgi obumarłe przeszły w stan zgorzeli i wywołały zmiany okołoszczytowe. Dla praktyka nie posiadającego ani aparatu rentgenowskiego, a nawet prądu przerywanego, służącego do stwierdzenia żywotności miazgi, podaję następujące kliniczne objawy, mogące zwrócić jego uwagę na ząb, wykazujący zmiany okołoszczytowe:

1) Przy oświetleniu wziernikiem (lusterkiem) od strony językowej wykazuje ząb taki matowe, cokolwiek ciemniejsze zabarwienie w porównaniu do zdrowych zębów; 2) krawędzie zębów wykazują często małą, zaledwie widoczną szczerbę; 3) nacisk na okolicę szczytową jest wrażliwy, często i bolesny; 4) opuk zęba trzonem narzędzia jest głuchy, palec u szczytu korzenia położony wyczuwa często wrząśnienie szczytu (*Wurzelschwirren*; objaw ten wskazuje na zanik blaszki kostnej szczytowej; 5) błona śluzowa na pograniczu przedsionka (*mucosa vestibuli*) wykazuje rozlane szkarłatne zaczerwienienie, przechodzące i na okolicę zębów sąsiednich; 6) nieraz widzimy nad zębem takim przetokę, z której wydziela się ropa; 7) gruczoły chłonne podbródkowe — jeżeli mamy do czynienia z zębami dolnymi, są wyczuwalne; przy zębach górnych zaś gruczoły podszczękowe odnośnej strony.

Potwierdzenie ostateczne przypuszczenia otrzymujemy przez zbadanie prądem przerywanym (brak wrażliwości) i przez zdjęcie rentgenowskie na błonie (filmie), na której wszelkie zmiany okołoszczytowe są jaknajwyraźniej widoczne.

Zęby, wykazujące wypełnienia złote, korony lub zęby ćwiekowe, należą do zębów najniebezpieczniejszych, gdyż często skłaniają lekarza do przypuszczenia, że były prawidłowo leczone. Pod tym względem należy być jaknajbardziej sceptycznym i właśnie te zęby poddać szczegółowemu badaniu. W tych przypadkach jedynie zdjęcie rentgenowskie może nam dać niewątpliwie rozpoznanie. Na ogół ubytki otwarte i korzenie nie robią tych trudności rozpoznawczych, co zęby o koronach zdrowych, gdyż z góry zwracają uwagę badającego. Wyniką stąd jednak praktyczne wskazanie, że należy wszystkie korzenie i zęby z głębokimi ubytkami i z gorzelą miazgi, o ile nie mogą być wyleczone, bezwzględnie usunąć, pomimo, że nie bolą, i zwrócić uwagę choremu na nie jako na źródło zakażenia ewentualnych późniejszych powikłań innych narządów. Uzdrowienie jamy ustnej w ten sposób pojęte, jest nietylko najlepszą obroną przed rozszerzeniem się w dalszym ciągu próchnicy innych zębów, ale zarazem co najważniejsze przed ewentualnem późniejszem zakażeniem innych narządów.

Godzi się z zapatrywaniem, że ideałem wyszkolenia stomatologów jest poprzednie pełne studjum lekarskie. Nie może jednak podzielić jego zdania, jakoby nie było rzeczą możliwą pogłębienie tak dalece wiadomości lekarza-dentysty w dziedzinie pogranicza nauk lekarskich, jak chorób wewnętrznych, chirurgji, położnictwa i okulistyki, ażeby w krótszym czasie przyszli lekarze-dentyści nie mogli się tak dalece zorjentować we wszystkich chorobach innych narządów, o ile one stoją i mogą stać w łączności z chorobami jamy ustnej. Nie ulega żadnej wątpliwości, że te wiadomości mogą być pozyskane w osobnych wykładach w $\frac{1}{4}$ czasu zużywanego na te przedmioty przez studentów medycyny. Dlatego uważa, że w obecnych czasach w których mamy w Polsce przeszło 150% za mało lekarzy, nie należy uszczuplać liczby tychże, natomiast bezwzględnym naszym obowiązkiem jest dostarczenie społeczeństwu dostatecznej ilości należycie wykształconych lekarzy-dentystów, których jest za mało 3 razy w Małopolsce a $4\frac{1}{2}$ razy w Wielkopolsce i Śląsku.

Pomoc Wydziałów lekarskich w tymże kierunku należy uważać jako obowiązek obywatelski wobec społeczeństwa, nawet gdyby się chciało abstrahować od względów lekarskich; tylko przyłączenie studjów dentystycznych do Wydziałów lekarskich na razie jako osobnego studjum prowadzić może do rozwiązania trudnego problemu.

Dopiero gdy będzie dostateczna ilość lekarzy i lekarzy-dentystów, potrzebnych społeczeństwu, wojsku i szkołom, można by pomyśleć o stanie idealnym i o dłuższem studjum dla lekarzy-dentystów. (A. r.).

Przemawiali nadto jeszcze kol. Schramm i kol. Pisek, który przypominał drukowaną przed 20 laty w Przeglądzie lekarskim rozprawę Kaczorowskiego z Poznania, polegającą ściśle badaniu jamy ustnej w chorobach wewnętrznych.

Kmietowicz sekretarz.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 21 czerwca 1922 roku w szpitalu Anny-Marji.

1) Kol. Grosglik przedstawia chorego 32 l. z **wrzodem pierwotnym języka**.

2) Kol. Kumant przedstawia 70 letn. chorego, przyjętego do szpitala ewangielickiego z niemożnością oddawania moczu, u którego dokonano **całkowitego wycięcia stercza** modo Freyer. Chory ze znaczną miażdżycą oraz objawami otępienia starczego i sinicą kończyn, zniósł zabieg dzięki znieczuleniu miejscowemu i wczesnemu wstawaniu.

3) Kol. Muljerówna przedstawia: a) dziecko 9-cio miesięczne z **gruźlicą płuc** i b) przypadek **choroby Werlhoffa**.

4) Kol. Mogilnicki przedstawia przypadek **choroby sinej** (*m. coeruleus*) u 15 letn. dziewczynki, niezwykły w tym wieku (gdyż osobniki z tą chorobą giną przeważnie w pierwszych latach życia); b) omawia **przypadek zimnicy** u 11 letn. chłopca (preparat krwi), ciekawy z tego względu, że przebieg przemawiał za durem brzusznym; c) przedstawia przypadek **parkinsonizmu** u 13 letn. dziewczynki po zapaleniu mózgu nagminnem, przebytem przed 3 miesiącami; d) podkreśla wpływ specyficznie dużych dawek **chlorku wapnia w spazmofilji** (5—8 gr. dziennie usuwa skurcze głośni, drgawki etc.; znika objaw twarzowy); e) zdaje sprawę z trzech artykułów prof. Gröera, dotyczących **diety w chorobach gorączkowych** zakaźnych i w czerwonce.

5. Kol. Polakow przedstawia 8 letn. dziewczynkę ze **zniekształceniem czaszki, górnych i dolnych kończyn i odsznurowaniem palców na rękach i nogach**. Zniekształcenia te są prawdopodobnie pochodzenia płodowego; odsznurowanie wskutek zrostów taśmy owodni z płodem powstałe.

Posiedzenie naukowe w dniu 6 września 1922 r.

1) Kol. Sterling wygłasza odczyt p. t. **Nowe prądy w nauce o gruźlicy**. Treść: Anatomja zrazika i gronka płuc. Pierwsze ognisko płucne, jako sprawa wysiękowa w gronku. Znaczenie momentu mechanicznego w powstawaniu i szerzeniu się gruźlicy. Pochodzenie komórek nabłonkowatych gruzełka. Poglądy szkoły francuskiej i niemieckiej; przewaga po stronie nauki Miecznikowa i Borela. Układ siateczkowato-śródbłonkowy. Histjocyty, jako prototyp makrofagów, ich rola w sprawach wytwórczych, więc w budowie gruzełka (a być może i w sprawach gruźliczych wysiękowych). Alergja histologiczna i siedm typów przebiegu zmian gruźliczych, dających się uzależnić od niej.

2) Kol. Szyfman pokazuje preparat **wszy, zakażonej gorączką powrotną** (z pracowni prof. Weigla), opisuje sposób, w jaki zakażono wszy i sporządzono preparat; podkreśla, że krętki Obermayera znajdują wyłącznie we krwi wszy zakażonych, skąd wysuwa wniosek, że zakażenie człowieka następuje drogą wtarcia krwi rozgniecionej wszy w uszkodzoną skórę człowieka.

Posiedzenie naukowe z dnia 20 września 1922 r.

1) Kol. Banasz przedstawia 42 letniego fornala, któremu usunął z powodu gruźlicy około 35 cm. jelita biodrowego oraz części kątnicy tuż nad zastawką Bauhina (**Ileotransversotomia**).

2) Kol. Mogilnicki zdaje sprawę ze **Zjazdu pedjatrów polskich** w Warszawie.

3) Kol. prof. Venulet wygłasza odczyt p. t. **Nowe prądy w dziedzinie leczenia swoistego gruźlicy**. Treść: Kryzys w zagadnieniu pożyteczności sanatorjów. Dążenia do leczenia swoistego gruźlicy. Leczenie tuberkuliną, zwłaszcza za pomocą wcierań w skórę. Udział skóry w czynnościach odpornościowych ustroju. Leczenie za pomocą wcierań z zawiesiny zabitych laseczników według Petruschky'ego. Wytwarzanie się niewczesników swoistych, zwalczających ogniska chorobowe przez tępienie swoistego zarazka. Zwalczanie infekcji mieszanej za pomocą linim. anticatarrhale Petruschysky. Zastosowanie praktyczne, przedewszystkiem, w gruźlicy gruczołowej u dzieci. Ektebina Moro. Szczepionki Petruschky'ego przeciwko ostrym chorobom zakaźnym. Horoskody na przyszłość.

W dyskusji: Kol. Sterling sądzi, że o wartości tuberkuliny w jej tak licznych odmianach może rozstrzygać spostrzeżenie szpitalne, ale nie praktyka prywatna. Metoda Petruschky'ego opiera się na przesłankach fantastycznych, szczególnie kompromitujących, kiedy mówi o leczeniu wcieraniami do skóry zakażeń wtórnych. Kol. St. ostrzega przed wiarą w ten środek; jeśli tuberkulina może niekiedy działa leczniczo, to rzadek Petruschky'ego w każdym razie działa jeszcze rzadziej. Jak zaś wygląda ocena jego działania, świadczy opis jednego z chwalców tej metody (Grossmann), który w dwu przypadkach rzekomego wyleczenia tą metodą gruźliczego zapalenia opon mózgowych nie badał płynu mózgowo-rdzeniowego. Kol. Lubiecki już w 1911 r. w celach leczniczych aplikował w skórę zawiesinę laseczników Kocha. Wyniki były te same, co przy stosowaniu podskórnem. Ciepłota bywała podwyższona. Przy stosowaniu m. Petruschky'ego ciepłota się nie podnosi, a więc maść się nie wsysa i nie działa.

Prof. Venulet uważa, że pomimo sceptyzmu nie można odmówić metodzie P. podstaw naukowych, spotkała się ona z uznaniem świata naukowego; o znaczeniu praktycznem rozstrzygnie przyszłość; wszak śmiała myśl uodpornienia ustroju drogą jelit przybiera obecnie postać realną. Tuberkulina nie jest lekiem w pierwotnem znaczeniu tego słowa; pod tym względem podziela ona los wielu innych leków, przedewszystkiem szczepionek leczniczych. Brak ustalonego dawkowania dla szczepionki Petruschky'ego wymaga tem większej indywidualizacji przy jej zastosowaniu. Działania zapobiegawczego nie posiadają ani tuberkulina, ani zapewnie środek P. Odczyn tuberkulinowy jest bezwzględnie swoisty, chociaż biorą w nim udział

również pierwiastki nieswoiste; odczyny występujące u gruźlików po wprowadzeniu do skóry ciał białkowych, są tylko poniekąd zbliżone do prawdziwego odczynu tuberkulinowego.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 20 czerwca 1922 r.

Obecnych członków 27.

1. Kol. Wrześniowski pokazał: a) chorego po wycięciu dnia 9. II. rb. 8 **prawych żeber**, od 3 do 10 włącznie. Mężczyzna 30-letni zachorował przed 2 laty na grypę, w następstwie na ropne zapalenie prawej opłucnej, wskutek czego miał wycięte żebro i otwartą jamę opłucnej. Od tego czasu stale obfite ropienie. Prześwietlenie Roentgenem wykazało zapadnięcie prawego płuca, przylepionego do śródpiersia w kształcie wąskiego pasma oraz wielką, próżną jamę opłucnej. Po wycięciu 8 żeber klatka piersiowa zapadła się o tyle, że zginęła próżna jama opłucnej; ogólny stan chorego poprawił się znacznie; pozostało niewielkie ropienie z opłucnej; b) preparat **przewodu pępkowo-jelitowego** wyciętego u chłopca 12 letniego z powodu niedrożności jelit, trwającej 11 dni. Około samego przewodu przez jelito przewiesiła się pętlica jelita cienkiego, długości około 25 cm, powodując zamknięcie światła. Chłopiec zmarł w 3 dni po operacji; c) **nadnerczak prawej reki**, wycięty przed dwoma tygodniami 54-letniemu mężczyźnie. Nowotwór wielkości 2 dużych pięści, zajmuje prawie całą nerkę, zostawiając w 2 miejscach na obwodzie cienkie paski zdrowej tkanki nerkowej. Chory ma się dobrze; d) **Żołądek z częścią poprzecznicy**, usunięty świeżo 35-letniej kobiecie z powodu rozległego **raka żołądka**. Przywpustowy pozostały wąski skrawek żołądka zespolono z dwunastnicą, poprzecznicę zaś — koniec do końca. Cała operacja była wykonana w znieczuleniu powłok brzusznych $1/2$% roztworem nowokainy z suprareniną, po uprzedniem wstrzyknięciu podskórnem 0.01 morfiny. Operacja była bezbolesna chora zniosła ją dobrze, mimo trudności technicznych i długotrwałości zabiegu; uskarżała się jedynie na nieprzyjemne uczucie ciągnienia w czasie wyłaniania z jamy brzusznej żołądka wraz z poprzecznicą (autoreferat).

2. Kol. Batawia pokazał: a) **chorego z gruźlicą krtani, wyleczoną** po zastosowaniu **galwano-kauteryzacji**; b) chorą, operowaną w szpitalu z powodu trudnego do rozpoznania **cierpienia krtani; na** tylnej ścianie krtani 2 guzki, nadto zgrubienie strun, prawdziwych i rzekomych oraz zmiany w płucach. Wobec odczynu Wassermanna dodatniego ++++ chorabędzie poddana leczeniu swoistemu; c) chłopca 18-letniego z **zapaleniem krwotocznem opony twardej**. Chłopiec przybył do szpitala z niežytem jelit, po 2 tygodniach nie mógł się ruszać ani chodzić. Rodzina neuropatyczna (brat miał wodogłowie i zmarł w szpitalu). W przebiegu sprawy chorobowej widziano kilkakrotnie poprawę i nagłe pogorszenie. Ostatnio chory zaczął chodzić, pozostało jednak osłabienie prawej ręki. Rozpoznano histerję. Leczenie hipnozą dało na razie polepszenie, po 2 dniach — porażenie połowiczne: tętno 50, odczyn Babińskiego dodatni, prawy nerw twarzowy porażony, więc prawa organiczna. Odczyn Wassermanna ujemny.

3. Kol. Bram pokazał: a) chorą z **gruczolakiem złośliwym szyi**: były guzy nad lewym obojczykiem, po 6 naświetlaniach promieniami Roentgena znaczna poprawa, pozostały małe gruczołki; b) **szereg rentgenogramów nerek**, omawiając przytem różniczkowo rozpoznanie radjograficzne kamieni i piasku nerkowego.

c) Następnie kol. Bram pokazał rentgenogram jelit grubych **ze zwężeniem esicy**, z powodu nowotworu; rozpoznanie potwierdzają w tym przypadku objawy kliniczne i badanie odbytnicy wziernikiem (kol. W. Kon). d) Wreszcie pokazał rentgenogramy kości, zwracając uwagę na **przypadek słoniowatości** i duże zmiany w budowie kości podudzia po przebytem zapaleniu szpiku kostnego piszczeli autoreferat).

4. Kol. Koniecpolski pokazał i omówił przypadek **zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych** u chłopca; stosowano nakłucie lędźwiowe bez skutku, później — surowicę meningokokową podskórnie i do rdzenia. Obecnie stan bezgorączkowy, nerw przedsion kowy oddziaływa słabo, bezład, chód niepewny, na lewe oko nie widzi.

5) Kol. Koniecpolski odczytał pracę: »**Przypadek cukrzycy 9-letniego dziecka**«. W moczu stwierdzono cukru 6%, duże ilości acetonu, obecność kwasu aceto-octowego, nieliczne wałeczki nerkowe i kryształy kwasu moczowego. Dziecko po 2 tygodniowej obserwacji zmarło. W końcu mowca omówił nowsze poglądy na patogeneze cukrzycy.

W dyskusji kol. Rożkowski zaznacza potrzebe określania zawartości cukru we krwi chorych na cukrzycę; dalej omawia zaburzenia w przemianie węglowodanów u dzieci, w końcu wspomina o znaczeniu trzustki (zmiany w wysepkach Langerhansa podług Allen'a), układu współczulnego oraz gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, w patogenezie cukrzycy.

6. Kol. Rousseau wybrano jednogłośnie na członku Towarzystwa.

Posiedzenie w dniu 26. września 1922 r.

Przewodniczy kol. Stawnicki. Obecnych członków 22.

1. Kol. Kahl pokazał dziecko 5-miesięczne z **wadą wrodzoną** (*morbus coeruleus*), której towarzyszy sinica ogólna i zgrubienie ostatnich członów palców. Podając szczegóły z piśmiennictwa, mowca rozpoznaje w tym przypadku wrodzone zwężenie tętnicy płucnej.

W dyskusji kol. St. Kon i Szaniawski wyrażają wątpliwość co do ścisłego rozpoznania wady serca u 5 miesięcznego dziecka: zdaniem tych kol. tylko badanie pośmiertne może dać ścisłe rozpoznanie.

2. Kol. Marczewski a) pokazał 3 chorych po urazie oczu i 4 odcinki stali, wydobyte z głębi gałek ocznych za pomocą dużego elektromagnesu, po szczegółowem omówieniu przypadków z własnej praktyki i zaznaczeniu trudności technicznych przy usuwaniu ciał obcych z komory tylnej oka.

3. Kol. Marczewski wygłosił odczyt: »**O ciałach obcych, drążących w gałkę oczną**«, zwracając uwagę na ważność ran drążących na ważne znaczenie pierwotnego i wtórnego zakażenia oraz na znaczenie patologiczne ciał obcych, tkwiących w głębi oka. Mowca stwierdza, że stal (ewentualnie żelazo) stanowi około $^{9}/_{10}$ przypadków ciał obcych w oku, podkreśla, że pozostawione w głębi oka odcinki żelaza, a tem bardziej miedzi, prowadzą niechybnie do utraty wzroku (przy żelazie zbiór objawów jest znany pod nazwą *siderosis bulbi oculi*), a zazwyczaj i do sympatycznego zapalenia oka drugiego i zupełnej ślepoty. Podając przypadki z własnej obserwacji, przestrzega mowca przed wyczekiwaniem i wskazuje na konieczność usuwania miedzi i żelaza, a wrazie niemożności ich usunięcia lub groźnych powikłań na konieczność wyłuszczenia gałki ocznej (autoreferat).

4. Kol. Batawia przedstawił 14-letniego chłopca po **trepanacji usznej** z powodu zajęcia błędnika. Chory we wczesnem dzieciństwie przebył płonicę, po której pozostało ropienie prawego ucha, trwające dotychczas. Przed 4 tygodniami wystąpiły silne bóle i zawroty głowy, wymioty, ciepłota podwyższona do 39°. Badanie wykazało zupełny brak bębenka w uchu prawem, obecność niedużego polipa, skąpą cuchnącą wydzielinę i oczopląs samoistny na stronę lewą. Chory stać nie może, pada na stronę prawą, na tę stronę pada również przy chodzeniu. Słuch osłabiony, przewodnictwo kostne zachowane, błędnik oddziaływa na ciepło, próba przetokowa ujemna. Rozpoznano zapalenie surowicze błędnika ograniczone (*labiryntkitis serosa circumscripta*), i przed 3 tygodniami wykonano doszczętną operację ucha, przyczem po obnażeniu poprzecznego kanału półkolistego stwierdzono dwa ciemne punkty (sekwestry). W zakończeniu mowca omawia wskazania do operacji przy chorobie błędnika (autoreferat).

5. Kol. Bram pokazał: 1) mężczyznę chorego na **toczeń wrzodziejącego nosa**, wyleczonego naświetlaniem promieniami Roentgena: 2 serje po 6 posiedzeń każda. W miejscu owrzodzeń widać białą tkankę bliznowatą. 2) Mężczyznę z **łuszczycą ogólną** wyleczoną naświetlaniami, i dalej cały szereg zdjęć rentgenograficznych z własnej pracowni.

W dyskusji zaznacza kol. Batawia, iż od lat 15 leczy chorych na toczeń twarzy galwanokaustyką, i jest zupełnie zadowolony z wyników. W odpowiedzi kol. Bram zaznacza, że na podstawie bieżącego piśmiennictwa, najlepiej leczyć toczeń promieniami Roentgena lub lampą Finsena.

6. Kol. Stawnicki omówił ciężki przypadek **zapalenia wysiękowego osierdzia** u 10-letniej dziewczynki. Wobec ciężkiego stanu, tętna miękkiego o 120 uderzeniach na minutę zastosowano kamforę i zewnętrzne pryszczydła, zamierzano też wykonać aspirację wysięku, ale nazajutrz chora zmarła. Mowca wnosi, że w podobnych przypadkach nie należy zabiegu odkładać. Nakłucie pośmiertne w tym przypadku wykazało obecność wysięku.

6. Na żądanie Urzędu wojewódzkiego wprowadzono do nowego statutu Tow. lekarskiego kilka uzupełnień.

Sekretarz *K. Łokczewski.*

Polskie Towarzystwo Otolaryngologiczne w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 22 czerwca 1922.

Przewodniczy wiceprezes Towarzystwa kol. J. Szmurło. Sekretatarz kol. Tuz.

Przewodniczący uczcił i podniósł zasługi niedawno zmarłego Dra Władysława Ołtuszewskiego na niwie polskiej logopatologji. Ś. p. Ołtuszewski był jedynym u nas badaczem, który poruszył szereg zagadnień z dziedziny fizjologji, psychologji i patologji mowy, był jedynym u nas specjalistą leczącym zboczenia mowy metodą zdobytą podczas studjów zagranicą, a przez siebie samego uzupełnioną. Poza specjalnością zmarły studjował socjologję i historję i napisał ciekawe dzieło pod tytułem: »Zarys dziejów powszechnych rozumowanych«. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

1. Przew. Szmurło pokazał preparat drobnowidowy bardzo rzadkiego nowotworu **hamartoma wyciętego z krtani**, 7 letniego chłopca S., który przed 2-ma laty przechodził dławiec i z tego powodu był dwukrotnie intubowany. Po długiej 48 godzin trwającej intubacji stracił głos. Obecnie mowa jego mocno ochrypła. Podczas badania stwierdził, że całe wejście do krtani, a więc tylna powierzchnia nagłośni oraz boczna i tylna ściana pokryte były rozrostami brodawczakowatemi. Podczas ich wydobywania uczuwać się dawał opór znacznie większy, niż

to bywa przy wydobywaniu zwykłego brodawczaka. Badanie drobnowidowe (Zakład anat. patol.) wykazało, że nowotwór okazuje utkanie nie pozbawione cech złośliwości, co sprawia, że rokowanie wątpliwem.

2. Kol. J. Kmita wygłosił odczyt pod tytułem: **Ukrwienie tętniczei żylne migdałków ludzkich.** W sprawie wyłuszczenia migdałków K. na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań anatomicznych dochodzi do wniosku, że mięsień zaciskający gardło (*m. constrictor phar. sup.*), na którym leży migdałek, jest granicą, poza którą przy operacji wyłuszczenia przejść nie wolno, ze względu na przylegające tam większe naczynia krwionośne. Przy nieprawidłości w przebiegu tętnica szczękowa zewnętrzna podchodzi tuż do samego mięśnia lub wchodzi w niego, jak to podają Posrier, Charpy i Merket. K. spostrzegał tętnicę podniebienną wstępującą, naczynie dość dużego kalibru, podchodzące tuż pod mięsień zwieracz górny. Nie przekraczając powierzchni mięśnia zaciskającego gardło podczas wyłuszczenia migdałków spotykamy tylko drobne naczynia, nieomal włosowate, będące rozgałęzieniem tętnicy migdałkowej i drobne żyły, które to naczynia można bezkarnie porozrywać podczas operacji bez obawy większego krwawienia. Natomiast K. często spostrzegał żyłę dość znaczną, dotychczas przez innych nie notowaną, którą nazwał *V. pharyngea media* i która, według K., wywołuje obfite krwotoki w razie jej zranienia podczas operacji. Żyła ta zbiera krew z bocznej ściany jamy nosowo-gardłowej w postaci dużego splotu, który łączy się w jedno dość znaczne naczynie i biegnie ku dołowi na powierzchni *m. constructoris pharyngis* zwróconej ku migdałkowi, przebijając go u dolnego bieguna migdałka. Żyła ta wpada do ż. twarzowej przedniej lub do żyły językowej. Dalej K. podaje własny sposób wyłuszczenia migdałka, który daje możność uniknięcia skaleczenia ż. gardłowej środkowej i w ten sposób uniknięcia krwawienia. K. dochodzi do górnego bieguna migdałka, chwyta za jego otoczkę i odciągając mocno migdałek, oddziela go od *m. constrictor phar. sup.*, pasemka łączno-tkankowe między migdałkiem a mięśniem w przypuszczeniu, że w nich mogą przebiegać drobniutkie naczynia nie przecina, lecz przepala w miejscu przyczepu pasemka do migdałka. W ten sposób K. unika w zupełności krwawienia przez cały czas trwania operacji, widzi każde miejsce pola operacyjnego i niejednokrotnie udało mu się widzieć wyżej wspomnianą żyłę, przebiegającą na dnie jamy operacyjnej (autoreferat).

W dyskusji zabierali głos Koenigstejn, Lubliner. Hertz, Sinołęcki, Chorążycki, Szmurło i prelegent.

3. Kol. Srebrny mówił: **»O pewnej typowej postaci cierpienia nosa«.** Sr. na podstawie 6 spostrzeżeń kreśli następujący obraz chorobowy. Przy ogólnym stanie dobrym występuje ból w górnej części grzbietu nosa tuż pod gładyszką (*glabe la*) i kości nosowych. Stan bezgorączkowy lub z lekka podgorączkowy. Miejscowo widać nieznaczny obrzęk górnej części grzbietu nosa na przestrzeni około $1\frac{1}{2}$ cm. i lekkie w tem miejscu zaczerwienienie skóry. Ucisk na górną część grzbietu nosa i kości nosowych bolesny. Wnętrze nosa żadnych zmian nie wykazuje. Cierpienie nosa trwa 3—5 dni i przechodzi bez śladu. W jednym przypadku natężenie sprawy było większe, obrzęk przechodził i na policzek, cały grzbiet nosa aż do wierzchołka był bolesny. W tym przypadku było nacieczenie i bolesność śluzówki chrząstkowej części przegrody. Przebieg cierpienia jest łagodny a leczenie obojętne. Co do przyczyny, Sr. nie znalazł żadnego momentu przyczynowego wspólnego wszystkim przypadkom. W sprawie istoty choroby Sr. przypuszcza zapalenie tkanki podskórnej albo okostnej kości nosowych, skłaniając się bardziej ku drugiemu przypuszczeniu (autoreferat).

W dyskusji zabierali głos kol. Gantz, Lubliner, Kmita, Sinołęcki, Chorążycki i mówca.

Tuz, sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Związek Lekarzy Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie.

Kasa Pogrzebowa.

Wydział Okręgu przesłał członkom Kasy nowy regulamin, obowiązujący od dnia 31 października 1922. Należy się z nim dokładnie zaznajomić, przepisy jego ściśle wykonywać, jakoteż starannie przechowywać dla własnego użytku. Wydaliśmy go z dwóch przyczyn:

I. Znaczna część członków płaci nieregularnie wkładki, co wymaga ciągłych upominań z dotkliwą szkodą dla naszych najbliższych. Dlatego zaostrzono punkty regulaminu, tyczące się płacenia wkładek. Lepiej stracić kilkudziesięciu leniwych czy obojętnych, aniżeli porać się z nimi wiecznie przy ściąganiu każdej wkładki, a z nią i premji pogrzebowej.

II. Mimo dwudziestoletniego istnienia Kasy zgłaszają się do niej często Koledzy w bardzo podeszłym wieku ze szkodą dla tych, którzy od szeregu lat poczuwali się do obowiązku wzajemnej pomocy. Nie godzi się płacić bardzo mało, albo prawie nic, a w zamian za to żądać bardzo dużo. Dlatego wprowadzono na przyszłość wstępną opłatę zależną od wieku. I tak:

do skończonego 35 r. życia płaci się jedną zwykłą bież. wkładkę

40	»	»	płaci się	5 wkładek
45	»	»	» »	10
50				20
55	»			30
60	»		»	40
65	»		»	50
70	»		» »	75

Po 70 roku życia nie przyjmuje się do Kasy.

Wprowadzono natomiast bardzo liberalny ustęp, nie istniejący nigdzie w towarzystwach ubezpieczeń, tyczący się kolegów, którzy z powodu choroby stracili zupełnie praktykę, a nie mając majątku, nie mogą opłacać wkładek. Za nich pokrywać się będzie wkładki z funduszu zapasowego.

Walne Zgromadzenie uchwala co roku wysokość bieżącej wkładki, a podnieść ją może w ciągu roku i Wydział, przez co wysokość premji dostosować można do bieżącej wartości pieniądza*). Wobec małej wartości ubezpieczeń przedwojennych i powojennych, okoliczność ta powinna zachęcić wszystkich lekarzy Okręgu do tłumnego przystępowania do niego i do Kasy Pogrzebowej.

Adres: Związek lekarzy P. P. Zarząd Kasy pogrzebowej, Kraków, Radziwiłłowska 4.

W sprawie obejmowania obowiązków lekarskich w instytucjach.

W ostatnich czasach zdarza się co raz częściej, że rozmaite instytucje organizują dla swych pracowników pomoc lekarską i wbrew przyjętej przez związki lekarskie zasadzie wolnego wyboru lekarza, powierzają obowiązki lekarzy w nich za ryczałtowem, a czasem za jednostkowem wynagrodzeniem. Co gorsza posady takie nadaje się bez ogłoszenia konkursu.

Związki lekarskie uznają zasadniczo potrzebę organizacji pomocy lekarskiej dla ekonomicznie słabszych. Ponieważ jednak tworzenie stałych posad sprzeciwia się zasadzie wolnego wyboru lekarza a nadto zdarza się, że posady takie kumulują jedni i ci sami lekarze, Wydział Izby lekarskiej przestrzega przed ich obejmowaniem, z tem nadmienieniem, że bezwarunkowo nie wolno czynić starań o uzyskanie posad, na które nie ogłoszono publicznego konkursu.

Izba lekarska Wschodniej Małopolski we Lwowie, dnia 8 listopada 1922 r. Prezydent Dr. *Papée.*

Listy kandydatów do Rad Izb Lekarskich.

Kraków.

1.	Dr. Cercha Maksymiljan	Kraków
2.	Ciechanowski Stanisław	»
3.	Damski Wacław	»
4.	Glassner Roman	
5.	Grzybowski Grzegorz	
6.	Jankowski Stanisław	
7.	Kostrzewski Józef	
8.	Landau Jan senior	
9.	Orłowski Witołd	
10.	Piątkowski Juljusz	
11.	Poźniak Staniskaw	
12.	Rose Maksymilian	
13.	Schneider Ludwik	
14.	Schongut-Strzemieński Stefan	
15.	Stahr Eliasz	
16.	Weinsberg Jakób	
17.	Żydłowicz Władysław	
18.	Maciąg Adam	koledzy wojskowi
19.	Masny Ignacy	koledzy wojskowi
20.	Budzyński Kazimierz	Jawoczne
21.	Czaplicki Zdzisław	Zakopane
22.	Dudziński Jan	Nowy Sącz
23.	Kwieciński Maciej	Biała
24.	Skórski Włodzimierz	Żywiec
25.	Walczyński Józef	Tarnów
26.	Zbiegniewicz Jan	Tarnów
27.	Bartkiewicz Bronisław	Zawiercie
28.	Wróblewski Wincenty	Kielce
29.	Okuszko Kazimierz	Częstochowa
30.	Szczepaniak Antoni	Radom
31.	Suchodolski Kazimierz	Sosnowiec
32.	Wrześniowski Władysław	Częstochowa
33.	Zieleniewski Bronisław	Sosnowiec

Lwów.

Komitet przedwyborczy, wybrany na zgromadzeniu lekarzy we Lwowie w d. 28 października, w którego skład weszli także delegaci większych miast prowincjonalnych, ułożył na kilku posiedzeniach listę kandydatów do Rady Izby lekarskiej.

---

*) Obecnie wynosi opłata w razie śmierci jednego z członków 1200 mp., a premja wypłacana rodzinie — 600.000 mp.

W myśl ustawy, stosownie do ogólnej liczby lekarzy, Rada Izby we Lwowie ma się składać z 39 członków, z czego w stosunku procentowym wypada na miasto Lwów 18, na prowincję 21 członków. Przed ostatecznem ustaleniem listy Komitet porozumiał się listownie z poszczególnemi grupami wyborczemi; okręgom, które dotychczas były reprezentowane przez lekarzy lwowskich, zaproponował wybór kandydatów z miasta Lwowa lub pobliża, wychodząc z tej zasady, że pożądane jest, by najmniej połowa członków mieszkała w siedzibie Izby, co ze względu na potrzebę częstszego przybywania na posiedzenia, zmniejsza wydatki. Co do innych okręgów, komitet zastosował się w zupełności do życzenia kolegów miejscowych, którzy jużto brali udział w posiedzeniach, jużto po porozumieniu się z najbliższem otoczeniem, przedstawili kandydatów na członków Rady.

Po dokonanem w ten sposób porozumieniu, przedkłada komitet niżej podaną listę kandydatów do Rady Izby. Wyjaśniamy, że na karcie głosowania należy wpisać imiona i nazwiska kandydatów, którym wyborca oddaje swój głos, wraz z podaniem miejsca zamieszkania kandydata. Pożądane jest, by karty głosowania nadsyłano wcześniej (przed 10 grudnia); w każdym razie ostateczny termin oddania ich we Lwowie jest 9 grudnia; ważność kart, nadesłanych po 10-ym grudnia mogłaby bowiem być zakwestjonowaną; zwracamy zaś uwagę, że w dniu 10 grudnia, niedziela, poczta listów nie doręcza.

Listę kandydatów doręczy komitet każdemu z kolegów.

LISTA

Członków Rady Izby lekarskiej, proponowanych przez komitet przedwyborczy.

	Imię i nazwisko.	Miejsce zamieszkania.	Grupa wyborcza.
1.	Dr. Allerhand Henryk	Lwów	Lwów.
2.	» Andruszewski Mieczysław		
3.	» Czechowicz Franciszek		
4.	Domaszewicz Aleksander		
5.	Halban Henryk		
6.	Kuhn Adolf		
7.	Kwiatkiewicz Stanisław		
8.	Münzer Jakób		
9.	Papée Jan		
10.	Pisek Wilhelm		
11.	Slęk Franciszek		
12.	Świtalski Mieczysław		
13.	» Selzer Marcin		
14.	» Zabłocki Stanisław		
15.	Zalewski Teofil		
16.	Zgórski Kazimierz		
17.	Zieliński Ignacy		
18.	Zion Oswald		
19.	Bendel Samuel	Złoczów	(Złoczów, Brzeżany, Zborów, Przemyślany)
20.	Dr. Chalbazany Dyonizy	Stryj	(Stryj, Skole, Dolina, Żydaczów)
21.	Drzymalik Sylwester	Lwów	(Nadwórna, Kosów, Peczeniżyn)
22.	Ferensiewicz Michał	Stanisławów	(Stanisławów, Rohatyn, Kałusz, Bohorodczany)
23.	Herszer Ignacy	Tarnopol	(Tarnopol, Zbaraż, Skałat)
24.	Hinze Roman	Rzeszów	(Rzeszów, Kolbuszowa, Tarnobrzeg)
25.	» Kohlberger Władysł.	Kulparków	(Lwów, Gródek, Rudki, Bóbrka)
26.	Korolewicz Bolesław	Przemyśl	(Przemyśl, Mościska, Jaworów, Cieszanów)
27.	Kułakowski Rudolf	Tarnopol	(Tarnopol, Zbaraż, Skałat)
28.	Milewski Tadeusz	Kołomyja	(Kołomyja, Tłumacz, Horodenka, Śniatyn)
29.	Moszkowicz Jakób	Lwów	(Rawa, Żółkiew, Sokal)
30.	Nowicki Witold	Lwów	(Krosno, Brzozów, Strzyżów)
31.	Opieński Jan	Lwów	(Podhajce, Buczacz, Trembowla)
32.	Porajewski Jan	Sanok	(Sanok, Lisko, Dobromil)
33.	Porycki Bronisław	Bukaczowce	(Stanisławów, Rohatyn, Kałusz, Bohorodczany)
34.	Pelczar Zenon	Drohobycz	(Drohobycz, Sambor, St. Sambor, Turka).
35.	Sawicki Antoni	Kańczuga	(Jarosław, Przeworsk, Łańcut, Nisko)
36.	» Szymański Henryk	Przemyśl	(Przemyśl, Mościska, Jaworów, Cieszanów)
37.	» Wachnianin Miron	Lwów	(Husiatyn, Borszczów, Zaleszczyki, Czortków)
38.	Wajgel Eugeniusz	Lwów	(Brody, Radziechów, Kamionka)
39.	» Zadurowicz Emil	Sambor	(Drohobycz, Sambor, St. Sambor, Turka).

Lublin.

LISTA kandydatów do Rady Lubelskiej Izby Lekarskiej, proponowana przez Komitet przedwyborczy na podstawie porozumienia przedstawicieli Województwa Lubelskiego, Wołyńskiego i Poleskiego oraz grupy lekarzy wojskowych:

1.	Dr. Cynberg Jankiel	Lublin
2.	» Domański Zygmunt	Krasnystaw
3.	Drożdź Wacław	Lublin
4.	Gąsiorowski Jan	Puławy
5.	» Jarosiński Adam	Sterdyń
6.	Jaworski Kazimierz	Lublin
7.	Kopciewicz Ryszard	Biłgoraj
8.	Kowaliński Kazimierz ppłk.	Lublin
9.	Łuczkowski Edward	Chełm
10.	Modrzewski Jan	Lublin
11.	Placzkiewicz Leon	Lublin
12.	Wąsowski Stefan	Lublin
13.	Wiszniewski Eugenjusz	Siedlce
14.	Baliński Karol	Równe
15.	Domański Jan	Krzemieniec
16.	Królewski Wacław	Kowel
17.	Lipiński Włodzimierz	Łuck
18.	Miłaszewski Franciszek	Łuck
19.	Sołłohub Józefat	Włodzimierz Wol.
20.	Studziński Erazm mjr.	Łuck
21.	» Brykner Władysław mjr.	Siedlce
22.	Gejsler Józef	Brześć
23.	Jacewski Adolf ppłk.	
24.	Kuropatwiński Aleksander	Drohiczyn
25.	Serdakowski Bronisław	Brześć.

Łuckie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie zawodowe w dniu 13. października 1922.

Przewodniczący kol. Fr. Miłaszewski; obecnych 15, wśród nich delegaci z obw. Włodzimirskiego — Kol. Józefat Sołłohub, okw. Rowieńskiego — kol. Karol Baliński i obw. Kowelskiego — kol. Wacław Weselski.

Na porządku dziennym sprawa wyborów do Rady Izby Lekarskiej, którą referuje kol. Miłaszewski, i prosi o przedstawienie kandydatów. Po ożywionej dyskusji, w której większość członków opowiedziała się za tem, żeby z czasem utworzyć samodzielną Izbę Lekarską Wołyńską, obecnie zaś dążyć przynajmniej do wydzielenia filji Lubelskiej Izby Lekarskiej w Łucku wybrano następujących kandydatów:

Z obw. Rowieńskiego — kol. Bolesława Winiarskiego kol. Karola Balińskiego; z obw. Kowelskiego — kol. Wacława Królewskiego; z obw. Krzemienieckiego — kol. Domańskiego; z obw. Włodzimierskiego kol. Sołłohuba; z obw. Łuckiego — Kol. Miłaszewskiego i kol. Lipińskiego; od wojskowych majora Erazma Studzińskiego.

A. Wojnicz, sekzetarz.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Dr. Józef Kostrzewski, prymarjusz szpitala św. Łazarza w Krakowie, habilitował się w Uniw. Jagiel. z zakresu chorób zakaźnych.

Warszawa.

Stanowisko ordynatora oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Wolskim otrzymał z konkursu kol. Kazimierz Dąbrowski.

Stanowisko ordynatora Zakładu położniczego miejskiego przy ul. Karowej otrzymał z konkursu kol. Władysław Staniszewski.

Komitet Stypendjalny Fundacji imienia dra Pawła Sieragowskiego i żony jego Bronisławy przyznał nagrody za prace naukowe na polu biologji i medycyny doświadczalnej p. D-rowej med. Janinie Dąbrowskiej, asystence Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, p. Dr. Janowi Mydlarskiemu, asystentowi Zakładu Antropologji Towarzystwa Naukowego Warszawskiego i p. Dr. Jerzemu Ruszkowskiemu, asystentowi Zakładu Zoologicznego Uniwersytetu Warszawskiego.

Ruch naukowy w Akademji nauk lekarskich ożywił się w drugiej połowie b. r. bardzo znacznie. Liczba prac przedstawionych i przyjętych przez Akademję jest tak znaczna, że nagromadzony materjał wystarczy na zapełnienie drugiego i trzeciego tomu »Rozpraw« Akademji. Tomy te jednak nierychło będą mogły wyjść z druku z powodu wyczerpania funduszów. Wydawnictwa Akademji mogłyby ukazywać się znacznie obficiej i szybciej, gdyby miały w kołach lekarskich liczniejszych odbiorców.

Na mocy uchwał Rady Ministrów agendy nadzwyczajnego Komisarjatu do walki z epidemjami będą z dniem 1. XII. b. r. przydzielone do Ministerstwa zdrowia publ.

Redakcja otrzymała: Edmund Rosenhauch. Studja nad nerwem wzrokowym. (»Lekarz wojskowy« Nr. 9.)

Nr. 49. 3. grudnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne

Dr. TADEUSZ PAWLAS, I. asyst. klin. Kraków.

Śródmiąższowe wstrzykiwania olejku terpentynowego, jako środek leczniczy w chorobach skórnych i wenerycznych.

(Z Kliniki chorób skórnych i wenerycznych U. J. Dyrektor Prof. Dr. J. Lenartowicz).

Niedostatek środków leczniczych, jaki odczuwamy w lecznictwie chorób skórnych i wenerycznych, każe nam ustawicznie szukać nowych dróg i sposobów walki z temi chorobami. Prowadzi to do tego, że każdy nowy kierunek, każdy nowy środek leczniczy, jaki się w tej dziedzinie ukaże, witamy chętnie i staramy się w jak najszerszym zakresie wyzyskać i uprzystępnić.

W ostatnich kilku latach arsenał naszych środków walki z chorym ustrojem zwiększa się w tempie bardzo szybkiem. Dzieje się to głównie od czasu wprowadzenia w lecznictwo chorób skórnych i wenerycznych stosowania w bardzo szerokim zakresie podawania pozajelitowo ciał białkowych i rozmaitych ciał chemicznych, wywołujących następowo działanie drażniące ustroju i podniecające go do walki z czynnikami chorobotwórczemi. (*Proteino eventuell Reizkörpertherapie*).

Środków takich, wywierających „działanie drażniące na ustrój, a mających już niejednokrotnie ustaloną sławę leczniczą, jest bardzo pokaźna ilość. Należą tu z pośród ciał białkowych: mleko i jego przetwory fabryczne: ophtalmosan, aolan, xifal, kaseosan (5% roztwór sernika), wyrabiany przez polską fabrykę Klawego: „Lactosteril" i produkty rozpadu ciał białkowych: pepton, albumoza, deuteroalbumoza itd. Z ciał niebiałkowych lub zawierających nieznaczne ilości białka: kollargol, elektrargol, dispargen, sanartrit, yatren, yatrenkasein, niektóre węglowodany, jak zgęszczone roztwory cukru gronowego i trzcinowego i wprowadzona przez Tempkę[1]) galaktoza, błękit metylenowy, roztwory soli kuchennej, nawet woda destylowana, wreszcie terpentyna w jej najrozmaitszych odmianach i tran rybi. Podobne działanie wywierają zastrzykiwania śródmiąższowe, czy podskórne, surowicy krwi i samej krwi własnej i obcej, — wreszcie leczenie światłem i energją elektryczną.

Wszystkie te środki oddają nam znakomite usługi w tych przypadkach, w których miejscowemi zabiegami leczniczemi nie możemy uzyskać pomyślnych wyników, gdzie też dotychczas niejednokrotnie staliśmy wobec chorego bezradni i bezsilni. W przypadkach tych staramy się obecnie przez podawanie pozatrzewiowe ciał wyżej wymienionych wywołać podrażnienie ustroju i podniesienie jego czynności żywotnych i ochronnych i przez to pobudzić go do energicznego, a bardzo często skutecznego współdziałania.

Jednym z najenergiczniej „działających środków w tym kierunku, a przytem bardzo wygodnym w użyciu i dawkowaniu, jest olejek terpentynowy, wprowadzony do lecznictwa przez Klingmüllera (2) w roku 1917. Działanie wprowadzonego do ustroju pozajelitowo olejku terpentynowego w odpowiednich dawkach i odstępach czasu oddaje nam, o czem poniżej będzie mowa, znakomite usługi w lecznictwie chorób skórnych i wenerycznych, szczególniej we wszystkich sprawach, gdzie mamy do czynienia ze sprawami ropnemi i zapalnemi.

Zastrzykiwania podskórne terpentyny znane były w lecznictwie już dawniej, w końcu XVIII i w początkach XIX wieku. Wywoływały one ograniczone miejscowe ropienia, które miały „odprowadzać" chorobę.

W roku 1891 stosował podskórne wstrzykiwania olejku terpentynowego francuski autor Fochier (3 i 4) w stanach posocznicz-ropnych np. w gorączce połogowej. Wychodził on z założenia, że ropień wywołany następowo w miejscu wstrzyknięcia odciąga ciała szkodliwe i przez to częściowo hamuje i osłabia ogólne zakażenie i działanie jego na ustrój. Wyniki miał Fochier dobre. Zwracał uwagę na to, że w złych przypadkach pod względem rokowania ropnie wogóle się nie tworzyły. Sposób podany przez Fochiera przyjął się wówczas w lecznictwie spraw posoczniczo-ropnych, a stosowany przez szereg autorów, głównie francuskich, z wynikami przeważnie dobremi, utrzymał się do ostatnich lat. Sahli (1919)[5] i Hodel (1919)[6] stosują go przy grypie i grypowem zapaleniu płuc.

Skutkami zastrzykiwań podskórnych olejku terpentynowego u zwierząt, potem u ludzi, zajmowali się doświadczalnie Bauer[7] i Winternitz[8]. Pierwszy z nich wykazał, że u królików w pół godziny po zastrzyknięciu podskórnem wysokiej dawki olejku terpentynowego (0.2 na 1 kg wagi zwierzęcia) występowało znaczne, bo 2 do 3-krotne, zwiększenie się ilości ciałek białych we krwi. Leukocytoza taka trwała 10—24 godzin. Po tej bezpośredniej leukocytozie występowało, według doświadczeń Bauera, w tych przypadkach, gdzie olejek terpentynowy wywoływał miejscowy stan zapalny, po chwilowym powrocie do normy, ponownie znaczne (3-krotne) powiększenie ilości ciałek białych. Mimo wysokiej dawki nigdy zwierzę nie ginęło, ani też nie okazywało objawów zatrucia.

Według Winternitza, który przeprowadzał podobne badania na psach, małe ilości terpentyny (0.25—0.5 cm³) wywoływały silnie wzmożoną leukocytozę. Natomiast większe dawki (2—3 cm³) powodowały znaczne i długotrwałe zmniejszenie się ilości ciałek białych.

Przeprowadzone przez Bauera (9) badania krwi ludzi chorych na różę, dur itp po wywołaniu przez terpentynę ropni podskórnych, nie wykazały tak wybitnej leukocytozy, jak to było u zwierząt.

W r. 1917 ogłosił Klingmüller wyniki zastosowanych przez niego po raz pierwszy wstrzykiwań śródmiąższowych olejku terpentynowego w sprawach ropnych i zapalnych. Po początkowych próbach zastrzykiwań olejku krotonowego (0.01, potem 0.001 gr), gdzie wyniki lecznicze były dobre, ale występywało zniszczenie tkanki w miejscu wstrzyknięcia, przeszedł Klingmüller do wstrzykiwań śródmiąższowych 20—40% olejku terpentynowego w oliwie, olejku migdałowym lub słonecznikowym. Wstrzykiwał 0.1 ewentualnie 0.15 lub 0.2 gr w odstępach 3—5 dniowych w linji pachowej tylnej, dwa palce poniżej grzebienia kości biodrowej, głęboko, aż na kość miednicy. Wyniki lecznicze miał doskonałe, szczególnie przy powikłaniach wiewiórowych, zapaleniu pęcherza, ropnem zapaleniu miedniczek nerkowych, wyprysku ostrym i przewlekłym, wreszcie w najrozmaitszych chorobach skórnych, wywołanych przez gronkowce i łańcuszkowce. W drugiej swej pracy, ogłoszonej w r. 1918 na podstawie całego szeregu dalszych przypadków leczonych terpentyną, wyraża się Klingmüller o jej działaniu bardzo optymistycznie. Prócz spraw chorobowych, o których wyżej była mowa, miał on dobre wyniki w chorobach grzybkowych skóry i włosów, w gruźlicy rozpływnej skóry (*scrophuloderma*), w liszaju pokrzywkowym (*strophulus infantum*), w wysypce posalwarsanowej, wreszcie w ostrych zapaleniach skóry. Dawki daje nieco mniejsze, niż dawniej, zaczynając od 0.05 olejku terpentynowego, tj. $^1/_4$ cm³ 20% roztworu terpentyny w oliwie. O sposobie działania wprowadzonej pozatrzewiowo do ustroju terpentyny nie może Klingmüller powiedzieć nic stanowczego. Stawia on 4 hypotezy. 1) Terpentyna lub jej połączenia oksydacyjne mogą działać czysto chemicznie, unieszkodliwiając np. w sprawach grzybkowych wydzielane przez nie ciała trujące. 2) Terpentyna odciąga z ogniska chorobowego te czynniki, które dotychczas przyciągały grzybki czy

bakterje w miejsce swego obrębu działania i, wzmagając przez to swą siłę żywotną, potęgowały swe działanie szkodliwe na otaczającą tkankę. Terpentyna, działając z większą od nich siłą przyciągającą nie dopuszcza do tego. W ten sposób ustrój daje sobie łatwiej radę z chwilowo mniej żywotnemi grzybkami, czy bakterjami, i zwalcza je skuteczniej stojącemi mu zawsze do dyspozycji środkami ochronnemi. 3) Terpentyna wywiera działanie podobne do szczepionek swoistych. Przemawiałoby za tem to, że ustrój po zastrzyknięciu terpentyny jest pobudzony do tworzenia przeciwciał bakteryj chorobowych, czy też rodzaju opsonin. Możliwe jest też, według Klingmüllera, następujące tłómaczenie: 4) Terpentyna wywiera działanie wywołujące zapalenie. Jeżeli się tego rodzaju ciało dostanie do krążenia, ustrój odpowiada wytwarzaniem przeciwciał. Tworzą się przeciwciała zapalenia, które powinny działać przeciw najrozmaitszym stanom zapalnym i ropieniom.

Wyniki lecznicze podane przez Klingmüllera zachęciły cały szereg autorów do podjęcia prób leczniczych w podanym przez niego kierunku. Doświadczenia kliniczne przedsiębrano nie tylko w zakresie chorób skórnych i wenerycznych, ale również w schorzeniach chirurgicznych, wewnętrznych, w chorobach kobiecych, zakaźnych itd. Wyniki uzyskane i ogłaszane w przeważnej części przez autorów niemieckich były najrozmaitsze, przeważnie jednakże bardzo zachęcające do prób dalszych i do wprowadzenia środka tego na stałe w lecznictwo. Do gorących zwolenników leczenia terpentyną należą: Karo [11], [15], F. M. Meyer [16], Appel [17], Bröleman [18], Sellei [19], [20], Grabisch [21], Fischl [22], Holzhäuser i Werner [23], F. X. Müller [24], Löwenfeld i Pulay [25], Becher [26], Michael [27], Brenning i Hautsch [28], Schedler [29] i wielu innych. C. A. Hoffmann [30], Pürckhauer [31], Lilienstein [32], H. E. Schmidt [33], Ruete [34] mieli gorsze wyniki. Bardzo dobre wyniki leczenia terpentyną powikłań wiewiórowych u kobiet, spraw zapalnych macicy i przydatków podają: Zoepritz [35], Bauereisen [36] i Wederhaken [37]. Ostatni ogłasza znakomite wprost wyniki wstrzykiwań terpentynowych w bardzo ciężkich, prawie beznadziejnych przypadkach gorączki połogowej. Natomiast Hellendal [38] na podstawie jednego swego przypadku, radzi usunąć terpentynę z lecznictwa. Schubert [39], stosując terpentynę w schorzeniach chirurgicznych, nie widział dobrych wyników.

Z francuskich dermatologów M. Pacou [40] zaleca stosowanie śródmiąższowych wstrzyknięć olejku terpentynowego w powikłaniach tryprowych (zapalenie pęcherza i gruczołu krokowego), w dymienicach pachwinowych i w schorzeniach skóry, wywołanych przez gronkowce.

W polskiem piśmiennictwie lekarskiem nie spotkałem się dotychczas nigdzie ze wzmianką o stosowaniu leczenia terpentyną.

W klinice dermatologicznej Uniw. Jagiell. rozpocząłem próby wstrzykiwania olejku terpentynowego z początkiem r. 1920, zachęcony do tego przez ówczesnego dyrektora kliniki prof. Krzyształowicza. Pierwsze wstrzykiwania zastosowaliśmy w przypadkach ostrego zapalenia najądrza. Wyniki były tak dobre, sprawy chorobowe ustępowały tak szybko, że zachęceni tem rozszerzyliśmy zakres podawania olejku terpentynowego na cały szereg innych przypadków powikłań tryprowych, a z biegiem czasu i na sprawy zapalne skóry. Wyniki wszędzie były zadawalniające, a nieraz świetne, tak, że do dalszych prób w tym kierunku nie zniechęciły nas nawet te przypadki, w których bolesność w miejscu wstrzyknięcia była bardzo silna i długo trwająca. Zdarzało się nam to często przy pierwszych próbach. Wstrzykiwaliśmy wówczas olejek terpentynowy nie w punkcie podanym przez Klingmüllera, lecz śródmiąższowo, w sposób praktykowany przy wstrzykiwaniach przetworów rtęciowych. Okazało się, że sposób ten jest nieodpowiedni. Bóle około miejsca wstrzyknięcia, promieniowanie ich na całą nogę, silny niejednokrotnie obrzęk pośladka, a więc równoczesna konieczność zachowania przez chorego jak największego spokoju, często przymusowe leżenie w łóżku — wszystko to nie zachęcało zbytnio do stosowania tego sposobu wstrzykiwań. Zmuszało to chorych do odsunięcia się na kilka, czy kilkanaście dni od wykonywania zajęć, co nieraz, ze względu na mało znaczące powody, dla których przeprowadzano leczenie, było zbyt ujemną stroną praktyczności tego sposobu leczenia. Przeszliśmy więc rychło na wstrzykiwania terpentyny w punkcie podanym przez Klingmüllera (linia pachowa tylna, dwa palce poniżej grzebienia kości biodrowej, głęboko dochodząc końcem igły do kości talerza biodrowego. Wstrzykiwaliśmy najpierw kroplę i pytaliśmy chorego, czy odczuwa ból. W razie twierdzącej odpowiedzi, zmienialiśmy miejsce wstrzyknięcia nieco na prawo, czy lewo, ewentualnie wstrzykiwaliśmy w drugi pośladek. To samo robiliśmy w razie pojawienia się krwi w igle po odjęciu strzykawki. O ile nie było krwi, ani bolesności, wstrzykiwaliśmy terpentynę spokojnie, ale bardzo wolno, ponieważ przekonaliśmy się, że szybkość wstrzykiwania ma tu również pewne znaczenie. To samo, co spostrzegaliśmy dawniej przy wstrzyknięciach śródmiąższowych mleka, stwierdziliśmy i tutaj. Im wolniej wykonuje się wstrzyknięcie, tem mniejszy ból następowy. Bolesność wstrzyknięcia zależy również od rodzaju terpentyny.

W miarę nabywania doświadczenia w tym kierunku przekonaliśmy się, że dobroć i czystość przetworu wstrzykiwanego odgrywa tu bardzo dużą rolę. Wskazuje na to zresztą cały szereg innych autorów np. Karo ([12]), Becher ([26]) itd. Obecnie nie ma już przeszkód i trudności w nabyciu pewnego i dobrego przetworu. Wobec stosowania terpentyny w lecznictwie w zakresie coraz większym, pojawiły się w handlu aptecznym gotowe wyjałowione przetwory olejku terpentynowego, zawierające w fiolkach szklanych 1 cm^3 20% terpentyny w olejku migdałowym z dodatkiem jakiegoś środka znieczulającego. W próbach naszych w ciągu ostatnich sześciu miesięcy stosowaliśmy tylko gotowe przetwory, a to: terpichinę i terpilan wyrabiany na życzenie prof. Lenartowicza przez fabrykę Heislera, (krajowe firmy, do których zwracaliśmy się z propozycją wytwarzania tego przetworu, nie chciały się tem zająć). Różnica skuteczności i znoszenia obu tych przetworów jest bardzo znaczna. Terpilan powoduje dosyć często podniesienia ciepłoty, nieraz i dreszcze, pozatem bóle miejscowe mniej lub więcej silne, zależne od indywidualności chorego. Terpichina wstrzykiwana nie tylko na okostną, ale nawet i śródmiąższowo żadnych z tych objawów ubocznych nie powoduje. Bolesności miejscowej niema żadnej, albo jest minimalna. Natomiast terpilan działa znacznie pewniej i skuteczniej, niż terpichina, to też we wszystkich przypadkach, gdzie chodziło nam o szybki skutek, używaliśmy zawsze tylko terpilanu.

Bolesność miejscowa nie dochodziła nigdy, nawet przy stosowaniu pierwszych przetworów miejscowego wyrobu, do takiego stopnia, aby zmuszała nas to do odstąpienia od dalszych wstrzykiwań. Zmniejszała się ona zresztą zwykle przy następnych wstrzykiwaniach, tak, że nawet bardzo wrażliwi chorzy nie opierali się nigdy dalszemu stosowaniu tego leczenia. Przeciwnie niejednokrotnie spotykaliśmy się z tem, że chorzy, widząc znakomite wyniki lecznicze, prosili nas sami o dalsze wstrzyknięcie wtedy, gdy my uważaliśmy już ilość ich za wystarczającą. Nawet chore, u których wstrzykiwaliśmy terpentynę przy lekkich postaciach trądzika, czy też jakiegoś ograniczonego wyprysku lekkiego stopnia, cierpliwie znosiły dolegliwości i nie uchylały się od leczenia.

Do podawania narkotyków musieliśmy się udać raz jeden tylko, a to wtedy, gdy zaopatrująca nas w leki apteka szpitala św. Łazarza, po wyczerpaniu zapasu terpentyny francuskiej, dała nam przetwór inny znacznie gorszego gatunku, nie zawiadomiwszy nas uprzednio o tej zmianie. Skutki były pożałowania godne. Czterech chorych, którym wówczas zastosowano równocześnie wstrzyknięcia, już w godzinę po tem wiło się w bólach. Bóle bardzo silne, promieniujące ku miednicy i wzdłuż całej nogi, trwały około 36 godzin. Nawet środki uśmierzające, bo podawane dosyć często i w dużych dawkach, nie wiele wpłynęły na zmniejszenie dolegliwości. Jednakowoż w 48 godzin po wstrzyknięciu chorzy czuli się już bardzo dobrze. Pośladki, silnie uprzednio obrzękłe, wróciły do normy, do zropienia nie przyszło w żadnym przy-

padku, wynik leczniczy zaś we wszystkich tych przypadkach był tak dobry, że zachęceni tem chorzy, zgodzili się chętnie na dalsze wstrzykiwania, tym razem, wobec zmiany preparatu, już mniej przykre, bo mniej bolesne.

Jeszcze przykrzejsze skutki podania niezbyt dobrego przetworu terpentynowego podaje Becher. Stosował on setki wstrzykiwań bez pojawienia się zbyt silnego odczynu miejscowego. Nagle przy zmianie apteki u pięciu chorych, którzy równocześnie dostali wstrzyknięcia nowo dostarczonego przetworu, wystąpiła bardzo wysoka gorączka, dochodząca do 40° C, i niesłychanie silne bóle w pośladkach. Nacieki, które wystąpiły około miejsc wstrzyknięcia, wykazywały po kilku dniach wyraźne chełbotanie. Trzy wytworzone ropnie, nie wykazujące skłonności do wessania się, musiano naciąć szeroko. Po nacięciu wylała się duża ilość gęstego żółto-brunatnego płynu o wyraźnym zapachu terpentyny. Tu i ówdzie pływały w nim kuleczki tłuszczu. Przy badaniu drobnowidowem nie znaleziono tam żadnych drobnoustrojów, natomiast duże i małe limfocyty w dużej ilości. Ropnie te, wielkości jaja gęsiego, wygoiły się po nacięciu bardzo szybko, bo już w kilku dniach. Wystąpiła bardzo obficie tkanka ziarninowa, która szybko wypełniła jamę ropną.

Bardzo silne i długotrwałe bóle w miejscach wstrzyknięcia spostrzegał Pöhlman, nawet przy dawce 0,25, a mając pozatem dobre wyniki lecznicze, żałuje, że sposobu dającego tak znakomite wyniki, nie można z tych powodów stosować. Znaczne podwyższenia ciepłoty po wstrzykiwaniach terpentyny spostrzegali Pöhlman, Sellei, F. M. Meyer (przy wstrzyknięciu 40% olejku), Lilienstein, Zoepritz, i Schubert. Karo spostrzegał podniesienia ciepłoty tylko przy użyciu zanieczyszczonej terpentyny, od czasu wprowadzenia przez siebie terpichiny objawów ubocznych nie miał żadnych.

Ślady białka w moczu szybko ustępujące widzieli Pöhlman i Schubert.

W naszych przypadkach wahania ciepłoty były bardzo nierównomierne. W pierwszych miesiącach prób przez nas wykonywanych, gdy używaliśmy mieszanin olejku terpentynowego wyrobu apteki szpitalnej, czy też prywatnych aptek krakowskich, znaczne podwyższenia ciepłoty były niemal regułą. Zwykle już w dwie godziny po wstrzyknięciu małych nawet dawek występowało podwyższenie ciepłoty, które dochodziło do najwyższej wysokości około 12 godzin po wstrzyknięciu. O ile wstrzyknięcie wykonywaliśmy rano, chorzy w przeważnej części dochodzili około południa do 37.4 37.6, wieczorem do 38.0—38.8. Cyfry podane są przeciętnemi z całego szeregu przypadków. U poszczególnych chorych dochodziła niejednokrotnie ciepłota do 40° i wyżej. Wysokość ciepłoty zależna była, jak o tem również z biegiem czasu przekonaliśmy się, od tych samych mniej więcej czynników, co i bolesność, t. zn. od miejsca i sposobu wstrzyknięcia, a głównie od czystości stosowanej terpentyny. To też ciepłota szła prawie zawsze w parze z bolesnością miejscową. Zmniejszenie się jej, czy też wzmaganie, było uderzająco podobne i proporcjonalne do bolesności. Z chwilą zmiany preparatu, gdy poczęliśmy używać terpilanu czy terpichiny, nie spotykaliśmy tak silnych gorączek niemal nigdy. Najczęściej ciepłota była prawidłowa.

(C. d. n.)

Dr. HENRYK HILAROWICZ, asystent kliniki, Lwów.

Z badań nad chyżością opadania krwinek oraz nad zachowaniem się odczynu urochromogenowego w gruźlicy chirurgicznej.*)

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie. Dyrektor: Prof. Dr. H. Schramm.

Zachęcony licznemi badaniami ostatnich lat, zajmującemi się szybkością opadania krwinek w najrozmaitszych sprawach, jak w ciąży[1]), w kile[2]), w chorobach nerwowych i umysłowych[3]), zakaźnych, gruźlicy płuc[4]), a zwłaszcza w różnych cierpieniach chirurgicznych[5]), a mając w klinice chirurgicznej lwowskiej bogaty i różnorodny materjał do rozporządzenia, postanowiłem przeprowadzić systematyczne badania nad szybkością opadania krwinek w jaknajwiększej ilości przypadków gruźlicy chirurgicznej i ewentualnie wysnuć z badań tych wnioski praktyczne co do rozpoznania, leczenia i rokowania.

Nie mogę wdawać się na tem miejscu w rozwój badań nad przyśpieszeniem opadania krwinek i zjawiskiem znanem już w r. 1894 Biernackiemu,[6]) opisanem dokładniej, w r. 1917 przez Hirschfelda,[7]) a następnie wyświetlonem przez Fareusa, Linzenmeyera,[8]) Starlingera Frischa i innych, ani też omawiać bliżej ciekawych teoryj elektro- i chemofizykalnych. Krótko mówiąc, rozchodzi się tu o zmienną zdolność zlepiania się czyli aglutynowania krwinek, z której wzrostem zwiększa się i szybkość osadzania się tychże; stopień aglutynacji, zjawiska przyrody elektrycznej, zależny jest zaś od zmian składu osocza, w którem krwinki są zawieszone, od zmian dotyczących zawartych w niem koloidów, a powodowanych przez rozmaite czynniki fizjologiczne i chorobowe. Według Frischa największy wpływ na szybkość opadania krwinek ma ilość fibrynogenu we krwi, która jest wiernem odbiciem nasilenia procesów rozpadowych, jak np. gruźlicy, gdyż fibrynogen, jako wytwór rozszczepiania białka narządów, jest miernikiem rozpadu tkanek lub komórek w wysiękach; Vorschütz[9]) wykazał, że rozchodzi się tu o zmienny stosunek globulinów do albuminów, z których pierwsze tylko zwiększają aglutynację i szybkość opadania krwinek, znalazłszy się w nadmiernej ilości w osoczu, Kürten[10]) zaś uzależnia zjawisko od antagonistycznego stosunku cholestearyny do lecytyny we krwi, z których pierwsza ma przyśpieszać, a druga zwalniać to opadanie.

Oczywiście, zjawisko zależne od tego rodzaju procesów, nie może być swoistem, ale wpływ na nie muszą mieć najrozmaitsze stany chorobowe, jak gruźlica, nowotwory, zakażenia, zapalenia etc., oraz fizjologiczne, jak ciąża, miesiączkowanie, a także wiek i płeć. O ile jednak badanie czy to ilości fibrynogenu we krwi, czy też określanie stosunku globulinów do albuminów, według Vorschützs, należą do trudnych zadań laboratoryjnych — w badaniu szybkości opadania krwinek posiadamy metodę łatwą, mogącą posłużyć w ocenie nasilenia różnych procesów rozpadowych w ustroju.

Badając szybkość opadania krwinek w gruźlicy chirurgicznej, starałem się wykazać: 1) czy istnieje jakaś prawidłowość w zachowaniu się zjawiska, zależnie od różnych postaci i okresów schorzenia; 2) czy leczenie doszczętne lub zachowawcze odbija się w widoczny sposób na szybkości opadania krwinek; 3) czy dadzą się na podstawie wyników tych uzyskać jakieś wnioski, odnośnie do rozpoznania i rokowania, oraz wskazania lecznicze.

Sposób badania szybkości opadania krwinek jest zasadniczo dwojaki. Albo oznacza się drogę w mm, przebytą przez granicę opadających krwinek w jednostce czasu (1 godz.) (sposób Plauta[11]), albo, co jest dla większych chyżości dogodniejsze, określa się przebieg zjawiska przez czas, potrzebny do przebycia stale oznaczonych odległości (sposób Linzenmeyera); Schmidt[12]) w Pradze używa swoich U-rurek, Sterling[4]) opisał niedawno dla badań dokładnych nieco odmienną technikę, Küttner zaś polecał na ostatnim zjeździe chirurgów zach. niem. swoją metodę włoskowatą.

W badaniach moich posługiwałem się sposobem Linzenmeyera, używając rurki szklanej o 0,5 cm średnicy światła, na której najwyższa kreska oznacza 1 ccm objętości, następne zaś odpowiadają 6, 12, 18 i 24 mm (Löhr) odległości od pierwszej; rurki moje zaopatrywałem nadto od dołu kreskami oznaczającemi 0,2 i 0,4 ccm. Do rurki wlewa się na dno 0,2 ccm 5% roztworu cytrynianu sodowego, a następnie 0,8 ccm krwi pobranej z żyły łokciowej (inni radzą mieszać krew z cytrynianem wprost w strzykawce); krew miesza się przez kilkakrotne powolne odwrócenie rurki zamkniętej palcem, poczem notuje się chwilę ustawienia jej pionowego i określa ilość minut, w ciągu której granica opadających krwinek i osocza osiągnie poszczególne kreski. Zauważyłem, że wynik próby zależy w dość znacznym stopniu od sposobu wykonywania jej; dłuższe pozostawanie opaski uciskającej ramię, ślady sody w strzykawce lub igle,

*) Według odczytu, wygłoszonego na XIX. Zjeździe Chirurgów Polskich w Warszawie, dnia 30. VI. 1922.

jakiekolwiek zanieczyszczenia rurki, dłuższe mieszanie lub kłócenie, wnikanie pęcherzyków powietrza do mieszaniny (piana!) — wszystko to ma wpływ na chwiejne zresztą bardzo zjawisko. Technika musi więc być, o ile możności, precyzyjna i jednostajna. Trzeba wreszcie pamiętać i o zależności szybkości opadania krwinek od jedzenia, a więc pory dnia (Büscher),[6]) a u kobiet od miesiączkowania, które samo przez się znacznie przyśpiesza opadanie. Jako czas prawidłowy opadania aż do 4-tej krezki (droga = 24 mm) podaje Löhr 1200—1400 minut dla mężczyzn, 850—1000 minut dla niemiesiączkujących kobiet, około 300 min. dla dzieci. Starlinger oblicza czas średni, uzyskany jako średnia arytmetyczna z trzech poszczególnych czasów, zużytych na opadanie wzdłuż poszczególnych dróg 6-milimetrowych, oznaczając go przez S (*sedimentatio*) na 332 min. dla mężczyzn, 182 min. dla kobiet. Lepsze jednak wyobrażenie o przebiegu opadania daje podanie poszczególnych czasów, względnie krzywa, powstała przez oznaczenie na osi rzędnych dróg w mm, a na osi odciętych czasu, zużytego na opadanie wzdłuż tychże, w minutach. Wreszcie znaczenie pomocnicze może mieć oznaczenie wysokości słupa osiadłych krwinek np. po 24 godz. i stosunku objętości ich do objętości płynu, zależnego od ilości ciałek, a także od chyżości ich opadania; krwinki bowiem, opadające szybciej zbijają się więcej; z drugiej strony zaś samo zmniejszenie ich ilości powoduje szybsze opadanie, tak że zależność ta jest złożoną.

Badanie szybkości opadania krwinek przeprowadziłem dla ustalenia czasu prawidłowego u pewnej ilości osób zdrowych — otrzymałem jednak wyniki nieco niższe, t. j. czasy opadania nieco krótsze od podanych przez Löhra i Starlingera, przeciętnie S = 250 minut dla mężczyzn, 180 minut dla kobiet. U chorych niegruźliczych okazywały, zgodnie z badaniami Löhra, wielkie przyśpieszenie wszelkie nowotwory złośliwe, tem większe, im znaczniejszy był rozpad, oraz wszelkie rozleglejsze stany zapalne, zwłaszcza ropne. Po zabiegach operacyjnych jałowych u osób przedtem prawidłowe S okazujących, jak po operacjach przepukliny, a zwłaszcza wola, można było zauważyć wybitne przyśpieszenie opadania krwinek, co tłómaczy się wsysaniem wynaczynionej krwi, uszkodzeniem tkanek oraz ewentualnie samą jej utratą i zmniejszeniem ilości ciałek.

Szybkość opadania krwinek badałem u chorych na gruźlicę chirurgiczną w 110-ciu przypadkach, bądź to ambulatoryjnych, bądź to leczonych w klinice, w części przypadków wykonywując równocześnie próbę urochromogenową, o której poniżej, oczywiście z wykluczeniem przypadków z powikłaniami płucnemi.

Szybkość opadania w gruźlicy chirurgicznej jest nagół bardzo znaczną; nawet chorzy z ogniskami niewielkiemi, względnie dobrze odżywieni, nie anemiczni, lub też w znaczeniu klinicznem wyleczeni, okazują naogół znaczne i niespodziewane skrócenie czasu opadania w porównaniu z czasem prawidłowym lub w zestawieniu względnem z chorymi wynędzniałymi np. wskutek nowotworów złośliwych. Różnica prawidłowa między mężczyznami a kobietami zaciera się w miarę skracania się czasu opadania krwinek. Jakkolwiek trudno o większą prawidłowość w zachowaniu się objawu przyśpieszenia opadania krwinek w schorzeniach o tak przewlekłym, zmiennym i różnorodnym przebiegu, jak gruźlica w ogólności, to jednak, uwzględniając rożne postacie i okresy gruźlicy chirurgicznej, mogę przypadki badane ugrupować z grubsza w następujący sposób:

Najdłuższy czas opadania, t. j. najmniejsze względnie przyśpieszenie, okazywali chorzy z niepowikłaną innemi ogniskami gruźlicą gruczołów chłonnych, w największej części szyjnych, o ile nie były one rozmiękłe i bez przetok (średnio S = 50'—65'). Do drugiej grupy (średnio S = 35'—45') można zaliczyć początkowe postacie gruźlicy grzybowatej stawów, jak kolanowego, łokciowego, skokowego i garstkowego, bez wysięku, okazujące cechnące elastyczne okolice pochewki. W razie obecności wysięku snrowiczego (kolano), a w znaczniejszym o wiele stopniu ropnego, lub przy silniejszem bujaniu ziarniny gruźliczej, przenikającej pochewkę (staw skokowy, garstkowy), przyśpieszenie opadania krwinek stawało się tem wybitniejsze.

Najkrótszy wreszcie czas opadania okazywały wszelkie przypadki powikłane ropniami zimnemi, pozostającemi w związku ze stawami lub też nie, jak np. w przypadkach ropni zimnych na pośladku lub udzie (wychodz. z guza siedzeniowego), w małej miednicy, na przedramionach, mostku, żebrach itd. Do grupy tej należy też zaliczyć większość przypadków gruźliczego zapalenia kręgów, nawet o ile nie były one powikłane ropniem opadowym. Czas opadania wynosił u chorych tej grupy średnio S = 5'—15', a krwinki opadają zazwyczaj tak szybko, że trudno chwilę osiągnięcia pierwszych kresek oznaczyć; normalnie od początku doświadczenia widocznej ostrej granicy nie ma, cała górna część krwi staje się w przeciągu kilku minut jaśniejszą, a ostrą granicę widać dopiero wówczas, gdy krwinki opadły już do najniższej kreski lub dalej. W jednym np. przypadku gruźliczego zapalenia otrzewnej u dziewczynki 12-letniej, całe to opadanie trwało zaledwie 19 minut! Gruczoły chłonne gruźlicze, o ile okazywały chełbotanie, powodowały znaczniejsze przyśpieszenie opadania krwinek, jak nierozmiękłe; o ile przyszło już do wyropienia ich wnętrza z pozostawieniem niewiele tylko sączących przetok i wytworzeniem się zrostów, czasy opadania były nieco dłuższe. Przypadki gruźlicy poza stawowej, jak żeber, mostka, przedramienia etc, objawiały również najszybsze opadanie krwinek w razie obecności ropni zimnych, zwłaszcza takich, które przebiły i uległy zakażeniu mieszanemu. Wogóle chorzy z wszelkiemi przetokami gruźliczemi mają na ogół bardzo krótki czas opadania — o ile wydzielina jest obfita; natomiast w przypadkach starej gruźlicy, z przetokami bardzo nieznacznie tylko sączącemi opadanie jest wolniejsze, choć w porównaniu z rozmaitemi wygojonemi sprawami niegruźliczego pochodzenia zawsze wybitniej zaznaczone.

Starając się wykazać zależność szybkości opadania krwinek od leczenia badałem odnośny wpływ zabiegów operacyjnych doszczętnych lub zachowawczych oraz leczenia nieoperacyjnego, jak wypompowywania ropy, wstrzykiwań mieszanki jodoformowej lub podanego przez Laskownickiego a stosowanego na klinice chirurg. we Lwowie płynu Lugola, ustalania etc. We wszystkich prawie przypadkach zabiegów operacyjnych, badanych w 24—72 g. po operacji, wystąpiło wyraźne pogorszenie się w zachowaniu się krwi i to w znaczniejszym stopniu po resekcjach stawów (jak kolanowego 6 przyp., łokciowego 1 przyp., skokowego 2 przyp.); wyraźne, lubo znacznie mniejsze, było przyśpieszenie opadania krwinek po amputacji stopy sposobem Pirogoffa (2 przyp.) Biorąc pod uwagę, że i operacje jałowe, jak przepukliny, wola itd., powodują same przez się przyśpieszenie opadania krwinek, łatwo zjawisko powyższe wytłómaczyć, przyczem oczywiście większa powierzchnia ranna i większe wsysanie po resekcji musi odbić się wyraźniej na szybkości opadania krwinek, jak po amputacji. Pogorszenie to trwało rozmaicie długo, 5—20 dni, naogół dłużej, jak po operacjach jałowych u niegruźliczych, poczem w przypadkach korzystnie przebiegających następował powrót do stanu dawnego, a dalej powolna wprawdzie bardzo, ale wyraźna poprawa, tj. zwolnienie czasu opadania; chorzy po resekcji stawu kolanowego, opuszczając klinikę w 6 tygodni po operacji, zazwyczaj jeszcze nie okazywali poprawy opadania; stwierdzić ją można było dopiero po dłuższym okresie czasu w przypadkach zgojonych bez żadnych przetok i z silnym zrostem kostnym. W przypadkach, w których powstały przetoki, obrzęk blizny i słaby zrost, do poprawy wcale nie przyszło; u jednego zaś chorego po wycięciu stawu łokciowego nastąpiło wybitne, trwałe pogorszenie, tj. skrócenie i tak już krótkiego bardzo czasu opadania, a zgodnie z tem zjawiła się nowa sprawa gruźlicza w miejscu operacji, przetoki, obrzęk kończyny oraz nowe ognisko w kończynie drugiej.

Przy leczeniu zachowawczem — stwierdziłem — że ilekrotnie udało się zapomocą nakłuć i wstrzykiwań mieszanki jodoformowej lub płynu Lugola wyleczyć ropień zimny, lub ognisko rozmiękłego gruczołu, następowała poprawa w szybkości opadania krwinek, dająca się jednakże wykazać względnie późno; pierwsze wstrzykiwania wpływu dużego nie miały, dopiero w miarę zmieniania charakteru

ropy na płyn surowiczy i zmniejszania się jamy ropnia następowało powolne zwolnienie opadania krwinek. Podobnie i przypadki gruźlicy stawów, leczone zachowawczo ustaleniem i wstrzykiwaniami, okazywały w miarę poprawy stanu miejscowego zwolnienie opadania, natomiast pogorszeniu miejscowemu (przebicie, zwiększenie obrzęku) towarzyszyło pogorszenie się zachowania krwi tj. rosnące przyśpieszenie opadania krwinek.

O ile wyniki badania szybkości opadania krwinek mogą być pomocne w rozpoznaniu ilustrują następujące przypadki: 1) Chłopiec 11-letni, u którego rozpoznano przewlekłą sprawę zapalną niegruźliczą ścięgien stopy, okazywał szybkość opadania krwinek nie wiele tylko zmienioną; sprawa też rychło pod wpływem samego tylko ustalenia uleczyła się; 2) w innym przypadku schorzenia stawu kolanowego, bez wysięku, z silnem chrupotaniem, rozpoznano arthritis deformans kolana i stwierdzono też odpowiednie zmiany makroskopowe w czasie operacji; chory ten okazywał znaczne przyśpieszenie opadania krwinek (S = 55'). Badanie drobnowidowe usuniętych części stawu wykazało nietypową sprawę gruźliczą. Przypadki, będące zejściem zapalenia szpiku w nasadzie kości długich z pozostawieniem przykurczenia, zesztywnienia i nadwichnięcia stawu (kolanowego) i bliznami po kloakach, okazywały zawsze mniejsze przyśpieszenie opadania krwinek, niż podobne przypadki „wygojonej" starej gruźlicy stawowej. Niewątpliwie pomocnym wreszcie w rozpoznaniu mógł być wynik badania szybkości opadania krwinek w przypadkach, w których ropień zimny, usadowiony w miednicy małej, sprawiał trudności rozpoznawcze, lub też, zajmując kanał pachwinowy, naśladował wodniak sznura nasiennego. Löhr zwraca szczególną uwagę na znaczenie badania szybkości opadania krwinek w rozpoznaniu choroby Calve-Perthesa i odróżnienie jej od gruźliczego zapalenia stawu biodrowego.

Streszczając wyniki powyższych badań dochodzę do przekonania, że: 1) Jakkolwiek objaw przyśpieszenia opadania krwinek nie jest wcale swoisty dla gruźlicy chirurgicznej, to jednak, będąc miernikiem nasilenia procesów rozpadowych, może być środkiem pomocniczym w ocenie ciężkości przypadków i odgraniczenia przypadków ciężkich od lekkich, podobnie jak w gruźlicy płuc; jak tam, tak i tu większe nagromadzenie wytworów zapalnych i rozpadowych, większe wsysanie, powoduje większe zmiany w osoczu i zwiększenie szybkości opadania krwinek.

2) W badaniu szybkości opadania krwinek posiadamy sposób nie swoisty wprawdzie, ale mogący nieraz ułatwić rozpoznanie, odgraniczenie spraw gruźliczych od podobnych do nich schorzeń niegruźliczego pochodzenia, notabene w odpowiednio dobranych przypadkach. Prawidłowa lub niewiele tylko zmieniona szybkość opadania krwinek wyklucza z dużem prawdopodobieństwem sprawę gruźliczą.

3) Wyniki badania szybkości opadania krwinek, przeprowadzonego okresowo u poszczególnych chorych, mają znaczenie dla rokowania, które tem jest lepsze, im wpływ leczenia na szybkość opadania wyraźniejszy, wątpliwe, jeżeli szybkość opadania krwinek się nie zmniejsza, złe, jeżeli po zabiegu operacyjnym trwale się pogarsza. Brak wpływu leczenia zachowawczego na szybkość opadania krwinek wspiera wskazanie do leczenia doszczętnego. Poprawa w zachowaniu się zjawiska po zabiegach operacyjnych jest miarą doszczętności, dokładności, z jaką ognisko usunięto; brak jej w przypadkach miejscowo korzystnie przebiegających świadczy o obecności innego ogniska w ustroju.

Mówiąc o rokowaniu na podstawie szybkości opadania krwinek, przejdę odrazu do drugiej kwestji, stanowiącej treść niniejszej pracy, a mianowicie kwestji występowania odczynu urochromogenowego w moczu chorych na gruźlicę chirurgiczną, któremu niektórzy badacze przyznają pierwszorzędne znaczenie dla rokowania. I tak Klare[13]) przypisuje próbie urochromogenowej tak wielkię znaczenie, że uzależnia od niej przyjęcie do szpitala, amputację itd. Znaczenie prognostyczne w gruźlicy przypisywali już dawniej spokrewnionemu z próbą urochromogenową odczynowi dwuazowemu Ehrlicha Holmgren (śmierć do $^1/_2$ roku, o ile diazo stale +), Michaelis, Pape. Weiss[14]) zbadał bliżej ciało powodujące wynik pozytywny w odczynie Ehrlicha, wykazał, że pozostaje ono w blizkim związku z urochromem i nazwał je urochromogenem; dla wykazania tego ciała podał Weiss tz. próbę nadmanganianową, czyli urochromogenową.

Otóż Düttmann[15]) opisał niedawno wyniki badań nad tą próbą w gruźlicy chirurgicznej i dochodzi na podstawie niewielu swych przypadków do przekonania, że próba urochromogenowa ma pierwszorzędne znaczenie w rokowaniu, będąc wskaźnikiem ciężkości stanu chorych, i że ma ona rozstrzygać o leczeniu doszczętnem, które w razie dodatniego wyniku powinno zastąpić dotychczasowe leczenie zachowawcze; Klare, Hildebrand[16]) sądzą podobnie. Przeciwnie zaś Szigeti[17]) ocenia ją z wielką ostrożnością, uznając jej znaczenie za warunkowe tylko i znacznie mniejsze, jak w gruźlicy płuc; widział on bardzo ciężkie przypadki gruźlicy chirurgicznej, które dodatniego wyniku próby nie okazywały.

Pragnąc wobec tak sprzecznych zdań wyrobić sobie własny sąd o wartości odczynu urochromogenowego zbadałem w części przypadków badanych na szybkość opadania krwinek również i mocz na urochromogen.

Urochromogen, związek, z którego powstaje urochrom, należy, według badań Bądzyńskiego, Gottlieba, Dąbrowskiego i Panka, do ciał oxyproteinowych i jest pochodnym rozpadu białka. Według wywodów Düttmanna każda gruźlica chirurgiczna z wyjątkiem gruzełka trupiego jest chorobą ogólną; o ile zatrucie jadami jest silniejsze, przychodzi do zaburzeń w przemianie materji, rozpadu ciałek czerwonych, zmniejszenia się ilości hemoglobiny i wydzielania urochromogenu w moczu, co dzieje się w chorobach zakaźnych, jak np. durze szybko, w gruźlicy zaś powoli; zjawienie się urochromogenu oznacza upadek sił obronnych ustroju, a towarzyszyć ma mu zawsze ubytek ciałek czerwonych. Ciekawe jest, że odczyn urochromogenowy występuje często po narkozie, co tłómaczą działaniem narkotyku na wątrobę. Wreszcie zniknięcie obecnego przedtem urochromogenu w przypadkach ciężkich gruźlicy, powikłanych skrobiowatością narządów wewnętrznych, bywa uważane za signum mali ominis.

Wykonanie próby Weissa jest bardzo proste:

3 ccm moczu świeżego, przesączonego, o ile był mętny, rozcieńcza się trzykrotną ilością wody przekroplonej i rozdziela do dwóch jednakowych probówek; do jednej z nich dodaje się kilka kropel 1‰ świeżego rozczynu nadmanganianu potasu; o ile próba jest ujemną, powstaje w górnych partjach płynu zabarwienie brunatnawe, o ile dodatnią — występuje tamże barwa kanarkowo-żółta, raczej cytrynowa, bardzo wyraźna i utrzymująca się przez czas dłuższy. Jeżeli zabarwienie podobne znika po upływie 1 min., wyniku nie należy uważać za dodatni.

Inna próba Rousseaux polega na tem, że mocz zawierający urochromogen ma zmieniać barwę żółtą na zieloną po dodaniu 1‰ roztworu błękitu metylowego.

Interesujące jest, że, według badań Parnasa i Tykocinera[18]), próba ta jest tylko zmieszaniem barw — żółtej wysyconego moczu z niebieską odczynnika, co razem daje dla oka barwę zieloną, lecz że analiza spektralna żadnego przesunięcia widma ku stronie fioletowej, a więc przyrostu barwy na skutek rzeczywiście odbywającej się reakcji nie wykazuje. Parnas nie przypisuje znaczenia próbie Rousseaux.

Odczyn Weissa wykonywałem w 49-ciu przypadkach gruźlicy chirurgicznej, przeważnie cięższych. Wśród przypadków tych, zarówno ambulatoryjnych jak i klinicznych, zaledwie jeden raz był on wybitnie i jeden raz słabo dodatni; w innych, mimo że były wśród nich przypadki ciężkie, z niewątpliwem wskazaniem do amputacji (jak 3 p. gruźlicy kości śródstopia, ciężkie postacie gruźlicy kręgów z ropniami opadowemi, nawracająca i uogólniająca się gruźlica po wycięciu stawu łokciowego itd.) badanie moczu obecności urochromogenu (przy nieobecnem białku) nie wykazało, choć byli to chorzy wycieńczeni i anemiczni; przyśpieszenie opadania krwinek było u nich zawsze bardzo znaczne. Obecność urochromogenu stwierdziłem w jednym tylko przypadku, leczonym na klinice chorób wewn. we Lwowie z powodu »lymphogranuloma tbc«, który skończył się śmiertelnie, oraz w słabym stopniu u chłopca z gruźlicą gruczołów chłonnych na szyi, dość dużych i rozmiękłych, lecz pozatem

nieanemicznego i dość dobrze odżywionego. Uderzające jest, że w moczu pobranym dla porównania od tych pierwszych lepszych ciężko chorych na gruźlicę płuc ze szpitala P. we Lwowie odczyn urochromogenowy okazał się dodatni.

Na podstawie tych, niezbyt wielu coprawda, badanych przypadków można wnosić, że odczyn urochromogenowy dodatni występuje u chorych na gruźlicę chirurgiczną na ogół rzadko i że, jeżeli w tak ciężkich, jak badane, przypadkach był on ujemny, to nie może posiadać owego rozstrzygającego znaczenia w leczeniu i rokowaniu, jakie mu przypisuje Düttmann, dla chirurga nie wchodząc prawie w rachubę; znaczenie próby jest o wiele mniejsze, jak w gruźlicy płucnej. Nieobecność urochromogenu w moczu nie wyklucza wcale ciężkiej postaci gruźlicy chirurgicznej, a natomiast znaleść go można czasem i w moczu lżej chorych.

Dokładne, okresowe i porównawcze badanie szybkości opadania krwinek w gruźlicy chirurgicznej może nam dać niewątpliwie lepsze pojęcie o przebiegu nasilenia, o wynikach leczenia i przyszłości sprawy, jak wykonywanie próby urochromogenowej.

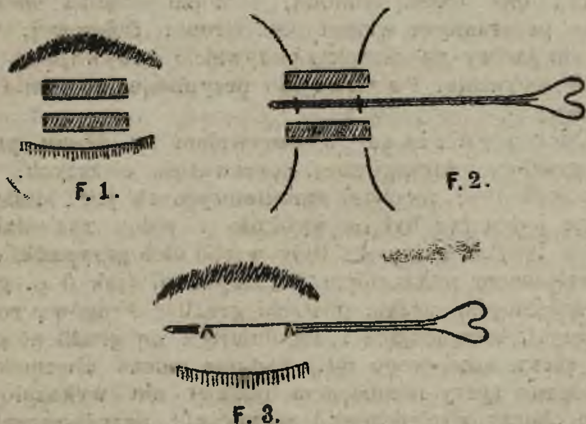
Piśmiennictwo.

1. Fareus. Bioch. Ztschr. T. 89. — 2. Nathan i Herold. Berl. kl. W. 1921. 24. — 3. Büscher. Berl. kl. W. 1921. 14. — 4. Frisch i Starlinger. Med. Klinik 1921. 38 i 39. — Sterling. P. G. Lek. 1922. 8. — 5. Löhr. Zentr. f. Chir. 1921. 35. — Tenże. Grenzgebiete d. Medizin u Chir. 1921. T. 34. 2. — 6. Pam. Tow. Lek. r. 1894. — 7. Corr. Bl. f. Schw. Ärzte 1917. — 8. Arch. für Gyn. 1920, Pflüg. Arch. 1920, 1921. — 9. Grenzg. d. Med. u. Chir. 1921. T. 34. 5. — 10. Berl. kl. W. 1921, str. 183, Pflüg. Arch. f. Phys. 185. — 11. M. m. W. 1920. 10. — 12. Med. Klin. 1921. str. 531. — 13. M. m. W. 1921. 22. — 14. W. kl. W. 1906. 44., W. kl. W. 1907 33, Wien. kl. W. 1911. 25., Med. klin. 1910. 22. — 15. Bruns Beitr. f. kl. Chir. 1921. T. 123. I. — 16. Deut. Chir. 1902. — 17. Med. klin. 1921. 10. — 18. Gaz. Lek. 1919.

Dr. R. HINZE, dyr. Państw. Szpitala powsz. Rzeszów.

Własny sposób plastyki przy powiece opadniętej.

Posiadamy liczne sposoby operacyjnego leczenia powieki opadniętej, mają one niemal wszystkie tę wspólną wadę, że skracają opadniętą powiekę, ale nie dają jej ruchów żywotnych, ani też postaci naturalnej. Na podstawie dokładnego spostrzegania przekonałem się o różnicach w wyglądzie górnych powiek u wielkiej ilości ludzi. I tak widzi się niekiedy górną powiekę jednostajnie opadającą, nawet przy rozwartej szparze powiekowej, bez widocznego fałdu wgłębiającego. Ma się przed sobą rodzaj zasłony, która wznosi się i opada na podobieństwo kurtyny teatralnej. Są to atoli nieliczne przypadki oczu. Przeważnie jednak górna powieka tworzy fałd chowający się w głąb w środku odległości brzegu rzęskowego od brwi. Fałd ten ma stosownie do gałki ocznej lekko łukowatą postać; u młodych osobników jest on mniej widoczny, gdyż tworzy linję ostrą, u starszych zaś przy nadmiarze i pofałdowaniu skóry tworzy linję ząbkowatą, wpadającą silnie w oko.



F. 1. Okrawione prostokąty. F. 2. Sytuacja szwów i sondy. Fig. Szwy związane na sondzie,

Do wytworzenia tego fałdu naturalnego zdążała pośrednio metoda operacji opadniętej powieki, podana przez Hessa, nie był to jednak jej cel główny.

Sposób mój zdąża wprost do stworzenia owego naturalnego fałdu skórnego (na górnej powiece) przy rozwartej szparze powiekowej, podobnie jak się rzecz ma u większości ludzi. Uzyskałem zaś ten wynik przez zastosowanie plastycznej operacji, którą opiszę kilkoma słowami.

Z przedniej powierzchni (skórnej) powieki opadniętej wycinam dwa prostokąty, leżące podłużnie i równolegle do brzegu rzęskowego. Z tego jeden prostokąt wycinam tuż obok brzegu rzęskowego, o 2 mm od niego oddalony, następny zaś o 3 do 4 mm wyżej od pierwszego. Następnie dwoma szwami łączę oba prostokąty tak, że okrwawione powierzchnie stykają się ze sobą.



Wygląd chorego przed zabiegiem. Wygląd chorego po zabiegu.

Przy związywaniu szwów należy złożoną pensetkę lub zgłębnik rowkowany tak ułożyć pomiędzy obu prostokątami, aby stanowiła w miejscu mostka skórnego niejako zawias zamykającej się książki, po związaniu zaś szwów należy zgłębnik wyjąć. Opis powyższy uzupełniają zamieszczone rysunki schematyczne.

Z praktyki.

WŁADYSŁAW SZUMOWSKI. Kraków.

O wskazaniach leczniczych w Szczawnicy.

Kol. Zygmunt Wąsowicz w artykule »Wskazania lecznicze dla ważniejszych polskich uzdrowisk« (Pol. Gaz. Lek. 1922 Nr. 21 i 22) podaje o Szczawnicy:

«Ze względu na skuteczność swych zdrojów w chorobach płucnych i urządzeń do ich leczenia, jak nie mniej ze względu na łagodny klimat podgórski, sprzyjający leczeniu tych chorób, Szczawnica uchodzi słusznie za uzdrowisko specjalne dla chorych na płuca, a wśrod nich szczególniej dla chorych na gruźlicę płuc«. To są wszystkie wskazania dla Szczawnicy, podane w wymienionym artykule.

Ponieważ w Szczawnicy nie byłem 10 lat, mogłem sądzić, że się coś w zdrojowisku tem przez ten czas zmieniło na korzyść specjalnych wskazań dla gruźlicy płuc i na niekorzyść chorób górnego odcinka dróg oddechowych, chorób dróg trawiennych, przemiany materji i in., dotąd w Szczawnicy leczonych i w piśmiennictwie opisywanych. Zwłaszcza zdziwiło mnie to, że autor radzi przewlekłe nieżyty górnego odcinka dróg oddechowych leczyć w Ciechocinku, Rabce, Truskawcu, Lubieniu, nie zaś w Szczawnicy, wbrew temu, co było dotąd.

Sezon letni, spędzony przezemnie w r. 1922 w Szczawnicy, przekonał mnie jednak, że wskazania lecznicze dla tego zdrojowiska nie zostały w wymienionym artykule ściśle ujęte.

Faktyczny ruch chorych, obserwowany przezemnie był następujący:

Chorych z chorobami górnego odcinka dróg oddechowych, które przedewszystkiem mnie skłoniły do napisania

niniejszej notatki, a więc chorych z chorobami nosa, gardła i krtani, niegruźliczych, było 12%; chorych z chorobami oskrzeli, rozedmą płuc, astmatyków, niegruźliczych, było 11%; chorych z rozpoczynającą się gruźlicą płuc, wycieńczonych, źle odżywionych, prawie niegorączkujących, a więc takich chorych, których nie brak w lecie w żadnem uzdrowisku podgórskiem, było 37%; chorych z rozwiniętą gruźlicą płuc 28%. Na choroby dróg trawiennych, przemiany materji, nerwowe, choroby narządu krążenia, choroby krwi, przypada na każdą grupę po 1—4%.

Ze względu na wyniki lecznicze należałoby dążyć w Szczawnicy do zwiększenia grupy pierwszej, drugiej i trzeciej. Choroby górnego odcinka dróg oddechowych, wymagające picia wód alkaliczno-słonych oraz odpowiednich inhalacyj, niekiedy hydropatji, najlepiej poprawiają się w Szczawnicy. Inne zdrojowiska, nie mające wód alkalicznych rodzimych, zastępują je z konieczności wodami importowanemi albo sztucznemi, co zapewne dla chorego jest mniej korzystne. Że chorych z przewlekłemi nieżytami oskrzeli wysyła się do Szczawnicy, o tem możnaby nie wspominać, gdyż Szczawnica pod tym względem jest prawie bez konkurencji. Chorzy z rozpoczynającą się gruźlicą płuc, wycieńczeni, źle odżywieni ze skłonnością do krwioplucia, mają w Szczawnicy szczególnie korzystne warunki lecznicze: klimat podgórski, prywatne i publiczne dobrze urządzone leżalnie, obfitość pożywienia. Ci chorzy, o ile przyjeżdżają do Szczawnicy na 2—3 miesiące, zimę spędzają w domu według wskazówek lekarza i wracają już na krócej do Szczawnicy na następny sezon, mogą się spodziewać zupełnego wyleczenia.

Lekarze częstokroć popełniają ten błąd, że posyłają do Szczawnicy przypadki gruźlicy rozwiniętej ze stałą gorączką i z jamami w płucach. W latach 1907—1912, jako lekarz zakładowy szczawnicki, usilnie przestrzegałem kolegów, żeby daleko posuniętej gruźlicy do Szczawnicy nie posyłali. I pod tym względem nic się w Szczawnicy nie zmieniło. Przedewszystkiem Szczawnica nie posiada sanatorjów, niezbędnych dla racjonalnego leczenia gruźlicy rozwiniętej. Wody mineralne szczawnickie, takim chorym podawane, częściej szkodzą, wywołując zaburzenia w trawieniu lub krwioplucie, aniżeli pomagają. Dlatego twierdzenie, że Szczawnica jest uzdrowiskiem szczególnie dla chorych na gruźlicę płuc, jest błędne, bo w rachubę tu wchodzić może chyba tylko gruźlica w I okresie.

Nie trzeba prócz tego zapominać, że Szczawnica jest przedewszystkiem zdrojowiskiem, które posiada znakomite szczawy alkaliczno-słone, i że do leczenia gruźlicy bynajmniej wody mineralne nie są koniecznie potrzebne.

O tem, że wody szczawnickie są skuteczne wszędzie tam, gdzie są wskazane szczawy alkaliczno-słone, więc w chorobach dróg trawiennych, przemiany materji, dróg moczowych, pisać tutaj nie będę, gdyż to są rzeczy dostatecznie znane, we wszystkich publikacjach o Szczawnicy, moich i nie moich, podnoszone i nie wymagające bliższych wyjaśnień. Tutaj chciałem tylko zaznaczyć i podkreślić, że Szczawnica jest przedewszystkiem zdrojowiskiem dla chorych z chorobami dróg oddechowych wogóle, podobnie jak Gleichenberg, Reichenhall, Luhaczowice, Salzbrunn, Ems. W szeregu tych chorób choroby górnego odcinka dróg oddechowych powinny zajmować pierwsze miejsce, a gruźlica ostatnie. Chorych z rozwiniętą gruźlicą płuc należy posyłać do sanatorjów, a kto nie ma na to, niech lepiej lato spędzi na wsi, gdzieś w suchej i obfitującej w drzewa iglaste miejscowości, a nie w Szczawnicy.

Sprawozdania poglądowe.

Wykład kliniczny.

Prof. Dr. J. T. Lenartowicz. Kraków.

Współczesne poglądy na biologiczne zasady leczenia kiły.

(Wykład na Zjeździe dermatologów polskich w Warszawie dnia 7. V. 1922).

(Dokończenie).

A jednak w nowoczesnem leczeniu kiły nie wolno nam zapominać o wielkich zdobyczach naukowych początków XX stulecia, nie wolno nie uwzględniać biologicznych podstaw tego leczenia, skoro raz przez naukę zostały przyjęte jako logiczne i słuszne, nie wolno zapominać, że leczenie kiły w pojęciu nowoczesnem — to leczenie nie tylko objawowe, ale ściśle przyczynowe leczenie, zmierzające systematycznie do zniszczenia krętka bladego. Nie wolno nam o tem zapominać, ale pod jednym warunkiem, że w leczeniu naszem uwzględniać będziemy nie c h o r o b ę tylko, a więc walkę z krętkiem bladym, ale, i to przedewszystkiem, c h o r e g o. Broń skierowana przeciw k r ę t k o w i blademu nie może się zwrócić i nie powinna się zwrócić nigdy przeciw c h o r e m u.

Trzy zasady ogólne obowiązują, ile możności, w leczeniu kiły: 1) leczenie energiczne, 2) leczenie jak najwcześniejsze i 3) jak najmniejszą szkodę przynoszące choremu. O ostatniej zasadzie zapominają najczęściej, jak się zdaje, ci, którzy zapatrzeni jedynie we wskazania pracowniane, tych wielkich zdobyczy nieumieją pogodzić ze wskazaniami i wymogami klinicznemi. Że tak jest, dowodzą aż nadto dobrze znane z piśmiennictwa przypadki ciężkich uszkodzeń i przypadki, niestety tak liczne, śmierci po salwarsanie. Dla zagorzałych stronników bezwzględnego energicznego stosowania salwarsanu każde uszkodzenie, każda śmierć nawet będzie tylko naturalnym wynikiem samej sprawy chorobowej, samej kiły, a salwarsan będzie co najwyżej przyczyną uboczną, przyczyną uruchomiającą ukryte ogniska chorobowe. Dla nich każde zapalenie mózgu, każda neurorecydywa, każda mniej lub więcej złośliwa żółtaczka będzie bodźcem, jeśli nie do wykazania przyczynowego związku z kiłą, to przynajmniej do sprytnie skonstruowanej obrony, że wina leży nie w salwarsanie, ale w małej, a przez to właśnie szkodliwej jego dawce. Tych maksymalistów teoretyków przywołują do opamiętania zazwyczaj dopiero przypadki śmierci, przez nich samych spostrzegane. Że leczenie możliwie wczesne powinno być naszym celem, naszym głównym obowiązkiem, że, gdzie można, powinniśmy natychmiast zastosować leczenie poronne i że leczenie poronne daje największe szanse wyleczenia, na to się godzi przeważna część autorów i to może jest jedną z głównych zdobyczy naszego nowoczesnego lecznictwa, opartego na podstawach biologicznych. O tem, że się leczenie nie zawsze udaje, że wskazania do zastosowania leczenia poronnego w ścisłem tego słowa znaczeniu zacieśniają się coraz bardziej, wspominałem już wyżej. Różnice w poglądach, jakie napotykamy w tej sprawie, to przedewszystkiem różnice, dotyczące wiary w możliwość wyleczenia kiły poronnie jednem tylko leczeniem, a obok tego różnice w sposobie przeprowadzenia tego leczenia co do dawkowania, czasu trwania leczenia, środków do leczenia użytych, czasu spostrzegania po ukończonem leczeniu itp. Z ankiety R o s t a wynika, że tylko 1/4 poważnych syfilidologów wierzy w poronne wyleczenie kiły tylko j e d n e m l e c z e n i e m, większość domaga się powtórzenia leczenia dwukrotnie lub trzykrotnie. Namiętne polemiki jednych i drugich, przytaczanie dat statystycznych »za« i »przeciw« dowodzą, że sprawa ta bynajmniej nie jest rozstrzygnięta, że jest w toku i że dopiero po uspokojeniu się skrajnie odmiennych poglądów, zbyt gorliwie bronionych, można będzie wyciągnąć więcej ścisłe i rzeczowe wnioski. L e s s e r np. podaje, że leczenie poronne w lues I seronegativa daje aż 100% wyleczeń, przyczem do leczenia poronnego używa tylko salwarsanu. To zdanie L e s s e r a podziela w zupełności Z i m m e r n, częściowo F r ü h w a l d, D e l b a n c o, G e n n e r i c h, a występują przeciw tak wysokiej statystyce wyleczalności jednem leczeniem tylko, L e v e n, M e i r o w s k y, M u l z e r, B l a n c k. M u l z e r przytacza trzy przypadki nawrotów wkrótce po skończeniu leczenia, mimo że leczenie rozpoczęto przy ujemnym odczynie Wassermanna. B l a n c k opisuje przypadek ciężkiego nawrotu kiły w 5 tygodni po ukończonem leczeniu, mimo, że leczenie rozpoczęto w warunkach korzystnych, bo przy ujemnym odczynie Wassermanna tak przed leczeniem jak i w czasie leczenia, i mimo że przy leczeniu zużyto 3·6 gr neosalwarsanu. Obszerna i szczegółowo opracowana statystyka z kliniki H o f f m a n n a wykazuje przy leczeniu poronnem lues I seronegativa 4·4% nawrotów, ale w lues I seropositiva już 18·7% nawrotów. Dlatego H o f f m a n n poleca lues I seropositiva zaliczyć raczej do grupy

kiły drugorzędnej i leczyć tak, jak kiłę drugorzędną, tj. nie zadowalać się jednem tylko leczeniem. Różnice w poszczególnych statystykach co do korzystnych wyników leczenia poronnego różni autorowie tłómaczą różnie, bądź to czasem, w którym leczenie zastosowano (okres ujemnego odczynu Wassermanna badanego tylko przed leczeniem, lub badanego wśród leczenia i w czasie leczenia, utajone dodatnie wahania, dające się stwierdzić tylko uczulonemi odmianami odczynu Wassermanna), bądź intensywnością leczenia, bądź też kontrolą wyników leczniczych, trwającą czas dłuższy lub krótszy od ukończenia leczenia. Odnośnie do pory, w której leczenie zastosowano, to zdaje się nie ulegać najmniejszej wątpliwości, że najkorzystniejsze wyniki otrzymuje się wówczas, gdy wszelkiemi, nawet najczulszemi, sposobami badania nie można stwierdzić dodatniego wahania odczynu Wassermanna, czy też jego odmian, i przed i wśród leczenia i po jego ukończeniu. Jednakże i to zastrzeżenie nie może być uważane za regułę bezwzględnie pewną, bo, jak wspomniałem wyżej, Leven i Meirowsky stoją na stanowisku bardzo wczesnego uogólniania się kiły, wcześniejszego, niż to wykryć mogą nasze dotychczasowe choćby najczulsze odczyny, a tak wczesne uogólnienie się kiły zmniejsza naturalnie znacznie wszelkie widoki leczenia poronnego wogóle. Zdaniem tych autorów w olbrzymiej większości przypadków można mówić jedynie o leczeniu wczesnem, a nie poronnem. Czy leczenie było istotnie poronnem, to rozstrzygnąć może albo powtórne zakażenie, albo długoletnie spostrzeganie, przyczem same odczyny, choćby stale ujemne w surowicy i w płynie mózgowordzeniowym, nie mogą być dowodem wyleczenia, bo i przy ujemnych odczynach mogą wystąpić zmiany chorobowe. Intensywność leczenia, chociaż niektórzy chcą do niej większą przywiązywać wagę, nie ma, jak się zdaje, większego znaczenia, bo tu mogą odgrywać rolę osobnicze właściwości ustroju, jego mniejsza lub większa zdolność samoobronna, a nie brak przykładów, że nawroty wśród najlepszych warunków leczenia poronnego występują nawet po najenergiczniejszem leczeniu, gdy naodwrót nie występują nieraz po leczeniu bardzo skromnem. Nie należy zapominać, że kiła może ulec samowyleczeniu, bez naszej pomocy, albo przy pomocy bardzo względnej wartości. O tem, zdaje się, zapominają i ci, którzy tak entuzjastycznie odnoszą się do tego lub owego sposobu leczenia, jakoteż i ci, którzy żądają leczenia najenergiczniejszego, zrzucając odpowiedzialność za złe wyniki leczenia na leczenie niedostateczne.

A co jest leczeniem dostatecznem lub niedostatecznem? Wszakże to czysta empirja, wszakże to ocena zupełnie podmiotowa i przedmiotowa od przypadku do przypadku, to zasób doświadczenia i przekonań, każdemu lekarzowi właściwy, ale u każdego różny. To też słusznie ironizuje Buschke, gdy, omawiając tę sprawę, zaznacza, że nic niema łatwiejszego, jak przypisywać ujemne wyniki niedostatecznemu leczeniu, nic trudniejszego, jak dowieść, że leczenie inne byłoby skuteczniejsze. O skuteczności poronnego leczenia rozstrzyga też, prócz świeżego zakażenia, czas następowego spostrzegania, które powinno ciągnąć się latami po ukończeniu leczenia poronnego. Stąd wartość dowodowa największa tych statystyk, w których następowe spostrzeganie ciągnęło się lat 8—10. A takich statystyk mamy, jak dotąd, stosunkowo mało, przyczem ocenę ich trzeba przyjmować ostrożnie, raz z tego względu, że w ciągu tak długiego okresu czasu zmieniały się środki używane do poronnego leczenia, a wraz z niemi i dawkowanie, powtóre dlatego, że w każdej niemal klinice sposoby leczenia ulegały ciągłym zmianom i wahaniom, nie mówiąc już o zmieniających się ciągle pojęciach, co uważać za leczenie poronne w ścisłem znaczeniu. Najobszerniejsze w tym kierunku statystyki znajdujemy w pracach Gennericha, Scholtza, Hofmanna i Mergelsberga, wreszcie Pontoppidana. To też nie można się dziwić, że często ci sami autorowie w różnych okresach czasu podają różne odsetki skutecznego leczenia poronnego. Znamienne w tych statystykach jest to, że statystyki późniejsze zadowalają się zwyczajnie skromniejszym odsetkiem przypadków poronnie wyleczonych. Dziwić to nie może, czas poprawia statystyki cierpliwie i wykazuje, czy to nawrotem klinicznym, czy serologicznym, że leczenie poronne nie powiodło się.

Nie można zaprzeczać pewnej, choć ograniczonej wartości i tym statystykom, w których czas spostrzegania nie trwał dłużej, niż 3 lata, doświadczenie poucza bowiem, że o ile leczenie poronne zawiedzie, nawroty występują zwyczajnie szybko, często po kilku miesiącach. Ze statystyki Pontoppidana wynika, że po tak zwanem wczesnem (niekoniecznie poronnem) leczeniu 86% nawrotów występuje w ciągu trzech pierwszych lat po zaprzestaniu leczenia, a z tych znów $^5/_6$ przypada na najbliższy okres półtoraroczny. Czy można wierzyć w leczenie poronne? Według dotychczasowych doświadczeń tak, tylko z tem zastrzeżeniem, że nie osięga się go w 100 % przypadków i że warunki, wymagane dla udania się poronnego wyleczenia jednem tylko leczeniem, są tak ograniczone, a sam sposób przeprowadzenia i kontrolowania leczenia poronnego według najnowszych wymogów nauki jest tak ciężki, że w praktyce możliwość przedsięwzięcia leczenia poronnego, zwłaszcza w naszych warunkach, w Polsce, spada niemal do zera. O tem, że leczenie poronne jest możliwe, że w wielu przypadkach następuje wyleczenie istotne, świadczą świeże, coraz liczniejsze zakażenia powtórne, przedtem w takiej obfitości nie napotykane. Jeżeli poddamy najostrzejszej nawet krytyce ogłaszane dotąd przypadki powtórnego zakażenia, jeżeli wyłączymy z nich wszystkie rzekome wtórne zakażenia, czyto jako superinfekcje, czy też jako monorecydywy, pozostanie przecie pokaźny odsetek przypadków istotnego wtórnego zakażenia, a te świadczą wymownie o postępie naszego leczenia w porównaniu z erą leczenia dawnego.

Jak przeprowadzić leczenie poronne, rozumie się leczenie poronne, pojęte w najściślejszem tego słowa znaczeniu? Tu zapatrywania są podzielone: jedni chcą się posługiwać jedynie salwarsanem lub jego pochodnemi, nie przypisując rtęci żadnego, nawet pomocniczego leczenia (Lesser); inni (a tych jest większość) używają leczenia skombinowanego salwarsanu i rtęci (Hoffmann, Buschke, Arnd, Finger, Pinkus, Kyrle, Bergel itd.). Nie ulega wątpliwości, że salwarsanowi w leczeniu poronnem oddać trzeba pierwszeństwo i ze względu na to, że jest on w wyższym stopniu krętkobójczym, niż rtęć, i ze względu wreszcie na te spostrzeżenia kliniczne z ery leczenia tylko rtęcią, które bynajmniej nie dowiodły wyższości rtęci w tym względzie. Jeżeli mimo to większość wytrawnych klinicystów używa obok salwarsanu także rtęci, to z pewnością dlatego, że rtęć, w wyższym stopniu, niż salwarsan, wspomaga siły ochronne ustroju, co w leczeniu kiły nie jest bez znaczenia. Znaczne różnice są w poglądach rozmaitych autorów co do dawki salwarsanu, tak tej, jakiej należy użyć przy każdorazowem wstrzyknięciu, jak tej, która stanowi sumę ogólną w gramach salwarsanu, zużytego w ciągu całego leczenia. Spory w tym kierunku jeszcze nie ucichły; zwolennicy dużych dawek na raz (tj. na jedno wstrzyknięcie) podnoszą, że tylko duże dawki są dawkami istotnie leczniczemi, gdy małe nietylko nie zabijają krętków, ale je podrażniają i czynią poniekąd złośliwszemi (Citron); w odpowiedzi na to zwolennicy dawek mniejszych przytaczają fakta, że wprawdzie duże dawki zabijają łatwiej krętki, ale z niemi niestety często i chorego. Zdaje się jednak, że obóz pierwszych maleje, że smutne doświadczenia lat ostatnich nakazują i owym maksymalistom pewną ostrożność, a Scholtz radzi wprost małe a częste dawki. Więcej zgodne i jednolite poglądy napotykamy w piśmiennictwie co do dawki, jakiej należy użyć w sumie na jedno poronne leczenie. Finger uważa za wystarczającą dawkę 4—5 g neosalwarsanu, obok tego 10—12 wstrzyknięć salicylanu rtęciowego, Buschke za średnią skuteczną dawkę ogólną uważa 5 g neosalwarsanu, z tem jednak zastrzeżeniem, że nawet przy poronnem leczeniu wskazane jest powtórzenie tego leczenia (również mieszanego) 2—3 razy w ciągu roku. Hoffmann stosuje 5·8—6 g, przyczem sądzi, że w lues I seronegativa jedno leczenie zupełnie wystarcza. Rost zużywa na jedno leczenie 2,5—3·5 g (berównoczesnego stosowania rtęci), ale to samo leczenie powtarza po 6 tygodniach, bez względu na zachowanie się odczynu Wassermanna. Queyrat i Pinard leczą poronnie, stosując na jedno leczenie 2·6— 3·3 g. Zaczynają od małych dawek, a przechodzą szybko do dawek 0,45 i 0,6. P

miesiącu powtarzają to leczenie czysto salwarsanowe i zaraz potem przechodzą do leczenia rtęcią, stosując znowu dwa leczenia. Lesser, Pollitzer, Brandweiner, Pinkus stosują w leczeniu poronnem tylko salwarsan bez rtęci i wierzą w możliwość wyleczenia jednem leczeniem. Odstępy czasu pomiędzy pojedynczemi wstrzykiwaniami u różnych autorów różne nie mają, zdaje się, większego znaczenia. Większość autorów przyjmuje jako średni odstęp 5 – 7 dni, rzadziej 3 dni. Niemal wszyscy autorowie kładą wielki nacisk na stałą kontrolę odczynu Wassermanna, nietylko przed rozpoczęciem leczenia i po jego ukończeniu, ale także w ciągu leczenia, by tym sposobem upewnić się, czy leczenie można uważać za pomyślne. Ta kontrola odczynu Wassermanna ma się rozciągać i na najbliższe lata, i to przynajmniej dwa lata. Niektórzy radzą kontrolę z prowokacją salwarsanem.

O ile w ciągu leczenia lub po leczeniu stwierdzi się fazę dodatnią odczynu Wassermanna, należy leczenie uważać za nieudałe, a przypadek traktować tak jak lues I seropositiva lub lues secundaria.

Kiłę drugorzędną, do której zaliczamy obecnie nietylko przypadki z objawami klinicznemi, ale także przypadki z odczynem Wassermanna dodatnim, przyjmując, że krętki rozsiały się już po całym ustroju, leczyć już musimy inaczej. Tu nie można się spodziewać wyleczenia jednem leczeniem, choćby energicznem (chociaż w to w początkach ery salwarsanowej wierzono), ale trzeba zastosować szereg leczeń energicznych, a większość autorów (Buschke, Rost, Almkvist, Arnd, Pinkus, Matzenauer) poleca już teraz leczenie przewlekłe przerywane, czyli wraca do dawnej metody Fourniera i Neissera. Hoffmann wierzy, że i lues I seropositiva jest dostępna leczeniu poronnemu, ale nie leczeniem jednem, tylko conajmniej 2 lub 3 leczeniami, przyczem kładzie wielki nacisk na to, aby każde leczenie było energiczne (8—10 wstrzyknięć salwarsanu lub jego pochodnych w średnich dawkach, 0,45 – 0,6 na dawkę, obok rtęci) i aby przerwa między pierwszem a drugiem leczeniem nie przekraczała 8 tygodni. Rost i Buschke przyjmują z wielkiemi zastrzeżeniami możliwość rychłego wyleczenia kiły drugorzędnej lub pierwotnej serododatniej. Rost domaga się w tych przypadkach trzech leczeń w roku pierwszym, dwóch w roku drugim, a po jednem leczeniu w roku 3., 4. i 5., razem 7—8 leczeń. Przytem drugie leczenie powinno nastąpić bezwarunkowo w 6 tygodni po pierwszem leczeniu, a trzecie leczenie po 6 miesiącach.

Tego schematu leczenia trzyma się jednak Rost tylko w tych przypadkach, gdy odczyn Wassermanna, przedtem dodatni, zmieni się po pierwszych 2 lub 3 leczeniach w ujemny i stale ujemnym pozostaje, żąda zaś jeszcze energiczniejszego leczenia, gdy zauważy nawrót serologiczny lub kliniczny. Podobnie niedowierza przebiegowi kiły, nawet przy ujemnych odczynach we krwi i w płynie mózgowo-rdzeniowym, Pinkus, a jego sposób leczenia można także nazwać śmiało przewlekłym przerywanym. Wskazań ścisłych, jak leczyć kiłę drugorzędną, nie podaje żaden autor, pozostawiając tę rzecz uznaniu samego praktyka, jego poglądom, doświadczeniu i rozważeniu wszelkich szczegółów klinicznych w każdym przypadku z osobna. To też słusznie zauważa Pinkus, że, jakkolwiek leczenie nasze, oparte na podstawach biologicznych, stało się skuteczniejsze, to jednak nie stało się bynajmniej łatwiejsze. Zdanie to można najzupełniej podzielać, tembardziej, że leczenie nasze obecne nie jest bynajmniej wolne od niespodzianek, niejednokrotnie przykrych i smutnych, wikłających i przebieg samej kiły i przebieg leczenia. Bo bezsprzecznie leczenie salwarsanem i jego pochodnemi stawia nas częściej wobec niespodzianek, niż leczenie rtęcią i jodem. Wydaje nam się, że nie znamy działania rtęci i jodu, że o ich wartości mówi tylko doświadczenie kliniczne, a wmawiamy w siebie równocześnie, że znamy działanie salwarsanu. Być może, że nie umiemy wytłumaczyć sobie działania rtęci i jodu na samą kiłę, ale wiemy przynajmniej, jak one oddziałują na ustrój i tkanki wogóle w kierunku ujemnym, wiemy, na co zwracać uwagę przy ich stosowaniu i czego się wystrzegać, czemu zapobiedz. Co do salwarsanu kierujemy się natomiast ślepą wiarą, że to jest środek bakterjozwrotny, a nigdy narządozwrotny i w imię tej ślepej wiary kruszymy kopje o jego bezwzględną wartość leczniczą, starając się usprawiedliwić każde uboczne jego działanie, każde zatrucie. Salwarsan w pojęciu mojem, to owo pieszczone dziecko, którego każdy błąd usprawiedliwiamy, przed każdym zarzutem bronimy, bo wierzymy tylko w jego wielkie zalety, a wad trzeźwo osądzać nie chcemy. Za rtęcią przemawiają doświadczeń lat długie szeregi, salwarsan znamy zaledwie od lat 12, a jego pochodne krócej. Ale wystarczyłby może przeciąg lat 12, gdyby ocena była i chciała być trzeźwą. Nie leży tu wina w salwarsanie, ale w nas samych. Na szczęście w latach ostatnich zjawiają się coraz częściej głosy trzeźwej krytyki i rozwagi, coraz więcej zyskuje praw przekonanie, że nauka — to postęp i krytyka tego postępu, a nie ślepa wiara w talizmany. A równocześnie zaznacza się zwrot ku tradycji, jako dowód, że nauka — to postęp i tradycja, to dążenie, by w nowem świetle dawne oceniać poglądy. Ta krytyka salwarsanu — to baczne zwrócenie uwagi na jego działania uboczne, to zadanie sobie słusznego pytania, czy, lecząc salwarsanem, leczymy skuteczniej i lepiej, niż dawniej, czy salwarsan jest istotnie ostatniem słowem naszego lecznictwa. I ustala się zwolna przekonanie, że leczenie salwarsanem jest jednak leczeniem wstrząsającem ustrojem ludzkim, że jest leczeniem, które leczy kiłę, ale równocześnie zmienia jej przebieg, że jest leczeniem dla ustroju i jego sił ochronnych nie obojętnem. Z jednej strony nieznana przedtem ilość powtórnych zakażeń, świadcząca o skuteczności tego środka, z drugiej strony zastraszająca częstość kiły układu nerwowego, kiły wczesnej nerwów o zgoła innym przebiegu, wczesnych wiądów rdzenia i porażenia postępującego, zastraszająca ilość żółtaczek o przebiegu złośliwym, złośliwe nieraz nawroty zmian na skórze i t. p.

Pod wpływem energicznego leczenia kiła przybrała jakgdyby szybsze tempo i zatraciła łagodną okresowość. Tu znów zarzut ze strony zwolenników salwarsanu, że przebieg kiły niekorzystny przypisać należy małym dawkom salwarsanu — bo tylko duże działają prawdziwie leczniczo. Pokazuje się jednak, że przypadkom leczonym dużemi dawkami i z niekorzystnym przebiegiem przeciwstawić można przypadki, leczone małemi dawkami, a mimo tego przebiegające korzystnie.

Która teorja jest słuszna, czas pokaże, byleby tylko ocena była spokojna i przedmiotowa. Ogólnie zwraca uwagę fakt, że pewne objawy uboczne w pewnych okresach czasu niezwykle licznie występują. Do takich należą spostrzegane, zwłaszcza w ostatnich czasach, częste, ciężko przebiegające zapalenia skóry i żółtaczki, obok nich żółty zanik wątroby. Zapalenia skóry mniej lub więcej ciężkie, czasem kończące się śmiercią, trudno przypisać czemu innemu, jak tylko salwarsanowi, zwłaszcza jeżeli obok salwarsanu nie stosuje się rtęci. Żółtaczki i ostry żółty zanik wątroby przypisują jedni trującemu działaniu salwarsanu (Arndt, Ravaut), inni kile lub warunkom upośledzonego odżywiania w czasie wojny (Milian, Citron). Zmniejszyła się w okresie leczenia salwarsanem ilość przypadków kiły trzeciorzędnej skóry i błon śluzowych, a że zwiększyła się równocześnie ilość schorzeń układu nerwowego, można w tem upatrywać pewne przedwczesne zniszczenie salwarsanem ochronnych własności skóry (ezofilaksja Hoffmanna). Nieobojętną jest również właściwość salwarsanu pobudzania ukrytych i nieczynnych ognisk chorobowych kiły, czego nie można poczytać za stronę dodatnią, zwłaszcza jeśli chodzi o układ nerwowy. Tu istnieje pewna analogja z gruźlicą, w której tuberkulina podobne ma działanie, ale ta właśnie własność tuberkuliny skłoniła do ostrożnego stosowania jej, jeśli nie do zupełnego zaniechania w celach leczniczych. Jeśli zwolennicy salwarsanu widzą swoiste działanie jego właśnie w tem wykrywaniu i zaostrzaniu się ukrytych i nieczynnych ognisk kiłowych, to są, zdaje się, w błędzie, bo tu działać mogą inne czynniki zgoła nieswoiste, podobnie jak działa obce białko, obca surowica, terpentyna, mleko i t. p. Że nietylko salwarsan, ale i inne środki, stosowane śródmięśniowo lub śródskórnie, mogą przeprowadzić w stan czynny nieczynne chwilowo ogniska kiłowe i wpły-

nąć na zmianę odczynu Wassermanna z ujemnego na dodatni, dowodzą doświadczenia z mlekiem, szczepionką durową, szczepionką przeciwwiewiórową i mirjonem (Kyrle, Finger). Być może, że ostatecznym czynnikiem, ujawniającym owe utajone i nieczynne ogniska chorobowe, jest gorączka ogólna, przekrwienie w ogniskach chorobowych, a przez to leczenie samoistne, wywołane przekrwieniem w myśl teorji zastoinowej Biera. Ten czynnik leczniczy, poniekąd samoobronny ustroju, starają się też wyzyskać ci, którzy, jak Kyrle i Finger, stosują to leczenie równocześnie z leczeniem swoistem dla kiły, z leczeniem salwarsanem, jodem i rtęcią.

Jeżeli, zbierając pokrótce wszystko, cośmy dotąd powiedzieli o współczesnych poglądach na leczenie kiły, porównamy poglądy współczesne z poglądami dawnemi, na innych zasadach opartemi, musimy stwierdzić, że wielkie odkrycia początków XX stulecia pozwoliły nam posunąć się naprzód, i to może znacznie, ale nie wyjaśniły jeszcze wielu tajników, tkwiących w samym ustroju i jego dotąd bliżej nieznanych właściwościach ochronnych. W tym pochodzie naprzód zawracamy niejednokrotnie do tez i pojęć dawnych, szukając dla spostrzeżeń pracownianych poparcia w spostrzeżeniach klinicystów dawnych, spostrzeżeniach, na doświadczeniu opartych.

Dumny i na wielką skalę zakreślony plan »*sterilisatio magna*« kurczy się i maleje pod wpływem faktów; owo »doszczętne wyjałowienie« ustroju zadowala się skromnym terenem *lues primaria seronegativa*, owem leczeniem poronnem, z którego także, jak słusznie zauważa Buschke, »coraz więcej i więcej cząstek się odkrusza«. Poza tym szczupłym terenem pozostaje olbrzymia, przygniatająca swą większością część przypadków, w której o istotnym postępie lecznictwa przeciwkiłowego przecież poważnie mówić nie można. Wszakże poza granicą *lues I seronegativa* (granicą, kto wie, czy istniejącą) leczenie nasze nie zmieniło się prawie zupełnie, a raczej, ściśle mówiąc, w ostatnich latach zawraca do form leczenia dawnych, zbudowanych na doświadczeniu klinicznem. Bo czemże jest nasze leczenie poza ową dowolnie zresztą przyjętą granicą *lues I seronegativa*? Niczem więcej, tylko także leczeniem objawowem lub leczeniem przewlekłem przerywanem. Wszakże objawowo leczą tak ci, którzy za wskazanie do leczenia uważają dodatni odczyn Wassermanna, jak i ci dawni klinicyści, którym wskazaniem do leczenia był wszelki najdrobniejszy objaw kliniczny kiły. Przewlekle z przerwami leczą mimo wszelkich zdobyczy i postępu nauki dzisiaj także ci, którzy, nie widząc ani w ujemnym odczynie Wassermanna we krwi, ani w ujemnych (bo przejściowych) odczynach płynu mózgowo-rdzeniowego zapewnienia, że kiła istotnie wyleczona została, polecają leczenie stałe w pewnych odstępach przez lat 2, 3 lub 4. Analogja zupełna, a nawet proces myślowy i ewolucyjny ten sam. I w erze rtęci i w erze salwarsanu ostatnim etapem w rozwoju lecznictwa było leczenie przewlekłe z przerwami. Etapem, ale nie ostatnim wyrazem, bo i leczenie przewlekłe z przerwami, pozornie najsilniejsze, nie zmniejszyło przypadków metalues, owszem, jak dowiodły statystyki, ilość tych przypadków wzrosła. Czy leczenie przewlekłe przerywane salwarsanem da inne wyniki, za wcześnie o tem wyrokować. I tu i tam musimy brać w rachubę owe »*imponderabilia*«, owe osobnicze właściwości ustroju, do dziś nam niestety, mimo wszystkich zdobyczy naukowych, nieznane.

Jesteśmy widzami wielkiego na tysiącach i setkach tysięcy przeprowadzonego doświadczenia, którego wyniku czekamy z zaciekawieniem, ale skutków jego bynajmniej jeszcze nie znamy. Nie umiem powiedzieć, czy źle, czy dobrze, ale w Polsce jesteśmy raczej widzami, niż eksperymentatorami, bo, o ile mnie wiadomo, żadna klinika ani żaden oddział szpitalny w Polsce nie leczył dotąd całkowicie w duchu tych wskazań, jakie znajdujemy w piśmiennictwie pozakrajowem. Może właśnie z takiego porównania naszego, według obecnych pojęć zupełnie niewystarczającego, a nawet szkodliwego sposobu leczenia, ze sposobami leczenia w Niemczech i Francji tak gorliwie stosowanemi da się w najbliższej przyszłości zestawić statystyka i może będzie miała jakąś wartość przekonywującą.

Na razie nie wydaje mi się, byśmy błądzili. Nie stosujemy wprawdzie leczenia energicznego i, w myśl przyjętych przez maksymalistów zasad, jak największego dawkowania, nie stosujemy często z powodu warunków od nas niezależnych, nie możemy się pochwalić częstemi wtórnemi zakażeniami, jako dowodem skutecznego leczenia, ale też, o ile wiem, nie obciążamy rubryki »winien« tak częstemi gdzieindziej przypadkami ciężkich neurorecydyw, zapaleń skóry, żółtaczek, żółtych zaników wątroby, wreszcie związanemi z niemi często przypadkami śmierci. Zestawienie dat takich u nas w Polsce, gdzie sposób leczenia jest przecie różny, połowiczny, że tak powiem — stojący na pograniczu »między dawnemi a nowemi laty«, uważałbym za bardzo wskazane i pożyteczne. Takich dat dotąd nie mam, a gdybym je i miał, byłyby one mało przekonywujące, bo zbyt szczupłe i zabarwione poglądem zbyt osobistym. Wydaje mi się, że temat, tak żywo zajmujący umysły badaczy za granicą, a nam zresztą tak dobrze znany, nie jest, jak dotąd, u nas tematem żywotnym. I oto odpowiedź, dlaczego temat ten, może nudny i aż nadto dobrze wszystkim Panom znany, pozwoliłem sobie dziś wobec Panów poruszyć.

W sprawie odpowiedzi doc. Dra Leszczyńskiego w Nr. 43. P. Gazety lekarskiej.

Na odpowiedź Doc. Dra Leszczyńskiego, pomieszczoną w »Polskiej Gazecie lekarskiej« Nr. 43 str. 828 oświadczam:

1) Odnoszę wrażenie, iż praca moja o zastosowaniu autohemoterapji u chorych rakowych, jako środka leczniczego, ogłoszona w r. 1912 w Roczniku lekarskim, w Wiener klin. Wochenschrift, w Centralblatt für innere Medizin, a przytoczona później w podręczniku prof. Nitscha nie była znaną autorowi.

2) Faktem jest, iż wprowadziłem na rok przed Ravaut'em autohemoterapję, jako środek leczniczy w medycynie — a więc prawo pierwszeństwa mnie przypada. Wobec ogłoszenia mej pracy w najpoczytniejszych pismach lekarskich polskich i niemieckich wydaje mi się nie zrozumiałem przemilczenie jej przez innych autorów.

3) Mylne jest przypuszczenie Doc. Dra Leszczyńskiego, abym chciał uzyskać efekt podobny do tego, jaki uzyskujemy np. surowicą przy błonicy, zatem działanie swoiste antytoksyczne. W tym względzie odsyłam Doc. Dra Leszczyńskiego do pierwszej części mej pracy: «Z dziedziny badań nad rakiem«, ogłoszonej w Przeglądzie lekarskim z r. 1912 Nr. 1. i Nr. 2, i w Wiener klin. Woch. r. 1912 Nr. 7, w których zajmowałem się własnościami krwi chorych na raka żołądka, a w których prześwieca myśl, iż przy autohemoterapji rozchodzi się o uczynnianie krwinek czerwonych i komórek nowotworowych. Świadczy o tem końcowy ustęp niniejszej pracy:

»Wogóle na podstawie naszych doświadczeń jesteśmy uprawnieni do następujących wniosków:

1) Krwinki czerwone krwi chorych na raka żołądka, pomimo znacznego ogólnego charłactwa ustroju, wodnistości krwi i bardzo małej ilości hemoglobiny, zawierają stale znacznie więcej ciał białkowatych, strącających się odczynnikiem Uffelmanna, niż krwinki czerwone krwi prawidłowej. Okoliczność ta wskazuje, iż krwinki czerwone krwi chorych na raka żołądka odznaczają się niezwykłą zdolnością pochłaniania i przyswajania istot białkowych, krążących w osoczu krwi, a w danym przypadku najprawdopodobniej wydzielin komórek nowotworowych rakowych, które dostają się do ogólnego krążenia. W miarę coraz większego nagromadzenia się wytworów wydzielniczych komórek nowotworowych rakowych we krwi i coraz większego pochłaniania ich przez krwinki czerwone zmienia się coraz bardziej skład krwinek jakościowo i ilościowo, a tem samem wytwarza się coraz większe charłactwo ustroju.

2) Surowica krwi chorych na raka żołądka działa w małych dawkach niszcząco na krwinki czerwone równoimienne i wywołuje hemolizę, podczas gdy w miarę większych dawek działa coraz mniej szkodliwie, wywołując zrazu tylko pojkilocytozę i w bardzo nieznacznym stopniu hemolizę —

a w wielkich dawkach wytwarza nawet obraz drobnowidowy, zbliżony do stosunków prawidłowych.

3) Surowica krwi chorych na raka żołądka działa w małych dawkach niszcząco na nieopłukane krwinki czerwone krwi prawidłowej i wywołuje hemolizę, a w większych dawkach mniej szkodliwie, wywołując pojkilocytozę bez hemolizy. Natomiast opłukane krwinki czerwone krwi prawidłowej wobec wielkiej ilości surowicy krwi chorych na raka żołądka zachowują się zrazu odpornie i dopiero przy zadziałaniu jej w ciepłocie 37° C. przez dłuższy czas ulegają zupełnej hemolizie«.

4) Ustęp: »Natomiast nie znajdujemy tam uwzględnienia anafilaksji, antianafilaksji, desensybilizacji, ergotropizmu, uczynnienia pierwoszczy. A właśnie na tych pojęciach opiera się leczenie koloidami« nie przesądza sprawy i stanowi tylko czczą grę wyrazów — wobec faktu stwierdzonego, iż pierwszy, bo w r. 1912 — poleciłem autohemoterapję, jako zabieg leczniczy w przypadkach raków daleko posuniętych.

Na tem rzecz kończę — i usuwam się od dalszej polemiki, jako sprawy dla mnie bezprzedmiotowej.

Kraków 28. października 1922.

Prym. *Dr. Krokiewicz Antoni.*

Ponieważ doc. dr. Leszczyński oświadczył, że nie ma zamiaru w sprawie powyższej więcej zabierać głosu, przeto, zgodnie z życzeniem obu stron polemizujących, zamykamy dyskusję obustronną. *Redakcja.*

Oceny i sprawozdania.

E. Lambling. **Precis de Biochemie.** 3 wydanie. Paryż, Masson et Cie, (1921). 723 stron. (27 frc.). Książka E. Lambling'a, profesora Uniwersytetu w Lille, wydana w trzeciem gruntownie uzupełnionem i poprawionem wydaniu, zasługuje z wielu względów na uwagę. Przedewszystkiem jako podręcznik fizjologji chemicznej, w którym czytelnik znajdzie obszerny, jasny wykład tej nauki, napisany nader zajmująco w duchu kierunków i poglądów współczesnych. Opis chemiczny poszczególnych ciał ujęty jest bardzo zwięźle: głównem zadaniem książki jest wykład przemian chemicznych w ustroju, a więc przemiany materji pośredniej i ogólnej, z obszernem uwzględnieniem patologji chemicznej. Książka jest opatrzona obszernym spisem nazwisk autorów, przytoczonych w tekście, brak jednak wykazu piśmiennictwa.

Piśmiennictwo uwzględnione jest mniej więcej do r. 1914, a w niektórych rozdziałach do czasów ostatnich; gdzieindziej zagadnienia są ujęte zupełnie współcześnie, ale w wykładzie niejednokrotnie zwraca uwagę to, że autor nie skorzystał z wielu postępów bardzo doniosłych, zwłaszcza z należących do najnowszego piśmiennictwa angielskiego i amerykańskiego. Pozatem autor uwzględnił piśmiennictwo całego świata, w pełnem zrozumieniu faktu, że ignorowanie jakichkolwiek zdobyczy naukowych mści się zawsze tylko na ignorującym. Rys ten zaznaczamy dlatego, że w nowszych podręcznikach i publikacjach francuskich spotykamy się coraz częściej z pełnem zrozumieniem potrzeby widnokręgu szerszego ku wielkiemu pożytkowi dla nauki francuskiej, gdy natomiast u nas zdarzyło się w ostatnich czasach kilkakrotnie, że proponowano otwarcie zacieśnienie widnokręgu, schlebiające może próżności, ale dla rozwoju nauki naszej wprost zabójcze. Książka Francuza Lamblinga może służyć za przykład, jak można sprawiedliwie uwzględnić zasługi obcych, nie przynosząc zupełnie ujmy piśmiennictwu swojskiemu.

J. Parnas. (Lwów).

Jessner S. **Bartflechten und Flechten im Barte.** Dermatol. Vorträge für Praktiker Heft 10. IV. Aufl. Curt Kabitsch. Leipzig 1922. (Cena 80 M. niem. za broszurę in 8° str. 42). Krótkie podręczniki chorób skórnych i wenerycznych, w formie wykładów klinicznych, przeznaczonych przedewszystkiem dla lekarzy praktyków, oddawna cieszą się wielkiem uznaniem, o czem świadczy pokaźna już liczba wydań. W czwartem wydaniu wykładów o figówce brody przedstawia autor przedewszystkiem postacie figówki, wywołane przez grzybek strzygący, opisując dokładnie obraz kliniczny tego cierpienia. Oprócz postaci figówki powierzchownej i głębokiej, omawia trzecią postać zapalenia mieszkowatego *(Folliculitis trichoph.)*, które, zdaniem autora, zasługuje na szczególną uwagę, przy trwaniu obecnej długoletniej już epidemji tej grzybicy. Szczegółowo omawia dane zapobiegawcze, szczególnie potrzebę higjeny u fryzjerów — jak również i leczenie. Przy głębokich postaciach figówki jest zwolennikiem leczenia chirurgicznego, polecając otwieranie, jednak na niewielkiej przestrzeni ropni i głębokich nacieków przy równoczesnem stosowaniu środków przeciwpasorzytniczych. Omawia bliżej konieczność leczenia promieniami Roentgena, jakoteż swoiste leczenie trichophytiną i ciałami białkowatemi. Programem leczenia skutecznego będzie umiejętne zastosowanie wszystkich tych sposobów leczenia. W dalszej części podaje autor opisy zwykłej figówki *(Sycosis vulgaris s. coccogenes)*, kładąc nacisk na leczenie łagodne, niedrażniące, w przeciwieństwie do leczenia figówki, wywołanej grzybkiem strzygącym. W końcu omawia autor inne cierpienia skórne brody, jak łojotok, wypryski, łuszczyce, rumień liszajowaty itd. i opisy obrazów anatomo-patologicznych i klinicznych są treściwe i jasne, opisy wypróbowanych sposobów leczenia podane są zwięźle a wyczerpująco; lekarz, zapoznając się z opisami Jessnera i stosując się do jego wskazówek, potrafi z pewnością opanować i wyleczyć każdą postać figówki. *F. Walter* (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Tygodniki.

Münch. med. Wochenschrift N. 41. 1922.

H. Bechhold **Doświadczalne badania na zwierzętach, dotyczące kolloidoterapji.** B. przeprowadza badania nad wpływem wstrzykiwań ciał z grupy białek i połączeń kolloidowych metali na przebieg doświadczalnie wywołanego zakażenia białych myszy prątkiem *b. suisepticus*, uzyskując wyleczenie sprawy zakaźnej przy stosowaniu tych ciał i to głównie przy użyciu kolloidów »pełnych«, jak i olejku terpentynowego. Wobec tego, że białka użyte przez autora nie wykazywały nigdy własności bakterjobójczych ani nie powstrzymywały rozwoju zakażających drobnoustrojów, tłumaczenie ich działania leczniczego nie może polegać na wpływie ciał wstrzykiwanych na same drobnoustroje, lecz wpływ ich polegać musi na działaniu na sam organizm zakażony. Wykluczyć można działanie ich pośrednie drogą wpływu na fagocytozę i przywabianie fagocytów, bo przeczy temu fakt, że leukocytoza, występująca po wstrzyknięciu, znika już po paru dniach, a uzyskane uodpornienie da się wykazać jeszcze po 15 dniach. B. występuje przeciw temu, jakoby źródłem działania przy t. zw. proteinoterapji, były produkty rozpadu białka, bo właśnie one nie doprowadzają nigdy do takiego wyniku leczniczego, jak kolloidy »pełne«, i przeczy on również pojęciu Weichardta »wzmożenia czynności«, odmawiając objawom jej wszelkiego znaczenia przy zwalczaniu ciężkiego zakażenia.

H. Fischer i F. Reindel: **O hematoidynie.** Autorowie poruszają sprawę, czy poza wątrobą mogą powstać barwiki żółciowe wprost z hemoglobiny, co niedawno znowu podniósł Aschoff. Badali oni głównie krystalograficznie materjał wybroczynowy z dawnych krwotoków mózgowych i z torbieli wątrobowych i stwierdzili identyczność kryształków hematoidyny tam znalezionych z kryształkami bilirubiny. Dalej kryształki hematoidyny, uzyskane ze swoich przypadków zapomocą reakcji miedziowej Fischera, przeprowadzali w bilirubinę, wykazując ją spektroskopowo. Z torbieli wątrobowej przez odpowiednie traktowanie uzyskali również kryształki identyczne z metabilirubiną. Na tych badaniach oparci, stwierdzają autorowie, że hemoglobina przez odpowiedni proces rozpadu może przejść w barwiki żółciowe, a tem samem jest możliwe powstanie żółtaczki bez udziału wątroby, jak to świeżo twierdzi Aschoff i jego uczniowie.

G. Giemsa **Hemoterapja kiły zapomocą połączeń bismutowych.** G. przeprowadza badania nad wpływem leczniczym winianu bismutowego na przebieg i wyleczenie kiły zaszczepionej królikom i wykazuje zupełne wyleczenie kiły doświadczalnej u tych zwierząt, tak przy podskórnem jak i śródżylnem zastosowaniu powyższego preparatu. Badania te dowodzą, że połączenia bismutowe mają wybitne działanie prze-

ciwkiłowe i zasługują na szerokie zastosowanie przy leczeniu kiły. In vitro krętki blade są mało czułe na roztwory bardzo rozcieńczone preparatów bizmutu, a giną dopiero w rozczynach zawierających 0.07% bizmutu Dodaje on, że krętki duru powrotnego i trypanosoma-nagana w doświadczeniu u myszy okazały się zupełnie odporne przeciwko działaniu nawet największych dawek winianu bizmutowego.

H. Schotter **Wysoka miejscowa eozynofilja w wysięku opłucnowym po zapaleniu płuc, leczonem optochiną.** W wysięku opłucnowym, który zjawił się u osobnika po zapaleniu płuc leczonem optochiną w 36 dniu choroby, stwierdzono przy badaniu osadu 80% eozynofilów przy 4% eozynofilów we krwi. Zastanawiając się nad genezą tej tak rzadkiej i niezwykłej miejscowej eozynofilji, twierdzi Sch., że optochina zabiła gwałtownie wielką ilość drobnoustrojów w płucach, a produkty ich rozpadu, zamienione w sposób właściwy przez optochinę, zadziałały tu silnie eozynotropowo i dały powód do powstania eozynofilji miejscowej. *Franke* (Lwów).

Patologja i anatomja patologiczna.

Zieglers Beitrage zur path. Anatomie und zur allg. Pathologie. T. 70. Z. 1.

S. Graff **O utlenianiu wewnątrzkomórkowem i o t. zw. »Nadireakcji«.** Jeżeli się zadziała na świeże włókna mięsne prążkowane bezbarwnym roztworem *a-Naphtolu i Dimethyl-p-phenylendiaminu*, po kilku minutach zaczyna mięsień barwić się na niebiesko. Pod mikroskopem widoczne są we włóknach mięsnych drobne ciemno niebieskie ziarenka. Ten sam odczyn, jak w mięśniach, występuje również w nerkach, w wątrobie, w leukocytach, w komórkach zwojowych, słabo zaś w tkance łącznej i glei. Uderzający jest fakt, że mięsień macicy ciężarnej o wiele silniej się barwi, niż mięsień macicy nieciężarnej. By odczyn podany zrozumieć, musi się znać własności chemiczne użytego odczynnika. *Naphtol-a i Dimethyl-p-phenylendiamin* tworzą in vitro w obecności tlenu przez powolne utlenianie błękit indofenolu. Odczyn zatem silniejszy lub też słabszy zależeć będzie od własności utleniających komórki, zatem od nasilenia śródkomórkowej przemiany materji. W skróceniu nazywa autor odczyn opisany »nadireakcją« i bada przy jego pomocy komórki prawidłowe, jakoteż komórki, na które zadziałały czynniki szkodliwe, n. p. środki nasenne, by się przekonać, czy nie zmieniają one własności utleniających komórek. Badania wykazały, że w obecności kwasu pruskiego i aldehydów odczyn jest słaby, alkohole i uretan nie zmieniają odczynu. Czynnikiem przyśpieszającym proces utleniania w komórce są zaczyny oksydazy. Istota tych zaczynów nie jest jeszcze znana; według Warburga znaczenie katalizatora ma tutaj żelazo. »Nadireacja« pozwala zatem wykazać histologicznie różnice czynnościowe komórek zwierzęcych, roślinnych i bakteryjnych w warunkach prawidłowych i patologicznych, a to na podstawie własności utleniających tych komórek.

H. Groll **O zapaleniu i jego stosunku do narządu nerwowego.** W eksperymentalnej pracy stara się autor rozstrzygnąć pytanie, jaki udział w zapaleniu bierze narząd nerwowy, czy rozszerzenie naczyń w zapaleniu zależy od wpływów nerwowych ośrodkowych, czy obwodowych, czy też niezależne jest od nerwów, a przyczyna tkwi tylko w porażeniu elementów kurczliwych ściany naczyniowej. W tym celu badał autor błonę żaby, wywołując na niej zapalenie przed i po przecięciu nerwu kulszowego, i po przeczekaniu, aż ulegnie zwyrodnieniu jego część obwodowa, t. zn. po usunięciu zupełnym wpływów nerwowych. Badania te wykazały, że odczyn zapalny ma zupełnie ten sam przebieg w jednym i w drugim przypadku, zatem, że przekrwienie zapalne jest przekrwieniem porażennem t. j., że czynniki zapalne działają wprost na obwodowy aparat naczynio-ruchowy nerwowo-mięśniowy. Zapatrywania więc niektórych autorów, jakoby sprawa zapalna korzystniej przebiegała po przecięciu nerwów obwodowych lub miejscowem ich znieczuleniu, nie jest uzasadniona.

E. Kirek **O ksantomatycznych nowotworach oraz ich powstawaniu.** Na podstawie własnego materjału oraz piśmiennictwa dochodzi Kirek do wniosku: Pomiędzy rozmaitemi postaciami ksantomatów (guzów żółtych) są także i takie, które należy zaliczać do nowotworów właściwych. Nie stanowią one jednak odrębnego rodzaju nowotworów, tylko powstają w ten sposób, że w jakimkolwiek nowotworze, często w mięsakach olbrzymiokomórkowych, komórki ulegają przemianie ksantomatycznej t. zn. odkładają się w nich ciała tłuszczowate (lipoidy), zamieniając je w komórki piankowate. Zmiana ta występuje przy ogólnej nieprawidłowej przemianie cholestearyny w organizmie, a sprzyjają jej warunki miejscowe, jak zastój limfy. W ten sposób pochodzenie rozmaitych postaci ksantomatów byłoby jednolite. Sam autor miał sposobność badać dwa takie guzy o budowie torbielowatej, w których komórki ksantomatyczne wypełniały torbiele i pochodziły ze złuszczonych śródbłonków nowotworowo wybujałych i torbielowato rozszerzonych naczyń chłonnych.

N. Paus **O nowotworach mieszanych t. j. o t. zw. potworniakach twarzy.** Sprawa pochodzenia i budowy histologicznej nowotworów mieszanych, t. z. »teratoma«, wychodzących z okolicy twarzy, i to z gruczołów przyusznych, podszczękowych, warg, podniebienia i szczęki, do dziś dnia nie jest jeszcze rozstrzygnięta. Autor miał sposobność badania 76 takich guzów, z których największa część, mianowicie 51, wychodziła z okolicy gruczołu przyusznego. Są to guzy przeważnie o charakterze dobrotliwym, mogą jednak i przechodzić w bujanie złośliwe. Dobrotliwe łatwo dają się wyłuszczać, jednak dość często tworzą nawroty, według zestawień autora w 53% przypadkach, z tego w 24% złośliwie. Z tej statystyki wynika, że nawroty są częste, jak wogóle, według doświadczeń autora, guzy same przechodziłyby częściej w bujanie złośliwe, gdyby ich przedtem nie usuwano. Dlatego powinno się jak najprędzej usuwać sam guz, a także jego nawroty. Histologicznie guzy składają się z podścieliska, które stanowi tkanka łączna, śluzowa, tłuszczowa, kostna i limfatyczna, i z miąższu, którego komórki przypominają raz przybłonki, w innych przypadkach śródbłonki naczyń. Według autora mamy tu do czynienia z przybłonkami płaskiemi lub też gruczołowemi. Guzy powstają z niezróżnicowanych, w rozwoju zatrzymanych komórek z okolicy embrjonalnych łuków skrzelowych.

K. Krause **O miażdżycy tętnic u woła, konia i psa.** W pierwszej części swej obszernej pracy przytacza autor piśmiennictwo, dotyczące miażdżycy tętnic u zwierząt, oraz porównawcze u ludzi i zwierząt. Druga część obejmuje własne badania, naprzód nad prawidłową budową aorty u zwierząt, następnie nad aortą miażdżycowo zmienioną u wołów, koni i psów. Wyniki badań makroskopowych, zestawione u tych 3 gatunków zwierząt, okazują wiele wspólnego. Zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej przywiązane są do pewnego wieku i mają wyraźny charakter starczy. Pierwsze zmiany występują pod postacią zgrubień łącznotkankowych w błonie wewnętrznej tętnicy głównej brzusznej, które jednak nie są zmianami pierwotnemi, tylko stanowią odczyn na zmiany wsteczne starcze w błonie środkowej, we włóknach mięsnych i sprężystych, zmiany te mają zatem charakter odnowy. W zgrubieniach tych przychodzi już wcześnie do nowotworzenia się włókien sprężystych i do odkładania się pomiędzy włókienkami obfitych kuleczek tłuszczu. Kuleczki tłuszczu spotykamy również w zwyrodniałej błonie środkowej, w której następnie odkładają się złogi wapna, szczególnie obficie u woła, następnie u konia. U psa brak wapnienia. Podnieść należy zupełny brak zmian zapalnych, więc proces o charakterze zwyrodnienia i odnowy, następnie brak objawów klinicznych.

W ostatniej części porównuje autor zmiany analogiczne u zwierząt z miażdżycą tętnic u człowieka. U człowieka sprawa miażdżycowa zaczyna się w błonie wewnętrznej i to, według jednych autorów, odkładaniem się mas tłuszczowych, według innych bujaniem tkanki łącznej, w której następowo odkładają się ciała tłuszczowe. U zwierząt sprawa zaczyna się w błonie środkowej i z niej przechodzi na błonę wewnętrzną, zmiany tłuszczowe albo nie pojawiają się, albo są zmianą następczą. Rozpad tłuszczowy i ubytki miażdżycowe, należące do obrazu miażdżycy u ludzi, u zwierząt nigdy nie pojawiają się. Dalsza różnica leży w umiejscowieniu sprawy; o ile

u zwierząt zaczyna się sprawa miażdżycowa w tętnicy głównej brzusznej, i stąd posuwa się ku górze, a w tętnicach obwodowych nie występuje, u człowieka zaczyna się w piersiowej, może mieć charakter ogólny i daje wybitne zmiany kliniczne.

W. Adrian. **Przyczynek do etjologji przerostu gruczołu krokowego.** Najważniejsze 3 teorje, dotyczące przerostu gruczołu krokowego, są następujące.

1) Przerost gruczołu krokowego jest następstwem miażdżycy tętnic narządu moczowego (Guyon, Launois).

2) Przerost powstaje na tle zapalnym, często rzerzączkowem (Ciechanowski, Rotschild).

3) Przerost uważać należy za sprawę nowotworową. (Casper, Tandler, Zuckerkandl).

Na podstawie własnych badań przychodzi A. do wniosku, że przerost gruczołu krokowego jest następstwem zmian miażdżycowych, dotyczących tylko pewnych gałązek naczyń gruczołu krokowego. Prawidłowy gruczoł krokowy posiada dwie warstwy gruczołów, warstwę zewnętrzną i wewnętrzną, leżącą wśród mięśni i otaczającą moczowód. Warstwy te zaopatrywane są przez odrębne gałązki naczyniowe, lepiej warstwa wewnętrzna, której gałązki komunikują z naczyniami pęcherza. Według autora miażdżycy ulegają przedewszystkiem gałązki odżywiające warstwę zewnętrzną, wskutek czego ta ostatnia ulega zanikowi, warstwa zaś wewnętrzna gruczołów w następstwie tego rozrostowi z powodu zaburzeń w równowadze wzrostu. Zmiany zapalne są tylko następstwem zabiegów leczniczych. *H. Schusterówna* (Lwów).

Medycyna sądowa.

Deutsche Zeitschrift f. d. ges. gerichtl. Medizin:
T. I. Z. 2. 1922.

Walz. **Stężenie trupie i jego wartość dla oznaczenia czasu, jaki upłynął od chwili śmierci.** Autor wspomina o warunkach, jakie mogą przedłużać znacznie stężenie pośmiertne a tem samem być powodem w pewnych przypadkach nieodpowiedniego oceniania czasu, jaki upłynął od chwili śmierci. W. przytacza bardzo ciekawy przypadek z własnej praktyki, w którym stwierdził przy exhumacji zwłok, jeszcze w 9 tygodniu po śmierci, wyraźne stężenie pośmiertne w kończynach dolnych, mimo dość daleko posuniętego rozkładu zwłok.

Gruber. **Rany postrzałowe serca bez naruszenia ciągłości worka osierdziowego.** Autor przypomina, że rany postrzałowe serca bez uszkodzenia ciągłości worka osierdziowego są nader rzadkie. G. skreśla dwa przypadki postrzału serca bez naruszenia ciągłości worka osierdziowego, które miał sposobność sekcjonować. W pierwszym przypadku rana była nad komorą lewą i miała 3 mm głębokości. Worek osierdziowy, w miejscu odpowiadającem ranie serca, wykazywał tylko płaskie podbiegnięcie krwawe. W drugim przypadku obraz anatomiczny był podobny. Autor sądzi, że podobne postrzały serca zawdzięczają powstanie słabej sile propulzywnej pocisku i sprężystości worka osierdziowego, który może pocisk podchwycić. Nie bez znaczenia w podobnych przypadkach ma być to, czy pocisk trafia serce w chwili skurczu, czy też rozkurczu, jak również zachowanie się płuc w chwili zranienia.

T. I. Z. 4. 1922.

Lipich. **Spalanie zwłok a wykazanie ciał trujących. Wyjałowienie zwłok, które mają być poddane badaniu chemicznemu.** W przypadkach, w których zwłoki mają być poddane spaleniu a zachodzi podejrzenie o otrucie, najlepiej jest przechować odpowiednie części narządów, które zwykle badaniu podlegają, i zachować je w stanie wyjałowionym. 1—3 godz. ogrzewanie w odpowiednich słojach do ciepłoty 90—100 C, zachowuje bardzo dobrze materjał a przytem nie niszczy ciał trujących tak pochodzenia organicznego, jak i nieorganicznego. Fosfor, alkohol etylowy i metylowy, anilina, veronal, w podobny sposób przechowane, dają się jeszcze wykryć z łatwością po 2 latach. Również morfina i atropina zachowują w materjale wyjałowionym długi czas swe własności chemiczne i fizjologiczne. Kokaina, formalina, chloralhydrat i chloroform znoszą wyjaławianie gorzej i trudniej dają się następnie wykryć. Autor proponuje, by już dziś przesyłano części zwłok do badania chemicznego zachowane zapomocą wyjaławienia, gdyż ta metoda przewyższa wszystkie inne sposoby a zwłaszcza dodawanie środków przeciwgnilnych.

T. I. Z. 5 1922.

Peine. **Zbrodnicze skłonności u osobników neuropatycznych.** Uczucie pewnej słabości w stosunku do wymagań życiowych, uczucie zmniejszonej wartościowości w kierunku fizycznym, czy też intelektualnem, jakie spotyka się u ludzi neuropatycznych, prowadzi często do kompenzacji lub hyperkompenzacji, które znów ze swej strony wyładowują się w niewłaściwym kierunku i w niewłaściwy sposób. U neuropatów, starających się skompenzować swoje poczucie mniejszej wartościowości, występują często czyny prowadzące do przestępstwa. Chęć wykazania swej siły celem wyrównania uczucia niemocy prowadzi nieraz do uszkodzeń cielesnych, uszkodzeń cudzej własności, obrazy słownej i t. d. Znane są również przypadki, w których występowały nawet objawy sadyzmu, mające swe źródło nie w zboczeniu płciowem a w chęci skompenzowania podmiotowego uczucia niemocy płciowej. Osobniki neuropatyczne mogą wykonać również jakiś czyn karygodny, by się uwolnić od nieprzyjemnego uczucia winy urojonej. Wedle autora cały szereg neuropatów odznacza się t. zw. »negatywizmem«, który, związując wolę neuropatów ciągłem poczuciem słabości, niedozwala im na wykonanie zamierzonego czynu. Negatywizm neuropatów może również prowadzić do kompenzacji i hyperkompenzacji a w następstwie i do czynów przestępczych.

T. I. Z. 7 1922.

J. Kenneweg. **Zmiany w nerkach przy zatruciu gazem świetlnym.** Śledziona i nerki są temi narządami ustroju, które przy zatruciu gazem świetlnym były dotychczas stosunkowo mało badane. Autor miał sposobność przeprowadzić swoje badania na dość obfitym materjale, a badania te dały następujące wyniki: przy ostrych zatruciach gazem świetlnym występują w nerce głównie zmiany w kłębuszkach i to w postaci zwyrodnienia émego. Zwyrodnienie powstaje albo wskutek odciągnięcia tlenu od tkanki lub też dzięki bezpośredniemu zadziałaniu tlenku węgla na kłębuszki nerek. Zatrucie tlenkiem węgla, tak ostre jak i podostre, nie wywołuje zresztą żadnych znaczniejszych zmian w nerce, z wyjątkiem tych przypadków, w których wskutek następowych powikłań wystąpią schorzenia, mogące już same przez się wywoływać zmiany w nerkach.

Fischer. **Zatrucia połączeniami fluoru.** Zatrucia połączeniami fluoru są bardzo rzadkie. Sekcyjnie zatrucia połączeniami fluoru wykazują wyraźne zmiany na błonach śluzowych przewodu pokarmowego i tem się różnią od obrazu anatomicznego przy zatruciu arsenem, że wykazują znaczniejszą domieszkę krwi aniżeli arsen. Wobec tego, że w ostatnich czasach zaczęto używać połączeń fluoru przy tępieniu szczurów, autor zwraca uwagę na możliwość obecnie częstszego wystąpienia podobnych zatruć.

T. I. Z. 9. 1922.

Wolff. **O działaniu soli barowych na organizm ludzki.** Zatrucia solami barowemi są nader rzadkie; autor miał sposobność sekcjonować 3 przypadki zatrucia solami barowemi. We wszystkich tych trzech przypadkach stwierdził znaczne przekrwienie błony śluzowej przewodu pokarmowego i w ogóle obraz anatomiczny, jaki można stwierdzić również i przy zatruciu arsenem, fluorem, bromem itd. Dawka śmiertelna soli barowych waha się od 0,2—4 gr. Klinicznie występują przedewszystkiem objawy związane z porażeniem mięśni gładkich i układu nerwowego. Biegunka, wymioty, zaburzenia w narządzie krążenia, a przedewszystkiem porażenie mające najczęściej typ wstępujący.

Fujiwara-Kyoytsuro. **Białko ścięte, jako praecipitynogen.** Celem uzyskania wysokowartościowej surowicy używał F. białka ściętego. Surowicę świeżej krwi ludzkiej rozcieńczał dziesięciokrotnie wodą przekroploną, dodawał $^1/_5$ część nasyconego roztworu soli kuchennej i kilka kropel kwasu octowego, po zagotowaniu zbierał na sączku strąt i wysuszał. Następnie w ten sposób przygotowany materjał przechowy-

wał w toluolu. W razie potrzeby rozciera autor 0,02 gr tak przechowanego białka z 2 cm fizjologicznego roztworu i wstrzykuje śródżylnie królikowi. Po kilku takich wstrzykiwaniach w odpowiednich odstępach czasu uzyskuje się surowicę której miano waha się od 1 : 20.000 do 1 : 50.000. Metoda ta zużywa bardzo mało antigenu i antigen można dowolnie długo przechować.

Neureiter. **Zatrucie fizostygminą.** Autor omawia przypadek zatrucia fizostygminą, który miał sposobność sekcjonować. Sekcja wykazała bardzo znaczny obrzęk mózgu, silne przekrwienie płuc i rozszerzenie komór sercowych. Badanie chemiczne na obecność fizostygminy wykazało fizostygminę we wszystkich narządach. W moczu fizostyg. nie stwierdzono, co tłumaczy autor tem, że w przypadku powyższym została wprowadzoną do organizmu tak znaczna ilość fizostygminy, że poraziła ona układ nerwowy prędzej, aniżeli mogła się ona wydzielić z moczem do pęcherza. *Siengalewicz* (Lwów).

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Nowiny lekarskie N. 11: S. Borowiecki: Spostrzeżenia i uwagi w sprawie choroby Alzheimer'a i ograniczonego starczego zaniku mózgu Picka. — T. Łapiński: Badania doświadczalne nad powstawaniem złudzeń. — K. Zieliński: Kilka uwag z powodu przypadku martwicy wyrostka robaczkowego, samoistnie wydalonego przez kiszkę stolcową. — B. Kowalski: O zapaleniu przydatków (dokończenie). — K. Nowakowski: Błędy w leczeniu złamań kości promieniowej. — Z. Dziembowski: O chorobie Hirschsprunga.

Zdrowie N. 10: W. Gawłowski: Domy ludowe i ich znaczenie pod względem higjeniczno-społecznym. — Szcz. Mikołajski: Stan obecny walki z alkoholizmem.

Przegląd Epidemjologiczny T. II. zesz. 2: L. Hirszfeld i J. Seydel: O własnościach zlepnych szczepów durowych, rzekomodurowych i szczepów odmieńca. — H. Sparrow: Badania doświadczalne nad durem plamistym. — Z. Szymanowski i L. Szereszewski: Przyczynek do zmienności bakteryj czerwonkowych. — W. Filiński: W sprawie ziarnistych i odłamkowych postaci laseczników gruźliczych i w sprawie sposobu ich barwienia. — M. Landsberg: Opadanie krwinek a crise hémoclasique. — E. Helmanowa: Wpływ pochodnych arsenobenzolu na krzepliwość krwi. — L. Kopciowska: O odczynach Widala i Weila-Felixa w durze powrotnym. — S. Sierakowski: O uodpornianiu drogą pokarmową.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Akademja nauk lekarskich w Warszawie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 5. listopada 1922.

St. K. Pieńkowski. **Zaburzenia psychiczne przy nagminnem śpiączkowem zapaleniu mózgu** (*encephalitis epidemica lethargica*). Badania P. obejmują około 200 przypadków z kliniki neurologiczno-psychjatrycznej krakowskiego Uniwersytetu (dyrektor prof. Piltz) i prywatnej praktyki. Według tych badań zaburzenia psychiczne w śpiączce nagminnej są objawem stałym i pojawiają się we wszystkich jej okresach. W okresach ostrych nadają charakter obrazom klinicznym głównie dwa stany: »bredzenie« (delirium) i »otrętwienie« (stupor). W dalszych okresach bredzenie ma skłonność do znikania, otrętwienie do wzmagania się. »Letarg« okresu ostrego jest pojęciem zbiorowem, złożonem z 1) właściwej senności, jako objawu fizycznego, zależnego od zaburzeń toksyczno-zakaźnych, 2) przymroczenia świadomości, jako składnika bredzenia, 3) właściwego otrętwienia; w dalszych okresach znikają z obrazu »letargu« dwa pierwsze składniki, a pozostaje otrętwienie właściwe. W przewlekłych czy następowych okresach śpiączki nagminnej spotyka się stałe zaburzenia psychiczne, prawie zawsze w postaci zmian charakteru, o różnym tylko stopniu. Znamiennemi cechami zaburzeń psychicznych w śpiączce nagminnej są: silne zaznaczanie się otrętwienia, fazowy przebieg zaburzeń, zejście w zmiany charakteru. Najczęstsze stany nerwowe następowe śpiączki nagminnej, zwane parkinsonizmem, charakteryzują się rozkojarzeniem (dissociatio) w zakresie układu wegetatywnego i ruchów wyrazowych, a stany psychiczne rozkojarzeniem w zakresie afektów i popędów z jednej, a intelektu z drugiej strony. Zaburzenia psychiczne w późnych okresach śpiączki nagminnej mają wiele podobieństwa do objawów przy wszelkich innych chorobach nerwowych, znamionujących się przypadami o typie pozapiramidowym.

Messing. **O rozszczepieniu odruchów przedsionkowo-gałkoruchowych.** Z badań wykonanych w klinice neurologicznej uniw. warszawskiego (dyr. prof. Orzechowski) doszedł M. do wniosku, że badanie zachowania się zbaczania gałek ocznych przy próbach przedsionkowych może w pewnych przypadkach ułatwić wniknięcie w szczegóły porażeń rozszczepionych powolnej składowej drżenia oczu (nystagmus), z czem mogłyby pozostawać w związku wtórne nietypowości drżenia oczu (szybkiej składowej). Nadto próba ta pozwala często rozróżnić porażenie nerwów gałkoruchowych jądrowe lub obwodowe od skojarzonych i dlatego należy stosować ją systematycznie. W innych przypadkach można też rozstrzygnąć, że drżenie oczu jest tylko porażnego pochodzenia.

Szczepański i Węgiełko. **O liczbie jodowej w moczu.** (Z I. Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. warszawskiego, dyr. prof. Gluziński). Wszystkie bez wyjątku mocze mają własność chłonięcia jodu. Liczba jodowa jest inna w moczach świeżo oddanych, a inna w moczach, pozostających czas pewien w naczyniu. Pozostaje ona zwykle w prostym stosunku do ciężaru właściwego moczu. Jod chłonie w moczu rozmaite związki, bliżej dotąd nieznane; prawdopodobnie są to barwiki moczu i kwasy oksyproteinowe. Określanie liczby jodowej w moczu niema, jak dotąd, praktycznego zastosowania w klinice.

Jarkowski. **W sprawie rozpoznawania i lokalizacji nowotworów uciskających rdzeń kręgowy.** Według badań w klinice Babińskiego ma w ogólnem rozpoznawaniu nowotworów uciskających rdzeń nader ważne znaczenie znajomość typu porażenia poprzecznego, wyodrębnionego przez Babińskiego (paraplégie en flexion) oraz zmienność niektórych zaburzeń (zmienność natężenia ruchów obronnych, zniesczulenie »niestałe«, w pewnym stopniu niestałość objawów porażnych), dalej powolny rozwój cierpienia, początkowe bole korzonkowe jednostronne, wykluczenie innych spraw (ujemny wynik radiografji i odczynu Wassermanna), uwzględnienie wzajemnego stosunku granicy zaburzeń czucia i granicy odruchów obronnych.

Łuckie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 29. września 1922 r.

Przewodniczy: Kol. Fr. Miłaszewski; obecnych 14.

1. Kol. Wojnicz powtórnie przedstawił chorą z poprzedniego posiedzenia, u której po operacji zapalenia ropnego przymacicza **wypadła trąbka maciczna.** Obecnie blizna wązka i mocna, przy kaszlu nie wypina się i przy badaniu dwuręcznem stwierdzono, że trąbka maciczna odeszła na miejsce.

2. Kol. Miłaszewski zawiadamia o **projekcie otwarcia w Łucku ambulatorjum Czerw. Krzyża,** następnie odczytuje pismo Związku Ofic. Rez. w sprawie udzielania pomocy lekarskiej po zniżonej cenie. Zgromadzenie postanowiło, żeby wszyscy lekarze Łuckiego Towarzystwa leczyli członków Zw. Of. Rez. i ich rodziny o 50% niżej od zwykłej opłaty.

3. Kol. Bejlin poruszył sprawę **podatku od dochodu z praktyki lekarskiej,** uważając wyznaczony podatek za wygórowany. Uchwalono wysłać przedstawicieli do komisji podatkowej: kol. Bejlina i Rafałowskiego.

4. Kol. Jasiński odczytał orzeczenie Komisji, składającej się z kol. Jasińskiego (prezes), Kubaszewskiego i Gąski (członkowie), w sprawie zarzutów natury etycznej, czynionych przez kol. Bejlina kol. Rafałowskiemu. Kol. Rafałowski niezadowolony z orzeczenia, zażądał sądu koleżeńskiego. W skład sądu weszli kol. Ziembiński (przewodniczący), Radwański i Jasiński (członkowie). *A. Wojnicz*, sekretarz.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 3. października 1922. r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

1. Kol. K. Zieliński przedstawił chorego z **nowotworem śródpiersia.** Nowotwór dotyczy S. J., kontrolera tramwajowego, lat 65, do niedawna zupełnie zdrowego, z sinicą i obrzękiem górnej połowy ciała jedynie i głównie klatki piersiowej, oraz z silnem rozszerzeniem systemu żylnego podskórnego na plecach i piersiach, w postaci licznych mniej lub więcej widocznych ponad skórę występujących rozgałęzień żylnych. Objawy powyższe rozwinęły się w ciągu 7-miu tygodni. Z początku obrzęk był wybitniejszy po stronie prawej na szyi, nad i pod obojczykiem, jak również na powiekach górnych, później rozszerzył się na całą górną połowę ciała wraz z kończynami górnemi. Chory nie gorączkował, nie kaszlał, w moczu cukru ani białka nie znaleziono, we krwi znaleziono zaledwie 1% eozynofilów. Próba Wassermanna dała wynik ujemny. Na rentgenogramie widać zaciemnienie w okolicy szczytu prawego płuca pod obojczykiem i pod górną częścią mostka, oraz nieznaczne równomierne rozszerzenie łuku tętnicy głównej. Obecnie chory nie skarży się na nic, przedtem doświadczał nieco bólu w piersiach i w kończynie górnej prawej. Pokarmy przełyka dobrze, ze strony płuc objawów chorobowych nie ma, u wierzchołka serca stwierdzić można lekki szmer skurczowy. W krtani zaczerwienienie zastoinowe błony śluzowej równomierne, nagłośnia ku tyłowi nieco przechylona i mało ruchoma. Gruczoły chłonne pod pachą z obu stron nieco powiększone. Zieliński rozpoznaje szybko rosnący nowotwór, uciskający na górną żyłę główną w górnej części śródpiersia; wyklucza zaś zakrzep żylny, sprawy zapalne w gruczołach, jak również i gruźlicę ze względu na brak zupełny objawów gorączkowych.

W dyskusji Starkiewicz Wł. przypomina, że przed wojną opisał kilka takich przypadków, gdzie był ucisk na żyłę główną

W danym przypadku obok nowotworu bierze pod uwagę możliwość rozszerzenia tętnicy głównej, obecność gruczołów śródpiersia. Prof. Sokołowski zaznacza, że widział wiele przypadków nowotworów płuc. Przedstawiony przypadek odbiega od typu widzianych nowotworów. Całokształt przemawia przeciw tętniakowi tętnicy głównej, wychudzenie ogólne więcej przemawia za nowotworem. Landau przypuszcza możliwość zapalenia ściany wewnętrznej żył i utworzenia się zakrzepu.

2. A. Landau wygłosił rzecz pt. **O mniej znanych i nieznanych objawach duru brzusznego** (ukaże się w druku w Polskiej Gazecie Lekarskiej).

W dyskusji Karwacki L. podkreśla, że odczyn skórny występuje w durze brzusznym dopiero w okresie zdrowienia, a zatem nie może mieć znaczenia rozpoznawczego. Stężone jady, o których wspominał prelegent, zacierają swoistość odczynu. Zajęcie szpiku kostnego spotyka się w najróżnorodniejszych posocznicach. Bolesność przy opukiwaniu goleni Karwacki stwierdzał w grypie. Objaw bolesności goleni, jeżeli nie uwzględnia całości obrazu, sam przez się rozpoznawczego znaczenia nie ma. Starkiewicz Wł. uważa, że wrażliwość kości może zależeć od zmian w kościach, jakie spotykano w ostatnich latach i stanowi, być może, właściwość danej epidemji. Z innych objawów klinicznych, o których mowca nie mówił, Starkiewicz wspomina o powiększeniu wątroby i przesunięciu górnej granicy wątroby ku górze po l. łopatkowej (objaw Lesieur'a).

Sterling widywał bolesność piszczelową, jako pospolite zjawisko w krwawej biegunce. Z tego względu bolesność ta znaczenia rozpoznawczego mieć nie może. Nadczułość skóry jest objawem raczej rzadkim, niż częstym, dlatego też przy rozpoznawaniu nie może być brana pod uwagę. Były robione również proby z wyciągami z prątków durowych, wyskokowe i acetonowe, ale bez wartości pod względem rozpoznawczym.

Prof. Gluziński podnosi na pierwszy plan objawy, na które nie zwracano uwagi, a mianowicie objawy oczne. O swoistości objawów kostnych nie można mówić, gdyż między innemi cierpieniami spotykają się one w pięciodniówce. W durze brzusznym dochodzi do znacznych zmian w szpiku kostnym. W 2 przypadkach spostrzeganych przez prof. G. doszło do operacji, ropienia nie znaleziono, wyhodowano ze szpiku kostnego prątki Eberta. Nadczułości skóry prof. G. nie przypisywałby dużej wagi, ze względu na ogólną wrażliwość chorych. W odpowiedzi Landau wyjaśnia, że objaw piszczelowy uzupełnia pewną lukę kliniczną. Występuje on nie tylko w durze, ale charakter bolesności piszczeli jest odmienny, niż w innych cierpieniach. W durze brzusznym musimy opukiwać bardzo delikatnie, aby wywołać ból; w innych cierpieniach bóle są w całych piszczelach. Nadczułości skóry L. nie może lekceważyć, gdyż spotykał ją w pewnym odsetku ciężkich postaci duru brzusznego.

3. J. Held (jako gość), wygłosił rzecz pt. »**O wpływie proteinoterapji na hematologję i przebieg duru brzusznego**« (ukaże się w druku w P. G. L.).

Prof. Gluziński spostrzegał leukopenję w 2 tygodniu duru brzusznego. Ze stopnia leukopenji nie można wnioskować o rokowaniu. W okresie zdrowienia leukopenja trwa przez długi czas, którego nie udało się określić, gdyż chorzy, wypisawszy się z kliniki, nie zgłaszali się do badania. Proteinoterapja — nowa nazwa starego dawno stosowanego leczenia. Dr. Jeż ogłosił leczenie wyciągami wątroby, śledziony. Landau stwierdza, że pod wpływem proteinoterapji zmienia się formuła hematologiczna. Rodzaj białka wziętego do zastrzykiwania ma swoje znaczenie, jak wykazały badania mowcy z surowicą końską i z mlekiem. L. podczas spostrzeganej epidemji duru brzusznego znajdował leukopenję już w pierwszych dniach choroby, około 4—5 tysięcy białych ciałek w 1 mm³. L. zgadza się, że leukopenja nie daje wskazówek co do rokowania, jednak spotykał ją w ciężkich przypadkach zatrucia bakteryjnego. Karwacki uważa, że trudno wyjaśnić, w jakim stosunku stoi leukopenja do krwotoku kiszkowego, do pęknięcia jelita, jak również trudno jest zrozumieć związek pomiędzy odczynem skórnym a pęknięciem jelita na miejscu owrzodzenia. Kopytowski zastrzykiwał mleko w chorobach skórnych i nie widział dodatnich wyników. K. stwierdził, że zastrzykiwanie serwatki wywołuje taki sam odczyn organizmu, jak i zastrzyknięcie mleka. Landsberg (gość), wyjaśnia, że leukocytoza po zastrzyknięciu mleka nie mowi o działaniu szpiku kostnego, ponieważ może zależeć od rozmieszczenia białych ciałek w organizmie. Badania wykazały, że we wstrząsie posurowiczym lekkim w naczyniach włosowatych skóry spotyka się leukopenję, w naczyniach zaś narządów wewnętrznych leukocytozę.

W odpowiedzi Held przytacza badania, które wykazały, że we krwi występowały nawet po zastrzyknięciu mleka myelocyty, co przemawia za wzmożoną czynnością szpiku kostnego.

Posiedzenie ogólne w dniu 17 października 1922 r.

Przewodniczy Prof. A. Gluziński.

I. Kiełkiewicz przedstawia a) dwóch chorych **operowanych, jeden z powodu bolesnego zapalenia nerek; drugi z powodu krwotocznego zapalenia nerek**. Oba przypadki pod względem anatomo-patologicznym niczem się nie różnią, natomiast klinicznie dają zupełnie inne objawy. Pierwszy przypadek dotyczy chorego lat 28, który przed 14 laty miewał napady bólów w okolicy lędźwiowej prawej, od bólów nie był nigdy wolny. W dzieciństwie nie chorował, kiły nie przechodził. W narządach wewnętrznych zmian klinicznych nie stwierdzono, pewna wrażliwość przy głębokiem obmacywaniu okolicy prawej nerki. Pojemność pęcherza normalna. Drogi nasienne normalne. Badanie promieniami Roentgena nerki prawej dało wynik ujemny. Czynność nerki prawej upośledzona (*chromocystoscopia*). Badanie moczu, zebranego oddzielnie z każdej nerki, stwierdza upośledzenie czynności nerki prawej. Dnia 13. IX. r. b. wykonano lumbotomję. Dostęp do nerki trudny — cała nerka w zrostach, z trudem uwolniono oba bieguny. Miedniczka i moczowód normalne. Usunięto torebkę właściwą nerki (decapsulatio) i wycięto kawałek nerki do badania anatomopatologicznego. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Bóle ustały. Chory szybko powrócił do zupełnego zdrowia. Badanie anatomopatologiczne, wykonane przez kol. Dąbrowską, stwierdziło: ogniskowe śródmiąższowe zapalenie nerek.

Drugi przypadek dotyczy chorego lat 55, który w ciągu 3 miesięcy krwawił z pęcherza — krwiomocz całkowity. Poza tem żadnych innych dolegliwości nie miał. Przed tem nigdy nie chorował. W narządach wewnętrznych żadnych zmian klinicznych nie stwierdzono. Za pomocą cystoskopji stwierdzono krwawienie z nerki lewej. Badanie roentgenowskie dało wynik ujemny. W moczu prócz krwi żadnych chorobowych składników nie stwierdzono. Czynność nerki lewej upośledzona (chromocystoscopia). Po wyłączeniu kamicy, gruźlicy i nowotworu ustalono rozpoznanie: zapalenie nerki krwotoczne. W celach leczniczych przystąpiono 9. IX. r. b. do operacji (nephrotomia). Dostęp do nerki łatwy. Nerka na powierzchni normalna. Do nerki założono sączek. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. Krwawienie ustało na 3-ci dzień. Chory szybko powrócił do zupełnego zdrowia. Badanie anatomopatologiczne wykonane przez kol. Paszkiewicza stwierdziło: ogniskowe śródmiąższowe zapalenie nerek. Zapalenie nerek bolesne, jak również zapalenie nerek krwotoczne, zaliczyć należy do cierpień rzadko spotykanych i zazwyczaj nierozpoznawanych. Do rozpoznania dochodzi się drogą wyłączania. Charakterystyczną cechą obu cierpień jest jednostronność. Jedynym objawem w pierwszem cierpieniu jest ból, w drugiem — krew w moczu.

2) Kiełkiewicz przedstawia chorego, u którego rozpoznaje **lymphangioma diffusum**. Od kilku lat co jakiś czas na skórze moszny ukazują się u chorego pęcherzyki. Pęcherzyki te pękają i wtedy jak gdyby z małych przetok wydziela się w ogromnej ilości mleczny płyn (2—3 litry na dobę). Ostatnio stan taki trwa już 5 tygodni. Płyn ten zawiera niewielką ilość ciałek ropnych. Skóra na prąciu i mosznie obrzęknięta, podobna do słoniowatej.

Prof. Kryński zauważył, że mówca nie wspomniał nic o czynności nerek po operacji. W przypadku zapalenia nerek bolesnego prof. K. uzupełnia rozpoznanie przez dodanie, że zrosty w okolicy nerki przemawiały za przynerkowem zapaleniu włóknistem. Prof. K. zgadza się, że w śródmiąższowem zapaleniu nerek operacja może wpłynąć na krwioobieg w nerce. Prof. Gluziński przypomina, że Israel przedstawił podobne przypadki jako skazę krwotoczną nerek. Badania drobnowidowe wykryły sprawę zapalną śródmiąższową nerek. Stałe bóle u chorego świadczą o tem, że chory ten przechodził sprawę zapalną pozanerkową.

Co się tyczy ostatniego przedstawionego przez Kiełkiewicza przypadku, prof. Kryński na podstawie już dawniej opracowanego materjału, tyczącego się nowotworów podobnych do przedstawionego, rozpoznaje rozlanego naczyniaka chłonnego worka mosznowego.

3) A. Landau przedstawił 2 chorych: jednego z **niedomykalnością zastawek półksiężycowych tętnicy głównej pochodzenia kiłowego**. Drugi przypadek dotyczył chorego, u którego wykryto znaczny wzrost tkanki łącznej na tle przymiotu. Prof. Gluziński podkreśla, że przedstawione przypadki są potwierdzeniem przypadków omówionych w kwietniu r. b.

4) Gawiński z kliniki prof. Gluzińskiego, przedstawił chorą z wybitnemi objawami **nowotworu części wpustowej żołądka**. Na podstawie szczegółowego badania G. rozpoznał zmiany kiłowe w żołądku i po zastosowaniu leczenia przeciwkiłowego osiągnął znaczną poprawę, którą można stwierdzić na obrazach roentgenowskich.

Landau A. uważa, że różniczkowanie pomiędzy nowotworem a kiłą żołądka w braku kwasu solnego i pepsyny jest utrudnione wobec niedostatecznych danych anatomo-patologicznych.

W odpowiedzi Gawiński daje wyjaśnienia, że u chorych z kiłą żołądka sekcyjnie stwierdzano stosunki normalne co do kwasu solnego i pepsyny. Rozpoznać kiłę żołądka można jedynie na podstawie całego zespołu objawów kiły ze strony innych narządów.

5) Landau A. wygłosił rzecz p. t. »**Parę uwag o przebiegu duru powrotnego, leczonego w zimie 1921—1922 roku za pomocą neosalvarsanu i soli bizmutowych.** (Ukaże się w druku w P. G. L.).

Witosław Dąbrowski uważa, że spostrzeżenia przedstawione przez mówcę mają dużą doniosłość i mogą wywrzeć wpływ na postępowanie w leczeniu podczas zbliżającej się zimy. Do niedawna mieliśmy spostrzeżenia Edwarda Zielińskiego lub też rosyjskich autorów. Podane przez tych autorów wyniki były bardzo dodatnie. Osobiste spostrzeżenia Dąbrowskiego są zgodne z podanemi przez mówcę. Nie zawsze otrzymuje się efekt bakterjobójczy po zastrzyknięciu neosalvarsanu, niekiedy następował II i III atak gorączki W neosalvarsanie posiadamy środek, który daje dobre wyniki, ale musi być stosowany z pewną ogłędnością. Jako przeciwwskazanie należy uważać niezadowalniający układ naczynioruchowy. Propaganda za stosowaniem soli bismutowych bardzo się rozpowszechnia, wobec tego przestroga, jaką dał mówca, jest wielkiej wagi. Podczas ostatniej epidemji spostrzegano mieszane zakażenia, np. przypadek duru powrotnego z durem osutkowym. W jednym przypadku stwierdzono dur powrotny i dur osutkowy, przewlekły przebieg cierpienia nasunął podejrzenie duru brzusznego, co też potwierdziła próba zlepna. Ostatnia epidemja wikłała się zaburzeniami żołądkowemi.

Osiński uważa dur powrotny za chorobę lekką, dającą 3% śmiertelności, ale trwającą długo. Skrócenie czasu trwania choroby jest ważne, szczególniej podczas epidemji, gdyż w ten sposób uwalniamy znaczną liczbę łóżek. Stosowanie zbyt dużej dawki neosalvarsanu może dać powikłania. Zajęcie nerek, zmiany w naczyniach lub w mięśniu sercowym są przeciwwskazaniami. Osiński przypomina, że Karwacki stosował hydrargol i otrzymywał wyniki zachęcające.

Kuligowski w 3 przypadkach krwotocznego zapalenia nerek po zastrzyknięciu neosalvarsanu widział zejście śmiertelne w 3 godziny po zastrzyknięciu.

Prof. Gluziński podczas najazdu bolszewików widywał mieszane zakażenia. Zawsze w podobnych przypadkach jedno zakażenie hamowało drugie, tak n. p. dur powrotny powstrzymywał wystąpienie duru brzusznego, lub też przebiegał dur brzuszny, a później rozpoczynał się dur powrotny. W innych przypadkach kończył się dur powrotny, a występowała zimnica.

K. Zieliński przestrzega przed stosowaniem neosalvarsanu u małych dzieci, ponieważ nie było ani jednego wypadku śmierci. Dur powrotny u dzieci przebiega bardzo lekko. W odpowiedzi Landau zwraca uwagę, że w 6 przypadkach nie zastrzykiwał neosalvarsanu, gdyż nie znalazł krętków, w 6 zaś ze względu na stan układu naczynioruchowego. Zapalenie nerek krwotoczne jest przeciwwskazaniem, lekki białkomocz nie stanowi przeszkody w leczeniu neosalvarsanem.

Posiedzenie kliniczne w dniu 31 października 1922 r.

Przewodniczy prof. A. Gluziński.

1. Z. Grudziński przedstawił rentgenogram **samoistnego złamania kości stopy** na tle wiądu rdzenia, jako jeden z najwcześniejszych objawów tego cierpienia.

W dyskusji Landau A. zwraca uwagę, że odwapnienie kości ze złamaniami są charakterystyczne dla wiądu rdzenia, ale można je spotkać i u chorych z kiłą narządów wewnętrznych, u których niema wiądu rdzenia.

Prof. Gluziński jest tego zdania, że w przypadku, przedstawionym przez mówcę, nie zwrócono uwagi na te cechy, które kierują rozpoznaniem i dlatego nie rozpoznano wiądu rdzenia przed zdjęciem rentgenowskiem. Szczegółowsze badanie jednak stwierdziło wiąd rdzenia.

2. Landsberg wygłosił rzecz p. t. **»Badania nad** ***crise hémoclasique*****«.**

Zespół Widala, t. zw. »*crise hemoclasique*«, polegający na 1) leukopenji i stosunkowej limfocytozie, 2) spadku ciśnienia krwi, 3) spadku wskaźnika refraktometrycznego i 4) wzmożeniu krzepliwości krwi, świadczy, zdaniem Widala, o zaburzeniu równowagi koloidów ustroju, spowodowanej przez obecność obcego białka w sokach ustroju. Takie zaburzenie koloidów, »koloidoklazja«, jest przyczyną wstrząsów, zaliczanych do rzędu anafilaktycznych, czego wyrazem jest właśnie owa »crise«. W cierpieniach wątroby, kiedy to ustrój jest pozbawiony »proteopeptycznej« czynności tego narządu, białko pokarmowe przedostaje się do tkanek w postaci niezasymilowanej i, jako białko obce, powoduje wstrząs hemoklastyczny. Dlatego też występowanie leukopenji po spożyciu 300 cm³ mleka może być uważane za przejaw niedomogi wątroby.

Wartość praktyczną próby Widala zmniejszają fakty następujące: nie występuje ona w nieznacznych zboczeniach czynności wątroby, jak również i w bardzo rozległych jej schorzeniach; zjawia się natomiast często przy zupełnie normalnej wątrobie. Co się zaś tyczy teorji wstrząsu hemoklastycznego, według Widala, mamy tu do czynienia z wpływem obcego białka na koloidy ustroju, z odczynem, którego największe natężenie spostrzegamy we wstrząsie anafilaktycznym. Badania rozmaitych autorów oraz własne spostrzeżenia wykazują, że wstrząs hemoklastyczny można wywołać i przez podanie pokarmów niebiałkowych przez usta, jak wody i cukru, a więc odpada wyłącznie białkowe pochodzenie »crise«. Co się tyczy zmian koloidów w przebiegu »crise«, to w zespole Widala nie znajdujemy na to żadnych dowodów. Badania własne nad zmianami w opadaniu krwinek we własnem osoczu oraz nad zawartością azotu aminowego we krwi w przebiegu »crise« wykazują, iż zachodzą tu pewne zmiany w kierunku przyśpieszenia opadania oraz zmniejszenia ilości azotu aminowego. Na podstawie własnych badań mówca dowodzi, że zjawiska powyższe świadczą o zmniejszeniu stopnia rozproszenia — dyspersji koloidów (białka osocza) w przebiegu »crise«. Pewne więc zakłócenie równowagi kolloidów zachodzi tutaj, lecz, jak wykazują badania własne i obce, nie są one równoznaczne ze zmianami kolloidowemi w przebiegu wstrząsu anafilaktycznego, gdyż w tym przypadku mamy do czynienia z pewnem wzmożeniem dyspersji. Z tego więc punktu widzenia anafilaksja i »hemoklazja« nie są sprawami równorzędnemi. Zmiany koloidowe w osoczu krwi, owa »*colloidoclasie*« Widala nie są przyczyną wstrząsu, ani anafilaktycznego ani hemoklastycznego pokarmowego, w cierpieniach wątroby. Wszystkie znamiona Widalowskiej hemoklazji powstają wskutek wzmożonej pracy wątroby tak samo zresztą, jak wzmieniona czynność wątroby i innych narządów wewnętrznych powoduje niektóre objawy wstrząsu anafilaktycznego klasycznego. Tak, jak wątroba, uczulona, sensybilizowana przez pierwotny zastrzyk białka, reaguje już na minimalną jego dawkę, wątroba, osłabiona przez jakiekolwiek schorzenie, organiczne czy czynnościowe, nawet na takie »urazy«, jak spożycie mleka, czy innych niebiałkowych pokarmów reaguje przez zaburzenie w swem unaczynieniu. Czy za pośrednictwem układu współczulnego, czy też przez działanie wprost na śródbłonek naczyń włoskowatych, odprowadzających krew żylną wątroby, występuje ich skurcz. Sprowadza to dzięki przekrwieniu wzmożoną czynność tego aparatu wątroby, który zarządza prawidłowym chemizmem białka krwi. Prawidłowy stosunek wzajemny poszczególnych frakcji białka osocza ulega zakłóceniu, i zwiększenie lub zmniejszenie globulin, englobulin, czy albumin jest przyczyną zmian w budowie koloidów osocza. Dlatego też »koloidoklazja«, aczkolwiek po raz pierwszy przez mówcę udowodniona, nie jest przyczyną lecz skutkiem wzmożonej pracy wątroby, spowodowanej niekoniecznie przez białko, lecz przez jakiekolwiek inne urazy. W przypadkach schorzenia wątroby wystarczają urazy, pozostające w zwykłych warunkach bez efektu. I dlatego »crise pokarmowa« może być rzeczywiście dobrym odczynem na pobudliwość t. j. na »zdrowie« wątroby. Wszelkie zaś pojęcia o »koloidoklazji« powinny być zarzucone jako nieodpowiadające istocie rzeczy i mylnie wysuwające na pierwszy plan sprawy wtórne, niecharakterystyczne. Termin hemoklazji jest nieodpowiedni: i tutaj bowiem mieszamy przyczynę ze skutkiem.

Przyczyną bowiem pierwotną tych spraw jest, jakto pierwszy wykazał Popielski, wzmożona praca narządów wewnętrznych.

W dyskusji prof. Rzętkowski, analizując przemówienie mówcy łącznie z danemi z piśmiennictwa, wypowiada pogląd, że zarysowuje się początek nowego okresu w medycynie. Już w czasach Hippokratesa upatrywano przyczynę chorób w zmianach soków ustroju, zmian tych nie różniczkowano. Długi czas trwał ten pogląd humoralny w medycynie. Rozwój anatomji patologicznej skierował umysły lekarskie w inną stronę, zaczęto wiązać przyczynę choroby ze zmianami w komórce, w tkankach. Później znowu zaczęto badać chemicznie soki tkanek ustroju. W dalszym rozwoju badań chemicznych powstała zmiana, która świadczy o pewnym kierunku nie czysto chemicznym, lecz zdążającym do ujmowania stanów chorobowych jako zaburzeń. równowagi jonowej — zatrucie kwaśne. Jeżeli chodzi o równowagę koloidalną, to rozważamy stan tych zaburzeń nietylko we krwi, lecz wogóle w sokach tkanek. Nasuwa się pytanie, czy jesteśmy w stanie klinicznie określić zaburzenia równowagi koloidowej. Praca mówcy, zdaniem prof. Rz., stawia pierwszy krok w kierunku klinicznego określania tych zmian i to dość szczęśliwie, a mianowicie przez badanie opadania krążków krwi i przez określanie azotu aminowego. Obie metody wykazały, że przy *crise hémoclasique* zachodzi zaburzenie równowagi koloidowej wskutek osłabionej działalności wątroby. Chodzi o to, aby do patologji weszły i przyjęły się stany, które nie są jeszcze chorobowemi, a które dają *crise hémoclasique* przy niedomodze wątroby. Jak nerka utrzymuje równowagę jonową, tak wątroba utrzymuje równowagę koloidową.

Prof. Gluziński uważa za słuszne podjęcie prac nad omawianym tematem w obu klinikach, gdyż pierwsi Polacy, Popielski i Biernacki, zapoczątkowali te badania. Prof. Gluzińskiemu wydaje się wątpliwem, aby badania te zdobyły sobie zastosowanie praktyczne, gdyż podobne objawy można wywołać różnemi środkami, nietylko białkowemi. Badania Filińskiego wydają się być na dobrej drodze do wyjaśnienia, pod jakim wpływem odbywają się omawiane zmiany. Łyskawiński zapytuje, czy mówca przeprowadzał swoje badania w płonicy, gdzie niedomoga wątroby jest faktem stwierdzonym. Próba przedstawiona przez mówcę mogłaby mieć praktyczne zastosowanie.

3. Landau A. wygłosił rzecz p. t. **»O leczeniu mieszanem zimnicy«.**

W dyskusji Korzon przytacza przypadek zimnicy wywołanej przez pasorzyty półksiężycowe u włościanina z pod Modlina i drugi przypadek z zimnicą tegoż rodzaju, gdzie zakażenie miało miejsce w Chylicach pod Warszawą w 1915 r.

Korzon uważa, że neosalwarsan prowokuje pasorzyty i dlatego nalęży podawać chininę jednocześnie, aby je wytępić. Podług Korzona specjalnego systemu nie można stosować w leczeniu zimnicy, a należy przypadki różniczkować i odpowiednio przeprowadzić leczenie. Nie posiadamy sprawdzianu, kiedy należy uważać chorego za wyleczonego z zimnicy; badania krwi nie dają wyników. Zieliński Kazimierz od 8 lat z bardzo dobrym wynikiem podaje chorym na zimnicę trzykrotnie w ciągu dnia błękit metylowy w połączeniu z solami chininy oraz z *pulv. Myristicae* (aa 0,10—0.15 dla dorosłych). Ten ostatni środek podaje zapobiegawczo przeciw objawom pęcherzowym, co często daje się zauważyć po podawaniu błękitu metylowego. Napady zimnicy szybko giną i ustępują zupełnie po 6—8 tyg. leczenia. Proszki te mają tę zaletę, że są względnie tańsze i że bezkarnie można je podawać w przypadkach ciąży i tam gdzie istnieje idjosynkrazja do chininy.

W odpowiedzi Landau zaznacza, że metodą, stosowaną przez niego dochodził do doszczętnego wyleczenia zimnicy i nawrotów nie widywał. W utajonych postaciach zimnicy neosalwarsan wywołuje ataki, na istniejącą trzeciaczkę działa w sposób leczniczy. Leczenie do pewnego stopnia należy ująć w pewien system. Spostrzeżenia K. Zielińskiego są bardzo cenne, gdyż pozwalają stosować małe dawki.

Sekretarz doroczny *W. Kowalski.*

Ogólny polski Zjazd zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich.

Zjazd odbędzie się w dniach 8 i 9 grudnia 1922 we Lwowie, w salach Izby handlowej i przemysłowej (ulica Akademicka l. 15). Otwarcie Zjazdu w dniu 8 grudnia o godz. 10 rano.

Program Zjazdu: **na dzień 8 grudnia.**

I. Zagajenie
II. Wybór prezydjum Zjazdu
III. Referaty:

1) Stan Zdrojowisk po sezonie 1922. a) w Małopolsce i na Śląsku — prelegent Dr. Sabatowski, b) w b. Kongresówce — prelegent Dr. Dydyński c) w b. Zaborze pruskim.

2) Ruch turystyczny w Polsce i wydawnictwo Przewodnika po Uzdrowiskach — prelegent Dr. Orłowicz

3) Wydawnictwo własnego organu — prelegent Prof. Dr. Nowicki

4) Sprawa połączeń kolejowych do Zdrojowisk — prelegent Dr. Varhely

5) O potrzebie sanatorjum w Uzdrowiskach — prelegenci Dr. Jasieński i Dr. Aleksiewicz

6) Wnioski

Na dzień 9 grudnia. Referaty:

1) Ustawa Zdrojowa — prelegenci Prof. Inż. Nadolski i Dr. Westreich

2) Eksplotacja źródeł mineralnych w Polsce prelegent Dr. Dydyński

IV. Wnioski
V. Sprawozdania poszczególnych komisyj

Zamknięcie zjazdu.

W uwzględnieniu ważności spraw, będących przedmiotem obrad Zjazdu, prosimy o łaskawe przybycie wraz, osobami interesującemi się sprawą polskich Zdrojów.

Do dni 8-miu prosimy zgłosić nazwiska pzzybyć mających uczestników Zjazdu. Na życzenie Komitet Zjazdu zajmie się przygotowaniem umieszczeń. W przededniu Zjazdu tj. 7 grudnia o godz. 20-tej zebranie w salach restauracyjnych hotelu krakowskiego.

Wysłanie delegatów przyrzekły Ministerstwa: Zdrowia publ., Koleji, Robót publ. oraz województwa: lwowskie, stanisławowskie, wołyńskie, poleskie, poznańskie i inne. Za Komitet: *Dr. Zakrzewski*, przewodniczący. *Stupnicki*, sekretarz.

Sprawy zawodowe.

Wybory do Rad Izb lekarskich.

Głównym Komisarzem Wyborczym dla pierwszych wyborów do Rad Izb lekarskich w Rzeczypospolitej Polskiej mianował Minister Zdrowia Publicznego Dr. Zdzisława Lachowicza, a tegoż zastępcą Dr. Tadeusza Hilarowicza.

Rządowymi Komisarzami Wyborczymi dla poszczególnych Izb. mianowano: 1) Dla Izby Lekarskiej Warszawsko-Białostockiej Dr. Klemensa Łazarowicza, a jego zastępcami Dr. Stanisława Muszyńskiego z Warszawy i Dr. Konstantego Alchimowicza z Białegostoku, 2) Dla Izby Lekarskiej poznańsko-pomorskiej Dr. Stefana Hübnera, a tegoż zastępcami Dr. Trzaskę z Torunia i Dr. Rydlewskiego z Poznania, 3) Dla Izby Lekarskiej Łódzkiej Dr. Stanisława Skalskiego, 4) Dla Izby lekarskiej Krakowskiej (Województwo Krakowskie i Kieleckie) Dr. Walerego Momidłowskiego, a tegoż zastępcami Dr. Józefa Batkę z Krakowa i Dr. Wróblewskiego z Kielc, 5) Dla Izby Lekarskiej lwowskiej Dr. Szczepana Mikołajskiego, a tegoż zastępcami Dr. Adolfa Kuhna i Dr. Romana Małaczyńskiego, 6) Dla Izby Lekarskiej Lubelskiej (Województwa Lubelskie, Wołyńskie i Poleskie) Dr. Andrzeja Krysińskiego, a tegoż zastępcami Dr. Zubra z Łucka i Dr. Kujawskiego z Lublina.

Wybory odbędą się co do Izb pod 2—6 wymienionych dnia 10 grudnia r. 1922 (względnie wybory powtórne dnia 14 stycznia r. 1923), zaś do Rady Izby Warszawsko-białostockiej dnia 18 lutego 1923 r. (względnie wybory powtórne dnia 18 marca 1923 r.).

Lista kandydatów do Rady Izby lekarskiej łódzkiej.

Lista ułożona przez komisję, wyłonioną przez Obwód łódzki Związku lekarzy Państwa Polskiego:

1.	Dr. Ajzner Juljusz	Łódź
2.	Drescher Alfred	Kalisz
3.	Goldberg Henryk	Łódź
4.	Goldman Antoni	Łódź
5.	Frenkiel Bronisław	Łódź
6.	» Jasiński Ksawery	Łódź
7.	Koszutski Bronisław	Kalisz
8.	Majewski Aleksander	Łódź
9.	Margolis Aleksander	Łódź
10.	Marzyński Józef	Łódź
11.	Michalski Józef	Łódź
12.	Mikulski Antoni	Łódź
13.	Mittelstaedt Edward	Łódź
14.	Nowierski Ludomir	Piotrków
15.	Prechner Zdzisław	Łódź
16.	Rechniowski Stefan	Piotrków
17.	Rosiewicz Józef	Łódź
18.	Schweig Józef	Łódź
19.	» Skibiński Tadeusz lek. puł.	Łódź
20.	Skusiewicz Feliks	Łódź
21.	Sterling Seweryn	Łódź
22.	Tochterman Adolf	Łódź
23.	Tomaszewski Antoni	Łódź

Już po wyznaczonym przez komitet przedwyborczy terminie i po wydrukowaniu listy nadeszło zawiadomienie z Koła lekarzy, że z okręgu samborskiego zebranie tamtejszych lekarzy proponuje jako członka Rady Izby Dr. Stefana Dobrzańskiego ze Sambora, zaś z okręgu Krosno—Brzozów—Strzyżów Dr. Zygmunta Lewickiego z Krosna. Dr. *Papée.*

Sprawa pomocy lekarskiej dla urzędników.

Zasada ubezpieczenia społecznego, wprowadzona pod hasłem »dla ekonomicznie słabszych«, znajduje obecnie coraz szersze zastosowanie. Kasy chorych, po wejściu w życie nowej ustawy objęły szeregi pracowników, między nimi wielu takich, których stanowisko społeczne i stosunki zarobkowe odbiegają daleko od zasady pierwotnej. W projekcie jest obecnie ubezpieczenie społeczne urzędników i ludności rolniczej. Ostatnie rozszerzenie ustawowe zaliczyło do Kas chorych 60% ludności; jeżeli nowe projekty się urzeczywistnią, i niewątpliwie stosunek ten powiększy się o jakie 20—25%; nieznaczna reszta pozostanie dla t. zw. wolnej praktyki lekarskiej. W ścisłej łączności z tą organizacją pozostaje i stanowisko społeczne lekarzy; ponieważ Kasy chorych spełniają swe agendy przez stale ustanowionych, ryczałtowych lekarzy, grozi stanowi naszemu przemiana w stan urzędniczy.

Projekty sumarycznego udzielania porady lekarskiej wymagają należytego rozpatrzenia, i to nie z samolubnego stanowiska »wolnej praktyki«, ale przedewszystkiem ze względu na interes i dobro chorego, powtóre z uwagi na samą naszą naukę.

Pierwsza zasada i podstawa w leczeniu chorego polega na tem, że wzajemny stosunek chorego i lekarza powinien być oparty na zaufaniu; chory musi mieć prawo wolnego wyboru lekarza, do którego ma zaufanie. Odwrócenie tej zasady pociąga za sobą to, że między obie strony wkrada się zaraz z początku niezadowolenie i sprawia, że chory odnosi się z nieufnością do lekarza, podejrzewając go o szablonowe traktowanie i skłonność po pilnowania interesów Kasy. Ten brak zaufania działa zniechęcająco na lekarza; stanowisko lekarza, który odczuwa zaufanie chorego, jest moralnie silniejsze a leczniczo skuteczniejsze; ogół lekarzy przyzna, że pomoc lekarska, oparta na zaufaniu, udzielona choćby bezpłatnie, da więcej zadowolenia, aniżeli udzielona pod przymusem choremu, który go wita niechętnem okiem. To są prawdy z życia wyjęte.

Przemiana stanowiska lekarskiego w ryczałtowo płatnego urzędnika grozi upadkiem stanowi lekarskiemu i nauce. Choroba nie jest referatem do załatwienia; choroba to jest nieszczęście a chory istotą, która żąda nie tylko pomocy nauki, ale pewnego współczucia i współudziału; zawód lekarski, niewątpliwie ciężki i twardy, wymaga też od nas mimo wszystko, czego się nam odmawia, poświęcenia i pewnych idei w jego traktowaniu, a tych żaden z nas, mimo przykrych doświadczeń, się nie pozbywa. Lekarz, który staje się wobec chorego urzędnikiem, zrywa tem samem z postępem nauki; rozwój jej wymaga bowiem ciągłej emulacji, wytężenia sił i myśli, by śledzić zdobycze nauki i w praktyce je stosować, podnietą zaś do tego nie będzie nigdy zschematyzowanie zawodu.

Sprawa bezpłatnej pomocy lekarskiej dla urzędników, jest dziś sprawą aktualną. Przyznajemy, że obecne położenie tej sfery społecznej wskutek zmiany stosunków jest takie, że przesuwa pojęcie ekonomicznie słabszego w ich stronę. Jeżel

jednak państwo nie ma środków, aby swych pracowników należycie wynagrodzić i chce ich obdarzyć ubezpieczeniem, powinno się to stać z istotną korzyścią dla interesowanych, a bez szkody dla zawodu i nauki.

Wszystkie czynniki lekarskie przyznają zgodnie, że organizacja pomocy lekarskiej powinna się oprzeć na zasadzie wolnego wyboru lekarza. Przeprowadzenia tej zasady w praktyce należałoby w ten sposób dokonać, że rząd wzywa w danej miejscowości ogół lekarzy do zgłoszenia udzielania porady. Choremu przysługuje prawo wyboru z pośród zgłoszonych. Ta sama zasada ma być zastosowaną do wszelkich kategoryj chorób, a zatem także i specjalistów.

Co do wysokości wynagrodzenia, polegać ono musi na systemie zniżkowym, ustalonym przez odnośne Izby lekarskie w porozumieniu z władzami administracyjnemi. W praktyce przeważna ilość lekarzy dzisiaj dobrowolnie stosuje ten system zniżkowy w odniesieniu do urzędników państwowych.

Przeciw stosowaniu wolnego wyboru i przeciw wynagradzaniu od wypadku podnosi się dwa zarzuty główne: jeden, że mnożyć on może ilość wizyt i w ten sposób obarczać finansowo instytucję, w danym razie skarb państwa; drugi, to większa skłonność lekarza do przyznawania świadczeń (uwolnienia od służby, urlopy itp.).

Oba zarzuty osłabia fakt, że państwo ma w lekarzach urzędowych już gotowy aparat kontrolny i nadzorujący czynność lekarzy prywatnych, który w jednym i drugim kierunku spełni swój obowiązek.

Takie jest stanowisko zrzeszeń lekarskich w sprawie zorganizowania pomocy lekarskiej dla urzędników. Niewątpliwie sprawą tą powinny się zająć Izby lekarskie w całem państwie, które niezadługo rozpoczną swe czynności, w imię słusznej obrony interesów nietylko stanu, ale i nauki samej. Sądzimy, że da się ono zgodnie, ku zadowoleniu obu stron, przeprowadzić. *Papée.*

Ustawy i rozporządzenia sanitarne.

Pomoc lekarska dla funkcjonarjuszy państwowych.

Rozporządzeniem tymczasowem Rady Ministrów z 30. stycznia 1922 r. (Monitor Polski Nr. 69 z 24. marca 1922) unormowano pomoc lekarską dla funkcjonarjuszy państwowych na koszt skarbu Państwa.

Rozporządzenie jest tymczasowe, albowiem w myśl uchwały Sejmu sprawa ta ma być ostatecznie uregulowana w drodze ustawodawczej, a Ministerstwo Zdrowia opracowuje już projekt takiej ustawy w porozumieniu z organizacjami urzędników. Spodziewać się należy, że przed wniesieniem projektu do Sejmu Ministerstwo zasięgnie opinji także Wojewódzkich Urzędów Zdrowia i Izb lekarskich.

Rozporządzenie Rady Ministrów z 30. stycznia 1922 uległo pewnym zmianom wskutek rozporządzenia Rady Ministrów z 23. października 1922 (Monitor Polski Nr. 253 z 7. listopada 1922). Wydano nadto liczne rozporządzenia wykonawcze i wyjaśnienia w tym przedmiocie. Najważniejsze z nich uwzględnię, przedstawiając poniżej obecny stan sprawy.

Pomoc lekarska na koszt Skarbu Państwa przysługuje:

a) wszystkim czynnym funkcjonarjuszom państwowym, powołanym do służby przez nominację;

b) tym członkom ich rodzin, których się uwzględnia przy obliczaniu płacy funkcjonarjusza, zatem: żonie i dzieciom funkcjonarjusza, a w pewnych wypadkach także mężowi funkcjonarjuszki państwowej.

Ministerstwo wyjaśniło, że za funkcjonarjuszy państwowych należy uważać również nauczycieli i nauczycielki szkół powszechnych.

Członkowie rodzin mogą korzystać z pomocy lekarskiej najdłużej przez 3 miesiące z powodu tego samego zachorowania i to jedynie, o ile pozostają na utrzymaniu funkcjonarjusza, nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu na wypadek choroby ani też nie mają skądinąd zapewnionej pomocy lekarskiej.

Pomoc lekarska obejmuje:

1) poradę lekarską, wliczając w to najniezbędniejsze zabiegi chirurgiczne, zabiegi w zakresie chorób oka, gardła, nosa, ucha i inne, zabiegi ginekologiczne, chirurgiczno-akuszeryjne, dentystyczne (leczenie próchnienia, zapalenia okostnej, przetok i plombowania najtańszym materjałem, usuwanie zębów) oraz pomoc położniczą;

2) dostarczanie niezbędnych lekarstw oraz środków opatrunkowych;

3) bezpłatne leczenie w szpitalach według klasy II. dla urzędników państwowych i ich rodzin, a według klasy III. dla niższych funkcjonarjuszy państwowych i ich rodzin;

4) zapomogi na leczenie w zdrojowiskach i uzdrowiskach w wypadkach choroby, wymagającej bezwzględnie leczenia w zdrojowisku lub uzdrowisku.

Umieszczenie chorego w szpitalu następuje na zlecenie lekarza umówionego:

1) w wypadku choroby zakaźnej,

2) w razie potrzeby zabiegu lekarskiego, którego wykonanie w domu chorego powoduje wyższe koszty, aniżeli utrzymanie i leczenie w szpitalu,

3) o ile chory w domu nie posiada odpowiedniej opieki,

4) w okresie porodu.

O ile chory nie zgadza się na umieszczenie w szpitalu, koszty leczenia będą mu zwrócone w wysokości taksy szpitalnej, ustanowionej dla przysługującej mu klasy, a w wypadkach porodu otrzymuje w takim razie rodząca zwrot kosztów szpitalnych za dni 10.

W tym samym rozmiarze będą udzielane zapomogi na koszty leczenia, względnie pobytu w zdrojowiskach i uzdrowiskach.

Funkcjonarjusz państwowy otrzymuje też zwrot kosztów przejazdu lekarza do obłożnie chorego lub przewiezienia chorego do lekarza, względnie do szpitala.

Pomocy lekarskiej udzielają lekarze urzędowi i lekarze umówieni.

W wypadkach nagłych, o ile przybycie lekarza umówionego jest niemożliwe, funkcjonarjusz państwowy może wezwać lekarza prywatnego, a koszt w tym wypadku zwraca Skarb Państwa według miejscowej taryfy lekarskiej po sprawdzeniu rachunku przez lekarza urzędowego.

Honorarja lekarskie dla lekarzy umówionych według ostatniej normy z 11. października 1922 wynoszą:

za poradę u lekarza	do 1.000 Mp.
» » » chorego	» 2.000 »
za wyjazdy, o ile lekarz nie jest zakontraktowany według pewnego stopnia służbowego, za każde ukończone pół godziny	2.000 Mp.
Akuszerki za pomoc przy porodzie i opiekę w ciągu 10 dni otrzymują	10.500 Mp.
w wyjątkowych wypadkach	do 15.000 Mp.
Dentyści niezakontraktowani stale pobierają:	
za usunięcie zęba	1.000—2.000 Mp.
za plombowanie najtańszym materjałem	do 4.000 Mp.

Nadzór bezpośredni nad wykonywaniem pomocy lekarskiej dla urzędników państwowych należy do lekarza powiatowego, który też załatwia spory między chorymi a lekarzami lub między samymi lekarzami.

Od zarządzeń lekarza powiatowego przysługuje odwołanie do Wojewódzkiego Urzędu Zdrowia.

Wojewódzkie Urzędy Zdrowia organizują pomoc lekarską dla funkcjonarjuszy państwowych, sprawdzają i regulują wszelkie rachunki z tytułu tej pomocy, rozważają statystykę chorobowości urzędników i wydają stosowne zarządzenia na podstawie poczynionych spostrzeżeń. *M.*

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Dyrektorem Polikliniki w miejsce śp. K. Trzcienieckiego został wybrany dr. Leopold Schellenberg. Nowemu dyrektorowi, stojącemu na czele tak humanitarnej, obecnie w ciężkich warunkach znajdującej się instytucji, składamy szczere życzenia owocnej pracy w staraniach o jej rozwój i poparcie, na które w pełności zasługuje.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. XXXIV. posiedzenie odbędzie się w piątek dnia 15 grudnia o godz. 6-tej wieczorem w auli Collegium maximum (gmach posejmowy). Posiedzenie to odbędzie się wspólnie z Tow. przyrodników im. Kopernika, a poświęcone zostanie uczczeniu zasług Pasteura. *Franke* prezes, *Kmietowicz* sekr.

Walne Zgromadzenie członków Polskiego Związku zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich, odbędzie się w dniu 9 grudnia 1922 w sali Izby handlowej i przemysłowej we Lwowie o godz. 17-ej.

Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie Wydziału 2) Wybór nowego Wydziału 3) Wnioski.

Uwaga: Uczestnikiem Walnego zgromadzenia może być tylko członek Związku. W razie braku przepisanego statutem kompletu, Walne Zgromadzenie odbędzie się w tym samym dniu o godz. 18-ej bez względu na ilość członków. Za Wydział Związku: przewod w z. *Dr. Załuzewski*, sekretarz *Stupnicki.*

Zmarli.

Dr. Bolesław Sarjusz Jaworski, lekarz sądowy i szkolny oraz obywatel honorowy miasta Zaleszczyk, zmarł tamże w 67 roku życia.

Redakcja otrzymała: W. Grzywo-Dąbrowski: Klasyfikacja uszkodzeń ciała. Odb. z Lekarza wojsk. N. 10. 1922. — A. Mikulski: XIX. Sprawozdanie lekarskie Szpitala dla umysłowo i nerwowo chorych »Kochanówka« pod Łodzią, za rok 1921. — Zjazd naukowy pracowników Państw. Zakładu epidem. i Państw. Zakładu badania surowic w Warszawie dn. 17. VI. 1922. Odb. z Przegl. epidem. T. II. Z. 2. 1922. — V. Bock. Die Friedmann Methode (z przedmową Prof. F. Jessena). Nakład S. Hinzla w Lipsku 1922.

Nr. 50. 10. grudnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Fr. GRÖER. Lwów.

O higjogenezie.

Przebieg kliniczny każdego schorzenia możemy rozpatrywać z dwóch zasadniczych punktów widzenia. Przedewszystkiem zwracają naszą uwagę warunki powstawania sprawy chorobowej oraz jej bliższy mechanizm. Ten sposób dociekania nazywamy patogenetycznym i jemu też współczesna medycyna zawdzięcza swój niezwykły rozwój ostatniej doby.

Jednakże patogenetyczny kierunek badań tak jednostronnie opanował nowoczesny sposób myślenia lekarskiego, że zepchnął na daleki plan drugi punkt widzenia, z którego również winno się roztrząsać zjawiska chorobowe, a który dotyczy wyjaśnienia roli, jaką zjawiska chorobowe odgrywają w mechanizmie powrotu do zdrowia.

Na każdą sprawę chorobową, osobliwie zaś na każdą chorobę zakaźną, zapatrujemy się dziś z punktu widzenia energenetycznego, jako na odczyn ustroju na zadane mu uszkodzenia. Oczywiste jest, że tak, jak głównym warunkiem powstawania objawów chorobowych jest właśnie zdolność oddziaływania żywych ustrojów na bodźce, tak samo i ustąpienie choroby jest wynikiem tejże zdolności. Bez zdolności oddziaływania nie byłoby ani choroby, ani powrotu do zdrowis. Toteż wyzdrowienie musimy uważać za najpomyślniejszy z ostatecznych wyników spraw odczynowych, do którego uszkodzony ustrój zdąża krok za krokiem poprzez złożony mechanizm zjawisk chorobowych.

Dla stwierdzenia i podkreślenia tego faktu wprowadzamy pojęcie higjogenezy i rozumiemy przez nie, na wzór pojęcia patogenezy, sumę wszystkich zjawisk, tak biologicznych, jak chemicznych i fizykalnych, które złączone pragmatycznie w jeden mechanizm prowadzą schorzały ustrój ku wyzdrowieniu.

Pojęcie higjogenezy jest złożone, obejmuje ono: 1) warunki i gotowość do wyzdrowienia, 2) właściwy mechanizm zdrowienia, jako taki oraz wreszcie i 3) te sprawy, które powstają w ustroju wtórnie i następowo pod wpływem tegoż mechanizmu. Ostateczne wyzdrowienie nie wchodzi już w obręb pojęcia higjogenezy.

Ażeby dokładniej zobrazować znaczenie powyższych poszczególnych pojęć, możnaby powiedzieć, że pierwsze obejmuje potencjonalne możliwości wyzdrowienia, drugie — jego właściwą dynamikę, trzecie poucza nas o wtórnych jego objawach.

Z tego określenia wynika jasno, że lwią część klinicznego przebiegu każdego schorzenia rozpatrywać można ze stanowiska higjogenezy. Tem więc bardziej uderzać musi, że ten sposób rozważania tylko tak rzadko bywa w rzeczywistości stosowany.

Wyjątki tej reguły dadzą się z łatwością wyliczyć. Należy do nich przedewszystkiem nauka o wyrównaniach w krążeniu, po części niektóre rozdziały z patologji przemiany materji a także, w chwili obecnej, zapalenie, jako takie.

Szczególniej ważną rolę odgrywa higjogenetyczny sposób myślenia w osądzie klinicznego przebiegu chorób zakaźnych. Tu nawet znajdzie on bezwątpienia swój punkt wyjścia. Higjogeneza chorób zakaźnych zajmuje nas w wielkiej mierze także i z tych względów, że właśnie tu wzniosły się najważniejsze podwaliny przedwstępnej pracy, pracy, która, jakby się zdawać mogło, obejmuje właśnie to wszystko, co zamierzamy w wywodach naszych powiedzieć. Mowa tu o nauce o odporności, która nietylko stała się potężną gałęzią medycyny teoretycznej, sie opanowała również nasze kliniczne pojęcia o istocie choroby i o sposobach samoobrony ustroju.

Tymczasem pojęcie odporności nie jest w żadnym razie równoznaczne z pojęciem higjogenezy. Zarówno odporność, jak i oporność, oznaczają pewne stany ustroju, są więc pojęciami statycznemi, gdy tymczasem higjogenezę należy uważać jako pojęcie dynamiczne.

Jednak odporność, podobnie jak i zdrowienie, ma swój własny mechanizm powstawania. Sprawy, które prowadzą do osiągnięcia odporności, podpadają tylko o tyle pod pojęcie higjogenezy, o ile równocześnie przyczyniają się do wyzdrowienia. To zaś nie zawsze dziać się musi. Częstokroć bywają procesy odpornościowe tylko wtórnemi objawami zdrowienia, niekiedy nawet odbywają się one niezależnie od tych ostatnich i ze zdrowieniem nie mają nic wspólnego.

Przykłady potwierdzające to zdanie są nam zbyt znane, aby je tu przytaczać.

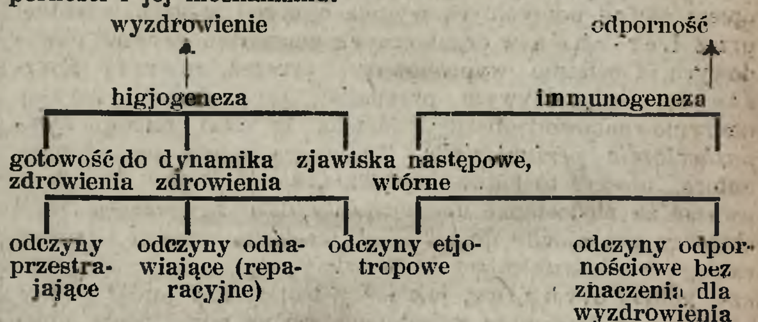
Uważając nowoczesną naukę o odporności za naukę o działaniach antigenów, widzimy, że najróżnorodniejsze mechanizmy powstawania odporności stanowić mogą w najlepszym razie tylko pewną część procesu zdrowienia, o ile przebiegają w kierunku parazytotropowym, względnie etjotropowym. Tymczasem jednak etjotropowe odczyny obronne zakażonego ustroju w przeważającej większości przypadków — nie wystarczają dla osiągnięcia wyzdrowienia, o czem najlepiej wiedzą klinicyści.

Tak np. wyzdrowienie z duru brzusznego jest możliwe, pomimo, że prątki durowe nie giną i całe lata jeszcze przeżywać mogą w uzdrowionym ustroju w stanie pełnej jadowitości i zdolne do rozmnażania. Podobnych przykładów przytoczyćby można więcej. W błonicy, w której występuje jeden z najskuteczniejszych odczynów etjotropowych, wytworzenie przeciwjadu, może wprawdzie powstrzymać dalszy bieg zatrucia ustroju, nie jest jednakowoż zdolne doprowadzić do wyzdrowienia już przedtem uszkodzone tkanki.

Widzimy z tych przykładów, że obok odczynów etjotropowych mechanizm wyzdrowienia wymaga przynajmniej dwóch jeszcze grup zjawisk obronnych, bez których nie byłby on zupełnym. Po pierwsze są to odczyny »przestrajające«, prowadzące tkanki do pewnego stanu zupełnej lub częściowej obojętności (»*Adiaphoria*«) na pierwotne działanie czynników, wywołujących uszkodzenie, które sprawiają, że ten sam ustrój, który do niedawna jeszcze mógł być uszkodzonym przez prątki durowe np. po przebyciu choroby zachowuje się wobec tych samych prątków zupełnie obojętnie. Powtóre są to odczyny, mające na celu wyrównanie zaszłych już w ustroju uszkodzeń — odczyny odnawiające i naprawiające.

Widzimy zatem, że dynamika higjogenezy obejmuje tak odczyny etjotropowe, jak przestrajające, jak wreszcie i naprawiające.

Przedstawiony poniżej djagram uwidocznia budowę pojęcia higjogenezy, jakoteż odgraniczenie tegoż od pojęć odporności i jej mechanizmu.



Znaczenie higjogenetycznego sposobu myślenia tak dla teorji, jak i praktyki lekarskiej, jest jasne. Oczywiste jest, że badanie higjogenezy może nam dostarczyć niezwykle ważnych zdobyczy, dotyczących zarówno rokowania, jak i leczenia. Starą zasadą lekarską jest, że najracjonalniejszym sposobem leczenia jest wspieranie zdrowienia naturalnego. Rozwiązanie tego zadania wymaga jednak właśnie dokładnego

zapoznania się z naturalnym mechanizmem wyzdrowienia. Pytanie tylko, jaką rzeczywistą wartość posiadają wyżej wyłuszczone poglądy i jakie widoki posiada rozwiązanie naszego zagadnienia?

Nie ulega żadnej wątpliwości, że istota wyzdrowienia ciągle jeszcze stanowi niewyjaśnioną zagadkę. Ustalenie pojęcia higjogenezy przybliża jej rozwikłanie przez to, że pozwala na uporządkowanie całego szeregu odnośnych, znanych już luźnie zjawisk, z pewnego jasno określonego punktu widzenia, w jedną organiczną całość. Ponadto ustalenie pojęcia higjogenezy powinno pobudzić do dalszych systematycznych dociekań nad czynnościowym tokiem zdrowienia.

Widoki dla skutecznych badań z zakresu higjogenezy nie są przy dzisiejszym stanie naszej nauki tak beznadziejne, jak to się nam wydawało jeszcze przed kilku laty.

Rzut oka na powyższy djagram wskazuje nam, że w pierwszym rzędzie gotowość i dynamika zdrowienia posiadają już wielki materjał przygotowany dzięki nauce o konstytucji i dziedziczności, jak również dzięki rozbudowującej się coraz dalej metodyce czynnościowych badań nad sprawnością narządów i całego ustroju.

Rozbiór dynamiki zdrowienia powinien w pierwszym rzędzie zająć się odczynami przestrajającemi, a potem czynnościowemi procesami odnowy, które dotychczas rozważano prawie wyłącznie z morfologicznego punktu widzenia. Właśnie w dziedzinie procesów przestrajających przyniosły nam ostatnie lata pełnię faktów otwierających nadzwyczajne widoki na przyszłość. Mamy tu na myśli cały zbiór doświadczeń, które wyłoniły badania ergotropowego leczenia. Badania działań ergotropowych, prowadzone dotychczas dosyć niesystematycznie, z małemi wyjątkami (Weichardt) tylko przez klinicystów i po większej części z leczniczego punktu widzenia, są zdaniem naszem na razie jedynem źródłem naszych wiadomości o sprawach przestrajających i adiaphorji. Właśnie ta strona badań nad działaniami ergotropowemi powinna być w badaniach jak najszerzej uwzględnianą, gdyż dopiero po ustaleniu naturalnego mechanizmu zdrowienia ten dział lecznictwa znajdzie racjonalne zastosowanie.

Dr. med. HENRYK HIGIER. Warszawa.

Zaburzenia naczynioruchowe oraz owrzodzenia troficzne i ich leczenie za pomocą przecinania splotów i włókien współczulnych okołonaczyniowych (*Sympathectomia periarterialis*).

Prof. W. Brüning z Berlina omawia w 15-tym numerze Klinische Wochenschrift sposób powstawania zaburzeń troficznych w tkankach. Powołując się na nowszą fizjologję nerwów rdzeniowych rozszerzających naczynia i współczulnych zwężających naczynia, dochodzi do słusznego skądinąd wniosku, nie obcego racjonalnemu myśleniu neurologa, że drażnieniu, nie zaś porażeniu nerwu przypada zasadnicza rola w patogenezie zaburzeń naczyniowo-odżywczych i że należy przeto podczas konsekwentnego leczenia tych zaburzeń dążyć przedewszystkiem do usuwania lub przynajmniej do zmniejszania patologicznego stanu podrażnienia. Brüning opiera się na pomyślnych wynikach nowej metody, poleconej przez Leriche'a w organicznych chorobach nerwów obwodowych, a ostatnio wypróbowanej przezeń, za radą Forstera, w uporczywym przypadku czynnościowej nerwicy naczynio-ruchowo-troficznej. Metoda ta nosi nazwę: *sympathectomie périartérielle*. Tą drogą udaje się, zdaniem autora, uleczyć to i owo cierpienie, które zwykło się było uważać za niedostępne dla terapeuty, lub za pomocą noża chirurga prowadziło do odcięcia, wycięcia, resekcji i innych zabiegów zniekształcających. Widzimy więc nie po raz pierwszy, kończy Brüning, jak nowy teoretyczny punkt widzenia naprowadzać może w patogenetyce na nowe, wiele obiecujące tory terapji.

Ponieważ chodzi tu o nowe i wiele obiecujące drogi dla leczenia, nie chcę pominąć sposobności zwrócenia uwagi czytelnika na większy mój artykuł, wydrukowany w 1901 r. jednocześnie w Gazecie Lekarskiej i Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Erba i Strümpella [1], w którym patogeneza stanów podrażnienia naczynio-ruchowego była wyczerpująco przezemnie w sensie powyższym omówiona, a zachwalana »nowa« metoda lecznicza Leriche'a z 1917 roku została tam już należycie umotywowana i chirurgom polecona. Chodziło w tej pracy o 23 chorych z mniej lub więcej typowem chromaniem przestankowem, połączonem z silnemi bólami, przykremi sensacjami czuciowemi, zaburzeniami naczynio-ruchowemi i odżywczemi oraz z t. zw. samoistną zgorzelą, zazwyczaj przyrody naczyniowo-troficznej. Jak z kilku ostatnich wniosków tej pracy wynika, poglądy moje na patogenezę niczem nie różnią się od tych, które Brüning podaje obecnie, jako zupełnie nowe i oryginalne.

»Obok stałego zwężenia naczynia (tło organiczne) — mówiłem dosłownie — biorą poważny udział w obrazie klinicznym zaburzenia naczynio-ruchowe (moment funkcjonalny), czyli wzmożona pobudliwość i upośledzona równowaga ośrodków naczyniowo-ruchowych, przyśpieszająca wystąpienie zgorzeli. Ze stanowiska różniczkowo-rozpoznawczego najmniej jasne są przypadki o cechach choroby Raynauda lub erytromelalgji z objawami chromania przestankowego i z zarośnięciem naczyń. Istnieją niezawodnie dwie postacie angiosklerozy swoistej: 1) częsta z pierwotnem siedliskiem sprawy chorobowej w naczyniach i 2) rzadsza ze zwyrodnieniem nerwów, poprzedzającem zamknięcie naczyń. Moment funkcjonalny ma wybitne znaczenie w obu postaciach, moment konstytucjonalny zaś wyłącznie w pierwszej. W bardzo ciężkich przypadkach z uporczywemi bólami i skłonnością do owrzodzeń poleciłbym, zamiast wyłuszczenia ze stawu i odcięcia, niewinne zabiegi operacyjne (wyciąganie, wykręcanie i wycinanie) na pniach nerwowych, lub też na zwojach współczulnych, okalających większe naczynia«.

Wyciąganie nerwu uważałem poniekąd za równoznaczne z wycinaniem sympatycznych włókien okołonaczyniowych, wychodząc z tej zasady, że przy silnem wyciąganiu nerwu najłatwiej ulegają urażeniu ewentualnie rozerwaniu cienkie włókienka amyelinowe sympatyczne, rozsiane w mieszanych, częściej w czuciowych nerwach obwodowych.

W innem miejscu tegoż artykułu polecam: 1) »przecięcie w obrębie trójkąta Scarpy włókien nerwowych (naczynioruchowych), otaczających tętnicę udową lub 2) wyciąganie odpreparowanego na przestrzeni 2 ctm. łatwo dostępnego nerwu piszczelowego tylnego, w okolicy kostki wewnętrznej... Prawdopodobnie wytwarza się lepsze krążenie uboczne i wstrzymuje się dalsze zarastanie drobnych naczyń«.

Tę *»sympathectomie périarterielle«* — gdyż inaczej tego zabiegu sam nazwaćbym nie mógł — stosowałem kilkakrotnie w owych czasach z mniejszym lub większym wynikiem korzystnym w sprawach nerwowo- czyli naczyniowo-troficznych na kończynach dolnych, nie zamierzając bynajmniej polecać tak uniwersalną metodę wyłącznie dla dolnej kończyny.

Wprawdzie nie chodziło w materjale moim o blizny lub nerwiaki pourazowe, drażniące zakończenie nerwów, jak to miało miejsce w materjale wojennym Leriche'a i innych, ale nie mniej o stan podrażnienia, podtrzymywany po części przez stały degeneracyjno-sklerotyczny proces naczyniowy, po części zaś przez napadowe wpływy wazokonstrykcyjne. »Mówiąc o wrodzonem upośledzeniu narządu naczyniowego — brzmi odnośny ustęp artykułu mojego — należy mieć na względzie, że nie tylko różne warstwy naczyniowe mogą być podścieliskiem choroby, że upośledzony może być narząd nerwowy, regulujący tonus naczyń: zarówno zwoje automatyczne, jak zakończenia czuciowe nerwów w postaci ciałek Vater-Paciniego, zaopatrujące obficie adventitiam«.

Nie mam potrzeby dowodzić, że odłuszczanie lub odwarstwianie zewnętrznej powłoki tętnicy z omotającemi ją naczynioregulującemi włóknami nerwowemi, zmienionemi organicznie lub funkcjonalnie, zastosować się daje w każdem innem cierpieniu naczyniowo-nerwowem, przebiegającem z bólami, parestezjami, kauzalgją, skurczem naczyń i zaburzeniami odżywczemi, w każdej bez wyjątku kończynie, górnej czy dolnej, w każdem miejscu, bardziej proksymalnie lub dystalnie położonem. Nie mam też potrzeby dyskutować

[1]) H. Higier. Uwagi w sprawie »myastheniae paroxysmalis angiosclerotica« (chromanie przestankowe Charcota) oraz t. zw. gangraenae spontaneae«, Gaz. Lek. 1901. i Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde T. XIX. str. 436—496).

w tem miejscu pytania co do wyższości tej metody, teoretycznie racjonalnej, nad innemi w tym celu proponowanemi, jak Wietinga anastomozą tętniczo-żylną, jak zamrażaniem nerwu, nowokainową przerwą przewodnictwa nerwu i t. d.

Poruszyłem temat nader aktualny w neurochirurgji w tem miejscu głównie po to, aby wykazać, że nie są nowe i oryginalne 1) ani poglądy na patogenezę t. zw. zaburzeń naczyniowo-troficznych, przytaczane przez prof. Brüninga, 2) ani też metoda operacyjna, zachwalana podczas wojny przez lekarzy francuskich, rosyjskich i angielskich w sprawach nerwowych urazowych, bólowych i odżywczych, 3) ani też koncepcja Forstera zastosowania tegoż zabiegu w t. zw. nerwicach naczynioruchowych. Najmniej mogę uważać za nową metodę leczniczą *»sympathectomie périartérielle«* prof. Leriche'a, którą umotywowałem, zalecałem i stosowałem niejednokrotnie z górą przed dwudziestu laty [1]).

Dr. TADEUSZ PAWLAS, I. asyst. klin. Kraków.

Śródmiąższowe wstrzykiwania olejku terpentynowego, jako środek leczniczy w chorobach skórnych i wenerycznych.

(Z Kliniki chorób skórnych i wenerycznych U. J. Dyrektor Prof. Dr. J. Lenartowicz).

(Ciąg dalszy).

Objawów podrażnienia nerek, o co obawialiśmy się przy rozpoczęciu prób, nie mieliśmy nigdy, nawet przy podawaniu dużych i często powtarzanych dawek. Przy badaniu moczu kwasem azotowym lub sulfo-salicylowym, nigdy nie stwierdziliśmy obecności białka. U szeregu chorych, u których stosowaliśmy największą ilość wstrzykiwań terpentynowych, wykonaliśmy na pewien czas po ukończeniu leczenia badanie czynnościowe nerek. U wszystkich badanych chorych wypadło ono zadowalniająco. Podaną im na czczo herbatę w ilości półtora litra wydzielili w zupełności w przeciągu 4 godzin. Krzywa wydzielania i ciężaru gatunkowego, ilość chlorków i białka była zupełnie prawidłowa. Zgadza się to zresztą z zapatrywaniem szeregu autorów, z których niektórzy nie boją się zadrażnienia nerek tak dalece, że wstrzykują olejek terpentynowy nawet przy zapaleniach nerek (Karo [14]).

Wstrzykiwań śródmiąższowych olejku terpentynowego zastosowaliśmy dotychczas 839 w 191 przypadkach chorób skórnych i wenerycznych. Na ilość tę złożyły się następujące grupy chorobowe:

I. Choroby weneryczne:	
a) wiewiór ostry cewki przedniej	8
b) wiewiór ostry cewki przedniej i tylnej	20
c) wiewiórowe zapalenie najądrza	87
d) wiewiórowe zapalenie gruczołu krokowego	9
e) wiewiórowe zapalenie stawów	5
f) wrzody miękkie	6
g) wrzody miękkie i dymienice pachwinowe	16
h) kiła świeża	1
i) aktywowanie kiły utajonej	6
Razem	108
II. Choroby skórne:	
a) Grzybek strzygący powierzchowny	3
b) grzybek strzygący głęboki	10
c) folliculitis agminata	2
d) figówka brody	6
e) trądzik zwyczajny	8
e) trądzik głęboki	2
f) trądzik różowaty	2
g) świerzbiączka	8
h) świąd starczy	4
i) ostre wypryski i ropne zapalenie skóry	8
j) czyraczność skóry	7
k) liszaje zwykłe	2
l) liszaje obrączkowate	1
l) toczeń skóry	3
m) powiększenie gruczołów szyjnych	5
n) liszaj rumieniowaty	2
o) liszaj czerwony płaski	1
p) twardziel nosa	1
r) łuszczyca	2
s) promienica	1
t) wrzody podudzia	4
u) choroba Duhringa	1
Razem	83

Przechodzę do omawiania wyników leczniczych, uzyskanych w poszczególnych grupach chorobowych i zaczynam od najliczniej reprezentowanej grupy schorzeń wywołanych przez dwoinki wiewiórowe. Z pośród 79 przypadków wiewióra i jego powikłań, leczonych wstrzykiwaniami terpentyny, najładniejsze i najkorzystniejsze wyniki mieliśmy w ostrych i przewlocznych zapaleniach najądrza. Była to cyfrowo największa grupa schorzeń leczonych tym środkiem, omawianie więc naszych przypadków zaczynam od tej właśnie grupy, podając na wstępie kilka najbardziej charakterystycznych historyj chorób.

I. przypadek. H. J. rolnik, 25-letni, przechodził rzerzączkę dwukrotnie. Obecnie od czterech miesięcy wyciek z cewki — od 2 tygodni obrzęk lewego najądrza. Leczony dotychczas przez felczera.

Stan 19. 6. 1921. Obfity wyciek ropny z cewki. Gcc ++++. Obie części moczu silnie zmącone. Silny obrzęk i bolesność lewego najądrza. Zastosowano I. wstrzyknięcie 0.3 20% ol. ther. w olejku migdałowym w punkcie Klingmüllera. W godzinę po wstrzyknięciu ból dosyć znaczny w całej prawie nodze, trwający do rana. Najwyższa ciepłota 37.3.

20. 6. Ból nieznaczny w miejscu wstrzyknięcia. Ciepłota prawidłowa. Chory czuje się dobrze, apetyt bardzo dobry. Bolesność najądrza mniejsza, obrzęk utrzymuje się. Wyciek nieco słabszy. Gcc ++++. Obie części moczu silnie zmącone.

22. 6. Bolesność i obrzęk najądrza znacznie mniejsze. Wyciek skąpy. Gccc ++. I. część moczu silnie zmącona, II-ga czysta. II. inj. ol. ther. 20% 0.6 ccm. W pół godziny po wstrzyknięciu silny ból w nodze, utrzymujący się dobę. Ciepłota dochodzi wieczorem do 38.3° C.

24. 6. Najądrze lewe niebolesne, nawet przy ucisku, lekko tylko powiększone i stwardniałe. Wycieku z cewki niema. Obie części moczu czyste. III. inj. ol. ther. 0.8.

28. 6. Wyciek z cewki. — Stwardnienie najądrza ledwie wyczuwalne. IV. inj. ol. ther. 0.8.

29. 6. Obie części moczu czyste. Chory pozostaje bez leczenia do 4. 7., poczem, wobec braku wycieku i czystych obu części moczu, wstrzyknięcie wywołujące (prowokacyjne) 1% roztworu azotanu srebrowego sposobem Guyona.

5. 7., 6. 7. Bez wycieku. Mocz w obu częściach czysty. 2% roztwór azotanu srebra modo Guyon.

7. 7. i 8. 7. bez wydzieliny, mocz I. i II. czysty. Chory wyleczony opuszcza klinikę.

Chory powyżej opisany, przyjęty do kliniki z powodu ostrego wiewiórowego zapalenia przedniej i tylnej części cewki moczowej, powikłanego ostrem zapaleniem lewego najądrza, został wypuszczony do domu po 19 dniach, jako zupełnie wyleczony. Leczenie właściwe (cztery wstrzyknięcia śródmiąższowe 20% olejku terpentynowego) trwało 10 dni, przyczem poza terpentyną nie podawano choremu żadnych innych środków leczniczych. Nie zastosowano nawet miejscowo okładów na obrzękłe i bardzo bolesne najądrze. W czasie pozostałych 9 dni obserwowano tylko chorego i stosowano tylko sposoby prowokacyjne, celem upewnienia się o zupełnem wyleczeniu chorego. Działanie terpentyny w tym przypadku wydaje mi się poprostu zdumiewające. Nie znam z piśmiennictwa przypadku, gdzieby opisano działanie innego jakiegoś środka równie energiczne, a przedewszystkiem równie szybkie.

II. przypadek. T. R. urzędnik, 30-letni, przebywał rzerzączkę trzykrotnie, przed 12, 8 i 2 laty. Obecne zakażenie od 10 dni. W dwa dni po stosunku obfity wyciek ropny, w 24 godzin później wystąpiło bardzo silne parcie na mocz, a w 5 dniu choroby, rzekomo po wypiciu większej ilości alkoholu, okrzęk i silny ból obu najądrzy.

Stan 20. 5. 1920 r. Skąpy ropny wyciek z cewki. Gcc ++++. Mocz w pierwszej części silnie, w drugiej słabo zmącony. Oba najądrza bardzo silnie obrzękłe i bardzo bolesne. Zastosowano odrazu wstrzyknięcie 0.3 ccm 20% olej. terp., a w dwa dni później powtórzono tę samą dawkę. Ciepłota najwyższa po pierwszem wstrzyknięciu 37.5, po drugiem 37.2. Bolesność około miejsca wstrzyknięcia bardzo nieznaczna, utrzymująca się każdorazowo około 24 godzin. Parcie na mocz ustąpiło w 24 godzin po pierwszem wstrzyknięciu terpentyny. Bolesność najądrza ustąpiła w trzech dniach zupełnie. Chory podawał, że znaczną ulgę odczuł w kilka godzin po pierwszem wstrzyknięciu. Obrzęk najądrzy, zwłaszcza lewego, utrzymywał się znacznie dłużej i ustąpił zupełnie dopiero po piątem wstrzyknięciu olejku terpentynowego (1 ccm), wykonanem w 14 dniu

---

[1]) Por. H. Higier i A. Zawadzki. Endarteriitis obliterans z chromaniem przestankowem i drganiem włókienkowem, pomyślnie zoperowana t. zw. metodą Leriche'a (demonstracja w Warsz. Tow. Neurol. 17. VI. 1922).

choroby. W tym samym mniej więcej czasie ustąpiło również zmącenie drugiej części moczu. Pierwsza część moczu przeźroczysta zawierała nieliczne jeszcze strzępki. Dwoinek wiewiórowych w strzępkach badanych drobnowidowo wówczas już nie znaleziono. Zastosowano jeszcze wstrzykiwania $^1/_4$%, potem $^1/_2$% cholewału do przedniej cewki. Po 10 dniach wstrzykiwania, w 25 dniu choroby, wobec zupełnie czystych, przeźroczystych obu części moczu, zrobiono prowokacyjne wstrzyknięcie artigonu dożylnie (0.1 ccm), a w dwa dni później zakroplenie 2% azotanu srebrowego sposobem Guyona, poczem wobec ujemnego badania mikroskopowego na dwoinki wiewiórowe, chorego uznano za wyleczonego. Potwierdziło to kilkakrotne późniejsze kontrolne badanie.

Leczenie w powyższym przypadku trwało 25 dni, a łącznie z następową prowokacją i kilkudniową kontrolą 4 tygodnie, a więc jak na tak ciężki i powikłany przypadek niepomiernie krótko. Doskonały i szybki wynik ostateczny możemy przypisać tylko terpentynie.

III. przypadek. D. K. słuchacz filozofji, 21-letni. Pierwsze zakażenie wiewiórowe przed rokiem miało przebieg bardzo łagodny. Leczony wówczas około 5 tygodni wstrzykiwaniami do przedniej cewki. Obecnie w 10 dni po zauważeniu wycieku zgłasza się do leczenia.

Stan 27. 11. 1921 r. Obfity wyciek ropny z cewki. Mikroskopowo liczne dwoinki wiewiórowe i ciałka ropne. Obie części moczu silnie zmącone. Parcia na mocz niema. Zastosowaliśmy wewnętrznie przetwory salicylowe i przystąpiliśmy do przepłukiwań pęcherza rozczynem nadmanganianu potasu (1:4000) sposobem Janeta w odstępach 24 godzinnych. W dwa dni po trzeciem przepłukiwaniu zjawił się chory z obrzękiem i bolesnością prawego najądrza. Wstrzyknięto mu dwukrotnie w odstępie trzydniowym po $^1/_2$ ccm terpilanu, poczem chory zgłosił się do ambulatorjum dopiero w 12 dni po drugiem wstrzyknięciu, tłumacząc opóźnienie tem, że nazajutrz po drugiej dawce terpilanu dostał silnych dreszczy i gorączki, dochodzącej do 38.5, trwającej około 5 dni. Chory był tem tak osłabiony, że leżał w łóżku około 10 dni. Podawał, że bolesność i powiększenie najądrza ustąpiło już na drugi dzień po drugiem wstrzyknięciu. Wyciek również ustąpił, wobec czego nie stosował żadnych środków leczniczych przeciwwiewiórowych. Stan chorego przy zgłoszeniu się do ambulatorjum (19 dzień choroby) był następujący: najądrze prawe zupełnie normalne, niebolesne, nawet przy ucisku. Wydzieliny z cewki nie było zupełnie. Mocz w obu częściach czysty. Zastosowano prowokacyjnie wstrzyknięcie dożylne artigonu (0.2) i dwukrotne zakroplenie 1 i 2% azotanu srebrowego sposobem Guyona, poczem wobec stale utrzymujących się obu części moczu czystych i ujemnego wyniku badania mikroskopowego uznano chorego za wyleczonego. Potwierdziło to dwukrotne kontrolne badanie chorego w 10 i 20 dni później.

W przypadku powyższym dwa wstrzyknięcia śródmiąższowe terpilanu (po $^1/_2$ ccm) doprowadziły do zupełnego wyleczenia. Według opowiadania chorego przechodził on po drugiem wstrzyknięciu »hiszpankę« z wysoką gorączką. Mogła ona w znacznej mierze przyczynić się, a nawet spowodować wyleczenie. Mam jednakże przekonanie, ze powodem gorączki i domniemanej »hiszpanki« było właśnie wstrzyknięcie terpilanu z następowym tak silnym i długotrwałym odczynem i że ono właśnie wraz z wszystkiemi wywołanemi przez siebie następstwami doprowadziło do tak skutecznego wyniku leczniczego.

W pozostałych 34 przypadkach spostrzeganych przez nas zapaleń wiewiórowych najądrzy, leczonych terpentyną, wyniki lecznicze były szybkie i dobre. Działanie wstrzykiwań nie zawsze było tak efektowne, jak w powyżej opisanych trzech przypadkach, powodowało jednakże bardzo szybkie ustąpienie bolesności zajętego najądrza i doprowadzało niezawodnie w każdym przypadku do zupełnego wyleczenia najądrza w krótkim czasie. Pozatem wstrzykiwania terpentyny oddziaływały znakomicie na sprawę toczącą się w cewce i skracały bardzo znacznie czas leczenia wiewióra wogóle i chroniły od pojawiania się innych powikłań. W żadnym też przypadku nie przyszło do pojawienia się nawrotów, tak częstych przy innych sposobach leczenia.

Ilość wstrzyknięć, jaką stosowaliśmy w powyższych przypadkach, i czas leczenia były następujące:

Na 37 przypadków, jedno, czy obustronne zapalenie najądrzy ustąpiło:

1) Po jednem wstrzyknięciu w 5 przypadkach
2) Po dwóch wstrzyknięciach w 8 przypadkach
3) Po trzech wstrzyknięciach w 10 „
4) Po czterech wstrzyknięc. w 11 „
5) Po pięciu wstrzyknięciach w 2 „
6) Po sześciu wstrzyknięciach w 1 „

Całe leczenie rzeżączki w podanych przypadkach, od zastosowania pierwszej dawki terpentyny aż do zupełnego wyleczenia, trwało:

w jednym przypadku 10 dni
„ „ „ 19 „
w siedmiu przypadkach od 3 do 4 tygodni
„ dwunastu „ „ 4 „ 5 „
„ „ „ „ 5 „ 6 „

a tylko w czterech przypadkach dłużej niż sześć tygodni.

Z pośród innych powikłań wiewiórowych bardzo dodatnie wyniki lecznicze dawało nam stosowanie terpentyny w zapaleniach stawów. Chorych tego rodzaju obserwowaliśmy pięciu. Były to przeważnie przypadki (trzy), gdzie chorzy zgłosili się do leczenia późno i gdzie zajęcie jednego, czy też większej ilości stawów istniało już kilka tygodni. We wszystkich tych przypadkach wynik stosowania śródmiąższowych wstrzykiwań olejku terpentynowego był wprost świetny.

U chorego np., który zgłosił się z trwającym od 4 tygodni obrzękiem i bolesnością stawu łokciowego lewego, barkowego, skokowego i międzyczłonowych ręki lewej, obrzęk i bolesność zajętych stawów ustąpiły już po drugiem wstrzyknięciu terpentyny (0.5 i 0.8 20% ol. terp.) w piątym dniu leczenia. Jedynie ból w stawie skokowym utrzymywał się dłużej, w każdym jednak razie chory po dalszych dwu wstrzyknięciach (0.8 ccm i 1 ccm), w drugim tygodniu leczenia, chodził już bez laski, a w kilka dni później nie było już śladu bolesności i w stawie skokowym. Leczenie wiewióra cewki trwało i w tym przypadku krótko (sześć tygodni). Mocz, początkowo silnie zmącony w obu częściach, wyjaśnił się w drugiej części zupełnie już po trzeciem wstrzyknięciu terpentyny. Przystąpiono wtedy do leczenia przedniej części cewki przestrzykiwaniami soli srebrowych i doprowadzono do zupełnego wyleczenia wiewióra w czasie bardzo krótkim (łącznie 38 dni leczenia).

W pozostałych przypadkach podobnych wyniki były zbliżone do opisanego. Leczenie trwało wraz z zabiegami prowokacyjnemi i kontrolą kilkudniową od 6 do 9 tygodni.

W zapaleniach gruczołu krokowego, tak ostrych (3), jak przewlocznych (6), mieliśmy wyniki znacznie gorsze. Przypadki ostrego wiewiórowego zajęcia gruczołu krokowego ustępowały bardzo wolno, nawet pod wpływem bardzo częstych i dużych dawek terpentyny, w czasie niejednokrotnie dłuższym, niż po stosowaniu szczepionek (gonargina, artigon). Zapalenia zaś przewlo̧czne zupełnie nie oddziaływały na terpentynę. Musieliśmy bez wyjątku we wszystkich przypadkach przejść do stosowania innego sposobu leczenia.

Dziwiły nas też bardzo, wobec tych niepowodzeń, twierdzenia innych autorów, np. wymienionego już francuskiego dermatologa M. Pacou, który podaje dobre wyniki lecznicze terpentyną przy zapaleniach wiewiórowych gruczołu krokowego. Jednakże i w tych 9 naszych przypadkach wstrzyknięcia terpentynowe nigdy nie były bezowocne. Nie wywierając korzystnego wpływu na gruczoł krokowy, poprawiały stan ogólny chorego i powodowały znaczne zmniejszenie się wycieku i szybkie oczyszczanie się zwykle silnie zmąconej drugiej części moczu, a co zatem idzie, skrócenie czasu trwania choroby. Nigdy więc i w tych przypadkach nieprzyjemne nieraz objawy uboczne, jak np. ból nogi silnego stopnia, nie były bezcelowe i nie szły na marne. Odwrotnie przynosiły one zawsze następowo znaczną ulgę i rychłą nieraz poprawę sprawy toczącej się w śluzówce cewki moczowej.

Zauważywszy przy sposobności leczenia powikłań to znakomite działanie terpentyny na sprawę toczącą się w śluzówce cewki moczowej, rozpoczęliśmy z biegiem czasu wstrzykiwać olejek terpentynowy w ostrych, potem także w przewlocznych niepowikłanych przypadkach wiewióra, a nieco później wbrew ostrzeżeniom Klingmüllera, także i przy zajęciu części tylnej cewki moczowej. Są to przypadki, gdzie artigon, gonargina i inne szczepionki niemal z reguły zawodziły, a co gorsza niejednokrotnie wywoływały znaczne zaostrzenia sprawy chorobowej, a nawet wystąpienie powikłań. W spostrzeganych przez nas przypadkach wiewióra części przedniej (8) i tylnej (20) cewki terpentyna również święciła tryumfy. Ratowała ona nas niejednokrotnie w przypadkach, które dzięki niesłychanej uporczywości i dzięki ustawicznemu pojawianiu się nawrotów doprowadzały chorych do rozpaczy. W przypadkach tych nieraz dwa czy trzy wstrzyknięcia śródmiąższowe olejku terpentynowego z następowem leczeniem silnemi rozczynami soli srebrowych, doprowadzały z reguły do szczęśliwego, niecierpliwie przez chorego i przez lekarza oczekiwanego wyniku leczniczego. Wstrzykiwania te były niejako

punktem zwrotnym w przebiegu źle leczącej się dotychczas rzeżączki, robiły wyłom w niepowodzeniach i były najlepszą bronią na oporny szczep dwoinek wiewiórowych.

W przypadkach przebiegających prawidłowo podawaliśmy terpentynę w celach poniekąd zapobiegawczych, mających chronić od pojawienia się powikłań. Stosowaliśmy ją głównie wówczas, gdy chorzy, zgłosiwszy się do leczenia ze świeżą rzeżączką, podawali w wywiadach, że w poprzednio przebytych zakażeniach wiewiórowych, mimo przestrzegania najściślejszego wszystkich przepisów lekarskich i mimo bardzo starannego leczenia, zawsze dostawali jakichś powikłań, o ciężkim niejednokrotnie przebiegu. Wstrzykiwaliśmy również terpentynę w kilku przypadkach rzeżączki, nabytej po raz pierwszy. W żadnym i z tych przypadków nie doszło do powikłań. Zdarzały się tu i ówdzie zmętnienia drugiej części moczu, przemijały one jednakże zawsze szybko i bezpowrotnie, najczęściej bez jakiegokolwiek leczenia tylnej części. Czas trwania choroby był zaś we wszystkich tych przypadkach mniej lub więcej krótszy niż w przypadkach podobnych, leczonych analogicznie, ale bez zastosowania terpentyny.

Jedynym przypadkiem rzeżączki, gdzie wstrzyknięcie terpentyny i to jej przetworu, najlepiej zwyczajnie znoszonego, bo terpichiny, nie tylko zawiodło, ale, gdzie mimo wstrzyknięcia, czy też właśnie z powodu wstrzyknięcia wystąpiło silne zaostrzenie sprawy chorobowej, to przypadek w którym wstrzyknięto terpichinę dwukrotnie (0.5, 0.8 ccm) w odstępie dwudniowym przy krwawieniu końcowem na tle wiewióra (*Haematuria terminalis gonorrhoica*). W przypadku tym stwierdziliśmy zaraz po drugiem wstrzyknięciu bardzo znaczne pogorszenie. Krwawienie końcowe wzmogło się, wystąpiło silne parcie na mocz, chory co pięć do 10 minut oddawał mocz z ogromnemi bólami, wystąpiła silna bolesność w okolicy pęcherza, rozwinęło się w szybkim czasie ostre zapalenie pęcherza, przebiegające bardzo gwałtownie, utrzymujące się przez długi czas bez zmiany, mimo bardzo troskliwego leczenia i opieki.

Czy specjalnie przy krwawieniu końcowem terpentyna wywiera tak niekorzystne działanie i czy rzeczywiście w przypadku powyższym ona to spowodowała, nie wiemy, gdyż nie mieliśmy jnż odwagi, po tem smutnem doświadczeniu, próbować dalszych wstrzykiwań terpentynowych w innych przypadkach krwawienia końcowego.

We wrzodach miękkich stosowaliśmy terpentynę w dwudziestu dwóch przypadkach, z czego 16 było powikłanych zajęciem gruczołów pachwinowych. I w tej grupie schorzeń mieliśmy we wszystkich przypadkach wyniki świetne. Zwykle 3 do 4 wstrzyknięcia śródmiąższowe terpentyny wystarczały do spowodowania wessania się największych nawet dymienic pachwinowych, nieraz rozmiękających już i chełboczących, nadających się na pierwsze wejrzenie jedynie do zabiegu operacyjnego. Ból miejscowy w pachwinie i okolicy owrzodzeń zmniejszał się bardzo znacznie z reguły po pierwszem już wstrzyknięciu. Niejednokrotnie ustępował bez śladu i bezpowrotnie. Następne wstrzyknięcia stosowano już tylko celem przyśpieszenia wessania się dymienic i oczyszczenia się owrzodzeń, co następowało nawet bez miejscowego użycia środków odkażających.

Najładniejszy, najefektowniejszy i najbardziej rzucający się w oczy przypadek tej grupy, to przypadek wielokrotnych wrzodów miękkich u młodego 23-letniego handlarza L. S. Wrzody w tym przypadku były bardzo bolesne, o niesłychanie złośliwym charakterze, drążące głęboko, dwa z nich przebiły do cewki moczowej. Chory zgłosił się do kliniki w 3 tygodnie po wystąpieniu wrzodów, leczony dotychczas przez lekarza prowincjonalnego bardzo energicznemi środkami miejscowemi. Według twierdzenia chorego leczenie to nie tylko nie dało dodatniego wyniku, ale przeciwnie sprawa okazywała dążność do bardzo szybkiego rozwijania się. Wstrzykiwania olejku terpentynowego, zastosowane zaraz po przyjęciu chorego do kliniki, zmieniły obraz chorobowy bardzo szybko, wprost namacalnie. Chory przestał się uskarżać na niezmiernie silne przedtem bóle przy oddawaniu moczu. Owrzodzenia same były już na drugi dzień po pierwszem wstrzyknięciu bardzo mało bolesne i poczęły się szybko w miarę dalszych wstrzykiwań oczyszczać i wypełniać tkanką ziarninową. W dwa tygodnie po przyjęciu chorego w miejscu owrzodzeń widoczne były tylko gładkie niewielkie blizenki. Również przetoki łączące przedtem owrzodzenia żołędzi z cewką wypełniły się zupełnie tkanką bliznowatą.

W 2 tylko przypadkach dymienic przyszło, mimo zastosowania wstrzykiwań terpentynowych, do samoistnego przebicia, ewentualnie do zastosowania nacięcia rozmiękłych gruczołów. Były to jednakże przypadki, w których mimo całej wiary, jaką pokładam w tym właśnie sposobie leczenia, nie myślałem, aby sprawa mogła zejść inaczej. W obu przypadkach stan ówczesny chorych wykazywał grnczoły w formie guzów wielkości pięści, niesłychanie bolesnych, zupełnie rozmiękłych, pokrytych cieniuchną, prawie pergaminowatą skórą, przez którą przeświecała wypełniająca gruczoł ropa. I w tych przypadkach podawanie terpentyny wywarło wpływ bardzo korzystny. Bolesność zmian chorobowych ustąpiła bardzo szybko w znacznym stopniu. Nacięcie wykonano bez znieczulenia. Mimo to chory zachowywał się bardzo spokojnie i twierdził, że ból przy przecinaniu grnczołu, a następnie przy wyciskaniu ropy był znośny. Uderzało to wobec tak pospolitego uskarżania się chorych na ogromne bóle, zwłaszcza przy wyciskaniu ropy i wypełnianiu gazą powstałej po przecięciu jamy.

W 2. przypadku gruczoł rozmiękły sam przebił na zewnątrz. Pierwszy opatrunek w tym przypadku nie był zbyt bolesny. Pozatem jamy powstałe po przebiciu i nacięciu oczyszczały się i zabliźniały poprostu w oczach, w czasie nierównie szybszym, niż to się dzieje zwyczajnie. Blizny w obu przypadkach były bardzo małe i gładkie, a więc i efekt kosmetyczny był piękny.

W kile nie stosowaliśmy terpentyny w celach leczniczych, i nie próbowaliśmy jej działania, wykluczając z góry możliwość jakiegokolwiek oddziaływania na krętki blade. Potwierdziły to zresztą rychło dwa przypadki, w których przy istniejącej kile wstrzykiwaliśmy olejek terpentynowy z powodu istnienia równoczesnego innej sprawy chorobowej. Pierwszy z tych przypadków był bardzo ciekawy i charakterystyczny.

Chory M. S. 34-letni rolnik, silnie zbudowany i doskonale odżywiony, zgłosił się do kliniki celem leczenia istniejących u niego już od trzech tygodni owrzodzeń prącia i dymienic pachwinowych obustronnych. Z powodu silnego obrzmienia prącia i równoczesnej stulejki nie można było zbadać owrzodzeń, które wyczuwało się w rowku żołędnym i na wewnętrznej blaszce napletka. Gruczoły pachwinowe były bardzo bolesne, nieco chełbocące, bardzo silnie powiększone, szczególnie lewostronny, dochodzący wielkości pięści. Odczyn Wassermanna ujemny.

Wstrzyknięto choremu zaraz 0.4 ol. ter. 20% śródmiąższowo. W dwa dni później 0.7 ccm. W 4 dniu po przyjęciu chorego obraz chorobowy był nie do poznania zmieniony. Znikła bez śladu niemal bolesność owrzodzeń i tak dotkliwa poprzednio bolesność gruczołów pachwinowych. Gruczoł lewostronny, dochodzący pierwotnie wielkości pięści, rozmiękły, zmniejszył się do ¼ pierwotnej wielkości i stał się wybitnie twardy. Zastosowano dwa dalsze wstrzyknięcia (a 1 ccm) i wówczas uderzyło nas to, że gruczoły pachwinowe nie zmniejszają się już ani nie wracają do normalnej spoistości, lecz odwrotnie nieco się zwiększają i twardnieją. Zastanowiło nas również silne stwardnienie, jakie się wyczuwało przez napletek w okolicy wędzidełka. Wykonaliśmy wówczas powtórnie badanio krwi na O. W., które dało wynik z jednym antigenem słabo, z drugim silnie dodatni. Ostatnie nasze wątpliwości rozpoznawcze rozwiało ukazanie się po pierwszem wstrzyknięciu neosalwarsanu (0.45) obfitej wysypki plamistej, rozrzuconej po całym tułowiu i kończynach.

W przypadku tym przekonaliśmy się dowodnie, że leczenię terpentyną, które oddziałało tak znakomicie leczniczo na istniejące wrzody miękkie i rozmiękający, chełbocący już gruczoł pachwinowy, nie wywarło najmniejszego korzystnego wpływu na przebieg równocześnie rozwijającej się w ustroju kiły i nawet nie odwlekło wystąpienia czy to dodatniego O. W., czy to obfitej osutki.

Używaliśmy później kilkakrotnie wstrzykiwań terpentynowych w kile w celach wywoławczych (prowokujących). Próby podobne robiono już przedtem z mlekiem i innemi ciałami białkowemi. Np. Guszman ([42]) uzyskał w kile, gdzie na skutek leczenia swoistego przyszło do zmiany odczynu Wassermanna z dodatniego na ujemny, ponowne wystąpienie dodatniego O. W. w następstwie wstrzyknięcia 10 cm mleka śródmiąższowo w 15% przypadków. Podobnie w przypadkach kiły utajonej z odczynem Wassermanna ujemnym uzyskał Guszman przez wstrzyknięcie 10 ccm mleka w 15 na 63 przypadków odczyn Wassermanna dodatni. Autor ten przy

puszcza, że zmiana O. W. pod wpływem wstrzyknięcia mleka w przytoczonych przypadkach nastąpiła wskutek wzmożonej czynności komórek ustrojowych i zwiększonej ich wrażliwości, co przy obecności krętków bladych w ustroju wywołało tworzenie się nowych „reagin" i następową zmianę odczynu.

Podobnę próby robiliśmy i my, wstrzykując śródmiąższowo zamiast mleka olejek terpentynowy. Wbrew przewidywaniom jednak nie udało się nam zmienić ani razu O. W. ujemnego na dodatni, ani w przypadkach kiły utajonej z O. Wassermanna ujemnym, ani też w przypadkach, gdzie uprzed nio uzyskaliśmy przez leczenie przejście odczynu Wassermanna z dodatniego na ujemny. Na podstawie rozważań teoretycznych, zapoczątkowanych przez doświadczenia Kyrlego, który lecząc kiłę rtęcią i wstrzykiwaniami mleka zauważył, że potrzeba bardzo małych dawek rtęci, by usunąć objawy kiłowe i wywołać zniknięcie O. W., należałoby jeszcze spróbować wstrzykiwania przetworów terpentynowych w czasie leczenia kiły obok leczenia salwarsanem i rtęcią. Wzmożona czynność komórek ustrojowych, jaką powodują wstrzykiwania terpentyny, uczulenie pierwoszczy powinnoby spowodować wybitniejszy i bardziej nasilony udział ustroju w walce z jadem kiłowym, co, zesumowane z równoczesnem działaniem rtęci i krętkobójczem działaniem salwarsanu, powinnoby dać pewniejsze i szybsze rezultaty lecznicze. W praktyce dotychczas podobnego, złożonego leczenia kiły nie zastosowaliśmy, zamierzamy jednakże w najbliższej przyszłości wypracować tego rodzaju sposób leczenia i wypróbować jego skuteczność na szeregu przypadków. (Dok. nast.)

T. KRASNOPOLSKI. Warszawa.

Przypadek torbieli naskórkowej dłoni pochodzenia urazowego.

Z 2-go Chirurgicznego oddziału Szpit. Dzieciątka Jezus w Warszawie, Dr. Z. Sławiński.

Torbiele naskórkowe są zjawiskiem dość rzadkiem; wielu doświadczonych chirurgów nie spostrzegało ich w praktyce swojej ani razu. Nie ulega jednakże wątpliwości, że rozpoznaje się je często jako kaszaki lub torbiele skórzaste, tem też można tłómaczyć szczupłą liczbę ogłoszonych przypadków torbieli naskórkowych. Powyższe względy skłaniają mnie do ogłoszenia następującego przypadku przezemnie spostrzeganego.

Chory J. W., lat 35, ślusarz; przed 8-miu miesiącami ukłuł się cienkim drutem w prawą dłoń u podstawy palucha; ranka zgoiła się bez żadnych powikłań. Po upływie 6-ciu tygodni powstało w tem miejscu stwardnienie kuliste, które zrazu nie wywoływało żadnych dolegliwości, z biegiem czasu jednak, w miarę jak się powiększało, powodowało ból przy braniu do ręki narzędzi pracy. Ostatniemi czasy ból stał się tak dotkliwy, że chory stracił możność pracy i to też zniewoliło go do zasięgnięcia porady chirurgicznej.

Na prawej dłoni, u podstawy palucha, torbiel wielkości dużego orzecha laskowego; dłuższa średnica torbieli tej przebiegała w poprzek palca; twarda, sprężysta, spojona ze skórą niezmienioną, nie spojona z głębiej leżącemi tkankami (ścięgnem), dawała się przesuwać wraz ze skórą we wszystkich kierunkach. Ruchy palucha były nieograniczone.

W znieczuleniu nowokainą torbiel wyjąłem w całości wraz z pokrywającą skórą. Szew skórny. Przebieg pooperacyjny był bez powikłań.

Badanie anatomiczne usuniętej torbieli przeprowadził p. Dr. Skubiszewski. Dało ono następujący wynik: Przy oglądaniu okiem gołem twór ten ma wygląd jajowaty, a średnica jego po utrwaleniu wynosi 2 ctm; twór spłaszczony jest nieznacznie, spoistość jego jest wzmożona, przy ucisku wykazuje prężność podobną do piłki gumowej. Po przecięciu stwierdza się, że jest to twór torbielowaty z zawartością płynną, zawierającą nieznaczną ilość masy twardej w postaci drobnych białych ziarenek. Grubość ściany jest wszędzie jednaka, wynosi $1\frac{1}{2}$ mm. Już gołem okiem można stwierdzić, że ściana torbieli składa się z trzech warstw względnie błon. Warstwa wewnętrzna ma wygląd spoisty, nieco przeźroczysty, jest zbita i przypomina swoim wyglądem macicę perłową i jest pokryta jakby łuską. Warstwa środkowa jest szara, odcina się dość wyraźnie, mniej zbita. Warstwa zewnętrzna jest szklista, barwa jej jest szaro-biała; warstwa ta jest nierównomiernie gruba i pokryta nazewnątrz szeregiem łatwo odszczepiających się zbitych włókienek lub pasemek.

Badanie drobnowidowe wykazało, że ściana torbieli składa się z naskórka, różniącego się znacznie od zwykle widocznego w skórze normalnej. W naskórku tym, tworzącym ścianę torbieli, są dwie warstwy: warstwa zrogowaciała (*stratum corneum*), która składa się z grubych pasmowatych mas i odcina się na barwionych preparatach przy barwieniu metodą v. Siason'a; od tej warstwy, którą gołem okiem określiliśmy jako błonę środkową, a która przy badaniu mikroskopowem okazała się warstwą rozrodczą (*stratum germinativum*). Poszczególne części tej warstwy są znacznie zmienione: warstwa komórek walcowatych odróżnia się tem, że komórki te są małe, zbite, owalne lub podobne do płaskich, rzadko walcowate; warstwy komórek kolczastych niema, a jej miejsce zajmują komórki warstwy ziarnistej, które mają wygląd nieprawidłowy, są małe, o ziarnach grubych i łatwo barwią się. Następna warstwa ku zewnątrz, którą po oglądaniu okiem gołem określiłem, jako błonę zewnętrzną, składa się ze zbitej tkanki łącznej z wybitnemi zmianami szklistemi, oraz z pojedynczemi naciekami, wytworzonemi z komórek limfocytowych.

Z tego wynika, że jest to torbiel, powstała wskutek wszczepienia wielowarstwowego nabłonka skóry.

Co do przyrody i sposobu powstawania tych torbieli, zaznaczyć należy, że jedni badacze zaliczali je do kaszaków, oczywiście z powodu ich kaszowatej zawartości, zapoznając fakt, że na palcach i dłoni, gdzie się one prawie wyłącznie umiejscowiają, niema elementów, gruczołów łojowych, z których zwykle powstają kaszaki; według innych poglądów torbiele takie mogą powstawać z gruczołów potowych w ten sposób, że nabłonek gruczołów zamienia się w płaski naskórek; zaliczano je wreszcie do torbieli skórzastych, chociaż nigdy nie znajdowano w nich zębów, włosów lub gruczołów. Pierwszy Reverdin (podług Gorre) przedstawił w sposób właściwy sprawę powstawania tych torbieli; autor ten podkreślił fakt, że prawie we wszystkich spostrzeganych przypadkach daje się stwierdzić uraz, jako czynnik, poprzedzający powstanie torbieli; zdaniem Reverdin'a wskutek urazu (ukłucia, zranienia, zgniecenia) dostaje się do tkanki podskórnej cząstka naskórka, zdolna do dalszego istnienia i rozwoju; komórki naskórka rozmnażają się, rogowacieją, dokoła wytwarza się otoczka z tkanki łącznej; wewnątrz powstającej torbieli gromadzą się zrogowaciałe złuszczone komórki naskórkowe i powstaje zawartość kaszowata.

Istnieją liczne dowody doświadczalne i kliniczne, stwierdzające zdolność wtłoczonego naskórka do życia i nawet dalszego jego rozrostu. Kaufmann i Schweninger (podług Klein'a) wszczepiali naskórek w tkankę podskórną także do jamy otrzewnej; w obu miejscach stwierdzono rozmnażanie komórek naskórkowych. Również w tęczówce można wywołać podobne torbiele przez wszczepienie spojówki (Horek i Doormal). Rothmund (podług Vörza) zaś wykazuje, że na 36 przypadków torbieli skórzastych tęczówki w 28 stwierdzono uraz.

Wartość doświadczeń mają dalej następne spostrzeżenia operacyjne: w celu odosobnienia nerwu i zapobieżenia zrostom z otaczającemi tkankami osłonięto nerwy w dwóch przypadkach płatkami naskórkowemi; z płatków powstały z czasem torbiele naskórkowe; w pierwszym z tych przypadków (Neugebauer) utworzyła się przetoka, z której stale wydzielała się kaszowata masa, w drugim (Vörz) przy powtórnej operacji stwierdzono obecność torbieli naskórkowej, otaczającej nerw dokoła. Martin dwa razy spostrzegał powstanie torbieli naskórkowej po operacji wrośniętego paznokcia i tłómaczy to w ten sposób, że wszczepiona w tkanki głębsze cząstka naskórka wytworzyła torbiele. Sławiński cztery razy spostrzegał powstawanie torbieli naskórkowej w wardze dolnej ust, prawdopodobnie po przygryzieniu wargi zębami. Znany jest szereg spostrzeżeń, gdzie wewnątrz torbieli naskórkowych znajdowano ciała obce; zjawisko to należy pojmować w ten sposób, że razem z obcem ciałem został implantowany naskórek, który następnie rozrósł się dokoła obcego ciała.

Za urazowem pochodzeniem torbieli naskórkowych przemawia również fakt, że powstają one wyłącznie u ludzi, pracujących fizycznie. Opisane są nadto 4 przypadki powstania torbieli po zranieniu palców podczas operacji u chirurgów, przeważnie ostremi hakami. Nie w każdym atoli poszczególnym przypadku stwierdzić można wpływ urazu, co się tem tłómaczy, że drobnego urazu nie zauważa człowiek, narażony na częste urazy, zwłaszcza o ile mu nie towarzyszy mu stan zapalny i ropienie.

Teorja powstawania torbieli naskórkowych drogą wszcze-

Wassermanna stale dodatnim. Z tego wynikałby wniosek, że ideałem leczenia byłoby usuwanie ognisk chorobowych a podtrzymywanie stale dodatniego odczynu Wassermanna. Teorją B e r g l a nie można też wytłómaczyć tego spostrzeżenia, że kiła złośliwa, okazująca tak często odczyn Wassermanna ujemny, nie daje, jak uczy doświadczenie kliniczne, bynajmniej na przyszłość rokowania niepomyślnego, owszem chroni poniekąd od ciężkich schorzeń metasyfilitycznych.

Ze spostrzeżeń i zapatrywań wyżej przytoczonych widać, że i w okresach późniejszych kiły jawnej czy utajonej odczyn Wassermanna nie może być dla nas bezwzględnym wskaźnikiem ani leczenia ani rokowania. Spostrzeżenia, że odczyny serologiczne krwi ujemne zawodzą, o ile chodzi o rozpoznanie schorzeń środkowego układu nerwowego, jakoteż spostrzeżenia, że nawet przy wybitnie rozwiniętych zmianach chorobowych układu nerwowego ośrodkowego i obwodowego odczyn Wassermanna we krwi może być i bywa często ujemny, skierowały badania serologiczne na inną drogę. Podane przez Q u i n c k e g o nakłucie lędźwiowe i badanie płynu mózgowo-rdzeniowego starano się zastosować do kiły znów w celach rozpoznawczych i prognostycznych, w znacznej mierze i leczniczych. Okazało się przytem, że niema bynajmniej równoległości między odczynem Wassermanna we krwi a odczynem Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym, że płyn mózgowo-rdzeniowy zachowuje pod względem tego odczynu, jak i odczynów innych, pewną niezależność, pewną, że tak powiem, autonomję, i że właśnie dzięki tej autonomji zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym odnieść można jedynie i wyłącznie do schorzeń układu nerwowego. Jest to, można powiedzieć, odczyn tylko miejscowy i dlatego odczyn pozwalający wnioskować o chwilowym stanie układu nerwowego. Chwilowym, nie stałym, bo niestety okazało się z biegiem czasu, że z zachowania się płynu mózgowo-rdzeniowego, podobnie jak z odczynów we krwi, nie można wyciągać ani ścisłych wskazań leczniczych, ani zupełnie pewnych wniosków o rokowaniu na przyszłość. Mimo, że odczyny w płynie mózgowo-rdzeniowym są odczynami, że tak powiem, miejscowemi, bardziej bezpośredniemi, niż odczyny serologiczne, to jednak z ich pomocą w istotę schorzeń nerwowych — dotąd przynajmniej — dostatecznie wniknąć nie możemy.

Do badania płynu mózgowo-rdzeniowego i do wykazania zaszłych w nim zmian posługujemy się, jak wiadomo, prócz odczynu Wassermanna także innemi odczynami, takiemi, jak odczyny P a n d y'ego, W e i c h b r o d t a, N i s s l a (do wykazania zwiększonej ilości białka), odczynem N o n n e A p e l t a (wykazanie globulin), odczynami koloidalnemi (odczyn G o l d s o o l, M a s t i x, B e n z o e s o w y), wreszcie kontrolą ilości ciałek białych t. j. stwierdzeniem większej lub mniejszej pleocytozy. Ponadto uwzględniano także ciśnienie płynu mózgowo-rdzeniowego. Zaznaczyć należy z naciskiem, że odczyny te dziś rozmaici autorowie oceniają różnie, że często nie ma współrzędności nietylko tych odczynów z odczynem Wassermanna, ale także między sobą, że wreszcie, co najważniejsze, nie ma współrzędności między temi odczynami a objawami klinicznemi.

N o n n e, oceniając wartość poszczególnych odczynów, zaznacza, że odczyn P a n d y'ego, jako zbyt czuły i występujący u zdrowych, nie nadaje się do oceny schorzeń kiłowych układu nerwowego, odczyn N o n n e - A p e l t a wypada zawsze ujemnie w schorzeniach niekiłowych, a zawsze dodatnio w wiądzie rdzenia i porażeniu postępującem, pleocytoza towarzyszy zawsze sprawom chorobowym kiłowym, ale występuje także w schorzeniach niekiłowych, zwiększa się również i u osób zdrowych, jeżeli nakłucie powtarzamy kilkakrotnie. Odczyn goldsoolowy jest, zdaniem N o n n e g o, zbyt zawiły, by można go stosować wygodnie w praktyce, raczej dogodniejszy jest odczyn mastyksowy. Bezwzględnie za kiłą przemawia dodatni odczyn Wassermanna, o ile nie ma dodatniego odczynu we krwi i innego niekiłowego schorzenia opon mózgowo-rdzeniowych, bo w tym przypadku opony stają się przepuszczalne dla reagin we krwi krążących a odczyn staje się przez to mylnym i nieswoistym. W wiądzie rdzenia radzi N o n n e używać do odczynu Wassermanna wzrastających ilości płynu mózgowo-rdzeniowego, gdy w niedowładzie postępującym już 0,2 płynu daje najczęściej wyniki pewne. Jakkolwiek badanie płynu mózgowo-rdzeniowego daje nam cenne wskazówki rozpoznawcze i pozwala na wczesne rozpoznanie spraw chorobowych, klinicznie jeszcze niewidocznych, to jednak N o n n e zaznacza wyraźnie, że, zdaniem jego, z zachowania się płynu mózgowo-rdzeniowego nie można, jak dotąd, wysnuwać żadnych pewnych wniosków o rokowaniu na przyszłość, nie można naprzód przewidzieć, którzy chorzy, okazujący zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, są kandydatami do wiądu rdzenia i porażenia postępującego. A przestroga ta jest dla nas ważną, bo wiąże się równocześnie z drugą opinją N o n n e g o w sprawie leczenia.

N o n n e sprzeciwia się forsownemu leczeniu salwarsanem chorych w okresie kiły utajonej i z dodatnim odczynem Wassermanna, bo, zdaniem jego, salwarsan może zadziałać prowokująco na nieczynne ogniska układu nerwowego. N o n n e przypuszcza też, że przyczyną tak częstych obecnie neurorecydyw może być leczenie salwarsanem. Rokowniczego zatem znaczenia odczyny dodatnie w płynie nie mają, co więcej, S a c h s zadaje pytanie, za co uważać dodatni odczyn Wassermanna w płynie mózgowo-rdzeniowym, czy za wyraz ciał ochronnych ustroju, czy też za wyraz schorzenia? Jeżeli za wyraz schorzenia, to leczenie byłoby wskazane, jeżeli za wyraz ciał ochronnych, za dowód przebytego zakażenia, to leczenie jest raczej zbyteczne.

Jeszcze wyraźniej zaznacza swoje stanowisko w tej sprawie L e s s e r. Według niego w przebiegu kiły układu nerwowego można się dopatrywać tej samej analogji, co w przebiegu kiły na skórze. Osutka pierwsza, gęsto rozsiana, i osutki nawrotowe, z coraz mniejszą ilością ognisk chorobowych na skórze, dowodzą jasno stopniowego samorodnego uodporniania się, samoobrony skóry przeciw jadom krętka bladego; tego samego dowodzą dodatnie odczyny w płynie mózgowo-rdzeniowym. Zatem tam raczej trzeba rokować gorzej, gdzie tych odczynów jako objawu samoobrony niema, niż tam, gdzie one są. Odczyny dodatnie w płynie mózgowo-rdzeniowym we wczesnych okresach kiły nie usposabiają bynajmniej, zdaniem L e s s e r a, do przyszłego wiądu rdzenia lub porażenia postępującego.

Kiedy te zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym w przebiegu kiły zaczynają występować, w jakich odsetkach i czy mają znaczenie dla zabiegów leczniczych, czy wreszcie z objawów klinicznych na skórze można je przewidzieć? I tu zdania są podzielone, jesteśmy w okresie zbierania materjałów i statystyk, a jak statystyki bywają niezgodne, powszechnie wiadomo. Zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, objawiające się pewnemi przynajmniej odczynami, występują, jak dziś wiemy, w rozmaitych okresach kiły i nie we wszystkich równe mają znaczenie. Ze spostrzeżeń K y r l e g o wynika, że najczęściej pojawiają się zmiany po raz pierwszy w pierwszym roku po zakażeniu, w drugiej jego połowie, rzadziej w roku drugim po zakażeniu, a bardzo rzadko w trzecim. Poza tym okresem wystąpienie zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym (tj. początek zmian) zaliczyć należy do niezwykłych rzadkości. Że jednak już bardzo wcześnie, bo w okresie kiły pierwszorzędnej i to nietylko w okresie seropozytywnym, ale nawet w okresie seronegatywnym, można już napotkać zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, dowodzą prace F r ü h w a l d a i K o h r s a. F r ü h w a l d na 19 przypadków lues I seropositiva w 4 znalazł zmiany w płynie mózgowo-rdzeniowym, w 4 także na 45 przypadków lues I seronegativa, a z obliczeń jego z przypadków zebranych z piśmiennictwa wynika, że z dodatniemi odczynami w płynie mózgowo-rdzeniowym spotykamy się w lues I seronegativa w 10·7%, w lues I seropositiva w 17·3%. K o h r s podobne podaje odsetki. Według niego lues I seronegativa wykazuje również 10·7% płynów dodatnich, lues I seropositiva 14%, lues II manifesta (nie leczona) 37%, *lues latens* (przedtem nie leczona) 38%, *lues gummosa* 48%. Z badań K y r l e g o, przeprowadzonych na prostytutkach, wynika, że leczenie nie ma, zdaje się, wybitniejszego wpływu zapobiegawczego na występowanie zmian w płynie mózgowo-rdzeniowym, znalazł

piania cząstek naskórka zyskała powszechne uznanie w piśmiennictwie najnowszem. Torbiele naskórkowe najczęściej umiejscowiają się na dłoniowej powierzchni palców i na dłoni; zaledwie 2 razy opisano je na grzbietowej powierzchni palców; znajdowano je nadto na tylnej powierzchni uda, na środku goleni u dziecka, na wyrostku sutkowym po operacji, na brzegu oczodołu, w pochwie. Zwykle torbiel występuje pojedyńczo. Za unikat podać można spostrzeżenie Wachter'a (podług Parin'a), gdzie jednocześnie znajdowały się 4 torbiele: 3 na palcach, 1 na dłoni. Torbiele omawiane zwykle mają postać kulistą, lub owalną, są one sprężyste, spojone ze skórą, a niezrośnięte z głębokiemi tkankami; torbiele te składają się z otoczki i kaszowatej zawartości. Otoczka bywa biała, opalowa i sprężysta; mikroskop wykrywa w nich trzy warstwy: zewnętrzną, z włókien tkanki łącznej bez elementów sprężystych, następnie warstwę pośrodkową, składającą się z wielowarstwowego płaskiego naskórka, który w kierunku do wewnątrz staje się coraz więcej płaski i traci jądra; wreszcie warstwę wewnętrzną tworzą zrogowaciałe komórki naskórkowe; warstwa ta jest znacznie grubsza, niż w skórze normalnej. Złuszczone komórki dają kaszowatą zawartość torbieli. Szybkość powstawania torbieli po urazie podlega dość znacznym wahaniom; najwcześniej została torbiel zauważona po upływie trzech tygodni od urazu, najpóźniej po 6 miesiącach.

W naszym przypadku początkowe objawy wystąpiły po upływie 6-ciu tygodni.

Leczenie chirurgiczne; wyłuszczenie torbieli w znieczuleniu nowokainą nie nastręcza trudności. Wznów pooperacyjnych nie notowano.

Piśmiennictwo.

1. Garré. Beitr. z. klin. Chir. BD. XI. 1894. — 2. Klar. M. med. W. N. 16. — 3. Klein. M. med. W. N. 16. 1904. — 4. Martin. Zeitschr. f. Chir. BD. XLIII. — 597. — 5. Metiret. La Presse médic. 1919. N. 21. — 6. Neugebauer. Beitr. z. klin. Chir. BD. XV, H. 2. — 7. Sarin. Chirurgia 1914. N. 25. — 8. Vörz. Beitr. z. klin. Chir. BD. XVIII. H. 3.

A. NADEL. Lwów

Rzadki przypadek wielokształtnego rumienia wysiękowego *(Erythema exsudat. multiforme).*

W ostatnich czasach miałem sposobność zauważyć interesujący przypadek wielokształtnego rumienia wysiękowego.

Z końcem stycznia br. zgłosił się do mnie chory mężczyzna, lat 20, z wysypką na twarzy i karku, z bólami mięśniowemi w miejscu wysypki. Badanie dało obraz następujący: Chory wzrostu średniego, odżywienia i budowy dość lichej, na karku wzdłuż nerwu potyliczno-szyjnego, dalej na twarzy, odpowiednio do przebiegu nerwu twarzowego, guzki barwy cynobrowej wielkości orzecha laskowego do orzecha włoskiego i nieco większe, nieznacznie tylko ponad powierzchnię skóry się wznoszące, pokryte drobnemi pęcherzykami o zawartości surowiczej. Guzki te zlewają się miejscami w dość rozległe pęcherze. W następnych 2 dniach proces rozszerzył się na nos, przechodząc w dalszym ciągu i na błony śluzowe nosa, jakoteż na spojówki oczne, dając obraz silnego zapalenia spojówek nawet z wyraźnemi pęcherzykami surowiczemi. Proces ten był obustronny i, jak wspomniałem, zupełnie symetryczny. Błona śluzowa jamy ustnej była wolna, również na całem ciele nie można było zauważyć żadnego podobnego wykwitu. Ciepłota chorego była nieco podwyższona (37.8), chory czuł się zupełnie dobrze, skarżył się tylko na bóle karku. Badanie narządów wewnętrznych, jakoteż moczu, nie wykazało zmian żadnych.

Umiarowe umiejscowienie guzków pęcherzyków surowiczych, ugrupowanie ich wzdłuż anatomicznego przebiegu nerwów i podmiotowy stan chorego były powodem, że myślałem przedewszystkiem o półpaścu obustronnym (*herpes zoster ambilateralis*). Upośledzenie czynności mięśni twarzowych w następstwie silnego napięcia skóry twarzy, a mogące uchodzić za objaw porażenia nerwu twarzowego, które towarzyszy dość często półpaścowi umiejscowionemu na twarzy, przemawiało również za rozpoznaniem półpaśca. Jednakowoż w kilka dni później wystąpiły u chorego objawy, które sprawę zupełnie wyjaśniły. Oto pokazały się dwa świeże wykwity o tych samych cechach, co pierwotne, z umiejscowieniem na piersi i prawem przedramieniu. Ten ostatni zwłaszcza był tak charakterystyczny, że nie ulegało żadnej wątpliwości, że mamy do czynienia w tym przypadku z wielokształtnym rumieniem wysiękowym. Z powodu zwiększenia się procesu wysiękowego pod naskórkiem powstał obraz wspomnianego wykwitu, umiejscowionego na grzbietnej stronie prawego nadgarstka, złożony z pęcherzyków o ugrupowaniu kolistem; jestto obraz znany w dermatologji pod nazwą *herpes iris*. Rozszerzeniu się procesu chorobowego na skórze towarzyszyło podniesienie się ciepłoty powyżej 38° C.; chory czuł się bardzo osłabiony, skarżył się na bóle głowy i bóle w okolicy wątroby. Badanie narządów jamy brzusznej wykazało zwiększenie się i bolesność przy obmacywaniu wątroby i śledziony i wrażliwość jelita grubego. Dzień później pojawiła się biegunka, która mimo djety i środków przeciwbiegunkowych nie ustawała; obydwa te objawy trwały przez 3 tygodnie. Gorączka powyżej 38°, dochodząca czasami i do 39°, trwała około tydzień, następnie *per lysin* doszła w ciągu dwóch tygodni prawie do normy. W tym czasie badany mocz nie zawierał również składników nieprawidłowych.

Leczenie stosowane przez nas u chorego składała się miejscowo z 5% maści ichtjolowej, wewnętrznie chory dostawał z początku antipyretica (pyramidon, salicylan sodu), następnie z powodu powikłania ze strony przewodu pokarmowego stomachica (salol itp.). Wykwity na skórze zniknęły już po tygodniu bez pozostawienia jakichkolwiek śladów, jedynie spojówki są zajęte do dziś dnia (9 tydzień choroby). Ciepłota jest nieco podniesiona (37.2°—37.4° C.), śledziona i wątroba bez zmian dających się wykazać, a wogóle stan ogólny chorego jest dobry, nieżyt oskrzeli ustępuje, pozostało jedynie mierne wzdęcie jelit.

Z powodów odemnie niezależnych nie mogłem chorego spostrzegać aż do zupełnego wyzdrowienia.

Przypadki wielopostaciowego rumienia wysiękowego z powikłaniami brzusznemi lub płucnemi były w piśmiennictwie niezbyt często opisywane.

Welander[1]) opisał przypadek chorego na kiłę, u którego w czasie leczenia wystąpił na tułowiu wielopostaciowy rumień wysiękowy, na kończynach, na błonach śluzowych powiek, jamy ustnej i nosowej, na wewnętrznej stronie napletka i na przedniej części cewki moczowej. Mimo zniknięcia objawów wewnętrznych, ogólny stan chorego już od samego początku był lichy, i nietylko nie poprawiał się, lecz pogarszał się coraz więcej. W moczu było białko, wałeczki. Śmierć nastąpiła po upływie 1 miesiąca, a sekcja wykazała rozprzestrzenienie się choroby na krtań, tchawicę, oskrzela i na płuca.

Podobny przypadek opisał Heubner[2]); zajęcie narządów oddechowych objawiało się w przypadku tym kaszlem, przewodu pokarmowego silnemi biegunkami.

Stanowiska Hebry i uczniów jego, którzy wielopostaciowy rumień wysiękowy uważali za chorobę *par excellence* skórną, już nie uznaje się. Objawy skórne, towarzyszące tej chorobie, nie są stanowczo na planie pierwszym, przynajmniej nie we wszystkich przypadkach; toteż drugi raz wprowadzoną została do podręcznika choroba ta przez internistę Wunderlicha[3]), który scharakteryzował ją przedewszystkiem jako chorobę o zatruciu ogólnem, w której zmiany skórne są objawem drugorzędnym.

Zapatrywanie Teissera, Schäffera i innych, jakoby wielokształtny rumień wysiękowy był nazwą bez głębszej treści, wydaje mi się i dziś zupełnie uzasadnione, mimo znalezienia rozmaitych mikroorganizmów (Deunne), jako rzekomych powodów choroby. Wszak wielu uważa chorobę tę za angioneurozę, twierdząc, iż zadrażnienie nerwów naczynioworuchowych przez jakiekolwiek działanie wywołać może powstanie rumienia. Lewin np. udowodnił, że przez drażnienie cewki moczowej, tak u mężczyzny, jak u kobiety, powstać może zupełnie charakterystyczny obraz rumienia wysiękowego. Jest to może antointoxykacja, jak to Heller przypuszczał; w każdym razie etiologja powstawania procesu tego jest ogromnie rozległa. Patologja zebrała tylko cały szereg objawów skórnych i wewnętrznych w jedno, zdaje się, dlatego tylko, że wybitnym objawem, towarzyszącym schorzeniom, może zupełnie odmiennej natury i etjologji, są jednolite a tak charakterystyczne objawy skórne.

Piśmiennictwo

[1]) Welander. Arch. f. Derm. u. Syph. T. 17. Z. II. — [2]) Heubner. D. Arch. f. klin. Med. 1882. — [3]) Wunderlich, Arch. d. Heilkunde 1864 i 1867. — [4]) Joseph. Lhrb. d. Hautkrankheiten. — [5]) Rieche. Lhrb. d. Haut. u. Gechlechtskrankheiten.

Z praktyki.

Dr. SZYMON TENENBAUM. Piotrków.

Przypadek ciężkiej moczówki cukrowej ze zmianami barwikowemi w skórze.

Ze Szpitala wojskowego (oddział wewnętrzny) w Piotrkowie (Dowódca ppłk. lek. dr. Szmurło).

Do ciężkich i rzadko spotykanych postaci cukrzycy należy cukrzyca bronzowa, po raz pierwszy opisana

w r. 1882 przez Hanot'a i Chanffeld'a. Zmiany barwikowe w skórze, jak i wyniki badania pośmiertnego w naszym przypadku nie zupełnie odpowiadają obrazowi cukrzycy bronzowej, nie mogą być jednak zaliczone do moczówki cukrowej zwykłej.

P. 21-letni, przybył na oddział wewnętrzny 2. IX. r. b. Chory od 3 tygodni. Czuje się osłabionym. Ma silne pragnienie. Częste oddawanie moczu. Łaknienie zmniejszone. Choroba rozpoczęła się silnemi bólami w brzuchu, wymiotami i rozwolnieniem w ciągu 2 dni. Do wojska wstąpił 3. II. 1920 r. Przed wstąpieniem do wojska chorował: w 1910 r. płonica, w 1915 r. dur osutkowy; w wojsku w 1920 r. grypa. Chorób wenerycznych nie przebywał. Przed wstąpieniem do wojska i w wojsku do obecnej choroby czuł się zupełnie zdrowym. W rodzinie wszyscy zdrowi.

Stan obecny: Chory wzrostu średniego, budowy prawidłowej, odżywienie liche. Język suchy, skóra sucha, marmurkowana. Na całej przedniej powierzchni skóry ciemno-sine plamki wielkości grochu do fasoli, miejscami zlewające się, równomiernie rozsiane po całej przedniej powierzchni ciała. Płuca: przedłużenie wydechu nad szczytem płucnym prawym. Serce: tony serca głuche, tętno 42', średniego napięcia. Wątroba i śledziona niemacalne.

Badanie moczu: barwa: wodnista, przeźroczystość: mętny, odczyn: zasadowy, ciężar gatunkowy: 1035, białko: nieznaczne ślady, cukier: 5,6%. Badanie mikroskopowe odwirowanego osadu: nabłonki, nieliczne komórki wielokątne i okrągłe, leukocyty 1 na 1—2 pola widzenia.

Do 18. IX. ciepłota poniżej 36°. Tętno od 40—50'. Tony serca głuche. Pragnienie silne. Łaknienia niema. Marmurkowanie skóry blednieje, utrzymuje się jednak wyraźnie na przedniej powierzchni kończyn dolnych. Znaczne wyniszczenie ogólne. Język suchy. Ilość moczu na dobę od 10.000—12,000 ccm. 18. IX. Senność. Tętno 106' bardzo słabo napięte. Tony serca bardzo głuche. Wdech nasilony, głęboki. Liczba oddechów 15'. 20. IX. Wśród objawów śpiączki śmierć.

Rozpoznanie pośmiertne: przebarwienie skóry na przedniej powierzchni kończyn dolnych; zrosty w okolicy szczytu płucnego prawego; zwyrodnienie miąższowe serca, wątroby i nerek, zanik trzustki.

Badanie drobnowidowe wątroby, nerki i trzustki w zakładzie anatomji patologicznej wojskowego instytutu sanitarnego (Nr. 193). Wątroba: *degeneratio parenchymatosa*. Nerka: *degeneratio parenchymatosa*. Trzustka: zmniejszenie ilości wysepek Langerhans'a, rozrost tkanki łącznej między zrazikami.

Jestto więc ciężka cukrzyca o ostrym przebiegu pochodzenia trzustkowego przy obecności pewnych zmian barwikowych w skórze. Ciemno-sine plamki nie znikające pod uciskiem, równomiernie rozsiane na przedniej powierzchni klatki piersiowej i brzuchu, po stronie zginaczy kończyn górnych i po stronie wyprostnej kończyn dolnych, z czasem bledną, a wreszcie znikają, zachowując się tylko wyraźnie na przedniej powierzchni kończyn dolnych. Usadowienie tych plam, zabarwienie, sposób rozmieszczenia, dający obraz marmurkowania skóry, brak odpowiednich barwikowych zmian w narządach wewnętrznych, jak i wynik badania pośmiertnego nie daje w naszym przypadku obrazu cukrzycy bronzowej. Ze względu jednak na przebieg i pewne, nie dające się bliżej określić, zmiany barwikowe w skórze przypadek zasługuje na uwagę.

Sprawozdania poglądowe.

H. FRENKLOWA. Łódź.

Nowsze badania nad rolą wapnia w chorobach dzieci.

(Podług odczytu, wygłoszonego w łódzk. Tow. lek.).

Wapń, calcium, stanowi $^{2}/_{3}$ wszystkich substancyj nieorganicznych, zawartych w naszym ustroju, co wynosi mniej więcej $^{1}/_{80}$ wagi naszego ciała. Najwięcej soli wapnia zawierają kości (97—98%), z pozostałych 2—3% znajdujemy ich najwięcej w tkance wątroby, śledziony i nerek, najmniej we krwi; różnice te zależne są od tego, czy dana tkanka zawiera mniej lub więcej komórek jądrzastych, gdyż z badań Loewa wiadomo, że sole wapnia są ściśle związane z jądrem komórki.

Jądro komórki wodorostu, którą pozbawiono wapnia za pomocą szczawianu potasu, kurczy się i obumiera; komórka ośrodka oddechowego człowieka, porażona w swej czynności przez dolędźwiowe wstrzyknięcie siarczanu magnezu, może odżyć pod wpływem natychmiastowego zastosowania chlorku wapnia dożylnie: w tym razie sole wapnia, zawarte w jądrze komórki ośrodka oddechowego, zostały zastąpione przez solei magnezu i tylko natychmiastowe przywrócenie jądru wapnia może komórkę jeszcze uratować.

Krwinki czerwone ssaków, pozbawione jąder, nie zawierają zupełnie wapnia, stąd pochodzi mała zawartość wapnia we krwi wogóle; szara substancja mózgu, obfitująca w komórki, zawiera go znacznie więcej, niż włókienkowa — biała.

Umiejscowienie soli wapnia w jądrach komórek oraz obumieranie komórki na skutek pozbawienia jej wapnia tłumaczy nam, dla czego każda sól, strącająca sole wapnia, a więc szczawiany, cytryniany, fluorek sodu, jest silną trucizną dla tkanki. Nerw, pogrążony przez pewien czas w roczczynie cytrynianu sodu, wywołuje drgania w mięśniu, które ustają natychmiast po wyjęciu nerwu z tego roczczynu.

Na włókna mięśniowe sole wapnia działają zupełnie odwrotnie, t. j. brak soli wapnia zmniejszą ich pobudliwość: świeżo wycięty mięsień żaby traci w izotonicznym roczczynie soli bardzo szybko zdolność kurczenia się, zaś w płynie Ringera, zawierającym chlorek wapnia, zachowuje ją znacznie dłużej. Podług Loeb'a komórka zwierzęca może żyć tylko w roczczynie, w którym jony sodu, wapnia i potasu zawarte są w pewnym określonym stosunku; nawet izotoniczny, niesłusznie fizjologicznym zwany, rozczyn chlorku sodu (7—8‰) jest trucizną dla komórki.

Zapłodnione jajko *Fundulus heteroclitus*, umieszczone w roczczynie soli kuchennej w zgęszczeniu, odpowiadającem stężeniu tej soli w wodzie morskiej (doświadczenie Loeb'a), umiera odrazu; po dodaniu soli wapnia — zaczyna się odrazu rozwijać normalnie. Najodpowiedniejszym w doświadczeniach biochemicznych okazał się roczczyn, zawierający na 100 cz. NaCl 2 cz. KCl i 2 cz. $CaCl_2$; w tym samym mniej więcej stosunku sole te zawarte są w surowicy krwi i w narządach. Tego optimum stężenia swych soli organizm nigdy nie przekracza, dążąc do utrzymania stężenia limfy i krwi w granicach równowagi fizjologicznej i zabezpieczając w ten sposób komórki swe od zaburzeń osmotycznych. Stąd wynika, że zawartość soli wapnia w sokach zdrowego ustroju jest wielkością stałą, zależną nie od ilości podawanego wapnia, lecz od zapotrzebowania ze strony komórek.

Przeciętna ilość soli wapnia, którą organizm dorosłego człowieka powinien otrzymać w pożywieniu w ciągu doby, wynosi 1—1,5 gr., ilość napozór niewielka, która jednak nie zawsze bywa ustrojowi dostarczana. Dotyczy to przedewszystkiem osób, w których odżywianiu brak mleka, tego głównego dostawcy wapnia (litr mleka krowiego zawiera 1,72 gr. CaO); obok mleka dużo wapnia zawierają jarzyny liściaste (szpinak, kapusta), natomiast mięso, pieczywo, ryż i rośliny strączkowe zawierają go bardzo mało. Oddzielną grupę stanowią ziemniaki i owoce, które, jakkolwiek same przez się ubogie w wapń, zawierają w dużej ilości sole zasadowe kwasów organicznych; utleniając się, sole te zwiększają zasadowość krwi i chronią ustrój przed utratą wapnia. Obok absolutnej zawartości wapnia w pokarmach ważny jest w nich wzajemny stosunek wapnia i magnezu, gdyż nadmiar magnezu znosi działanie wapnia. Stosunek ten wynosi w niektórych roślinach 1 Ca:3 Mg, w mleku krowiem natomiast wypada na korzyść wapnia (8:1). Nadmiar magnezu, wprowadzonego do ustroju, może zostać do pewnego stopnia unieszkodliwiony przeciwdziałaniem wolnego wapnia, krążącego w sokach, zachodzi bowiem zawsze stosunek równowagi między wapniem wolnym, krążącym i wapniem związanym z jądrem komórek, polegający na tem, że w razie zmniejszenia się ilości wolnego wapnia, np. przy niedostatecznym dowozie wapnia do ustroju, niedobór zostaje pokryty z nieczynnej rezerwy wapniowej w tkankach.

O ile ta niedostateczna podaż wapnia lub też wzmożone wydalanie trwa zbyt długo, zapas nieczynnego wapnia może zostać w znacznym stopniu zmniejszony zarówno w kościach, jak i w innych tkankach, stając się przyczyną powstania różnych postaci chorobowych.

Wzmożone wydalanie wapnia z ustroju może być skutkiem wielu przyczyn: nadmiar tłuszczu w pożywieniu, wskutek czego wapń zostaje związany przez kwasy tłuszczowe wydalony; nadkwaśność soku żołądkowego, wszelkie stany

głodzenia, choroby zakaźne i i. Normalnie główna masa niezatrzymanego przez ustrój wapnia zostaje wydalona w kale, nieznaczna tylko część — w moczu, i to tem więcej, im mocz jest bardziej kwaśny. Mocz ustrojów roślinożernych, o oddziaływaniu zasadowem, zawiera tylko 5%, kwaśny, mocz mięsożernych 27% ogólnej ilości wydalonego wapnia.

W cierpieniu, znanem pod nazwą kalkariurji, a dość częstem w wieku dziecięcem, sole wapnia (szczawiany, węglany i dwufosforany) nie są w stanie rozpuszczonym, lecz wypadają, wskutek czego mocz staje się mleczno-mętny. Ilość wapnia, wydalonego przez mocz, jest zwiększona kosztem wapnia, wydalonego przez kał. Przyczyna tego cierpienia jest jeszcze nieznana.

Skutki braku wapnia w pokarmach, względnie wzmożonego jego wydalania, są różne, zależnie od tego, ile wynosił niedobór soli wapnia i jak długo trwał stan tego głodu wapniowego. W wieku dziecięcym skutki te są gorsze, gdyż ustrój dziecka, znajdujący się w okresie nasilonego wzrostu i budujący dopiero swój kościec, wymaga wzmożonego dowozu soli i na demineralizację oddziaływa znacznie żywiej, niż gotowy ustrój osobnika dorosłego. Przeciętna ilość dobowa wapnia, jaką musi otrzymać niemowlę w 3-cim miesiącu życia, wynosi 0,23 gr., a więc w stosunku do wagi ciała bardzo dużą ilość. 800—900 gr. mleka kobiecego o zawartości wapnia 0,5‰, które stanowią pokarm tego niemowlęcia, pokrywają w zupełności to zapotrzebowanie. Obliczenie to, oparte na najnowszych rozbiorach pokarmu kobiecego, obala twierdzenie niektórych autorów (L o e w, A r o n) o »pierwotnym niedoborze wapnia«, niemowlę karmione naturalnie, nie otrzymuje jakoby w mleku, kobiecem dostatecznej ilości wapnia w przeciwieństwie do niemowląt, żywionych mlekiem krowiem. Ten pierwotny niedobór wapnia autorzy uważają za jeden z głównych czynników, wywołujących krzywicę. Pogląd ten jest jednak mylny: współczesna pedjatrja nie uznaje ani niedoboru wapnia w mleku kobiecem, ani też nie uważa braku wapnia za przyczynę powstawania krzywicy. Zmiany w kośćcu u zwierząt, które różni autorzy wywoływali na drodze doświadczalnej za pomocą odżywiania ubogiego w sole wapnia, nie mają nic wspólnego z prawdziwą krzywicą u dzieci; różnią się od niej histologicznie, gdyż cechą charakterystyczną krzywicy jest bujanie tkanki kostnawej, osteoidu, i ta tkanka kostnawa dopiero traci własność kostnienia; u owych zaś zwierząt doświadczalnych udało się tylko wywołać brak zwapnienia względnie odwapnienie prawidłowej tkanki kostnej — różnią się też pod względem biochemicznym. P f a u n d l e r dowiódł, że kości owych zwierząt doświadczalnych, pogrążone w roztworze soli wapnia, pochłaniają chciwie jony wapnia, podczas gdy kość dziecka krzywiczego pozbawiona jest tej zdolności. Na podstawie tego doświadczenia oparł P f a u n d l e r swą teorję powstawania krzywicy: prawidłowa chrząstka ma zawierać pewien składnik, który posiada swoiste powinowactwo do soli wapnia, i istota krzywicy ma polegać właśnie na nieobecności tych »chwytaczy wapnia«. Teorja ta jest właściwie tylko jedną z wielu hipotez, starających się wyjaśnić istotę krzywicy, tej wciąż jeszcze nierozwiązanej zagadki pedjatrji. Na razie znamy tylko te przyczyny, które najczęściej towarzyszą powstawaniu krzywicy: złe warunki odżywiania, brak powietrza, brak światła, sztuczne odżywianie u niemowląt etc., wiemy jednak, że krzywica powstaje i w najlepszych warunkach życiowych, również u niemowląt, karmionych naturalnie. Co do braku wapnia w pożywieniu, pozostaje jeszcze sprawa t. zw. »niedoboru wtórnego«, t. j. braku soli wapnia przy dostatecznej zawartości ich w pokarmie, wywołanego bądź przez upośledzone wchłanianie, bądź przez nadmierne wydalanie ich z ustroju. Ale, jak słusznie zaznacza S c h m o r l, i ten wtórny brak wapnia mógł by najwyżej wywołać dziurkowatość kości (osteoporozę), ale nigdy bujanie tkanki kostninowej, pozbawionej zdolności wapnienia.

Słowem, przyczyną krzywicy nie jest ani pierwotny, ani wtórny brak wapnia; tkanka krzywicza nie wapnieje dla tego, iż pozbawiona jest zdolności przepajania się solami wapnia. Wzmożone wydalanie soli wapnia z ustroju krzywiczego, czyli »ujemny bilans wapnia« w stadjum rozkwitu krzywicy (r. florida) należy uważać nie za przyczynę, lecz za skutek krzywicy; wydalone zostaje to, czego tkanka kostninowa nie jest w stanie spotrzebować.

W okresie ozdrowienia ten ujemny bilans wapnia ustępuje miejsca dodatniemu, czyli wzmożonemu wessaniu wapnia. Istota leczenia krzywicy polega właśnie na osiągnięciu tego dodatniego bilansu wapnia, i pomimo, iż etjologja krzywicy nie jest jeszcze wyjaśniona, posiadamy zupełnie swoisty lek, który wywołuje zatrzymanie się wapnia w ustroju, pod wpływem którego tkanka kostninowa przestaje bujać, nabiera zdolności przepajania się solami wapnia i staje się tkanką kostną prawidłową. Środkiem tym jest tran z fosforem, wprowadzony do lecznictwa krzywicy przez K a s s o w i t z a w r. 1880 i niezastąpiony dotychczas przez nic innego. Żaden inny tłuszcz nie posiada tych własności »utrwalacza wapnia», jak R. H a m b u r g e r nazywa tran. Tłuszcz mleczny, zawierający witaminę A w większej jeszcze ilości, niż tran, mimo to nie tylko nie wpływa dodatnio na przemianę wapnia w ustroju osobnika krzywiczego, lecz, odwrotnie, pogarsza ją nawet (O r g l e r). Dowodzi to, że braku witamin nie można uważać za przyczynę wadliwej przemiany wapnia w tem cierpieniu. Co do tranu samego, bez fosforu, działa on również w sposób swoisty na krzywicę, działanie to jest jednak wolniejsze i potrzebne są znacznie większe dawki dla osiągnięcia tego samego wyniku. Lecznicze działanie tranu w krzywicy, potwierdzone przez badania nad przemianą materji (B i r k, S c h l o s s, S c h a b a d, T o w l e s) nie jest jeszcze dotychczas w istocie swej wyjaśnione; przedewszystkiem niewiadomo, jaka własność tranu czyni działanie jego tak różnym od działania innych tłuszczów. Podług zwolenników witaminowej teorji krzywicy, tran zawdzięcza swe własności witaminie A, która ma mieć wybitne działanie przeciwkrzywicze (M a c C a l l u m, M e l l a n b y, O s b o r n e, M e n d e l i i.); przeciwko temu poglądowi przemawia jednak wyżej przytoczony fakt, iż tłuszcz mleka, zawierający tę samą witaminę A w jeszcze większej ilości, własności tych nie posiada.

Jak dalece działanie tranu w krzywicy jest swoiste, widzimy z tego, iż u dzieci zdrowych nie wywołuje on zwiększonego zatrzymywania soli wapnia w ustroju. Organizm zdrowego dziecka zatrzymuje tylko tyle wapnia, ile go potrzebuje do wzrostu i nie daje się wyprowadzić z równowagi. Podobnie i dziecko krzywicze, które pod wpływem tranu zaczęło zatrzymywać sole wapnia, zatrzymuje je w dostatecznej ilości (o ile tylko pożywienie będzie ich dość zawierało) zupełnie niezależnie od tego, czy obok tranu będzie jeszcze otrzymywać nadmiar wapnia w postaci lekarstwa. Natomiast u dzieci niedonoszonych, które przychodzą odrazu na świat z deficytem wapnia (główną masę soli mineralnych płód otrzymuje dopiero w 3-ch ostatnich miesiącach ciąży), u których ilość wapnia, zawarta w mleku kobiecem, nie może pokryć tego niedoboru, wskazane jest podawanie soli wapnia obok tranu.

Drugą postacią chorobową, powstającą również na tle zaburzeń w przemianie wapnia i w istocie swej równie niewyjaśnioną, jak krzywica, jest skaza drgawkowa czyli spazmofilja.

Pierwszą próbę wyjaśnienia tego cierpienia w związku z przemianą wapnia uczynił S t o e l z n e r: przypuszczał on, że przyczyną spazmofilji jest nadmiar wapnia, wprowadzany do ustroju dziecka przy przekarmianiu mlekiem krowiem. Jednakże badania doświadczalne innych autorów dały wręcz odwrotne wyniki. Q u e s t, biorąc za punkt wyjścia doświadczenia S a b b a t a n i e g o nad powstawaniem drgawek przy zmniejszaniu się zawartości wapnia w korze mózgowej, przeprowadził badania nad ilością wapnia w mózgu dzieci ze skazą drgawkową, z których się okazało, iż mózg dziecka normalnego zawiera więcej soli wapnia, niż mózg spazmofilika. U zwierząt udawało się wywoływać wzmożoną pobudliwość elektryczną przy pożywieniu, zawierającem bardzo mało wapnia, natomiast sztuczne zwiększanie zawartości wapnia w ustroju za pomocą wstrzykiwań podskórnych soli wapnia, nie zwiększało pobudliwości elektrycznej.

Cybulski stwierdzał upośledzone zatrzymywanie wapnia u 7 miesięcznego niemowlęcia ze spazmofilją, które w okresie ozdrowienia ustąpiło miejsca prawidłowej przemianie wapnia. Również analogiczne wyniki badań całego szeregu innych autorów usunęły wszelkie wątpliwości co do tego, iż właśnie brak wapnia w ustroju jest przyczyną, wywołującą wzmożoną pobudliwość układu nerwowego.

Ilość wapnia we krwi spazmofilików jest zmniejszona; krew niemowląt w pierwszych tygodniach życia zawiera 20.72 mg. wapnia w 100 cm. sz. krwi, ilość ta z wiekiem coraz się zmniejsza i w okresie dojrzewania dochodzi do ilości, zawartych we krwi dorosłych (10,5—12,5 mg.). Związki wapnia we krwi mają występować w 2-ch postaciach: jako nierozszczepione i niezwiązane wolne sole wapnia oraz jako koloidalny związek wapnia z białkiem (Brinkmann). Zmniejszeniu w spazmofilji ulegają tylko te niezwiązane, czynne sole wapnia (Neurath). Podług Aschenheima charakterystyczne dla spazmofilji jest nie absolutne zmniejszenie się ilości wapnia, lecz zakłócenie stosunku zasad do ziem alkalicznych, mianowicie, im iloczyn (zasady: ziemie alkaliczne) w ośrodkowym układzie nerwowym jest większy, tem większa jest pobudliwość tego układu i odwrotnie. Badania nad przemianą materji u spazmofilików wykazały ujemny bilans wapnia w okresie rozkwitu choroby, ustępujący miejsca dodatniemu dopiero w okresie zdrowienia. Pod tem względem więc spazmofilik zachowuje się zupełnie tak samo, jak osobnik krzywiczy i nie ulega wątpliwości, iż pomiędzy obydwoma cierpieniami istnieje głębokie powinowactwo (*Tetania rachiticorum* Escherich'a).

W przeważającej ilości przypadków skaza drgawkowa występuje u osobników krzywiczych, i również objawy spazmofilji, t. j. drgawki, tak samo, jak i objawy krzywicy, występują w najsilniejszym stopniu wczesną wiosną z nastaniem pierwszych ciepłych i słonecznych dni. Przyczyna tego ujemnego wpływu wiosny jest dotychczas niewyjaśniona; twierdzenie Moro, że »wiosna jest porą wewnętrznego wydzielania« jest niewiele mówiącym aforyzmem.

I etjologja spazmofilji jest tak samo jeszcze niewyjaśniona, jak i etjologja krzywicy. Teorja ciałek nabłonkowych Escherich'a, która przypisuje powstawanie spazmofilji zaburzeniom w czynności ciałek nabłonkowych gruczołów przytarczycznych, analogicznie do doświadczalnej *tetania parathyreopriva* u zwierząt, nie tłumaczy nam zupełnie związku spazmofilji z przemianą wapnia. Możliwe, iż w skazie drgawkowej mamy do czynienia z pierwotnem zaburzeniem w czynności gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem (ciałka nabłonkowe? grasica?), które wtórnie dopiero powodują zakłócenie prawidłowej przemiany wapnia.

Neurath, a następnie Mc. Callum i Voegtlin stwierdzali w rozbiorach krwi i mózgu zwierząt, pozbawionych gruczołów przytarczycznych, zmniejszenie się ilości wapnia przy jednoczesnie zwiększonem wydzielaniu w kale i w moczu; autorzy ci przypuszczają, że usunięcie gruczołów przytarczycznych wywołuje zakłócenie równowagi składników mineralnych, gdyż u tych samych zwierząt udawało się bądź przez wstrzyknięcie wyciągu gruczołów przytarczycznych, bądź przez stosowanie dożylne dużych dawek soli wapnia, usunąć objawy chorobowe.

Ważne są również spostrzeżenia Leopolda i Reussa, którzy stwierdzali u młodych, rosnących szczurów, chorych na tężyczkę doświadczalną, zmniejszenie się ilości wapnia, podczas gdy u dorosłych osobników tego nie spostrzegano. Natomiast, podług wielu innych autorów, gruczoły przytarczyczne nie wpływają bezpośrednio na przemianę wapnia, lecz działają pośrednio. Np. podług Greenwald'a czynnikiem, odgrywającym główną rolę w powstawaniu spazmofilji w ustroju pozbawionym ciałek nabłonkowych, są fosforany, których ilość ma być zwiększona w *tetania thyreopriva*, zaś ujemne ich działanie ma polegać na strącaniu soli wapnia. Nie brak z drugiej strony i teorji, pomijających zupełnie znaczenie gruczołów przytarczycznych, względnie innych gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem, i ujmujących spazmofilję wyłącznie ze strony przemiany materji (Finkelstein i i.).

Nie ulega więc wątpliwości, że istota spazmofilji tak samo nie jest dotychczas wyjaśniona, jak i istota krzywicy, ale i tu znowu, tak samo, jak i w krzywicy, leczenie wyprzedziło poznanie przyczyny cierpienia; mamy bowiem: 1) swoisty lek w postaci tego samego tranu z fosforem i 2) leczenie objawowe za pomocą soli wapnia.

Działanie tranu jest trwałe, ale nie natychmiastowe; tam więc, gdzie zachodzi niebezpieczeństwo życia, a więc przedewszystkiem w przypadkach skurczu głośni, należy uciec się do przeciwdrgawkowego działania soli wapnia. Działanie to daje się jeszcze spotęgować przez połączenie wapnia z bromem: *calcium bromatum*, wprowadzone do terapji spazmofilji przez L. F. Meyera, działa w skurczu głośni w ilości 2 gr. dziennie, szybko i pewnie. Dając preparaty wapniowe bez bromu, stosować musimy znacznie większe dawki.

Przy dawkowaniu soli wapnia należy pamiętać, iż różne związki zawierają różne ilości wapnia i różnice pomiędzy poszczególnemi solami są nawet dość znaczne: *calcium citricum* zawiera np. tylko połowę wapnia, zawartego w *calcium chlor. siccum*. Wogóle zaś dawki wapnia muszą być znacznie wyższe, niż się zazwyczaj stosuje. Blühdorn z kliniki Göpperta pierwszy zwrócił uwagę na to, iż w leczeniu spazmofilji skuteczne są tylko duże dawki: 6—8 gr. calcii chlorati sicci [1]) dziennie, koniecznie w odstępach 2 godzinnych z początku, następnie po usunięciu najcięższych objawów jeszcze 3 gr. dziennie przez dłuższy czas w odstępach 3 i 4 godzinnych. Podawanie wapnia w spazmofilji powinno trwać dopóty, dopóki pod wpływem tranu z fosforem bilans wapnia się nie poprawi i potrzebna dla ustroju ilość wapnia nie zostanie zatrzymana.

Zamiast soli wapnia próbowano stosować w lżejszych przypadkach skazy drgawkowej z dobrym wynikiem siarczan magnezu (Rosenstern, Berend), który, jak wiadomo, działa na układ nerwowy wybitnie narkotycznie. Antagonizm między solami wapnia i solami magnezu, polegający na tem, że pod wpływem podskórnie wprowadzonego magnezu retencja wapnia się zmniejsza (Schiff i Stransky), nie wywołuje wzmożonej pobudliwości układu nerwowego, lecz, przeciwnie, osłabia ją; należy przypuścić, że jon magnezu wskutek większego powinowactwa do ciał białkowych staje w komórce na miejscu usuniętego wapnia, osłabiając w ten sposób pobudliwość nerwową ustroju.

Poza spazmofilją sole wapnia w innych postaciach drgawek u dzieci są zupełnie bezskuteczne, natomiast działają bardzo dobrze we wszelkich stanach podniecenia u dzieci neuropatycznych (Langstein), u których wpływają dodatnio na poprawę snu i łaknienia oraz zmniejszają ogólną pobudliwość nerwową.

Po omówieniu roli wapnia w krzywicy i skazie drgawkowej przechodzę do niemniej ważnego udziału wapnia w procesie krzepnięcia krwi.

W świetle nowszych badań istota krzepnięcia krwi polega na działaniu trombiny na fibrynogen, proces, który odbywa się bez udziału wapnia. Natomiast sole wapnia niezbędne są dla wytworzenia się trombiny z trombogenu przy pomocy trombokinazy. Sole wapnia, które przyjmują udział w procesie krzepnięcia krwi, należą do tych czynnych, niezwiązanych soli; wszystkie metody, zapobiegające krzepnięciu za pomoca związków chemicznych (kwasu szczawiowego, cytrynianu sodu i i.), oparte są na tej samej zasadzie strącania czynnych soli wapnia, których obecność konieczna jest dla aktywowania trombogenu.

Z roli wapnia w procesie krzepnięcia krwi wynika praktycznie, iż sole wapnia wskazane są we wszelkich skazach krwotocznych o zmniejszonej krzepliwości krwi; należy jednak dawać je również i tam, gdzie krzepliwość krwi jest

[1]) Na podstawie badań Schabada należy przypuszczać, że skuteczność danej soli wapnia zależy w znacznym stopniu od jej rozpuszczalności. *Calcium lacticum* i *calc citricum*, jako najgorzej rozpuszczalne, należy wobec tego zaliczyć do najmniej skutecznych związków wapnia, zaś *calc. chlor. siccum* do najlepiej działających. Podług autorów amerykańskich tylko *calc. chlor. siccum* jest w stanie zwiększyć ilość wapnia we krwi.

niezmieniona, a krwawienia są skutkiem zwiększonej przepuszczalności naczyń. W tych wypadkach lecznicze działanie soli wapnia polega na ich własnościach uszczelniania śródbłonka naczyń krwionośnych, jak to wynika z badań doświadczalnych wielu autorów.

Jako ciekawsze zasługują na uwagę doświadczenia Herbsta nad jajkami jeża wodnego. Komórki tych jaj, będących w stanie podziału, zwykle ściśle ze sobą spojone, oddzielają się od siebie pod wpływem strącania soli wapnia z wody morskiej, w której się znajdują, za pomocą szczawianów; i łączą, spajają się z powrotem, o ile zostaje przywrócone normalne stężenie soli wapnia. Należy więc przypuścić, iż obecność wapnia jest nieodzowna dla prawidłowego stanu ścianek międzykomórkowych; zresztą, dowodzi tego również doświadczenie kliniczne, gdyż we wszelkich stanach chorobowych, połączonych ze wzmożoną przepuszczalnością bądź naczyń, bądź śluzówek lub skóry, podawanie soli wapnia wpływa na poprawę objawów wysiękowych. Jako najważniejsze z postaci chorobowych tej grupy należy wymienić: pokrzywkę, ognika, chorobę posurowiczą oraz — ze spraw wysiękowych na błonach śluzowych — gorączkę sienną i dychawicę. Co do dychawicy, to skuteczność wapnia należy może uważać za wynik działania raczej na układ nerwowy, niż na wzmożoną ekssudację śluzówki oskrzeli (Kayser, Curschmann).

Mechanizm odwadniającego działania soli wapnia w obrzękach bezbiałkowych i różnego rodzaju wysiękach zapalnych, jest zupełnie inny. Obrzęki te powstają najczęściej i najłatwiej u niemowląt, jako wyraz wzmożonego zatrzymywania się wody w ustroju w najrozmaitszych stanach chorobowych (dekompozycja, stany głodzenia, choroby zakaźne etc.) pod wpływem soli sodu. Dla zdrowego niemowlęcia typowa jest prawidłowość przyrostu wody w stanie zdrowia oraz trwałość i stałość tej wody w tkankach podczas zaburzeń odżywiania względnie innych zachorowań. Natomiast niemowlę patologiczne zatrzymuje wodę w nienormalnych ilościach: 100—200 gr. dziennie i tworzy, bądź tkankę, napozór normalną, lecz w istocie odmienną od normalnej, gdyż zawierającą nadmiar wody, bądź widoczne obrzęki. Dla zatrzymywania się wody w ustroju niemowlęcia konieczna jest obecność chlorku sodu, wobec czego dawniej przypuszczano, że to jon chloru wywołuje tę retencję wody; dopiero badania lat ostatnich wykazały, iż decydującą rolę odgrywa tu jon sodu i że tak samo, jak chlorek sodu, działają, jakkolwiek w słabszym stopniu, i inne związki sodu: bromek, jodek, fosforan i dwuwęglan, natomiast chlorek wapnia, zawierający ten sam chlor, działa w obrzękach odwadniająco. Mechanizm tego działania polega na tem, że wprowadzony do ustroju chlorek wapnia rozkłada się na Ca i Cl: wapń na razie zostaje w ustroju i opuszcza go powoli przez jelita (prawdopodobnie towarzyszą mu wyższe kwasy tłuszczowe), chlor zaś wydziela się szybko przez nerki, porywając ze sobą jony sodu i potasu. Wydzielaniu się, zarówno chlorku sodu, jak i chlorku potasu, towarzyszy, jak wiadomo, wydzielanie się znacznych ilości wody. Octan i mlekan wapnia, które, rozkładając się, spalają swą grupę organiczną na CO^2 i H^2O, nie porywają ze sobą jonów sodu, nie działają więc demineralizująco na tkanki i nie odwadniają ich; stosowanie tych związków wapnia w obrzękach byłoby zatem zupełnie bezcelowe. Ten sam mechanizm demineralizacji ustroju tłumaczy nam działanie soli wapnia w wysiękach zapalnych, przesiękach oraz — prawdopodobnie — w biegunkach. Zarówno autorzy francuscy, jak i niemieccy, którzy ostatnio o sprawach tych szczegółowo pisali (Blum, Neumann, Rist i i.), polecają stosowanie bardzo dużych dawek bezwodnego chlorku wapnia (np. Blum daje w wysiękach opłucnej do 30 gr. tej soli na dobę, a Rist i i., stosujący *calcium chloratum siccum* dożylnie w biegunkach i wymiotach gruźliczych, zastrzykują 2—4 cm. sz. 50%-owego roztworu).

Moczopędne działanie soli wapnia w schorzeniach nerek jest mniej pewne, gdyż zdania autorów są co do tego bardzo podzielone; w każdym razie praktycznie związki wapnia, jako środki moczopędne, roli nie odgrywają.

Większe znaczenie zdaje się mieć wapń, jako lek nasercowy. Pierwsze prace, dotyczące działania soli wapnia na mięsień sercowy, pochodzą z Anglji. Przed 40 przeszło laty Sydney Ringer dowiódł, że skurcze serca żaby ustają bardzo szybko w roztworze fizjologicznym chlorku sodu, trwają zaś znacznie dłużej w wodzie zwykłej, zawierającej sole wapnia. Również pierwsze prace kliniczne w tej sprawie zawdzięczamy Anglikom: Brunton w r. 1907 pierwszy zastosował z dobrym wynikiem chlorek wapnia w przypadku osłabienia mięśnia sercowego w zapaleniu płuc; następnie inni autorzy stosowali sole wapnia w różnych postaciach chorób serca i z różnym wynikiem. Jeżeli jednak zachodzą różnice poglądów co do działania wapnia, jako samoistnego leku nasercowego, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że ma on w każdym razie wielkie znaczenie, jako lek pomocniczy przy stosowaniu naparstnicy: sole wapnia czynią mięsień sercowy bardziej podatnym na działanie naparstnicy i wskazane są szczególnie tam, u dzieci zarówno, jak i u dorosłych, gdzie zależy na szybkiem działaniu naparstnicy oraz tam, gdzie chory źle znosi naparstnicę samą.

Sprostowanie.

W sprawie dopisku prof. Parnasa w referacie Jego o mojej pracy pod tytułem »Wymiana soli i wody u płazów« w Polskiej Gazecie lekarskiej Nr. 37, Rok 1 (1922) str. 728, stwierdzam:

Od 1916 do 1919 kontynuowałem w Zakładzie Chemji Fizjologicznej Uniwersytetu Warszawskiego, rozpoczęte jeszcze w pracowni fizjologicznej Towarzystwa Naukowego Warszawskiego prace nad osmoregulacją. Wyniki tych prac przedstawione były wyłącznie ustnie na posiedzeniach T. N. W.

Zapytywany przez prof. Parnasa zgodziłem się, aby prace te były przez niego zreferowane w niemieckim czasopiśmie naukowo-popularnem »*Naturwissenchaften*« z zastrzeżeniem, że nastąpi to po ukazaniu się mych prac w języku polskim. W październiku 1921 otrzymałem odbitkę pracy prof. Parnasa z *Biochemische Zeitschrift* (t. 114. str. 1), w której prof. Parnas streszcza moje prace nad wymianą soli i wody, resorbcją oraz cukrzycą u płazów.

Pod wpływem powyższych faktów, poprawiając korektę mojej pracy o »Wymianie soli i wody u płazów«, drukowanej w Rozprawach Akademji Nauk Lekarskich T. I. str. 77, umieściłem dopisek, w którym użyłem wyrażenia »...powodowany lojalnością...«. Dopisek ten jednakże po spokojnem rozważeniu sprawy zmieniłem na »Główne wyniki powyższej pracy zostały podane do wiadomości publicznej w »*Biochemische Zeitschrift*« (str. 77). W tej formie został dopisek ten wydrukowany.

Warszawa, 20 października 1922 r.

Dr. Stanisław Przyłęcki.

W uzupełnieniu sprostowania, podanego przez p. Dra Przyłęckiego, muszę zaprzeczyć twierdzeniu, jakoby wedle umowy naszej sprawozdanie z prac, wykonanych przez p. Przyłęckiego w pracowni, pozostającej pod mojem kierownictwem, miało się ukazać dopiero po ogłoszeniu tych prac drukiem w języku polskim. W r. 1920 ogłoszenie w języku polskim pracy naukowej było rzeczą nader trudną, a sprawozdanie w języku obcym miało na celu właśnie zapewnienie pierwszeństwa ważnych wyników tych prac. Sprawozdanie ukazało się w »*Biochemische Zeitschrift*«, a nie w »*Naturwissenschaften*« (które bynajmniej popularnem pismem nie są), gdyż redakcja tego ostatniego pisma artykułu p. t. »Neue Untersuchungen über den Wasserhaushalt der Fische« nie przyjęła.

W egzemplarzach »Rozpraw Akademji Nauk Lekarskich« (Tom I.), znajdujących się w bibliotekach publicznych i w zakładach we Lwowie, dopisek na str. 77 wydrukowany jest w takiem brzmieniu, jak to, przeciw któremu się zwróciłem w Nr. 37 P. Gaz. Lek. Aczkolwiek nie widziałem dotąd egzemplarzy, w których dopisek ten brzmi tak, jak to p. Dr. Przyłęcki powyżej podaje — taki dopisek nie byłby nigdy spowodował reakcji z mojej strony — uważam oświadczenie p. Dra Przyłęckiego za wystarczające i, nie wchodząc dalej

w niejasny poniekąd mechanizm wydrukowania owego dopisku w brzmieniu przez p. Dra Przyłęckiego nie zamierzonem, uważam sprawę za zakończoną.

Dodaję, że, zaznaczając w dopisku (Nr. 37 P. Gaz. lek. str. 728) mój udział w pracach Dra Przyłęckiego nad wymianą wody i soli u płazów, nie miałem bynajmniej zamiaru obniżać lub kwestjonować inicjatywy, spostrzegawczości, pracy i gorliwego oddania się pracy badawczej, przez które p. Dr. Przyłęcki posunął swoje badania tak pięknie naprzód.

Lwów, 28 listopada 1922. *J. K. Parnas.*

Oceny i sprawozdania.

M. Arthus. **Podstawy chemji fizjologicznej.** Przełożył Mieczysław Dominikiewicz. 1922. Warszawa. Trzaska, Evert i Michalski. 340 str. Cena 7.200 Mp. Z prawdziwą przykrością przegląda się tłómaczenie polskie książki Arthusa, której wydanie należy uważać za ubolewania godną omyłkę. W dobie, kiedy krótki zarys chemji fizjologicznej, przeznaczony dla studentów medycyny, stanowi istotną potrzebę, kiedy wydanie książki jest połączone z wielkiemi trudnościami dla wydawców, nabycie zaś jest ciężkim wysiłkiem dla studenta, wydano książkę, nietylko bezwartościową, lecz nawet wprost szkodliwą. Szkoda, że przedsiębiorczą i pełną najlepszej woli firmę wydawniczą tak błędnie poinformowano.

Tłumacz, nieobeznany widocznie zupełnie z chemją fizjologiczną, przełożył podręcznik Arthusa nie z oryginału francuskiego, lecz z tłómaczenia niemieckiego; podręcznik Arthusa jest już w oryginale mocno przestarzały, nawet w wydaniach nowych; tłumaczenie polskie, dokonane na podstawie niemieckiego, kuleje tak daleko poza frontem nauki, że czytając je ma się wrażenie, że czyta się podręcznik chemji fizjologicznej z roku 1890. W polskim przekładzie książki Arthusa, wydanym w r. 1922, nie zaznaczają się zupełnie wyniki badań ostatnich lat dwudziestu, które w nauce chemji fizjologicznej, rozwijającej się nader bujnie, dokonały prawdziwych przewrotów, i to w dziedzinach najważniejszych.

Wyliczenia najważniejszych błędów, nieporozumień, braków, wiadomości przestarzałych, od dawna sprostowanych lub dopełnionych, nieraz zgoła błędnych, zajęłoby tyle miejsca, co sama książka. We wstępie fizyczno-chemicznym, zajmującym się »reakcją cieczy«, spotykamy tak ciężkie błędy, jak twierdzenie, że »występowanie jonów H jest charakterystycznem dla kwasów«, a »wolnych jonów OH' charakteryzuje zasady«; z niezrozumienia podstawowego równania dysocjacji wody wynika potem twierdzenie, że »krew nie zawiera wolnych jonów OH'«. W sprawie tak ważnej nauki o stężeniu jonowodorowem i jego znaczeniu dla chemji fizjologicznej odsyła się do »literatury specjalnej«. Napróżnoby szukać czegokolwiek z dorobku ostatnich lat 30 w przedstawieniu chemji lipoidów i tłuszczów; współczesnych poglądów na budowę cukrów; zjawisko mutarotacji; na fermentację alkoholową; na chemję fizyczną ciał białkowych; mucyny są »glukoproteidami«, przestarzałe pojęcia o «nukleoalbuminach« łączą się z wiadomościami tak wręcz fałszywemi, jak to, że uracyl występuje w kwasach nukleinowych zwierzęcych; o rybozie, nukleotydach i nukleozydach, o całym dorobku chemji kwasów nukleinowych z 20 lat badań najpoważniejszych ani słowa; ogrom wyników pracy nad barwikiem krwi i chlorofilem, nad hemopyrolami, nad prawami wiązania tlenu przez krew, nad barwnikami żółtemi ciał tłuszczowych, nad cholesteryną i kwasami żółciowemi nie pozostawił zupełnie śladu w tym podręczniku! Napróżno szukać czegokolwiek o pośredniej przemianie materji! Kwas acetooctowy i β-oksymasłowy figurują jako składniki moczu w »Dodatku«, ale o ich roli fizjologicznej ani słowa! Spotykamy się z wiadomościami tak fałszywemi, jak np. że hiperglikemja zaczyna się powyżej 2.8 g, hipo-glikemja poniżej 1 g cukru w litrze krwi! Metody praktyczne, przytoczone w polskiem tłumaczeniu wydania niemieckiego książki Arthusa tchną przestarzałością i są bez wyjątku oddawna zarzucone; metod współczesnych autorowie zgoła nie podają. Któż miareczkuje cukier we krwi płynem Fehlinga?

Zbytecznem będzie, wobec tak niskiego poziomu ogólnego książki, dyskutować usterki językowe, stylistyczne i terminologiczne; roi sie od rusycyzmów Termin »ufosfornione», reakcje »od« odczynnika: oto kilka przykładów. Tłumacz nie przysłużył się piśmiennictwu polskiemu swoim przekładem — źle wybrał i jaknajgorzej przyswoił. *J. Parnas* (Lwów).

Przegląd piśmiennictwa.

Patologja i anatomja patologiczna.

Bulletin de l'Acad. de Médecine.

Nr. 23. 1922.

M. Roussy. **Znaczenie podłoża w raku doświadczalnym, wywoływanym smołą.** Istotna przyczyna raka jest dotąd nieznana. Natomiast warunki sprzyjające jego powstaniu i znaczenie czynników usposabiających do rozwoju raka są już dość dobrze wiadome. Przyczyniły się tu badania, prowadzone od kilku lat nad t. zw. »stanami przedrakowemi» (états précancéreux) to jest stanami zapalnemi, lub dystroficznemi, w których rak chętnie się rozwija, oraz poznanie faktu, że nie jedna jedyna przyczyna wywoływa rakowacenie komórki, lecz rozmaite. Nowo zdobyte wiadomości z tej dziedziny pozwoliły na założenie podwalin profilaktyki przeciwrakowej. Raka myszy i szczura otrzymywali Borrel, Fibiger, Bullock i Curtis przez działanie pasorzytów, przez działanie ciał promieniotwórczych — Clunet, działaniem chemicznem, np. smołą — Yamagiwa, Ichikawa, Tsutsui, Fibiger i Bang.

Autor wywoływał raka u myszy w dwóch serjach doświadczeń. W pierwszej wcierał myszom smołę w okolicę karku, w drugiej serji, za wskazówkami Murray'a i Woglom'a, w pasek skóry grzbietu od karku aż po nasadę ogona. W serji drugiej zużył 60 myszy, czas doświadczeń trwał 240 dni. Wyniki następujące: Rak u 23 zwierząt, tj. 38$^0/_0$, guzy dobrotliwe u 16 myszy, tj. 26$^0/_0$, wynik ujemny 14 razy, tj. 23$^0/_0$, wreszcie 7 zwierząt, tj. 11$^0/_0$, padło wśród objawów zatrucia. Wśród myszy, u których powstał nowotwór, prawie połowa posiadała kilka ognisk współcześnie się rozwijających. Naczelny wniosek z tych wyników opiewa, że u zwierząt tego samego gatunku, rasy, wieku, często z tego samego rzutu, chowanych w takich samych warunkach, wywołała ta sama przyczyna działająca (smoła), stosowana w taki sam sposób i w tym samym czasie, jednak różne wyniki. Okazało się, że odporność tych zwierząt była różna. Odporność naturalna lub sztuczna zwierząt, którym wszczepiono cząstki raka, opracowana przez Ehrlicha i Bashforda, zawodzi przy raku wywoływanym smołą. Fibiger wykazał, że myszy noszące szczepy raka mogą dostać pod wpływem działania smoła raka drugiego, i odwrotnie u myszy z rakiem smołowym przyjmują się przeszczepione cząstki raka innego pochodzenia. Różne wyniki, uzyskane przez działanie takiej samej przyczyny, nasuwają zapytanie, dlaczego pewne zwierzęta wytwarzają guzy dobrotliwe, a inne złośliwe. Czy guzy dobrotliwe tworzą stan przygotowawczy do przejścia w stan złośliwy? W każdym razie guzy złośliwe ilościowo przeważają. Pod względem postaciowym autor wyróżnia cztery odmienne typy guzów: 1) Hyperkeratoza bez nacieku w podstawę. Mikroskop nie stwierdza bujania nowotworowego. 2) Hyperkeratoza ze stwardnieniem i naciekiem podstawy. Mikroskop wykazuje bujanie w głąb tkanki łącznej i mięśniówki o typie epithelioma spino cellulare. 3) Rozrost naskórka pod postacią brodawki bez rogowacenia. Pod mikroskopem czopy rakowe wnikające w głąb. Wreszcie 4) ubytki owrzodzenia obnażające skórę, w których dnie wykrywa się tkankę atypową.

Niema zatem jednolitej postaci czy to dobrotliwego, czy złośliwego guza. Bujanie nowotworowe może powstać tak przy proliferacji przyskórka, jak też przy zaniku jego, przy owrzodzeniu. Nie wie się, kiedy. jak, ani dlaczego dane zwierzę oddziała na drażnienie smołą taką, a nie inną postacią zmiany. Wielka ilość przypadków, w których nowotwór rozwija się odrazu w kilku miejscach, przemawia na korzyść teorji wieloogniskowego powstawania nowotworów. Zauważyć przytem należy, że znaczna większość takich guzów miała cechy złośliwości. Skoro warunki doświadczeń są w każdym przypadku takie same, wydaje się zatem rzeczą

oczywistą, że działać tu muszą czynniki miejscowe (facteur terrain.). Ten wniosek uważa Roussy w obecnym stanie swych dociekań za najważniejszy.

Nr. 34. 1922.

M. E. de Massary. **Objawy ze strony błon surowiczych przy brodawkowem zapaleniu wsierdzia.** Przypadek pierwszy dotyczy 30-letniego mężczyzny, który skarżył się na bóle głowy, brzucha, kostek, wymioty i napady gorączki poprzedzane dreszczami, które występują w równych odstępach czasu dwa razy w ciągu doby. Badanie kliniczne stwierdza stan gorączkowy, ogólną lekką bolesność brzucha, »defence musculaire« i zapalenie pęcherza moczowego na tle rzerzączki. Skurczowy szmer nad końcem serca promieniujący ku pasze. Następnego dnia bębnica jelitowa i zaostrzenie objawów otrzewnowych skłoniły do rozpoznania zapalenia otrzewnej. W kilka godzin później chory zmarł. Na sekcji stwierdzono: Brodawkowe zapalenie wsierdzia zastawki dwudzielnej, w okresie zaostrzenia, duży zawał zakażony śledziony, ogólne zapalenie otrzewnej z wysiękiem surowiczym. Punktem wyjścia zapalenia otrzewnej był zawał śledziony. Z brodawek zastawki wyhodowano ziarniaki nieodbarwiające się Gramem, które układają się w krótkie łańcuszki.

Przypadek drugi. Mężczyzna 42-letni, który zgłosił się z powodu ogólnego niedomagania i kaszlu, które trwają od dwóch miesięcy. Stan przedmiotowy wykazuje ciepłotę 39° C tętno 128/min. oliguria. Serce bez zmian. W obu jamach opłucnowych wysięk — jak stwierdza nakłucie, surowiczoropny, zawierający paciorkowce, płuca przekrwione. Chory zmarł trzeciego dnia. Sekcja stwierdziła zaostrzające się zapalenie brodawkowe zastawki dwudzielnej i półksiężycowych tętnicy głównej, oraz trzy małe zawały w wątrobie. Nadto obustronne surowiczo-ropne zapalenie opłucnej. Z brodawek wsierdzia wyhodowano takie same bakterje, jak z wysięku.

W przypadku trzecim przywieziono chorego nieprzytomnego wśród objawów zapalenia opon mózgu. Rodzina podała, że chory kilkakrotnie zapadał na kolkę wątrobową. Płyn mózgowo-rdzeniowy mętny, zawiera wzmożoną ilość albumin, liczne ciałka ropne, i dwoinki, odpowiadające dwoinkom zapalenia płuc. Wszystkie inne narządy wydają się prawidłowe. W trzecim dniu pobytu w szpitalu śmierć. Sekcja stwierdziła rozlane ropne zapalenie opon miękkich mózgu. W sercu na jednej z zastawek półksiężycowych tętnicy głównej narośl wielkości orzecha laskowego, pod nią zastawka przedziurawiona. Ponadto kamica woreczka żółciowego i przewodów żółciowych. Z narośli zastawki wyhodowano takie same dwoinki zapalenia płuc, jak z ropy opon.

Powyższe przypadki pouczają, że przy zapaleniach błon surowiczych, w których pochodzenie sprawy jest niejasne, należy pamiętać, że pierwotny punkt wyjścia może znajdować się we wsierdziu, chociaż — jak w przypadku 2 i 3 — brak objawów ze strony serca.

A. Zakrzewski (Lwów).

Choroby wewnętrzne.

Archives of Internal Medicine.
Vol. 30. Nr. 31. wrzesień 1922.

Thomas Lewis. **Wyjaśnienie początkowej fazy elektrokardjogramu.**

K. R. Mc. Alpin i W C. von Glahn. **Przypadek choroby Hodgkina, leczonej promieniami Roentgena w ciągu lat sześciu.** Autorzy rozpoznali $6^1/_2$ lat przed zgonem u 22-letniej kobiety z dolegliwościami żołądkowo-jelitowemi, cierpienie Hodgkina i przez cały przeciąg czasu leczyli ją promieniami Roeutgena (95 naświetlań) z czasowym dobrym skutkiem. Na 6 miesięcy przed zgonem musiano przerwać leczenie z powodu osłabienia i leukopenji. Przypadek nastręczył kilka objawów niezwykłych. Bardzo znaczny naciek otrzewnej i trzewi brzusznych, który też bezpośrednio sprowadził zgon przez przebicie jelita, w tkance chorobowej znaleziono dużo komórek olbrzymich z wielką ilością bardzo silnie barwiących się jąder. Niezwykłym był też zupełny brak komórek eozyno-chłonnych.

G. Bacho i L. Loewe. **Doświadczalne wytwarzanie swoistych histo-patologicznych zmian grypowych.** Autorzy wstrzykiwali królikom do tchawicy wydzieliny nosowo-gardłowe chorych grypowych, przesączone przez sączek Berkefelda oraz hodowle »ciałek kropkowatych« (*punctiform bodies*) wyosobnionych z takich wydzielin przez Loewe'go i Zeman'a, do 23 godzin zabijali zwierzęta, by przeszkodzić wtargnięciu innych drobnoustrojów, wywołujących zakażenia wtórne, jak zapalenia płuc itd. Znaleziono: 1) przekrwienie, obrzęk i małe krwawienia na śluzówce krtani i oskrzeli, 2) obecność surowiczego krwawego płynu w świetle oskrzeli, 3) znaczne przekrwienie miąższu płucnego i ostre rozedmowe rozdęcie pęcherzyków, 4) szeroko rozpostarty wysięk surowicy i wynaczynienie krwinek, napełniające tkankę międzymiąższową i grupy pęcherzyków, 5) aplastyczny charakter wysięku, 6) tętniakowe rozszerzenie krótkich przestrzeni naczyń włosowatych i tętniczek, częste zamknięcie światła tych naczyń zatorami płytkowemi, 7) dążność do wczesnego wtórnego zakażenia drobnoustrojami ropotwórczemi, sprawiającemi szybki naciek ropny, zupełnie zacierający pierwotny obraz chorobowy. Wszystkie zmiany powyższe widzieli przy grypie ludzkiej patologowie, którzy mieli sposobność badania płuc chorych zmarłych przed powstaniem wtórnego zakażenia; można je tedy uważać za swoiste i zebrać w odrębny zespół chorobowy. Niezwyczajny obraz tłumaczy się niezwykłem powinowactwem zarazka do śródbłonka naczyniowego, do którego dochodzi poprzez drogi oddechowe, gdzie go częściowo zatrzymuje śluzówka. Wynikiem zatrucia śródbłonka są wynaczynienia w całych płucach, utrata napięcia wielu pętli naczyń włosowatych i zatory płytkowe, który to objaw, stale przy ludzkiej i doświadczalnej grypie spotykany, posiada duże znaczenie patognomiczne.

W. Thalhimer. **Mechanizm rozwoju przewlekłych, niewywołanych przez drobnoustroje, schorzeń zastawkowych.** Autor stara się rozwiązać zagadnienie dziwnej postępowości przewlekłych schorzeń zastawkowych, nie będących skutkiem działania drobnoustrojów, i na podstawie badań anatomicznych wypowiada następującą hipotezę: Pierwszą zmianę na zastawce wywołuje choroba w dzieciństwie przebyta, jak płonica, odra, zapalenie płuc itd., powodując, w myśl teorji Aschoffa, przez zwolnienie krążenia i przez toksyczne zmiany w płytkach powstawanie małych, później się włóknisto organizujących skrzepów brodawkowatych. Miejsce raz schorzałe jest już osłabione, nieelastyczne, naokoło niego powstają wiry, tak, że każdorazowy większy napór krwi w czasie wzmożonej pracy lub choroby gorączkowej, sprawia powstanie na tem właśnie miejscu nowego małego skrzepu, z następowemi zmianami. Teraz powstaje błędne koło, sprawiające pogorszenie się kliniczne i anatomiczne wady zastawkowej podczas każdego cierpienia lub też pracy, wymagającej zwiększonej czynności serca. Nie trzeba tedy się uciekać do przypuszczenia wtargnięcia za każdym razem drobnoustrojów do zastawki. Autor przyznaje, że nie można podać dowodów na słuszność tej hipotezy. Nie można badać wszystkich okresów postępu uszkodzeń zastawkowych, jednakowy wygląd wszystkich brodawkowatych tworów świadczy jednak, że cały proces opiera się na bardzo prostym mechanizmie, polegającym na dążeniu do »naprawy« zaszłej szkody, niedostatecznym jednak, gdyż wynik »naprawy« pogarsza funkcjonalnie sprawność zastawki.

E. C. Faust. **Bronchospirochetosis w Chinach.** Autor spostrzegał w Pekinie 5 przypadków cierpienia, odkrytego przez Castellaniego w 1905 r. Zarazkiem jest prątek „Spironema bronchiale Castellani", znajdujący się w plwocinie, podobny do prątka anginy Vincent'a, od którego go odróżnia brak symbiozy z „bacillus fusiformis". Choroba objawia się obfitem krwioplucieın, gorączką, plwociną śluzowo-ropną, objektywne objawy, jak przy gruźlicy płuc, z którą się chętnie łączy. Leczenie salwarsanem daje wyniki doskonałe, sprowadza też do normy czasem obecną eozynofilję (do 20%).

S. B. Grant. **O tężyczce i jej związku z zaburzeniem w równowadze kwasów i zasad.** Najbardziej pociągające tłumaczenie mechanizmu tężyczki dają Freudenberg i György: Wszystkie postacie są skutkiem nadmiernej drażliwości tkanek z powodu braku jonu Ca, który to brak może wywołać 1) wycięcie ciałek przytarczycznych, regulujących prze-

mianę wapniową, 2) zmiana stężenia jonów H we krwi, sztucznie powstała nadmierna zasadowość krwi, zmniejszająca ilość wolnych jonów Ca we krwi, zwiększająca zaś ogólną ilość wapnia związanego z koloidami krwi; równowaga między wapniem związanym a wolnym ustaje, wapń z tkanek przechodzi do krwi i wtedy powstaje wzmożona drażliwość, 3) zatrucie ustroju przetworami rozpadu białka, jak trójmetylaminą, gwanidyną, kreatyną itd. Ciała te bezpośrednio zmniejszają łączenie się Ca z koloidami, powodują zubożenie tkanek w Ca i wzmożoną pobudliwość. F. i G. ma jednak i słabe strony. Nie zawsze bowiem można stwierdzić alkalozę na podstawie zwiększonej pojemności osocza dla CO_2 (oznaczającą zmniejszenie stężenie kwasów nielotnych). Autor zajmuje się tężyczką, spowodowaną nadmiernem podawaniem dwuwęglanu sodowego, szybkim oddechem (w jednym przypadku histerycznej „tachypnoe") wypłukującym CO_2 z krwi, oraz zwężeniem odźwiernika. (W ostatnim przypadku HCL nie może się dostać do dwunastnicy, we krwi zostaje wtedy nadmierna ilość zasad, która zwykle wydziela się z żółcią i sokiem trzustkowym, zobojętniając kwasy). A. przytacza 3 przypadki tężyczki przez zwężenie odźwiernika, przy których pojemność osocza dla CO_2 była znacznie zwiększona, dalej 2 podobne przypadki powstałe przez przyjmowanie nadmiernej ilości dwuwęglanu sodu i 1 z powodu histerycznej hyperpnei. Zgadza się tedy na przypuszczenie „alkalozy", która potwierdza najnowsze spostrzeżenia F. i G. co do dalszych wyników leczenia tężyczki chlorkiem amonowym (powodującym według Haldane'a kwaśnicę przez wytwarzanie mocznika i kwasu solnego).

Wm. W. Cadbury. **Ciśnienie krwi u zdrowych studentów w Kantonie.** Badanie 774 zdrowych chińskich studentów wykazało znacznie niższe (o 20—30 mm Hg skurczowe, o 10—20 mm Hg rozkurczowe) ciśnienie krwi, niż u Europejczyków. Z tem łączy się ciekawy fakt, że w Chinach się bardzo rzadko spotyka hypertonię mimo, że choroby nerek są bardzo częste. Jako przyczynę można uznać: 1) nizki wzrost i lekką wagę, 2) djetę jarską (ryż), 3) prosty sposób życia i brak nerwowości, 4) wpływ klimatu gorącego, który a) stale rozszerza obwodowe naczynia, b) wzmaga wydzielniczą czynność skóry, a może też i c) zmniejsza ciśnienie wazomotoryczne, potrzebne do wytworzenia ciepła powierzchniowego w klimatach umiarkowanych.

T. Addis. **Czynność nerki w stosunku do ilości czynnej tkanki.** Autor podaje nową metodę funkcjonalnego badania nerek, kombinując podstawę metody Ambarda o stałym stosunku między mocznikiem w krwi a mocznikiem w moczu z metodę Monakowa sprawdzania wydolności nerki po obarczenia jej mocznikiem. Autor twierdzi, że należy doprowadzić do wysiłku jaknajwiększej części tkanki nerkowej przez podawanie mocznika i jaknajwiększego nasilenia diurezy przez podawanie wody i wtedy oznaczać mocznik we krwi i w moczu. Szczegóły metody: o 6 godzinie rano chory pije powoli 1000 ccm wody z 30 g mocznika, (jeżeli w krwi jest 15·25 mg Na mocznikowego na 100 cm; jeżeli stężenie w krwi wynosi około 60 mg azotu, nie podaje się go wcale) o 7 i co godziny aż do 11 godziny rano pije chory po 2 szklanki wody. Co godzinę chory oddaje mocz, od 10 godziny zaś do 12 do specjalnych flaszek, w których to trzech próbach oznacza się mocznik. Krew zbiera się w połowie tych trzech godzinnych okresów i oznacza się w każdej próbie z osobna. Wtedy to ilość mocznika wydzielonego zależy tylko od ilości mocznika we krwi i od ilości tkanki czynnej. Ponieważ pierwszy czynnik jest znany, to stosunek: mocznika w moczu jednogodzinnym do mocznika w 100 ccm krwi jest miarą ilości czynnej tkanki nerkowej. U ludzi dorosłych z nerkami zdrowemi stosunek ten wyraża liczba około 50·4 z wychyleniami około ± 6·61. Dalsze badania doświadczalne nad stosunkiem tej liczby do wagi nerek u królików i stosowaniem metody w klinice są w toku. *Ziemilski* (Lwów).

Choroby skórne i weneryczne.

Dermatologische Zeitschrift.

T. 36. Z. 6.

Blumenthal F. iv. Haupt A.: **O obecności przeciwciał w surowicy krwi chorych na grzybka strzygącego.** Na 100 chorych na grzybka strzygącego wykonano 113 badań surowicy krwi, w czem otrzymano 73 wyników dodatnich, stwierdzających, że sporządzona przez autorów trichophytina zawiera wywoływacz swoisty, jakoteż, że surowice chorych na grzybka zawierają swoiste przeciwciała. Trichophytinę sporządzali z hodowli na pożywce Sabauraud a, bez dodatku agaru, przyczem przekonali się, że grzybki tak strupnia wszczynowatego, jak i grzybka strzygącego, zupełnie dobrze dadzą się hodować i bez dostępu powietrza. Z hodowli grzybków starali się otrzymać toksyny i endotoksyny, i tych oddzielnie używać jako wywoływaczy (technika w oryginale). Wywoływacz naprzód badano na własności samopowstrzymania. Przy badaniach wstępnych stwierdzili, że jadowitość grzybków jest różna, nie tylko u różnych gatunków, ale i hodowle tego samego szczepu mogą się znacznie między sobą różnić. Posługując się wywoływaczami z toksyn i endotoksyn, mogli się przekonać, że w sile wiązania dopełniacza przez oba te wywoływacze nie zachodzą znaczniejsze różnice.

Głębokie postacie grzybka strzygącego (Kerion Celsi), wykazują obecność przeciwciał w surowicy, natomiast w przypadkach powierzchownych postaci znachodzą się przeciwciała bardzo rzadko. Ujemne wyniki w przypadkach głębokich postaci chorobowych tłumaczą autorowie słabemi własnościami odpornościowemi ustroju, względnie terenu, lub małą jadowitością grzybów. Wykonując w takich przypadkach równocześnie próbę nadwrażliwości (wstrzykiwanie śródskórne trichonu) przekonali się, że i ta próba w większości przypadków wypadała ujemnie. Badając wpływ odporności na powstawanie nawrotów autorzy przekonali się, że w przypadkach nawrotów brak jest zupełny przeciwciał, albo też stan zupełnej odporności nie wytworzył się. Co do równorzędności istnienia objawów alergji skóry i obecności przeciwciał w surowicy — przekonali się, że oba zjawiska nie idą w parze, że alergja skóry o wiele wcześniej może się pojawiać, niż przeciwciała, tak że prawidłowości w występowaniu obu tych odczynów nie dało się stwierdzić; w niektórych przypadkach już w pierwszych dniach dadzą się zauważyć duże ilości przeciwciał w surowicy, w innych natomiast, po 12 miesiącach od czasu rozpoczęcia się choroby, wynik badań był zupełnie ujemny. W przypadkach dodatnich wyników stwierdzili B. i H., że przeciwciała nie znikają natychmiast po wyleczeniu, ale mogą istnieć jeszcze długi czas we krwi. W znacznej części przypadków odczyn alergji skóry trichonem wypadał, zgodnie z badaniami na przeciwciała w surowicy, w pewnej części (18 przypadków) przeciwciała dały się wykazać, natomiast objawy alergji wypadły zupełnie ujemnie. Do wyjaśnienia tych zjawisk, mogą przyczynić się badania Engwera z tej samej pracowni, który w podobnych przypadkach niezgodności obu tych odczynów znajdował w surowicy ciała hamujące objawy alergji skóry. Szczepienia skórne trichophytyny mają wpływ na powstawanie przeciwciał w surowicy u chorych na grzybka strzygącego, co należy sobie tłómaczyć wpływem czynnego uodporniania i co właśnie jest powodem czynnika leczniczego grzybicy. Jednak nie da się stwierdzić ścisła swoistość ciał odchylających dopełniacz u chorych na grzybicę skóry, odczyn dodatni pojawiał się bowiem i w innych cierpieniach skóry, przedewszystkiem w gruźlicy; zjawisko to uważać należy za odczyn grupowy. Na podstawie swych doświadczeń stwierdzają autorowie, że cierpienie skórne, wywołane grzybkiem strzygącym, nie różni się od innych chorób zakaźnych; o swoistej odporności komórkowej nie może być mowy, bo w przypadkach głębokich postaci grzybicy dadzą się wykazać w surowicy krwi przeciwciała, co powoduje, że odporność humoralna w leczeniu grzybicy odgrywa pierwszorzędną rolę.

Reichenbächer W.: **W sprawie ostitis fibrosa i stosunku jej do kiły.** U 77 letniego starca z wrzodem podudzia, stwierdzono klinicznie i rentgenologicznie *ostitis fibrosa deformans* lewej kości piszczelowej. Przed 30 laty chory miał wrzód na członku. Żona chorego nigdy nie roniła. Jako czynnik etjologiczny można było przyjąć zakażenie weneryczne, jak również i mechaniczny, ciągły, uraz, chory bowiem przez długi szereg lat zajęty był jako tokarz, i posługiwał się pracą nóg. Jako trzecią przyczynę możnaby było

przyjąć związek między wrzodem podudzia a następowem drażnieniem jadami bakteryj rozwijających się na wrzodzie podudzia. Obraz rentgenologiczny wykazywał typowe daleko posunięte zmiany w szpiku kostnym, bez zmian okostnej. Cierpienie to opisane po raz pierwszy przez Pageta, zdarza się często w Anglji i Francji, zwykle zajmuje kilka kości i to długich (kość piszczelowa). Anatomo-patologicznie, według Recklinghausena, przychodzi do procesu metaplastycznego rozmiękczenia, według Kaufmanna, najpierw przychodzi do porowatości kości, później dopiero ulega szpik kostny przemianie włóknistej i z tak zmienionego szpiku wytwarza się nowy szpik kostny. W 50% cierpienia tego stwierdzono kiłę, a niektórzy autorowie cierpienie to uważają za objaw kiły wrodzonej późnej. Inni autorowie jako przyczynę przyjmują skazę moczanową, zaburzenia troficzne i t. d. W wielu jednak przypadkach nie dało się stwierdzić kiły, jako przyczyny choroby, a leczenie przeciwkiłowe nie odnosiło najmniejszego skutku. Dziś jako przyczynę uważa się schorzenie układu gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu i zaburzenia w czynności dokrewnej tychże gruczołów, często bowiem znachodzono zmiany chorobowe w gruczołach dokrewnych. Jako czynnik drugorzędny wchodzą w grę urazy, szkodliwe wpływy podrażniające i skłonność dziedziczna.

Kellermann A. **Działanie kwasu mrówkowego na skórę ludzką.** Jako przyczynę, wywołującą pokrzywkę po ukłuciu owadów lub po dotknięciu roślin, uważano kwas mrówkowy, przyczem sądzono, że kwasy takie, jak n. p. kwas mrówkowy, wskutek zmian w zasadowości surowicy ludzkiej wywołują objawy pokrzywkowe. Autor przeprowadził szereg badań, wstrzykując śródskórnie rozcieńczony kwas mrówkowy czysty (1:2000, 1:1000) bez jakiejkolwiek dolegliwości dla chorego; po wstrzyknięciu powstawał bąbel nie sprawiający świędzenia. Rozcieńczenia mniejsze (1:100, 2:100) wywoływały już objawy wybitniejsze. Wstrzykiwania dożylne 1% rozczynu w ilości 5 cm^3 (0.05 kw. mrówk.) znosili chorzy bardzo dobrze. Przy stosowaniu obu tych sposobów nie zdołano wywołać objawów typowej pokrzywki. Autor sądzi, że przyczyną powstawania bólów po ukłuciu owadów lub po dotknięciu roślin jest kwas mrówkowy. W małych ilościach jest nieszkodliwy dla ustroju, jednak własności leczniczych w chorobach skórnych nie posiada.

F. Walter (Kraków).

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.
N. 5. maj 1922.

R. Krefting. **Leczenie kiły wyłącznie salwarsanem. Doświadczenie dziesięcioletnie.** Autor sądzi, że spostrzeganie dziesięcioletnie wyników leczenia kiły samym salwarsanem bez użycia rtęci wystarcza, aby sobie wyrobić pewien pogląd, jakkolwiek nie definitywny, na wartość leczniczą tego środka. Używał początkowo wstrzykiwań podskórnych i śródmiąższowych, ale wkrótce je porzucił, jako bolesne, sprowadzające obumarcie tkanek i przeszedł do wstrzykiwań śródżylnych. Tylko wyjątkowo u dzieci, jeśli nie można stosować drogi dożylnej, używa wstrzykiwań śródmiąższowych w małych dawkach. Z pośród preparatów salwarsanowych oddaje pierwszeństwo preparatowi 606, uważając go za najskuteczniejszy, i używa go przedewszystkiem do leczenia poronnego, stosując w dawkach 0,5—0,6 dla mężczyzn, 0,3—0,4 dla kobiet, w odstępach dni 15, na jedno leczenie poronne 5 wstrzyknięć. Nie sądzi, aby leczenie salwarsanem lub jego pochodnemi było niebezpieczne, bo na 10.200 wstrzyknięć preparatu »606« i to w dużych dawkach tudzież na 2,100 wstrzyknięć neosalwarsanu i 200 salwarsanu srebrowego nie miał ani razu groźnych objawów ubocznych. Odnośnie do odczynu Wassermanna, jest zasadniczym zwolennikiem sposobu pierwotnego a nie odmiau rzekomo czulszych i ulepszonych, istotnie mniej wartościowych. Tylko ludzie obeznani dokładnie z techniką wykonywania odczynu dają gwarancję nieomylności. Odczyny w ciągu 13 lat wykonywał sam i wykonał ich 44.000. Nie przywiązuje wagi do miareczkowania siły odczynu t. j. do ilościowego oznaczania reagin, bo te oznaczania nie odpowiadają często obrazom klinicznym. Jest zasadniczym przeciwnikiem wykonywania nakłucia lędźwiowego i badania płynu mózgowo-rdzeniowego, bo to, zdaniem jego, w niczem nas bliżej o przebiegu kiły nie objaśnia, a jest zbytecznem torturowaniem chorych. Ironizuje, że w »Ameryce zwłaszcza rozwinął się cały przemysł lekarski wykonywania nakłuć lędźwiowych«.

Powtórnych, zupełnie pewnych zakażeń po leczeniu salwarsanem udatnem, spostrzegał w ciągu 10 lat 19, w tem jeden przypadek trzykrotnego świeżego zakażenia. Neurorecydywy uważa za zwykłe nawroty kiły, pomijając wszelkie inne tłomaczenia. Nie wierzy w wartość t. zw. wstrzyknięć prowokacyjnych, bo nie zauważył nigdy, aby u chorego, który okazywał czas dłuższy O. W. ujemny, wstrzyknięcie wpłynęło na zmianę odczynu w dodatni. Spostrzeżenia przeciwne należy tłomaczyć najprawdopodobniej, jako przypadkowe samoistne wahania w ilości reagin.

Wierzy w leczenie poronne samym salwarsanem bez użycia rtęci. W ciągu 10 lat leczył poronnie 611 przypadków kiły początkowej, w tem 320 przypadków najmniej trzema wstrzykiwaniami, a 178 dwoma lub jednem wstrzyknięciem. Z pośród 390 przypadków leczonych conajmniej 3 wstrzykiwaniami w 169 rozpoczęto leczenie przy O. W. ujemnym, w 221 przy odczynie dodatnim. W grupie pierwszej nie spostrzegł ani razu nawrotu, czy to klinicznego, czy serologicznego, w grupie drugiej natomiast doczekał się 19 nawrotów. Sądzi zatem, że do leczenia kiły świeżej seronegatywnej wystarcza 3—5 wstrzyknięć salwarsanu, natomiast w okresie seropozytywnym ta ilość wstrzyknięć nie wystarcza, trzeba leczyć przez dosyć długi przeciąg czasu. Z pośród 221 przypadków, w których na jedno leczenie poronne zastosowano jedno lub dwa wstrzyknięcia salwarsanu, w 59 rozpoczęto leczenie przy ujemnym, w 162 przy dodatnim O. W.

W pierwszej grupie było 5 przypadków nawrotów, w drugiej grupie 10, a więc nawet w przypadkach niedostatecznie leczonych, bo jednem lub 2 wstrzykiwaniami, można, jak się zdaje, dość często zapobiedz wystąpieniu objawów wtórorzędnych. Przypadków kiły drugorzędnej leczył Krefting ogółem 668, w tych 196 chorych poddało się bardzo energicznemu i dostatecznie długiemu leczeniu, a 472 chorych otrzymało niedostateczną ilość wstrzykiwań. W grupie przypadków dostatecznie leczonych (196) nawroty wystąpiły w 22 przypadkach, w grupie przypadków niedostatecznie leczonych (472) zanotowano 21 nawrotów. W kile trzeciorzędnej, bardzo różnorodnej ze względu na siedzibę zmian trzeciorzędnych w rozmaitych narządach, otrzymał autor naogół klinicznie wyniki przeważnie bardzo pomyślne, nie zawsze pomyślne w znaczeniu serologicznem.

W wiądzie rdzenia (26 przypadków) otrzymywał autor wyniki przedmiotowe i podmiotowe dosyć pomyślne: zmniejszanie się lub ustępowanie bólów i niezborności ruchów, skrzepienie sił. Najlepiej oddziałują na leczenie przypadki wiądu rdzenia z dodatnim O. W. Czy kiłowi leczeni wcześnie salwarsanem unikną w przyszłości schorzeń metaluetycznych byłoby, zdaniem autora, jeszcze za wcześnie rozstrzygać.

C. Andry i P. Suquet. **Rak szyjki macicy a kiła.** Jest rzeczą oddawna znaną, jak często pojawiają się raki języka u ludzi, którzy przebyli kiłę tak, że niepodobna nie przyjąć, iż kiła jest jedną z głównych, choć nie jedyną przyczyną usposabiającą do raka języka. W mniejszym stopniu usposabia do raka gruźlica zwłaszcza toczeń błon śluzowych i skóry. Autorowie mieli sposobność w ostatnich czasach badać trzy przypadki raków w rozmaitych stadjach rozwoju i we wszystkich trzech stwierdzili dodatni O. W. w surowicy krwi odnośnych kobiet. To skłoniło ich do zebrania większej statystyki i znalezienia odpowiedzi na pytanie, czy poza rakiem szyjki macicy nie kryje się w większości przypadków utajona kiła. To przypuszczenie wyraził już Francheschini w pracy swej z r. 1905, tylko nie mógł go wówczas poprzeć badaniami serologicznemi. Chatelier na 21 przypadków raka w 13 miał wyniki dodatnie. Bertrand badał na O. W. krew 70 chorych na raka macicy lub podejrzanych o raka kobiet i w 48 przypadkach (70%) stwierdził dodatni O. W., stąd wysnuł wniosek, zdaniem autorów niewłaściwy, że sam rak macicy powoduje dodatni O. W. Statystyka Bertranda jest uderzająco zbliżona do statystyki autorów. Na 91 raków macicy w 66% stwierdzili auto-

rzy dodatni O. W., a więc więcej, niż w 66%, przebytą kiłę. Zdaniem ich należy zatem przyjąć, że kiła odgrywa wybitną rolę w etjologji raka macicy. Przyszłość okaże, do jakiego rodzaju raków macicy usposabia kiła. Jest możliwe, że łuszczyca błony śluzowej macicy (leucoplasia i leucokeratoza) jest przedwstępnem stadjum raka, podobnie jak na języku.

P. Rocamora. **Uwagi etjologiczne i histologiczne z racji epidemji »keratosis follicularis«.** W czerwcu 1920 r. spostrzegał R. w schronisku dla dzieci w Barcelonie chorobę skórną, która wystąpiła nagle u 14 dzieci, ustawicznie ze sobą się stykających i miała wszelkie znamiona choroby nagminnej (epidemicznej). Obraz chorobowy przypominał pod wielu względami te osutki skórne, któreśmy zwykli zaliczać do grupy liszajów albo rogowaceń torebek włosowych (*lichenes, keratoses folliculares*), ale przytem wyróżniał się od znanych dotychczas jednostek chorobowych tej grupy tak pewnemi właściwościami klinicznemi i histologicznemi, jakoteż swem niewątpliwem tłem zakaźnem. Choroba dotyczyła dzieci w wieku 7—13 lat, zresztą zdrowych, dziedzicznie nie obciążonych. Siedzibą zmian chorobowych były wyłącznie uchyłki torebek włosowych, a zasadniczemi wykwitami, składającemi się na obraz chorobowy, były usadowione w torebkach włosowych drobne guzki wielkości główki od szpilki lub ziarna prosa barwy brudno-białej, żółtej lub szarej. Guzki te przy bliższem badaniu okazały się rogowemi czopami tkwiącemi głęboko w torebkach włosowych i sięgającemi aż do ich dna. Czopki rogowe wysterczały niejednokrotnie ponad powierzchnię skóry nadając jej szorstkość tarła. Po usunięciu czopa rogowego pozostawało lejkowate zagłębienie w skórze. Około guzków można było zauważyć często nieznaczny odczyn zapalny, tylko wyjątkowo przychodziło do zropienia guzków. Skóra otaczająca była bądź normalna, bądź sucha i łuszcząca się lekko, bądź też zgrubiała. Wykwity rozmieszczone były w dwu typach, zajmując, w jednych przypadkach, strony wyprostne kończyn, w innych usadawiając się z upodobaniem w zgięciach większych stawów. Nierzadko można było spostrzedz dość liczne wykwity na szyi i karku, rzadziej luźno rozrzucone na tułowiu. Miejsca narażone na tarcie odzieży były najgęściej i najczęściej zajęte wykwitami. U pewnej grupy chorych zauważono w kątach ust pęcherzyki ropne na zaczerwienionem podłożu, oporne leczeniu. Badanie histologiczne skrawków wykazało głównie zmiany w obrębie torebek włosowych, a mianowicie daleko posunięte nadmierne rogowacenie komórek wyścielających. Komórki te, ułożone dośrodkowo i zrogowaciałe w zupełności, tworzą owe dostrzegalne klinicznie czopy rogowe i niszczą brodawkę włosową a z nią i włos sam. W miarę wzrostu poszczególnych warstw przyskórka wyścielającego torebkę włosa, czop posuwa się ku górze a, rogowaciejąc coraz wybitniej, wypada, pozostawiając nieznaczną blizenkę.

W skrawkach nie znaleziono żadnych bakteryj, ale łuski skórne i czopy rogowe wysiane na pożywkl wykazały obecność kokków z grupy gronkowców. Autor przypuszcza, że wyhodował gronkowca szarego (*staphylococcus griseus*), odmianę gronkowca złocistego. Zdaniem autora ta odmiana gronkowca, usadowiwszy się w uchyłkach włosowych, mogła wywołać zmiany chorobowe. Punktem wyjścia zakażenia ogólnego mogły być zmiany pęcherzykowo ropne w kątach ust. Czy działało w danym wypadku zakażenie zewnętrzne i pewna przemiana własności chorobotwórczych zarazka, czy też wessanie jego toksyn i działanie drogą krwi na uchyłki torebek włosowych, autor nie chce rozstrzygać, przytacza tylko na dowód tych przypuszczeń rozmaite teorje etjologji schorzeń pokrewnych, mogących poprzeć jedno lub drugie zapatrywanie.

R. Rabut. **Przyczynek do nauki o »lupus pernio«.** W artykule obszernym i bardzo sumiennie opracowanym zestawia autor, a następnie omawia krytycznie wszystkie dotychczasowe, a tak niejednokrotnie różniące się między sobą poglądy na to, co uważano i uważa się dotąd za »lupus pernio«, począwszy od zapatrywań i definicji E. Besnier z r. 1889 aż do poglądów najnowszych Schaumanna z r. 1917 i 1922. Nie zadawalnia go żadna, dotychczas mniej lub więcej słusznie popierana, teorja etiologji tego cierpienia, a na dowód ich chwiejności przytacza rozmaite dane kliniczne i histologiczne, przemawiające za i przeciw. Najnowsza teorja Schaumanna, konstruująca »syndrom« limfogranulomatozy ogólnej, której objawem skórnym miałby być właśnie »lupus pernio«, może być słuszną jedynie dla pewnej grupy przypadków, nie rozwiązuje jednakowoż etjologji rozmaitych odmian »lupus pernio«, zdaniem autora, zgoła niejednolitej. W następstwie tych rozważań autor wysnuwa następujące swoje własne wnioski:

Pomiędzy zwykłem odmrożeniem (*perniones*) a tocznem zwykłym (*lupus vulgaris*) istnieje cała skala klinicznie podobnych jednostek chorobowych, na które różni autorzy »naklejali etykietę« *lupus pernio*. Ale istnienie postaci przejściowych z punktu widzenia klinicznego a choćby i histologicznego, nie usprawiedliwia bynajmniej przynależności wzajemnej tych spraw chorobowych, podobnych z wejrzenia. Wszakże wiadomo, że gruźlica i kiła mogą histologicznie przedstawiać te same obrazy t. j. wspólny obu chorobom obraz tuberkulidów. Należy zatem w tych rozmaitych odmianach *lupus pernio* poprowadzić linje graniczne i wyosobnić dokładnie poszczególne typy. I tak: Pewne typy »*lupus pernio*« należy zaliczyć do kategorji zwykłych odmrożeń i nazwać *erythema pernio*. Są to przypadki obrzęków sinoczerwonych twarzy i rąk, obrzęków występujących porą zimową, zmniejszających się, ale nie ustępujących całkowicie w lecie, nie okazujących ani plamek toczniowych, ani rozszerzenia uchyłków torebek włosowych. Blizny, jakie się niejednokrotnie dostrzega, są następstwem powierzchownych owrzodzeń. Są to przypadki najbardziej zbliżone do odmrożeń, a różnią się od nich tem, że nie ustępują latem. Tu zaliczyć należy *lupus chilblain* Hutchinsona.

Inna grupa przypadków, to odmiana rumienia toczniowego, to jego postać asfiktyczna. Cechy: kredowe łuski, rozszerzenie uchyłków włosowych i samoistne zaniki bliznowate. Pamiętać należy, że rumień toczniowy może nie mieć tła swoistego.

Toczeń zwykły może przebiegać pod postacią *lupus pernio*. To przypadki, w których w ogniskach chorobowych znajdujemy guzki przeświecające miękkie i w których przeszczepienie na króliki daje wynik dodatni.

Pozostaje wreszcie typ wyosobniony przez Schaumanna, który można nazwać prawdziwym *lupus pernio*, a który wyróżnia się naciekami głębokiemi, guzkami żółtemi, ale zbitszemi i mniej przeźroczystemi, jak guzki tocznia zwykłego. Przeszczepienie na króliki daje wynik ujemny. Być może, że do tej odmiany zaliczyć należy wszystkie sarkoidy (w szczególności sarkoidy Boecka). Jest rzeczą przedwczesną rozstrzygać, czy *lupus pernio* należy uważać za jeden z objawów ogólnej, łagodnej limfogranulomatozy w myśl Schaumanna. Czasem istotnie może mu towarzyszyć »syndrom« Schaumanna, ale czasem zmiana na skórze może być objawem jedynym. *Lupus pernio* może być banalnym odczynem skóry, wyrazem przewlekłego zakażenia o nieznanej etjologji, podobnie jak może być niejednolita przyczyna limfogranulomatozy.

Lenartowicz (Kraków).

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Polskie Towarzystwo Dermatologiczne. Oddział lwowski.

XV. Posiedzenie naukowe w dniu 7 czerwca 1922.

Przewodniczy prof. Łukasiewicz.

1. Prof. Łukasiewicz przedstawia 26-letniego mężczyznę, który, internowany w barakach, **napajał bieliznę benzyną, aby uchronić się od pasorzytów**; po stronie zewnętrznej kończyn górnych i dolnych, a także na pośladkach, mnóstwo guzków sino-czerwonych, wielkości łebka szpilki, miejscami zlewających się i pokrytych łuseczką; guzki, ustępując, pozostawiają blizenki.

2. Doc. Leszczyński przedstawia, zajmujący ze względów rozpoznawczych, przypadek, dotyczący kobiety, dotkniętej od młodych lat **toczniem twarzy i podudzi**, a obecnie na odudżach dolnych ze zmianami kilakowemi, które rozwijają się w miejscach, zajętych przez sprawę gruźliczą.

3. Dr. Weppeгówna przedstawia z oddziału prym. dra Świątkiewicza przypadek **zgorzeli skóry na tle zmian naczyniowych** u osobnika, który przed laty przebywał kiłę.

4. Dr. Salpeter przedstawia 19-letnią dziewczynę, u któ-

rej wrzekomo od lat 5-ciu najwybitniejsze zmiany na małżowinach usznych, o wiele słabsze na twarzy, a bardzo nieznaczne na łokciach i kolanach, zmiany pod postacią krótkich, jasnych stożków w miejscach folikułów. Możliwe, że są to zmiany wrodzone, że schorzenie późniejsze z przyczyn zewnętrznych; na podstawie obrazu klinicznego rozstrzygnięcie trudne.

W dyskusji prof. Łukasiewicz przeprowadza rozpoznanie różniczkowe między lekką postacią **czerwonego liszaja kończystego, łuską rybią i znamionami.** Dr. Mierzecki daje sprawozdanie poglądowe o kłaczkowych odczynach przy kile.

XVI. Posiedzenie naukowe w dniu 21 czerwca 1922.

1. Doc. Dr. Leszczyński przedstawia:

a) **Casus pro diagnosi** (krwotoki, zapalenie nerek, wybujałości koło odbytu).

b) **Casus pro diagnosi** (stwardnienie gruźlicze krtani i gardła oraz blizny pokilakowe).

c) **Wysiękowy rumień wielopostaciowy** (podobny do tocznia rumieniowatego).

d) **Toczeń zwykły pełzający,** słoniowatość uda lewego i kończyny górnej prawej, tuberkulidy guzkowe, ulegające martwicy.

2. Dr. Goldmannówna przedstawia z oddziału prym. dr. Leszczyńskiego 2 przypadki **łuszczycy, leczone naświetlaniem grasicy i 2 przypadki leczone wstrzykiwaniami mieszanki Pautriera.**

3. Dr. Wepperówna przedstawia z oddziału prym. dr. Świątkiewicza przypadek **hydroa vacciniformis, leczony pomyślnie autohemoterapją.**

4. Dr. Andruszewski przedstawia z kliniki dermat. przypadek **angina Plaut-Vincenti,** zajmującej jedynie brzeg języczka, i pokazuje preparaty drobnowidowe z przedstawionego przypadku. Omawia następnie sposoby leczenia wrzodów goleni i przedstawia odpowiednich chorych.

5. Doc. dr. Leszczyński wygłasza odczyt: **Cowperitis chron. latens.**

XVII. Posiedzenie naukowe w dniu 5 lipca 1922.

Przewodniczy prym. dr. Świątkiewicz.

1. Doc. dr. Leszczyński przedstawia: a) **pęcherzycę brodawkującą** z wybitnemi zmianami na częściach płciowych, podnosi cechy tej choroby i rozbiera szczegółowo momenty rozpoznawcze; b) **kilakową postać kiły gardła.**

2. Mjr. dr. Biliński przedstawia chorego, który w X. 1921 zgłosił się z **pierwotnym wrzodem początkowym wędzidełka;** krętki +, OW —. Dwukrotne leczenie [po 12 injk. Hg. salicyl. i 3 neosalv. (na jedno leczenie 1.35 neosalv.)]. W marcu 1922. zaczerwienienie skóry, która staje się szorstką i ulega łuszczeniu, później na skórze klatki piersiowej i w zgięciach stawowych zjawiają się coraz wyraźniejsze plamy barwikowe. Z początkiem maja przyjęty do szpitala z objawami mózgowemi: porażenie n. okoruchowego, bloczkowego, trójdzielnego, niedowład n. podjęzykowego i języko-gardłowego. W płynie mózgowo-rdzeniowym pleocytoza, Nonne-Apelt ++, Wassermann —. W krwi OW +, lekka leukocytoza, ciśnienie niskie.

W dyskusji doc. dr. Leszczyński podnosi, że w przypadku tym już w rok po zakażeniu wystąpiły objawy zapalenia kilakowego opon mózgowych i tym zmianom, toczącym się na podstawie czaszki, przypisać należy wspomniane objawy nerwowe. Zmiany na skórze w pewnej części pozostają w związku przyczynowym ze zmianami kiłowemi w narządach o wewnętrznem wydzielaniu. Niedorozwój części płciowych przemawiałby w tym przypadku za pewnem niedomaganiem hypophysis i dlatego tam na podstawie czaszki jako w locus minoris resistentiae wystąpiło to zapalenie opon.

W dyskusji przemawiają dr. Andruszewski, płk. dr. Kostka i dr. Krzemicki. *Dr. Kotiers,* sekretarz.

Polskie Towarzystwo Otorynolaryngologiczne w Warszawie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 28. września 1922.

Przewodniczy wiceprezes J. Szmurło, protokół pisze skarbnik W. Gumiński.

1. Karbowski przedstawia a) chorego operowanego z powodu **gruźlicy kości nosowej, łzowej i wyrostka czołowego szczęki górnej.** Choroba trwa od 1/2 roku. Sprawa zapalna objemowała częściowo i prawy policzek. Od 2-ch miesięcy ropienie z przetoki prowadzącej od otworu gruszkowatego w kierunku kości łzowej. Podczas zabiegu okazało się, że próchnica obejmuje kość nosową prawą, kość łzową, wyrostek czołowy górnej szczęki i komórki sitowe przednie. Po usunięciu ogniska kostnego, ranę zaszyto pozostawiając sączek w dolnej części rany. Zagojenie nastąpiło w ciągu 3-ch tygodni. Obecnie widoczne jest jeszcze nacieczenie tkanek, wobec czego z rokowaniem należy być ostrożnym; b) chorego z **plastycznem pokryciem otworu po doszczętnej operacji** według nowej metody, podanej rb. a nadającej się do pokrycia nawet dużych otworów, czego otrzymać nie możemy zą pośrednictwem dawnych metod Passowa i Körnera. Ta ostatnia zresztą, chociaż i daje się zastosować do dużych otworów, stwarza potworne duży otwór przewodu zewnętrznego. Metoda ta polega na wycięciu płata ze skóry z przyczepem u tylnego brzegu otworu. Płat ten pokrywa jamę z wewnątrz; drugi płat wycięty z tylnej powierzchni małżowiny z przyczepem w pobliżu zagłębienia, odpowiadającego grobelce, zostaje wraz z małżowiną przemieszczony w tył i zeszyty z brzegami rany po utworzeniu płata tylnego. Operacja daje bardzo ładny wynik kosmetyczny, o ile leczenie pooperacyjne umiejętnie zostało przeprowadzone. (A. r.).

W dyskusji Chorążycki w 1-ym przypadku uważa sprawę gruźliczą za niezupełnie wyleczoną, czego dowodem jest nacieczenie około worka łzowego bardzo podejrzane. W 2-gim przypadku również nie można uznać wyniku operacji za zupełnie dodatni wobec istnienia niewielkiego otworu pośrodku fałdki skórnej na miejscu dokonanej plastyki. Pęski zaleca do plastyki po doszczętnej operacji sposób jednopiętrowy skórny Ruttina, przyczem płat skórny bierze się z małżowiny usznej. Sposób ten dawał mu zawsze wyniki doskonałe. Przy dwupiętrowej plastyce, pomiędzy płatami najczęściej zbiera się ropa i szwy rozchodzą się.

Karbowski uważa naciek w okolicy worka łzowego za pozostałość pooperacyjną, która z czasem niewątpliwie ustąpi, tak jak ustąpiły nacieki i w innych miejscach. Co do techniki plastyki to uważa szwy dwupiętrowe za bezpieczniejsze.

2. Kol. Chorążycki wygłosił odczyt: **Chirurgja śródnosowa narządu łzowego.** Ch. rozróżnia tu dwa okresy: pierwszy od roku 1893—1908, kiedy otwierano podłużnie kanał nosowołzowy w dolnym przewodzie nosowym od jego ujścia aż do worka łzowego, przyczem usuwano zazwyczaj przedni koniec dolnej muszli i kasowano kostny i błoniasty przewód nosowołzowy (Caldwell, Killian, Okuniew i inni); drugi zainaugurowany prawie jednocześnie przez Westa i Polyako i dążący do otwarcia worka łzowego w miejscu t. zw. wałka łzowego (torus lacrymalis) i tuż pod przyczepem muszli środkowej. Cała uwaga operatorów jest skierowana tu na określenie miejsca trepanacji kości, przyczem i oni do tego używają specjalnego cyrkla łukowatego (Zeman, Frieberg), inni (Person) wprost mierzą odległość dolnego brzegu skrzydła nosowego do wewnętrznego kąta oka i przyjmując otrzymaną liczbę za miarę wewnętrzną w przybliżeniu, B. Cohn na trupach wprowadza na ślepo do jamy nosowej haczyk prostokątny, starając się przedostać do worka przez kość łzową. Ch. posługuje się metodą własną, najprostszą, a polegającą na tem, że do nie przeciętego przewodu łzowego dolnego wprowadza mocne a cienkie z tępym końcem szydło, ostrożnie wsuwa je do worka, podnosi jego rękojeść tak, aby utworzyło z płaszczyzną poziomą kąt 30—40°, i mocno naciskając przebija kość łzową i przedostaje się do przedniej części przewodu nosowego. Sterczący w nosie koniec szydła wskazuje miejsce dłutowania kości. W ten sposób można uniknąć większego zniszczenia kości, chodzi bowiem głównie o to, żeby otwór operacyjny był gładki i miał ścianę cienką. Wielkość otworu według Ch. niema znaczenia, bo siła prądu łzowego nie pozwala na zamknięcie się nawet niewielkiego otworu, podczas gdy przeciwnie nawet największy otwór zarasta, nieraz już po 24—48 godzinach, tam gdzie ucierpiał mechanizm aspiracyjny kanałów łzowych. Wogóle operacja West Polyaka jest wskazana w dakrjostenozach wszelkiego rodzaju, nawet w stanach ostro zapalnych. Zwolennicy operacji zewnętrznych, jako dostępniejszych, wolą operację Totcego. Ponieważ w tej operacji niezbędne jest natychmiastowe zakładanie szwów, nie nadaje się ona przeto w przypadkach z przetokami zewnętrznemi i ropówkami. Operację Westa udaje się wykonać zarówno u dzieci jak i n osób starszych.

W dyskusji kol. Lubliner obawia się możliwości zakażenia ze strony nosa całego aparatu łzowego. Co do sposobu mowcy, uważa go za dogodny i godny zalecenia, sądzi dalej, że pożądanem byłoby ustalenie zasad kwalifikacji chorych do tej operacji, gdyż okuliści zbyt szybko do niej się zrazili i obecnie, pomimo częstości tego rodzaju spraw, dość niechętnie skierowują chorych do leczenia operacyjnego wewnątrz nosowego.

Kol. Gotfryd zapytuje, jak postępuje mowca w przypadkach dużych zwężeń nosowych spowodowanych np. skrzywieniem przegrody nosowej.

Kol. Szmurło podkreśla, że West operuje powyżej przedniego końca muszli środkowej, miejsce operacji, wskazane na przedstawionym przez mowcę rysunku, zalecone jest przez Polyacka i Hallego. West wielki nacisk kładzie na wycięcie całej wewnętrznej ściany worka łzowego, w przeciwnym bowiem razie otwór z łatwością zarasta, pomimo nawet najlepszych warunków aspiracji przewodów łzowych, dlatego też i metoda mowcy, jakkolwiek w istocie ściśle określa miejsce gdzie należy trepanować kość, utrudnia wielce uchwycenie po usunięciu kości ściany worka łzowego i jej wycięcie. Że przebicie ściany kostnej sposobem Ch. nie wystarcza również do ustalenia komunikacji stałej pomiędzy workiem łzowym a nosem, nawet w razie dostatecznej aspiracji, potwierdza sam mowca, rozszerzając znacznie otwór kostny na miejscu określonem według własnego sposobu. Mowca, mówiąc o operacji Totcego, nie wspomniał o nowych obecnie stosowanych metodach podwargowych, wprowadzonych przez Eyckena i Kutwirta. Autorowie dostają się do worka łzowego oddzielając okostną kości szczękowej, po wycięciu ściany worka dostają się następnie do nosa, przyczem Eycken otwiera nawet zatokę szczękową.

Kol. Chorążycki uważa, że niesłuszną jest obawa przeniesienia zakażenia ze śluzówki nosa do dróg łzowych i łącznicy oka, stwierdzono bowiem, że po operacji Westa worek łącznicy pozostawał jałowym i można było zupełnie bezpiecznie odejmować kataraktę. W razie skrzywienia przegrody należy je przed operacją usunąć. W kwestji wskazań do operacji nie radzi operować tam, gdzie wobec stałego łzawienia zglęb. przechodzi i strzykawka działa, gdyż mamy do czynienia z uszkodzeniem aparatu a spiracyjnego. Najlepsze wyniki dają stany z rozszerzeniem worka łzowego. O metodach Kutwirta i Eykena nie wspominał, bo musiałby mówić o wielu jeszcze innych metodach zwłaszcza amerykańskich. W kwestji wielkości otworu Ch. twierdzi, że nawet największy otwór po roku zwęża się i pozostaje niewielki otworek, i że zupełnemu zamknięciu otworu przeszkadza tylko prąd łez z kanałów łzowych do nosa.

Sprawy zawodowe.

Walne Zgromadzenie lekarzy okręgowych Małopolski.

Na Walnem Zgromadzeniu lekarzy okręgowych Małopolski dnia 21. października br. we Lwowie wybrano Wydział, do którego weszli: Dr. W. Natter jako przewodniczący, Dr. Józef Bednarski jako sekretarz, Dr. Ignacy Bielecki jako zastępca przewodniczącego, Dr. Teofil Gozdecki jako zastępca sekretarza. Członkami Wydziału: Dr. Kazimierz Zaleski, Dr. Włodzimierz Drozdowski. Do komisji opracowania statutu i instrukcji służbowej lek. okr. weszli: Dr. Ignacy Bielecki, Dr. Teofil Gozdecki, Dr. Herman Finkiel, Dr. Józef Markel, Dr. Henryk Dortort. Do komisji szkontrującej: Dr. Aleksander Vincenz, Dr. Leonard Serwacki. Jako reprezentanci Związku lek. okręg. do Izby lekarskiej zach. Mał. Dr. W. Natter — do Izby lek. wsch. Małopol. Dr. Ignacy Bielecki. Równocześnie uchwalono wezwać wszystkich kolegów lek. okręg. do wpisywania się do Związku i uiszczenia zaległych wkładek, gdyż tylko działanie solidarne wszystkich lekarzy okręgowych może wpłynąć na polepszenie ich bytu i wyrobienie im należytej powagi.

Koledzy, którzy reflektowaliby na objęcie posad lekarzy okręgowych, mogą przepatrzeć wykaz wakujących posad lek. okręgowych, w Związku Lekarzy Małopolski w Krakowie ul. Badziwiłłowska l. 4. *Dr. Wiktor Natter*, przewodn. Zw. lek. okr. *Dr. Józef Bednarski*, sekretarz Zw. lek. okr.

Związek Lekarzy P. P., Okrąg Małopolski i Śląska Cieszyńskiego, w Krakowie.

223 i 224 posiedzenie Wydziału z dnia 23 września i 3 października zę współudziałem lekarzy Kasy chorych miasta Krakowa. Obydwa posiedzenia poświęcono opracowaniu nowego cennika dla Kas chorych.

225 posiedzenie Wydziału w dniu 13 i 14 października 1922. W odpowiedzi na zaproszenie Okręgowego Związku Kas chorych dla Małopolski Zachodniej (obejmującego Województwo Krakowskie, Kieleckie i Śląsk Cieszyński) naznaczono dzień 19 listopada br. na wspólne obrady nad przyjęciem pragmatyki służbowej (regulamin) i cennika dla lekarzy, zatrudnionych w kasach chorych i opłacanych ryczałtowo lub za poszczególne czynności.

Zwrócono się do D. O. K. w Krakowie o wyjaśnienie, czy zawodowi lekarze wojskowi mogą piastować posady w Kasach chorych i cywilnych szpitalach i podobnych instytucjach.

W sprawie partacza lekarskiego Sebryna ze Strusowa uchwalono zawiadomić Województwo w Tarnopolu, iż podwładne organy nie wykonują rozkazów Województwa. Partacz mimo wszystko dalej grasuje.

W sprawie wydalenia Dr. Wiktora Robla z posady lekarza w powiatowej Kasie chorych w Sanoku zwrócono się do Zarządu Kasy z wezwaniem by oddała sprawę do rozstrzygnięcia Komisji Pojednawczej. Zarządowi Związku Lekarzy w Sanoku poruczono przypilnowanie sprawy.

Zarządowi Pow. Kasy Chorych w Myślenicach odpowiedziano, iż musi się stosować do cennika, wydanego przez Związek.

Sprawę Dr. J. z Nowego Sącza, udzielającego swej firmy niekoncesjonowanej technicze dentystycznej, odstąpiono Izbie lekarskiej.

W końcu zajęto się wyborami do przyszłej Rady Izby lekarskiej.

226 posiedzenie Wydziału w dniu 20 października 1922 r. Związek Lekarzy Małopolski i Śląska przystąpił ostatecznie do Związku Lekarzy PP. jako okrąg Małopolski i Śląska Cieszyńskiego w Krakowie.

Uchwalono zwrócić się do Ministerjum sprawiedliwości o przyznanie mnożnika do taks sądowych lekarskich, jakoteż o wydatną poprawę płac lekarzy więziennych.

Uchwalono przyjąć z Nowym Rokiem płatnego pomocniczego sekretarza.

Przeznaczono z funduszu bieżącego zasiłek w kwocie 5.000 Mk wdowie po śp. Drze Langu i 10.000 Mk wdowie po śp. Drze Bażancie z Kosowa.

Uchwalono nowy cennik dla Kas chorych w całej Małopolsce i na Śląsku Cieszyńskim.

227 Posiedzenie Wydziału dn. 31 października 1922.

Przyjęto regulamin Kasy pogrzebowej, opracowany przez Dra Grzybowskiego i Dra Żydłowicza.

Uchwalono zwrócić się do Wydziała wykonawczego o pomoc w sprawie jednolitego przeniesienia telefonów lekarzy do niższej klasy taksy. Osobno wystosowano podanie do Minist. Poczt. *Cercha* prezes, *Kostecki* sekretarz.

Z higjeny szkolnej.

W siedzibie Stowarzyszenia lekarzy polskich w Warszawie w d. 24 listopada b. r. Dr. Stanisław Kopczyński wygłosił odczyt na temat: »Stan współczesny higjeny szkolnej i wychowania fizycznego w szkołach Rzeczypospolitej«.

Mowca 1. scharakteryzował zarządzenia Ministerjum oświecenia, mające na celu uwzględnienie wymagań higjeny w projektowanych budynkach szkolnych (sprawa boisk przy szkołach, urządzeń natryskowych w samych budynkach, sal gimnastycznych, sal rekreacyjnych, odpowiednich ławek i t. p.), 2. opisał zalecenia ministerjalne, mające na celu odciążenie programów i walkę z przeciążeniem w szkołach, 3. podał ogólny zarys organizacji opieki higjeniczno-lekarskiej uad szkołami, która najlepiej stoi na terenie b. Kongresówki, gdzie już 92% szkół średnich i seminarjów nauczycielskich posiada lekarzy szkolnych, gdy w innych okręgach szkolnych opieka ta dopiero znajduje się w stadjum organizacyjnem, 4. omówił sposoby propagandy higjeny przez szkołę, 5. przedstawił dbałość centralnych władz oświatowych o należyte postawienie sprawy wychowania fizycznego w szkołach (dążenie do powiększenia liczby wykwalifikowanych nauczycieli ćwiczeń cielesnych, popieranie zrzeszeń sportowych wśród młodzieży szkolnej, zwiększanie godzin w programach szkolnych na ćwiczenia cielesne i t. p.), wreszcie 6. przedstawił wydatki Ministerjum oświecenia na cele, związane z higjeną szkolną i wychowaniem fizycznem, wydatki, stosunkowo do doniosłych celów, drobne.

W ożywionej dyskusji w związku z wygłoszonym referatem zabierali głos: d-rzy Kozerski, Rubinrot, Szmurło i Świątecki, z których większość podkreślała istnienie przeciążenia w szkołach, głównie w związku z nadmiernym programem i nieuwzględnianiem racjonalnych metod nauczania, i żądała większych świadczeń ze strony rządu, specjalnie ze strony Ministerjum skarbu na cele opieki lekarskiej, szkolnej i wychowania fizycznego młodzieży.

Wiadomości bieżące.

Lwów.

Uroczysta inauguracja popularnych wykładów higjenicznych odbyła się dnia 3 b. m. Wykłady te urządza Tow. higjeniczne wspólnie z Tow. walki z gruźlicą i Czerwonym Krzyżem. Odbywać się one będą z pokazem przeźroczy pouczających i obrazów kinematograficznych. Pierwszy wykład wygłosił dr. Krzemicki, inspektor sanitarno obyczajowy tut. Województwa, na temat »O chorobach wenerycznych«.

Z powodu setnej rocznicy urodzin Pasteura odbędzie się ku uczeniu genialnego badacza uroczysta Akademja w auli Uniwersytetu dnia 15 bm. o godz. 6-tej wieczorem. Uroczystość urządzają trzy wyższe uczelnie tj. Uniwersytet, Politechnika i Akademja weterynaryjna oraz szereg towarzystw naukowych, zgrupowanych w Związku towarzystw naukowych, które też złoż w czasie uroczystości odpowiednie adresy. Uroczysta Akademja będzie też równocześnie posiedzeniem wspólnem tychże towarzystw, między innemi towarzystwa lekarskiego, przyrodników im. Kopernika, Tow. politechnicznego i medycyny weterynaryjnej.

»**Polska dentystyka**«, pismo poświęcone wszystkim działom stomatologji i naukom pokrewnym, rozpocznie wychodzić dnia 1 stycznia 1923. Nowe czasopismo będzie zawierało, oprócz artykułów oryginalnych, obfity dział sprawozdawczy z pism lekarskich polskich, angielskich, francuskich i niemieckich, oraz sprawozdania z posiedzeń i zjazdów naukowych. Pismo będzie dwumiesięcznikiem. Redakcja ma się składać z komitetów redakcyjnych we wszystkich środowiskach naukowych Państwa, redakcja główna z siedzibą we Lwowie spoczywać będzie w rękach prof. dra A. Cieszyńskiego, Lwów, Zielona N. 5 a. Cena pisma z przesyłką pocztową rocznie 5 zł. p., półrocznie $2^1/_2$ zł. p.

Warszawa.

Rozstrzygnięcie konkursu im G. Piramowicza. Komitet konkursu im Grzegorza Piramowicza, wyłoniony przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie dla nagrodzenia najlepszej pracy z jakiegokolwiek bądź działu higjeny szkolnej, wydanej lub nadesłanej Towarzystwu w r. 1922, z ośmiu rozpatrzonych prac przyznał nagrodę p. F. Jarosowi za pracę p. t. »**Rozwój fizyczny dziecka w szkole**«. Sąd konkursowy stanowili: Wiceprezes Towarzystwa Lekarskiego dr. Wł. Starkiewicz, dr. Władysł. Świątopełk-Zawadzki, dr. Szmurło, ofiarodawca konkursu dr. St. Kopczyński, delegat Zarządu Stowarzyszenia Nauczycieli szkół średnich i wyższych dyrektor P. Sosnowski i delegatka Zarządu Związku Nauczycielstwa Szkół Powszechnych p. A. Dargielowa.

Zmarli. Dr. Paweł Niziołek, w Brzozowie w 59. roku życia

Nr. 51. 17. grudnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Prof. Dr. Ksawery LEWKOWICZ. Kraków.

Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon.

Z Kliniki chorób dziecięcych Uniwersytetu Jag. w Krakowie. VIII. doniesienie.

Leczenie napotne, a leczenie surowicą, wstrzykiwaną nardzeniowo i dokomorowo.

[Przypadki 143* — 147*].

Według wykładu w Tow. lek. krak. w dniu 28 czerwca 1922.

W pracy, która się ukazała w zeszłym roku, porównuje W. Arnold [1] dwa sposoby, mogące służyć do zwalczania nagminnego zapalenia opon, mianowicie leczenie napotne i leczenie surowicą, i dochodzi przytem do wniosku, że leczeniu napotnemu należy oddać pierwszeństwo, gdyż można je zawsze zastosować — podczas gdy surowicy zazwyczaj nie mamy pod ręką — gdyż jest ono prostsze, mniej przykre dla chorego, a pod względem odsetki wyleczeń nie ustępuje przed seroterapją. Rzeczywiście Arnold miał tylko 3 przypadki śmierci na 18 spostrzeżeń, t. j. śmiertelność wynoszącą zaledwie 17%. Wynik ten może uchodzić za bardzo korzystny, jeżeli za podstawę porównania weźmiemy ogólną śmiertelność, stwierdzaną w wielkich epidemjach, wynosi ona bowiem bez leczenia surowicą około 70%, obniża się przy leczeniu surowicą, zapomocą wstrzykiwań nardzeniowych, mniej więcej do połowy, a tylko w statystykach nielicznych autorów opada do poziomu, wykazanego przez Arnolda. Zatem i sposób łatwy i wyniki przedstawiają się, przynajmniej na pierwszy rzut oka, wprost świetnie. Czyż może być dla lekarza praktycznego pokusa większa? Nie można się też dziwić, że Arnold znalazł licznych naśladowców, jak o tem m. i. świadczą dwa z przytoczonych poniżej przypadków [145*, 146*]. Ale właśnie już ta łatwość sposobu w połączeniu ze świetnością wyników muszą nasunąć pewne wątpliwości wobec faktu, że leczenie nagminnego zapalenia opon stanowiło dotychczas jedno z najtrudniejszych zadań w lecznictwie.

Wypada zatem zastanowić się, czy w sposobie Arnolda można się dopatrywać jakiegoś postępu, a czy nie należałoby przeciwnie, mimo złudnych pozorów, postępowanie to zupełnie potępić, a do tego bylibyśmy zmuszeni w tym wypadku, gdyby się miało okazać, że naraża ono chorych na wszystkie te bardzo poważne niebezpieczeństwa, jakie się zawsze dotąd łączyły z dłuższem trwaniem choroby, a zatem także z zaniedbaniem lub odwleczeniem leczenia surowicą.

Otóż trzeba przedewszystkiem podnieść, że leczenie napotne, w postaci kąpieli z późniejszem zawijaniem chorych w koce, było w czasach przedsurowiczych dość powszechnie stosowane. Chociaż Arnold wprowadził do techniki tego zabiegu parę nowych szczegółów, być może celowych, jak smarowanie po kąpieli pewnego obszaru skóry 10%-wą maścią gwajakolową, dla wywołania obfitszych potów, i niepodawanie choremu podczas zabiegu żadnych płynów, dla uzyskania energicznego odwodnienia ustroju, to jednak nie można tych modyfikacyj uważać za jakąś zmianę zasadniczą i trzeba powiedzieć, że chodzi tu o postępowanie lecznicze dawno znane. Trzeba dalej stwierdzić, że sposób ten już w czasach przedsurowiczych miał licznych przeciwników, którzy w szczególności podnosili, że choremu na zapalenie opon potrzebny jest w pierwszym rzędzie spokój, dalej, że wkrótce po rozpowszechnieniu się używania surowicy wyszedł on z użycia tak dobrze, jak zupełnie, a to chyba niewątpliwie dlatego, że nie można było wykazać przy jego stosowaniu jakiegoś wyraźniejszego wpływu korzystnego na sprawę chorobową.

Jeżeli więc obecnie, po 16-letnim okresie stosowania surowicy, mógł znaleźć się autor, który zaleca powrót do jego zarzuconego sposobu, to tłumaczyć to można tylko tą okolicznością, że leczenie nagminnego zapalenia opon surowicą nie zdołało nas dotąd nigdy w całej pełni zadowolić. Z tej samej pobudki zrodziły się przecież także moje badania, a Arnold nie jest wcale odosobnionym w krytycznym czy nieprzychylnym stosunku względem leczenia surowicą. Przypomnę tylko, że Raczyński [2] doszedł w swoim czasie co do skuteczności surowicy do wniosków ujemnych, że Rolleston [3] już w czasie wojny miał bardzo złe wyniki przy leczeniu chorych żołnierzy i powrócił znowu do innego z dawnych sposobów leczenia, mianowicie do upustów płynu mózgowordzeniowego zapomocą nakłuć lędźwiowych. Przytoczę także jako rzecz znamienną, że Gröer [4], mówiąc niedawno o środkach swoistych, któremi rozporządzamy przy leczeniu chorób zakaźnych, uważał za stosowne pominąć milczeniem surowicę przeciwmeningokokową.

Pobudka do szukania nowych dróg istnieje zatem niewątpliwie i jest uprawniona, nasuwa się tylko pytanie, czy właśnie ten zwrot do dawnych, przebrzmiałych sposobów leczniczych może być uznany za kierunek zdrowy. Tu trzebaby dowodów bardzo silnych, a statystyki Arnolda za taki dowód uznać nie podobna.

Jeżeli się przypatrzymy bliżej przypadkom Arnolda i weźmiemy każdy z nich z osobna, to się przekonamy, że wszystkie one niewiele tylko dowodzą, gdyż z powodu braku dokładniejszych badań, tak dobrze, jak nic nie wiemy o nich; nie wiemy nic np., jakie było przed zastosowaniem leczenia napotnego natężenie zakażenia, uodpornienie ogólne i zjawiska uodpornienia miejscowego, jakie były zatem widoki samowyleczenia, i jak się te czynniki zmieniały pod wpływem leczenia. W całości zaś materjał 18 przypadków jest zbyt skąpy tak, że wyniki korzystne mogą zależeć jedynie od przypadkowego dobrania się spostrzeżeń, przebiegających przeważnie korzystnie. Jest to zaś tem więcej prawdopodobne, że materjał ten jest bardzo jednostronny: chodzi wyłącznie o chorych, mających od 3½ do 34 lat, a w tem jest tylko jedno dziecko w wieku poniżej 5 lat. Tymczasem w większych epidemjach dzieci do lat 5 stanowią 57% ogólnej liczby przypadków i one to właśnie wpływają rozstrzygająco na wysoką śmiertelność choroby, co już z tego wynika, że znaczna ich część przypada na niemowlęta, bo przecież w tym wieku śmiertelność, jeżeli się nie stosuje surowicy, zbliża się do 100%, ale nawet przy stosowaniu surowicy jest bardzo wysoka i nieznacznie tylko odbiega od podanej cyfry. Byłoby zatem rzeczą zupełnie chybioną, gdybyśmy porównywali śmiertelność, wykazaną przez Arnolda, z ogólną śmiertelnością, stwierdzaną w wielkich epidemjach. Trzeba pamiętać, że choroba, jeżeli nie przebiega piorunująco, lub bardzo gwałtownie, a żadnego takiego przypadku w materjale Arnolda nie było, i nie doprowadza do ropogłowia, to okazuje u chorych w początku wieku dojrzałego znaczną skłonność do wyleczenia samoistnego. Za dowód przytoczę fakt następujący. W roku bież. dostałem do leczenia ze szpitala św. Łazarza 4 przypadki osób dorosłych z ropnem zapaleniem opon, wszystkie ze znaczną gorączką i objawami niepokojącemi. Otóż wszystkie one zakończyły się nadspodziewanie, w przeciągu kilku dni, wyleczeniem samoistnem sprawy swoistej, bez jakiegokolwiek leczenia. Jest to tembardziej uderzające, że w jednym przypadku choroba wywołaną była zakażeniem prątkiem zbliżonym do prątka durowego, w drugim zapalenie miało cechy krwotoczne, w trzecim chodziło o przypadek późny, w 6 tygodniu choroby, analogiczny do 1-go przypadku Arnoldowego, który autor ten, jak wynika z toku wywodów, uważa za bardzo silnie przemawiający na korzyść jego postępowania. Gdybyśmy byli w naszych przypadkach stosowali jakieś leczenie, to oczywiście bylibyśmy skłonni do owego leczenia odnosić ten nadzwyczajny wynik 100% wyleczeń i to wyleczeń prawie natychmiasto-

wych, coby oczywiście nie odpowiadało rzeczywistości. Okazuje się tu jasno, jak bardzo trzeba być ostrożnym z wysnuwaniem daleko idących wniosków ze skąpego, a niedostatecznie opracowanego materjału.

Przez to, co dotąd powiedziałem, nie zamierzam wcale twierdzić, że na sprawę chorobową przy zapaleniu nagminnem nie można oddziałać niczem poza surowicą swoistą. Przeciwnie sądzę, że wpływ innych sposobów leczenia, między temi także zabiegów napotnych, jest zupełnie możliwy, jednak trzebaby go dopiero udowodnić. Dotychczas nie jest nawet pewne, czy leczenie napotne ma wogóle jakikolwiek wpływ korzystny, a jeżeli tak, to czy wpływ ten nie polega jedynie na pewnem dodatniem oddziaływaniu na podmiotowy stan chorego i niektóre objawy, w szczególności objawy kurczowe, podczas gdy sprawa zakaźna idzie dalej swoim torem [przypadki 143* 144*, a może i 146*]. Tylko odpowiednie badania mogą te wątpliwości usunąć, będą one zaś tembardziej pożądane, że nastręczy się przy nich najlepsza sposobność do poznania mechanizmu wyleczenia samoistnego, bo przecież o tego właśnie rodzaju wyleczenie będzie chodziło, gdy przy leczeniu napotnem otrzymamy wynik dodatni.

Do przeprowadzenia doświadczenia nadawać się będą oczywiście tylko pewne przypadki, te mianowicie, w których istnieją niejakie widoki, że ustrój będzie się mógł zdobyć na ten czynny wysiłek, jaki jest potrzebny dla wyleczenia samoistnego i że będzie miał na to dosyć czasu. Z góry więc trzeba pewne przypadki wyłączyć, w szczególności przypadki gwałtownie przebiegające, przypadki u ludzi wyniszczonych [146*], ludzi starszych, a przedewszystkiem u niemowląt, zwłaszcza karmionych lub dokarmianych sztucznie [147*]. Nie można tu liczyć na dostateczny czynny wysiłek, gdyż u tych chorych, właśnie z powodu niedostatecznego współdziałania ustroju bardzo często nawet najenergiczniejsze leczenie surowicą zupełnie zawodzi lub osiąga tylko skutek połowiczny.

Ażeby uzyskać możność jak najpewniejszego ocenienia wyników doświadczeń, wydawało mi się wskazanem trzymać się następującego planu.

Wychodząc od sposobu najmniej pewnego, stosuje się najpierw przez jakiś czas, n. p. 1—2 tygodni, leczenie napotne. Jeżeli nie nastąpi wyleczenie samoistne, przechodzi się do leczenia surowicą i wstrzykuje się ją codziennie, i to początkowo przez jakie 4 dni nardzeniowo; ten czas wystarcza bowiem zupełnie, aby się przekonać, jaki jest wpływ takiego leczenia. Potem przystępuje się w razie potrzeby do wstrzykiwań dokomorowych. Jeżeli obok leczenia prowadzić się będzie, trzymając się wzoru opisanych tu spostrzeżeń, odpowiednie badania, to każdy z takich przypadków będzie miał wartość dokumentu dowodowego i nawet niewielka ilość spostrzeżeń może doprowadzić do jasnego stwierdzenia, jaka jest wartość lecznicza każdego z zastosowanych trzech sposobów.

Na razie mogę przedłożyć cztery przypadki, w których przeprowadzono leczenie napotne. Muszę zaraz na wstępie zaznaczyć, że chorzy nie zawsze dobrze znosili zabiegi. Jeden z naszych chorych [144*], czteroletni chłopiec, był w kąpieli zawsze niespokojny, bliski zemdlenia, a raz rzeczywiście zemdlał, tętno podniosło się w czasie zabiegu do 160, nieraz nawet do 180. Także zawinięty w koce zachowywał się niespokojnie i wszelkiemi sposobami usiłował się uwolnić z przykrego położenia. W drugim przypadku [143*] rozwinęło się w czasie leczenia płatowe zapalenie płuc, co nas zmusiło do zaprzestania dalszych zabiegów.

Wynik leczniczy był, o ile chodzi o wpływ na sprawę chorobową, we wszystkich przypadkach całkowicie ujemny i to nie tylko dlatego, że w żadnym przypadku nie nastąpiło wyleczenie, ale także z tego względu, że w większości przypadków rozwinęły się podczas leczenia bardzo niepożądane trwałe szkody, zależne od długiego trwania choroby, szkody, których można było niewątpliwie uniknąć przez wczesne przerwanie sprawy zakaźnej przy pomocy surowicy.

Najniekorzystniej przedstawia się pod tym względem przypadek 146*, w którym leczenie napotne stosowano zbyt długo, mianowicie przez 5 tygodni, z przerwą 10-dniową, począwszy od 2. tygodnia choroby. Następstwem było wychudnienie, oraz wytworzenie się w znacznym stopniu stanu, stojącego na pograniczu między wodogłowiem a ropogłowiem. Do tego właśnie stanu należy odnieść zejście śmiertelne, które nastąpiło nagle w czasie stosowania surowicy. Nie można bowiem tłumaczyć śmierci sprawą zakaźną wobec faktu, że zakażenie zostało pod wpływem surowicy zupełnie stłumione, chociaż może nie osiągnięto jeszcze wyleczenia całkowitego. Doświadczenie uczy zresztą, że podobne, nieraz zupełnie nagłe zejścia, zdarzają się także na podstawie wodogłowia po zupełnem wygaśnięciu sprawy swoistej.

Mniej niekorzystnie przedstawiają się dwa przypadki, w których leczenie napotne przeprowadzono w klinice. W 143* zdawało się nawet początkowo, że leczenie wywiera pewien wpływ korzystny na stan chorej. Poprawa była jednak tylko przelotna, a przytem jedynie pozorna. Zupełnie niewątpliwe były zaś skutki ujemne. Sprawa zapalna doprowadziła mianowicie w czasie leczenia do miernego rozszerzenia komór i pewnego uszkodzenia tkanki mózgowej, z długotrwałemi zaburzeniami czynnościowemi, które, po wyleczeniu sprawy zakaźnej zapomocą surowicy okazywały na szczęście, wyraźną dążność do powolnego ustępowania. Trzeba jednak powiedzieć, że dzień 27. choroby, to był chyba ostatni czas, aby porzucić bezwartościowe leczenie napotne, a przystąpić do leczenia surowicą, inaczej groziło rozwinięcie się cięższych następstw, takich jak w przypadku 146*, albo też wcześniejsza jeszcze katastrofa. Podobny był także przebieg i zejście w przypadku 144*: początkowo klinicznie polepszenie, pozorne i krótkotrwałe, w rzeczywistości wytwarzanie się miernego stopnia wodogłowia, co prawda bez wyraźniejszych zaburzeń czynnościowych. W każdym razie uderza i tutaj, — wystarczy zdrowienie w tych obu przypadkach porównać z przebiegiem w przypadku 145*, — bardzo powolne wracanie do zdrowia, zależne od obecności wodogłowia i uszkodzeń mózgowia. W obu przypadkach można było niewątpliwie nie tylko czas choroby, ale także czas zdrowienia znacznie skrócić, gdyby się było wcześniej przystąpiło do leczenia surowicą.

Tylko 4-ty chory [145*] wyszedł z leczenia napotnego względnie cało, było ono zresztą tutaj właśnie stosowane tylko krótko. U tego chorego rozwinęło się w ciągu spostrzegania znaczne uodpornienie ogólne, także zjawiska odpornościowe miejscowe były wyraźnie zaznaczone. Sprawa zakaźna była więc do pewnego stopnia trzymana na wodzy wysiłkiem samego ustroju, toteż tutaj nawet wyleczenie samoistne nie było wcale wyłączone, nie było więc także niemożebne wyleczenie pod wpływem kąpieli napotnych, gdyby były dłużej stosowane. Tem się również tłumaczy, że w ciągu 3 tygodni trwania zapalenia nie powstały żadne większe szkody, a po wyleczeniu chory wrócił nadzwyczaj szybko do pełnego zdrowia.

Materjał 4 przypadków, w których otrzymaliśmy przy leczeniu napotnem wyniki ujemne, sam przez się oczywiście niewieleby dowodził, chociaż przecież przemawia za tem, że tam, gdzie przypadek nie jest na drodze do wyleczenia samoistnego — a tak bywa w 70% przypadków — tam także zapomocą leczenia napotnego nie można niczego osiągnąć. Te wyniki ujemne ukazują się jednak dopiero wtedy w pełnem świetle, jeżeli je porównamy z wynikami, jakie w tych samych przypadkach osiągnęliśmy następnie przy leczeniu surowicą.

Leczenie surowicą rozpoczynałem, stosownie do wspomnianego planu, z reguły od wstrzykiwań nardzeniowych. Chcąc tą drogą otrzymać jak najlepsze wyniki, należy wychodzić z zapatrywania, że właściwem siedliskiem choroby są komory mózgowe, i uczynić wszystko możliwe, aby ta, nardzeniowo wstrzyknięta, surowica dostała się w jak największem stężeniu do komór. Postępowanie moje pokrywało się tutaj zresztą z postępowaniem innych autorów, chociaż wskazania, stanowiące punkt wyjścia, były w obu wypadkach odmienne. Wypuszczałem więc jak największe ilości płynu (Dopter). Aby to osiągnąć przy położeniu leżącem chorego, trzeba się przeważnie uciekać do zginania głowy, co powoduje niepokój chorego, podwyższenie się ciśnienia i szybszy wypływ. Jeżeli się manometr załączy jeszcze w czasie wy-

pływu, to po uspokojeniu się chorego można stwierdzić niekiedy nawet ciśnienia ujemne. (Przypadek 143* dzień 27, 30 i 31., przypadek 144* dzień 28 i 29), a w każdym razie bardzo niskie, zbliżone do zera. Dawki surowicy muszą być wysokie (Jochmann), u dzieci starszych wynosiły też 20 cm³. Po wstrzyknięciu układa się chorego na 2—3 godziny skośnie, z głową umieszczoną nizko, a miednicą wysoko (Jochmann).

W dwóch przypadkach wynik tego leczenia był niezaprzeczenie dodatni, a szczególniej w jednym [143*] nie ustępował prawie zupełnie wynikowi po stosowaniu dokomorowem (porównaj przypadki 141* i 142*). Całkowite wyjałowienie komór nastąpiło tu w ciągu 5 dni, a już po 24 godzinnem działaniu surowicy hodowla — przedtem obfita — była prawie zupełnie ujemna, wzrost nastąpił bowiem tylko od wody kondensacyjnej.

W drugim przypadku (144*) przeciwnie meningokoki wcześniej, bo po 3 dniach, znikły w obrazie mikroskopowym, a później, po 4 dniach, w hodowli.

W obu przypadkach stwierdzono, że ten dodatni wynik leczniczy był usprawiedliwiony wniknięciem surowicy w dostatecznem stężeniu do komór.

W przypadku 143* — podobnie postępowano jeszcze w przypadku 146* — wykonywano, celem dostania płynów do badania, nakłucia komorowe w jednym dniu dwukrotnie, mianowicie bezpośrednio przed wstrzyknięciem nardzeniowem i w 1—3 godzin po wstrzyknięciu. Oznaczenie zawartości surowicy w komorach wkrótce po wstrzyknięciu ma jednak niewielkie znaczenie, gdyż dla działania leczniczego rozstrzygające jest jedynie, ze względu na konieczność utrzymania ciągłości działania, oznaczanie, jak dalece ta zawartość spada do chwili następnego wstrzyknięcia. Można się więc ograniczyć do oznaczania jedynie tej drugiej wartości — i tak postępowano w innych przypadkach.

W przypadku 143* okazało się, że w 2—3 godziny po wstrzyknięciu nardzeniowo 21—22 cm³ surowicy, znajdowano w płynie komorowym 7—15, zatem około 10% surowicy, zaś w 24 godziny po wstrzyknięciu od 0,7—3%, zatem około 1%. Ponieważ wartość surowicy oznaczona sposobem wiązania dopełniacza w kilku badaniach wahała się między 63—630, temsamem potrzebne do działania stężenie wynosiło 1,6—0,16%, wynikałoby z tego, że działanie surowicy na komory mogło tu być bardzo energiczne i ciągłość jego była utrzymana. Podobnie w przypadku 144*. W 24 godziny po wstrzyknięciu 22 cm³ nardzeniowo stwierdzono zawartość surowicy między 1—3%. Przy wartości surowicy, wahającej się w kilku badaniach między 63—2000, zatem stężeniu granicznem, potrzebnem do działania, wynoszącem 1,6—0,05%, zawartość taka zabezpieczała działanie silne i nieprzerwane.

W związku z tem widzimy, że płyny dają ze szczepem własnym chorego odczyn odchylenia dopełniacza. W przypadku 144* było zupełnie pewne, że to oddziaływanie było następstwem wstrzykiwań surowicy, nie było go bowiem poprzednio do dnia 26. W przypadku 143* sprawa jest mniej jasna, odczyny bowiem były ujemne do dnia 22, ale dnia 27, bezpośrednio przed pierwszem wstrzyknięciem surowicy były częściowo wybitnie dodatnie, co należy prawdopodobnie odnieść do schwyconego tu »in statu nascendi« ropogłowia.

Bardzo przekonywującym dowodem na poparcie twierdzenia, że przy stosowaniu surowicy chodzi wyłącznie o działanie na komory, jest przypadek 146*. Wstrzykiwania nardzeniowe (dzień 51—54) były tu zupełnie bezskuteczne, przeciwnie po zastosowaniu surowicy dokomorowo (od dnia 54. począwszy) osiągnięto, znów w ciągu 4 dni, stłumienie sprawy zakaźnej, charakteryzujące się zniknięciem meningokoków z płynów na przeciąg 8 dni. Gdy chodzi o rozstrzygnięcie, na czem polegała różnica w działaniu surowicy, wstrzykniętej jedną i drugą drogą, to musi się podnieść, że na wynikach odczynu wiązania dopełniacza przez płyny badane nie można się było w tym wypadku oprzeć, gdyż odczyn ten był stale, już przed wstrzyknięciem surowicy, dodatni, jak w przypadku 143*, znów chyba w związku z obecnością w komorach większych mas ropnych. Zupełne zato wyjaśnienie zagadnienia otrzymujemy, zestawiając zawartości surowicy w płynach badanych, gdy uwzględnimy jej wartość, t. j. granicę działania w próbie odchylenia dopełniacza na szczep pochodzący od chorego. Stanowiło ją rozcieńczenie 1/200, czyli zawartość surowicy 0,5% i tę właśnie wartość wpisano w tablicę w postaci linji przerywanej poziomej. Otóż widzimy, że po wstrzykiwaniach nardzeniowych zawartość surowicy w komorach porusza się stale poniżej tej linji. Dnia 51, w godzinę po 1-em wstrzyknięciu, znajdujemy mianowicie w komorze lewej tylko 0,005% surowicy, a do czasu zabiegów w dniu 52. zawartość ta podnosi się do 0,09%. Od tego dnia począwszy, wkrótce po wstrzykiwaniach nardzeniowych, znajdujemy w komorze przeważnie 0,3%, po 24 godzinach około 0,2% surowicy. Wobec tego jest jasne, że nie mogło być mowy o działaniu surowicy na komory. Ale możnaby mniemać, że będzie przynajmniej wyraźne oddziaływanie na sprawę zakaźną w przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia, gdzie zawartość surowicy w płynie była wysoka i utrzymywała się stale znacznie ponad linją graniczną działania. Rzeczywiście zawartość ta wynosiła między dniem 52—55, każdym razem w 24 godziny po wstrzyknięciu, od 0,9—3%, a przecież bezpośrednio po wstrzyknięciu musiała się zbliżać do 100%. Tymczasem nie można było stwierdzić do dnia 55. w sprawie zakaźnej przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia żadnej zmiany na korzyść. Zagadkowe to zjawisko łatwo wytłumaczyć, jeżeli się stanie na stanowisku, że sprawa zakaźna w przestrzeni podpajęczynówkowej nie jest samoistna, lecz w zupełności zależna od ciągłego dowozu materjału zakaźnego z komór (VI doniesienie). Nie może więc być mowy o poprawie w przestrzeni podpajęczynówkowej, dopóki w komorach zakażenie utrzymuje się w pierwotnem natężeniu. Uderzający zwrot, prowadzący do zniknięcia meningokoków w ciągu 4 dni, następuje bezzwłocznie, gdy tylko rozpoczęto stosować surowicę dokomorowo. Stosowano ją codziennie, począwszy od 55. dnia choroby, w dawce 22 cm³, podzielonej na 2 części, przez nakłucie skroniowe obustronne. W 24 godziny po wstrzyknięciach znajdowano w komorach jeszcze 1—3% surowicy, bezpośrednio po wstrzyknięciach musiało być oczywiście znacznie więcej. Zatem działanie mogło być energiczne i utrzymywało się nieprzerwanie.

Granica działania na szczep zakażający in vitro, przy próbie odchylenia dopełniacza, zgadzała się w tym wypadku, jak widzimy, całkiem dobrze z działaniem in vivo, in aegroto. W dalszym ciągu spostrzeżenia można było tę granicę działania in vivo, zatem działania leczniczego, surowicy jeszcze raz dokładniej oznaczyć. Widzimy mianowicie, że po 6-cio dniowej przerwie w stosowaniu surowicy, meningokoki zjawiają się znowu w płynach, a dzieje się to z chwilą, gdy zawartość surowicy w płynie komory prawej w dniu 67. spadła do 0,9% (w dniu 68. było w komorze lewej 0,8%). Z dniem 69. meningokoki znikają powtórnie, dnia 68. wykonano bowiem znowu wstrzyknięcie obustronne przez nakłucie skroniowe, a w 24 godziny po niem znaleziono w płynie komory lewej 7% surowicy.

Wyższość wstrzykiwań dokomorowych nad nardzeniowemi występuje w tym przypadku wyraźnie; wyższość ta jest jednak względną. Nie mogłaby się ona była wcale uwydatnić, gdyby wartość lecznicza surowicy była wyższa i wynosiła około 1000. Okazuje się, jak ważną jest rzeczą, żebyśmy rozporządzali surowicą wysokowartościową. To też sądzę, że nie powinno się do ogólnego stosowania, zatem do stosowania przez nakłucie lędźwiowe, puszczać w obieg surowic, których wartość względem szczepów najczęściej spotykanych, t. j. A i B, jest niższa od 1000.

Jeżeli się teraz zapytamy, dlaczego w tym przypadku, w przeciwieństwie do przypadku 143* i 144* — surowica wstrzyknięta nardzeniowo nie dostawała się w dostatecznem zgęszczeniu do komór, to musimy odpowiedzieć, że istniały tu niewątpliwie pewne utrudnienia w przepływie płynu między obiema przestrzeniami. Jak można odczytać z tabliczki, w przypadku 146*, między dniem 52—54 ciśnienie w kanale kręgowym jest stale o parę mm. Hg. niższe od ciśnienia w komorach po upuszczeniu z nich płynu. Widzimy dalej, że w dniu 51. po wypuszczeniu przez nakłucie lędźwiowe 11

cm^3 płynu ciśnienie spadło z 12 na 4 mm Hg., po wstrzyknięciu 21 cm^3 surowicy ciśnienie podnosi się do 60 mm. Hg. i w ciągu 15 minut opada tylko do 30 mm. Hg.; świadczyło to o złym odpływie. Dnia następnego ciśnienie obniżyło się po upuszczeniu 22 cm^3 z 7 na 1,5 mm. Hg., po wstrzyknięciu 21 cm^3 surowicy podniosło się do 40, a spadło następnie w ciągu 5 minut na 22 mm Hg. W dniach 53 i 54 można było upuścić płynu więcej (30 i 30 cm^3), obniżyć ciśnienie do 1 mm, wstrzykiwać przy ciśnieniu tylko 20, a opadało ono w ciągu kilku minut do 14 albo 15 mm Hg. Widocznie utrudnienie miało niejaką skłonność do zmniejszania się, utrzymywało się jednak przecież w pewnej mierze, co się okaże, gdy porównamy podane szczegóły z podobnemi w przypadkach 143* i 144*. Weźmy np. w przypadku 143* dzień 27. Mamy tu przedewszystkiem ciśnienie początkowe w kanale kręgowym to samo, co w komorze po upuszczeniu płynu, mianowice 4. Ciśnienie to obniża się po upuszczeniu 20 cm^3 na minus 1, po wstrzyknięciu 21 cm^3 podnosi się do 20, spada następnie po 8 minutach na 7 mm Hg. Wymiana płynów między przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia a komorami musiała tu być bardzo swobodna. Podobnie w przypadku 144* np. w dniu 26 — pozatem, że ciśnienie w kanale kręgowym jest znów niższe od ciśnienia końcowego w komorze (8 mm Hg). Ciśnienie po nakłuciu rdzeniowem spada tu po upuszczeniu 17 cm^3 z 3,5 na 0, a po wstrzyknięciu 20 cm^3 surowicy podnosi się na 20 i obniża się potem w ciągu 5 minut na 5 mm Hg.

W każdym razie także w przypadku 146* przepływ był tylko utrudniony, a nie zniesiony, co się już z tego okazuje, że po wstrzyknięciu nardzeniowem znajdowano surowicę w komorach w stężeniu dochodzącem do 0.3%. Nie było więc tu mowy o tem, żeby, jak się wyrażają Francuzi, istniała blokada, otorbienie, czy zamurowanie komór, niemniej jednak utrudnienie to wystarczało, żeby surowica wstrzyknięta nardzeniowo nie mogła zupełnie oddziałać leczniczo na komory.

W przypadku 145* wstrzykiwania nardzeniowe były również bezowocne. Trudność, na jaką natrafiała surowica w dostaniu się do komór, była tu poważniejszą, niż w przypadku 146*, stanowiło ją bowiem znaczne zwężenie komór. W każdym razie i tutaj nie mogło być mowy o blokadzie, gdyż ta, polegając na zrostach, nie mogłaby była w dalszym ciągu ustąpić tak, że zupełne, czynnościowe wyleczenie byłoby wyłączone. Z oznaczenia wynika, że dnia 11, w 24 godziny po 2-giem wstrzyknięciu nardzeniowem 22 cm^2 surowicy, płyn komory prawej zawierał, i to jeszcze po wykonaniu bezpośrednio przedtem wstrzyknięcia do komory lewej, tylko 0,002% surowicy. Ponieważ zawartość ta była 80 razy mniejszą od granicznej wartości działania surowicy (0,16%=1:630), nie mogło być oczywiście mowy o wpływie leczniczym na sprawę zakaźną w komorach. Nie zauważono też ani śladu aglutynacji meningokoków, a były one przecież w płynie komorowym obecne w bardzo wielkiej ilości i leżały prawie wyłącznie zewnątrzkomórkowo, toteż zawartość jakiejkolwiek ilości surowicy, wchodzącej w rachubę, byłaby się na nich odbiła choćby aglutynacją. Mamy tu dowód nietylko na to, że surowica wstrzyknięta nardzeniowo nie dochodzi w tych warunkach do komór, ale także, że nawet wstrzyknięta do jednej komory, nie dostaje się do drugiej. Wynika z tego jasno, że przy zwężeniu komór istnieje konieczność wykonywania wstrzykiwań dokomorowych obustronnie.

W przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia stwierdzono przeciwnie w dniach 10. i 11. 0,08 i 0,05% surowicy, zaś w przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu dnia 11. 0.15%. Są to wszystko zawartości, odpowiadające ściśle granicznej wartości działania, lub leżące tylko nieznacznie poniżej niej. Ponieważ zaś bezpośrednio po wstrzyknięciu zawartość musiała się zbliżać do 100%, więc w tym przypadku musi się uważać za udowodnione, że w całej przestrzeni podpajęczynówkowej — w przypadku 146* brakowało podobnego dowodu dla przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu — była dostateczna do działania leczniczego ilość surowicy i że utrzymywała się w sposób nieprzerwany około dwóch dni. Mimo to, podobnie jak w przypadku 146*, nie widać najmniejszego śladu oddziaływania na sprawę zakaźną, toczącą się w tej przestrzeni. Takie oddziaływanie jest też niemożebne, dopóki komory pozostają w dalszym ciągu tak ciężko zakażone, jak to stwierdzono dnia 11, i dopóki ich zawartość ciągle się wylewa do przestrzeni podpajęczynówkowej. Przypominam, że podobne położenie można było spostrzegać w przypadku 141*, 18. dnia choroby, tam jednak po wstrzykiwaniach dokomorowych.

Na uwagę zasługuje, że, tak jak w tamtym przypadku między dniem 16—18, tak i tutaj zawartość surowicy bądź cobądź względnie szybko musiała się zmniejszać w przestrzeni podpajęczynówkowej. Jest to łatwo zrozumiałe. Jeżeli surowica wstrzyknięta nardzeniowo nie dostaje się do komór, lub, wstrzyknięta dokomorowo, szybko stamtąd zostaje wypłukaną, to wytwarzany w komorach płyn mózgowo-rdzeniowy odpływa do przestrzeni podpajęczynówkowej z nieznaczną tylko przymieszką surowicy i musi także stamtąd surowicę szybko wypłukiwać. Położenie zaś znacznie się zmienia, jeżeli już sam płyn komorowy zawiera surowicę w znacznem stężeniu.

Wstrzyknięcia, dokomorowe wykonane w dniu 11 wywarły na sprawę zakaźną, przynajmniej w komorze prawej, wpływ bardzo wybitny pomimo to, że całkowita dawka podzielona na obie strony, była o połowę mniejsza, niż przy wstrzykiwaniach poprzednich, nardzeniowych: ilość meningokoków w 1 mm^3 płynu spada w ciągu 24 godzin z 7900 na 0,75, zatem do 1/10000, przytem znikają zupełnie meningokoki zewnątrzciałkowe, przedtem stanowiące 99%, ziarenkowce widzi się tylko w ciałkach wielojądrzastych lub w komórkach nabłonkowych, wreszcie, podczas gdy przedtem były wszystkie dobrze utrzymane, obecnie w 75% są wyraźnie zwyrodniałe.

Ten nadzwyczajny wynik usprawiedliwiony jest okolicznością, że dnia 12, w 24 godziny po wstrzyknięciu, stwierdzono w komorze 0,08% surowicy. Była to zawartość wprawdzie o połowę niższa od wartości granicznej działania surowicy, ale choćbyśmy nawet przyjęli, że bezpośrednio po wstrzyknięciu zawartość surowicy w komorze wynosiła tylko 21% i że spadała potem w postępie geometrycznym, na każde 3 godziny do połowy zawartości początkowej, to dojdziemy do wniosku, że wartość graniczna osiągnięta tu była dopiero po 21 godzinach, przez które surowica musiała wywierać pełne działanie.

Dalsze wstrzykiwania okazały się narazie niemożebne; trzeba było, jak w przypadkach 141* i 142* czekać na rozszerzenie się komór. Rzeczywiście komory były już w 11 dniu znacznie zwężone. Światło komory prawej wynosiło 4,5 mm, udało się z niej wydostać zaledwie 2,5 cm^3 płynu; światło komory lewej wynosiło tylko 1,5 mm, wypłynęły z niej tylko 2 krople płynu, a wstrzykiwanie odbywało się z trudnością. Dnia 12 stwierdzono jeszcze większe zacieśnienie komór: nawet komora prawa była szeroka tylko na 1 mm, a otrzymano z niej zaledwie 1 cm^3 płynu, surowica zaś przy wstrzyknięciu odpływała bardzo powoli. Komora lewa była zupełnie zamknięta tak, że mimo kilkakrotnego nakłuwania nie zdołano z niej otrzymać ani kropli płynu, nie było więc także możebne wstrzyknięcie surowicy. (Dok. nast.)

FR. CHOMICKI, st. asystent kliniki chirurg. Lwów.

Przyczynek do techniki operacyjnej t. zw. nosa siodełkowatego.

Z Kliniki chirurgicznej Uniw. im. Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor: Prof. H. Schramm.

Do częstszych niewojennych zeszpeceń twarzy należy t. zw. nos siodełkowaty. Rzadko bywa wzodzonym, częstszym powodem jego jest uraz lub wyropienie części kostnych nosa, wywołane dziedziczną lub nabytą kiłą. Próby poprawy tego cierpienia sięgają już dawnych czasów, a podzielić je możemy na cztery grupy:

Grupa I — to operacje rhinoplastyczne, pomyślane właściwie dla wytworzenia nowego nosa w całości, stosowane niejednokrotnie i do poprawy nosa siodełkowatego. Należy tu szereg metod, przy których materjałem są płaty z czoła, ramienia, policzków, palca itd.

II grupę tworzą operacje, pomyślane dla poprawy już specjalnie nosa siodełkowatego, a które nazwaćby można radykalnemi. Celem ich jest bowiem, obok względów kosmetycznych, uniesienie z powrotem zapadniętych względnie wgniecionych części nosa, by w ten sposób przywrócić zwykle bardzo upośledzoną drożność przewodów nosowych. Wybór cięć i materjałów do uzupełnienia części brakujących były bardzo różne. Operacje te oddzielają koniec nosa wraz ze skrzydełkami i obniżają je ku dołowi, a po ewentualnem uniesieniu wgniecionych części wypełniają ubytek płatem skórno-okostnowo-kostno-skórnym, wziętym z czoła.

Postępowanie takie wprowadził König a ulepszył Izrael. Ollier bierze skórę z czoła, rusztowanie kostne zaś stwarza ze szczęki górnej. Płaty z czoła w przeróżnych kombinacjach stosowali także Langenbeck, Mikulicz, Diffenbach i inni. Jakkolwiek zabiegi powyższe stwarzają postać nosa bardziej podobną do prawidłowej, to jednak, zdaje mi się, że ze względu na liczne blizny na nosie, czole, ewentualnie na policzkach, operacyj tych nie można zaliczyć do bardzo upiększających.

Pod względem kosmetycznym więcej celowi odpowiadają operacje grupy III. drobniejsze, w których, pozostawiając przewody nosowe w pierwotnym ich stanie, unosimy i wyrównujemy tylko grzbiet nosa.

Do grupy IV zaliczam protezy kosmetyczne, z których niektóre, a specjalnie robione z miękkich mas żelatynowych dają na oko wyniki znakomite. Chorą z tak doprawionym nosem z masy żelatynowo-glicerynowej, miałem sposobność przedstawić w lwowskiem Tow. lekarskiem w maju 1916, opis zaś wyrobu i masy podałem w Przeglądzie lekarskim Nr. 29 r. 1917. Protezy te jednak muszą być prawie codziennie na nowo odlewane, by celowi odpowiadały, a nadto nakładanie ich i przymocywanie jest także mozolne. Fakty te czynią więc protezy te kłopotliwemi i nienadającemi się do szerszego zastosowania.

Z zabiegów więc trwałych najlepsze wyniki kosmetyczne otrzymuje się z operacyj typu III., w których tylko przez wstawienie sztucznej podpory wytwarzamy i unosimy grzbiet nosa. Ażeby zbudować to rusztowanie, używano rozmaitych tkanek własnych chorego lub ciał obcych. I tak Izrael nacinał nos nieco z boku i równolegle do grzbietu, podpreparowywał skórę i wstawiał tam blaszkę z kości goleniowej. Diakonow i Mangoldt używają również blaszki kości goleniowej lub chrząstki żebrowej, lecz wstawiają je w tunel podskórny, wychodząc z poprzecznego cięcia u podstawy nosa, które to cięcie obaj niezależnie opisali Petrow używa także chrząstki żebrowej lub blaszki kości goleniowej. Eiselsberg wprowadza dowolną kość gotowaną, wychodząc również z cięcia Mangoldta. Diffenbach, Leisring, Mikulicz, Rust, Martin, Vantrin, Studieński, Klein, Freemann, Äyrapää i inni, wgajali ponoś z powodzeniem platynę, złoto, srebro, celuloid, druty pokryte kauczukiem i gumę wulkanizowaną. W końcu Delangr i Gersuny doradzają uniesienie grzbietu nosa przez podminowanie parafiną.

Największe szanse na wgojenie się, ma bezwątpienia zawsze blaszka okostnowo-kostna, wzięta z tego samego osobnika. Ponieważ, jak przekonały badania rentgenologiczne, dokonywane w kilka (10) lat po operacji, nie ulega ona wessaniu, wyliczone metale, gumy i kauczuki — powinny przejść do historji.

W ostatnich czasach miałem sposobność operowania 4 przypadków nosa siodełkowatego. W przekonaniu, że dojście z cięcia poprzecznego u podstawy nosa, a szczególnie przy wystających łukach brwiowych, niezbyt jest wygodne, a także blizna kosmetycznie nie jest obojętna, spróbowałem zastosować inną drogę, któraby dawała łatwiejszy dostęp i pozwalała także zachować ściśle względy aseptyki. W tym celu wybrałem cięcie przebiegające wzdłuż przegrody nosa. Drogę tę podał już Kilian dla częściowego podśluzowego wycięcia przegrody nosowej. Dla naszych celów wystarcza, gdy cięcie to długością odpowiada długości dziurek nosowych, bo po rozszerzeniu haczykami daje już znakomity dostęp i pozwala zupełnie wygodnie wytworzyć potrzebny tunel podskórny.

Operację powyższą wykonać można w znieczuleniu miejscowem, zużywając bardzo niewielką ilość 1% nowokainy oraz kilkanaście kropel 5% tejże roztworu do wprowadzenia na wacie do nosa. Płatek kostny na grzbiecie kości goleniowej, lub ewentualnie żebro, wycina się także w znieczuleniu miejscowem. Po przecięciu przegrody nosowej wzdłuż, za pomocą wąskiego, po obu stronach tępego, a tylko na końcu obusiecznie ostrego nożyka, trzymając się początkowo tuż pod skórą, a następnie idąc po kości nosowej, wytwarzamy kanał, osłonięty dookoła tkankami. By się przekonać, czy rzeczywiście błona śluzowa nie jest zraniona, wyjmuje się wówczas watę z nowokainą, która w razie przebicia byłaby pokrwawioną. W takim przypadku musi się operację przerwać i odłożyć, aż do zagojenia zranionej śluzówki. Następnie postępowanie zwyczajne: wydłutowuje się z grzebienia kości goleniowej półwrzecionowaty odłamek lub wycina żebro odpowiedniej długości, i wprowadza do zrobionego poprzednio kanału pod skórą. Po wprowadzeniu, które udaje się z zupełną łatwością, jednym szwem strunowym zespalamy skórę przegrody nosowej.

Postępowanie powyższe wystarcza zupełnie, gdy chrząstki skrzydełkowe i przegroda nosowa ustalają tak koniec nosa, że podpierać go specjalnie nie ma potrzeby, gdy jednak i tego trzeba, używam do plastyki także blaszki z goleni, lecz dłuższej, lub też żebra wyciętego wraz z okostną przednią, które po zwężeniu oraz wycięciu kleszczykami Luera, po wklęsłej stronie małego wyrębu, odpowiednio załamuję. Najlepiej nadaje się do tego przednia część żebra siódmego lub ósmego. Gdy użyć chcemy podpórki tak kątowo zgiętej, do cięcia i tunelu wyżej opisanego dodaje się jeszcze tunel poziomy w kierunku kolca nosowego przedniego. Po wprowadzeniu części dłuższej przeszczepu w tunel pod grzbietem nosa, część mniejszą i węższą wprowadza się w tunel poziomy a skórę w przegrodzie nosowej łączy nad nim, jak poprzednio, jednym ewentualnie dwoma szwami. Jak przedstawiają się wówczas stosunki kostne, widać na rentgenogramie (ryc. 1).

Przypadki, z których fotografie załączam, operowałem 7—10 dni przed zdjęciem.

Rycina 1.



Rycina 2.



Rycina 2. przedstawia chorą, której nos został zmiażdżony przed 8 laty, gdy spadła na twarz z huśtawki pokojowej. Niestety

nie mam fotografji bocznej, już jednak i na załączonych zdjęciach widać, przy porównaniu, że poprawa jest bardzo znaczna.

Rycina 3.



Chora na ryc. 3. uległa urazowi we wczesnem dzieciństwie. Operowana była, jak poprzednia, przy użyciu pojedyńczej blaszki z goleni.

Rycina 4.



Ryc. 4. U tej chorej mieliśmy do czynienia z wyropieniem części chrzęstnych nosa z niewiadomego powodu. Wychodząc z cięcia w przegrodzie nosowej, przeszczepiłem blaszkę z goleni, zgiętą pod kątem.

Prócz powyższych przypadków operowałem jeszcze jeden, używając blaszki zgiętej z żebra. Powodem nosa siodełkowatego była przebyta kiła. Wgojenie nastąpiło równie bez powikłań, a wynik kosmetyczny wielce chorą zadowolił.

Nie przesądzając, czy użycie cięcia wzdłuż przegrody nie było już i do poprawy nosa siodełkowatego stosowane, podaję ten opis, by zwrócić uwagę, że tym niewielkim i wolnym od niebezpieczeństw zabiegiem poprawić możemy z łatwością postać nosa, a tem samem także i wyraz twarzy.

Dr. ELEONORA REICHER, asystentka
Dr. ZDZISŁAW SZCZEPAŃSKI, adjunkt. Warszawa.

Spostrzeżenia nad zachowaniem się krwi w zimnicy ostrej i przewlekłej na podstawie badań przypadków tej choroby w powiecie Kobryńskim.

Z I. Kliniki chorób wewnętrznych Uniw. Warsz. Dyr. Prof. Dr. A. Gluziński.

W lipcu 1921 roku, na propozycję ówczesnego Naczelnego Nadzwyczajnego Komisarza walki z epidemjami Prof. Dra Emila Godlewskiego, udaliśmy się do Kobrynia, miasteczka położonego na wschód od Brześcia nad Bugiem, gdzie wówczas szalała epidemja zimnicy, celem badań nad tą chorobą.

Praca nasza ukaże się w całości w wydawnictwie »Akademji nauk lekarskich«, tu podajemy w krótkiem streszczeniu wyniki tej pracy.

Chcąc zorjentować się w liczbie zachorowań wśród mieszkańców powiatu, postąpiliśmy w ten sposób, że zwiedziliśmy ośm gmin i badaliśmy dzieci szkolne. Pokazało się, że przeszło 50% dzieci, bądź to w wywiadach podawało przebytą zimnicę, bądź badanie wykazywało u nich przewlekły obrzęk śledziony, przyczem więcej chorowało dzieci chrześcijańskich, niż żydowskich.

Zbadaliśmy jakość komarów i przekonaliśmy się, że w ogromnej większości znajdują się tam widlisze *(anopheles)* tak, że sposobność do zakażenia jest duża.

Obok zebrania statystyki wyżej przytoczonej, podjęliśmy zbadanie zachowania się krwi tak przed, podczas i po napadach, jak i w zimnicy przewlekłej.

Zbadaliśmy 36 przypadków zimnicy, tak u dorosłych, jak i dzieci.

Wobec spostrzeżeń, że w czasie napadów zmienia się procentowa ilość ciałek białych wielojądrzastych, nasuwała się nam myśl badań obrazu krwi według Arnetha. Dokonaliśmy tych badań w 29 przypadkach.

Następnie obliczaliśmy ilość płytek Bizzozera w większości przypadków, sposobem Fonia.

Równocześnie z oznaczaniem ilości płytek oznaczono ilość ciałek czerwonych oraz czas krzepliwości krwi. W dalszych badaniach nad zachowaniem się krwi w zimnicy staraliśmy się zbadać także, czy surowica chorego, który przebył lub właśnie przebywa zimnicę, nie będzie działała aglutynacyjnie na ciałka czerwone drugiego chorego na zimnicę. Takich badań przeprowadziliśmy 38.

Z naszych badań wynika, że w zimnicy:

1. Ilość ciałek białych jest zmniejszona (leukopenja) i to tak podczas napadu, jak i w czasie pomiędzy napadami.
2. W czasie wolnym od gorączki obraz krwi przesuwa się w stronę limfocytów, na niekorzyść leukocytów wielojądrzastych.
3. Podczas napadu zwiększa się ilość procentowa leukocytów wielojądrzastych, dochodząc do ilości prawidłowej, a nawet nieraz przewyższając ją.
4. Ilość monocytów w zimnicy jest zwyczajnie zwiększona i to tak podczas napadu, jak i w czasie wolnym od gorączki.
5. Podczas napadu stwierdzono brak ciałek eozynochłonnych lub zmniejszoną ich ilość.
6. U wszystkich gorączkujących, a u przeważnej liczby niegorączkujących stwierdzono przesunięcie się obrazu Arnetha na »lewo«.
7. W czasie napadu zimnicy, ustrój ma wyraźną skłonność do zmniejszania ilości płytek Bizzozera. W przerwach między napadami, oraz w przebiegu zimnicy przewlekłej, ilość płytek zwiększa się, dochodzi do liczb prawidłowych, a nawet może nastąpić zwiększenie się ilości płytek.
8. Krzepliwość krwi jest w czasie napadu zimnicy skrócona. W okresach między napadami oraz w przebiegu zimnicy przewlekłej pozostaje prawidłowa.
9. Hemaglutynacja z ciałkami czerwonemi jednego chorego a surowicą drugiego chorego na zimnicę, nie nadaje się do celów rozpoznawczych.

Dr. TADEUSZ PAWLAS, I. asyst. klin. Kraków.

Śródmiąższowe wstrzykiwania olejku terpentynowego, jako środek leczniczy w chorobach skórnych i wenerycznych.

(Z Kliniki chorób skórnych i wenerycznych U. J. Dyrektor Prof. Dr. J. Lenartowicz).

(Dokończenie).

Przechodzę do omawiania drugiej grupy chorób, w których stosowaliśmy wstrzykiwania śródmiąższowe terpentyny, do grupy schorzeń skóry. Grupę tę przy omawianiu podzielę na dwa poddziały:

1) Schorzeń, w których stosowaliśmy terpentynę z doskonałemi wynikami leczniczemi.

2) Schorzeń, w których nie było dobrych widocznych wyników, lub w których uzyskaliśmy tylko częściowo poprawę stanu chorobowego.

Do pierwszej grupy naszych przypadków zaliczam: grzybek strzygący, powierzchowny i głęboki, *folliculitis agminata*, figówkę brody, trądzik zwyczajny i głęboki, trądzik różowaty, świerzbiączkę, liszajec zwykły i obrączkowy, ostre i przewłoczne zapalenie skóry, wypryski, czyrakowatość skóry i zapalenie skóry opryszczkowe Duhringa. Częściową poprawę stanu chorobowego, bez zupełnego wyleczenia, uzyskaliśmy w promienicy, wrzodach podudzia, liszaju czerwonym płaskim i powiększeniu gruczołów szyjnych. Żadnego wyniku leczniczego nie mieliśmy w twardzieli nosa, łuszczycy, toczniu zwyczajnym i rumieniowatym. W grzybku strzygącym, w głębokich jego postaciach, usadowionych na skórze głowy owłosionej i brody (*Kerion Celsi*) działanie śródmiąższowych wstrzykiwań terpentyny były bardzo szybkie i dobre. Już po pierwszej dawce następowało uczucie zmniejszonego napięcia skóry w miejscach guzów i nacieków, znacznie mniejszą, albo zniesiona zupełnie bolesność i mniejsze ropienie i sączenie w ogniskach chorobowych. Guzy, w których za najmniejszym uciskiem lała się poprostu ropa, przysychały po dwóch, a czasem już po jednem wstrzyknięciu niemal całkowicie i wsysały się bardzo szybko w miarę dalszych wstrzykiwań. W żadnym z leczonych przez nas przypadków nie trzeba było uciekać się do nacięcia rozmiękłych guzów, wszędzie doszło do wessania się samoistnego i ustąpienia. Zwykle po trzeciej już dawce mieliśmy we wszystkich przypadkach zupełnie zmieniony obraz chorobowy. Nigdzie nie było ropienia, nigdzie sączenia. Rozmiękłe przedtem guzy, obecnie zupełnie już przypłaszczone, zmieniały się w mało widoczne, czerwonawo-brunatnawe, lekko naciekłe i bardzo nieznacznie ponad powierzchnię wzniesione plamy, znacznie mniejsze od ognisk pierwotnych. Skóra wszędzie była już bardziej miękka, wydawało się pozornie, że choroba została wyleczona. O niewygaśnięciu zupełnem sprawy grzybkowej przekonywaliśmy się wówczas dopiero przez badanie mikroskopowe. W okresie tym, mimo tak niewinnego pozornie wyglądu, w znacznej większości przypadków znajdowaliśmy we włosach, branych z ognisk chorobowych, grzybki. Niejednokrotnie włosy były jeszcze wypchane zarodnikami grzybków. Sama terpentyna doprowadziła tylko w trzech przypadkach do zupełnego wyleczenia. W pozostałej reszcie przypadków przystępowano, po serji wstrzyknięć olejku terpent., czasem równocześnie z wstrzyknięciami, do leczenia miejscowego (wyrywanie włosów, naświetlania promieniami Roentgena, maść chrysarobinowo-ichtyolowa, okłady ichtyolowe itd.), które z reguły doprowadzało do zupełnego wyleczenia w czasie znacznie szybszym, niż to spostrzegaliśmy dawniej, w czasach, gdy nie stosowaliśmy pozatrzewiowego podawania terpentyny.

W grupie chorób skórnych wogóle, podobnie, jak to miało miejsce i w chorobach wenerycznych, spotykaliśmy się bardzo rzadko z tem, ażeby wstrzykiwania terpentyny same, bez pomocy miejscowego leczenia doprowadziły do zupełnego zwalczenia i ustąpienia sprawy chorobowej. Musieliśmy niemal zawsze stosować prócz wstrzykiwań olejku terpentynowego i miejscowe leczenie. Przystępowaliśmy do tego jednakże dopiero wówczas, gdy już ostra sprawa minęła, gdy już nie było ani śladu po obrzękach, guzach, czy naciekach i gdy sączenie i ropienie zupełnie już ustąpiło. W tem wszystkiem radziła sobie doskonale sama terpentyna, czy też ustrój zadrażniony przez nią i pobudzony do energiczniejszej walki. Środkom miejscowym pozostawało zakończenie sprawy, walka z pozostałemi jeszcze grzybkami, czy bakterjami, przeważnie już bardzo osłabionemi w swej żywotności, znajdującemi złe warunki rozwoju czy wegetacji w przestrojonych działaniem terpentyny w tkankach.

W ogniskach powierzchownych grzybka strzygącego i *folliculitis agminata* mieliśmy również dobre wyniki. Podobnie dobre działanie wywierała terpentyna i przy zwykłych nie grzybkowych figówkach brody. Leczenie w przypadkach figówki (6) trwało krócej i było mniej skomplikowane, niż w sprawach grzybkowych. Uczucie bólu i napięcia nstępowało już po pierwszem wstrzyknięciu. Po drugiem ustawało zupełnie sączenie, strupki przysychały, skóra stawała się bardziej elastyczna i miękka, okres zapalny mijał w zupełności. Przystępowaliśmy wówczas do leczenia miejscowego maściami i pastami (najczęściej stosowaliśmy pastę Lassarowską z dodatkiem 5% siarki i dziegciu) wstrzykując równocześnie w dalszym ciągu w odstępach przeciętnie trzydniowych, wzrastające stopniowo dawki terpentyny. Przy leczeniu tego rodzaju mieliśmy wyniki bardzo dobre i szybkie we wszystkich przypadkach. Chorzy po 12—18 dniach wyleczeni opuszczali klinikę, zwykle bez śladu pozostałości po przebytej sprawie. Zupełne ustąpienie objawów chorobowych bez stosowania jakichkolwiek środków leczniczych prócz terpentyny mieliśmy w przypadkach świerzbiączki (*prurigo*). U chorych zgłaszających się niejednokrotnie ze świądem skóry wprost rozpaczliwym, z daleko posuniętemi zmianami skórnemi, wywołanemi samą chorobą i dołączającemi się następowo pod wpływem drapania i wtórnych zakażeń zapaleniami ropnemi skóry — po zastosowaniu dwóch do pięciu wstrzyknięć (5—12 dni) osiągano z reguły zupełne ustąpienie objawów. Chorzy po upływie czasu wyżej podanego opuszczali klinikę w stanie wyśmienitym, bez śladu typowych dla świerzbiączki guzków, ze skórą gładką i elastyczną, nie tak suchą, jak to spotykamy w obrazie chorobowym świerzbiączki. Swędzenia nie odczuwali zupełnie. Muszę tu jednakże zaznaczyć, że w przypadkach tych nie doprowadziliśmy do wyleczenia istoty samego schorzenia, lecz jedynie do ustąpienia chwilowo istniejących objawów chorobowych: świądu, guzków i zmian następowych. Często w krótkim czasie po opuszczeniu kliniki chorzy ci zgłaszali się ponownie z nawrotami choroby. Ustępowały one jednakże również bardzo szybko po ponownej serji wstrzyknięć terpentynowych, czasem już po jednem wstrzyknięciu. Nawroty takie przy świerzbiączce występowały również po każdym innym sposobie leczenia, czy to po smarowaniu chorego maściami dziegciowemi, siarkowemi, itd. czy to po stosowaniu leczenia własną krwią (*autohaemoterapia*), jak to w ostatnich miesiącach szeroko i z dobremi wynikami stosuje w naszej klinice Dyboski[44].

Leczenie terpentyną ma w przypadkach świerzbiączki tę bezsprzecznie wyższość nad dotychczasowemi ogólnie stosowanemi sposobami leczniczemi, że z jednej strony usuwa objawy chorobowe znacznie szybciej, z drugiej strony jest sposobem leczenia niezmiernie tanim i wymagającym mało zachodu, co przy leczeniu szpitalnem odgrywa dużą rolę. Odpadają też tutaj tak nieprzyjemne strony, jak niszczenie bielizny maściami i nieznośny zapach maści dziegciowych. Jedyną groźną konkurentką leczenia terpentyną świerzbiączki jest stosowanie wstrzykiwań podskórnych czy śródmiąższowych własnej krwi chorego, która w tych specjalnie przypadkach działa rzeczywiście niemal tak dobrze jak terpentyna, a nie wywołuje żadnego bólu (Dyboski).

W przypadkach świądu starczego (4) mieliśmy te same wyniki, co przy świerzbiączce: szybkie ustępowanie objawów chorobowych z następowemi nawrotami po krótszym czy dłuższym przeciągu czasu. U dwóch jednakowoż chorych wynik leczniczy utrzymał się na stałe. U jednego po jednej serji wstrzyknięć (5), u drugiego po dwukrotnem leczeniu, przeprowadzonem w odstępie trzechtygodniowym (pierwszy raz 5 injek., drugi raz trzy inj.), nawrotu świędzenia już nie spostrzegaliśmy. U chorych tych prócz terpentyny nie stosowaliśmy żadnych innych środków leczniczych.

W wypryskach skóry najlepsze wyniki uzyskaliśmy w postaciach ostrych, szczególniej takich, w których przychodziło do tworzenia się pęcherzyków, czy pęcherzy na większej powierzchni. Tworzenie się nowych pęcherzy ustawało zwykle już po pierwszem wstrzyknięciu. Po drugiem, lub trzeciem nigdzie nie było już sączenia, skóra była sucha, nacieki ustępowały; przystępowaliśmy wówczas do leczenia miejscowego maściami i przy równoczesnem dalszem wstrzykiwaniu terpentyny doprowadzaliśmy zwykle po tygodniu lub kilkunastu dniach do zupełnego wyleczenia. Podobne zupełnie wyniki mieliśmy w ropnych zapaleniach skóry, liszaju zwykłym i obrączkowym i czyrakowatości skóry. W ostatnich przypadkach, niejednokrotnie bardzo uporczywych i opornych na wszystkie inne sposoby lecznicze, dotychczas stosowane, mieliśmy wyniki najlepsze, uzyskiwane czasem bez pomocy środków miejscowych.

Zadziwiający był wynik leczniczy u młodego chłopca 18-letniego B. S., który zgłosił się z uporczywą czyracznością skóry, trwającą już od pięciu miesięcy. Mimo stosowania najrozmaitszych maści i kąpieli, lampy kwarcowej, a ostatnio całej serji wstrzyknięć opsonogenu, poprawa była bardzo nieznaczna. Ustępowały wprawdzie pojedyncze ogniska, sprawa niejednokrotnie nieco się poprawiała, przycichało na pewien czas tworzenie się nowych ognisk, ale po to tylko, aby później, niejednokrotnie wśród leczenia, wystąpiła nowa erupcja. Stan ten już do rozpaczy doprowadzał chorego. Przy stosowaniu terpentyny sprawa ustąpiła niesłychanie szybko i bez śladu. Po trzech wstrzykiwaniach, w 10 dniu choroby, po dawnych ogniskach chorobowych, dochodzących w niektórych miejscach wielkości jaja gołębiego, niejednokrotnie rozmiękłych i chełboczących, tu i ówdzie otwartych, wydzielających przy ucisku spore ilości ropy, zostały jedynie ślady, w postaci ognisk lekko nacieklych, barwy sino-czerwonej, tu i ówdzie brunatnawych od gromadzącego się barwika, mniej lub więcej silnie się łuszczących. Nigdzie nie było śladu bolesności, ani ropienia. Co najważniejsze, nie tworzyły się nigdzie nowe ogniska. Dla odkażenia skóry zastosowaliśmy u chorego prócz dalszego podawania terpentyny codzienne smarowanie maścią salicylowo siarczaną z następowemi kąpielami, poczem w dwa tygodnie chorego puściliśmy do domu w stanie znakomitym.

W trądziku zwyczajnym i różowatym mieliśmy przeważnie dobre wyniki, szczególniej u kobiet przy skombinowanem leczeniu terpentyną i podawaniem na wewnątrz »ovarogenu« wyrobu Klawego (4—6 tabletek dziennie), lub zastosowaniu maści lekko złuszczającej (pasta cynkowa Lassara z dodatkiem 5% siarki i 3% resorcyny). W 50% przypadków uzyskiwaliśmy jednakże sposobem tym nie zupełne wyleczenie, lecz tylko znaczną poprawę stanu chorobowego, w czasie jednakowoż znacznie szybszym, niż przy stosowaniu innych sposobów leczenia np. przy naświetlaniu lampą kwarcową, cieszącą się taką sławą, u kobiet zwłaszcza. Doskonały wynik leczniczy uzyskaliśmy również w typowym zupełnie przypadku choroby Duhringa.

Chory 34-letni Ł. J. rolnik, zgłosił się do kliniki po 3 miesiącach bezskutecznego leczenia prywatnego i w szpitalach prowincjonalnych, w stanie rozpaczliwym. Cała skóra tułowia, kończyn, twarzy, głowy owłosionej, pokryta była wielopostaciowemi wykwitami, pęcherzami o zawartości surowiczej lub ropnej, strupami i plamami sinemi i czerwonawo-sinemi z odcieniem brunatnym. Nawet na błonach śluzowych były pojedyncze powierzchowne owrzodzenia. Wolne od zmiany były tylko dłonie i podeszwy i przestrzeń międzyłopatkowa wielkości dłoni. Chory zupełnie apatyczny robił wrażenie ciężko cierpiącego. Badanie krwi wykazało ilościowo prawidłową liczbę ciałek czerwonych i białych, jakościowo znaczne zwiększenie eozynochłonnych (22%) na niekorzyść limfocytów. (13%). Chory dostał w przeciągu 3 i ½ tygodni 5 wstrzyknięć śródmiąższowych terpentyny (0.3, 0.5 i 3 razy po 0.8 w odstępach trzy do 8-mio dniowych). Doprowadziły one bez stosowania jakiegokolwiek innego środka do zupełnego wyleczenia. Już po drugiem wstrzyknięciu nie było nowych erupcyj pęcherzy, Stare pęcherze przysychały w miarę dalszych wstrzykiwań, w coraz szybszem tempie. Przysychały również strupki, pozostawiając po sobie ślady w postaci plam sinawo-czerwonawych, szybko nabierających odcienia brunatnego. Chory czuł się znacznie lepiej, pod koniec leczenia znakomicie. Po 35 dniach na klinice pozostały tylko rozliczne plamy przebarwionej skóry, rozsiane bardzo gęsto po całem ciele. Obraz krwi był zupełnie prawidłowy. Liczba eozynochłonnych spadła z 22% na 2%. Chory czuł się znakomicie, chwalił sobie bardzo wstrzykiwania terpentynowe i pojechał w najlepszem zdrowiu do domu, z poleceniem natychmiastowego zgłoszenia się do kliniki, gdyby tylko pojawił się nawrót choroby. Od opuszczenia przez chorego kliniki minęło 15 miesięcy, chory nie zjawił się dotychczas, przypuszczamy więc, że terpentyna spowodowała w tym przypadku zupełne wyleczenie.

W zaniedbanych wrzodach podudzia powodowały wstrzyknięcia 20% olejku terpentynowego szybkie oczyszczanie się owrzodzeń, bujanie tkanki ziarninowej i lekkie przypłaszczanie się ich. Do zupełnego wyleczenia niewielkich nawet owrzodzeń podudzia, nie doprowadziliśmy nigdy. Uzyskiwaliśmy jedynie znaczną poprawę i ułatwialiśmy zadanie następowemu działaniu leczniczemu maściami, okładami, opaskami itd. Również w przypadku promienicy uzyskaliśmy nieznaczną tylko poprawę, lekkie wessanie się i zmniejszenie nacieków, które zresztą od 3. wstrzyknięcia terpentyny nie okazywały już najmniejszej dążności do dalszej poprawy, wobec czego po 5. wstrzyknięciu przeszliśmy do stosowania innych środków leczniczych.

W powiększeniach gruczołów szyjnych i podszczękowych mieliśmy wyniki mało znaczące, podobne do wyników leczenia lampą kwarcową. Ustąpienia zupełnego sprawy chorobowej nie stwierdziliśmy nigdy. Pewne jednak, mniej lub więcej wybitne, zmniejszenie się gruczołów mieliśmy zawsze.

W przypadku liszaja czerwonego płaskiego (*lichen ruber planus*), który uprzednio leczony przez nas przeszło dwa miesiące maściami i salwarsanem (8 injek.) nie okazywał żadnej poprawy, uzyskaliśmy pod wpływem terpentyny pewne, bardzo nieznaczne polepszenie (zmniejszenie świądu i przypłaszczenie się guzków bardzo zresztą krótkotrwałe).

Wbrew twierdzeniu Klingmüllera, który uzyskiwał pewną, niekiedy znaczną, poprawę stanu chorobowego w toczniu zwyczajnym skóry i gruźlicy rozpływnej, nie widzieliśmy w naszych przypadkach w sprawach tych najmniejszego wyniku leczniczego pod wpływem wstrzykiwania terpentyny. Spostrzegaliśmy w tych przypadkach wszystkie bez wyjątku objawy ogólne i miejscowe, jakie daje nam terpentyna w innych przypadkach, w których wyniki lecznicze były bardzo dobre. Mieliśmy i tutaj podniesienie ciepłoty, dreszcze, wzmożone pędzenie moczu, znaczne powiększenie ilości ciałek białych we krwi, mieliśmy nawet wyraźny odczyn miejscowy, charakteryzujący się przekrwieniem i lekkim obrzękiem ognisk chorobowych. Powtarzało się to i po dalszych wstrzyknięciach, ostatecznie jednakże wynik, mimo zastosowania w jednym z przypadków aż 8 wstrzyknięć olejku terpentynowego, był niepomyślny. Ogniska chorobowe tocznia, prócz cofnięcia się czy poprawy spraw towarzyszących ropnych lub zapalnych, wywołanych przez wtórne zakażenia, nie wykazywały najmniejszej zmiany na lepsze.

Podobnie niepomyślny wynik leczniczy, zgodnie zresztą z przypuszczeniami, mieliśmy w leczonym terpentyną przypadku tocznia rumieniowatego, umieszczonego na nosie, policzkach i małżowinie usznej, w przypadku twardzieli nosa (*rhinoscleroma*) i w dwóch przypadkach łuszczycy.

Przechodzę do opisu dawkowania olejku terpentynowego, ilości wstrzyknięć, jakie stosowaliśmy, wreszcie rodzaju działania, jakie wstrzyknięcia te na cały ustrój i ogniska chorobowe wywierały. Częściowo mówiłem o tem już uprzednio (sposób wstrzykiwania, uboczne działanie). Obecnie podaję dalsze szczegóły leczenia. Opierając się na znanem prawie biologicznem Arndt-Schultza, że słabe podniety pobudzają czynność życiową, średnio ją wzmagają, a silnie osłabiają lub znoszą, byliśmy z dawkowaniem bardzo ostrożni. Zaczynaliśmy najczęściej od bardzo małej dawki (0.2—0.25 ccm terpilanu lub 20% olejku terpentynowego) i przekonaliśmy się, że była ona, szczególnie w przewlocznych sprawach, zupełnie wystarczająca do wywarcia działania, jakie chcieliśmy uzyskać. W sprawach ostrych lepiej zaczynać od nieco większych dawek (0.3—0.4).

U mężczyzn i kobiet stosowaliśmy te same dawki. Wstrzykiwania ponawialiśmy w odstępach dwudniowych, pozostając przy pierwotnej dawce, względnie zwiększając ją o 0.2—0.3, i dochodziliśmy najwyżej do 1 ccm. O ile objawy podmiotowe były silniejszego stopnia, robiliśmy większe odstępy między poszczególnemi wstrzyknięciami (3—5 dni). Największa ilość wstrzyknięć, jaką zastosowaliśmy u jednego chorego, wynosiła 8 wstrzykiwań (6,5 ccm 20% olejku terpentynowego). Przeciętnie stosowaliśmy 5 wstrzyknięć (3.5 ccm). Dawki te normalnie wystarczały zupełnie do usunięcia objawów chorobowych, o które nam chodziło, względnie przekonywały nas dostatecznie, że dalsze stosowanie olejku terpentynowego jest bezcelowe. Doszliśmy pozatem do przekonania, że najsilniej działają pierwsze trzy wstrzykiwania, dalsze mimo zwiększenia dawek nie wywierają już tak silnego wpływu. Stopień działania maleje z każdą następną dawką, aż wreszcie spada do zera.

Rodzaj działania wstrzyknięć śródmiąższowych olejku terpentynowego możemy podzielić na dwie główne grupy. Działanie ogólne na cały ustrój, i działanie na ogniska chorobowe.

Oba te działania uwidaczniały się równocześnie, zwykle już w pół do jednej godziny po wstrzyknięciu, i trwały około 2 dni. Z objawów ogólnego działania wymienić należy podniesienie ciepłoty, przyśpieszenie tętna, uczucie senności i znu-

żenia, trwające zwykle 6—24 godzin. Po tym przeciągu czasu ciepłota spadała do normy, znużenie ustępowało, chorzy podawali, że czują się doskonale, mieli lepszy apetyt i sen. Wogóle odczuwali już wówczas znaczną poprawę ogólnego stanu zdrowia. Prócz tych objawów występywało stale znaczne pędzenie moczu, zaczynające się w godzinę po wstrzyknięciu i trwające około 24 godzin. Mieliśmy w tych przypadkach do czynienia nie tylko z wzmożonem wydzielaniem wody, lecz także z wzmożonem wydzielaniem soli. Zawartość ich bowiem procentowa w moczu nie zmniejszała się w miarę zwiększania się ilości moczu. W pół godziny po wstrzyknięciu występowało też znaczne zwiększenie się ilości ciałek białych we krwi, dochodzące mniejwięcej w trzy godziny do podwójnej i potrójnej, czasem nawet poczwórnej ilości normalnej. Leukocytoza trwała zwykle około 36 godzin, poczem zwolna zmniejszała się i już zwykle w 48 godzin po wstrzyknięciu obraz krwi był prawidłowy. Był to jeden ze wskaźników, że wstrzyknięcie trzeba ponowić. Leukocytoza ta po 4 lub 5 wstrzyknięciach nie była już tak wybitna i z każdem następnem wstrzyknięciem zmniejszała się. Było to dowodem, takim samym zresztą, jak cały szereg innych ogólnych i miejscowych objawów zadrażnienia, że ustrój przestaje już oddziaływać na bodziec tego rodzaju, jak terpentyna, i że trzeba podawania jej zaprzestać. Poza zwiększeniem się ilości ciałek białych we krwi pod wpływem wstrzykiwań terpentynowych różnice ilościowe i procentowe poszczególnych gatunków ciałek białych nie zachodziły prawie nigdy w większym stopniu. Wahania były minimalne i to w najrozmaitszych kierunkach. Raz mieliśmy większy, niż normalnie, odsetek neutrofilów, drugi raz limfocytów lub ciał przejściowych itd. Na związek jakikolwiek z wynikami leczniczemi nie wskazują te drobne wahania zupełnie. Przekonaliśmy się tylko, że zwiększenie się ilości eozynochłonnych występuje zwykle w sprawach, w których wstrzykiwanie terpentyny nie wywiera korzystnego wpływu, (podobne spostrzeżenia poczynił Kleeblatt [43]) przy wstrzykiwaniach śródmiąższowych mleka). Niektórzy autorowie np. E. F. Müller [46] uważają leukocytozę wywołaną przez wstrzyknięcie olejku terpentynowego za jedyny czynnik skutecznie działający. Ten właśnie czynnik ma tu jedynie, według niego, wywierać działanie niszczące na bakterje czy grzybki. Między stopniem odczynu miejscowego, a ilością ciałek białych ma istnieć, według Müllera, pewien stały stosunek. Im silniejszy odczyn miejscowy, tem więcej leukocytów we krwi, i, co za tem idzie, lepszy wynik leczniczy.

W znacznej ilości przypadków spotykaliśmy zwiększenie się, nieraz bardzo wybitne, liczby płytek Bizzozera i pewne nieznaczne zresztą zwiększenie ilości ciałek czerwonych. Wedle dotychczas uznanych badań Wrighta, miejscem powstawania płytek Bizzozera są w życiu pozapłodowem megakarjocyty szpiku kostnego. Histogeneza ich ma miejsce niezależnie od ciałek krwi czerwonych i białych i stoi w związku ze śródbłonkiem czerwonego szpiku. Świadczyłoby to również, jak zresztą cały szereg niesłychanie złożonych, innych procesów następowych, że działanie drażniące terpentyny obejmuje bardzo szeroki zakres.

Równocześnie z działaniem ogólnem ujawnia się działanie wstrzyknięć olejku terpentynowego przez szybkie wystąpienie odczynu ogniskowego w schorzałych narządach. Stan zapalny miejscowy nieco się wzmaga. Występuje zwiększona bolesność, niejednokrotnie obrzęk i zaczerwienienie narządu już uprzednio chorobowo zmienionego. Jeżeli działamy terpentyną na sprawy skórne, występuje tam uczucie większego napięcia i niejednokrotnie zwiększone swędzenie. Wszystko to są objawy rychło przemijające, ustępujące już zwykle po 2 do 5 godzinach, a więc znacznie szybciej, niż objawy ogólne, o których wyżej była mowa. Występuje wówczas druga faza działania; znaczne polepszenie sprawy chorobowej, ustępowanie bolesności, cofanie się spraw zapalnych, wybitne zmniejszenie się obrzęków (najądrza, stawy), ustąpienie sączenia, cofanie się nacieków, przypłaszczanie się i przysychanie spraw ropnych, czy surowiczych, toczących się na skórze i błonach ślnzowych. Wogóle procesy reparacyjne w każdym kierunku.

Analizując te wszystkie zjawiska miejscowe i łącząc je ze zmianami ogólnemi, ze zwiększeniem się apetytu, z pewną euforją, z lepszem samopoczuciem chorych, z powiększeniem ilości ciałek białych, czerwonych i płytek Bizzozera i z całym szeregiem innych zjawisk, o których wyżej była mowa, dochodzimy do przekonania, że zakres działania wstrzykniętej terpentyny jest bardzo szeroki i złożony. Nie można sobie tego żadną miarą tłómaczyć tak prosto, jak robi to F. Rosenthal [48] w jednym z ostatnich numerów Klin-Wochenschrift. Uważa on terpentynę za środek balsamiczny, wydzielający się w drogach moczowych, działający podobnie jak gonosan, czy inne podobne przetwory wprost miejscowo, a mający nad niemi tę jedynie wyższość, że nie podaje się go drogą przewodu pokarmowego. Nie będzie więc tu nigdy tych tak częstych niedyspozycyj żołądkowych, jakie niekiedy widzimy przy zwykłem podawaniu środków balsamicznych.

Mechanizm działania terpentyny po wprowadzeniu jej parenteralnie do ustroju jest nieznany, ale w każdym razie nie tak prosty, jak chce Rosenthal. Wiemy napewno to tylko, że w skutkach swoich jest niesłychanie zbliżony, o ile nie taki sam, jak działanie pozajelitowo wprowadzonego białka. Uzasadnione więc będzie przypuszczenie, że działa tutaj nie sama tylko terpentyna, krążąc niezmieniona po ustroju i działając nań drażniąco. Najprawdopodobniej działają tu bezpośrednio ciała inne, wytworzone w ustroju, a tylko zawdzięczające swoje powstanie wstrzyknięciu olejku terpentynowego. W miejscu wstrzyknięcia następuje zniszczenie tkanki, lub też jej pewne przeistoczenie się, spowodowane przez miejscowe chemiczne działanie terpentyny. W miejscu tkanki żywej, poprzednio istniejącej, powstają inne ciała, czy to obumarłe komórki, czy też produkty chemicznego związania się ciał białkowych z terpentyną, w każdym razie ciała białkowe dla organizmu obce. One to, rozprowadzone po ustroju, wywołują te niesłychanie złożone procesy, o jakich była mowa.

O ile przyjęlibyśmy teorję Weichhardta, [47—56], który twierdzi, że i pozajelitowo doprowadzone białko nie działa bezpośrednio na ustrój, lecz, że czynią to ciała powstałe już w ustroju z jego własnych tkanek, a białka mają tylko wywoływać tworzenie się ich w chorym ustroju, sprowadzilibyśmy wyniki działania terpentyny do tego samego mianownika, tylko ogniwa bezpośrednie byłyby inne.

Co do sposobu działania ciał w ten sposób wytworzonych na ustrój i ogniska chorobowe, to również najwięcej przemawia do przekonania teorja Weichhardta, przyjęta dzisiaj przez większą część autorów zajmujących się działaniem ciał białkowych i ciał drażniących ustrój (Starkenstein [57]), Schittenhelm [58, 59]), Luithlen [60]), R. Schmiedt [52, 62]), Kaznelson [63]) i inni). Według ich twierdzenia ciała powstałe z rozkładu białka ustrojowego, mające charakter jadów, otrzymane zresztą doświadczalnie przez Weichhardta z surowicy, białka mięsnego, deuteroalbumozy, peptonu itd., są aktywatorami pierwoszcza komórek i to wszystkich komórek w ustroju. Powstaje w ten sposób wzmożenie żywotności, a przez to zwiększenie wydajności pracy komórek całego ustroju. Walka ustroju z czynnikami chorobotwórczemi wchodzi wówczas w nowy okres, bardziej czynny. Siły ochronne ustroju, tak ogólne, jak i miejscowe, wzmagają się. Przy utrzymującej się w tym samym stopniu, co poprzednio, żywotności bakteryj i siły ich działania, następuje znaczne przesunięcie sił biorących udział w walce na korzyść ustroju. Przychodzi wówczas, albo do pełnego zniszczenia czynników chorobotwórczych przez czynniki ochronne ustroju, albo do tak znacznego ich osłabienia, że środkami leczniczemi miejscowemi szybko doprowadzamy do zupełnego wyleczenia. W pierwszym przypadku stosowanie śródmiąższowe terpentyny, czy też ciał białkowych, wyleczy sprawę chorobową, w drugim zadziała jako znakomity środek leczniczy pomocniczy. Spostrzeżenia kliniczne wykazują, że częściej zachodzi ta druga ewentualność.

Objawy dwuokresowości odczynów, występujące po pozajelitowem doprowadzeniu do ustroju ciał drażniących, tłómaczy Freund [64] na podstawie prac doświadczalnych, wykonanych w instytucie farmakologicznym w Heildelbergu.

Wykazał on mianowicie, że we krwi po jej skrzepnięciu tworzą się wskutek rozpadu płytek krwi farmakologicznie czynne ciała dwojakiego rodzaju. Są to »jady wczesne« bardzo niestałe i »jady późne« bardziej stałe, powoli uzyskujące maximum swego działania. Ciała te, jak to późniejsze doświadczenie Freunda ([60]) wykazały, powstają także przy rozpadzie rozmaitych innych ciał białkowych ustroju.

Oprócz teorji Weichhardta, tłomaczącej nam istotę działania ciał białkowych wprowadzonych pozatrzewiowo do ustroju, uczynnieniem pierwoszczy, teorji, będącej zresztą niczem innem, jak tylko rozwinięciem dawnych poglądów Virchowa o »bodźcach«, mamy w piśmiennictwie cały szereg innych tłomaczeń. Tak np. Bier ([66]) widzi główny czynnik proteinoterapji w podniesionej ciepłocie i odczynie zapalnym wywołanym w ognisku chorobowem, a więc w tzw. przez niego »leczącej gorączce« i »leczącem zapaleniu«. Widal (67) i jego szkoła twierdzą, że pod wpływem podskórnych lub dożylnych wstrzykiwań obcogatunkowego białka powstaje nagłe zaburzenie równowagi koloidów soków danego ustroju. Wywołane w ten sposób celowo przywracanie, względnie niszczenie równowagi koloidów ustroju ma tu wywierać działanie lecznicze. Dokładniejszego streszczenia wyżej podanych teoryj, mniej lub więcej odmiennych, nie podaję, ponieważ zostały one bardzo źródłowo i dokładnie zebrane i ogłoszone w pracach Nowaczyńskiego ([68]) i Tempki, które niedawno pojawiły się w Polskiem Czasopiśmie lekarskiem.

Wobec podobnego działania pozajelitowo wprowadzonego do ustroju olejku terpentynowego, ciał białkowych i całego szeregu innych ciał, należących do grupy środków drażniących ustrój, rozchodziłoby się głównie o to, czy więcej aktywatorów pierwoszcza, o których wyżej była mowa, wywołuje w ustroju terpentyna, czy inne ciało, a więc gdzie działanie będzie silniejsze i pewniejsze. W pierwszym czy innym przypadku? Praktyczność w stosowaniu, rodzaj i stopień ubocznego działania odgrywają tutaj także bardzo ważną rolę. Który z tych środków będzie najlepszym, rozstrzygnie ostatecznie porównanie. W przypadkach leczonych w naszej klinice wypadło ono niewątpliwie na korzyść terpentyny.

Piśmiennictwo.

1) T. Tempka. Polskie Czas. Lek. 1921, Nr. 6 i 7. 2) Klingmüller. D. m. W. 1917 Nr. 41. 3) Fochier. Lyon méd. 1891 Nr. 34. 4) Progrès méd. 1892. Nr. 19. 5) Sahli. Kon. Blatt Schweiz. 1919 Nr. 1. 6) Hodel. Kor. Bl. Schweiz. 1919 Nr. 10. 7) Bauer. Diss. Bern. 1898. 8) Winternitz. Arch. f. exp. Pathol. u. Pharm. 1895 tom 35. 9) Bauer. Virch. Arch. 1899 t. 156. 10) Klingmüller. M. m. W. 1918 Nr. 33. 11) Karo W. Ther. d. Geg. 1918 Nr. 4. 12) Karo W. D. m. W. 1919 Nr. 10. 13) Karo W. Med. kl. 1919 Nr. 13. 14) Karo W. Ther. d. Geg. 1921 Nr. 4. 15) Karo W. Med. kl. 1919 Nr. 29. 16) Meyer F. M. B. kl. W. 1918 Nr. 37. 17) Appel. Hamburg. Aerzte Korrespondenz 1919 Nr. 8. 18) Bröiemann. M. m. W. 1918 Nr. 25. 19) Sellei. D. m. W. 1918 Nr. 37. 20) Sellei. Derm. W. Nr. 12. 21) Grabisch. Derm. W. 1918 Nr. 37. 22) Fischl. W. kl. W. 1919 Nr. 37. 23) Holzhäuser i Werner. D. m. W. 1918 Nr. 45. 24) Müller F. V. M. u. W. 1918 Nr. 26. 25) Löwenfeld. W. kl. W. 1919. Nr. 19. 26) Becher. Derm. Woch. 1920 Nr. 28 i 29. 27) Michael. Ther. d. Gegenw. 1919. Nr. 10. 28) Brenning i Hautsch. Derm. Zentratblatt 920. 29) Schedler. M. u. W. 1918 Nr. 51. 30) C. A. Hoffman. Derm. W. 1919. 31) Pürckhauer. D. m. W. 1919 Nr. 3. 32) Lilienstein. Zbl. f. Ginek. 1919 Nr. 24. 33) Schmidt W. B. kl. W. 1919 Nr. 3. 34) Ruete. Derm. Zeitsch. 1919 Nr. 1. 35) Zoeppritz. Zbl. f. Gyn. 1919 Nr. 16. 36) Bauereisen. M. m. W. 1919 Nr. 47. 37) Wederhakes. Zbl. f. Gyn. 1917 Nr. 34. 38) Heliendal. Zentralblatt f. Gynekologie 1920 Nr. 28. 39) Schubert. Zblt. f. G. 1919 Nr. 24. 40) Pacon M. de Derm. et Syph. 1921 Nr. 6. 41) Pöhlman. M. kl. 1919 Nr. 6. 42) Guszman. Derm. Woch. Nr. 45. 1921. 43) Kleeblatt Therapie d. Gegenwart 1921. 44) Dyboski. Ref. z Kongr. dermatol. Warszawa 1922. 45) Rosenthal. Klin. Wochensch. 1922. 46) Müller. E. F. Med. kl. 1918 Nr. 18 i 28. 47) Weichhardt W. M. m. W. 1922 Nr. 4. 48—53) Weichardt. M. m. W. 1921 Nr. 2 i 12; 1920 Nr. 4 i 38, 1919 Nr. 11, 1918 Nr. 22, 1915 Nr. 45. 54—56) Weichhardt. B. kl. W. 1921 Nr. 31, 1907 Nr. 28. Erg. d. Hyg. 5, str. 275. 57) Starkenstein. M. m. W. 1919 Nr. 8. 58) Schittenhelm. M. m. W. 1919 Nr. 8. Nr. 49. 59) Schittenhelm. M. m. W. 1921 str. 1476. 60) Luithlen. M. m. W. 1919 Nr. 16. 61) Schmidt R. M. kl. 1916 Nr. 7. 62) Schmidt R. M. kl. 1920 Nr. 27. 63) Schmidt R. i Kaznelson. Ztsch. f. kl. Med. B. 83, zesz. 1 i 2. 64) Freund. H. archiw. f. exp. Path. u. Pharm. 1921 tom 91. zeszyt 3—5. 65) Freund N. i Dresel. Arch. f. exp. Path. u. Pharm. 1921, tom 91, zesz. 6. 66) Bier A. Ther. d. Gegenw. 1921 Nr. 3, i 4. 67) Widal, Abrami, Brissaud. Presse médical 1921 Nr. 19. 68) Nowaczyński. Polskie Czasopismo lekarskie 1921, Nr. 2—5.

Z praktyki.

A. CHEŁMOŃSKI. Warszawa.

Ból lewego boku, jako objaw histerji.

Jak wiadomo, ból sam przez się jest objawem rozpoznawczym niepewnym *).

Mimoto jednak musimy często korzystać z tego objawu, gdyż często jest to objaw jedyny, na zasadzie którego stawiamy rozpoznanie. Odnosi się to zwłaszcza do histerji. Tu, jak wiadomo, mamy do czynienia z różnorodnemi bólami, jak: bóle głowy, bóle w przebiegu nerwów czaszkowych, nerwów rdzeniowych (trójdzielny, kulszowy, ogonowy), bóle histeryczne w stawie biodrowym, w okolicy serca, żołądka, kiszek i in. Do takich też bólów pochodzenia histerycznego należy lewostronny ból klatki piersiowej. Ból ten odczuwa chory w lewym boku, w okolicy mniej więcej linji pachowej średniej.

Umiejscowienia tego bólu nigdy nie można dokładnie oznaczyć, trzyma się on jednak zawsze wspomnianej okolicy. Ból ten nie wzmaga się przy ucisku, nie jest stały, lecz uporczywy, niezbyt silnego natężenia.

Najważniejszą cechą tego bólu jest zmniejszanie się lub nawet zupełne ustępowanie pod wpływem suggestji; im więcej zwraca się uwagę na ten objaw, zwłaszcza jeżeli przyjmować go za objaw sprawy płucnej, tem ból staje się więcej dokuczliwy i uporczywy.

Praktyczna doniosłość omawianego objawu sprowadza się do właściwego rozpoznania: mylne rozpoznanie suggestjonuje chorego w mylnym kierunku i całe leczenie sprowadza na fałszywą drogę.

Oceny i sprawozdania.

Orłowski Stanisław. Cierpienia układu nerwowego. Podręcznik dla lekarzy-praktyków i dla studentów. Wydanie drugie uzupełnione i znacznie rozszerzone. Warszawa 1922. Nakładem Gebethnera i Wolffa oraz Gubrynowicza i Syna.

Cierpienia nerwów obwodowych (57 rysunków w tekście), stron 267.

Cierpienia rdzenia kręgowego (130 rysunków w tekście), stron 332.

Drugie wydanie znanego i cenionego podręcznika, do niedawna niemal jedynego podręcznika lekarskiego w polskim języku, zjawia się w okazałej postaci, rozszerzone do rozmiarów księgi o 600 stronach dzięki celowym uzupełnieniom, które stawiają dzieło autora na wyżynie obecnego stanu neurologji. Piśmiennictwo lekarskie polskie pozyskało w tem nowem wydaniu dzieła docenta Orłowskiego podręcznik, stojący na równi z wieloma podręcznikami francuskiemi i niemieckiemi. Składa się na to potoczystość słowa, niezaprzeczony talent dydaktyczny autora, umiejętny rozkład materjału, wreszcie mnogość rycin. Szczególne znaczenie dla naszej rodzimej neurologji przedstawia bardzo dokładnie zebrane piśmiennictwo polskie z zakresu cierpień nerwów obwodowych i rdzenia, zamieszczone na końcu każdego większego rozdziału. Jest to dotychczas jedyne zwięzłe źródło bibliograficzne, z którego przyszli badacze czerpać będą mogli bez trudu wskazówki literackie. Spis ten, wykazujący pokaźny dorobek nasz naukowy na niwie neurologicznej, może natchnąć zaufaniem do uzdolnienia naukowego naszych lekarzy, którzy sporej pracy dokonali ongiś w nieskończenie gorszych warunkach od obecnych.

Lekarze przyjmą z wdzięcznością podręcznik Orłowskiego, bo zawiera wiadomości neurologiczne wprost z ostatniej doby ze szczególnem uwzględnieniem zdobyczy z czasów wojny, więc doświadczeń na polu cierpień urazowych. Lekarze-praktycy znajdą w książce Orłowskiego wszystko, czego pragną. Z zakresu terapji, wspominam tylko mimochodem o doskonale opracowanym dziale leczenia nerwobolu trój-

---

*) A. Chełmoński. Kilka słów o swoistości bólu w przebiegu chorób narządów wewnętrznych. Gaz. Lek. 1920 Nr. 18.

dzielnego. Najwięcej jednak będą autorowi wdzięczni studenci, którzy, o ile nie władają obcemi językami, nie mieli dotąd możności poza wykładami i ćwiczeniami klinicznemi zapoznawać się z neurologją w polskiem brzmieniu, w braku nawet odpowiednich skryptów. W książce zaś Orłowskiego znajdą obok strony klinicznej dostateczne wskazówki z zakresu anatomji, fizjologji i ogólnej patologji nerwowej.

Zapotrzebowanie podręcznika neurologicznego jest tak wielkie, że niewątpliwie będzie autor zmuszony przystąpić rychło do przygotowania nowego wydania.

Sprawozdawcy wydaje się, że wartość dydaktyczna dzieła zyskałaby jeszcze, gdyby w tem przyszłem wydaniu mogły być przeprowadzone pewne zmiany. Chodziłoby o szersze uwzględnienie potrzeb tych, którzy stawiają pierwsze kroki w neurologji. Pewne rzeczy muszą być zebrane razem i przedstawione jasno, jako prawidła. Jako przykład podaję brak np. krótkiej charakterystyki z odpowiedniem wyjaśnieniem znamion porażenia neuronu obwodowego i cech, wyróżniających je od porażeń kurczowych. Czytelnik dowiaduje się, że charakter porażenia w zapaleniu nerwu jest wybitnie obwodowy, że jest ono wiotkie, zanikowe i bezodrnchowe (str. 36); krótkie wyjaśnienie, dlaczego wiotkie i zanikowe, znajdujemy dopiero na str. 59 w drugiej części podręcznika, tu znowu nie ma wzmianki o tem, co dla początkującego nie jest zgoła samo przez się zrozumiałe, że z tym stanem wiąże się brak (lub osłabienie) odruchów ścięgnowo-okostnowych. Także na korzyść podręcznikowej wartości dzieła wyszłoby zebranie razem t. zw. objawów organicznych, tj. tych, które wyróżniają cierpienia organiczne od funkcjonalnych. To uprościłoby znacznie nieuniknione zresztą rozważania rozpoznawczo-różniczkowe z histerją. Autora wprawdzie tłómaczy to, że nerwicami w swym podręczniku się nie zajmuje, jednak dzieło stanowi zamkniętą całość i uczącemu nie ułatwiają sytuacji powiedzenia takie, jak: „histerję wyłączyć względnie łatwo“ (str. 203). Jeśli gdzieindziej przytacza autor wśród cech rozpoznawczych, miarodajnych dla histerji, znamiona, to gotów się spotkać z odmiennem zdaniem u ogółu neurologów, że znamiona wogóle nie odgrywają prawie żadnej roli w rozpoznawaniu histerji.

W opisie stwardnienia wieloogniskowego rażą referenta następujące braki: nie ma omówionej histopatologji ognisk, którą właśnie polscy autorowie się zajmowali (Flatau i Koelichen), w klinicznej i djagnostycznej części nie spotyka się podkreślenia, jak ważnym objawem jest brak odruchów brzusznych, niema zupełnie wzmianki w rozpoznawaniu różniczkowem, jak ważnym objawem są ubytki środkowe w polu widzenia. Tamże wspomina autor, jako o nerwicy, o pseudosklerozie, którą obecnie już chyba trudno zaliczać do nerwic, a którą dostatecznie wyróżniają jeszcze inne objawy: z grupy pozapiramidowej, pierścień okołorogówkowy, wreszcie czasem marskość wątroby, dająca się klinicznie wykazać.

Z innych usterek możnaby zarzucić podręcznikowi, że nie omawia utartym zwyczajem odrębnie zespołu Brown-Sequarda, że przebieg dróg czucia przedstawia niejasno i nie indywidualnie, że pomija połączenia rdzenia z móżdżkiem w części fizjologicznej. W części klinicznej pominięto znaczenie rozszczepienia białkowo-cytologicznego w rozpoznaniu spraw uciskowych, w odpowiednim rozdziale, a nawet w piśmiennictwie przeoczono prace Lewkowicza, które zasługiwały na szerokie uwzględnienie; w opisie różnych postaci kurczów mięśniowych niema wzmianki o aktualnem obecnie źródle przypuszczalnego pozapiramidowego pochodzenia; w rozdziale, omawiającym porażenie n. twarzowego, niema wzmianki o postaci herpetycznej (Ramsay-Hunta). Kauzalgje zasługiwały może na obszerniejsze omówienie. Zamieszczenie teorji Kronthala, wywodzącej komórki nerwowe z białych ciałek krwi, można było chyba całkiem pominąć, tem więcej, że autor najkrytyczniej się do niej odnosi. W rozdziale o zwyrodnieniach komórek nerwowych wymienia autor tę postać, wktórej pojawia się w ogromnej ilości barwik nietłuszczowy — melanina. Autor ma chyba na myśli obrazy, występujące w chorobie Tay-Sachsa, w nich jednak melanina nie bierze udziału. Tak samo nie może referent zgodzić się na sposób ujęcia wzmianki o karjokinezach komórek nerwowych w tym samym rozdziale. Na stronie 65 wspomina autor o segmentalnem rozmieszczeniu zaburzeń czucia przy lokalizacji w szarej substancji, jako o rzeczy pewnej; tymczasem kwestja jest zupełnie hipotetyczna. W omawianiu rzekomego wiądu obwodowego nie jeden radby znaleźć próbę wytłómaczenia tego zespołu. W obszernym rozdziale o leczeniu urazów nerwów nie znajduje czytelnik konkretnej rady, jaką ma drogę wybrać przy zeszywaniu nerwów w razie rozsunięcia kikutów — a przecież czasem jednak trzeba szyć. Tu poprzestaje autor na przytoczenin zaleconych sposobów, z których wiele już do literatury należy, nie zaznaczając, że niektóre z nich wprost się okazały szkodliwemi, np. sposób wypełniania rozstępów rurkami żelatynowemi.

W rozdziale o porażeniach wyskokowych wyraża się autor między innemi, »że inne sposoby zatrucia wyskokiem zdarzają się wyjątkowo rzadko: czasem w tym kierunku działają środki lecznicze podniecające, stosowane długo i w dużych dawkach«. Przy omawianiu leczenia zapalenia wielonerwowego znajdujemy tego rodzaju nawiązanie do tego ustępu: »Od lekarzy wreszcie zależy, aby wyginęła zupełnie ta szczupła liczebnie, ale wielce kompromitująca rubryka zapaleń wielonerwowych leczniczych — wynik nadmiernego lub nieumiejętnego stosowania rozmaitych środków«. Referent nie wie naprawdę, jakie środki autor ma na myśli i nie rozumie, czemu ich wprost nie wymienił. Na str. 71 (fizjologja i patologja rdzenia) autor wyraża się dość zagadkowo »wobec często spotykanego braku odruchów skórnych u osobników zdrowych zupełnie — zmiany tylko bardzo wybitne mogą mieć znaczenie kliniczne«. Następujący ustęp gmatwa razem odruchy skórne i odruchy obronne, zresztą nigdzie dokładniej nie omówione, w sposób niezrozumiały nawet dla tego, który domyśla się o co autorowi chodzi.

Sprawozdawca ma wątpliwości, czy stan zapalny w rogach przednich w poliomyelitis można nazywać rozmiękczeniem zapalnem, ma również wątpliwości co do tego, czy rycina 117 jest odpowiednią ilustracją.

Na tem podpisany zamyka omówienie miejsc podręcznika, nastręczających możność dyskusji i zaczepienia, nie sądzi jednak, żeby jego krytyka stanowiła o istotnych szczerbach w wartości dzieła Orłowskiego, jest jednak zdania, że pewne sprostowania i zmiana redakcji niektórych zaczepionych ustępów wyszłyby na korzyść przejrzystości dzieła, uwypukliłyby jego prawdziwe walory, wyszłyby na korzyść uczących się, o co w pierwszym rzędzie chodzi, i autorowi i referentowi. Nie zaszkodziłoby też pominięcie kilku nieinstruktywnych rycin, dodanie objaśnień do wielu, zastąpienia schematu czucia korzonkowego Thornburne'a innym, bardziej nowoczesnym.

Zrozumiałe jest, że krytykować łatwiej, niż tworzyć, należy też uznać z pełnym szacunkiem, że ma się przed sobą prawdziwe dzieło pracy, wynikłe z rzetelnego trudu, owiane dobremi chęciami, dzieło pożyteczne, stworzone dla wielkiego celu przysporzenia naszemu piśmiennictwu dorobku podręcznikowego. *K. Orzechowski.*

Przegląd piśmiennictwa.

Patologja i anatomja patologiczna.

Journal de Physiologie et de Pathologie générale.

T. 9. N. 1. 1922.

Ch. Richet (syn). **Badania doświadczalne nad wpływem gorąca i naświetlania słonecznego. Leczenie; hemoklazja z gorąca; przyzwyczajenie czy odporność.** Autor poddawał myszy, szczury i króliki wpływom gorąca w postaci naświetlania słonecznego, ogrzewania w cieplarce i na płycie metalowej. Badając odporność zwierząt przeciw stosowanemu gorącu, dochodzi Richet do wniosku, że: 1) Pomiędzy naświetlaniem słonecznem (insolacją) i t. zw. ciepłem ciemnem niema różnicy — tylko promienie cieplne mają znaczenie w powstawaniu uszkodzeń, sprowadzających śmierć. 2) Wpływ wieku ma wielkie znaczenie; myszy bardzo młode, a zwłaszcza bezpośrednio po urodzeniu, są bardzo wrażliwe na słoneczne go-

rąco; myszy dorastające natomiast są odporniejsze, aniżeli dorosłe. 3) Ciężar ciała nie stoi w prostym stosunku z siłą odporności; myszy i szczury najcięższe ginęły w doświadczeniach Richeta najszybciej. Prócz tego jednak czynnik indywidualny ma wielkie znaczenie. 4) Głodzenie zmniejsza znacznie siłę odporną. 5) Skrwawienie zmniejsza ją bardzo wybitnie.

Celem zapobieżenia następstwom insolacji stosują naogół środki fizyczne. Ze środków lekarskich użytych przez Richeta adrenalina, eter, morfina, kola, nie odnosiły pożądanego skutku. Bezskutecznym okazał się też alkohol. Jedynie kamfora i kofeina zwiększają, jako środki kardio i neurotoniczne, odporność przeciw zmęczeniu i gorącu prawdopodobnie drogą wpływu na mechanizm oddechowy.

Pod wpływem działania gorąca powstają w organiźmie zwierzęcym (króliki) objawy t. zw. hemoklazji na wzór hemoklazji z zimna, opisanej przez Widala wspólnie z Abrami'm i Brissaud. Richet obserwuje pod wpływem gorąca zmiany w krzepliwości krwi, jej wyglądzie zewnętrznym, zachowaniu się ilości białych ciałek krwi (leukopenia), wreszcie zmiany w ciśnieniu krwi — rozszerzenie naczyń krwionośnych i spadek ciśnienia.

Przyzwyczajenie do gorąca nie zjawia się, gdy ogrzewanie przygotowujące trwa krótko; nie ma przyzwyczajenia, gdy różnica czasu między ogrzewaniem przygotowującem a następnem jest niższa, niż dni 16. Gdy jednak ogrzewanie pierwsze trwa dość długo i zostało wykonane dawniej, niż w 20 dni przed następnem, wówczas w tych warunkach przyzwyczajenie występuje (prawie podwójna wytrzymałość).

Z powyższego wynika, że zjawienie się wzmożonej wytrzymałości na gorąco wymaga czasu wylęgania. Mechanizm hemoklazji z gorąca, czyli kolloidoklazji, zbliżą się do mechanizmu tych wszystkich stanów anafilaktycznych, które opisywano u ludzi pod różnemi postaciami klinicznemi. Hemoklazja z gorąca ma tworzyć nową klasę zjawisk i objawów zaliczającą się do tej wspólnej grupy, o ile wnosić można z podobnych objawów. *Koskowski* (Lwów).

Gruźlica.

Tubercle. Styczeń, luty, marzec, kwiecień. 1922.

A. Distaso i A. Carveth Johnson. **Badania epidemjologiczne nad gruźlicą ludzi.** Dla stwierdzenia, w jaki sposób rozpowszechnia się gruźlica, przy jakich warunkach staje się niebezpieczną, jak i gdzie rozwija się zakażenie lub odporność, i wreszcie, w jakiej ilości przypadków gruźlica dorosłych jest następstwem zakażenia w dzieciństwie, autorzy podjęli pracę zbadania na gruźlicę całej ludności małej wioski w Walji, położonej na uboczu w dolinie między górami. Wszystkich mieszkańców, należących do 31 rodzin, w liczbie 117 poddano badaniu na odczyn Pirqueta; krowy również zostały pirquetyzowane. Plujących plwociną badano i wstrzykiwano ją morskim świnkom. Laseczniki typu ludzkiego odróżniano od typu bydlęcego przez przeszczepianie na króliki z tym wynikiem, że ani razu typu bydlęcego nie stwierdzono. Autorzy wiążą to ostatnie ze spostrzeżeniem urzędnika zdrowia publicznego, który też nie zanotował we wsi ani jednego przypadku tocznia, gruźlicy kości, lub innej pozaopłucnej postaci gruźlicy. Na zasadzie odczynu Pirqueta podzielono ludność na: 1) rodziny, których członkowie wszyscy wykazywali odczyn dodatni, 2) rodziny z odczynem dodatnim i ujemnym i 3) rodziny z powszechnym odczynem ujemnym. Autorom udało się wykazać, że źródłem zarazy we wsi były dwie zamożne rodziny (jedna — właściciele oberży), u których mieszkańcy często bywali. Stwierdzono następnie, że choroba udzielała się nie wszystkim członkom rodziny, jeżeli ktoś z rodzeństwa cierpiał na otwartą gruźlicę. Zakażenie gruźlicą nosi cechy zakażenia domowego, ponieważ osoby znajdujące się w stałem zetknięciu z chorym wykazują również czynną sprawę chorobową. Obcowanie z chorymi przez czas krótszy spowodowało dodatni odczyn Pirqueta bez fizykalnych objawów ze strony płuc.

Leon Bernard i G. Poise (Paryż). **Organizacja przeciwgruźlicza we Francji.**

H. Ulrici. **Zewnątrzopłucnowe oddzielanie płuca.** *(Pneumolysis extrapleuralis).* Po raz pierwszy stosował tę metodę Tuffier w roku 1910, chcąc wywołać zapadnięcie się górnego płata. Zamierzał on tą drogę wywołać odmę, przeszedł jednak wkrótce do stosowania tłuszczu lub parafiny zamiast gazu. Postęp tej metody polega na całkowitem oddzieleniu płuca od klatki piersiowej. Autor wykonał tego rodzaju operację w szeregu przypadków jednostronnej ciężkiej gruźlicy płuc z zupełnem zrośnięciem powierzchni opłucnych. Chorzy znosili zabieg bardzo dobrze, aczkolwiek wymagał on prawie godzinnego znieczulenia. U kilku chorych rana dobrze się zagoiła i odma dłuższy czas była utrzymana przez wstrzykiwanie powietrza. Ale właśnie w tych przypadkach, kiedy udało się zupełnie oddzielić dolny płat płuca od przepony, autor spotkał się z powikłaniem, które częściowo niweczyło rezultaty zabiegu. Mianowicie, z powodu wymiotów pooperacyjnych i kaszlu następowało zbliżenie dolnego płatu płuca do przeciętego żebra i ponowne zrośnięcie z opłucną. W rezultacie pozostawała tylko częściowa odma górnego płatu. Oddzielanie płuca przedstawia bardzo zachęcającą operację, gdyż chroni chorego od zniekształcenia związanego z plastyką. Posiada jednakże dwie niegodności: płuco oddzielone od klatki piersiowej może się znów rozszerzyć i zrosnąć; powtóre, pole operacyjne łatwo ulega zakażeniu.

H. Morriston Davies. **Gruźlica płuc i zastoina jelit.** Chorzy na suchoty często miewają okresy podniesionej ciepłoty z bólami gośćcowemi, a jednak nie udaje się stwierdzić pogorszenia sprawy w płucach. Niekiedy wpuszczanie powietrza przy odmie sztucznej wywołuje u chorego stan gorączkowy, aczkolwiek poprzednio chory zawsze dobrze znosił odmę bez wzniesienia ciepłoty. Przy badaniu podobnych przypadków autor stwierdził w moczu tych chorych obecność substancji sulfo-eterowych, pochodnych aminokwasów, w postaci indykanu, skatoksylu, indolu, tyrozyny względnie tyraminy, acetonu. Obecność tych substancyj ma wskazywać na zastój w jelitach, zajęcie dolnych odcinków jelita krętego przez bakterje zwykle spotykane dopiero w jelicie grubem. Wywołuje to rozkład zawartości jelit i wytwarzanie wyliczonych substancyj toksycznych. Zastosowanie oleju rycynowego, kalomelu, a w pewnych przypadkach kaoliny znosi objawy. W przypadkach nawrotów gruźlicy płuc, stwierdzonej klinicznie i radjologicznie, obecność dużej ilości sulfo-eterów pogarsza rokowanie. Autor radzi przy obecności w moczu acetonu podawać natr. bicarbon. i natr. citricum, przy zwiększonej ilości pochodnych białka stosować olej rycynowy albo kalomel, a następnie duże dawki glinki białej i olejku miętowego, lub parafinę, agar, salol. Brak wymienionych składników w moczu wskazuje, że wzniesienie ciepłoty zależy od nasilenia choroby płucnej. Należy podawać olej rycynowy przed każdą sztuczną odmą. Leczenie gruźlicy płuc wymaga zwracania uwagi na stan żołądka i jelit.

C. Riviere. **Krwioplucie i leczenie tegoż.** W 9,2% wszystkich przypadków suchot początkowych występuje krwioplucie i jest dwa razy częstsze u mężczyzn, niż u kobiet. Wśród nich 57,9% chorych krwawi w pierwszym okresie kilkakrotnie. Przy omawianiu środków hemostatycznych autor zaznacza, że calcium chloratum, stosowane dożylnie, może mieć złe następstwa, natomiast podawane domięśniowo nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa. Pewniejsze jest jednak, zdaniem autora, stosować 5 - 10% roztwór soli kuchennej dożylnie w ilości 4—5 ccm. Działanie występuje po 5—7 minutach i trwa godzinę. Z innych leków poleca pituitrynę, dożylnie, 1 ccm w 10 ccm roztworu soli fizjologicznej. Wstrzykiwanie powinno trwać 5 minut. Po kilku dniach dawka może być powtórzona. Według Wiggers'a pituitryna ma wywoływać spadek ciśnienia w krążeniu płucnem bez innego ubocznego działania. Ze środków mechanicznych autor poleca przewiązywanie kończyn aż do wytworzenia zastoiny. W ten sposób ma być zwiększony dopływ trombokinazy z tkanek.

F. Stanley Sinker. **Gruźlica w wieku dziecięcym.** Gruźlica u dzieci ujawnia się głównie, jako choroba gruczołów. Powiększenie gruczołów zależy albo od gruźlicy, albo od chorób nosa i gardzieli nie gruźliczych. Prawie w każ-

dym przypadku niedrożności nosa spotykamy stępienie nad jednym szczytem płucnym, częściej prawym, upośledzoną wentylację górnej części prawego górnego płata, zmniejszenie pola Krőniga i nieznaczne wgłębienie nad i pod obojczykiem. Ważnym objawem gruźlicy dziecka jest zmiana ustawienia łopatki po stronie chorej. Objaw ten posiada tę samą wartość rozpoznawczą, co u dorosłych napięcie mięśniowe lub zanik mięśni nad dotkniętym chorobą szczytem i opadnięcie barku. Zmiany w ustawieniu łopatki występują kolejno w ten sposób: Zdrowy gruczoł przechodzi stan zapalny. Podrażnienie odpowiedniego nerwu powodnje skurcz mięśniowy i uniesienie łopatki. Po dłuższym czasie następuje wyczerpanie mięśnia i opuszczenie łopatki, a następnie ujawnia się zanik mięśniowy. Łopatka nie może już w tym okresie nigdy powrócić do normalnego położenia, nawet, jeżeli nastąpi zupełne wyleczenie. Zupełny spokój kilkutygodniowy w pierwszym okresie zmian może zapobiedz późniejszemu zniekształceniu.

Peter M. Holst. **Badania nad działaniem tuberkuliny.** W ciele zwierzęcia tuberkulina szybko znika po wstrzyknięciu dożylnem lub do otrzewnej. Franceschelli wykazał, że całą ilość wstrzykniętą tuberkuliny można odnaleźć w moczu dopiero po upływie kilku godzin. W tym czasie tuberkulina musi być zdeponowana gdziekolwiek poza naczyniami albo musi się znajdować we krwi w postaci niedającej właściwego odczynu. Ponieważ ani krwinki czerwone ani surowica krwi nie posiadają zdolności wiązania tuberkuliny, należało szukać usprawiedliwienia dla pierwszego przypuszczenia. W rzeczywistości też okazało się, że żywe komórki, a w szczególności kości, posiadają zdolność pochłaniania tuberkuliny w znacznym stopniu. Związanej tuberkuliny wykazać w ustroju się nie udaje.

S. Tillisch. **Gruźlica w małżeństwie.** W sanatorjum autora na 1152 żonatych chorych stwierdzono 72 przypadki zakażenia gruźliczego nabytego najprawdopodobniej w małżeństwie. Na mężczyzn i kobiety przypada równa ilość przypadków. *M. Dawidowicz* (Łódź).

Choroby wewnętrzne.

Archives of Internal Medicine.

Vol. 30 Nr. 3.

W. Petersen, H. Doubler, J. Laibe. **Reakcja Kottmana na czynność tarczycy.** Zasada reakcji jest następująca: surowica krwi posiada własności ochronne w stosunku do cząsteczek jodku srebra. Jeżeli ta własność jest wyrażona w stopniu większym, wymiar cząsteczek jodku srebra, zawieszonych w surowicy, pozostaje małym i czułość na światło jodku srebra jest zmniejszona. Jeżeli natomiast surowica posiada własności ochronne w stopniu niewielkim, cząsteczki jodku srebra są dość duże i po wystawieniu na działanie światła i następowem wywołaniu — redukują się na srebro metaliczne.

Wykonanie reakcji. Do 1 ccm surowicy dodajemy 0,25 ccm półprocentowego roztworu jodku potasu oraz 0,3 ccm półprocentowego roztworu azotanu srebra. Naświetlamy przez 5 minut w odległości 25 cm od lampy 500 Watt'owej. Następnie dodajemy 0,5 ccm ćwierćprocentowego roztworu hydrochinonu i spostrzegamy, po jakim czasie wystąpi ciemne zabarwienie. Surowice z przypadków hyperthyreozy, opóźniają wystąpienie brunatnego zabarwienia, z przypadków o normalnej czynności tarczycy — powodują dość szybkie powstanie zabarwienia, zaś surowice osobników hypothyreotycznych przyśpieszają reakcję.

Spostrzeżenia kliniczne. Autorzy zbadali 400 osobników na 70 przypadków hyperthyreozy — 65 wykazywało opóźnienie reakcji. Na 50 przypadków struma calloides wszystkie wykazały reakcję zwykłą lub przyśpieszoną. Na 139 przypadków; osobników zdrowych tylko 3 wykazały opóźnienie nieznaczne reakcji. Podawanie bromu opóźnia reakcję.

Spostrzeżenia doświadczalne.

a) Autorzy wstrzykiwali psom thyrotoxinę; dopiero na 4—5 dzień występowało zahamowanie reakcji; b) wycinali tarczycę — na 8 dzień występowało przyśpieszenie reakcji; c) masowali szyję psów z przerostem tarczycy — w ciągu 3—4 dni rozwijało się zupełne zahamowanie reakcji; d) naświetlali promieniami Roentgena: jako pierwszy efekt występowało przyśpieszenie, następnie opóźnienie reakcji; e) wywoływali uszkodzenie wątroby przez zatrucie psa chloroformem, reakcja opóźniała się nieco; f) zakażali zwierzęta laseczníkiem okrężnicy, odczyn opóźniał się; g) podawanie peptonu nie wywolywało zmiany; h) upusty krwi nieznacznie opóźniały odczyn; i) forsowne ruchy — reakcja bez zmiany.

Doświadczenia te miały na celu ustalić, czy reakcja jest wynikiem bezpośredniego przechodzenia produktów tarczycy do krwi, czy też aktywna substancja gruczołu wpływa na metabolizm tkankowy, co pośrednio ujawnia się zapomocą reakcji Kottmana. Na zasadzie tych spostrzeżeń autorzy wyprowadzają następujące wnioski: I) W przypadkach klinicznych hyperthyreozy, reakcja Kottmana może powrócić do normy po operacji wycięcia tarczycy. Strach wskutek wypadku połączonego z ogólnem potłuczeniem wywołał u dwóch chorych reakcję dodatnią, podczas gdy u chorych z podobnem obrażeniem, ale nieprzytomnych lub spokojnych, a zatem gdzie nie było wstrząsu psychicznego — reakcja nie zmieniała się. II) Doświadczalnie stwierdzono, że injekcja tyrotoksyny, naświetlanie, wreszcie masaż przerosłego gruczołu zwiększały własności ochronne surowicy dopiero w ciągu pewnego czasu. Nie mamy więc do czynienia z bezpośrednią zmianą składu surowicy, lecz z wpływem, jaki wywiera hyperfunkcja tarczycy na metabolizm tkankowy. III) Inne doświadczenia (zakażenie bakteryjne, wstrząs peptonowy, krwotok, naświetlanie wątroby) mogą wpływać na przebieg reakcji. Jednakże nigdy opóźnienie reakcji nie było tak wybitne, jak w przypadkach z surowicą hypertyreotyczną. IV) Próba Kottmana ułatwia w dużym stopniu rozpoznanie i kontrolę wyników leczniczych.

E. G. Hun i B. Sanger. **Przemiana cukrowa w przypadkach nadczynności tarczycy.** Autorzy przeprowadzili badania 10-u ludzi zdrowych i 10-u chorych z przerostem tarczycy i wytrzeszczem. Wszyscy pacjenci mieli prawie jednakowe objawy silnie rozwiniętej thyreotoksykozy. Autorzy używali spirometru Pissot'a i aparatu Haldane'a, którym określali skład powietrza wydychanego. Określano spółczynnik oddechowy u chorych w okresie postu, poczem podawano sok winogron w ilości 1,75 g pro kg wagi. Po upływie 15 minut od chwili podania cukru oznaczano cukier we krwi, zaś po 20 minutach określano spółczynnik oddechowy. Następnie tenże spółczynnik określano jeszcze 4 razy co pół godziny, zaś cukier we krwi jeszcze 2 razy — co godzinę. W końcu doświadczenia badano mocz na cukier. Wyniki zobrazowano zapomocą tablic. Za normę krzywej cukru przyjmowali autorzy na czczo 0,7—1,1 g pro litr; szczyt krzywej godzinę po podaniu cukru, nie wyższy, niż odpowiadający 1,7 g pro litr, zaś spadek do normy postnej po upływie dwóch godzin. U ludzi zdrowych autorzy stwierdzili, że krzywa cukru odpowiadała normie.

W $^{9}/_{10}$ przypadków chorobowych krzywa zachowywała się, jak następuje: w okresie postu poziom odpowiadał normie, po podaniu cukru krzywa w ciągu godziny dosięgała szczytu i utrzymywała się na szczycie w ciągu dwóch godzin. Jeden przypadek nie wykazał odchyleń od normy. Co się tyczy ilorazu oddechowego, wyniki były następujące: w okresie postu spółcz. był cokolwiek niższy, (0,76), niż w przypadkach kontrolnych (0,80). Po podaniu glukozy — spółczynnik w przypadkach chorobowych gwałtownie wzrastał, dochodząc do 1,05, zaś w przypadkach kontrolnych wzrastał bardzo powoli i zawsze był niższy od 1. Krzywa spółczynnika oddechowego u thyreotyków dłużej utrzymywała się na wysokim poziomie (2—3 godz.) w porównaniu z osobnikiem zdrowym. Z tego zachowania się krzywej cukru i krzywej spółczynnika oddechowego wypływa, że osobnik z objawami thyreotoxicosis spala cukier łatwo i w większych ilościach. A ponieważ krzywa cukru pozostaje na wysokim poziomie, możnaby przypuszczać mniejszą zdolność organizmu magazynowania węglowodanów.

To przypuszczenie potwierdziły doświadczenia Kuriamy, który karmił szczury thyreoidyną a następnie określał ilościowo glykogen w wątrobie. Okazało się, że wątroby zwierząt kontrolnych zawierały duże ilości glykogenu, podczas

gdy wątroby szczurów karmionych tyreoidyną — glikogenu nie zawierały wcale lub w bardzo małych ilościach.

Wniosek. W przypadkach wytrzeszczu z przerostem tarczycy stwierdzono szkodliwy wpływ produktów wydzielania tarczycy na wątrobę, w następstwie czego wątroba traci zdolność magazynowania glukozy, co się wyraża nadmiernem spalaniem cukru, krążącego w nadmiarze we krwi.

Andrzej Spiro (Warszawa).

Die Therapie der Gegenwart.
Nr. 10. 1922.

J. Lange. **O usuwaniu nerwobolów.** Autor omawia leczenie nerwobóln własnym, znanym już sposobem, polegającym na stosowaniu wielkiej ilości płynu celem rozluźnienia ewentualnych zrostów, powstałych pomiędzy poszczególnemi wiązkami włókien danego pnia nerwowego. Wstrzykiwania te doradza wykonywać w razie bezskuteczności leków przeciwneuralgicznych i morfiny. Przypadki bardzo ciężkie, nie oddziaływujące na zastrzykiwania dużych ilości płynu, nadają się dopiero do leczenia borowiną, do hydro- i radjoterapji, względnie do miejscowego stosowania alkoholu sposobem podanym przez Schlossera, a nawet w ostateczności i do zabiegu operacyjnego.

F. Hildebrandt. **O działaniu tyroksyny i minimalnych dawek jodu na przemianę materji.** Poprzednie badania autora nad thyradenem i obecne doświadczenia nad działaniem tyroksyny Kendalla dowodzą, że ciała te wpływają u zwierząt (szczurów) pobudzająco na procesy utleniania, zwłaszcza w odniesieniu do tłuszczu. Przemiana materji zwiększa się po 0.0001—0.0002 g tyroksyny o 8—10%, a po 0.0005 g o 20%. Maksimum przypada w 4 dni, w 9 dniu występuje faza obniżenia, poczem powrót do normy. Ze względu na duży procent J w tyroksynie należało zbadać, czy działanie wspomnianej substancji nie jest zależne od tego pierwiastka. Badania w tym kierunku przedsięwzięte przez autora dowiodły, że działanie małych dawek (0.0005—0.001) jodu jest wprost przeciwne. Zużycie O_2 spada o 9% a po 0.01 g nawet o 20% (w 5 dniach). Wiadomo, że Neisser stosował ze skutkiem minimalne dawki jodu przy chorobie Basedowa. Fakt ten był punktem wyjścia dla dalszych badań H. Począł on podawać równocześnie tyroksynę i KJ. Już 0.00001—0.0001 g KJ hamowało wpływ tyroksyny, a 0.001—0.002 g wywoływało wzrost wagi ciała. Widocznem się tu więc stało wybitne uczulenie zwierząt na J, powstałe pod wpływem działającego składnika tarczycy. Dawki jodu zazwyczaj nie działające jeszcze uzyskały wpływ dawek małych, a ilości, zwykle uważane za drobne, poczęły wpływać pobudzająco na procesy dyssymilacyjne (spadek wagi ciała) mimo, że działanie to właściwe jest dopiero dużym dawkom. Doświadczenia te wyjaśniły zupełnie zgubny wpływ zwykłych dawek jodu w przebiegu choroby Basedowa, a korzystne jego działanie w tem schorzeniu, o ile zastosujemy ilości minimalne. Zwierzęta bez tarczycy oddziaływały na J tak, jak normalne.

M. Staemmler. **O znaczeniu układu nerwu współczulnego przy powstawaniu miażdżycy tętnic.** W przypadkach miażdżycy tętnic stwierdził autor zmiany w zwojach współczulnych w postaci zaniku komórek nerwowych, nacieków drobnokomórkowych (złożonych z limfocytów) i bujania łącznotkankowego. Zmiany te miały mieć charakter sprawy zapalnej. Stwardnienia naczyń tętniczych zwojów nie widział nigdy i nie mógł stąd uważać opisanych zmian za następstwo, ale za przyczynę miażdżycy. Wiadomo, że układ współczulny jest regulatorem ciśnienia krwi, że dzięki niemu nie są naczynia zależne jedynie od własnego samoistnego napięcia, jakie się widzi po przecięciu nerwów naczynioruchowych, ale w miarę potrzeby to się rozszerzają, to kurczą. Odruchy naczyniowe nie dopuszczą nigdy do nadmiernego skurczu ogólnego naczyń, zapobiegając w ten sposób hypertonji. Jeżeli jakaś przyczyna toksyczna (infekcje, zatrucia) uszkodzą układ współczulny, nastają nienormalne wahania w parciu krwi, a te są tłem dla powstania zmian miażdżycowych. Że i inne przyczyny w grę tu wchodzić mogą, nie można żadną miarą zaprzeczyć.

F. Lehmann. **Kliniczno-doświadczalne badania nad działaniem przez siebie sporządzonego wyciągu z przysadki mózgowej** *(hypophen)*. Autor opisuje działanie wyciągu z przysadki mózgowej świń, który sam sporządził. Preparat, znany w handlu jako hypophen, został biologicznie zbadany i ustalony co do działającej dawki. Wynosi ona dla injekcji śródmięśniowych 1 ccm, dla śródżylnych do 0.5 ccm. Preparat działa skutecznie na macicę w razie czynnościowej jej niedomogi (skurcze w 4—8 minut, trwanie tychże 8—12 sekund, pauzy 2—3 minut, widoczny koniec działania w pół godziny.) L. dołącza hysterogramy, ilustrujące wpływ środka na bóle porodowe. Prócz działania na macicę działa hypophen na krążenie w sposób zbliżony do naparstnicy, a po części i adrenaliny, zwiększa też napięcie mięśniówki pęcherza i usuwa wzdęcia na tle niedowładu jelit poporodowego i pooperacyjnego.

E. Steinitz. **Stała Ambarda dla kwasu moczowego.** S. oznaczał U krwi i moczu i określał stosunek: $\frac{U}{\sqrt{D}}$ gdzie U = ilości kwasu moczowego we krwi w g ‰, a D oznacza ilość dobową tego kwasu w gramach. Normalnie wynosi podana stała średnio 0.043 (0.029—0.055), w skazie moczanowej 0,071, przy niedomodze czynnościowej nerek 0.08, a przy połączeniu dwóch ostatnich stanów do 0.113. Hyperurikemja nie jest koniecznym warunkiem wzrostu omawianej stałej, bo w białaczce nie przekracza ta ostatnia wartości 0.04. Stosunek stężenia U w moczu i krwi waha się podobnie, jak stała Ambarda (normalnie wynosi on 23), wzrastając jednak tam, gdzie ta maleje i naodwrót (w skazie moczanowej: 14, przy niedomodze nerek: 11, a przy kombinacji skazy moczanowej ze wspomnianą niedomogą: 8) S. uważa za możliwą łączność częściowej niewydolności nerek z hyperurikemią ale nie identyfiknje skazy moczanowej ze schorzeniem nerek. Niedomoga nerek w odniesieniu do wydalania U może jednak przez wywołanie hyperurikemii stwarzać warunki korzystne dla powstania skazy moczanowej prawdziwej.

D. Mandl. **Dożylne stosowanie związków wapnia w ginekologji.** M. doradza stosować 5% rozczyn wodny Ca Br_2 dożylnie w przypadkach obfitych krwawień miesiączkowych, bolesnego miesiączkowania i metrorrhagii. Środek ten ma tę wyższość nad $CaCl_2$, że nie wywołnje tak łatwo infiltracji, o ile przypadkowo poza żyłę się dostanie. Autor stosował injekcje wspomnianego środka w wielu przypadkach i to 10 do 20 razy bez żadnych niekorzystnych działań ubocznych. Tuż po injekcji odczuwały chore gorąco w jamie ustnej, a potem w całem ciele. Wynik leczniczy był bardzo dobry. Miesiączki bolesne, obfite i do 10 dni trwające, przybierały po leczeniu normalny przebieg. M. zwraca uwagę na duże widoki powodzenia tego środka w ginekologji.

Fuhrmann. **Mięśniaki macicy i ich leczenie.** F. zestawia całokształt dotychczasowych badań w odniesieniu do mięśniaków macicy z uwzględnieniem ich leczenia. Streszcza je w 11 punktach, obejmujących zasadnicze wiadomości z tej dziedziny, ważne dla lekarza-praktyka.

Nr. 11.

Bucky. **Cel i granice rentgenoterapji.** Autor nawołuje do biologicznego rozważania sprawy działania promieni Rentgena, omawiając odczyny tkanek normalnych i tworów patologicznych na promienie różnej twardości, określa nieścisłość stosowanych quantimetrów w stosunku do zawiłych kompleksów promieni różnej jakości, zwraca uwagę na trudność różnego, leczniczo wskazanego działania na tkanki chore i zdrowe ich otoczenie oraz podnosi znaczenie właściwości swoistych danego ustroju w odniesieniu do oddziaływania tegoż na promienie Röntgena. Wypośrodkowanie dawki, wytyczenie celowe dróg dla promieni, uwzględnienie biologicznej wartości tkanek i cech swoistych całego ustroju jest rzeczą niezmiernie trudną i nie daje się określić sposobem fizykalnym ale metodami biologicznemi.

L. Bogendörfer. **O injekcjach rozczynów kwasu krzemowego przy gruźlicy płuc.** B. stosował dożylnie 0.3% rozczyn kwasu krzemowego w dawkach odpowiadających zrazu 0.001 g SiO_2, a później 0.003 do 0.005 u chorych na gruźlicę płuc. W przypadkach z lepszem rokowaniem nie spostrzegał niekiedy żadnego widocznego odczynu ogólnego, kiedyindziej

zaś znów podwyżkę ciepłoty tuż po injekcji lub później, w ostatnim zaś razie i objawy miejscowego oddziaływania w płucach. Leukocytoza obojętnochłonna była stałem zjawiskiem. Złośliwe, ciężkie postacie gruźlicy płucnej okazywały spadek ciepłoty, zmniejszenie się ilości ciałek białych krwi i względny wzrost limfocytów. Autor radzi po serji wstrzykiwań dożylnych podawać kwas krzemowy per os i uważa ten środek za korzystny tylko w przypadkach bez reakcyjnego spadku ciepłoty i ilości leukocytów.

H. K. Winterfeld. **Kombinowane leczenie gruźlicy płuc sposobem Petruschky'ego wraz z podawaniem silistrenu.** W. omawia kombinowany sposób leczenia gruźlicy płuc nie za daleko posuniętej metodą skórną Petruschky'ego *(Linimentum anticatarrhale cum Linimento Tuberculini cps.)* z podawaniem silistrenu, organicznego preparatu, zawierającego krzem. W przypadkach przez siebie spostrzeganych miał dobre wyniki terapeutyczne (spadek gorączki, wzrost wagi ciała poprawa stanu przedmiotowego płuc). Silistren podawał per os w dawce 20 kropli 3 razy dziennie.

F. Mohr. **O leczeniu nerwic narządów wewnętrznych.** Autor podnosi znaczenie wpływów psychicznych przy powstaniu nerwic narządów wewnętrznych czyto centralnych, czy obwodowych, czy też o typie toksoneurotycznym. Narządy wewnętrzne są u pewnych ludzi stałem miejscem wyładowania dla pewnych afektów zależnych znów od całokształtu psychyki danego osobnika. Stosunek zaburzeń w czynności serca do funkcyj psychicznych, związanych ze sferą płciową, afektów depresyjnych do atonji jelit, gniewu do dyspepsji jest powszechnie znany. Lekarz powinien zwrócić zawsze uwagę na stronę psychiczną cierpienia a to ułatwi znaleść mu drogę do leczenia wielu schorzeń narządów wewnętrznych mających nerwowe podłoże. *Sochański* (Lwów).

Bibljografja.

Piśmiennictwo polskie.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Lekarz wojskowy Nr. 10.: B. Zakliński: Samolot, jako środek transportowy dla rannych. — S. Składkowski: Lotnictwo sanitarne. — S. Składkowski: Komitet utworzenia lotnictwa sanitarnego w Polsce. — W. G. Dąbrowski: Klasyfikacja uszkodzeń ciała.

Nr. 11.: L. Zembrzuski: Przyczynek do opatrywania ran po zabiegach operacyjnych z powodu przewlekłych schorzeń kości. — Br. Nowakowski: Lekarz w wojsku, czy lekarz wojskowy. — O. Bujwid: Chlorowanie wody do picia w oddziałach wojskowych. — Br. Sabat: O leczeniu strupnia woszczynowatego (parchów) promieniami Roentgena.

Przegląd dentystyczny N. 3 i N. 4: W. Szafran: Teoretyczne podstawy do kolankowego zgięcia zębów przednich stałych przy zadziałaniu siły na zęby mleczne. — F. Czubalski: Rola składników mineralnych w ustroju. — St. Blikle: Uwagi teoretyczne i praktyczne o czterech metodach traktowania miazgi t. j. odcięcia, wyłuszczania, rozpuszczania i wysuszania. — H. Gruszczyński: Przyczynek do usuwania trzonowców dolnych. — W. Szafran: Zmodyfikowany sposób resekcji korzenia przy zropiałej przedniej ścianie wyrostka zębodołowego. — H. Cieszyński: Stan gorączkowy w okresie popołogowym pochodzenia zębowego. — St. Elwicz: Odurzenie chloretylowe w zębolecznictwie.

Kwartalnik kliniczny Szpitala starozakonnych w Warszawie Nr. IV: H. Grynberg: Wszczepianie tkanki tłuszczowej do jam kostnych po trepanacjach. — P. Goldstein: Przyczynek do zagadnienia: uwięźnięcie czy zapalenie wyrostka robaczkowego w przepuklinach. — K. Horwitz i L. Prussak: Sprawozdanie z działalności oddziałów psychjatrycznych w 1920 i 1921 r. ze szczególnem uwzględnieniem ruchu chorych.

Przyroda i Technika Nr. 2: Z. Fuchs: Budowa materji w świetle badań nowoczesnych — S. Krzemieniewski: Ochrona przyrody ojczystej i jej znaczenie. — T. Malarski: Zarys rozwoju radjotelegrafji. — J. Łomnicki: O gościach mrówek.

Ruch w Towarzystwach lekarskich — Zjazdy.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 31 maja.

Obecnych członków 86.

Przewodniczy kol. Woyciechowski.

Na członka T-wa przyjęto kol. Zófję Daletównę.

1. Kol. Dyboski omawia **częstość zakażeń kiłowych u nieletnich.**

W ciągu roku szkolnego 1921/22 spostrzegano w klinice chorób skórnych i wener. U. J. 8 przypadków zakażenia kiłowego u dzieci od lat 4 do lat 13, nabytego przez zetknięcie się płciowe od innych dzieci w tymże wieku będących.

1) T. K., 13 letni, syn dorożkarza Kraków: zmiana kiłowa pierwotna.

2) K. J., 4 letni, syn zecera, Kraków: zmiana pierwotna i osutka drugorzędowa wczesna.

3) I. K., 11 letnia, córka stolarza, Kraków: nawrót kiły drugorzędnej.

Zakażenie w pierwszych 3 przypadkach: u chłopca 4 i 13 letniego oraz u dziewczynki 11 letniej pochodziło od 13 letniej dziewczynki. Przeprowadzenie przymusowego leczenia i ścisłego nadzoru nad dzieckiem natrafiło tutaj na trudności z powodu niesprawnego działania organów wykonawczych, którym urząd zdrowia wydał odnośne polecenia. Zakażenie dalsze dziewczynki 12 letniej miało swoje źródło albo w usiłowanem zgwałceniu, podawanem w wywiadach, albo nastąpiło drogą pozapłciową; przypadek kiły świeżej u 7 letniego chłopca pochodził od 11 letniej dziewczynki, zakażenie przyszło do skutku drogą płciową. Dwa przypadki zakażenia u dziewczynek (11 i 13 letniej) w zakładzie dla sierot w Krakowie przyszły do skutku również drogą płciową, w jednym przypadku, jak chora podaje, od 7 letniego brata. W związku z powyższemi przypadkami wyłania się kwestja: przymusu leczenia szpitalnego oraz stałej kontroli nad dzieckiem w przerwach między jednem leczeniem a drugiem, wreszcie kwestja opieki społecznej względnie państwowej nad dzieckiem pozbawionem opieki domowej.

W dyskusji kol. Janiszewski zaznacza, iż w ustawie zasadniczej o zwalczaniu chorób zakaźnych nie ma ustawy o kile, gdyż choroby weneryczne miały być objęte osobną ustawą, która do dziś dnia nie została przed Sejm wniesiona. Brakuje przeto podstaw prawnych: kto ma się tą sprawą zająć i jaki czynnik jest w danym przypadku odpowiedzialny.

W dalszym ciągu zabierali głos kol. Momidłowki, Lenartowicz, Piotrowski, Blassberg, Strzemieński, Hirsch, Sternbach, Landau, Boczar, poczem kol. Woyciechowski postawił wniosek złożenia odpowiedniej komisji, ktoraby zajęła się sprawą powyższą. Do komisji powyższej wybrano kol. Lenartowicza, Momidłowskiego i Batkę.

2. Kol. Rose wygłosił odczyt: O tak zwanemciele **prążkowanem.**

(Odczyt powyższy w całości przeznaczony do druku).

Posiedzenie naukowe w dniu 7 czerwca.

Obecnych członków 73.

Przewodniczy kol. Woyciechowski.

Na członka Towarzystwa przyjęto kol. Marję Schu denfrejową.

1. Kol. Zubrzycki omawia szczegółowo: a) przypadek operowanej przez siebie **ciąży jajnikowej** t. zw. powierzchownej albo zewnętrznej (*graviditas ovar. superfic.*), spotykanej rzadziej od ciąży jajnikowej śródpęcherzykowej albo wewnętrznej (*grav. ovar. intrafol.*). Badanie mikroskopowe stwierdził oo w. skrzepach wyjętege guza obecność kosmków i komórek trofoblastycznych.

b) Przypadek **zarośnięcia pochwy** u 16 l., dziewczynki, z następowem nagromadzeniem się krwi miesiączkowej w pochwie i macicy. Badanie stwierdziło obok nagromadzenia się krwi zbliznowacenie wejścia do pochwy, co upoważniało do przypuszczenia, iż niedrożność pochwy została nabytą w dzieciństwie, jakkolwiek we wywiadach brak momentu, przemawiającego za tem przypuszczeniem. W czasie zabiegu operacyjnego natrafiono, w odległości $1/2$ cm. od zbliznowaciałej skóry, na jamę wypełnioną ropą. Ropę tę wypuszczono, jamę wyjodynowano, i następnie dopiero, posuwając się ku górze, natrafiono na guz wypełniony mazistą, ciągnącą się masą. Na guz składała się górna część rozdętej pochwy i szyi macicy. Następnie po otwarciu jamy brzusznej wyciśnięto krew z trąbek. Zaznaczyć tutaj należy, iż w przypadku tym znalezienie jamy wypełnionej ropą było niezbitym dowodem nabytego zarośnięcia pochwy.

2. Kol. Kostrzewki omawia:

a) przypadek **duru brzusznego,** niezwykły ze względu na **bardzo obfitą różyczkę**; różyczka pokrywała bardzo gęsto tułów, szyję, kończyny górne i dolne; kończyny były objęte wysypką nietylko w częściach dośrodkowych ale i odśrodkowych, tak, że osutka pokrywała nawet grzbiet ręki i grzbiet stopy (następuje pokaz djapozytywów z fotografji chorego);

b) omawia **rodzinę** składającą się z 7 osób, z pośród których **zachorowały równocześnie 3 osoby a mianowicie** dwie na dur osutkowy a jedna na gorączkę powrotną (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji nad powyższą demonstracją zabierali głos kol. Latkowski, Lewkowicz, Blassberg, Eisenberg i mówca.

Posiedzenie naukowe w dniu 14 czerwca.

Obecnych członków 96.

Przewodniczy kol. Woyciechowski.

1. Prezes podaje do wiadomości, iż na jego ręce wpłynął list od kol. Nowickiego, który jest delegatem Tow. lek. Krakowskiego do Rady zawiadowczej Tow. lekarzy galicyjskich.

W liście tym zawiadamia kol. Nowicki o znacznem rozwinięciu się Morszyna. — pozwalającem na udzielenie wydatniejszych zapomóg, i to wstecz, od 1 stycznia b. r. Jako delegata na doroczne walne zgromadzenie, które ma się odbyć we Lwowie 24 b. m. postanowiło Tow. lekarskie prosić kol. Surzyckiego, poruczając równocześnie kol. Nowickiemu zastępstwo interesów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Kol. Michejda pokazuje **płytkę zębową, wydobytą z przełyku drogą operacyjną**, i przestrzega przed sondowaniem i wziernikowaniem które niejednokrotnie przyczyniają się do przebicia przełyku z następowem zapaleniem śródpiersia. Dotyczy to szczególnie przypadków uwięzgnięcia ciał o powierzchni nierównej. W takich przypadkach należy ciało obce usuwać tylko drogą operacyjną.

3. Kol. Dybowski wygłosił odczyt p. t. »**Spostrzeżenia kliniczne nad skutecznością autohemoterapji w świędzących chorobach skóry**«.

(Odczyt w całości przeznaczony do druku).

4. Kol. Pawlas wygłosił odczyt »**O leczeniu chorób skórnych i wenerycznych olejkiem terpentynowym**« (odczyt umieszczony w Nr. 49—51 Pol. Gaz. lek.)

Posiedzenie naukowe w dniu 31 czerwca.

Obecnych członków 90.

Przewodniczy kol. Woyciechowski.

Na nowego członka Tow. przyjęto kol. Stanisława Sternala.

1. Kol. Latkowski przedstawia i omawia z punktu widzenia anatomicznego, klinicznego i systematyki 2 przypadki **splenomegalji**, a mianowicie jeden w przebiegu kiły kiły narządów wewnętrznych, drugi zaś przypadek splenomegalji typu Gauchera. (rzecz przeznaczona do druku).

2. Kol. Siedlecki przedstawia przypadek a) **anaemia perniciosa Biermeri** u mężczyzny 31 letniego, rozpoznany na podstawie typowego obrazu krwi, wykazującego anemję hyperchromatyczną z anizocytozą, z normo i megaloblastami, polychromatofilją i erytrocytami nakrapianemi. Obraz hematologiczny krwinek białych składał się z lymfocytozy, neutro- i monocytopenji. Oporność krwinek była prawidłowa. — W rozpoznaniu różniczkowem uwzględnia cały szereg **anemji hyperchromatycznych, jak anaemia pseudoleuk. infant.**, leukanaemia, anemje septyczne, hemolityczne oraz w toku ciężkiej malarji. Podnosi, że najtrudniej zróżnicować obraz krwi w przebiegu przerzutów nowotworów do kości. Pod względem etjologicznym przypadek ten nie dał się wyświetlić, gdyż badania w kierunku kiły oraz obecności pasorzytów w przewodzie pokarmowym dały wynik ujemny. — Na podstawie obrazu krwi, objawów klinicznych, wystąpienia okresu remisyi w czasie leczenia, należy rozpoznać *anaemia pern. essentialis Biermeri*;

b) chorego, u którego w młodym wieku (27 lat) rozpoznano marskość nerek **t. zw. nephrosclerosis secundaria** z objawami moczniczemi i rzekomo moczniczemi. Z czynników etjologicznych należy uwzględnić czerwonkę i grypę, oraz jakąś chorobę zakaźną w dzieciństwie, w czasie której wstrzykiwano mu surowicę. Rozpoznanie powyższe opiera na wybitnem wzmożeniu ciśnienia (200—230 R. R.) i znacznym przeroście serca lewego, dalej na zasadzie wyniku badań funkcjonalnych wykazujących skłonności do nadmiernego moczenia przy wybitnem upośledzeniu zdolności koncentracyjnej (1004—1007) na znacznem opóźnieniu wydzielania barwików (fenolsulfofaleinu 7 godzin). Prócz tego stwierdzono rozlane zapalenie naczyniówki, zapalenie nerwu ocznego, oraz zator tętnicy siatkówkowej. Badanie krwi poza niedokrwistością wykazało zwiększenie azotu pozabiałkowego. (176 mgr). Próby po podaniu NaCl i KI wykazały też znaczne upośledzenie wydzielania. W przebiegu choroby wystąpiły zaburzenia nerwowe w postaci porażenia połowiczego, które to objawy opisują jako tz. »pseudouraemia«, na tle zmian w układzie naczyniowym.

3. Kol. Wierzuchowski wygłosił odczyt p. t. »**Niezwykły przypadek choroby zakaźnej**«. Przypadek piętaczki przewlekłej (*febris quintana chronica*), postać kliniczną dotychczas w piśmiennictwie nieopisaną. Przypadek spostrzegano w klinice chorób wewnętrznych. Przedstawia się on następująco: u mężczyzny w średnim wieku, podczas służby wojskowej w okopach na początku minionej wojny światowej, pojawiła się choroba przewlekła, cechująca się napadami gorączki i silnemi bólami w podudziach. Napad trwał zwykle dwa dni z gorączką do 39.5°, powiększaniem się śledziony niewielkiego stopnia i bolesnością kości podudzi. Między napadami większemi zachodziły i mniejsze. Napady te trwały już 8 lat. Chinina była w ciągu rocznego, dość poprawnego używania zupełnie bezskuteczna. Pasorzytów żadnych we krwi nie znaleziono w bardzo licznych sumiennych badaniach, także po drażnieniu. Wykluczyć się daje zupełnie pewnie zimnica, gruźlica i wszelkie inne postaci chorobowe, mogące przebiegać wśród podobnego obrazu. Ze względu na bardzo charakterystyczne napady, całokształt przebiegu, ujemny wynik badań krwi i ujemny skutek działania chininy rozpoznano piątaczkę przewlekłą. Wskutek przewlekłego trwania zakażenia wytworzyło się u chorego nieznacznego stopnia wychudzenie, niewielka miażdżyca i utajony stan skazy krwotocznej wskutek zmian w wątrobie i szpiku kostnym. Przy badaniu czynnościowem rozmaitych narządów okazała się nieznaczna niedomoga wątroby. Przypadek ma niezmiernie doniosłe znaczenie, jako stwarzający nową postać kliniczną choroby zakaźnej.

W dyskusji zabierał głos kol. Tempka.

Posiedzenie naukowe w dniu 28 czerwca.

Obecnych członków 73.

Przewodniczy kol. Wojciechowski.

Na nowego czł. przyjęto kol. Wasilkowską Helenę.

1. Kol. Zubrzycki wygłosił odczyt o »**O kleszczach Kiellanda**«. (Odczyt drukowany w P. Gaz. lek.)

W dyskusji zabierali głos kol. Szymonowicz, Rosner i Wojciechowski.

2. Kol. Lewkowicz wygłosił odczyt: »**O leczeniu zapalenia opon mózgowych surowicą, a leczenie napotne.**

(Odczyt drukowany w P. Gaz. lek.).

W dyskusji zabierali głos kol. Kowenicki i mówca.

Posiedzenie naukowe w dniu 13 czerwca.

Obecnych członków 90.

Przewodniczy kol. Woyciechowski i po przerwie wakacyjnej wita członków towarzystwa.

Ministerjum przem. i handlu zawiadamia, że w Sarajewie odbędzie się kongres lek. jugosłowiański, na który lekarze jugosłowiańscy zapraszają lekarzy polskich.

Województwo Krakowskie zawiadamia o rozporządzeniu, iż we wyborach do Izby lekarskiej mają prawo głosu i lekarze nie wykonujący praktyki, o ile tego sami zażądają. Na członka tow. przyjęto kol. Erdmana.

1. Kol. Maciąg wygłosił odczyt p. t. »**Nowsze prace z zakresu witaminów**«.

Dzięki pracom Funka, Hofmeistra, Abderhaldena, z amerykańskich autorów Osborne'a i Mendel'a, a przedewszystkiem angielskim (Hopkinsa) poznano dwa witaminy czyli ciała towarzyszące kardynalnym składnikom naszego pokarmu, a nieodzownym dla rozwoju i utrzymania ustroju. Są to: witamin tłuszczowy (A *vitamine liposoluble* Francuzów) rozpuszczalny w eterze, pochodzący z liści zielonych, jarzyn, kiełków nasion, przechodzący do mleka oraz tłuszczów zwierzęcych, zawarty w tłuszczu wołowym, baranim, w maśle żółtku jaja, a najwięcej w tranie rybim z wątroby — brak go zaś w tłuszczach roślinnych, oczyszczanych przez niszczące go procedury, gdyż łatwo utlenia się przy ciepłocie 120° i przy dostępie powietrza. Podług prac Mellanby'ego brak jego w pożywieniu dla dzieci (n. p. złożonem z tłuszczów roślinnych) powoduje krzywicę i zrogowacenie rogówki (*xerophthalmia*), a podług prac Shippley'a, Parca, Mac Collum'a brak tego witaminu połączony z brakiem soli mineralnych, szczególniej fosforowych, wywołuje powyższe zaburzenia — stąd powszechnie znana skuteczność tranu tak leczniczа, jak i zapobiegawcza w tych sprawach chorobowych, jak również w zmiękczeniu kości na tle głodowego odżywiania u ludności dorosłej (w t. z. rachitis tarda, opisanej przez H. Chick i Nirensteina w Wiedniu w r. 1920). — Natury chemicznej tego witaminu dotąd nie poznana, Iscovesco zalicza go do swoich ciał tłuszczowatych (lipoidów).

Drugi vitamin t. ż. antyneurytyczny (witamin B, *vitamine hydrosoluble*) rozpuszcza się w wodzie i alkoholu, zawarty jest głównie w otrębach pszennych, ryżowych, w słodzie, w cebuli, w żółtku jaja, w mięsie, mleku, najwięcej w drożdżach (hodowanych jednak na słodzie browarnianym).

Fränkel (1921 i 1922) wypracował metodę ilościowego oznaczania jego zawartości, i posługując się nią, znalazł go w największej ilości w liściach z kapusty, w cebuli, czosnku, szczypiorku, oraz w selerach, a w małej ilości w jarzynach strączkowych i korzeniastych: w wyciągach z narządów zwierzęcych, najwięcej go było w szarej istocie móżdżku.

Podług Marchlewskiego, a także i Fränkla, jest on zasadą aminową, daje się wyosobnić w postaci kryształków, jako połączenie z kwasem pikrynowym lub fosforowolframowym (Funk i Cooper), albo garbnikowym (Suzuki), ginie przy 130° C., adsorbuje się najlepiej przez kaolinę, brak jego w pożywieniu wywołuje awitaminozę *beri beri* z szeregiem zaburzeń, kończących się porażeniami nerwów i obrzękami.

Dzięki badaniom A. Holsta, a ostatnio Mouriquanda poznano i trzeci witamin — jest nim witamin przeciwgnilcowy (**antyskorbutowy**), o naturze chemicznej dotąd nieznanej, bardzo wrażliwy na wyższe ciepłoty, szczególniej na suszenie (Mouriquand), zawarty w świeżych jarzynach i owocach (najwięcej w soku cytrynowym, pomarańczowym, soku z rzepy), w kapuście, nietylko świeżej, ale i kiszonej i gotowanej (Holst), wreszcie w świeżem mleku i w mięsie, oraz w nasionach, poddanych skiełkowaniu. Mouriquand w swych gruntownych badaniach doświadczalnych nad gnilcem (1921) stwierdził między innemi, że suszenie skiełkowanego ziarna (podobnie i siana) przy stosunkowo niskiej ciepłocie (37° C. przez 48 godzin) niweczy ten witamin czy to przez zmiany fizyko-chemiczne budowy tkankowej czy przez utratę wody wegetacyjnej; ten że sam autor wraz z Michel'em i Cons'em przedstawił w lutym 1922 w towarzystwie lekarskiem w Lyonie przypadek typowego gnilca u 44 letniego mężczyzny, który przez 17 lat nie jadał surowizn z przepisu lekarza. e ostatnio ograniczywszy

swą dietę do ryżu, ciast, masła i 1—2 litrów mleka spowodował wybuch zaburzeń gnilcowych, które po podaniu mieszanego jedzenia wraz z surowiznami ustąpiły. Ze spostrzeżenia tego wynikałoby, że zwykła odmiana w potrawach, przy braku nawet surowizn, chroniła długie lata od gnilca, czyli, że własność gnilcowa środków spożywczych wzrasta przy obecności innych nieodzownych składników. *Wysocki* sekretarz.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XXVIII. Posiedzenie naukowe z dnia 27 października 1922 r.

Obecnych członków

Przewodniczy kol. Franke.

1. Prezes kol. Franke wita gorąco Prof. Dra Gluzińskiego Antoniego, gościa z Warszawy, honorowego członka Towarzystwa. Poświęca słowa wspomnienia ś. p. Dr. Trzcienieckiemu Kazimierzowi, b. prezesowi, wiceprezesowi, skarbnikowi i gospodarzowi, wieloletniemu i niestrudzonemu członkowi lwow. Tow. lek. Obecni przez powstanie uczcili Jego pamięć.

Zawiadamia o zebraniu lekarzy lwowskich w sprawie wyboru komisji matki, dla omówienia i ustalenia listy kandydatów do Rady Izby lekarskiej wschodnio-małopolskiej.

2. Kol. Slęk przedstawia: a) chorego ze **złamanym wyrostkiem łokciowym**, u którego szew kostny po 8 dniach i 2 tygodniowe założenie gipsu wyleczyło bez rozstępu złamanie, jak to widać na przedłożonych rentgenogramach.

W dyskusji kol. Tenenbaum zaznacza, że po dłuższym czasie (6—8 tygodni) zwykłe szycie niewystarcza, trzeba wyrostek łokciowy resekować, wklinować lub przybić gwoździem. Nadto przemawiał kol. Barącz.

b) przedstawia 33 l. chorą po wycięciu **raka języka**, wielkości jaja gołębiego i po usunięciu gruczołów chłonnych po stronie prawej na szyji. Wyjęte gruczoły były częściowo zserowaciałe.

W dyskusji kol. Schramm radzi przeprowadzić zawsze próbne wycięcie, celem ustalenia rozpoznania. Kol. Leszczyński dodaje, że na podstawie samego wyglądu wykluczył w tym przypadku kiłę i gruźlicę, a nie dopiero po uzyskaniu odczynu Wassermanna i Pirquet'a. Kol. Schellenberg zaleca leczenie rentgenem, którego działanie jest ogólne także i na przerzuty. Kol. Bocheński na podstawie własnych spostrzeżeń zapatruje się krytycznie na rokowanie późniejsze przy bardzo dobrych nawet wynikach pierwotnych naświetlania raka.

Kol. Gluziński Lesław zaznacza, że stwierdzone serowate gruczoły oprócz nacieczenia rakowatego mogły prawdopodobnie pochodzić od innych zmian, i to gruźliczych.

3. Przyjęty gorącemi oklaskami, dziękując za serdeczne przywitanie, wygłasza Prof. Dr. A. Gluziński wykład **w sprawie rozpoznawania kiły płuc**. Po omówieniu historycznego rozwoju poglądów na tę sprawę, przechodzi pokrótce zmiany w płucach w kile **wrodzonej** i podnosi brak charakterystycznych cech w płucach dla kiły nabytej i to w okresie drugorzędnym. Omawia obszernie stany w kile trzeciorzędnej, w 5—20 lat po zakażeniu. Podkreśla usadowienie się spraw kiłowych w środku płuc, z dążnością do rozszerzania się ku dołowi. Przy rozpoznawaniu kiły płuc w tym okresie podnosi znaczenie zmian kiłowych, toczących się w narządach innych poza płucami. Opierając się na własnych spostrzeżeniach podkreśla wartość rozpoznawczą dla kiły płuc zmian kiłowych w wątrobie i śledzionie. Przypomina swe spostrzeżenia z przed laty wykazujące pewien typ zmian charakterystycznych dla kiły nabytej a to powiększenie znaczne wątroby, z powierzchnią gładką i twardą (*hepatitis interstitialis diffusa*); powiększenie śledziony wraz z bólami w tej okolicy; zaburzeniami w zakresie żyły bramnej i bleśnicowym stanem krwi. Proces kiłowy w wątrobie nie pozostaje jednak w zależności od zmian w płucach; obie z nich toczą się obok siebie. Następnie przedstawia rentgenogramy z przypadków kiły płuc z I kliniki uniwersyteckiej warszawskiej; przypadki te przy leczeniu swoistem poprawiły się lub ustąpiły zupełnie. Miały one nadto równocześnie opisane przez G. zmiany w wątrobie i śledzionie. W końcu dodaje mówca, że w przypadkach kiły płuc wśród leczenia swoistego stwierdza się nieraz znaczne podwyższenie ciepłoty ciała.

W dyskusji kol. Rencki podnosi trudności rozpoznawcze kiły płuc, która w obrazie klinicznym ma wielkie podobieństwo do gruźlicy. Jedynie równoczesne objawy kiłowe w innych narządach, odczyn Wassermanna, umiejscowienie zmian chorobowych w środkowym lub dolnym płacie płuca prawego, wielka duszność, niestosunkowa do zmian stwierdzonych w płucu, przebieg przewlekły przy niezbyt wysokiej ciepłocie — pozwalają na rozpoznanie. R. opisuje przypadek u osobnika 54 l., leczonego przez długie miesiące na prawostronne zapalenie opłucnej z uporczywym wysiękiem i wysoką ciepłotą, w którym stwierdziwszy obrzęk śledziony i wątroby, a opierając się na nie typowym przebiegu, rozpoznał tło kiłowe cierpienia. Gdy odczyn Wassermanna wypadł tym razem dodatnio, polecone energiczne leczenie specyficzne bardzo szybko usunęło objawy chorobowe, a chory, prawie dogorywający, powrócił do zupełnego zdrowia.

Prof. Nowicki omawia postacie anatomiczne kiły płuc, z których najpewniejszą i najłatwiejszą do rozpoznania anatomicznie jest postać kilakowa. W przypadkach sekcyjnych kiły płuc, spostrzeganych w tut. zakładzie anatomji pat. poważniejszych zmian nie spostrzegano w wątrobie.

Kol. Ziembicki Witołd podaje dalszy przebieg przypadku, który w r. 1912 opisał i omówił obszernie w Tow. Lek. Lwowskiem, a o którym wspomina też mówca w dzisiejszym wykładzie. W przypadku tym znakomity i doraźny wynik zawdzięczano salwarsanowi. Chory, po przebyciu kilku nawrotów, zwalczanych ze stałem powodzeniem za pomocą tego środka, ma się dotychczas zupełnie dobrze, a zdjęcie, dokonane ponownie w ostatnich czasach, wykazało w miejscu pierwotnie obserwowanych zmian w płucu prawem, cienie smugowate, niewątpliwie tkankołącznowe, jako zejście ostateczne. Obraz przypominał, jak wiadomo, obraz gruźlicy płuc, z krwiopluciem, wysoką ciepłotą, wyniszczeniem. Dalsze 3 przypadki miał mówca na swym oddziele szpitalnym, wszystkie zakończone zejściem śmiertelnem. W jednym z nich rozpoznał za życia kiłę płuc, jako cierpienie główne, w drugim jako prawdopodobne obok innych zmian, w trzecim kiła płucna (w postaci kilaków) nie objawiała się niczem za życia. W żadnym ze swych czterech przypadków nie spostrzegał powiększenia wątroby i śledziony, w jednym wszakże wykazano przy sekcji kilaki w wątrobie. Gdy się zważy, jak często kiła w mniejszym lub większym stopniu atakuje wątrobę, nasuwa się pytanie, czy nie ma to związku z ulubionem usadawianiem się kiłowych zmian w płucu prawem. Mówca przytacza analogję z bąblowcem płucnym, także często usadawiającym się w płucu prawem, co uchodzi za następstwo pierwotnego umiejscowienia w wątrobie. Obecnie ma mówca na swym oddziale znowu 2 przypadki, w których przypuszcza się zmiane kiłowe w płucach; przedsięwzięto też w nich pewne badania bakterjologiczne i serologiczne, w poszukiwaniu pewniejszych sposobów rozpoznawania kiły płuc, niż dotychczasowe. Z usiłowań tych zda mówca później sprawę.

Kol. Leszczyński rozpatruje wartość zjawiania się dotychczas ujemnego odczynu Wassermanna w 24 godz. po wstrzyknięciu prowokacyjnem salwarsanu, zaznaczając, że występuje on tylko w przypadkach z kilakami, a zwykle nie zjawia się przy rozlanych naciekach. Największą wartość rozpoznawczą *ex iuvantibus* posiada jod, potem rtęć a w końcu salwarsan. Kol. Nowicki omawia nomenklaturę kliniczną dla kiły płuc, i jej postacie, podnosi różnice między niemi oraz zaznacza, że dla anatomo-patologa łatwe do rozpoznania są tylko kilaki płuc, trudną zaś jest postać rozlanego zapalenia z naciekami. Kol. Krzemicki młodszy jest zdania, że salwarsan, jako środek swoisty, *ex iuvantibus* więcej ułatwia rozpoznanie, jak jod. Przytacza 2 ciężkie przypadki ze zmianami w płucach, jeden kol. Ziembiekiego i Lenartowicza, drugi kol. Renckiego, wyleczone podawaniem salwarsanu; w przypadku drugim, leczonym jako gruźlica, już po 1 dawce ustąpiła wieloletnia gorączka, tak że niewątpliwie była to kiła płuc.

Kol. Pisek przypomina, że kiła płuc była przedmiotem dyskusji w Polsce na zjeździe 1891 r. w Krakowie. Prof. Rosner polecał wtedy rozpoznawanie *ex iuvantibus*. Wskazówką bywał szczęśliwy wynik swoistego leczenia. Kol. Andruszewski, na podstawie swych spostrzeżeń wypowiada się przeciwko wartości rozpoznawczej prowokacyjnego odczynu Wassermanna, który nie łatwo z ujemnego przechodzi w dodatni. Kol. Ziembicki w odpowiedzi kol. Gluzińskiemu Lesławowi, który zapytywał odnośnie do przypadku 3., omówionego przez siebie, a opisanego przez Z. czy nagły spadek po salwarsanie nie wskazywałby na to, że mogłoby tam być równocześnie i zapalenie włóknikowe płuc, wyklucza w zupełności tę możliwość na podstawie dłuższej obserwacji przypadku; każdy bowiem nawrót przebiegał z podobnemi objawami, wśród podwyższenia ciepłoty i krwioplucia, co zmieniło się natychmiast po podaniu salwarsanu. Gruźlica płuc, jak również wykazał i dalszy przebieg, była również wykluczoną.

Kol. Lesław Gluziński podnosi częstość występywania gruźlicy i kiły płuc równocześnie i opisuje swoje przypadki z obecnością prątków gruźliczych w plwocinie, ciepłoty 38.2° C, gdzie stwierdził równocześnie zmiany kiłowe w krtani. Po 40 wcierkach krtań wygoiła się, a stan gruźliczy płuc się poprawił. Kiła płuc występuje też i po stronie lewej, często z krwiopluciem a bez gorączki. Mimo krwotoków podawał wcierki i to z korzystnym wynikiem. W jednym przypadku stwierdził zapalenie suche opłucnej, obok zmian kiłowych w płatach dolnych: i tu wcierki pozostały bez wyniku, a dopiero po salwarsanie opadła szybko ciepłota i nastąpiło wyleczenie. Wynik jaki osiągał kol. Ziembicki po salwarsanie, a jakiego nie uzyskiwał ani po jodzie, ani po rtęci. *Kmietowicz* sekretarz.

Dr. WILHELM PISEK, prymarjusz. Lwów.

Auenbrugger, wynalazca perkussji.*)

Twórcza myśl ludzka prowadząca pokolenia całe do wyżyn poznania — to genjuszów cudowny dar! Święcić rocznice tych wybrańców, to nietylko wyraz czci i wdzięczności ale i drogowskaz pracy następcom. My lekarze naogół niestety zbyt mało znamy naszych poprzedników. To, co dziś nazywamy badaniem fizykalnem narządów wewnętrznych — powstaje w drugiej połowie ośmnastego stulecia. Auenbrugger, Corvisart i Laënnec, oto świetlana trójca, której zawdzięczamy

podwaliny tego badania, bez którego niemożliwem jest dziś wyobrazić sobie lekarza.

19. listopada r. b. minęło lat 200, gdy Leopold Auenbrugger przyszedł na świat; »opukiwanie«, perkussja jest nieśmiertelnym jego wynalazkiem. Jako sekundarjusz szpitala »hiszpańskiego« w Wiedniu — a później ordynator (w r. 1751—1762) pracuje bezustannie, a wynikiem siedmioletnich żmudnych obserwacyj na chorych i prymitywnych fizykalnych doświadczeń, jest wreszcie dziełko, broszura, o kilkudziesięciu stronicach, wydane w Wiedniu r. 1761 pod tytułem: „*Inventum novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detegendi.*

Z niezwykłą skromnością, lecz stylem lapidarnym, przedstawia Auenbrugger w 18 rozdziałach czyli spostrzeżeniach swoje wyniki i tezy. W przedmowie, iście proroczem słowem, przepowiada sobie przykrości i oszczerstwa, które go czekają.

I. obserwacja, napis: O naturalnym odgłosie ludzkiej kl. piersiowej i jak go stwierdzamy w różnych okolicach (tejże). W § 1 powiada: »klatka piersiowa człowieka wydaje przy uderzeniu odgłos (dźwięk)«. Na tej zasadzie buduje autor cały swój wynalazek.

II. Obserwacja mówi o: metodzie perkussyjnej. Końcami palców do siebie przylegających, wyprostowanych powoli i zgodnie opukiwać... na koszuli, albo ręka perkutującego ma być w rękawiczce (nie gładkiej)...

III. obserwacja obejmuje: nieprawidłowy odgłos klatki piersiowej i o jego znakach w ogólności; tu w § 12 zaznacza autor, że przy jednako silnem opukiwaniu stwierdzenie wyższego tonu wskazuje na zmiany chorobowe, również jeżeli w miejscu o jawnym odgłosie (w stanie prawidłowym) występuje odgłos tępy, to siedziba choroby właśnie tam się znajduje; to samo znaczenie ma odgłos »opukiwanej masy mięsnej (dziś odgłos stłumiony). W IV. i V. obserwacji omawia choroby ostre, w których występuje odgłos nieprawidłowy (nienaturalny) klatki piersiowej. Polemizuje tu co do znaczenia dni przełomowych: 9-go i 11-go — uważając 5-ty i 7-my dzień, jako wskaźniki 9-go wzgl. 11-go a opiera się przytem na obserwacji i wynikach opukiwania w zapaleniach. Ciekawe jest zestawienie w § 25.: 1. Im więcej odgłos — na jakiemś miejscu kl. p. jest stłumiony i zbliżony do udowego, tem cięższą jest choroba. 2. im większy jest obszar wykazanego stłumienia tem groźniejsza jest choroba; 3. choremu grozi większe niebezpieczeństwo, jeżeli lewa strona zajęta jest, niż prawa. Pomijam 4 i 5, natomiast w 6. powiada: [illegible] całej jednej stronie, to jest objaw śmiertelny; 7. brak odgłosu na mostku zwiastuje śmierć; 8. jeżeli okolica serca daje wypuk udowy na znacznej przestrzeni — to jest to zły znak. Treścią VI obserwacji są przewlekłe choroby, w których zjawia się nieprawidłowy odgłos na klatce piersiowej — wspomina o chorobach dziedzicznych, o chorobach metalowców, lakierników, zatruć ołowiem, o pylicy rzemieślników i — jako dziecię swych czasów! — o psychicznych wpływach, o nostalgji żołnierzy, jako przyczynie chorób płucnych. W obserwacji VII. szczegółowo zajmuje się wysiękami krwi, surowicy i limfy — mimochodem mówi o nadmiernie wzmożonem parciu krwi „sprowadzającem pęknięcie słabych naczyń! Z całą znów skromnością w obserwacji VIII. mówi o »tych chorobach wewnętrznych piersiowych, których opukiwaniem odkryć nie można«, a w IX. przedstawia dotyczące wyniki sekcji nader zwięźle, w kilkunastu wierszach. X. obserwacja mówi o »stwardnieniu płuc i jego znakach« zaś w XI. O jamach (Vomicae)« w ogólności — rozróżniając ściśle jamy zamknięte i jamy w związku będące z tchawicą, szczegółowo opisuje ropniaki (Empyema), objawy wypukowe i ogólne. XII. obserwacja obejmuje wodniaki (Hydrothorax) świetnie opisane co do cech rozpoznawszych — toż samo i co do opuchliny worka osierdziowego (*Hydropericardium*). XIII. obserwacja mówi o znakach krwotoku do klatki piersiowej a w XIV. przedstawia znaki aneurysmatu« serca w naszem dzisiejszem rozumieniu rozszerzenia serca.

Kończy Auenbrugger swoją pracę przepięknem zdaniem: Oby to, co powiedziałem, biednym chorym było na pociechę a prawdziwym pracownikom sztuki lekarskiej (służyło) do rozkwitu sztuki.

Epokowy wynalazek Auenbrugger'a pozostał bez echa. Nawet van Swieten i de Haën, ówcześni koryfeusze wiedeńscy, zignorowali pracę młodego lekarza.

Dopiero ich następca Stoll w ostatnich dziesiątkach 18-go stulecia demonstrował tę metodę na klinice — mimo to szerszego zajęcia nie wzbudził!

W r. 1770 Rozière de la Chassaina w swej pracy o chorobach płucnych tłómaczy dziełko Auenbruggera i być może ten autor natchnął Corvisart'a do zajęcia się nowym wynalazkiem. Znakomity klinicysta poświęca blisko lat 20 nad zastosowaniem i udoskonaleniem perkussji u chorych piersiowych i ogłasza w r. 1808 doskonałe tłómaczenie wraz z świetnym komentarzem, jako: „*Nouvelle méthode pour reconnaître les maladies internes de la poitrine par la percussion de cette cavité par Auenbrugger.*

Dopiero drogą powrotną dostała się nowa metoda do Niemiec i równocześnie do Anglji. Śmiało można twierdzić, że obok genialnej pracy Auenbruggera — niespożytą jest tu zasługa Corvisarta. Dodajmy, że w r. 1819 stwarza Laënnec słuchawkę, a kilka lat później, Piorry pukadło, a zrozumiemy wpływ tych mężów na rozwój metod fizykalnego badania.

A co dzieje się w Polsce? Gdy w r. 1825 Florjan Sawiczewski przywiózł ówczesnemu prof. klin. lekarskiej w Krakowie Brodowiczowi, słuchawkę i pukadło z Paryża — nie doznał zbyt entuzjastycznego przyjęcia. Oto powiada Brodowicz — znakomity zresztą lekarz, poprzednik Dietla — »Dzisiaj te narzędzia stanowią głównie godło tak zwanej nowej szkoły i niejeden eskulap ma takowe za jedyną jej cechę, oraz wyborny środek imponowania swoim pacjentom«. Mimo to już w r. 1829 ogłasza Józef Lewicki rozprawę inauguracyjną: »O użyciu stetoskopu i plesymetru«, gdy w Niemczech metodę Auenbruggera ledwie poczęto na szerszą skalę stosować.

Auenbrugger zmarł w r. 1809 i jeszcze za życia widział ukoronowane dzieło swoje przez genialnego i szlachetnego Corvisarta.

I lekarze polscy składają dziś wyrazy czci i hołdu pamięci wielkiego lekarza, który nas obdarzył podstawową metodą badania fizykalnego, lekarza, u którego nie wiadomo, co bardziej podziwiać, czy idealną skromność, czy ofiarną, ciężką pracę dla nauki naszej.

Piśmiennictwo: oprócz oryginalnej pracy Auenbrugger'a:

1) Wydawnictwo: Klassiker der Medizin, v. K. Sudhoff Bd. 15 Leopold Auenbrugger's Neue Erfindung etc. v. Fossel Leipzig 1912. Barth.

2) Biographisches Lex. d. hervorragenden Aerzte... von Gurlt u. Hirsch. T. I. III. IV.

3) Bronowski: Podstawowe sposoby klinicznego badania. Wydanie II. Warszawa 1922. Bibl. polska. T. I. str. 185. 186.

4) Temi dniami doniosły lekarskie pisma o pracy Neuburgera poświęconej Auebrunggerowi (wydanie podobizny oryginału i tłómaczenia niem., ang. i franc.) nakładem firmy Deuticke w Wiedniu.

Sprawy zawodowe.

Wybory do Rad Izb Lekarskich.

Lwów.

Przy pierwszych wyborach do Rady Izby Lekarskiej we Lwowie w dniu 10 grudnia 1922 r. otrzymali bezwzględną większość (ponad 466) oddanych ważnych głosów, a więc na członków Rady Izby wybrani zostali doktorowie: Allerhand H., Andruszewski M., Bendel S., Chalbazany D., Czechowicz Fr., Domaszewicz H., Drzymalik S., Ferensiewicz M., Halban H., Herscher I., Hinze R., Kohlberger Wł., Korolewicz, Kubisztal St., Kuhn A., Kułakowski R., Kwiatkiewicz St., Milewski T., Moszkowicz J., Nowicki W., Opieński J., Papée J., Pelczar Z., Pisek W., Porycki Br., Porajewski, Sawicki A., Szymański H., Ślęk Fr., Świtalski M., Wachnianin M., Waliehewicz T., Wajgiel E., Zadurowicz E., Zalewski T. Zabłocki St., Zieliński I., Zgórski K. Ponieważ na 39 mających być wybranymi, tylko 38 otrzymało większość bezwzględną, odbędzie się powtórne głosowanie na 1 członka Rady w dniu 14 stycznia 1923 od godz. 9 do 21 w biurach Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia we Lwowie.

Wiadomości bieżące.

Lublin.

W wyborach do Rady Izby Lekarskiej Lubelskiej, jakie się odbyły w dzień 10. b. m., przeszła in toto ogłoszona w swoim czasie w naszem piśmie lista kandydatów, przedstawionych przez komitet Wyborczy. Z górą oddano 90% głosów uprawnionych do głosowania.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. XXXV. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 22. grudnia b. r. w Poliklinice. Program: 1) Pokazy kol. Sołowij: Przedstawienie chorych po operacji przetok pęcherzowo-pochwowych. 2) Dyskusja nad referatami z zakresu rentgenologji. 3) Kol. Pisek: Wspomnienie historyczne 200 lecia urodzin Auenbruggera. 4) Kol. Węgłowski: Niewygłoszony wykład o patogenezie gruźlicy kości i zasadach jej leczenia. *Franke* prezes, *Kmietowicz* sekr.

Warszawa.

Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Polsko-Francuskiego w Warszawie zawiadamia, że stosownie do uchwały Nadzwyczajnego Ogólnego Zebrania, które odbyło się dnia 26. X. 1922 roku w sali Tow. lekarskiego w Warszawie, składka członkowska na rok rok 1923 została podniesiona do wysokości 12.000 (dwunastu tysięcy) marek rocznie. Członkowie otrzymywać będą bezpłatnie biuletyn lekarski Towarzystwa, wydawany w języku francuskim, i będą też nadal korzystać ze zniżek przy abonamencie lekarskich pism i zakupie książek francuskich. Zniżek tych udzielają firmy francuskie jedynie członkom Towarzystwa.

Towarzystwo Lekarskie Polsko-Fr. ncuskie zawiadamia, że członkowie Towarzystwa mogą z dniem 1. grudnia abonować na rok 1923 pisma lekarskie francuskie wydawane przez firmę Masson et Cie w Paryżu, przy obrachunku, 250 marek za 1 fr. Pieniądze należy wpłacać do Banku Zachodniego w Warszawie (conto Banku Zachodniego w P. K. O. Nr. 1051) na rachunek Masson'a Nr. 1 lub wprost na ręce sekretarki firmy w Warszawie, ulica Okólnik 5 m. 17 od 3—5 codziennie z wyjątkiem świąt, oraz w czwartki od 8—10 wieczorem w »Stowarzyszeniu Lekarzy polskich« ul. Widok 23. Prenumerata pism będzie przyjmowana jedynie do dnia 1. marca 1923 roku.

Nr. 52. 24. grudnia 1922. Rok I.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

LOUIS PASTEUR.

(* 1822 — † 1895).

W SETNĄ ROCZNICĘ URODZIN.

Urodzony 27. grudnia 1822 roku w Dôle we Francji, kształci się Pasteur najpierw w Arbois, później w Dijon, gdzie uzyskuje w roku 1842 stopień bakałarza. Udaje się następnie do Paryża i pracuje głównie pod kierunkiem znakomitego chemika Dumasa.

W r. 1848 zostaje profesorem fizyki w Dijon i w tym też roku rozpoczyna Pasteur swoje klasyczne badania nad kwasem winowym. W badaniach tych stwierdza istnienie czterech izomerycznych odmian kwasu winowego: kwas gronowy, nieczynny optycznie kwas winowy, kwas winowy prawoskrętny i kwas winowy lewoskrętny; wykazuje dalej, że dwie ostatnie odmiany krystalizują w takich samych, ale odwrotnie zbudowanych (enantiomorficznych) kryształach, że obydwie skręcają płaszczyznę światła spolaryzowanego o ten sam kąt, ale w kierunkach wprost przeciwnych, oraz że stężone ich roztwory, zmieszane ze sobą w równych częściach, dają optycznie nieczynny kwas gronowy. Następnie udaje mu się rozłożyć znowu kwas gronowy na dwie optycznie czynne odmiany zapomocą trzech metod: 1. przez krystalizację soli sodowo-amonowej, przyczem otrzymuje się dwie wyżej wspomniane odmiany kryształów enantiomorficznych, które, po rozdzieleniu i rozłożeniu, dają dwie odmiany optycznie czynnych kwasów winowych; 2. przez zamianę kwasu gronowego w sole cynchonidyny i chinidyny, przyczem w pierwszym przypadku wykrystalizowuje najpierw sól kwasu winowego lewoskrętnego, w drugim prawoskrętnego; 3. przez hodowanie w roztworze kwaśnej soli amonowej kwasu gronowego grzybka penicillum glaucum, który, pomnażając się, zużywa tylko sól kwasu prawoskrętnego tak, że po pewnym czasie pozostaje w roztworze prawie czysta sól kwasu lewoskrętnego. Wreszcie nieczynny kwas winowy otrzymuje Pasteur przez ogrzewanie winianu cinchoniny.



Te klasyczne badania nad »dyssymetrją molekularną«, rozpoczęte w roku 1848 w Dijon, prowadzone dalej w Lille, gdzie pracuje jako profesor i dziekan nowozałożonego fakultetu od r. 1854, ukończył Pasteur w Paryżu w 1860 r., dokąd powołany został jako profesor w 1857 r. Wyniki tych badań utworzyły podstawę, na której poczęto budować następnie gmach stereochemji z teorją węgla asymetrycznego, wzniesiony i ugruntowany pracami van't Hoffa, Fischera, Wislicenusa, Waldena i in.

W 1865 r., poparty przez prof. Dumasa, zostaje Pasteur wysłany do Alais, dla zbadania choroby jedwabników, wyrządzającej przemysłowi francuskiemu olbrzymie szkody. Pasteur, posługując się tylko bardzo prymitywnemi środkami, wywiązuje się chlubnie ze swego zadania. Wykrywa przyczynę choroby i podaje skuteczne środki zaradcze.

Olbrzymią ilość pracy, wiele energjii entuzjazmu poświęca Pasteur badaniom nad znaczeniem drobnoustrojów w wszechświecie.

Bezpośrednim bodźcem do zajęcia się temi sprawami były nurtujące wówczas w chemji poglądy na t. zw. »działanie przez zetknięcie«. Zamiana skrobji na cukier przez gotowanie z kwasami, przyczem kwasy zupełnie się nie zmieniają; rozkład dwutlenku wodoru, czyli wody utlenionej, na wodę i tlen pod wpływem ciał takich, jak gąbka platynowa, dwutlenek manganu lub świeży włóknik krwi, które wcale nie łączą się z tlenem i nie ulegają żadnym zmianom; żarzenie się gąbki platynowej w strumieniu zimnego wodoru, wypływającego w powietrze; zamiana cukru pod wpływem drożdży na alkohol i dwutlenek węgla i wiele innych - wszystkie te pozornie oderwane zjawiska połączył chemik francuski Berzelius, sprowadził je niejako do wspólnego mianownika, wprowadzając pojęcie siły katalitycznej, która polega, według niego, na tem, że ciała katalizujące, nie przez powinowactwo chemiczne, lecz przez samą swą obecność pobudzają uśpione w danej ciepłocie powinowactwa chemiczne innych ciał. Przeciwko tym zapatrywaniom wystąpił Liebig, stawiając swą hipotezę »mechanicznych uderzeń drobinowych«, według której istotą zjawiska katalizy miało być to, że ruchy drobinowe katalizatora udzielają się ciału katalizowanemu.

W sporze Berzeliusa z Liebigiem bierze Pasteur żywy udział. W pracach swoich nad fermentacją alkoholową uważa zamianę cukru na alkohol i dwutlenek węgla za bezpośrednią, życiową czynność komórki drożdżowej i zwalcza namiętnie hipotezę Liebiga. W sporze tym pozostał Pasteur wkońcu zwycięzcą, dopiero w znacznie późniejszych czasach uległy jego zapatrywania pewnej zmianie, kiedy Buchnerowi udało się oddzielić od żywej komórki drożdżowej zymazę czyli zaczyn, powodujący fermentację alkoholową.

Przy sposobności studjów nad fermentacją alkoholową zwróconą zostaje uwaga tego genialnego uczonego na świat drobnoustrojów. Wszechstronny jego umysł przeczuł głębię i rozległość kryjących się tu problemów. Olbrzymia praca jednego człowieka wprawia nas w zdumienie. Nauka bakterjologji czcić w Nim będzie po wieczne czasy swego ojca, ponieważ genialnym swym umysłem i swoją gigantyczną pracą wywołał ją prawie z próżni! Genialny mąż wkracza na ugor, nietknięty prawie ręką ludzką, i zmienia go w kilka lat w urodzajną, bogatą w plony glebę.

Pracę swą zaczynać musi literalnie od początku, od badania i roztrząsania zasadniczych, podstawowych pojęć. »Generatio aequivoca« — nauka o samorództwie t.j. o powstawaniu żywych drobnoustrojów w płynach organicznych pod wpływem powietrza i promieni słonecznych, zwalczana tak dzielnie i skutecznie z końcem ośmnastego wieku przez Spallanzaniego, ma jednak jeszcze ciągle zwolenników. Niedham i Gay-Lussac zarzucają Spallanzaniemu, że w jego doświadczeniach zmienione przez gotowanie powietrze, prawdopodobnie pozbawione tlenu, jest przyczyną zahamowania rozwoju drobnoustrojów, ponieważ potrzebują one koniecznie tlenu do życia.

Pasteur podejmuje więc szereg bardzo dokładnych doświadczeń i żmudnych badań, w których wykazuje, że nawet przy dostępie powietrza pozostaje przydatny do gnicia płyn, nawet przez całe lata zupełnie wolnym od bakteryj, jeżeli tylko uchronimy go przed zanieczyszczeniem z zewnątrz pyłem, na którym zawsze tkwią drobnoustroje. Wykazuje dalej, że nawet materjał niewyjałowiony, ulegający zwykle łatwo gniciu, jak mocz, krew, narządy zwierzęce, mogą być przechowywane bardzo długo i nie rozkładają się, jeżeli tylko pobrane były w odpowiedni sposób i przechowywane w jałowych naczyniach. W ten sposób zostaje wreszcie obaloną definitywnie nauka o samorództwie, zarazem zaś stwierdzony fakt zasadniczy, że żywe tkanki zdrowych zwierząt wolne są od bakteryj.

Z przyrządów i metod badania w dziedzinie mikrobiologji zastał Pasteur tylko mikroskop i metodę bioskopową zapomocą tegoż mikroskopu, pozatem całą aparaturę, całą metodykę badania musiał sam stwarzać. Jemu też zawdzięczamy stworzenie pierwszej metody wyosabniania bakteryj z ich mieszanek, przez rozcieńczenie badanego materjału w jałowych pożywkach płynnych, jemu metodę hodowania bakteryj w czystych hodowlach — metody, które tak świetnie dalej rozwinął i do doskonałości doprowadził Robert Koch.

W dalszych swych pracach oznacza Pasteur wysokość ciepłoty, potrzebną do zabicia rozmaitych gatunków bakteryj i stwarza przez to metody wyjaławiania; podaje sposoby ochraniania win przy fabrykacji od przypadkowych zanieczyszczeń i konserwowania mleka, sposoby stosowane do dnia dzisiejszego pod nazwą pasteuryzacji, a polegające na krótkotrwałem działaniu temperatury poniżej 100° C, następowem szybkiem ochłodzeniu i przechowywaniu w niskiej ciepłocie. Dalej wykrywa Pasteur drobnoustroje, które pomnażają się tylko bez dostępu tlenu, daje im nazwę anaerobów — beztlenowców i stwierdza zarazem, że drobnoustroje te wyłamują się tylko pozornie z pod ogólnego prawa biologicznego, które brzmi: »niema życia bez tlenu«, a potrzebny im do życia tlen odszczepiają z bogatych w tlen połączeń węgla.

Pasteur nie gubi się jednak w tej żmudnej pracy technicznej i metodycznej — nie traci z oczu wielkich problemów. Jego geniusz ujął pierwszy istotne znaczenie drobnoustrojów dla życia na ziemi. »Gdyby nie bakterje« — uczył on — »świat zasłałby się trupami zwierząt i roślin; ich niestrudzonej pracy rozkładowej w postaci butwienia i gnicia zawdzięczamy to, że te nieużyteczne trupy przechodzą we formy, które znowu świat żyjący może zużytkowywać«.

Niepohamowana chęć służenia ludzkości zwraca teraz umysł Pasteura ku dziedzinie patologji. Punktem wyjścia dla dalszych jego prac jest idea, że, podobnie jak procesy fermentacyjne i gnilne, również i niektóre choroby, zwłaszcza zaś szerzące się masowo, a więc t. zw. zarazy, spowodowane są działaniem bakteryj.

W 1877 r. rozpoczyna Pasteur swoje badania nad wąglikiem, który szerzył się wówczas gwałtownie we Francji i powodował w oborach, zwłaszcza wśród owiec, zastraszające wprost spustoszenia. Owocem tej pracy było otrzymanie czystej hodowli prątków wąglika.

W 1879 r. przerywa Pasteur dalszy ciąg badań nad wąglikiem i zwraca się do badania cholery kur, zarazy, która w tegoż roku wybuchła we Francji wśród drobiu. Pasteur odkrywa swoistego zarazka tej choroby w postaci laseczki i otrzymuje czyste jego hodowle na jałowych pożywkach, przekonuje się, że hodowle w pierwszych dwóch generacjach nie tracą na jadowitości, o ile przeszczepiane są w krótkich odstępach czasu, pozostawione zaś na pożywce przez kilka dni i nie przeszczepiane tracą stopniowo coraz bardziej na jadowitości. W ten sposób mógł Pasteur otrzymać hodowle o dowolnej jadowitości. Wprowadzenie żywych, ale osłabionych zarazków kurze powoduje lekką postać choroby, po przebyciu której ptak staje się już niewrażliwym na zakażenie jadowitemi zarazkami. W klasycznych tych badaniach odkrywa więc Pasteur metodę osłabiania zarazków przez hodowanie ich na sztucznych pożywkach oraz stwierdza możliwość nadawania odporności przez wywoływanie poronnego zakażenia zapomocą osłabionych zarazków.

W 1881 roku powraca Pasteur do badań nad wąglikiem. Metoda osłabiania, zastosowana przy cholerze kur, zawodzi go tutaj; stosuje więc inną metodę. Hoduje prątki wąglika w ciepłocie 42—43° C i stwierdza, że ulegają w tych warunkach osłabieniu, aż do zupełnej utraty jadowitości, oraz że przez dalsze hodowanie w temperaturze ciała hodowle zatrzymują już ten stan jadowitości, jaki osiągnęły przez hodowanie we wymienionej wyżej, wyższej ciepłocie. Stopień zmniejszenia jadowitości stwierdza Pasteur zapomocą stworzonej przez siebie skali zwierząt, rozmaicie wrażliwych na zakażenie wąglikowe, a mianowicie na najwrażliwszej myszce białej, mniej już wrażliwej śwince morskiej i jeszcze mniej wrażliwym króliku. Pasteur hoduje teraz prątki wąglika przy ciepłocie 42.5° C tak długo, aż hodowla zabija tylko najwrażliwszą myszkę białą, nie zabija zaś ani świnki morskiej, ani królika. Tak osłabioną hodowlę nazywa Pasteur »szczepionką pierwszą«. Przez hodowanie prątków wąglika przez krótszy czas przy tej samej ciepłocie uzyskuje hodowlę mocniejszą, bardziej jadowitą, która zabija myszkę białą i świnkę morską, a nie zabija królika. Taką hodowlę nazywa Pasteur »szczepionką drugą«.

Towarzystwo rolnicze w Melun ofiarowuje teraz Pasteurowi zwierzęta dla komisyjnego zbadania wartości jego szczepionki. Dnia 5 maja 1881 r. zjawia się Pasteur w towarzystwie swoich asystentów Chamberland'a i Roux'a w Pouilly le Fort koło Melun, gdzie oczekuje go komisja złożona z lekarzy, weterynarzy, aptekarzy i fachowych rolników. Pasteur wstrzykuje 24 owcom, 1 kozie i 6 krowom szczepionkę pierwszą, a w 14 dni później tym samym zwierzętom szczepionkę drugą. Ostatniego dnia maja wszystkie szczepione zwierzęta i dla kontroli nieszczepione: 24 owiec, 1 koza i 4 krowy, które były osobno umieszczone, zakaża Pasteur przez wstrzyknięcie jadowitej nieosłabionej hodowli. Wszystkie zwierzęta szczepione zniosły zakażenie jadowitemi zarazkami bez szkody, natomiast wszystkie nieszczepione ciężko zachorowały, a większość z nich zginęła.

Wynik był pod każdym względem zadowalający i taki, jak go Pasteur przepowiedział.

Dnia 13 czerwca 1881 r. przedłożył Pasteur wyniki tych doświadczeń Akademji Umiejętności. Rząd francusk odznaczył go za to wiekopomne odkrycie wielką wstęgą legji honorowej. Pasteur przyjął odznaczenie pod tym warunkiem, że i jego dwaj znakomici asystenci, Roux i Chamberland, otrzymają takie same odznaczenie. Życzeniu Pasteura stało się zadość.

Po ukończeniu prac nad wąglikiem przechodzi Pasteur do studjów nad wścieklizną. Badania nad tą straszną chorobą nastręczały wprost niesłychane trudności. Liczne próby wyhodowania zarazka spełzły na niczem. Pasteur jednak, który zwykł był mawiać: »Geniusz to wytrzymałość« — nie ustaje w pracy i nie daje się zniechęcić. Żmudne studja i doświadczenia prowadzi tak długo, dopóki nie zostały uwieńczone pomyślnym wynikiem.

Stwierdza więc najpierw, że zarazek wścieklizny umiejscowiony jest w systemie nerwowym, ponieważ system nerwowy jest materjałem najbardziej zakaźnym. Wypracowuje metodę podoponowego szczepienia przez trepanację czaszki; metoda ta okazuje się najpewniejszym sposobem doświadczalnego przenoszenia wścieklizny. W dalszych pracach stwierdza, że wścieklizna rozmaitych gatunków zwierząt jest chorobą identyczną, wywołaną przez ten sam zarazek, że wprowadzenie

jadu do krwi powoduje powstawanie t. zw. spokojnej, porażennej postaci wścieklizny, wreszcie, że przez ciągłe przeszczepianie jadu na zwierzęta jednego i tego samego gatunku jadowitość jadu zwiększa się względem tego gatunku, zmniejsza natomiast względem innych gatunków zwierząt.

Cząsteczka »jadu ulicznego«, tj. mózgu psa, który padł po naturalnem zakażeniu, wprowadzona pod twardą oponę mózgu królika, zabija go w przeciągu 3 tygodni. Przez ciągłe przeszczepianie z królika na królika, ulega jad obostrzeniu względem królików, króliki padają po coraz to krótszym czasie, wreszcie po 7-miu dniach od chwili zakażenia. Pasteur wykazał, że jad ten nie da się już bardziej obostrzyć dla królika, padają one stale po 7 miu dniach i dlatego też nazwał zmieniony w ten sposób jad wścieklizny, jadem stałym »virus fixe«. Jad ten okazał się nieszkodliwym dla innych gatunków zwierząt i tego jadu, osłabionego jeszcze przez suszenie, użył Pasteur do uodporniania zwierząt.

Na szczepienie ludzi nie mógł się jeszcze odważyć. Ułatwił mu to przypadek. Dnia 6 lipca 1885 roku przyprowadza matka do pracowni Pasteura swego dziewięcioletniego syna, nazwiskiem Józef Meister, pokąsanego dwa dni przedtem w okropny sposób przez wściekłego psa; miejscowy lekarz wypalił rany i polecił matce udać się z dzieckiem do Paryża. Duszę Pasteura szarpały najsprzeczniejsze uczucia, jednak widok ciężko cierpiącego i niewątpliwie straconego dziecka, przechylił go jednak do powzięcia postanowienia, że przecież należy coś zrobić. Lekarze Vulpian i Grancher, koledzy Pasteura, po zbadaniu dziecka doradzają dokonania szczepienia. Pasteur decyduje się i przeprowadza szczepienie ochronne w ten sam sposób, w jaki dzisiaj jeszcze stosuje się go do tego celu.

Dziecko zostało uratowane.

Dnia 21 października 1885 roku przedstawia Pasteur wyżej opisany przypadek Akademji Umiejętności.

Kiedy wieść o odkryciu Pasteura rozeszła się, spieszą z całej Europy pokąsani do Paryża, aby tu szukać ratunku. Ze wszystkich części świata zjeżdżają się lekarze z prośbą o zaznajomienie ich z tą metodą.

Akademja Umiejętności wyznacza komisję, która jednogłośnie postanawia założyć w Paryżu Instytut dla szczepień ochronnych. Postanowienie to doprowadziło do wzniesienia Instytutu Pasteur'a, który otwarty został uroczyście przez prezydenta Carnot'a w listopadzie 1888 roku.

Pomimo słabnących coraz bardziej sił nie ustaje Pasteur w intenzywnej pracy aż do ostatnich chwil.

Każdy problem, którego dotknęła genialna ręka Pasteura, rozwiązany został przez niego albo w zupełności, albo tak, że potomność nie wiele już dodać mogła.

W Pasteurze czcić będzie po wieczne czasy nauka — jednego z największych swych geniuszów, ludzkość cała — jednego z największych swych dobroczyńców!

Z. Steusing.

Prace oryginalne.

W. KOSKOWSKI i Z. STEUSING. Lwów.

O wpływie histaminy na wydzielanie soku żołądkowego u niektórych kręgowców.

(Z Zakładu higjeny i z Zakładu farmakologji dośw. Uniwersytetu J. K. we Lwowie).

Prace Popielskiego wykazały, że najczulszym odczynnikiem biologicznym na histaminę jest wydzielanie soku żołądkowego u psa po podskórnem jej wprowadzeniu. Wydzielanie to występuje po poprzedniem wprowadzeniu skopolaminy lub atropiny, które porażają zakończenia nerwów wydzielniczych autonomicznych, i po przecięciu nerwów błędnych w klatce piersiowej oraz następowem ich zwyrodnieniu; histamina działa więc na same komórki gruczołów żołądkowych.

Jako odczynnika biologicznego na histaminę używał przeto Popielski psów z przetoką żołądkową i dwunastnicową, psów z małym żołądkiem Heidenhaina i przeciętemi nerwami błędnemi, oraz psów z przetokami: przełykową, żołądkową i dwunastnicową i z przeciętemi nerwami błędnemi.

Pies z przetoką żołądkową jest odczynnikiem bardzo czułym, dającym przy tej samej ilości histaminy pięć razy więcej wydzielonego soku żołądkowego, aniżeli pies z małym żołądkiem Heidenhaina, jest jednak mniej pewny z powodu zachowania nerwów błędnych, umożliwiających »wydzielanie psychiczne«, oraz z powodu możliwości przedostawania się alkalicznej śliny do żołądka i zobojętniania wolnego kwasu solnego, zwłaszcza przy nieznacznem wydzielaniu. Pies z małym żołądkiem Heidenhaina i przeciętemi nerwami błędnemi jest odczynnikiem zupełnie pewnym, »wydzielanie psychiczne« i przedostawanie się czegokolwiek do żołądka jest tu wykluczone, jest jednak odczynnikiem około pięć razy mniej czułym, ponieważ przy zakładaniu go wycinamy około jedną piątą część wydzielniczej powierzchni żołądka. Pies z przetokami: przełykową, żołądkową i dwunastnicową i z przeciętemi nerwami błędnemi jest odczynnikiem idealnym, ponieważ wyklucza »wydzielanie psychiczne«; do żołądka bowiem po zamknięciu balonikami dolnej części przełyku i górnej części dwunastnicy nic się przedostać nie może, sok żołądkowy zaś zbieramy z całej powierzchni wydzielniczej.

Ujemną stroną tego biologicznego odczynnika na histaminę, podanego przez Popielskiego, jest to, że przygotowanie go wymaga dość trudnych zabiegów chirurgicznych, które muszą być wykonane w odpowiednich salach operacyjnych, przy zachowaniu zasad aseptyki, co przy operowaniu psów nie jest rzeczą łatwą, — że obustronne przecinanie nerwów błędnych należy do zabiegów bardzo ciężkich, po którem dadzą się psy utrzymać przy życiu tylko przez czas około trzech tygodni (wyjątkowo można utrzymać psy także przy życiu dłużej, co wymaga jednak wielkiej troskliwości, specjalnego karmienia (peptonem) i codziennego dwukrotnego przepłukiwania żołądka); oraz wreszcie to, że nawet po udałych operacjach można psów takich używać do doświadczeń dopiero po pewnym czasie, potrzebnym do wrośnięcia założonych przetok i zwyrodnienia nerwów błędnych.

Histamina, jako produkt dekarboksylacji histydyny, wchodzącej w skład bardzo licznych białek roślinnych i zwierzęcych, jest ciałem w naturze szeroko rozpowszechnionem; jej znaczenie biologiczne, jej stosunek do rozmaitych procesów fizjologicznych i patologicznych wymaga jeszcze wyjaśnienia.

Dlatego wydało nam się rzeczą ważną usunąć wyżej wymienione trudności, uprościć metodę Popielskiego, wyszukać odczynnik prostszy i przystępniejszy, pozwalający na doraźne zbadanie danego płynu na zawartość histaminy. W tym celu postanowiliśmy przekonać się, jak zachowywać się będzie wydzielanie soku żołądkowego u całego szeregu różnych gatunków zwierząt, po podskórnem wprowadzeniu histaminy w »doświadczeniu ostrem« tj. bezpośrednio po założeniu przetoki.

Doświadczenia nasze rozpoczęliśmy od ssaków, zakładając psom, kotom, królikom i świnkom morskim przetoki żołądkowe i zapobiegając przedostawaniu się do żołądka alkalicznej treści z dwunastnicy, zamiast zamykania jej, według Popielskiego, balonikiem, wsuniętym przez przetokę dwunastnicową, przez proste jej podwiązanie. Operację zakładania przetoki w narkozie eterowej staraliśmy się wykonać jak najszybciej, bezpośrednio po niej przepłukiwaliśmy żołądek przez kaniulę ciepłym, fizjologicznym roztworem soli i wprowadzali wymienionym zwierzętom podskórnie histaminę, zbierając wydzielony sok żołądkowy do cylinderka z podziałką.

Postępując w ten sposób, otrzymaliśmy w licznych doświadczeniach, w każdym przypadku, wydzielanie soku żołądkowego, zawierającego wolny kwas solny i pepsynę, po podskórnem wprowadzeniu histaminy u psów, kotów, królików i świnek morskich.

Typ wydzielania różnił się w tych »doświadczeniach

ostrych« od sposobu wydzielania się soku żołądkowego po podskórnem wprowadzeniu histaminy psom, przygotowanym według Popielskiego — »wygojonym«. Początek wydzielania opóźniał się tylko nieznacznie, o 2—5 minut; natomiast podczas gdy u psów »wygojonych« ilości soku żołądkowego, wydzielonego w następujących po sobie jednostkach czasu, szybko narastają do pewnej wysokości i potem powoli, ale stale, opadają, — to w naszych »doświadczeniach ostrych« wydzielał się sok żołądkowy, w następujących po sobie jednostkach czasu, w ilościach stale znacznie mniejszych, utrzymując się przez bardzo długi czas na tej samej wysokości, opadając znacznie wolniej, aniżeli u psów »wygojonych«. Wybitne różnice wystąpiły też pod względem czułości metody: podczas gdy u psa »wygojonego« otrzymuje się po 0,0000067 gr histaminy na 1 kg wagi zwierzęcia wydzielanie około 20 ccm soku żołądkowego, to w doświadczeniu ostrem u kota otrzymaliśmy tę samą ilość soku żołądkowego po 0,002 gr histaminy na 1 kg wagi zwierzęcia.

Różnice te, które wypadły na niekorzyść «doświadczenia ostrego«, a które łatwo wytłumaczyć stanem zwierzęcia bezpośrednio po uśpieniu eterowem, wstrząsem zadanym zwierzęciu przez ciężki zabieg operacyjny, oziębieniem żołądka i zmianami w krążeniu i odżywianiu jego ścian wskutek operacji i podwiązania dwunastnicy, skłoniły nas do wykonania dalszych doświadczeń na innych mniej wrażliwych zwierzętach.

Dalszy szereg doświadczeń wykonaliśmy na gęsiach, kaczkach, kurach i gołębiach, przyczem, o ile nam wiadomo, jesteśmy wogóle pierwszymi, którzy zakładali przetoki żołądkowe u ptaków.

Technika naszego postępowania jest następująca:

Po przymocowaniu ptaka na stoliku operacyjnym, brzuszną stroną ku górze (na wznak), — uśpienie eterowe. Po usunięciu piór w okolicy dolnej części mostka, nacinamy skórę w linji środkowej ciała na długość 2.5 -3cm. Następnie dwoma głębokiemi cięciami, tuż przy grzebieniu mostka (*crista sterni*) aż do samego mostka, oddzielamy po obu stronach grzebienia grubą warstwę mięśni piersiowych i rozsuwamy je na tępo, odsłaniając w ten sposób obwodowy (distalny) koniec mostka wraz z grzebieniem. Ustaliwszy teraz pensetą grzebień mostka, wycinamy krzywemi nożyczkami, cięciami półkolistemi, z obu stron owalny otwór, dostając się w ten sposób do jamy brzusznej. Przy pomocy sondy wysuwamy teraz żołądek mięśniowy na zewnątrz, zachowując wszelkie ostrożności, ażeby nie uszkodzić naczyń krwionośnych. Ustaliwszy żołądek, wypełniający teraz otwór wycięty w dolnej części mostka, postępujemy dalej analogicznie do techniki Pawłowa przy zakładaniu przetok żołądkowych u psów, obszywając wybrane miejsce cienkim jedwabiem w postaci szwu kapciuchowego. Po założeniu przetoki wybieramy wypukloną ścianę żołądka mięśniowego, ponieważ żołądek nie posiada w tej okolicy, po wewnętrznej stronie, twardej zrogowaciałej warstwy powierzchownej, muskulatura zaś jest w tem miejscu względnie cienka. Po założeniu wspomnianego wyżej szwu kapciuchowego, przecinamy teraz ścianę żołądka pomiędzy nitkami i zakładamy lekko zgiętą kaniulę szklaną, zaopatrzoną kołnierzykiem. Po założeniu i utwierdzeniu kaniuli w znany sposób w ścianie żołądka, wsuwamy żołądek napowrót do jamy brzusznej, zaszywając powłoki, względnie tylko skórę.

Następnie ustawiamy ptaka, zwracając go stroną brzuszną ku dołowi, przez odwrócenie stolika o 180° i ustawienie go na dwóch podporach, przepłukujemy żołądek ciepłym, fizjologicznym roztworem soli i podstawiamy pod kaniulę cylinder.

Po wstrzyknięciu histaminy zbieramy płyn, który jest wydzieliną gruczołów żołądka gruczołowego, leżącego pomiędzy przełykiem a żołądkiem mięśniowym.

Postępując w powyższy sposób wykonaliśmy szereg doświadczeń na gęsiach, kurach, kaczkach i gołębiach.

Przytaczamy, jako przykłady, następujące doświadczenia:

Doświadczenie z 20. X. 1921.

Gęś wagi 3225 gr. Uśpienie eterowe. Założenie przetoki. Żołądek przepłukano ciepłym NaCl fizj.

1 godz.	5'	—	jedna kropla, lakmus — kongo —		
1 »	10'	—	wprowadzono podskórnie 0·010 gr. histaminy		
1 »	15'	—	jedna kropla, lakmus — kongo —		
1 »	20'	—	jedna »	» +	» ++
1 »	25'	—	2·5 cm³ soku	» +	» ++ (gęś spi)
1 »	30'	—	8 »	» +	» ++
1 »	35'	—	14 »	» +	» ++
1 »	40'	—	19 »	» +	» ++
1 »	45'	—	24 »	» +	» ++
1 »	50'	—	28 »	» +	» ++
1 »	55'	—	33	» +	++
2 »		—	38	» +	++
2	5'	—	41 »	» +	++
2 godz.	10'	—	45 cm³ soku	lakmus +	kongo ++
2 »	15'	—	48 »	» +	» ++
2 »	20'	—	51 »	» +	» ++
2 »	25'	—	54 »	» +	» ++
2 »	30'	—	56 »	» +	» ++
2	35'	—	58 »	» +	» ++
2 »	40'	—	60	» +	» ++
2	45'	—	62	+	» ++
2 »	50'	—	65 »	+	++
2	55'	—	66·5 »	» +	++
3		—	69 »	» +	» ++
3	5'	—	71 »	» +	» ++
3	10'	—	73 »	» +	» ++
3 »	15'	—	75 »	» +	» ++
3 »	20'	—	76 »	» +	» ++

Gęś spi; oddech regularny. Doświadczenie przerwano. Po 2-godzinnej obserwacji zebrano 76 ccm soku żołądkowego:

o kwasocie ogólnej (fenolftaleina) 118.

HCl wolny (dimethylamidoazobenzol) 90.

HCl związany (alizarynosulfonian sod.) 7.

Sześcienna kostka białka kurzego o boku 0·5 cm strawiona po 6 godzinach w 5 ccm soku.

Doświadczenie 17. X. 1921.

Kura biała wagi 1350 gr. Uśpienie eterowe. Przetoka żołądkowa. Żołądek przemyto fizj. rozczynem soli, ogrzanym do ciepłoty ciała.

22 godz.	55'	—	kropla soku, lakmus sł. kw. kongo —		
23 »	10'	—	po 15' zebrano 2·8 ccm soku, lakm. sł. kw. kongo —		
23 »	17'	—	wprowadzono podskórnie 3 mgr histaminy w 3 ccm wody.		
23	25'	—	sok zaczyna spływać kroplami; lakmus +, kongo ++		
23 »	37'	—	wydzieliło się soku 9·5 ccm	lakmus +	kongo ++
23 »	42'	—	» 12·5 »	» +	» ++
23	47'	—	» 14·5 »	» +	» ++
23 »	52'	—	» » 17 »	» +	» ++
23	57'	—	» » 19·25 »	» +	» ++
0 »	2'	—	21 »	+	» ++
0	7'	—	» 23 »	» +	++
0 »	12'	—	26·5 »	+	++
0	17'	—	» 28·5 »	+	++
0	22'	—	31	+	++
0	27'	—	33	+	++
0	32'	—	» 36 »	+	++
0	37'	—	37	» +	++
0 »	42'	—	39 »	» +	» ++
0	47'	—	40·5 »	+	» ++
0	52'	—	» 41·5 »	+	++
0	57'	—	» » 41.75 »	+	++
1 »	02'	—	» » 42·5 »	» +	» ++

Doświadczenie zakończono. Przez 100 minut obserwacji zebrano 42·5 ccm soku żołądkowego:

o kwasocie ogólnej (na fenolftaleinę) 106.

HCl wolny (dimethylamid. azobenz.) 82.

HCl związany (alizarynosulf. sod.) 14.

Doświadczenie z 23. X. 1921.

Gołąb wagi 280 gr. Uśpienie eterowe. Przetoka żołądkowa. Żołądek przemyty.

10 godz.	30'	wprowadzono podskórnie 0·0005 gr histaminy w 0·5 ccm wody		
10	30'	jedna kropla soku; lakmus — kongo —		
10	35'	» » » » »		
10	39'	początek wydzielania »	+	++
10 »	41'	wydzieliło się soku 0·5 ccm	lakmus +	kongo ++
10	46'	» » 1·25	+	» ++
10	51'	2	+	++
10	56'	3	+	++
11	01'	3·75	+	++
—	06'	4·5	+	++
—	11'	5·5	» +	++
— »	16'	6·5	» +	++
— »	21'	7	+	++
—	26'	8	+	++
—	31'	9	+	++
—	36'	9·5	+	» ++
— »	41'	10	+	++
— »	46'	10·5	+	++
—	51'	11	+	» ++
— »	56'	» » 11	+	» ++

Po 1½ godz. obserwacji zebrano 11 ccm soku żołądkowego:

o kwasocie ogólnej 108.

HCl wolny 94.

HCl związany 4·5.

Kostka białka kurzego o boku 0·5 cm strawiona po 10 godz. zupełnie.

Z powyższych doświadczeń okazuje się, że ptaki znoszą założenie przetoki żołądkowej bardzo dobrze. Komórki gruczołowe błony śluzowej ich żołądka oddziaływują bardzo dobrze na wprowadzoną podskórnie histaminę, bezpośrednio po założeniu przetoki żołądkowej. Jedną z przyczyn tego jest

napewno to, że operację wykonujemy na żołądku mięśniowym, nie uszkadzając zupełnie części wydzielniczej (żołądka gruczołowego). W ten sposób uzyskujemy w ptakach, szczególnie gołębiach, z założoną przetoką żołądkową czuły i pewny odczynnik na histaminę, który przygotować można w każdej chwili w przeciągu 10 do 15 minut.

»Wydzielania psychicznego« nie zauważyliśmy u gołębi ani razu, pomimo szczególnego zwracania uwagi w tym kierunku.

W szeregu następnych doświadczeń, wykonanych już tylko na gołębiach, określiliśmy minimalną dawkę histaminy, która po podskórnem lub śródmięśniowem wprowadzeniu powoduje jeszcze wyraźne wydzielanie soku żołądkowego; wynosi ona 0·0001 gr na 1 kilogram wagi ciała.

Atropina nie znosi wydzielania soku żołądkowego po następowem podskórnem wprowadzeniu histaminy.

Wydzielanie soku żołądkowego rozpoczyna się u gołębi po podskórnem lub śródmięśniowem wprowadzeniu histaminy (na podstawie kilkudziesięciu doświadczeń) regularnie po 2 minutach.

Typ wydzielania jest tu identyczny z opisanym powyżej typem wydzielania u psów »wygojonych«.

Przy sposobności tak licznych doświadczeń, wykonanych na gołębiach, zajęliśmy się też sporną dotychczas kwestją wydzielania soku trawiennego we wolu.

W tym celu zakładaliśmy u całego szeregu gołębi równocześnie przetokę wola i przetokę żołądkową, po poprzedniem zaszyciu połączenia pomiędzy wolem a żołądkiem gruczołowym, a po następnem wprowadzeniu histaminy zbieraliśmy wydzielinę z obydwu przetok osobno.

Dla przykładu przytaczamy następujące doświadczenie:

Doświadczenie z dnia 25. X. 1924.

Gołąb wagi 340 gr. Uśpienie eterowe. Szerokie otwarcie wola. Wól napełniony grochem wilgotnym, wilgotne ściany oddziaływują na lakmus kwaśno, kongo ujemny. Otwór w wolu prowadzący do żołądka zaszyto i założono przetokę wola. Założenie przetoki żołądkowej. Przepłukano żołądek.

9 godz. 44' wprowadzono podskórnie 0·5 miligr. histaminy w 0·5 ccm wody.
9 godz. 49' wydzieliło się 0·25 ccm soku; lakm. sł. kw. kongo —
9 » 53' pierwsza kropla Lakm. kwaś. kongo +++
10 godz. wydzieliło się 1 ccm soku lakmus kwaś. kongo +++
10 » 5' » 2 » » » » » +++
10 » 10' » 3 » » » » » +++
10 » 15' » 5·5 » » » » » +++
10 » 20' » 4·25 » » » » » +++
10 » 25' » 4·75 » » » » » +++
10 » 30' » 5·25 » » » » » +++
10 » 35' » 5·5 » » » » » +++
10 » 40' » 5·65 » » » » » +++
10 » 50' » 5·75 » » » » » +++
11 » 04' » 6 » » » » » +++
wydzielanie ustaje;
11 godz. 04' wprowadzono podsk. 1 mgr histaminy w 1 ccm wody.
11 godz. 9' pierwsze krople soku, którego wydzielanie po poprzedniej injekcji już ustało.
11 godz. 15' wydzieliło się 7 ccm soku, lakmus kw. kongo +++
11 » 20' » 7·5 » » » » » +++
11 » 25' » 8·25 » » » » » +++
11 » 30' » 9 » » » » » +++
11 » 35' » 9·5 » » » » » +++
11 » 40' » 10·5 » » » » » +++
11 » 45' » 11 » » » » » +++
11 » 50' » 11·5 » » » » » +++
11 » 55' » 12 » » » » » +++
12 » — » 13 » » » » » +++
12 » 5' » 13·5 » » » » » +++
12 » 10' » 14 » » » » » +++
12 » 15' » 14·5 » » » » » +++
12 » 20' » 15 » » » » » +++
12 » 25' » 15·5 » » » » » +++
12 » 30' » 16·25 » » » » » +++
12 » 35' » 16·60 » » » » » +++
12 » 40' » 17 » » » » » +++
12 » 45' » 17·5 » » » » » +++
12 » 50' » 18 » » » » » +++
12 » 55' » 18·25 » » » » » +++
1 » » 18·5 » » » » » +++
1 » 5' » 18·75 » » » » » +++
1 » 10' » 19 » » » » » +++
1 » 15' » 19·5 » » » » » +++
1 » 20' » 19·5 + 2 krople » » » +++
1 » 25' » 19·75 » » » » » +++
1 » 25' wprowadzono podskórnie 2 mgr. histaminy
1 » 30' wydzieliło się 20 ccm soku; lakm. kw. kongo +++
1 » 35' » 20·25 » » » » » +++
1 » 40' » 20·50 » » » » » +++
1 » 41' wstrzyknięto 10 ccm ciepłego roztworu fizj. soli w m. pectoralis dexter.
1 » 45' wydzieliło się 20·75 ccm soku; lakm. kw; kongo +++
1 » 45' wstrzyknięto 10 ccm ciepłego roztworu fizj. soli w m. pectoralis sinister.
1 » 50' wydzieliło się 21·25 ccm soku; lakm. kw; kongo +++
1 » 55' » 21·5 » » » » » +++
2 » » 22 » » » » » +++
2 » 05' » 22·2 » » » » » +++
2 » 10' » 22·25 » » » » » +++
2 » 15' » 22·35 » » » » » +++
2 » 20' » 22·45 » » » » » +++
2 » 25' » 22·50 » » » » » +++
2 » 30' » 22·50 » » » » » +++

Wydzielanie ustało: doświadczenie zakończono.

Z przetoki żołądkowej otrzymano 22·50 ccm soku żołądkwego o kwasocie ogólnej 115; HCl wolny 95; HCl związany 10.

Z przetoki wola nie wydzieliło się nic. Po wprowadzeniu małej ilości wody wyciśnięto kilka propli mętnego płynu o oddziaływaniu słabo kwaśnem na lakmus, kongo ujemny.

W żadnem z doświadczeń wykonanych w ten sposób nie widzieliśmy wydzielania z wola.

Opisana powyżej metoda zakładania przetok żołądkowych u gołębi, posłużyła też do badań nad własnościami soku żołądkowego u ptaków karmionych polerowanym ryżem.

Obecnie zajmujemy się zakładaniem przetok stałych (chronicznych), celem wyzyskania jednego i tego samego zwierzęcia przez dłuższy okres czasu i przekonania się, czy po »wygojeniu» zwierze stanie się czulszem na działanie histaminy.

Piśmiennictwo:

Popielski. O fizjologicznych własnościach *b*-i. Rozprawy Wydz. mat.-przyr. Akad. Umiej. w Krakowie, Tom LVI. Ser. B. str. 449—474; Tenże, *b*—i. i wyciągi z narządów. Tamże T. LVII. Ser. B. str. 249. Tenże. Pflügers Archiv T. 178 (1920) str. 214—259. Tenże, Histamina i wyciągi z narządów. Księga pamiątk. 25-letn. roczn. Wydz. lek. Lwów 1920. — Koskowski. *b*—i. i układ krwionośny. Rozpr. Akad. Umiej. w Krakowie, T. LVIII. Ser. B. — Z. Steusing, O stozunku *b*—imidazolyletylaminy do fizjologicznego działania krwi, wyciągów z narządów, preparatów peptonowych i niektórych środków spożywczych i używek. Archiwum Tow. Nauk. we Lwowie. Dział III. Tom II. zeszyt 4 — tam też obszerne piśmiennictwo tego działu.

Dr. WITOŁD TYCZKA. Lwów.

Przypadek ciężkiej niedokrwistości na tle kiłowem.

Z oddziału II. chorób wewnętrznych Szpitala Państwowego we Lwowie.
(Prymarjusz Dr. Witołd Ziembicki)[1].

Czynnik kiłowy występuje w etjologji ciężkiej niedokrwistości stosunkowo rzadko. Piśmiennictwo nie obfituje w wiadomości z tego działu. Jednym z pierwszych, który zaznajamia nas z ciężką niedokrwistością na tle kiłowem jest Naegeli. W znanem jego dziele o chorobach krwi znachodzimy wiadomość o chorym, leczonym ze znakomitym i długotrwałym wynikiem za pomocą rtęci (r. 1898/99). Podobne przypadki opisywali Roth, Labbé, Sabrazès, Blumenthal. W najnowszych czasach wspomina o trzech przypadkach Jadek (*Ther. d. Gegenw.* Sierpień 1921).

Z naszych autorów mieli podobne spostrzeżenia: Gluziński Antoni, Selzer Marcin, Reichenstein Marek. Selzer omówił swój przypadek ciężkiej niedokrwistości, której objawy ustąpiły pod wpływem leczenia przeciwkiłowego, na pos. Lwowskiego Tow. Lekarskiego dn. 27 lutego 1920 (Lwowski Tygodnik Lekarski 1920, nr. 5., str. 51). Tamże powołuje się on na spostrzeżenia Gluzińskiego. Reichenstein miał przypadek, odznaczający się obrazem niedokrwistości białaczkowatej (leukanaemia) (Wiadomość, udzielona ustnie)[2].

Spostrzeżeniem naszem postanowiliśmy się z ogółem Kolegów podzielić w przekonaniu, że częstsze zwracanie

[1]) Przedstawiono na posiedzeniu Kółka Naukowego Lekarzy Szpitala Państwowego we Lwowie, dnia 24 sierpnia 1921.

[2]) W uzupełnieniu należy przytoczyć przypadek Renckiego, omówiony na pos. Lwow. Tow. Lekarskiego dnia 20 stycznia 1922 (Polska Gaz. Lek. 1922., nr. 10).

uwagi na ten przedmiot może być bodźcem do dalszych spostrzeżeń, a tem samem przyczynić się do pomyślnego wyświetlenia niejednego przypadku, opornego tak długo, dopóki nie zastosuje się leczenia przeciwkiłowego.

Historja choroby.

Kobieta (T. R.) lat 45., przyjęta została do szpitala 10. V. 1921 roku.

Wywiądy: Ojciec miał umrzeć z powodu wady serca. Matka żyje, zdrowa. Z licznego (8) rodzeństwa 4 zmarło z przyczyn bliżej jej nieznanych, 4 żyje zdrowych. W dzieciństwie miała nie chorować. Regularność od 15 r. życia prawidłowa. Zamężna od 1901., mąż ma być zdrów, rodziła 9 razy, prawidłowo, nie roniła. Dzieci wszystkie żyją, zdrowe.

W jesieni 1920 zaczęły się pojawiać dolegliwości żołądkowe, jak gniecenie, bóle, niezależne od przyjmowania pokarmów, odbijania i wymioty, smaku gorzkiego. Stolec jużto zaparty, jużto wolny. Krwi ani w wymiocinach ani w stolcu nie zauważyła. Mocz oddawała prawidłowo. Równocześnie pojawiło się ogólne osłabienie, bóle i zawroty głowy, szum w uszach. Otoczenie zwróciło uwagę na wzmagającą się bladość skóry. Z wiosną b. r. miała przechodzić żółtaczkę.

Stan w chwili przyjęcia do szpitala w krótkości następujący: Wzrost mały, budowa wątła, odżywienie bardzo podupadłe, waga 34,5 kg, skóra bardzo blada o odcieniu lekko żółtawym. Błony śluzowe bardzo blade. Źrenice okrągłe, równe, na światło i akomodację dobrze oddziaływujące. W zakresie nerwów mózgowych zmian nie ma. Na szyji i w pachach drobne gruczoły. Serce wypukiem prawidłowe, nad końcem podmuch, zresztą głuche tony. Nad mostkiem odgłos zbliżoby do tarcia. Brzuch płaski, powłoki wiotkie. Wątroba 2 palce niżej łuku, lekko bolesna. Wszelkie odruchy prawidłowe. Obrzęków brak. Mocz: białka 0,8 pro mille, wałeczki szkliste i ziarniste, liczne ciałka wypocinowe.

Badanie treści żołądkowej tak naczczo, jak po próbnem śniadaniu, wykazało zupełny brak kwasu.

Badanie kału: na ślady krwi dało wynik ujemny, poszukiwanie pasorzytów wykazało jedynie jajka glistnicy (ascaris).

Badanie ginekologiczne wykazało jedynie tyłozgięcie macicy.

Badanie urologiczne: ruchomą nerkę prawą.

Kiszka stolcowa bez zmian.

Krew: Hb (Sahli) 27. C. czerw.: 1, 030.000. Wskaźnik: 1, 3 C. biał. 4.600. Ich stosunek odsetkowy: wielojądrz. obojętnochłonnych 53%, limfoc. mał. i duż. 40,5%, jednoj. duż. 2%, eozyn. 4,5%. Wśród czerwonych znaczna poikilocytoza, anizocytoza, małe i duże twory, stosunkowo bardzo nieliczne jądrzaste, tu i ówdzie megaloblast lub normoblast, tu i ówdzie kropkowanie zasadochłonne.

Dla uzupełnienia należy dodać, że prześwietlenie, przeprowadzone mimo wielkiego osłabienia chorej, nie dało ani co do klatki piersiowej ani co do przewodu pokarmowego żadnego godnego uwagi wyniku, a wreszcie odczyn skórny Pirqueta, z uwagi zwłaszcza na prace A. Gluzińskiego i jego uczniów o stosunku ukrytej gruźlicy przewodu pokarmowego do ciężkiej niedokrwistości, wypadł ujemnie.

Rozpatrując cały obraz, nie dający wytłumaczenia ciężkiej niedokrwistości, zwrócono podejrzenie w kierunku kiły, temwięcej, że powiększenie wątroby, z przebytą żółtaczką podejrzenie to zdawało się popierać. Odczyn Wassermanna (21. V.) wypadł w istocie dodatnio (++++).

Przystąpiono do leczenia przeciwkiłowego.

Dn. 23. V. zastosowano I. zastrzyknięcie Hg Salic. w ilości 0,1 (śródmięśniowo). Stan chorej zaczął się jednak pogarszać, osłabienie wzmogło się tak, że nie mogła ani usiąść, ani o własnych siłach obrócić się w łóżku. Wystąpiły silne bóle głowy, zawroty, szum w uszach, nadto krwotoki z nosa, pojawiło się podwyższenie ciepłoty (aż do 37,8). To było powodem, że przerwawszy narazie leczenie przeciwkiłowe, zastosowano arszenik, dla podniesienia stanu ogólnego.

Badanie krwi dn. 28. V. wykazało:

Hb 23, wskaźnik 1,4, C. czerw. 800.000, C. b. 6.400. Obraz histologiczny jak poprzednio.

Po 15 dawkach podskórnych arszeniku stan chorej cokolwiek się poprawił. Powrócono więc do rtęci. Po 3 dawkach Hg Sal po 0,1 stan znowu trochę się polepszył, jakkolwiek trzecie badanie krwi (27. VI.) wykazało obraz jakz dn. 28. V.

Dn. 28. VI. otrzymała pierwszą dawkę Neosalwarsanu (0,3).

Już po tej pierwszej dawce dała się zauważyć tak podmiotowa, jak przedmiotowa poprawa, która zaakcentowała się jeszcze wyraźniej po dawce drugiej (8. VII., również 0,3).

Przedewszystkiem opadła ciepłota. Chora czuje się silniejszą, zaczyna się podnosić, a nawet wstawać, jest weselszą, apetyt się poprawia, wydaje się mniej bladą, z moczu ustępuje białko.

Badanie krwi w dn. 12. VII. wykazuje:

Hb 38. Wskaźnik 1,7, C. cz. 1.120.000, C. b. 3,900. Stosunek odsetkowy: Wielojądrz. obojętn. 59%, limf. m. i duż. 28%, jednoj. d. 5%, przejść. 2%, eoz. 6%. Czerwonych ciałek jądrzastych nie wykazuje się, jedynie poikilocytozę i anizocytozę.

Dn. 19. VII. trzecia dawka Neosalwarsanu (0,3).

Chora czuje się z dnia na dzień coraz lepiej, apetyt rośnie, waga ciała poprawia się (dn. 25. VII.: 37.5 kg.) Wątroba sięga do łuku.

Krew 25. VII.:

Hb. 45. Wskaźnik 0.9., C. czerw. 2.510.000. Jądrzastych brak poikilocytoza i anizokitoza mniej zaznaczona.

Dn. 2. VIII. czwarta dawka Neosalwarsanu (0.3).

Dn. 8. VIII. waga ciała 40 kg. Podmiotowy stan bardzo zadowalniający, chora zaczyna chodzić o własnych siłach.

Krew: Hb. 53. Wskaźnik 1. C. cz. 2,760.000, C. b. 6,200. Stosunek odsetkowy: wielojądrz. obojętnochł.: 61%, limfoc. m. i d. 25%, jednoj. d. 4%, przejść. 4%, eoz. 6%. Ciałka czerwone przedstawiają się prawidłowo.

Dn. 23. VIII. badanie krwi wykazuje dalszą poprawę:

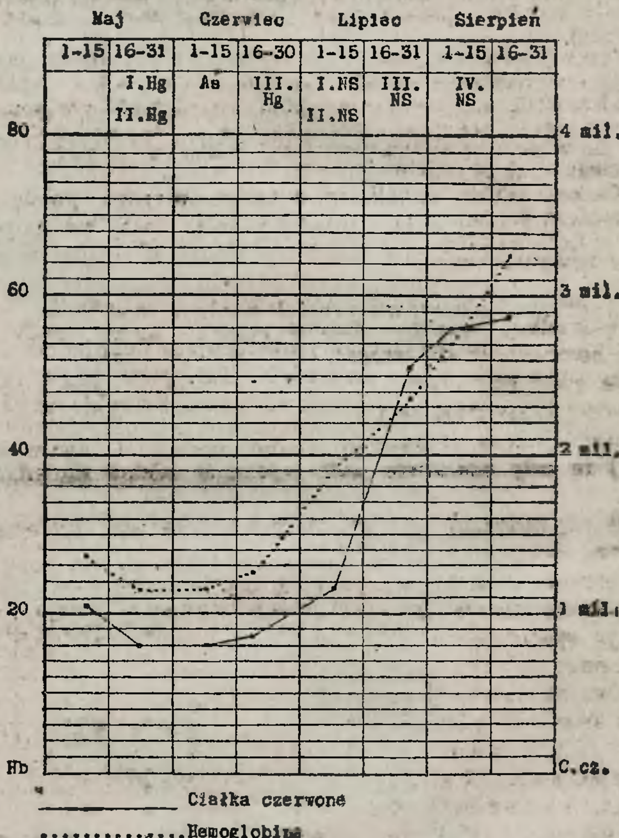
Hb. 65. Wskaźnik 1,1 C. cz. 2,830,000 C. b. 7,800.

Stosunek odsetkowy: wielojądrz. oboj. 55.2% limf. mał. 25,6% limf. duż. 10.4%, jednoj. duż. 3.2%, przejść. 1.6%, eoz. 4%. Obraz ciałek czerw. prawidłowy.

Wassermann ujemny.

Chora czuje się zupełnie dobrze, policzki ma zaróżowione, nie skarży się na żadne dolegliwości. Nad końcem serca utrzymuje się nieznaczny podmuch. Mocz prawidłowy.

Na tem przerwaną została historja choroby, gdyż chora, w zupełności zadowolona, nie zgodziła się na dalsze pozostanie w szpitalu i ze względu na obowiązki domowe opuściła go.



Zachowanie się krwi pod wpływem leczenia. (Hg = Hydr. Sal., As = arsen, NS = Neo-Salwarsan).

Jak określić postać niedokrwistości w tym przypadku? Jest ona niewątpliwie najbardziej zbliżoną do t. zw. niedokrwistości aplastycznej. Podobnemi cechami odznacza się także przypadek Selzera. Wysnuwać z tego wnioski byłoby przedwczesne, temwięcej, gdy n. p. spostrzeżenie Reichensteina zupełnie w tym względzie się różni. Być więc może, że i w narządzie krwiotwórczym, kiła, podobnie jak w innych narządach, może wywołać rozmaite zaburzenia i zmiany, zależne od nieznanych bliżej czynników usposabiających. I raz będzie to obraz, przypominający błednicę, o czem już mówił Virchow, innym razem ta lub owa postać niedokrwistości, z większą lub mniejszą skłonnością do rozpadu lub odnowy, względnie niedomogą szpikową, a kiedyindziej wreszcie zobaczymy objawy, zbliżone do białaczki.

XX. Z kazuistyki Zakładu Anatomji Patologicznej Uniwersytetu Warszawskiego.

Dr. Aleksander CZARNOCKI, asyst. Zakładu. Warszawa.

Pierwotny gruczolako-rak gruczołu potowego.

Badanie mikroskopowe guzka skóry, wielkości grochu, o powierzchni nierównej, rozpoznanego klinicznie jako bro-

dawczak, wykazało iż jest to gruczolak złośliwy, wychodzący z gruczołów potowych.

Przypadek ten podaję, jako rzecz niezmiernie rzadką.

Podścielisko u nasady guzka jest utworzone z tkanki łącznej dość zbitej, w której widoczne są gruczoły łojowe i potowe niezmienione.

Dalej na obwodzie guzka dają się już zauważyć takie gruczoły potowe, w których nabłonek zaczyna bujać, a jądra wykazują nadmierną barwliwość (*hyperchromatosis*). Obok tych obrazów widzimy gdzieniegdzie i różnorodność komórek co do kształtu i wielkości.

Jeszcze dalej obraz zmienia się wyraźniej i nie możemy już zauważyć typowych gruczołów potowych, lecz lite pasma i ogniska nabłonkowe, składające się z bardzo nieprawidłowych komórek, z małą ilością zarodzi, z dużem, silnie barwiącem się jądrem. W bujaniu tem biorą udział i komórki przewodów gruczołowych, co prowadzi do zupełnego zamknięcia światła tych przewodów.

Poniżej miejsca zamknięcia widzimy jeszcze nieraz zachowanie światła, sam zaś przewód rozszerza się tak znacznie, iż daje twory torbielowate, wyścielone nabłonkiem jedno lub dwuwarstwowym.

W świetle tych tworów torbielowatych daje się zauważyć zawartość kroplista, barwiąca się hematoksyliną na słabo fiołkowo (pot).

Prócz tego w odcinkach bujających nowotworowo gruczołów dają się zauważyć i jamki innego pochodzenia — widać tu rozpad komórek, ich martwicę, ściana jamek jest nierówna, postrzępiona, treść zaś wewnętrzna barwi się słabo eozyną i przedstawia się w postaci drobnoziarnistej. Miejscami można tu nawet zauważyć złogi wapna.

Naokoło takich ognisk widzimy w tkance łącznej dość obfite nacieki drobno okrągło komórkowe, które świadczą o dość dobrze zorganizowanej obronie ze strony organizmu przeciw sprawie nowotworowej.

W całym więc obrazie mikroskopowym można wykazać, jak rzadko, wszelkie stopnie przejścia od gruczołów potowych normalnych do zmienionych nowotworowo.

Na podstawie tych obrazów możemy tu bez żadnych wątpliwości rozpoznać gruczolakorak gruczołu potowego, nie wykazujący jednak znacznego stopnia złośliwości wobec tego:

1) że cały nowotwór dość wyraźnie odcina się od otoczenia,

2) odgraniczają go od otoczenia i nacieki drobnokomórkowe.

Pierwsza wzmianka o raku gruczołów potowych zjawia się w piśmiennictwie w 1845 roku: Lebert i Fuehrer ogłaszają spostrzegane przez siebie przypadki, zakwestjonowane jednak później przez Gebera. Pierwsze wiarogodne przypadki opisane były przez Thierscha i Waldeyera w 1865 roku. W późniejszych czasach opisują takie przypadki Cornil, Ranvier, Morizani, Darier, Knauss, Wierzbowski, Petersen, Unna, Fordyce, Camponini, Antonelli, Deichstetter.

Lusena, który sam spostrzegał kilka przypadków i dokonał zestawienia już poprzednio opisanych, dzieli nowotwory gruczołów potowych na dwa rodzaje:

1. Pojedyncze gruczolakoraki niezbyt złośliwe, zwykle nie dające przerzutów.

2. Raki, występujące w postaci mnogich guzków, mających dążność do zlewania się w jeden pancerz, naciekające tkanki otaczające, dające przerzuty do gruczołów chłonnych.

Mój przypadek należałby do pierwszego rodzaju. Wolfheim jednak uważa raki te za tak dalece rzadkie, że każdy przypadek przedstawia cechy swoiste i winien być rozpatrywany z osobna, bez zamykania go w ramki jakiejkolwiek klasyfikacji.

Przypadek taki, jak mój, zasługuje na specjalną uwagę i z tego względu, że rozstrzyga on poniekąd spór o tak zwane raki Krompecherowskie. Wedle zdania Krompechera i jego zwolenników raki takie rozwijają się i powstają tylko z nabłonków podstawnych naskórka, wedle innych mogą się rozwijać i z gruczołów łojowych, i potowych, choć te ostatnie należą do wielkich rzadkości. Niektórzy nawet wątpią o istnieniu takich raków. Zdaje się, iż mój przypadek wyjaśnia te wątpliwości, które mogą jednak być rozstrzygnięte tylko na podstawie drobiazgowych badań mikroskopowych, gdyż wszelkie rodzaje, tak zwanych raków Krompecherowskich, makroskopowo zwykle przedstawiają się pod postacią wolno rozwijających się i niezbyt złośliwych, a często pełzających po powierzchni skóry nowotworów, czyli t. zw. *ulcus rodens*.

Przypadek podobny, lecz wyraźnie wychodzący z komórek podstawnych, opisała w N. 24 Polskiej Gazety Lekarskiej koleżanka Siedlecka.

XXI. Z kazuistyki Zakładu Anatomji patologicznej Uniw. Warsz.

Dr. Janina DĄBROWSKA, asyst. Zakł. Warszawa.

Przyczynek do śmierci po operacji wrzodu okrągłego żołądka w związku z niedomogą wątroby i nerek.

Na sekcji kobiety 72-letniej, zmarłej w kilka dni po zespoleniu żołądkowo-jelitowem, na skutek wrzodu okrągłego żołądka umiejscowionego koło odźwiernika, pomimo, że operacja udała się zupełnie dobrze, stwierdziłam już makroskopowo, a potem i mikroskopowo, zaczynająca się marskość zanikową wątroby oraz marskość nerek. Zmian w innych narządach, w szczególności w sercu, z wyjątkiem miażdżycy tętnic niezbyt silnego stopnia, nie udało mi się wykazać.

Śmierć zatem danego osobnika należy uzależnić od tych właśnie zmian w wątrobie i nerkach. Chloroform, zawsze działający w mniejszym lub większym stopniu szkodliwie na wątrobę, okazał się w danym przypadku zabójczym, wskutek niedomogi tego narządu.

O takich przypadkach pisali już w 1920 roku Le Noir, Richet i Jacquelin. Badacze ci spostrzegali w 5 przypadkach wrzodu okrągłego żołądka zmiany bądź w wątrobie, bądź w nerkach, bądź w obydwóch tych narządach.

Zmiany w wątrobie polegały na rozroście tkanki łącznej naokoło rozgałęzień żyły wrotnej i żyły środkowej zrazików, na stłuszczeniu i zaniku komórek wątrobowych. Również i w nerkach stwierdzali oni rozrost tkanki łącznej i zniszczenie komórek nabłonkowych.

W związku z temi spostrzeżeniami badali oni klinicznie przy wrzodzie okrągłym żołądka wydolność wątroby i nerek i stwierdzali nieraz ich niedomogę.

Wyrazem niedomogi nerek było zwiększanie się mocznika we krwi do 0,6—1,0—2,0, w jednym zaś przypadku znaleźli nawet zatrzymywanie się chlorków.

Na niedomogę wątroby składało się;

1) opóźnianie do 18–28 minut krzepnięcia krwi (przy normie 9—12 minut), 2) hemoklazja trawienna, 3) cukromocz i cukier we krwi po podawaniu 100,0 glukozy. 4) urobilinurja. Nie wszystkie te objawy występowały jednocześnie i w jednakowem nasileniu, najczęściej spostrzegano hemoklazję trawienną.

Badając w dalszym ciągu przypadki, autorzy ci starali się wyjaśnić zależność niedomogi wątroby od wrzodu okrągłego żołądka, wyłączając inne czynniki, które by mogły wywołać takież zmiany w danych narządach. Stwierdzili oni, iż pierwotną sprawą są zmiany w żołądku, co pociąga za sobą występowanie zmian wtórnych w wątrobie i nerkach.

To zdanie swoje opierają oni na występowaniu niedomogi w zależności od:

1) czasu trwania wrzodów okrągłych żołądka ponad 10 lat,

2) od umiejscowienia ich na małej krzywiźnie i w okolicy odźwiernika,

3) od głębokości drążenia wrzodu w głąb (najczęściej we wrzodach dziurawiących),

4) od starszego wieku osobnika.

Zastanawiając się nad innemi objawami klinicznemi, występującemi we wrzodach okrągłych żołądka, Le Noir, Richet i Jacquelin uważają, że niektóre z nich są w związku z niedomogą wątroby; a mianowicie:

1) Krwawienie — wskutek zmniejszonej krzepliwości krwi, 2) chudnięcie, 3) wstrząs operacyjny — działanie chloroformu na wątrobę, 4) żółtaczka pooperacyjna, 5) śpiączka.

Inne objawy, jak wymioty wskutek azotemji, są w związku z niedomogą nerek.

W przypadku moim znalazłam wykładnik anatomo-patologiczny niedomogi wątroby i nerek pod postacią ich marskości.

Nie mogę naturalnie twierdzić bezwzględnie, iż mar-

czej ujemny. Meningokoków przybyło tak w stosunku do ciałek, jak i bezwzględnie w 1 mm^3 płynu, były one dobrze utrzymane i obficie wyrastały w hodowli, a tylko okazywały bardzo silną aglutynację.

Od dnia 17. począwszy wstrzykiwano codziennie przez nakłucie skroniowe 11 cm^3 surowicy naprzemian do komory lewej i prawej. Z uwagi na szerokość komór można się było mianowicie ograniczyć do wstrzykiwań jednostronnych; surowica dostawała się też rzeczywiście, jak wynika z oznaczeń, zupełnie dobrze do komory po stronie przeciwnej.

Wpływ tego leczenia uwydatnia się odrazu bardzo silnie. W 24 godziny po 1. wstrzyknięciu ilość meningokoków spada do 1|1000, w 48 godzin do 1/10000, w 72 godziny do 1|100,000 ilości początkowej; zwiększa się znacznie ilość ziarenkowców nadtrawionych i pochłoniętych przez ciałka białe wielojądrzaste, cofa się wyraźnie ropienie. Jednak nietylko że poprawa zatrzymuje się na tym poziomie, ale jeszcze w dniu 21. zaznacza się, mimo dalszego stosowania surowicy, wyraźne pogorszenie: przybywa nieco meningokoków ilościowo, co ważniejsza, są one znów w znacznej ilości (36 i 60%) dobrze utrzymane, więcej ich widać zewnątrz ciałek (32 i 8%), albo w komórkach nabłonkowych (39 i 37%), przez co uwydatnia się wyraźnie właściwe usadowienie sprawy zakaźnej; wreszcie podnosi się ropienie.

Mimo więc znajdowania się surowicy w komorach w nadmiarze (w 2 ostatnich dniach zawartość wynosiła od 10—25%), mimo wybitnego jej działania na szczep zakażający, nie tylko in vitro, ale także in vivo, osiągnięto tutaj tylko połowiczny skutek leczniczy. Należy to tłómaczyć chyba bezsprzecznie brakiem dostatecznego współdziałania ze strony ustroju, nieodzownego widocznie nawet przy najenergiczniejszem działaniu surowicy. Jeżeli chodzi o stwierdzenie, jakiego czynnika tutaj brakowało, to należy podnieść, że nie mogło chodzić o brak uodpornienia ogólnego, wbrew oczekiwaniom było ono bowiem dość znaczne (wartość surowicy chorego wynosiła 63), nie chodziło o brak miejscowy fagocytów zwykłych, ani ciałek eozynochłonnych i zasadochłonnych, wykazano je bowiem w dostatecznej ilości. Nie mogło chodzić o brak dopełniacza, gdyż w takim razie surowica nie byłaby oddziałała wogóle wcale na zakażenie. Pozostawałoby więc jeszcze przypuszczenie, że chodziło o brak energji życiowej w tych komórkach, w których toczy się właściwa sprawa zakaźna, tj. w komórkach nabłonkowych, brak tego rodzaju, że mimo obecności surowicy swoistej, nie mogły się one uporać z zakażającemi je meningokokami. Popiera to przypuszczenie zjawienie się w dniu 21 w obu komorach dużej ilości meningokoków, przeważnie dobrze utrzymanych, a usadowionych w komórkach nabłonkowych.

Współdziałanie ustroju, konieczne dla działania leczniczego, tylko wyjątkowo niedopisuje. Ze zjawiskiem tem spotykamy się szczególnie często u niemowląt, zwłaszcza karmionych sztucznie lub wcześnie dokarmianych. Podobny jednak, chociaż nie tak daleko idący, brak współdziałania należy także przyjąć w przypadku 146*, jako wynik krańcowego wycieńczenia organizmu, wywołanego długą chorobą.

Właśnie dlatego jednak, że w obu tych przypadkach środki walki samego ustroju z zakażeniem były, jak się okazało, znikomo małe, a mimo to udało się zapomocą surowicy osięgnąć uderzające, chociaż tylko częściowe wyniki, to przypadki te stanowią o wiele lepszy dowód skuteczności surowicy, aniżeli wiele innych, w których się uzyskuje pełne wyleczenia.

W przypadku 147* zasługuje na omówienie dokładniejsze jeszcze jedno zjawisko, mianowicie obrzęk mózgowia, a to dlatego, że w związku z wiotkością tego narządu osiągnął on tutaj, szczególniej pod koniec życia, niebywale wysoki stopień i doprowadził do całego szeregu zjawisk następowych.

Należy tu wymienić przedewszystkiem wczesne rozwinięcie się znacznego wodogłowia (w 16. dniu choroby światło komór wynosi już 24,5 mm.). Wodogłowie to było niewątpliwie wynikiem bardzo wczesnego zamknięcia się rowków na powierzchni mózgu (tłumaczenie patrz przypadek 97*), a to znów spowodowało, że zmiany ropne szybko się tutaj cofnęły (patrz sekcja). Ponieważ rowki były zamknięte, więc płyn z komór mógł w zakresie czaszki wylewać się tylko do zbiorników u podstawy mózgowia, a zresztą odpływał do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia. Ten odpływ był początkowo tylko miernie utrudniony. Dnia 19. wynosi ciśnienie końcowe przy nakłuciu lędźwiowem 6, ciśnienie w komorze 12, zatem różnica ciśnień 6 mm. Hg. Dnia 20. różnica już jest większa — 9+18 równa się 9. Z dniem 21. zostaje połączenie nagle zupełnie przerwane, wtedy więc musiało nastąpić wklinowanie mózgowia do otworu potylicznego wielkiego (patrz sekcja). Stwierdzamy mianowicie tego dnia następujące stosunki: ciśnienie początkowe po nakłuciu lędźwiowem 40 mm. Hg.; spada ono po wypuszczeniu 16 cm^3 płynu do zera, a dalszy odpływ staje się zupełnie niemożebny. Bezpośrednio potem w komorze lewej ciśnienie 44 mm. Hg., spada znowu do zera po upuszczeniu 16 cm^3 płynu i dalszego wypływu uzyskać się nie udaje tak, że niemożebnem się staje oznaczenie położenia pierwotnego drugiej ściany komory, a podobnie i wstrzyknięcie surowicy. Widocznie ściany komory zupełnie się zapadły i zetknęły ze sobą, co możliwe było oczywiście tylko przy krańcowem zwiotczeniu tkanki mózgowia. Dalszem następstwem tego zamknięcia się komory lewej było przerwanie się połączenia z komorą prawą, bo tylko w ten sposób można zrozumieć, że bezpośrednio po skończeniu zabiegu po stronie lewej, stwierdzono w komorze prawej 29 mm. Hg. i otrzymano z niej 20 cm^3 płynu, a wtedy i tutaj także ciśnienie spadło do zera. Światło komory prawej oznaczono zawczasu na 5,5 mm. Hg., wynosiło ono zaś poprzedniego dnia 26 mm. To zwężenie komory, które tu tak szybko powstało, należy odnieść do rozwijania się znacznego obrzęku zapalnego mózgowia. Dziwne jest, że obrzęk wzrastał, mimo to, że przecież zakażenie było znacznie przytłumione skutkiem działania surowicy.

Wklinowanie mózgowia w połączeniu z poprzednio już istniejącem zamknięciem rowków jest powodem, że płyn komorowy niema gdzie odpływać, chyba do zbiorników na podstawie. Tem się też tłumaczy, że zawartość surowicy obniża się tylko powoli. Znajdujemy jej dnia 21. po stronie prawej, gdzie w przeddzień wykonano wstrzyknięcie, 25%, po stronie lewej 15%.

Był jeszcze jeden objaw obrzęku mózgowia, mianowicie wypuklenie ciemiączka, w dniu 21. znacznie większe, niż dni poprzednich. Wypuklenie to nie zmniejszyło się wcale po upuszczeniu płynu z komór (razem 36 cm^3) i doprowadzeniu w każdej z nich ciśnienia do zera, nie zależało więc na pewne od wodogłowia. Przypominam, że podobne tłumaczenie wypuklenia ciemiączka musiałem już przyjąć w przypadku 97*. Do obrzęku mózgowia należało także odnieść objawy kliniczne końcowe i samo zejście śmiertelne. Sekcja potwierdziła w całej pełni rozpoznanie obrzęku mózgowia i zwiotczenia jego tkanki.

Widzimy jasno na tym przykładzie, do jakich następstw prowadzić może wiotkość tkanki, tj. ten czynnik, na którego znaczenie ogólne dla całego organizmu dziecka zwracał uwagę C z e r n y z takim naciskiem, a tak bardzo słusznie, a którego ważność w szczególności w odniesieniu do tkanki mózgowia przy zapaleniu opon mózgowych podkreśliłem już dostatecznie w V. doniesieniu.

Przypadki.

P r z y p a d e k 143*. Dziewczyna 11-to letnia, o średniej budowie i odżywieniu, przyjęta w 5. dniu choroby. Stan względnie ciężki. Wyraźne przymglenie przytomności, bredzenia, niepokój, zrywania się, znaczna przeczulica ogólna, zez zbieżny. Czynny opór przy badaniu, uniemożliwiający dokładniejsze oznaczenie przykurczenia karku i objawu Kerniga. Obfite zakażenie i znaczne ropienie. Obrzęk mózgowia, zdradzający się początkowo utrudnieniem w przepływie płynu między komorami a kanałem kręgowym, czego wyrazem była różnica w ciśnieniach i wysoki wskaźnik białkowy w dniach 8 i 15, co jednak wyrównało się następnie w dniu 22.

Leczenie napotne, zastosowane od dnia 11, zdawało się oddziaływać na ten obraz korzystnie. Od dnia 12, a zwłaszcza w dniach 14 i 15 chora spokojniejsza i swobodniejsza, chętnie odpowiada na pytania, można ją nawet nakłonić do lekkiego śmiechu. Surowica chorej daje dnia 13 odczyn odchylenia w rozcieńczeniu 1:63, podczas gdy dnia 9 odczyn ten był ujemny. Jednak poprawa ta jest tylko pozorna. Równocześnie bowiem pojawia się od dnia 14. odruchowe drżenie kończyn, którego

czej ujemny. Meningokoków przybyło tak w stosunku do ciałek, jak i bezwzględnie w 1 mm³ płynu, były one dobrze utrzymane i obficie wyrastały w hodowli, a tylko okazywały bardzo silną aglutynację.

Od dnia 17. począwszy wstrzykiwano codziennie przez nakłucie skroniowe 11 cm³ surowicy naprzemian do komory lewej i prawej. Z uwagi na szerokość komór można się było mianowicie ograniczyć do wstrzykiwań jednostronnych; surowica dostawała się też rzeczywiście, jak wynika z oznaczeń, zupełnie dobrze do komory po stronie przeciwnej.

Wpływ tego leczenia uwydatnia się odrazu bardzo silnie. W 24 godziny po 1. wstrzyknięciu ilość meningokoków spada do 1/1000, w 48 godzin do 1/10000, w 72 godziny do 1/100,000 ilości początkowej; zwiększa się znacznie ilość ziarenkowców nadtrawionych i pochłoniętych przez ciałka białe wielojądrzaste, cofa się wyraźnie ropienie. Jednak nietylko że poprawa zatrzymuje się na tym poziomie, ale jeszcze w dniu 21. zaznacza się, mimo dalszego stosowania surowicy, wyraźne pogorszenie: przybywa nieco meningokoków ilościowo, co ważniejsza, są one znów w znacznej ilości (36 i 60%) dobrze utrzymane, więcej ich widać zewnątrz ciałek (32 i 8%), albo w komórkach nabłonkowych (39 i 37%), przez co uwydatnia się wyraźnie właściwe usadowienie sprawy zakaźnej; wreszcie podnosi się ropienie.

Mimo więc znajdowania się surowicy w komorach w nadmiarze (w 2 ostatnich dniach zawartość wynosiła od 10—25%), mimo wybitnego jej działania na szczep zakażający, nie tylko in vitro, ale także in vivo, osiągnięto tutaj tylko połowiczny skutek leczniczy. Należy to tłómaczyć chyba bezsprzecznie brakiem dostatecznego współdziałania ze strony ustroju, nieodzownego widocznie nawet przy najenergiczniejszem działaniu surowicy. Jeżeli chodzi o stwierdzenie, jakiego czynnika tutaj brakowało, to należy podnieść, że nie mogło chodzić o brak uodpornienia ogólnego, wbrew oczekiwaniom było ono bowiem dość znaczne (wartość surowicy chorego wynosiła 63), nie chodziło o brak miejscowy fagocytów zwykłych, ani ciałek eozynochłonnych i zasadochłonnych, wykazano je bowiem w dostatecznej ilości. Nie mogło chodzić o brak dopełniacza, gdyż w takim razie surowica nie byłaby oddziałała wogóle wcale na zakażenie. Pozostawałoby więc jeszcze przypuszczenie, że chodziło o brak energji życiowej w tych komórkach, w których toczy się właściwa sprawa zakaźna, tj. w komórkach nabłonkowych, brak tego rodzaju, że mimo obecności surowicy swoistej, nie mogły się one uporać z zakażającemi je meningokokami. Popiera to przypuszczenie zjawienie się w dniu 21 w obu komorach dużej ilości meningokoków, przeważnie dobrze utrzymanych, a usadowionych w komórkach nabłonkowych.

Współdziałanie ustroju, konieczne dla działania leczniczego, tylko wyjątkowo niedopisuje. Ze zjawiskiem tem spotykamy się szczególnie często u niemowląt, zwłaszcza karmionych sztucznie lub wcześnie dokarmianych. Podobny jednak, chociaż nie tak daleko idący, brak współdziałania należy także przyjąć w przypadku 146*, jako wynik krańcowego wycieńczenia organizmu, wywołanego długą chorobą.

Właśnie dlatego jednak, że w obu tych przypadkach środki walki samego ustroju z zakażeniem były, jak się okazało, znikomo małe, a mimo to udało się zapomocą surowicy osiągnąć uderzające, chociaż tylko częściowe wyniki, to przypadki te stanowią o wiele lepszy dowód skuteczności surowicy, aniżeli wiele innych, w których się uzyskuje pełne wyleczenia.

W przypadku 147* zasługuje na omówienie dokładniejsze jeszcze jedno zjawisko, mianowicie obrzęk mózgowia, a to dlatego, że w związku z wiotkością tego narządu osiągnął on tutaj, szczególniej pod koniec życia, niebywale wysoki stopień i doprowadził do całego szeregu zjawisk następowych.

Należy tu wymienić przedewszystkiem wczesne rozwinięcie się znacznego wodogłowia (w 16. dniu choroby światło komór wynosi już 24,5 mm.). Wodogłowie to było niewątpliwie wynikiem bardzo wczesnego zamknięcia się rowków na powierzchni mózgu (tłumaczenie patrz przypadek 97*), a to znów spowodowało, że zmiany ropne szybko się tutaj cofnęły (patrz sekcja). Ponieważ rowki były zamknięte, więc płyn z komór mógł w zakresie czaszki wylewać się tylko do zbiorników u podstawy mózgowia, a zresztą odpływał do przestrzeni podpajęczynówkowej rdzenia. Ten odpływ był początkowo tylko miernie utrudniony. Dnia 19. wynosi ciśnienie końcowe przy nakłuciu lędźwiowem 6, ciśnienie w komorze 12, zatem różnica ciśnień 6 mm. Hg. Dnia 20. różnica już jest większa — 9+18 równa się 9. Z dniem 21. zostaje połączenie nagle zupełnie przerwane, wtedy więc musiało nastąpić wklinowanie mózgowia do otworu potylicznego wielkiego (patrz sekcja). Stwierdzamy mianowicie tego dnia następujące stosunki: ciśnienie początkowe po nakłuciu lędźwiowem 40 mm. Hg.; spada ono po wypuszczeniu 16 cm³ płynu do zera, a dalszy odpływ staje się zupełnie niemożebny. Bezpośrednio potem w komorze lewej ciśnienie 44 mm. Hg., spada znowu do zera po upuszczeniu 16 cm³ płynu i dalszego wypływu uzyskać się nie udaje tak, że niemożebnem się staje oznaczenie położenia pierwotnego drugiej ściany komory, a podobnie i wstrzyknięcie surowicy. Widocznie ściany komory zupełnie się zapadły i zetknęły ze sobą, co możliwe było oczywiście tylko przy krańcowem zwiotczeniu tkanki mózgowia. Dalszem następstwem tego zamknięcia się komory lewej było przerwanie się połączenia z komorą prawą, bo tylko w ten sposób można zrozumieć, że bezpośrednio po skończeniu zabiegu po stronie lewej, stwierdzono w komorze prawej 29 mm. Hg. i otrzymano z niej 20 cm³ płynu, a wtedy i tutaj także ciśnienie spadło do zera. Światło komory prawej oznaczono zawczasu na 5,5 mm. Hg., wynosiło ono zaś poprzedniego dnia 26 mm. To zwężenie komory, które tu tak szybko powstało, należy odnieść do rozwijania się znacznego obrzęku zapalnego mózgowia. Dziwne jest, że obrzęk wzrastał, mimo to, że przecież zakażenie było znacznie przytłumione skutkiem działania surowicy.

Wklinowanie mózgowia w połączeniu z poprzednio już istniejącem zamknięciem rowków jest powodem, że płyn komorowy niema gdzie odpływać, chyba do zbiorników na podstawie. Tem się też tłumaczy, że zawartość surowicy obniża się tylko powoli. Znajdujemy jej dnia 21. po stronie prawej, gdzie w przeddzień wykonano wstrzyknięcie, 25%, po stronie lewej 15%.

Był jeszcze jeden objaw obrzęku mózgowia, mianowicie wypuklenie ciemiączka, w dniu 21. znacznie większe, niż dni poprzednich. Wypuklenie to nie zmniejszyło się wcale po upuszczeniu płynu z komór (razem 36 cm³) i doprowadzeniu w każdej z nich ciśnienia do zera, nie zależało więc na pewne od wodogłowia. Przypominam, że podobne tłumaczenie wypuklenia ciemiączka musiałem już przyjąć w przypadku 97*. Do obrzęku mózgowia należało także odnieść objawy kliniczne końcowe i samo zejście śmiertelne. Sekcja potwierdziła w całej pełni rozpoznanie obrzęku mózgowia i zwiotczenia jego tkanki.

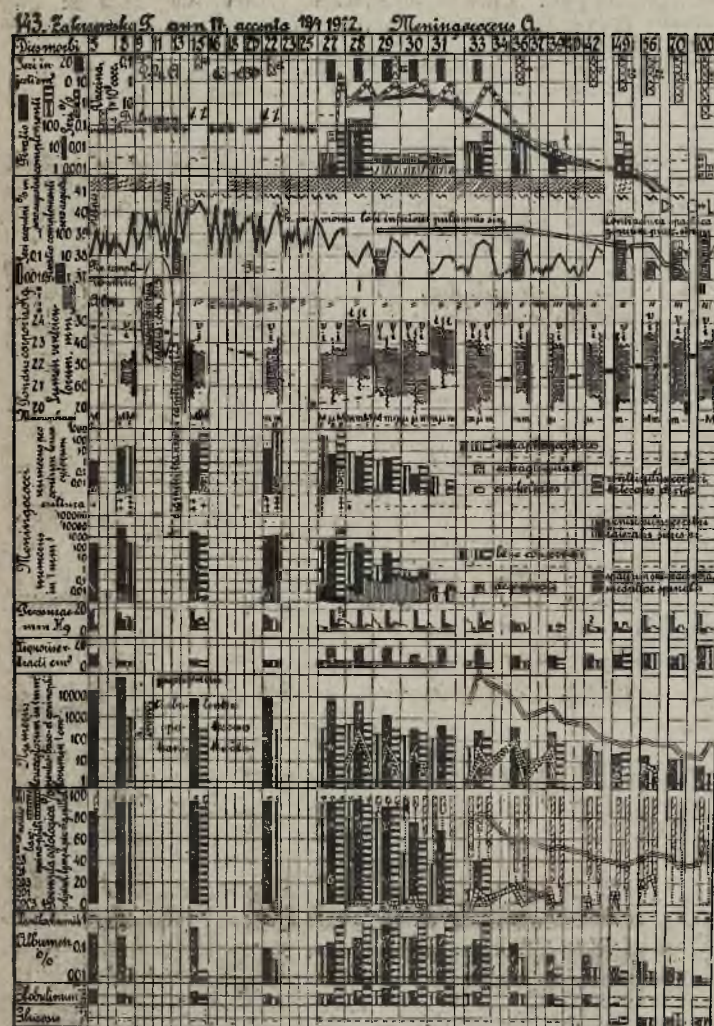
Widzimy jasno na tym przykładzie, do jakich następstw prowadzić może wiotkość tkanki, tj. ten czynnik, na którego znaczenie ogólne dla całego organizmu dziecka zwracał uwagę C z e r n y z takim naciskiem, a tak bardzo słusznie, a którego ważność w szczególności w odniesieniu do tkanki mózgowia przy zapaleniu opon mózgowych podkreśliłem już dostatecznie w V. doniesieniu.

Przypadki.

P r z y p a d e k 143*. Dziewczyna 11-to letnia, o średniej budowie i odżywieniu, przyjęta w 5. dniu choroby. Stan względnie ciężki. Wyraźne przymglenie przytomności, bredzenia, niepokój, zrywania się, znaczna przeczulica ogólna, zez zbieżny. Czynny opór przy badaniu, uniemożliwiający dokładniejsze oznaczenie przykurczenia karku i objawu Kerniga. Obfite zakażenie i znaczne ropienie. Obrzęk mózgowia, zdradzający się początkowo utrudnieniem w przepływie płynu między komorami a kanałem kręgowym, czego wyrazem była różnica w ciśnieniach i wysoki wskaźnik białkowy w dniach 8 i 15, co jednak wyrównało się następnie w dniu 22.

Leczenie napotne, zastosowane od dnia 11, zdawało się oddziaływać na ten obraz korzystnie. Od dnia 12. a zwłaszcza w dniach 14 i 15 chora spokojniejsza i swobodniejsza, chętnie odpowiada na pytania, można ją nawet nakłonić do lekkiego śmiechu. Surowica chorej daje dnia 13 odczyn odchylenia w rozcieńczeniu 1:63, podczas gdy dnia 9 odczyn ten był ujemny. Jednak poprawa ta jest tylko pozorna. Równocześnie bowiem pojawia się od dnia 14. odruchowe drżenie kończyn, którego

przedtem nie było, a które utrzymuje się następnie do 91 dnia choroby. Badanie płynów z dnia 15 wykazuje, że zakażenie w czasie od 8 dnia wzmogło się w komorach 10-krotnie i także później do dnia 22 już się nie obniżyło, dalej, że komory za-



Przypadek 143*

częły się wyraźnie rozszerzać. Także klinicznie zaznacza się zresztą od dnia 16 wyraźne pogorszenie: wyraz twarzy znów bolesny, czoło zmarszczone, stolce częste i wolne. Dnia 21 po kąpieli dreszcz, dnia 23 wyraźne objąwy nacieku zapalnego w dolnym płacie płuca lewego. (Objawy te zaczęły się cofać w dniu 27, utrzymywały się jednak w śladach aż do dnia 34). Równocześnie znika uodpornienie ogólne (dnia 22). Na uwagę zasługuje tu także nizkość ciśnienia, nietylko w kanale kręgowym, ale i w komorach, np. dnia 27 tylko 5 mm. Hg., świadczyło ono bowiem o bardzo dotkliwem upośledzeniu czynności wydzielniczej splotów naczyniowych w związku z ciężkością sprawy chorobowej. Subnormalne to ciśnienie potem powoli się podnosi, ale po ostatecznem wyleczeniu sprawy zakaźnej, w związku z polepszeniem odpływu, znów opada i osięga najniższy poziom w dniach 39 i 42, mianowicie przy nakłuciu lędźwiowem 6 i 7 mm. Hg. Później jest znowu wyższe, często nawet przekracza stan prawidłowy, co jest objawem lepszej czynności splotów, a równocześnie świadczy o pewnem pozostałem na stałe upośledzeniu wsysania płynu mózgowo-rdzeniowego.

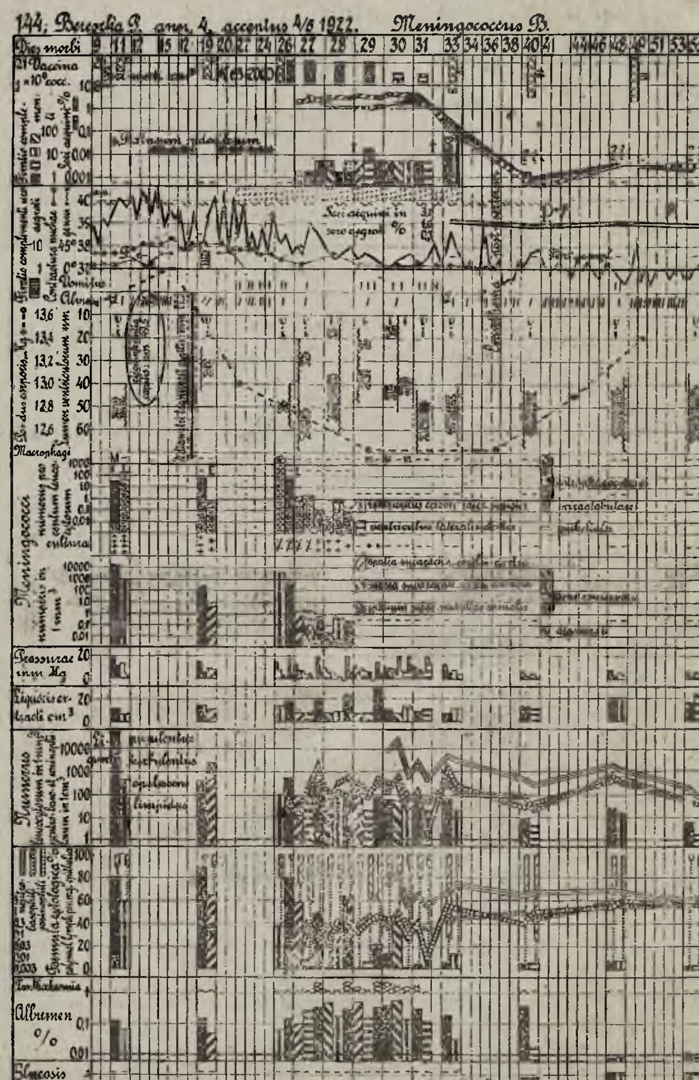
Zapomocą surowicy wstrzykiwanej nardzeniowo osiągnięto tu, jak to już omówiłem, wyleczenie sprawy swoistej w ciągu 5 dni. Ciężkie zaburzenia czynnościowe utrzymywały się jednak mimo to bardzo długo. Chora, rozbudzona, wydawała się czasem zupełnie przytomną, odpowiadała na pytania, ale za chwilę mówiła znów od rzeczy, bredziła, co zapisano nawet jeszcze w dniu 54 choroby. Mocz i stolec oddawała chora pod siebie. Dopiero od dnia 89 zaczęła czasem wołać o naczynie, a wreszcie od dnia 112 przestała się zupełnie zanieczyszczać. Chora mogła się początkowo, nawet gdy ją się posadziło i gdy się trzymała drabinek łóżka, tylko krótko utrzymać się w położeniu siedzącem, trzęsła się przytem cała. Od dnia 45 leżała z silnie przykurczonemi kolanami, tak że pięty opierały się na pośladkach. Początkowo potrafiła czynnie sama kolana wyprostować, ale przy biernem wyprostowywaniu stawiała silny opór, krzycząc i broniąc się. Wkrótce także czynne prostowanie kolan było znacznie ograniczone. To przykurczenie występowało także bardzo wyraźnie, gdy chora mogła wreszcie o własnych siłach siadać (od dnia 115), a zwłaszcza gdy się już mogła utrzymać na nogach. Chodziła od dnia 115 trzymana za ręce, od dnia 127 o własnych siłach, trzymając się poręczy łóżek. Stawała wtedy na całej podeszwie stopy prawej, a tylko na palcach stopy lewej. Dopiero od dnia 132 przykurczenie zaczęło wyraźnie ustępować. Od dnia 142 chodziła chora nie trzymając się niczego i prostowała kolana dosyć dobrze. Bezpośrednio przed opuszczeniem kliniki (dzień 147) chodziła nieźle, tylko się przytem szybko nużyła.

Inteligencja chorej nie ucierpiała, jak się zdaje, zbyt dotkliwie.

Przypadek 144*. Chłopiec 4-letni, z nieznacznemi śladami przebytej krzywicy, zresztą o budowie i odżywieniu dobrem; przybył w 9 dniu choroby.

Przypadek przedstawiał się klinicznie jako miernie ciężki, ale zakażenie było obfite, a objawy odczynowe w komorach, w szczególności fagocytoza, zupełnie niedostateczne.

W czasie stosowania leczenia napotnego, t. j. od dnia 14 do 25., zaznaczają się pewne korzystne zmiany, mianowicie opada wyraźnie ciepłota, zmniejsza się sztywność karku, znika



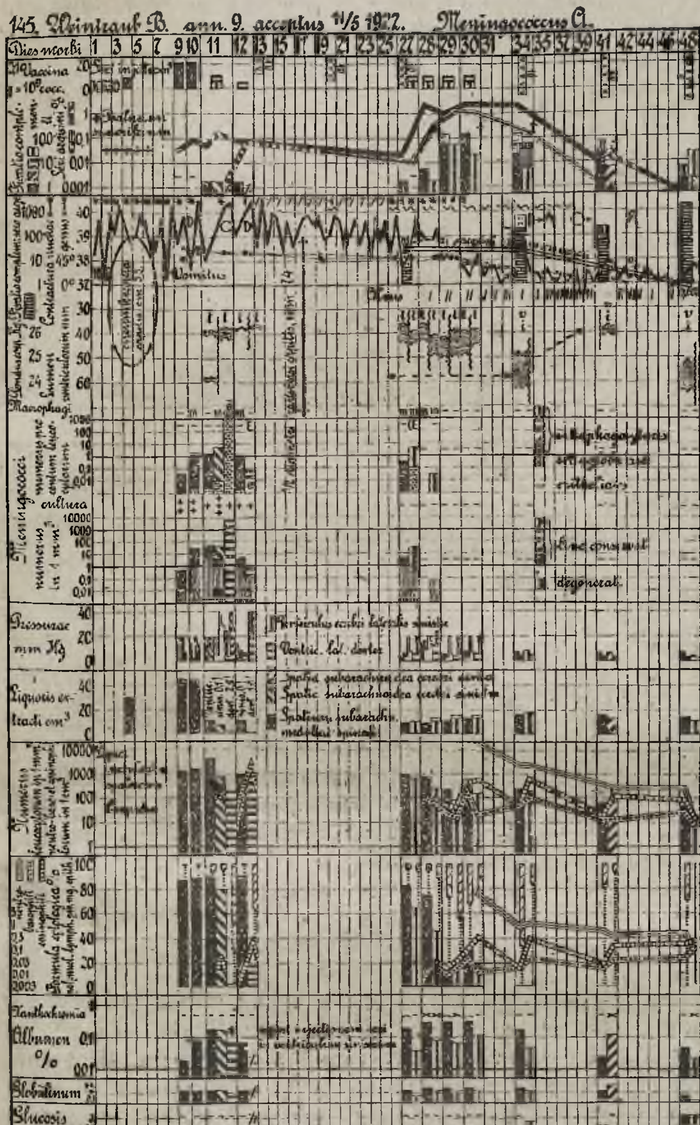
Przypadek 144*

z 22 dniem objaw Kerniga, zjawia się pewne uodpornienie ogólne (wartość surowicy dnia 19 wynosi 6). Ale także w tym przypadku polepszenie okazuje się tylko pozornem, gdyż równocześnie, od dnia 22 zaczynają się pojawiać wymioty, objaw rozwijającego się wodogłowia, zanika apetyt, a w związku z obu, temi objawami opada w tym czasie i bezpośrednio potem ciężar ciała i powstaje bardzo znaczne wychudnienie. Przytem natężenie zakażenia, jak wynika z porównania stosunków w komorze lewej dnia 11 i 26, zwiększa się wyraźnie; powiększa się wreszcie światło komór (28 dzień w porównaniu do 11).

Surowica wstrzykiwana nardzeniowo od dnia 26 załatwia się z zakażeniem w ciągu 4 dni. Jednak w związku z wytworzonem już poprzednio wodogłowiem, zdrowienie jest bardzo powolne. Wymioty ustają dopiero 33 dnia choroby, łaknienie poprawia się od dnia 41. Apatja zmniejsza się wyraźnie z dniem 34: chory jest weselszy, zaczyna się zajmować otoczeniem. Począwszy od dnia 41 uśmiechał się czasami nieznacznie, ale do końca usposobienie jego jest raczej smętne. Tego samego dnia ustąpiło drżenie kończyn odruchowe i wtedy także chory zaczął o własnych siłach siadać w łóżku; dnia 43 potrafił już utrzymać się na nogach i chodzić, jeżeli się go podtrzy-

mywało, od dnia 51 chodził sam, trzymając się poręczy łóżek, a od dnia 53 mógł chodzić bez oparcia.

Przypadek 145*. Chłopiec 9-letni, dobrze zbudowany i odżywiony. Objawy typowe dosyć ciężkie. Leczony był najprzód w domu przez lekarza ordynującego, mianowicie od drugiego do piątego dnia, stosownie do wskazówek Arnolda zabiegami napotnemi; dnia 4 wykonano także wstrzyknięcie nardzeniowe 10 cm surowicy, wszystko bez najmniejszego wpływu. Potem między dniem 9—12 następują wstrzykiwania nardzeniowe i dokomorowe, wykonywane przezemnie, o czem już zdawałem sprawę. Upłynęło 15 dni, zanim się rodzice zdecydowali oddać chorego do kliniki. Przez ten czas stosowano tylko co tydzień, w dawkach wzrastających, szczepionkę. Po wyleczeniu sprawy swoistej zapomocą wstrzykiwań dokomorowych, szybki względnie powrót do zdrowia. Sztywność karku ustępuje z dn. 33, drżenie kończyn z dniem 39, objaw Kerniga z 42. Siadanie od dnia 33, stanie przy pomocy od dnia 36, chodzenie o własnych siłach od dnia 43, uśmiechanie lekkie od dnia 34, pełne od 39.

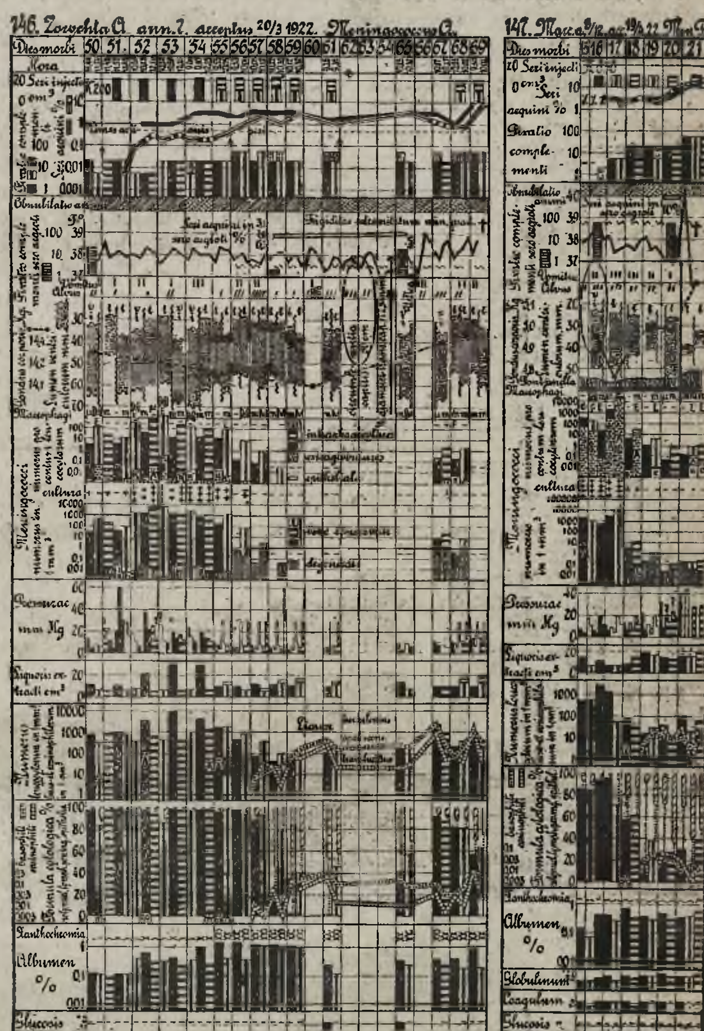


Przypadek 145*

Przypadek 146*. Chłopiec 7-letni, o dobrej budowie, przyjęty w 50 dniu choroby, w stanie krańcowego wyniszczenia, z brzuchem wpadniętym, z ciężarem ciała 14,3 kg. Ponieważ ciężar ciała wynosi w tym wieku prawidłowo około 20.6 kg., okazuje się, że chory utracił w ciągu choroby prawie $^1/_3$ swej pierwotnej wagi. Według podania lekarza ordynującego, był on z początkiem choroby odżywiony dobrze. Objawy były typowe, średnio ciężkie. Stosowano od początku 2-go tygodnia leczenie napotne wedle metody Arnolda, raz dziennie i to, jak się początkowo zdawało, z dobrym skutkiem; jednak w drugim tygodniu chory ogłuchł. Leczenie przerwano dopiero wtedy, gdy w połowie 4-go tygodnia wystąpiły wyraźne objawy rozwijającego się wodogłowia: drgawki, częste wymioty, bezsenność i znaczne osłabienie, nieco później bezwiedne moczenie. W 6-tym tygodniu wrócono jednak znowu do kąpieli gorących, a zaprzestano ich zupełnie dopiero w 7-ym z powodu wzrastającego osłabienia dziecka.

W klinice stwierdzono znaczne przymglenie przytomności, oddawanie moczu i kału pod siebie. Co do objawów oponowych, to na uwagę zasługuje, że objaw Kerniga był ujemny, a głowę można było, bez użycia większej siły, zupełnie zgiąć, przytem jednak chory przestawał oddychać; po chwili następował długi wdech z płaczem. Przypominam, że podobny bezdech po zgięciu głowy, okazywała chora 141* dnia 21, gdy w stanie zupełnej bezprzytomności sztywność karku na jeden dzień całkiem ustąpiła.

Ten stan, bez większych zmian, może z pewnem nieznacznem polepszeniem przytomności po stłumieniu sprawy zakaźnej, utrzymywał się aż do śmierci. Od dnia 60 zaznacza się lekka sztywność kończyn.



Przypadek 146* i 147*

Badanie pośmiertne. Opony miękkie na sklepistości i bocznych częściach podstawy mózgu cienkie, gładkie, lśniące. Rowki zupełnie zamknięte, zwoje spłaszczone. Zbiorniki naokoło pnia mózgu wypełnione masą galaretowatą. Nigdzie na powierzchni mózgu niema ani śladu ropy. Komory znacznie rozszerzone, wypełnione płynem żółtawym (surowica wstrzyknięta), w tylnych rogach skrzepiki krwi. Na wyściółce i splotach wiotkie nalociki; ropy nigdzie nie widać. Trochę ropy znaleziono natomiast na tylnej powierzchni rdzenia. Przestrzeń podpajęczynówkowa rdzenia była wszędzie drożna. Wiotkie zlepy pajęczynówki z twardówką. Inne narządy bez zmian istotnych.

Przypadek 147*. Chłopiec 8 miesięczny; karmiony był tylko przez pierwszy tydzień życia wyłącznie piersią, potem dokarmiany co 2 godziny mlekiem $^1/_3$. Od 4 miesiąca karmiony tylko jedną piersią i dokarmiany co 3 godziny mączką owsianą z mlekiem i cukrem. Od 6 miesiąca dostawał 1—2 razy dziennie bułeczki i grysik, od 7 miesiąca czasem ciastko kupne.

Wyraźna krzywica; nasady kości zgrubiałe, różaniec, potylica podatna, brak zębów. Skóra blada, wiotka, podściółka tłuszczowa skąpa, mięśnie słabo rozwinięte, wiotkie. Ciężar ciała 4950 g. (prawidłowy ciężar w tym wieku 7960).

Przymglenie przytomności, oczy zwrócone ku dołowi, lekko wytrzeszczone, w ten sposób, że nad rogówką widać

*) Zmiany te zasługują na uwagę. Znajdują się one mianowicie w miejscach, w zakresie których z chwilą śmierci nie można już było stwierdzić żadnej sprawy zapalnej, stanowią jednak najlepszy dowód, że w początkach choroby przestrzeń podpajęczynówkowa całej powierzchni mózgu musiała brać udział w zapaleniu. Porównaj moją dyskusję z Woringerem. (6).

część twardówki, nie pokrytej górną powieką. Sztywności karku, a podobnie objawów Kerniga i Brudzińskiego, wykazać nie można. Wypuklenie ciemiączka, drżenie odruchowe kończyn. Dnia 20 popołudniu wystąpiło prężenie ogólne, trwające 3 godziny, oddech charczący, sztywność kończyn, zwężenie źrenic. Popołudniu nóżki zimne, nieprzyjmowanie pokarmu, oddech charczący, coraz słabszy.

Sekcja. Opony na sklepistości i bocznych częściach podstawy mózgu cienkie, gładkie, lśniące, bez śladu ropy. Nietylko rowki, ale nawet bruzdy Sylwjusza zupełnie zamknięte; zwoje spłaszczone. Gęsta ropa w zbiornikach podstawy, mianowicie od mostu Varola do skrzyżowania nerwów wzrokowych i ku bruździe prawej Sylwjusza. Półkule móżdżku stykają się ze sobą poza rdzeniem przedłużonym na szerokiej przestrzeni, tak że nie widać pomiędzy niemi dolnego robaka. Wewnętrzna część półkul obejmuje przytem ściśle rdzeń przedłużony i jest oddzielona od reszty móżdżku rowkiem, stanowiącym odcisk brzegu otworu potylicznego wielkiego. W zakresie części, które były wklinowane do otworu potylicznego, przestrzenie podpajęczynówkowe zupełnie zacieśnione.

Wiotkie zlepy pajęczynówki z twardówką na szczycie mózgu, także na częściach bocznych*), ale głównie w okolicy zbiorników na podstawie.

Komory nieznacznie rozszerzone, płynu w nich mało, ropy niema wcale. Tylko komora 4-ta nieco więcej rozszerzona; otwory Luschki drożne.

Substancja mózgu bardzo blada, wiotka, prawie rozpływająca się, przepojona znaczną ilością cieczy.

Opony rdzenia na przedniej powierzchni nie zawierają ropy; nie można jednak tutaj wykazać zgłębnikiem drożności przestrzeni podpajęczynówkowej.

Na tylnej powierzchni, środkiem, dość grube pokłady ropy starszej, widocznie przerośniętej już tkanką łączną ziarninową, gdyż nie można przez nie przedostać się zgłębnikiem; przeciwnie w bocznych częściach przestrzeń podpajęczynówkowa drożna. Wiotkie zlepy pajęczynówki z twardówką.

Narządy wewnętrzne blade, zresztą bez zmian istotnych, tylko wątroba okazuje na przedniej powierzchni głębokie odciski od różańcowatych zgrubień żeber.

Wnioski.

1) Wyleczenie przy leczeniu napotnem należy pojmować tylko jako wyleczenie samoistne. Widoki osiągnięcia tego korzystnego wyniku są temsamem bardzo ograniczone.

2) Leczenie napotne nie może się pod żadnym względem mierzyć z leczeniem zapomocą surowicy; jest nawet rzeczą wątpliwą, czy wywiera ono wogóle jakikolwiek istotny dodatni wpływ na sprawę zakaźną. Przeciwnie surowica działa wybitnie swoiście i, jeżeli tylko spełnione są warunki, konieczne dla jej działania, osiąga z reguły zupełne stłumienie sprawy zakaźnej w ciągu 4—5 dni.

3) Leczenie napotne, a raczej zaniechanie lub odwlekanie leczenia surowicą, łączy się dla chorego z bardzo poważnemi niebezpieczeństwami, jakie grożą zawsze, gdy sprawa zakaźna się przeciąga.

4) Jeżeli niema większych utrudnień w przepływie płynu między przestrzenią podpajęczynówkową rdzenia a komorami mózgowemi, to surowica wstrzyknięta nardzeniowo może się dostawać w dostatecznem stężeniu do komór i wywierać tutaj działanie lecznicze, rozciągające się niekiedy nawet na 2 doby. Wpływ na sprawę zakaźną nie ustępuje wtedy zupełnie wpływowi, który się osiąga przy wstrzykiwaniach dokomorowych.

5) Jeżeli jednak surowica wstrzyknięta nardzeniowo znajduje się tylko w przestrzeni podpajęczynówkowej w dostatecznem stężeniu, ale działanie jej nie rozciąga się na komory, to — w związku z tem, że w przestrzeni podpajęczynówkowej sprawa nie jest samoistna, lecz polega na ciągłym dowozie materjału zakaźnego z komór — nie wywiera to żadnego wpływu na sprawę zakaźną, nietylko w komorach, ale nawet w samej przestrzeni podpajęczynówkowej.

6) W takich przypadkach można jeszcze niejednokrotnie uzyskać stłumienie sprawy zakaźnej, stosując surowicę dokomorowo. W ten sposób zostaje udowodniona wyższość tego sposobu nad wstrzykiwaniami nardzeniowemi.

Piśmiennictwo.

1) W. Arnold: O leczeniu napotnem nagminnego zapalenia opon. Pol. Czasop. lek. 1921. Nr. 1. — 2) J. Raczyński. Doświadczenia z leczenia nagminnego zapalenia opon mózgowych zapomocą surowicy Jochmanna. Lwów. Tyg. Lek. 1907. Nr. 29. i Wien. klin. Woch. 1907. Nr. 52. — 3) Rolleston Brit. med. Journ. Ref. w Deutsche med. Woch. 1915. Nr. 48, str. 1434. — 4) F. Gröer: O leczeniu djetetycznem w chorobach zakaźnych u dzieci. Lw. tyg. lek. 1920. Nr. 1. — 5) Lewkowicz. Leczenie swoiste nagminnego zapalenia opon. V. doniesienie, przypadki 85—114. Przegląd lek. 1920. Nr. 3 i Arch. de méd. des Enfants 1921. Nr. 6 i 7. — VI doniesienie, przypadki 116—140. Rozprawy Akad. Nauk lek. 1922. Tom I (2). — VII doniesienie, przypadki 141 i 142. Pol. Gazeta lek. 1922. Nr. 5. — 6) K. Lewkowicz: Méningites méningococciques á forme ventriculaire. Archives de Méd. des Enfants. 1921. Nr. 9.

Uwag kilka do pracy Dr. A. Zawadzkiego »Przedziurawienia pęcherzyka żółciowego«.

W Nr. 47. P. Gaz. L. znajdujemy interesującą rzecz, którą na jednem z posiedzeń Sekcji Gastrolog. W. Tow. Lek. wygłosił Dr. A. Zawadzki. Wywołała ona żywe zajęcie i wymianę zdań, wzmacniając prąd, dążący do radykalnego leczenia spraw zapalnych pęcherzyka, przebiegających często złośliwie i groźnie. Chciałbym tu nietylko »pro domo mea«, ale i »nostra«, zwrócić uwagę, że słowa Szan. Autora :... a w polskiem (piśmiennictwie), zdaje się, nie opisywanych... wymagają sprostowania.

1) Otóż w roku 1888 opisał Bączkiewicz wyłuszczenie przetok (po przebiciu samoistnem) pęcherzyka, zwężających odźwiernik i będących pośrednią przyczyną dużego rozszerzenia żołądka. Żołądek ten pokazywany był przez dziekana Brodowskiego i Sokołowskiego, a opisany w Gaz. Lek. Nr. 17. p. t. „Przypadek niezwykłego rozszerzenia żołądka".

2) Autor niniejszego opisał w 1891 r. rzecz podobną do powyższej: kamienie żółciowe w żołądku. Przyczynek do etjologji rozszerzenia żołądka. Gazeta Lekarska Nr. 19.

3) Reichman o podobnych sprawach wzmiankuje w 1891 r.: Kilka słów o powstawaniu, objawach i leczeniu kamicy żółciowej. Odczyt kliniczny Nr. 34.

4) Fr. Jowdyński w 1893 r. podaje: Przyczynek do chirurgji dróg żółciowych, dziewięć przypadków operacji na pęch. żółciowym. Przegląd Chirurgiczny (1893).

5) W r. 1896. przypadki samoistnego przedziurawienia pęcherzyka i wyłuszczania ropni i przetok skórnych pokazywał na pos. Tow. Lek. chirurg Stankiewicz i ginekolog Neugebauer. Sprawozdanie z pos. Tow. Lek. War. Medycyna Nr. 10 i 14.

6) Korczyński w pracy z r. 1896: Uwagi kliniczne w sprawie ropnych zapaleń w następstwie kamicy żółciowej, Medycyna Nr. 13, 14, 16 i 17 (1896), temat ten porusza.

7) Wreszcie, piszący te słowa w Nr. 26 Medycyny z r. 1896 umieścił pracę większą, gdzie podał opis szczegółowy a) przypadku przetoki, wytworzonej po przebiciu się ropnia (wraz z kamieniem żółciowym i żółcią) do okrężnicy, b) przypadku przetoki skórnej (drugi przypadek po przypadku Jowdyńskiego, po raz pierwszy w piśm. naszem opisanym) i zebrał dostępne mu piśmiennictwo obce i rodzime. (Przyczynek do etjologji przetok żółciowych).

Sądzę, że, nie czyniąc ujmy wartości klinicznej pracy Dr. A. Z., uwagi te będą jej dopełnieniem historyczno-literackiem, co prawda, jedynie do roku wydania mej pracy t. j. do 1896. Należałoby jeszcze przejrzeć roczniki ostatnich lat 26-ciu, lecz nie mogłem tego uskutecznić.

Dr. Ig. Grundzach (Warszawa).

Z praktyki.

Dr. STANISŁAW BARDECKI. Cieszanów.

Zejście ciąży trąbkowej przez odbytnicę.

B. Cz. 30 lat, wdowa od czterech lat, zaszła w 1915 r. w ciążę i czuła, że brzuch jej powiększa się nie ponad spojeniem łonowem, lecz więcej po stronie lewej. W 5. miesiącu ciąży uczuła nagle dołem silne kurcze, pobudzanie do wymiotów, parcie na stolec i miała, jak podaje, wielkie wzdęcie brzucha. Wezwani wówczas lekarze, między innymi lekarz powiatowy cieszanowski Dr. Kruczek, rozpoznali pęknięcie ciąży trąbkowej lewostronnej do jamy brzusznej. Po 9 tygodniowem leżeniu w łóżku, w którym to czasie była miesiączka, chora wstała, czując jednak stale guz w lewem podbrzuszu, a po 5 miesiącach po przebyciu tego cierpienia zaszła w ciążę

i urodziła donoszoną córkę. Chora podaje, że w czasie tej normalnej ciąży czuła, w miarę powiększania się macicy, zmniejszanie się guza, który po porodzie wystąpił z powrotem i utrzymywał się jeszcze przez 6 lat, sprawiając jej tylko uczucie ciążenia w brzuchu i ogólne zmniejszenie się sił do pracy.

20. listopada br. po poprzednich wysiłkach w pracy, tj. noszeniu zboża w workach na plecach, uczuła chora w nocy silne kurcze w brzuchu a rano miała trzy stolce, pierwszy twardy, następne wolne, a po oddaniu ostatniego wymacała palcem kość tkwiącą w odbytnicy. Zawezwany do chorej zastałem ją siedzącą na garnku z gorącą wodą, a palcem wyczułem również kość płaską o brzegach zębatych zaklinowaną w odbycie. Po ułożeniu chorej w łóżku na bok wyciągnąłem klemą płaską kość czaszki płodu poczem wysunąłem ruchami ciągnącemi palcem jeszcze dwie kości czaszki i kość długą. Przez powłoki brzuszne nie wyczułem żadnego guza a chora podała, że po stolcach guz ten zniknął. Obecnie po 2 tygodniach czuje się dobrze, pracuje, uczuwa tylko w czasie pracy lekki ciągnący ból w lewem podbrzuszu, który w czasie leżenia ustępuje, i ma częste wolne stolce pokryte śluzem. W czasie obecnej choroby nie gorączkowała, łaknienie dobre, siły utrzymane.

Mieliśmy tu więc do czynienia z ciążą trąbkową lewostronną, która przed 7 laty pękła do jamy brzusznej, otorbiła się wówczas, zamieniła się w »lithopädion«, a po tym okresie czasu zwapniały ten płód przebił się do kiszki stolcowej, wyszedł z stolcem, a resztki jego kości usunąłem palcem.

Oceny i sprawozdania.

Ruffer M. A. **Studies in the palaeopathology of Egypt.** Chicago. The University of Chicago Press. 1921, str. 372 i 71 tablic. Cena 10 dolarów.

Wytworne to dzieło z za morza, wydane na doskonałym papierze, zaopatrzone w ogromną ilość tablic czarnych i barwnych, przedstawia piękny kontrast z wydawnictwami kontynentu europejskiego. Treść niemniej bogata i piękna. Autor z górą 20 lat spędził w Egipcie, gdzie dużo czasu poświęcił na badanie mumij egipskich pod względem anatomicznym, histologicznym, antropologicznym, patologicznym a nawet i bakterjologicznym. Obecnie wdowa po zmarłym podczas wojny autorze zebrała rozprawy męża, częściowo także obce, dodała fotografje, rysunki i tablice i wydała imponującą całość.

Okazuje się, że większość narządów ciał balsamowanych nie straciła w ciągu kilku tysięcy lat swojej budowy histologicznej i nietrudno pod mikroskopem rozpoznać mięśnie prążkowane, gładkie, serce, naczynia krwionośne, skórę, jelita, żołądek, wątrobę, nerki, kości, gruczoł sutkowy, jądra. Ze zmian patologicznych łatwo było rozpoznać miażdżycę tętnic makroskopowo i mikroskopowo, zmiany w kościach i stawach, będące następstwem, jak się zdaje, przewlekłego gośćcowego zapalenia stawów, arthritis deformans, spondylitis, chorobę Potta, przypadek guza miednicy, prawdopodobnie osteosarcoma, przypadek ospy u faraona z XX dynastji, kamienie żółciowe, zwapniałe w nerkach jaja motylicy krwawej (distomum haematobium Bilharzii), choroby pospolitej w Egipcie, wreszcie liczne, często daleko posunięte choroby zębów i zębodołów. Stan zębów mumij egipskich, przedstawiony w dziele Ruffera, obala raz na zawsze pogląd (frazes jeden z wielu), tak często powtarzany w podręcznikach historji medycyny, mianowicie, że w Egipcie dentystyka stała wysoko. Autor przedstawia cierpienia, jakie niewątpliwie znosili rozmaici faraonowie dlatego tylko, że dentysta nie umiał usunąć im zęba. Zmian kiłowych autor nie widział ani razu. Nietrudno było w niektórych przypadkach zabarwić rozmaite bakterje. Wogóle możliwe było podobne badanie nawet mumij predynastycznych, więc pochodzących z przed 6—7 tysięcy lat.

Autor opracował całą technikę badania histologicznego mumij. Wiadomo, że cała mumja, jak i wszystkie narządy są zupełnie suche, twarde i kruche. Trzeba więc było naprzód moczyć kawałki w słabym rozczynie alkalicznym, i potem dopiero autor przechodził do alkoholu celem robienia skrawków. Barwił zwykłemi metodami.

Najciekawszy jednak ze wszystkiego jest obfity materjał, dotyczący dynastyj egipskich, w których małżeństwa zawierano wśród najbliższych krewnych, a nawet wśród rodzeństwa przyrodniego i rodzonego. Według poglądów, zdawna przyjętych w nauce, małżeństwa kazirodcze prowadzą do zwyrodnienia umysłowego i cielesnego. Otóż materjał, zebrany przez Ruffera, nie potwierdza tej teorji. Autor bada to zagadnienie starannie i drobiazgowo. Zbiera cały istniejący materjał historyczny, a oprócz tego bada mumje faraonów i ich żon. W ten sposób zostały zbadane dynastje XVIII, XIX, XXI, a nadewszystko dynastja Ptolomeuszów, u których małżeństwa pomiędzy przyrodnimi lub rodzonymi braćmi i siostrami należały do związków zwykłych i to u szeregu pokoleń, następujących po sobie. Ruffer nie znalazł jednak w tych rodzinach ani jednego przypadku idiotyzmu, ani wogóle jakiegokolwiek zwyrodnienia psychicznego lub fizycznego.

Szumowski (Kraków).

Przegląd piśmiennictwa.

Choroby kobiece.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.
Vol. XXXV. 3. Wrzesień 1922.

Rub. T. Frank. **Rak kikuta szyi macicznej; przerzut w wyrostku robaczkowym.** Autor opisuje przypadek spostrzegany u murzynki. W rok po nadpochwowem odcięciu macicy z mięśniakami, stwierdzono raka na kikucie szyjnym — i objawy niedrożności przewodu pokarmowego. Nekroskopja wykazała, że wyrostek robaczkowy był jedynem miejscem przerzutu raka.

Mimo, że autorowi nie jest nieznanym fakt częstości raka na kikucie szyi i mimo, że autor przytacza pracę Polak'a, energicznie domagającą się zaniechania odcięcia nadpochwowego na korzyść całkowitego wyjęcia, mimo to wszystko radzi amputować, sądząc, że operacja ta jest mniej niebezpieczna od całkowitego wyjęcia macicy, po którem też może zjawić się rak w sklepieniach pochwy. Tyler zestawił 13 takich przypadków.

Vol. XXXV. 2. Sierpień 1922.

Henry Z. Meleney. **Syncytioma (atypowe chorioma) macicy zakończone ostrem zapaleniem otrzewny.** Autor rozwodzi się przedewszystkiem nad pytaniem, czy można w obrazie drobnowidowym odróżnić złośliwego nabłoniaka kosmówkowego od niezłośliwego. Na pytanie to nie odpowiada z całą pewnością, zwraca jednak uwagę na to, że z dwóch rodzajów komórek, biorących udział w tym nowotworze (syncytium i warstwa Langhansa) tylko komórki warstwy Langhansa okazują złośliwość. W bardzo złośliwych, przerzucających się guzach miano je stale znajdować, tam zaś, gdzie nowotworowo bujało samo syncytium, przebieg miał być niezłośliwy.

Autor zwraca ponadto uwagę na fakt, że te niezłośliwe syncytialne nowotwory nie rzadko wikłają się z ostrem zakażeniemmacicy, prowadzącem do śmierci z posocznicy lub z zapalenia otrzewny. Widocznie (tak sądzi autor) obumierające masy nowotworu stwarzają dobre warunki dla hodowli mikrobów, a związek mas tych z naczyniami krwionośnemi ułatwia uogólnienie się zakażenia.

Wedle zestawień Schmausa z 206 przypadków chorioma siedm zmarło z powodu sepsis, a we wszystkich tych siedmiu przypadkach guzy były dobrotliwe.

W końcu opisuje autor szczegółowo przypadek takiego zejścia śmiertelnego z powodu ostrego zapalenia otrzewny (łańcuszkowiec ropotwórczy) w przypadku łagodnego chorioma. Sekcja wykazała, że masy nowotworowe były punktem wyjścia zakażenia.

K. A. Scott: **Leukocytoza po operacjach ginekologicznych.** Nieraz pragnęłoby się wiedzieć w przypadkach gorączki po operacji, co jest gorączki tej przyczyną, w szczególności, czy nie ma ropienia, którego rozpoznanie ułatwić by mogło wykazanie leukocytozy. Tymczasem nie wiemy, czy po operacjach nie ma leukocytozy i bez ropienia. Autor badał

krew szereg razy, po różnych operacjach ginekologicznych, i doszedł do tego przekonania, że w przypadkach, w których nie było zakażenia, zjawiała się leukocytoza w pierwszych dniach po operacji, była nieznaczna (12 000—16,000) i znikała po kilku dniach. Nie wykazał natomiast autor żadnej równoległości między gorączką a leukocytozą pooperacyjną.

P a u l T. H a r p e r. **Pierścień Bandla a trudny poród.** Autor zwraca uwagę na to, że skurczony pierścień Bandla (pierścień skurczowy) może sam przez się utrudnić lub zgoła uniemożliwić poród. O istnieniu takiego skurczenia pierścienia zwykle nie wie się wcale, gdyż dostęp do niego nie jest łatwy. Szczególnie trudno jest wybadać taki pierścień, jeśli leży on ponad częścią przodującą, n. p. nad głową. Wówczas znaleźć go można dopiero po wprowadzeniu ręki do macicy.

Wszelkie drażnienie mechaniczne okolicy skurczonego pierścienia pogarsza stan. Takiem drażnieniem jest też pociąganie dziecka ku dołowi, n. p. przy operacji kleszczowej lub przy pociąganiu za nóżki. Niezrozumiałe skądinąd trudności rozwiązania pochodzą stąd, że pierścień obkurcza się dookoła płodu coraz mocniej i, płód ten poprostu trzymając, przeciwdziała sile ciągnącej płód ku dołowi.

Skurcz pierścienia zwykł ustawać dopiero w głębokiej narkozie; do narkozy tej nie potrzeba jednak chloroformu, wystarczy zapełnie eter. To też głęboka narkoza i nie drażnienie okolicy pierścienia, oto najodpowiedniejsze leczenie. Zdaniem H a r p e r a, skurczony pierścień jest często przyczyną trudności porodowych; tam, gdzie nie widzi się przyczyny innej, trzeba zawsze myśleć o pierścieniu, starać się go wybadać i zastosować odpowiednie leczenie.

A. Rosner (Kraków).

Monatschrift für Geburtshilfe u. Gynaekologie. Kwiecień 1922. T. 57. Z. 5.

K. de S n o o. **Znaczenie ciśnienia krwi w położnictwie.** Po krótkiem przedstawieniu zapatrywań na wzmożone ciśnienie krwi u ciężarnych, przechodzi autor do własnych spostrzeżeń.

Autor twierdzi, że ciśnienie wzmożone jest zależne od zatrzymania soli w organizmie, a razem z obrzękami jest konieczne do wystąpienia rzucawki. Przez podawanie bezsolnych potraw (u 500 chorych) uniknął drgawek porodowych, podczas gdy przy djecie mlecznej spostrzegał je dość często.

Chore ciężarne z podniesieniem ciśnienia dzieli na trzy grupy: 1) Kobiety, które przedtem były zupełnie zdrowe i miały prawidłowe ciśnienie (100—130 Hg) albo krótki czas po porodzie były bez objawów patologicznych. 2) Kobiety z podniesionem ciśnieniem przy zapaleniu nerek i 3) kobiety z tak zwaną pierwotną hypertensją.

U pierwszej grupy podniesienie ciśnienia nawet bez białkomoczu jest objawem zatrucia ciążowego, które prowadzić może do wybuchu rzucawki. Po zastosowaniu djety bezsolnej, ciśnienie opada, obrzęki i białkomocz się zmniejszają, a najpóźniej 14 dni po rozwiązaniu wszystkie te objawy powinny zniknąć. Jeżeli poza ten okres objawy te się przeciągają, mamy do czynienia ze schorzeniem nerek poważniejszem (*nephritis*). U drugiej grupy przebiega ciąża w pierwszej swojej połowie zwykle prawidłowo, w drugiej połowie dopiero podnosi się ciśnienie, zjawiają się wymioty, bóle głowy, krwawienia z błon śluzowych, wybroczyny na skórze i zaburzenia wzroku. Wzmożone ciśnienie ma poprzedzać wszystkie objawy, utrzymywanie się go zaś przez dłuższy czas po porodzie potwierdza rozpoznanie. U trzeciej grupy ze stale wzmożonem ciśnieniem ciąża nie pogarsza stanu, ciśnienie pozostaje w tych samych granicach, objawów zatrucia brak; leczenie zbyteczne.

Prof. O. F r a n k l. **Anatomja i fizjologja łożyska.** Autor odpowiada na artykuł Dr. Erchia (Monatschrift 55 H $^2/_3$). Odrzuca przypuszczenie, jakoby łożysko miało być pochodzedzenia matczynego. Płodowo-nabłonkowe (fetalnoektodermalne) pochodzenie łożyska zostało dostatecznie udowodnione przez Petersa, Junga, a zwłaszcza Grossera. Tak anatomo-porównawcze studja, jak i badania młodych płodów dowiodły, że zapłodnione jaje zagrzebuje się czynnie w błonę śluzową podłoża, niszcząc jego nabłonek.

H. B a u m m. **Przyczynek do przemieszczenia wrodzonego nerek.** U 28-letniej kobiety w 4 miesiącu ciąży stwierdzono po lewej stronie w miednicy guz, odpowiadający torbieli jajnikowej. Podczas zabiegu operacyjnego znaleziono jednak macicę dwurożną ciężarną i lewostronną, opadniętą nisko, w miednicy znajdującą się nerkę. Po uwolnieniu zrostów, podsunięto ją ku górze tak wysoko, jak na to pozwoliły krótkie w tym przypadku moczowody i naczynia, i przyszyto. Ciąża została zachowana w 6 miesiącu, jednak przyszło do niewczesnego porodu. Na podstawie tego i innych podobnych przypadków, stwierdza autor dość częste spotykanie się nieprawidłowego położenia nerki z wadami rozwojowemi wewnętrznych organów płciowych. Podkreśla również trudności djagnostyczne w podobnych przypadkach.

H. H i l l e l. **O cięciu cesarskiem po dawniej wykonanej operacji vaginofiksacji.** H. opisuje przypadek, w którym u 38-letniej kobiety, cztery lata przed ostatnią ciążą, z powodu wypadnięcia macicy wykonano t. zw. vaginaefixatio alta według M a c k e w h a d t a. Ciąża przebiegała bez zaburzeń, poród sam jednak spaźniał się i z powodu bardzo wielkiego dziecka zrobiono klasyczne cięcie cesarskie. Autor sądzi jednak, że sterylizacja przy wyżej wymienionej metodzie operacji wypadnięcia jest zbyteczna, ponieważ zrosty między trzonem macicy, a pochwą nadzwyczaj są rozciągliwe i nie utrudniają porodu.

L. K r u l l. **Państwowa klinika dla chorób kobiecych ze schroniskiem dla matek i oseskόw w Chemnicach.** Ilustracja i opis budynku oraz organizacji państwowej kliniki, która została w 1918 roku otworzona, (Nie nadaje się do streszczenia). *Józef Szymanowicz.* (Kraków).

Strahlentherapie. Tom XIII. Z. 1 i 2.

H. K u p f e r b e r g. **Siedmioletnia rocznica leczenia ginekologicznego raka naświetlaniem.** A l b e r s - S c h ö n b e r g pierwszy zapoczątkował naświetlania ginekologiczne w 1903. Krönig i Gauss w r. 1912 wprowadzili naświetlania wielomiejscowe i używanie filtrów aluminiowych, a w parę lat później przy współpracy fizyków Friedricha, Dessauera i Lauesa stworzyli szkołę głębokich naświetlań ginekologicznych. Autor przytacza szereg statystyk różnych autorów, z których wyciąga wniosek, że radioterapia nowotworów złośliwych macicy, daje co najmniej takie same wyniki, co chirurgia. W tej dziedzinie zasłużyli się Krönig, Gauss, Friedrich, Dessauer, Bumm, Warnekros, Seitz i Wintz. Wyłącznie zaś w terapji radem Döderlein, Menge i Kehrer. Ginekologiczny kongres w Berlinie 1920 nie rozstrzygnął jeszcze pytania, czy naświetlać należy po operacji, czy też tylko naświetlać, a nie operować. Dopóki istota działania radioterapji nie będzie dokładnie zbadana, tak długo opierać się trzeba będzie na kazuistycznych doniesieniach. Autor pracuje aparatami najnowszej konstrukcji (aparat Radio-Silex Kocha Sterzla z Drezna) i lampami Lilienfelda. Przy wtórnem obciążeniu 8 map pod 1 mm miedzi i 1 mm aluminium uzyskuje »carcinomdosis« w $2^1/_2$ godz. Naświetla przez 2 pola od przodu i tyłu i to powtarza w $^1/_4$, $^1/_2$, 1 i 2 latach. Równocześnie naświetla radem. Przed naświetlaniem stosuje wlewanie krwi (Warnekros) w postaci injekcji, jako środek uczulający — inne środki okazały się bezwartościowe. Miejscowo zaś w przypadkach nie operacyjnych raka stosuje wyskrobanie i przypalanie. Zestawia kilka statystyk przypadków wczesnych i nieoperacyjnych, operowanych i naświetlanych lub tylko naświetlanych a nieoperowanych. Dzieli na *ca vulvae, cervicis, corporis i ovarii.* Przypadków ogółem 198, z tych 12 zaginionych (*verschollen*). Naświetlanych a nieoperowanych 137, w tem wczesnych 43, które w 4. roku po naświetlaniach dały 33% wyleczenia, w 6. zaś 10%. Nieoperacyjne dały w 4. roku 7.5% wyleczenia. Wszystkie przypadki, łącznie 186, operowane i naświetlane lub tylko naświetlane, dały absolutne wyleczenie: raka pochwy 15%, szyjki 34%, trzonu macicy 67%, jajników 44%. Jakkolwiek statystyka przypadków wyłącznie naświetlanych jest nadzwyczajnie korzystna, jednak

ze względu na stosunkowo małe liczby statystyczne, któremi autor rozporządza, zaleca w przypadkach nadających się do operacji zabieg chirurgiczny (Schauta, wyjątkowo Wertheim, Zweifel): 1) dla uniknięcia wytwarzania się wielkiej ilości produktów rozpadowych w tkance rakowatej po naświetlaniach, 2) dla wytworzenia się blizny pooperacyjnej, jako wału ochronnego. Z tych samych względów w przypadkach nie operacyjnych stosuje przypalanie i wyskrobanie.

W statystyce zbiorowej autor podaje uszkodzenia wywołane leczeniem: 5 przetok pęcherzowo-pochwowych, 1 pęcherzowo - pochwowo - cewkowa, 7 pochwowo - odbytniczych, wszystkie przetoki leczone operacyjnie, prócz tego 3 oparzenia zewnętrzne III stopnia, wyleczone w przeciągu kilku miesięcy konserwatywnie.

Feliks G e l. **Naświetlanie włókniaka macicy i metropatji.** Autor mówi o rozszerzeniu zakresu rentgenoterapji, opierając się na przypadkach ze wskazaniem do operacji a nieoperowanych z powodu ogólnego stanu: ciężkiej niedokrwistości, zapalenia nerek, choroby Basedowa, charłactwa, wady serca, cukrzycy, rozstrzeni tętnicy głównej. Ogólna liczba 140 przypadków mięśniaka różnej wielkości, w tej liczbie 6 siegających do pępka. 115 było bez powikłań, prócz tego 12 *uterus myomatosus* z guzem w szyjce, z tego połowa powikłana z objawami uciskowemi, ponadto 6 mięśniaków przy tyłozgięciu macicy, 4 mięśniaki z miesiączkowaniem bolesnem, 2 mięśniaki podśluzowe, 1 macica mięśniakowa interponowana. Wyleczone wszystkie z wyjątkiem jednego z licznemi podsurowiczemi guzkami (wykonano zabieg chirurgiczny). Badanie tych chorych w 2 - 5 lat wykazało pomniejszenie guzów w 82.3%, w tem w niektórych przypadkach aż do prawidłowej wielkości macicy. Wiek nie odgrywał roli. Mniej pomyślnie przedstawiają się przypadki włókniaków powikłanych schorzeniami w przydatkach; we wszystkich coprawda doprowadzono do braku miesiączki. Na 18 tych przypadków w jednym wystąpił wysięk, w 3 przypadkach (16%) bóle się wzmogły. Zaleca wielką ostrożność, przedewszystkiem przed rozpoczęciem naświetlań wykluczyć należy czynny proces w przydatkach.

Objawy wypadowe były naogół silniejsze, niż po zabiegach chirurgicznych, zwłaszcza u chorych poniżej 40 lat. Na podstawie tych spostrzeżeń ogranicza pole działania chirurgji przy mięśniaku macicy do: 1) przypadków niejasnych i powikłanych (n. p. *tumor ovarii*), 2) u chorych poniżej 35 lat, u których może się zdarzyć, że przy zabiegu operacyjnym zaoszczędzić będzie można jeden jajnik, a może nawet *uterus*, 3) przy opuchlinie jamy brzusznej niewyjaśnionej z innych przyczyn, 4) przy podejrzeniu klinicznie na zmiany degeneracyjne lub rozpadowe włókniaka, 5) przy ciężkich zmianach uciskowych, 6) względy socjalne. We wszystkich innych przypadkach rentgenoterapja.

Co do metropatji, która to nazwa obejmuje wszystkie nieprawidłowe krwawienia w okresie klimakterycznym, było 100% wyleczenia. W tych stanach macica może być powiększona z powodu przerostu śluzówki lub nie; objawy wypadowe były małe. W przypadkach metropatji, powikłanych mniej lub więcej czynnym procesem w przydatkach, może wystąpić zaostrzenie procesu przydatkowego. Pomyślne zaś wyniki uzyskiwał w metropatjach powikłanych zmianą w położeniu macicy n. p. przy retroflexio uteri i przy zrostach pozapalnych. Dla tych przypadków widzi rozszerzenie zakresu rentgenoterapji.

Z konieczności, mając stare urządzenie, stosuje małe dawki pod 3 mm alum. Szczegółów nie podaje. Tembardziej uważa wyniki leczenia za pomyślne. Naświetla oba jajniki serjami w odstępach czasu 2 lub 3 tygodn. (na 1 serję wypadają 2 naświetlania). Wyjątkowo przy dużych krwawieniach stosuje dodatkowo naświetlania od tyłu. Przy włókniakach były najmniej 4 serje w 10—14 tygodni. Do pewnego stopnia ilość seryj zależy od wieku chorej. Przy metropatjach 3—4 seryj. Po skrobance występuje prędzej amenorrhea, coby miałoby być dowodem, że krwawienia klimakteryczne nie są wyłącznie ovarialnego pochodzenia. Macica po wyleczeniu wraca do prawidłowej wielkości lub się zmniejsza. Z powikłań, wywołanych naświetlaniami, dosyć często pojawiała się dermatitis, ustępująca łatwo po paru tygodniach. Raz była macica po kilkumiesięcznem konserwatywnem leczeniu jesz cze niezupełnie wygojona.

J. W i e l o c h. **Zagadnienie wpływania na płeć płodu przez naświetlanie.** Autor rozważa pytanie, czy 1) jest możliwe u człowieka, aby przez działanie promieni x powstawały jaja z taką kombinacją chromosomów, aby po zapłodnieniu powstawały jednostki pewnej płci; 2) czy promienie x mogą przyśpieszyć proces dojrzewania jaj w ten sposób, aby z powodu fizykalno-chemicznego stanu mogły być zapładniane pewnym rodzajem spermatozoów. Pytania opierają się na doświadczeniach na zwierzętach, u których stwierdzono działanie pewnych czynników zewnętrznych w tym kierunku, np. działanie temperatur u małych talaeporia tabulosa (doświadczenia Seilera). U ludzi wpływ alkoholizmu na plemniki spostrzeżenia Goldschmidta, Stockharda, Papanikolau'a i ich doświadczenia na morskich świnkach. Co do pierwszego pytania, to jest niemożliwe do przeprowadzenia choćby tylko ze względów technicznych. Drugie pytanie zaś upada, ponieważ stan dojrzałości jaja nie ma wpływu na powstawanie płci. Spostrzeżenia zaś u kobiet naświetlanych, które zaszły w ciążę w różnym okresie naświetlań, żadnych wpływów nie wykazują. Pytanie zaś, czy zadziałanie promieniami x na pleminki może mieć jaki wpływ, autor chciał rozstrzygnąć, zbierając informacje w tym kierunku u pracowników we wszystkich fabrykach rentgenowskich. Ankieta wypadła również ujemnie.

R. S c h m i d. **Postępy w leczeniu mięśniaków i metropatyj krwotocznych po r. 1914.** Jestto praca bibljograficzna, obejmująca okres czasu od 1914—1919. Autor zestawia wszystkie publikacje odnoszące się do radioterapji dobrotliwych zmian macicy. Zestawia autorów według ich techniki. Przed nim podobną pracę ogłosił Johns (1916 Fryburg). Praca Schmida ma być dalszym ciągiem. W dziedzinie rentgenoterapji dzieli autorów na 5 grup:

1) Wieloczasowe naświetlania małemi dawkami, łącznie do 175 x. Prace autorów należących do starej szkoły hamburskiej z Niemiec, Austro-Węgier i Turcji.

2) Wieloczasowe naświetlania łącznie do 500 x techniką pośrednią pomiędzy szkołą hamburską i fryburską, . t. zw. nowsza szkoła hamburska. Niemcy, Szwajcarja, Niederlandy.

3) Wieloczasowe naświetlania dużemi dawkami łącznie 1500 x. Jestto pierwsza technika Fryburska. Niemcy, Szwajcarja, Ameryka.

4) Wieloczasowe naświetlania bardzo dużemi dawkami łącznie 6722 x. Niemcy, Austro-Węgry, Szwajcarja.

5) Jednoczasowe naświetlania przeciętnie 50—70 x dawki skórnej, która o powiadała 20 30 x dawki głębokiej. Łącznie powierzchownej do 1200 x. Jestto nowa fryburska szkoła. Niemcy.

Druga część pracy zajmuje się terapją radioaktywnemi substancjami. Grupy 3.

1) Wieloczasowe naświetlania preparatami niefiltrowanemi lub słabo — promieniowanie β i γ łącznie 18.800 mgh. Starsza szkoła, prace z Niemiec, Szwecji, Ameryki i Francji.

2) Wieloczasowe naświetlania silnie filtrowanemi preparatami, prom. γ łączuie do 12.000 mgh. Niemcy, Austro-Węgry.

3) Jednoczasowe silnie filtrowane, łącznie 7200 mgh Niemcy. Na końcu krytyczne zestawienie wyników terapji promieniami x i radem, które wobec innych metod wychodzi na korzyść radioterapji.

S t r a s s b u r g e r. **Leczenie emanacją radową.** Do organizmu wprowadzać można emanację radową drogą przewodu pokarmowego przez picie wód lub drogą płuc. Klinicznie obie metody prowadzą do celu. Biologicznie działanie emanacji niezupełnie jest zbadane, tem samem terapeutyczne działanie jest nie wyjaśnione. Experymentalnie zaś stwierdza się, że w emanacjach radowych ma się wybitny czynnik pobudzający procesy życiowe. Klinicznie — symptomatologicznie stwierdza się, że emanacja działa korzystnie w procesach zapalnych chronicznych i łagodząco na bóle — stąd wynika zakres działania emanacji. Na emanację oddziałują schorzenia stawów, wychodzące z części miękkich, a więc z pochewki stawowej,

krew szereg razy, po różnych operacjach ginekologicznych, i doszedł do tego przekonania, że w przypadkach, w których nie było zakażenia, zjawiała się leukocytoza w pierwszych dniach po operacji, była nieznaczna (12 000—16,000) i znikała po kilku dniach. Nie wykazał natomiast autor żadnej równoległości między gorączką a leukocytozą pooperacyjną.

Paul T. Harper. **Pierścień Bandla a trudny poród.** Autor zwraca uwagę na to, że skurczony pierścień Bandla (pierścień skurczowy) może sam przez się utrudnić lub zgoła uniemożliwić poród. O istnieniu takiego skurczenia pierścienia zwykle nie wie się wcale, gdyż dostęp do niego nie jest łatwy. Szczególnie trudno jest wybadać taki pierścień, jeśli leży ón ponad częścią przodującą, n. p. nad głową. Wówczas znaleźć go można dopiero po wprowadzeniu ręki do macicy.

Wszelkie drażnienie mechaniczne okolicy skurczonego pierścienia pogarsza stan. Takiem drażnieniem jest też pociąganie dziecka ku dołowi, n. p. przy operacji kleszczowej lub przy pociąganiu za nóżki. Niezrozumiałe skądinąd trudności rozwiązania pochodzą stąd, że pierścień obkurcza się dookoła płodu coraz mocniej i, płód ten poprostu trzymając, przeciwdziała sile ciągnącej płód ku dołowi.

Skurcz pierścienia zwykł ustawać dopiero w głębokiej narkozie; do narkozy tej nie potrzeba jednak chloroformu, wystarczy zapełnie eter. To też głęboka narkoza i nie drażnienie okolicy pierścienia, oto najodpowiedniejsze leczenie. Zdaniem Harpera, skurczony pierścień jest często przyczyną trudności porodowych; tam, gdzie nie widzi się przyczyny innej, trzeba zawsze myśleć o pierścieniu, starać się go wybadać i zastosować odpowiednie leczenie.

A. Rosner (Kraków).

Monatschrift für Geburtshilfe u. Gynaekologie. Kwiecień 1922. T. 57. Z. 5.

K. de Snoo. **Znaczenie ciśnienia krwi w położnictwie.** Po krótkiem przedstawieniu zapatrywań na wzmożone ciśnienie krwi u ciężarnych, przechodzi autor do własnych spostrzeżeń.

Autor twierdzi, że ciśnienie wzmożone jest zależne od zatrzymania soli w organizmie, a razem z obrzękami jest konieczne do wystąpienia rzucawki. Przez podawanie bezsolnych potraw (u 500 chorych) uniknął drgawek porodowych, podczas gdy przy djecie mlecznej spostrzegał je dość często.

Chore ciężarne z podniesieniem ciśnienia dzieli na trzy grupy: 1) Kobiety, które przedtem były zupełnie zdrowe i miały prawidłowe ciśnienie (100—130 Hg) albo krótki czas po porodzie były bez objawów patologicznych. 2) Kobiety z podniesionem ciśnieniem przy zapaleniu nerek i 3) kobiety z tak zwaną pierwotną hypertensją.

U pierwszej grupy podniesienie ciśnienia nawet bez białkomoczu jest objawem zatrucia ciążowego, które prowadzić może do wybuchu rzucawki. Po zastosowaniu djety bezsolnej, ciśnienie opada, obrzęki i białkomocz się zmniejszają, a najpóźniej 14 dni po rozwiązaniu wszystkie te objawy powinny zniknąć. Jeżeli poza ten okres objawy te się przeciągają, mamy do czynienia ze schorzeniem nerek poważniejszem (*nephritis*). U drugiej grupy przebiega ciąża w pierwszej swojej połowie zwykle prawidłowo, w drugiej połowie dopiero podnosi się ciśnienie, zjawiają się wymioty, bóle głowy, krwawienia z błon śluzowych, wybroczyny na skórze i zaburzenia wzroku. Wzmożone ciśnienie ma poprzedzać wszystkie objawy, utrzymywanie się go zaś przez dłuższy czas po porodzie potwierdza rozpoznanie. U trzeciej grupy ze stale wzmożonem ciśnieniem ciąża nie pogarsza stanu, ciśnienie pozostaje w tych samych granicach, objawów zatrucia brak; leczenie zbyteczne.

Prof. O. Frankl. **Anatomja i fizjologja łożyska.** Autor odpowiada na artykuł Dr. Erchia (Monatschrift 55 H $^2/_3$). Odrzuca przypuszczenie, jakoby łożysko miało być pochodzenia matczynego. Płodowo-nabłonkowe (fetalnoektodermalne) pochodzenie łożyska zostało dostatecznie udowodnione przez Petersa, Junga, a zwłaszcza Grossera. Tak anatomo-porównawcze studja, jak i badania młodych płodów dowiodły, że zapłodnione jaje zagrzebuje się czynnie w błonę śluzową podłoża, niszcząc jego nabłonek.

H. Baumm. **Przyczynek do przemieszczenia wrodzonego nerek.** U 28-letniej kobiety w 4 miesiącu ciąży stwierdzono po lewej stronie w miednicy guz, odpowiadający torbieli jajnikowej. Podczas zabiegu operacyjnego znaleziono jednak macicę dwurożną ciężarną i lewostronną, opadniętą nisko, w miednicy znajdującą się nerkę. Po uwolnieniu zrostów, podsunięto ją ku górze tak wysoko, jak na to pozwoliły krótkie w tym przypadku moczowody i naczynia, i przyszyto. Ciąża została zachowana w 6 miesiącu, jednak przyszło do niewczesnego porodu. Na podstawie tego i innych podobnych przypadków, stwierdza autor dość częste spotykanie się nieprawidłowego położenia nerki z wadami rozwojowemi wewnętrznych organów płciowych. Podkreśla również trudności djagnostyczne w podobnych przypadkach.

H. Hillel. **O cięciu cesarskiem po dawniej wykonanej operacji vaginofiksacji.** H. opisuje przypadek, w którym u 38-letniej kobiety, cztery lata przed ostatnią ciążą, z powodu wypadnięcia macicy wykonano t. zw. vaginaefixatio alta według Mackewhadta. Ciąża przebiegała bez zaburzeń, poród sam jednak spaźniał się i z powodu bardzo wielkiego dziecka zrobiono klasyczne cięcie cesarskie. Autor sądzi jednak, że sterylizacja przy wyżej wymienionej metodzie operacji wypadnięcia jest zbyteczna, ponieważ zrosty między trzonem macicy, a pochwą nadzwyczaj są rozciągliwe i nie utrudniają porodu.

L. Krull. **Państwowa klinika dla chorób kobiecych ze schroniskiem dla matek i osesków w Chemnicach.** Ilustracja i opis budynku oraz organizacji państwowej kliniki, która została w 1918 roku otworzona, (Nie nadaje się do streszczenia). *Józef Szymanowicz.* (Kraków).

Strahlentherapie. Tom XIII. Z. 1 i 2.

H. Kupferberg. **Siedmioletnia rocznica leczenia ginekologicznego raka naświetlaniem.** Albers-Schönberg pierwszy zapoczątkował naświetlania ginekologiczne w 1903. Krönig i Gauss w r. 1912 wprowadzili naświetlania wielomiejscowe i używanie filtrów aluminiowych, a w parę lat później przy współpracy fizyków Friedricha, Dessauera i Lauesa stworzyli szkołę głębokich naświetlań ginekologicznych. Autor przytacza szereg statystyk różnych autorów, z których wyciąga wniosek, że radioterapia nowotworów złośliwych macicy, daje co najmniej takie same wyniki, co chirurgia. W tej dziedzinie zasłużyli się Krönig, Gauss, Friedrich, Dessauer, Bumm, Warnekros, Seitz i Wintz. Wyłącznie zaś w terapji radem Döderlein, Menge i Kehrer. Ginekologiczny kongres w Berlinie 1920 nie rozstrzygnął jeszcze pytania, czy naświetlać należy po operacji, czy też tylko naświetlać, a nie operować. Dopóki istota działania radioterapji nie będzie dokładnie zbadana, tak długo opierać się trzeba będzie na kazuistycznych doniesieniach. Autor pracuje aparatami najnowszej konstrukcji (aparat Radio-Silex Kocha Sterzla z Drezna) i lampami Lilienfelda. Przy wtórnem obciążeniu 8 map pod 1 mm miedzi i 1 mm aluminium uzyskuje »carcinomdosis« w $2^1/_2$ godz. Naświetla przez 2 pola od przodu i tyłu i to powtarza w $^1/_4$, $^1/_2$, 1 i 2 latach. Równocześnie naświetla radem. Przed naświetlaniem stosuje wlewanie krwi (Warnekros) w postaci injekcji, jako środek uczulający — inne środki okazały się bezwartościowe. Miejscowo zaś w przypadkach nie operacyjnych raka stosuje wyskrobanie i przypalanie. Zestawia kilka statystyk przypadków wczesnych i nieoperacyjnych, operowanych i naświetlanych lub tylko naświetlanych a nieoperowanych. Dzieli na *ca vulvae, cervicis, corporis i ovarii.* Przypadków ogółem 198, z tych 12 zaginionych (*verschollen*). Naświetlanych a nieoperowanych 137, w tem wczesnych 43, które w 4. roku po naświetlaniach dały 33% wyleczenia, w 6. zaś 10%. Nieoperacyjne dały w 4. roku 7.5% wyleczenia. Wszystkie przypadki, łącznie 186, operowane i naświetlane lub tylko naświetlane, dały absolutne wyleczenie: raka pochwy 15%, szyjki 34%, trzonu macicy 67%, jajników 44%. Jakkolwiek statystyka przypadków wyłącznie naświetlanych jest nadzwyczajnie korzystna, jednak

operacji. Po wycięciu wrzodu zaopatrzono dwunastnicę na ślepo, a żołądek zespolono z górną częścią jelita czczego sposobem Krönleina.

6. Kol. Chomicki przedstawia preparat uzyskany przy operacji **raka żołądka**. W przypadku danym uderza niestosunek bardzo małych objawów podmiotowych do zmian anatomicznych, które zmuszały do odcięcia $^2/_3$ żołądka i około 7 cm poprzecznicy, do której z powodu krezki był żołądek silnie przyrośnięty. Dwunastnicę zeszyto na ślepo, a żołądek zespolono z jelitem czczem sposobem Kroenleina. Operację wykonano w znieczuleniu sposobem Kapissa. w z. *Schusterówna.*

XXX. Posiedzenie naukowe w dniu 10 listopada 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke.

Obecnych członków 105.

1. Kol. Ostrowski przedstawia **nerkę** prawą z **gruźlicą jamistą**, wyjętą u chorej, cierpiącej od miesięcy na bolesne parcie na mocz i bóle w pęcherzu. Rozpoznanie ustalono cystoskopem. Próba barwikowa z indigokarminem wypadła ujemnie.

2. Kol. Węgłowski przedstawia a) przypadek **operacji odmłodzenia sposobem Steinacha.**

Chory żołnierz, 22 lat, przybył do szpitala dnia 5. IX. br. ze skargą na zupełny brak poczucia płciowego. O ile pamięta, nie miał nigdy erekcji członka, ani też polucji. Wszelkie próby poczynione w celu wywołania podrażnienia sfery płciowej (chory jest izraelitą i ma się wkrótce ożenić) spełzły na niczem. W szpitalu też starano się podrażnić członek wszelkiemi sposobami, lecz erekcji nie osiągnięto. Zewnętrzny wygląd narządów płciowych prawidłowy, — w lewem jądrze niewielki wodniak. Na usilne prośby chorego wykonano operację Steinacha. Podwiązano przewód nasieniowy lewego jądra i obszyto najądrze tegoż jądra, prawego jądra nie ruszano. Wynik operacji był taki, że już po paru dniach chory radośnie zaalarmował, że ma silne napięcia członka. Następne napięcia powtarzały się kilkakrotnie dziennie. Chory szybko nauczył się wydobywać sobie spermę, która przy badaniu okazywała się prawidłową, ze zdrowemi i ruchliwemi plemnikami. Z wyniku operacji chory jest bardzo zadowolony i usilnie przygotowuje się do stanu małżeńskiego.

W dyskusji kol. Schramm sceptycznie zapatruje się na operację Steinacha i wyniki przypisuje czynnikom psychicznym. Kol. Leszczyński dodaje, że w tym zabiegu znane jest przechodzenie homoseksualizmu w heteroseksualizm. Co do operacji, to wyniki jej, jak i opoterapji mijają po pewnym czasie. Kol. Węgłowski podkreśla bezwzględnie dodatni wpływ operacji na stan ogólny i starczy wygląd zewnętrzny chorych.

b) Kol. Węgłowski omawia **przypadek krwotoku z tętnicy oponowej średniej (art. meningea media) po urazie.** Żołnierz 22 lat, uderzony kopytem konia w lewą skroń, stracił przytomność i w takim stanie przywieziony został do szpitala. Chory nieprzytomny, rzuca się, coś bełkocze, jęczy, tętno 40 do 42 na minutę, źrenica lewa rozszerzona, nie oddziaływuje. W okolicy lewej skroni siniak, — ślad uderzenia kopytem. Rozpoznanie: uszkodzenie naczyń oponowych średnich i ucisk mózgu przez krwiak. Bezwłocznie przystąpiono do operacji. Zwykłym płatowem cięciem odsłonięto lewą okolicę skroniową. Kość skroniowa rozbita na szereg odłamków, które usunięto. Naczynia oponowe przedziurawione broczą; podwiązanie obu końców. Nad oponą duży wylew krwi skrzepłej — skrzep usunięto. Po nacięciu opony twardej, znaleziono skrzepy podoponowe, które również usunięto. Ponieważ mózg tętnił niewyraźnie, nakłuto komorę przednią i wydobyto płyn silnie zabarwiony krwią. Oponę twardą zaszyto, piątrowe szwy na mięśnie i skórę — szklany sączek. Przebieg rany — bez powikłań. Stan nieprzytomny i wolne tętno, miał chory przez 8—10 dni. Na 5-ty dzień wykonano nakłucie lędźwiowe i wypuszczono płyn mózgowy zabarwiony — krwią. Powolne wyzdrowienie. Z początku upośledzenie ruchów prawej nogi i ręki i objawy afazji, obecnie chory jest prawie całkiem zdrów. (A. r.).

W dyskusji kol. Schramm opisuje jeden swój przypadek, w którym u starszego żyda po urazie wystąpiły objawy ucisku mózgowego, bez rany zewnętrznej. Stwierdzono pęknięcie *art. meningeae mediae* w tylnej części wraz ze skrzepami na oponie twardej.

3. Kol. Gröer wygłasza odczyt o **higjogenezie**. (drukowany w Nr. 50. P. Gaz. lek).

W dyskusji kol. Nowicki podnosi brak zajęcia u patologów dla powstawania mechanizmu zdrowienia. W nauce o konstytucjonalizmie najważniejszą rolę odgrywa dotychczas indywidualność, a przestrojenie biologji komórki po chorobie powinno budzić żywe zainteresowanie. Dotąd naprzykład nie jest zupełnie jasną sprawa przełomu w pewnych chorobach jak np. w zapaleniu płuc włóknikowem, choć co do ostatniego niektórzy odnoszą przełom tej choroby do wessania ciał z rozpadu wysięku powstałego (kolloidoterapia). N. nie zgadza się z zapatrywaniami mówcy, jakoby immunogeneza nie grała roli w zdrowieniu. Kol. Sieradzki zastanawia się nad zagadnieniem powstawania śmierci (tanatogenezy). Diaczego człowiek umiera? Anatom staje nieraz bez odpowiedzi i nie wie dlaczego jeden umiera wcześniej, a drugi później na ten sam proces chorobowy. Kol. Gröer: ustrój umiera dlatego, ponieważ nie zdrowieje. Śmierć tłumaczy upadkiem oporu tkanki na zakażenie, jak to widać w przypadkach wybuchu gruźlicy prosówkowej. Przemawiał nadto kol. Ostrowski.

Kwietowicz, sekretarz.

Towarzystwo Lekarskie polsko-francuskie w Warszawie.

Nadzwyczajne Walne Zebranie w dniu 26 października 1922 r.

1. Przewodniczący prof. J. Mazurkiewicz omawia rozwój Towarzystwa, powiększanie się stałe liczby członków oraz widoki rozwoju na przyszłość. Towarzystwo rozporządza funduszem, którego zaczątkiem było saldo z dochodów Zjazdu Lekarskiego polsko-francuskiego w Warszawie we wrześniu 1921 roku; fundusz ten został powiększony ofiarami, które wpłynęły już to z Francji już to z kraju. W roku 1923 Towarzystwo ma zamiar przystąpić do wydawania własnego organu, biuletynu Towarzystwa w języku francuskim, który by był ogniwem łączącem naukę lekarską francuską z polską. Po poparciu poruszonej sprawy przez Nadzwyczajne Walne Zebranie uchwalono powiększyć składkę roczną za rok 1923 do wysokości dwunastu tysięcy marek.

2. Dr. Leon Karwacki: **O badaniach uczonych francuskich nad uczuleniem (anafilaksją)** (rzecz ukaże się w druku).

3. Dr. Józef Zieliński: **Lecznictwo we Francji.** Mowca na zasadzie bogatego osobistego doświadczenia omawia lecznictwo we Francji od czasów klinicystów tej miary, co Potain, Dieulafoy, aż do czasów najnowszych. Omówiwszy metodykę badania chorego — wysłuchiwanie bezpośrednie uchem, opukiwanie bezpośrednie oraz pośrednie bez użycia młotka i pukadła, badania krwi itp. — zwraca uwagę na rozpowszechnienie badania parcia krwi przy pomocy licznych dziś aparatów francuskich, a które to badanie nie bywa pomijane przez lekarza praktyka w godzinach przyjęć. Następnie mowca przeszedł do sprawy zapisywania leków, podkreśla częstość stosowania leków drogą dożylną oraz dorectalną, zwraca uwagę na ważność zaleceń higjenicznych, stosowania djetetyki itp., wreszcie na częstość i sposób stosowania zabiegów fizykalnych. Stosowanie kąpieli w chorobach zakaźnych, jak durze, płonicy, a nawet zapaleniu płuc, jak chce lekarz-pedjatra Comby, znakomicie zmniejsza, a nieraz i zupełnie usuwa potrzebę stosowania środków przeciwgorączkowych. Kąpiele są nietylko stosowane w szpitalach, lecz i w praktyce, nawet u chorych niezamożnych. Prelegent uważa, że w klinice francuskiej lekarze polscy znajdują skarbnicę, z której czerpiąc, mogą pogłębić naukę lecznictwa w kraju.

A. Stefanowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji

Sekcja Nowosądecka.

Posiedzenie naukowe w dniu 2 grudnia 1922.

1. Sprawa wyboru delegata do Izby Lekarskiej.

2. Sprawa wyboru zarządu Sekcji na rok 1923. W sprawie wyboru delegata do Izby Lekarskiej ogół lekarzy jednomyślnie sprzeciwił się liście kandydatów, ułożonej przez Związek lekarzy, specjalnie co do kandydata z Nowego Sącza, bez poprzedniego porozumienia się z którymkolwiek lekarzem w okręgu. Z kolei wybrano zarząd Sekcji na rok 1923, tj. Dra Jasińskiego przewodniczącym Sekcji, Dra Jaworskiego sekretarzem.

3. Dr. Harasowski wygłosił odczyt na temat: **Tłómaczenie snów według Freuda.**

W dyskusji wziął udział ogół lekarzy.

Posiedzenia sekcji odbywają się regularnie raz na miesiąc tj. w pierwszą sobotę po pierwszym.

Jaworski, sekretarz.

Ogólny Polski Zjazd zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich.

Z inicjatywy Polskiego Związku zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich odbył się Zjazd we Lwowie dnia 8 i 9 bm. Prócz delegatów szeregu Towarzystw, między niemi Tow. balneologicznego krakowskiego, wzięli udział delegaci Ministerstwa zdrowia p. (dr. Grodecki), Ministerstwa robót publ. (dr. Orłowicz) i kolei żelaznych (Moskwa). W otwarciu Zjazdu uczestniczyli także rektorowie trzech wyższych uczelni lwowskich, prezydent miasta, i przedstawiciel wojskowości.

Zjazd otworzył przewodniczący Komitetu dr. J. Zakrzewski. Po wybraniu prezesów honorowych i sekretarzy i szeregu mów powitalnych, wygłoszonych przez prezydenta miasta, Izby handlowej, przedstawiciela Rządu, dyrektora Urzędu zdrowia Wojew. lwowskiego, prezydenta Izby lek. wsch. Małopolski, Tow. politechnicznego i Tow. lekarskiego lwowskiego także imieniem Tow. lekarzy polskich b. Galicji, przystąpiono do porządku obrad. Pierwszy referat wygłosili dr. Sabatowski (Lwów) i dr. Dydyński (Warszawa): Stan zdrojowisk po sezonie 1922 a) w Małopolsce i na Śląsku, b) w b. Kongresówce. Następnie dr. Orłowicz: Ruch turystyczny w Polsce i wydawnictwo Przewodnika po Uzdrowiskach. Prof. Nowicki: Wydawnictwo organu i pisma archiwalnego naukowego, poświęconego działom, związanym z balneologją. Inż. Piotrowski mówił o dotychczasowych robotach i planach przeprowadzonych i zamierzonych w uzdrowiskach na terenie Województwa krakowskiego, zaś inż. Puźnikiewicz o warunkach komunikacyjnych na polskiem wybrzeżu mor-

operacji. Po wycięciu wrzodu zaopatrzono dwunastnicę na ślepo, a żołądek zespolono z górną częścią jelita czczego sposobem Krönleina.

6. Kol. Chomicki przedstawia preparat uzyskany przy operacji **raka żołądka**. W przypadku danym uderza niestosunek bardzo małych objawów podmiotowych do zmian anatomicznych, które zmuszały do odcięcia $^2/_3$ żołądka i około 7 cm poprzecznicy, do której z powodu krezki był żołądek silnie przyrośnięty. Dwunastnicę zeszyto na ślepo, a żołądek zespolono z jelitem czczem sposobem Kroenleina. Operację wykonano w znieczuleniu sposobem Kapissa. w z. *Schusterówna*.

XXX. Posiedzenie naukowe w dniu 10 listopada 1922 r.

Przewodniczy kol. Franke.

Obecnych członków 105.

1. Kol. Ostrowski przedstawia **nerkę** prawą z **gruźlicą jamistą**, wyjętą u chorej, cierpiącej od miesięcy na bolesne parcie na mocz i bóle w pęcherzu. Rozpoznanie ustalono cystoskopem. Próba barwikowa z indigokarminem wypadła ujemnie.

2. Kol. Węgłowski przedstawia a) przypadek **operacji odmłodzenia sposobem Steinacha**.

Chory żołnierz, 22 lat, przybył do szpitala dnia 5. IX. br. ze skargą na zupełny brak poczucia płciowego. O ile pamięta, nie miał nigdy erekcji członka, ani też polucji. Wszelkie próby poczynione w celu wywołania podrażnienia sfery płciowej (chory jest izraelitą i ma się wkrótce ożenić) spełzły na niczem. W szpitalu też starano się podrażnić członek wszelkiemi sposobami, lecz erekcji nie osiągnięto. Zewnętrzny wygląd narządów płciowych prawidłowy, — w lewem jądrze niewielki wodniak. Na usilne prośby chorego wykonano operację Steinacha. Podwiązano przewód nasieniowy lewego jądra i obszyto najądrze tegoż jądra, prawego jądra nie ruszano. Wynik operacji był taki, że już po paru dniach chory radośnie zaalarmował, że ma silne napięcia członka. Następnie napięcia powtarzały się kilkakrotnie dziennie. Chory szybko nauczył się wydobywać sobie spermę, która przy badaniu okazywała się prawidłową, ze zdrowemi i ruchliwemi plemnikami. Z wyniku operacji chory jest bardzo zadowolony i usilnie przygotowuje się do stanu małżeńskiego.

W dyskusji kol. Schramm sceptycznie zapatruje się na operację Steinacha i wyniki przypisuje czynnikom psychicznym. Kol. Leszczyński dodaje, że w tym zabiegu znane jest przechodzenie homoseksualizmu w heteroseksualizm. Co do operacji, to wyniki jej, jak i opoterapji mijają po pewnym czasie. Kol. Węgłowski podkreśla bezwzględnie dodatni wpływ operacji na stan ogólny i starczy wygląd zewnętrzny chorych.

b) Kol. Węgłowski omawia **przypadek krwotoku z tętnicy oponowej średniej (art. meningea media) po urazie**. Żołnierz 22 lat, uderzony kopytem konia w lewą skroń, stracił przytomność i w takim stanie przywieziony został do szpitala. Chory nieprzytomny, rzuca się, coś bełkocze, jęczy, tętno 40 do 42 na minutę, źrenica lewa rozszerzona, nie oddziaływuje. W okolicy lewej skroni siniak, — ślad uderzenia kopytem. Rozpoznanie: uszkodzenie naczyń oponowych średnich i ucisk mózgu przez krwiak. Bezwłocznie przystąpiono do operacji. Zwykłym płatowem cięciem odsłonięto lewą okolicę skroniową. Kość skroniowa rozbita na szereg odłamków, które usunięto. Naczynia oponowe przedziurawione broczą; podwiązanie obu końców. Nad oponą duży wylew krwi skrzepłej — skrzep usunięto. Po nacięciu opony twardej, znaleziono skrzepy podoponowe, które również usunięto. Ponieważ mózg tętnił niewyraźnie, nakłuto komorę przednią i wydobyto płyn silnie zabarwiony krwią. Oponę twardą zaszyto, piątrowe szwy na mięśnie i skórę — szklany sączek. Przebieg rany — bez powikłań. Stan nieprzytomny i wolne tętno, miał chory przez 8—10 dni. Na 5-ty dzień wykonano nakłucie lędźwiowe i wypuszczono płyn mózgowy zabarwiony — krwią. Powolne wyzdrowienie. Z początku upośledzenie ruchów prawej nogi i ręki i objawy afazji, obecnie chory jest prawie całkiem zdrów. (A. r.).

W dyskusji kol. Schramm opisuje jeden swój przypadek, w którym u starszego żyda po urazie wystąpiły objawy ucisku mózgowego, bez rany zewnętrznej. Stwierdzono pęknięcie *art. meningeae mediae* w tylnej części wraz ze skrzepami na oponie twardej.

3. Kol. Gröer wygłasza odczyt o **higjogenezie**. (drukowany w Nr. 50. P. Gaz. lek).

W dyskusji kol. Nowicki podnosi brak zajęcia u patologów dla powstawania mechanizmu zdrowienia. W nauce o konstytucjonalizmie najważniejszą rolę odgrywa dotychczas indywidualność, a przestrojenie biologji komórki po chorobie powinno budzić żywe zainteresowanie. Dotąd naprzykład nie jest zupełnie jasną sprawa przełomu w pewnych chorobach jak np. w zapaleniu płuc włóknikowem, choć co do ostatniego niektórzy odnoszą przełom tej choroby do wessania ciał z rozpadu wysięku powstałego (kolloidoterapia). N. nie zgadza się z zapatrywaniami mówcy, jakoby immunogeneza nie grała roli w zdrowieniu. Kol. Sieradzki zastanawia się nad zagadnieniem powstawania śmierci (tanatogenezy). Dlaczego człowiek umiera? Anatom staje nieraz bez odpowiedzi i nie wie dlaczego jeden umiera wcześniej, a drugi później na ten sam proces chorobowy. Kol. Gröer: ustrój umiera dlatego, ponieważ nie zdrowieje. Śmierć tłumaczy upadkiem oporu tkanki na zakażenie, jak to widać w przypadkach wybuchu gruźlicy prosówkowej. Przemawiał nadto kol. Ostrowski.

Kmietowicz, sekretarz.

Towarzystwo Lekarskie polsko-francuskie w Warszawie.

Nadzwyczajne Walne Zebranie w dniu 26 października 1922 r.

1. Przewodniczący prof. J. Mazurkiewicz omawia rozwój Towarzystwa, powiększanie się stałe liczby członków oraz widoki rozwoju na przyszłość. Towarzystwo rozporządza funduszem, którego zaczątkiem było saldo z dochodów Zjazdu Lekarskiego polsko-francuskiego w Warszawie we wrześniu 1921 roku; fundusz ten został powiększony ofiarami, które wpłynęły już to z Francji już to z kraju. W roku 1923 Towarzystwo ma zamiar przystąpić do wydawania własnego organu, biuletynu Towarzystwa w języku francuskim, który by był ogniwem łączącem naukę lekarską francuską z polską. Po poparciu poruszonej sprawy przez Nadzwyczajne Walne Zebranie uchwalono powiększyć składkę roczną za rok 1923 do wysokości dwunastu tysięcy marek.

2. Dr. Leon Karwacki: **O badaniach uczonych francuskich nad uczuleniem (anafilaksją)** (rzecz ukaże się w druku).

3. Dr. Józef Zieliński: **Lecznictwo we Francji.** Mowca na zasadzie bogatego osobistego doświadczenia omawia lecznictwo we Francji od czasów klinicystów tej miary, co Potain, Dieulafoy, aż do czasów najnowszych. Omówiwszy metodykę badania chorego — wysłuchiwanie bezpośrednie uchem, opukiwanie bezpośrednie oraz pośrednie bez użycia młotka i pukadła, badania krwi itp. — zwraca uwagę na rozpowszechnienie badania parcia krwi przy pomocy licznych dziś aparatów francuskich, a które to badanie nie bywa pomijane przez lekarza praktyka w godzinach przyjęć. Następnie mowca przeszedł do sprawy zapisywania leków, podkreśla częstość stosowania leków drogą dożylną oraz dorectalną, zwraca uwagę na ważność zaleceń higjenicznych, stosowania djetetyki itp., wreszcie na częstość i sposób stosowania zabiegów fizykalnych. Stosowanie kąpieli w chorobach zakaźnych, jak durze, płonicy, a nawet zapaleniu płuc, jak chce lekarz-pedjatra Comby, znakomicie zmniejsza, a nieraz i zupełnie usuwa potrzebę stosowania środków przeciwgorączkowych. Kąpiele są nietylko stosowane w szpitalach, lecz i w praktyce, nawet u chorych niezamożnych. Prelegent uważa, że w klinice francuskiej lekarze polscy znajdują skarbnicę, z której czerpiąc, mogą pogłębić naukę lecznictwa w kraju.

A. Stefanowski, sekretarz.

Towarzystwo lekarzy polskich b. Galicji

Sekcja Nowosądecka.

Posiedzenie naukowe w dniu 2 grudnia 1922.

1. Sprawa wyboru delegata do Izby Lekarskiej.

2. Sprawa wyboru zarządu Sekcji na rok 1923. W sprawie wyboru delegata do Izby Lekarskiej ogół lekarzy jednomyślnie sprzeciwił się liście kandydatów, ułożonej przez Związek lekarzy, specjalnie co do kandydata z Nowego Sącza, bez poprzedniego porozumienia się z którymkolwiek lekarzem w okręgu. Z kolei wybrano zarząd Sekcji na rok 1923, tj. Dra Jasińskiego przewodniczącym Sekcji, Dra Jaworskiego sekretarzem.

3. Dr. Harasowski wygłosił odczyt na temat: **Tłomaczenie snów według Freuda.**

W dyskusji wziął udział ogół lekarzy.

Posiedzenia sekcji odbywają się regularnie raz na miesiąc tj. w pierwszą sobotę po pierwszym.

Jaworski, sekretarz.

Ogólny Polski Zjazd zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich.

Z inicjatywy Polskiego Związku zdrojowisk, uzdrowisk i kąpielisk morskich odbył się Zjazd we Lwowie dnia 8 i 9 bm. Prócz delegatów szeregu Towarzystw, między niemi Tow. balneologicznego krakowskiego, wzięli udział delegaci Ministerstwa zdrowia p. (dr. Grodecki), Ministerstwa robót publ. (dr. Orłowicz) i kolei żelaznych (Moskwa). W otwarciu Zjazdu uczestniczyli także rektorowie trzech wyższych uczelni lwowskich, prezydent miasta, i przedstawiciel wojskowości.

Zjazd otworzył przewodniczący Komitetu dr. J. Zakrzewski. Po wybraniu prezesów honorowych i sekretarzy i szeregu mów powitalnych, wygłoszonych przez prezydenta miasta, Izby handlowej, przedstawiciela Rządu, dyrektora Urzędu zdrowia Wojew. lwowskiego, prezydenta Izby lek. wsch. Małopolski, Tow. politechnicznego i Tow. lekarskiego lwowskiego także imieniem Tow. lekarzy polskich b. Galicji, przystąpiono do porządku obrad. Pierwszy referat wygłosili dr. Sabatowski (Lwów) i dr. Dydyński (Warszawa): Stan zdrojowisk po sezonie 1922 a) w Małopolsce i na Śląsku, b) w b. Kongresówce. Następnie dr. Orłowicz: Ruch turystyczny w Polsce i wydawnictwo Przewodnika po Uzdrowiskach. Prof. Nowicki: Wydawnictwo organu i pisma archiwalnego naukowego, poświęconego działom, związanym z balneologją. Inż. Piotrowski mówił o dotychczasowych robotach i planach przeprowadzonych i zamierzonych w uzdrowiskach na terenie Województwa krakowskiego, zaś inż. Puźnikiewicz o warunkach komunikacyjnych na polskiem wybrzeżu mor-

skiem. Wreszcie pierwszego dnia dr. Jasiński i Aleksiewicz wygłosili referat: O potrzebie sanatorjów w Uzdrowiskach. Następnego dnia dyr. Varhely omawiał sprawę połączeń kolejowych do zdrojowisk; prof. Nadolski i dr. Westreich omówili „Ustawę zdrojową"; dr. Dydyński zaś mówił: O eksploatacji źródeł mineralnych w Polsce.

Wynikiem wygłoszonych referatów i żywej dyskusji, w której kilkakrotnie brali udział przedstawiciele Rządu a także właściciele zdrojowisk, było uchwalenie szeregu przedstawionych wniosków; mianowicie uchwalono zwrócić się do Ministerstw o przyznanie wydatnych subwencyj na wydanie obszernego przewodnika uzdrowiskowego po całej Polsce, na wydawanie stałego organu, poświęconego stronie informacyjnej i naukowo popularnej polskich uzdrowisk, przeznaczonego także dla zagranicy. Uchwalono zwrócić się do Rządu o intenzywne prowadzenie robót w Krynicy i Ciechocinku; zwrócić się do Ministerstwa skarbu o polecenie Zakładowi Kredytowemu odbudowy Kraju, aby udzielał pożyczek na odbudowę zdrojowisk, uzdrowisk, will i pensjonatów; zwrócić się do Ministerstwa zdrowia p. o polecenie komisjom zdrojowym, aby wstawiały do swych budżetów odpowiednie kwoty na wydawanie organu; wezwać Związek do propagowania zdrojowisk w Wielkopolsce i na Pomorzu; zwrócić się z apelem do komisyj zdrojowych o wyjednanie u właścicieli domów zniżki na mieszkania w pierwszym i trzecim sezonie dla urzędników, oficerów, szeregowych i inwalidów; o udzielenie bezpłatnej kąpieli najtańszej kategorji, oraz zniżek dla kąpieli droższych w pierwszym i trzecim sezonie dla oficerów, szeregowych i inwalidów; o najrychlejszą budowę lecznic w zdrojowiskach państwowych i apelem do Kas chorych o otworzenie lecznic po zdrojowiskach; o systematyczne zbadanie wód mineralnych w kierunku chemicznym, fizykalnym i fizjologicznym; wstrzymać moc obowiązującą ustawy zdrojowej na terenie Małopolski aż do czasu przeprowadzenia w niej odpowiednich zmian; domagać się kanalizacji Zakopanego; wydzielenia zdrojowisk z obszaru gminnego; domagać się od Rządu utworzenia Inspektoratu technicznego dla Uzdrowisk; zaprotestować przeciw zamierzonemu zwinięciu Zdrojowiska Pustomyty; domagać się utworzenia katedr balneologji na Wydziałach lekarskich; apel do Polskiej Akademji nauk lekarskich w sprawie wydania drukiem polskiej bibljografji balneologicznej; w sprawie połączeń kolejowych ze zdrojowiskami; o połączenie zdrojowisk z istniejącą siecią kolejową, zwłaszcza Szczawnicy, Rymanowa, Iwonicza i Buska. Opracowanie wymienionych uchwał i wysłanie ich, gdzie należy, polecono Polskiemu Związkowi zdrojowisk we Lwowie. Po południu drugiego dnia Zjazdu odbyło się Walne zgromadzenie Związku, na którem, wybrano przewodniczącym Związku hr. Jana Potockiego, I wiceprezesem dra. J. Zakrzewskiego, II wiceprezesem dr. L. Dydyńskiego, III wiceprezesem p. K. Krunzensterna, sekretarzem Radcę W. Stupnickiego, zastępcą dr. F. Kmietowicza, skarbnikiem dyr. A. Teodorowicza, zastępcą dr. St. Lewickiego, nadto wydziałowych i ich zastępców.

Sprawy zawodowe.

Odezwa do Zarządu Zrzeszenia Lekarzy W. K. Ch. w Warszawie.

W myśl postulatu Walnego Zgromadzenia Związku Lekarzy Państwa Polskiego w dniu 30. IX. 1922 r. Wydział Wykonawczy Związku zwraca się do Zarządu Zrzeszenia Lekarzy W. K. Ch. (Kas chorych), aby tenże zechciał na swem zebraniu walnem postawić na porządku dziennym sprawę przyłączenia się do Związku Lekarzy P. P. z zachowaniem swej autonomji w ramach ustawy Związku.

Błyskawiczny rozwój warunków ekonomicznych wraz z ewolucją społeczno polityczną w dobie po wielkiej wojnie wykazały dosadnie, jak dalece w brutalnej walce antagonizmów klasowych jest zagrożony byt całego stanu lekarskiego, a skutkiem tego prawidłowy postęp wiedzy i sztuki lekarskiej. Do tego upośledzenia moralnego i materjalnego nie w najmniejszej mierze przyczynia się sam świat lekarski, bądź to przez nieuświadomienie, bądź to przez brak poczucia solidarności koleżeńskiej. Warszawa jako mózg i serce Polski, jako ten ośrodek na który z niepokojem zwraca swój wzrok prowincja, nasłuchując haseł twórczych, w obecnej chwili przedstawia gorszący obraz rozkładu i nigdy dotychczas niespotykanego zamętu w umysłach. A przecież nie z walk zaciekłych, lecz z głębi serc i ducha, nie z anarchji, lecz z syntezy i harmonji społecznej, wytrysnąć może ten prąd ożywczy, co ocali subtelny kwiat naszej kultury od zagłady.

A czas nagli, ostatnia być może to chwila, aby się ocknąć z letargu i obojętności, i zespolić wysiłki ku budowie nowego gmachu odrodzenia Ojczyzny naszej; pod hasłem „W zjednoczeniu siła".

Concordia parvae res crescunt,
discordia maximae dilabuntur.

E. Orłowski prezes, *Zaorski* sekretarz.

Wybory do Rad Izb Lekarskich.

Lublin.

Dnia 10 grudnia 1922 r. pod kierunkiem Rządowego Komisarza Wyborczego Dr. Andrzeja Krysińskiego, odbyły się w Lublinie pierwsze wybory do Rady Izby Lekarskiej Lubelskiej, obejmującej województwa: Lubelskie, Poleskie i Wołyńskie.

Wybrani zostali:

Drowie 1. Wiszniewski Eugeniusz z Siedlec, 2. Łuczkowski Edward z Chełma, 3. Baliński Karol z Równego, 4. Modrzewski Jan z Lublina, 5. Królewski Wacław z Kowla, 6. Jarosiński Adam z Sterdyni p. Sokol., 7. Domański Jan z Krzemieńca, 8. Lipiński Włodzimierz z Łucka, 9. Wąsowski Stefan z Lublina, 10. Sołłohub Józefat z Włodzimierza, 11. mjr. Brykner Władysław z Siedlec, 12. Kuropatwiński Aleksander z Drohiczyna, 13. Serdakowski Bronisław z Brześcia nad Bugiem, 14. Domański Zygmunt z Krasnegostawu, 15. Miłaszewski Franciszek z Łucka, 16. Drożdż Wacław z Lublina, 17. Kopciewicz Ryszard z Biłgoraja, 18. Płaczkiewicz Leon z Lublina, 19. mjr. lek. Studziński Erazm z Łucka, 20. Gejsler Józef z Brześcia nad Bugiem, 21. Jaworski Kazimierz z Lublina, 22. ppułk. lek. Kowaliński Kazimierz z Lublina, 23. Gąsiorowski Jan z Puław, 24. ppułk. lek. Jacewski Adolf z Brześcia nad Bugiem, 25. Cynberg Jankiel z Lublina.

Ponieważ liczba 25 wybranych członków Rady Izby Lekarskiej Lubelskiej odpowiada liczbie, przewidzianej w art. 10 ustawy z dnia 2 grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich (Dz. Ustaw Nr. 105, poz. 763, 1921 r.) przeto wybory powtóne nie odbędą się.

Lublin, dnia 11. grudnia 1922 r.

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Zarząd Bibljoteki krakowskiego Tow. Lekarskiego składa podziękowanie Sz. Kol. Drowi Hermanowi Hirschowi z Krakowa, za książki darowane Bibljotece.

Lwów.

Prof. Dr. Adam Bednarski zamianowany został profesorem zwyczajnym i dyrektorem kliniki chorób ocznych.

Prof. Cieszyński złożył w Izbie lekarskiej na fundusz wdów i sierot po lekarzach kwotę 165000 Mp. zebraną przez lekarzy dentystów we Lwowie celem uczczenia pamięci kolegi Dr. Józefa Meschla.

Uroczystość setnej rocznicy urodzin Ludwika Pasteura odbyła się w auli Collegium maximum dnia 15. b. m. Po przemówieniach rektora i dziekana Wydz. lekarskiego wygłosił doc. Steusing pięknie opracowany wykład, w którym przedstawił podstawowe zasługi Pasteura dla nauki. W uroczystości urządzonej przez Uniwersytet, Politechnikę i Akademję medycyny weterynaryjnej oraz towarzystwa naukowe, między niemi Tow. lekarskie, wzięli udział przedstawiciele władz duchowieństwa, wojskowości i świata naukowego a także przedstawiciele państw zagranicznych. Uroczystość zakończyła się przemówieniem konsula francuskiego p. Vautier.

Lwowskie Towarzystwo lekarskie. XXXVI. Posiedzenie naukowe odbędzie się w piątek dnia 29. grudnia b. r. o godz. 6 wieczorem w Poliklinice, ul. Lindego 5.

Część I. Wykład kol. Cieszyńskiego: „Ilu potrzeba nam lekarzy w Polsce. (Z zagadnień ekonomji lekarskiej)".

Część II. Doroczne Walne Zgromadzenie. Sprawozdanie zarządu za rok 1922 i wybór zarządu na rok 1923.

Po posiedzeniu koleżeńska wspólna wieczerza w hotelu George'a I. p. *Franke* prezes, *Kmietowicz* sekretarz.

Warszawa.

Stanowisko ordynatora szpitala św. Stanisława otrzymał z konkursu kol. Jan Bełkowski.

Inspekcje administracyjne Ministerstwa Zdrowia Publicznego. Ministerstwo Zdrowia Publicznego przeprowadziło w ciągu ubiegłego roku cały szereg inspekcyj administracyjnych Województw (Wojewódzkich Urzędów Zdrowia), a w szczególności w Krakowie (dr. Mikłaszewski i dr. Hilarowicz), Kielcach (dr. Mikłaszewski), Lwowie, Tarnopolu i Stanisławowie (dr. Hilarowicz), na kresach wschodnich (dr. Hryszkiewicz), w Białymstoku (dr. Hilarowicz). Przedmiotem inspekcji były sprawy wewnętrznej organizacji Wydziałów Zdrowia Publicznego (Wojewódzkich Urzędów Zdrowia) w poszczególnych Województwach, podziału ich na oddziały (pod tym względem istnieją różne systemy w poszczególnych dawnych zaborach), stosunek do innych Wydziałów Województwa, systemy kancelaryjne i t. d.

W dniu 25. listopada Warszawskie Towarzystwo Farmaceutyczne obchodziło uroczystość 50-letniego istnienia. Ponieważ komitet organizacyjny nie zawiadomił o tym obchodzie Redakcji naszej Gazety, warszawski komitet redakcyjny, nie mogąc wziąć w nim bardziej czynnego udziału, ograniczył się jedynie do przesłania okolicznościowej depeszy z życzeniami.

Zmarli.

Dr. Franciszek Chomicki, st. asystent kliniki chirurgicznej Uniwersytetu J. K., zmarł w 32 r. życia we Lwowie.